Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Kindesmissbrauch und -misshandlung

Folgen aus psychologischer Sicht

Prof. Lutz Goldbeck

Symposium
Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter
Kinderzentrum Maulbronn 14.03.2015

Gliederung

Epidemiologie:

- Definition
- Prävalenz

Folgen von Kindheitstraumata:

- Klinisches Bild
- neurobiologische Korrelate

Evidenzbasierte **Interventionen**

„Misshandlung ist die gewaltsame und nicht unfallbedingte, körperliche oder seelische Schädigung durch aktives Handeln oder Unterlassung von einer erwachsenen Beziehungs- oder Betreuungsperson.“ (BÄK 1992)

„... jede vermeidbare Behinderung der normalen kindlichen Entwicklung“ (Gil 1978)

„Aufsicht stellt kritische Fragen

Einsame Einschätzungen, unerklärliche Milde: Im Fall des toten Alessio kommen nun doch Fehler des Jugendamts zum Vorschein.“

Badische Zeitung, 07.03.2015

„Missbrauchsskandal“ 2010

„Jeder Fall ist erschütternd“

Jesuitenpater Hans Langendörfer über die Missbrauchsvorwürfe gegen Geistliche

Der Leiter des Berliner Jesuiten-Kollegs, Pater Klaus Mertes, hat eine gründliche Aufarbeitung des Themas „Umgang der katholischen Kirche mit der Sexualität“ angemahnt. Dass es da ein Defizit geben könnte, deckt sich mit der landläufigen Meinung, dass Bischöfe in Fragen der Sexualmoral eigentlich keine Fachleute sein können. Wird die Kirche die Anregung aufnehmen?

Unsere Bischöfe haben sich in den letzten Jahren immer wieder mit Handlungsweisen und Werthaltungen im Bereich der Sexualität auseinandergesetzt, also mit der Sexualmoral. Dabei betrachten wir den Menschen immer als Einheit von Leib und Seele. Er soll liebesfähig werden und seine Sexualität auf dieses Ziel ausrichten. Insbesondere Personen in pädagogischer Verantwortung müssen Nähe und Distanz in eine Balance bringen. Deshalb wird der Themenkomplex Sexualität auch in den Ausbildungsordnungen der Priesterseminare berücksichtigt.

Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die Kirche durchaus fehlbar war in ihrer Einstellung zur Sexualmoral. Wie kann sie heute – auch für Kirchenferne – deutlich machen, dass sie eine moralische Instanz sein kann?

Die katholische Moral betont besonders die Achtung vor dem anderen. Umso erschütternder ist da jeder Fall sexuellen Missbrauchs Minderjähriger durch einen Priester. Was solchen Missbrauch angeht, haben in den vergangenen Jahrzehnten die Gesellschaft und damit auch die Kirche einen Lernprozess durchgemacht. Wir haben gelernt, künftig aufmerksamer hinzuschauen und gut begründete Erkenntnisse zum Schutz der Opfer wie zum Umgang mit den Tätern umzusetzen. Deshalb hat die Bischofskonferenz 2002 Leitlinien für den Umgang mit diesem Problem verfasst. Wir haben gezeigt, dass sexueller Missbrauch Minderjähriger nicht nur nach staatlichem Recht, sondern auch nach kirchlichem Recht eine Straftat ist. Wir wollen Aufklärung, weil wir in der Schuld der Opfer stehen und alles tun wollen, um Glaubwürdigkeit zurückzugewinnen. Wir können nicht wollen, dass die christliche Botschaft und die Glaubwürdigkeit vieler kirchlich Engagierter wegen der Verfehlungen mancher zugrunde gehen. Ich erlebe auch, dass in der Öffentlichkeit sehr oft unser moralisches Urteil gefragt ist, wenn es beispielsweise um Fragen der Bioethik oder den Schutz des Lebens vom Anfang bis zum Ende geht.

Die kirchenkritische Theologin Uta Ranke-Heinemann hält sexuellen Missbrauch sogar für „symptomatisch“ für die katholische Kirche. Nach ihrer Vorstellung müssen Priester, die im Zölibat leben müssen, geradezu zwangsläufig entweder homosexuell werden oder sich an Kindern vergehen. Der Beichtstuhl sei sozusagen eine „Kontaktbörse für Homosexuelle“. Ist das so?

Das ist billiger Populismus. Diese Art, ein so bedrückendes Thema für längst bekannte Kirchenkritik zu missbrauchen, ist für eine ernsthafte Aufarbeitung schädlich.

Ein ernsthaftes Problem ergibt sich daraus, dass Missbrauchsfälle in der Kirche jahrelang nicht bekannt werden. Häufig liegt der Grund darin, dass sich die Opfer Priestern anvertrauen. Wie löst man den Gewissenskonflikt zwischen Beichtgeheimnis und Vertrauensschutz einerseits und dem Willen zur Aufklärung und zum Schutz von möglichen weiteren Opfern andererseits?

Früher wurde den Opfern vielfach einfach nicht geglaubt, manchmal nicht einmal von ihren Eltern. Wir wollen Aufklärung. Deshalb haben wir in unseren Diözesen Ansprechpartner, Beauftragte eingesetzt, an die man sich wenden kann. In den Leitlinien haben wir auch festgelegt, dass einem Täter der Gang zur Staatsanwaltschaft nahegelegt werden soll. Gute Beichtväter setzen alles daran, dass der Täter sich seiner Verantwortung stellt.

In der katholischen Kirche ist stets auch die Haltung des Vatikans wichtig. Und das Thema Missbrauch ist nicht auf Deutschland beschränkt. Gibt es Signale aus Rom, das Thema aufzugreifen?

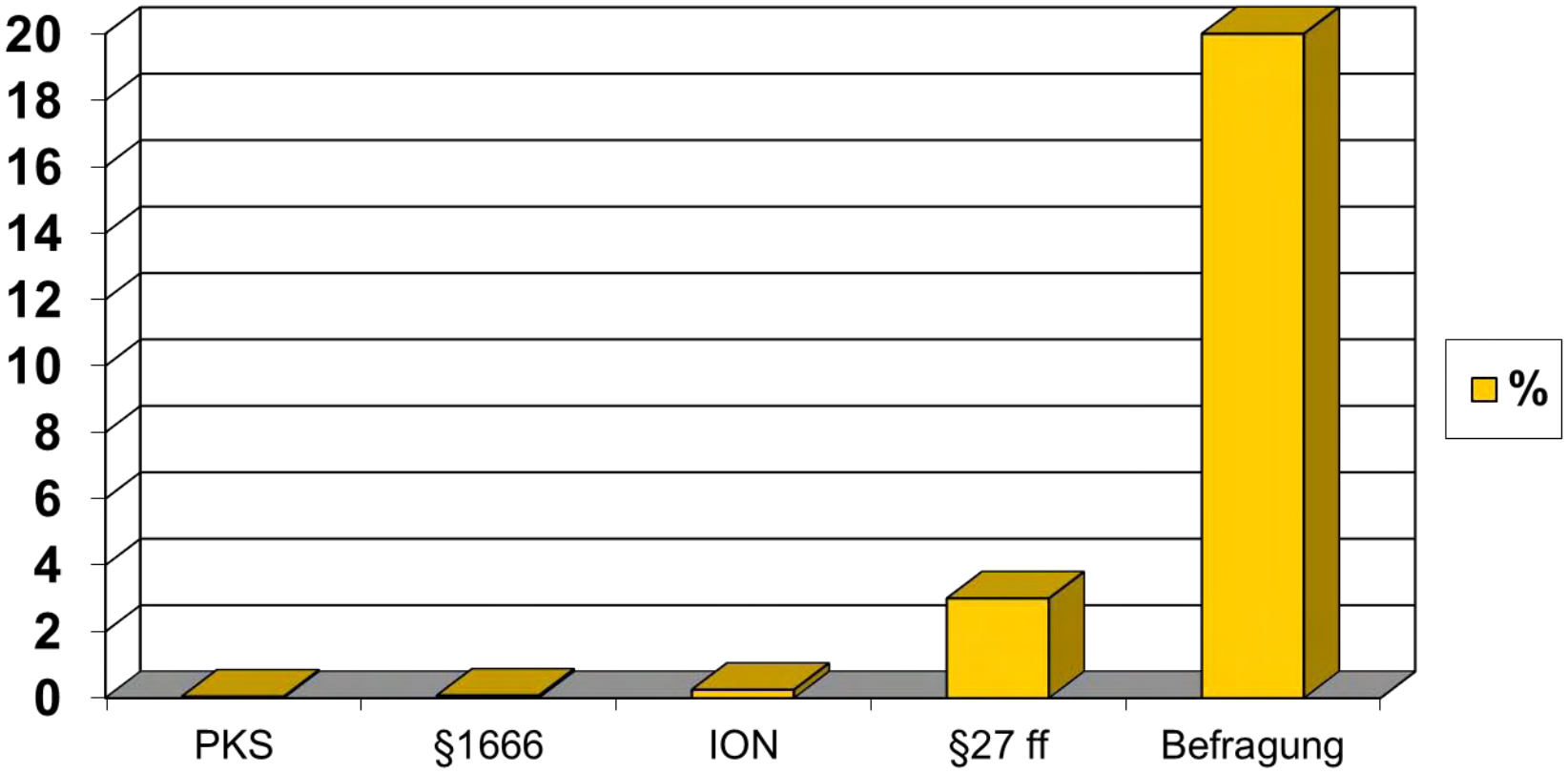
Der Vatikan hat ja das Thema immer wieder aufgegriffen, und unsere Leitlinien sind auch auf den Impuls Roms zurückzuführen. Papst Johannes Paul II. hat nach den fürchterlichen Missbrauchsfällen in den USA schon vor neun Jahren eine umfassende Aufklärung und das Ende der Vertuschung gefordert. Diese Linie hat Papst Benedikt XVI. unbeirrt fortgesetzt. Seine Treffen mit Missbrauchsopfern in den USA und Australien 2008 sind dafür das beste Zeugnis. Der Vatikan zeigt, wie sehr ihm an der Aufarbeitung des Themas gelegen ist.

Interview: Reinhard Urschel

USA: Center for Disease Control 2009
Div. of violence prevention: child maltreatment

„Child Maltreatment is a significant public health problem in the United States. In 2007, approximately 794,000 children were confirmed by Child Protective Services as being abused or neglected. These confirmed cases, however, represent only a fraction of the true magnitude of the problem. Most cases are not reported and child maltreatment remains **a largely hidden problem**.“

Häufigkeit
Kindesmisshandlung und sex. Missbrauch



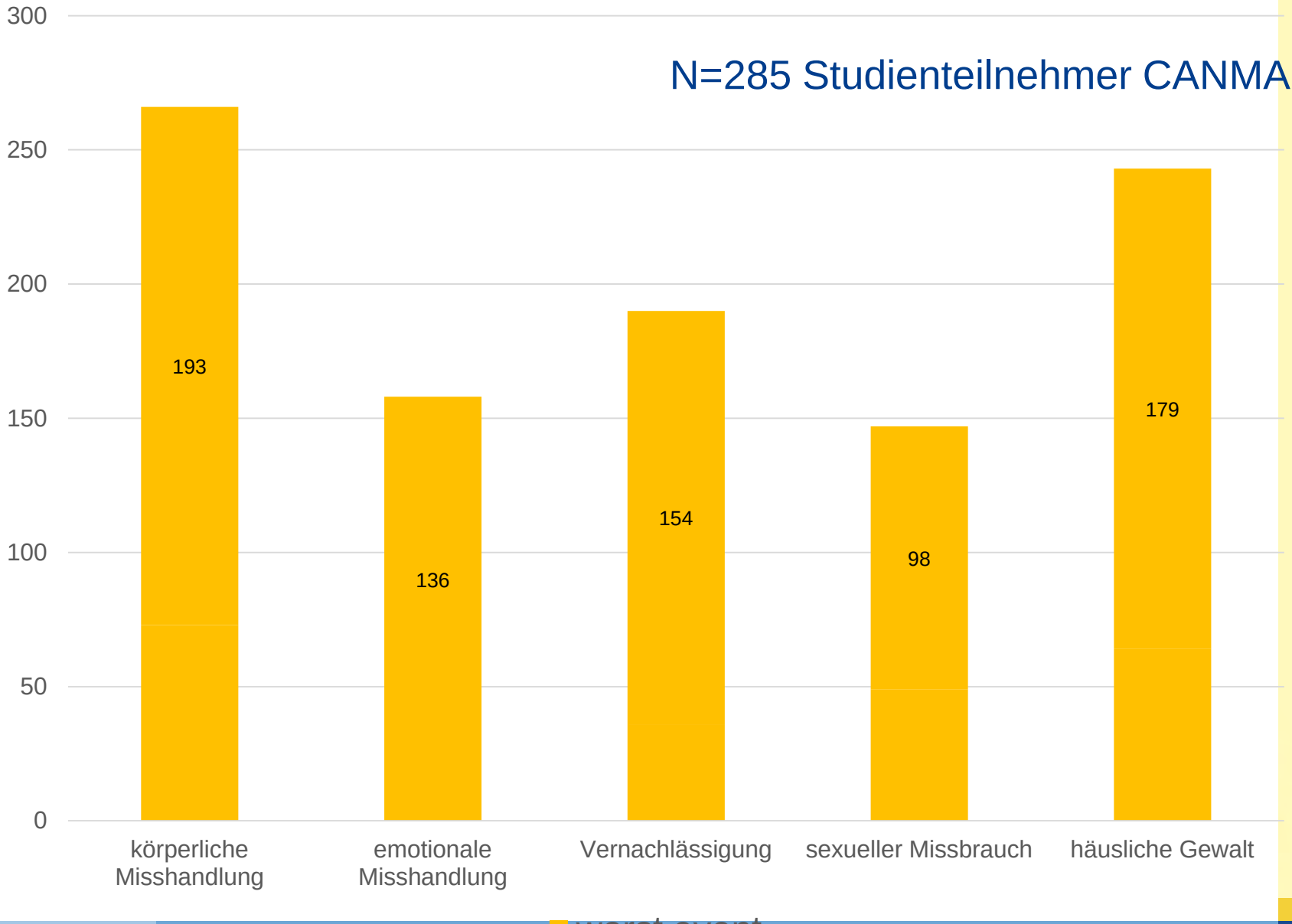
Misshandlungsprävalenz in D

Misshandlungsform	% insges.	% schwer/ extrem
Körperl. Missbrauch	12,0	2,7
Sex. Missbrauch	12,5	1,9
Emot. Missbrauch	14,9	1,6
Körperl. Vernachlässigung	48,4	10,8
Emot. Vernachlässigung	49,3	6,5

Häuser et al. (2011). *Dtsch. Ärztebl. Int. 108*:287-294

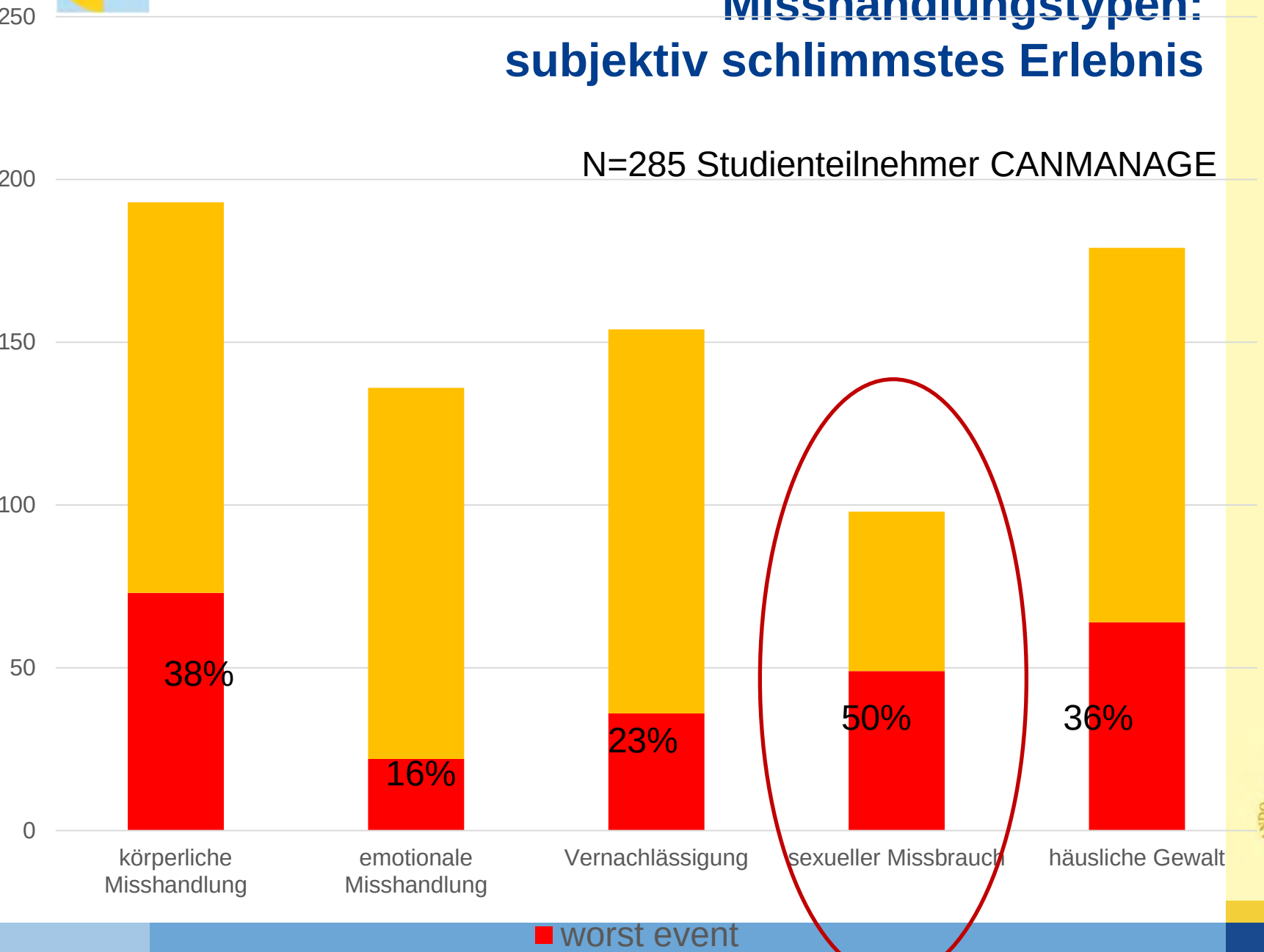
Misshandlungstypen:Häufigkeiten

N=285 Studienteilnehmer CANMANAGE



Misshandlungstypen: subjektiv schlimmstes Erlebnis

N=285 Studienteilnehmer CANMANAGE



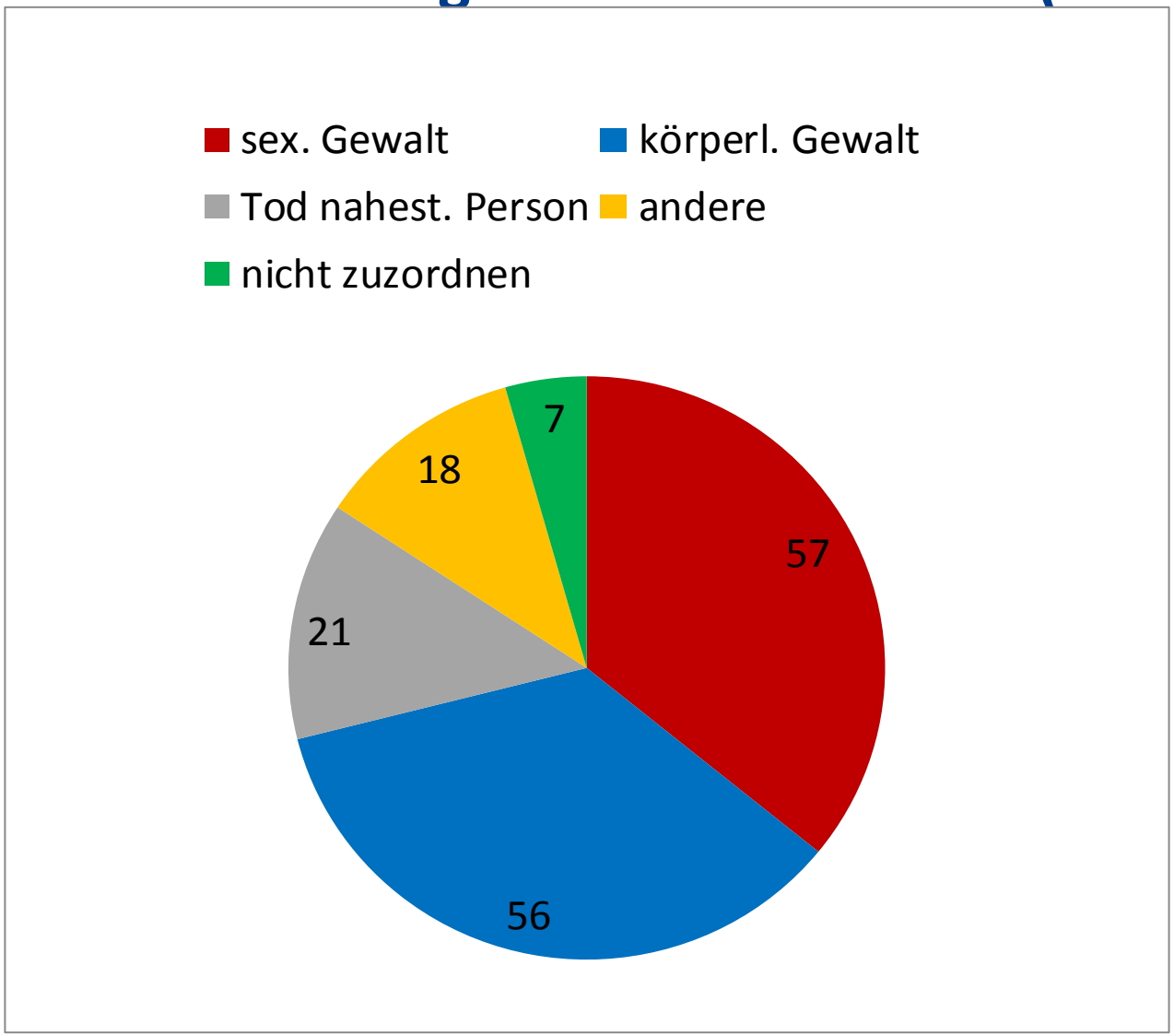
Merkmale traumatischer Ereignisse (DSM-5)

Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem **Tod**, **ernsthafter Verletzung**, oder **sexueller Gewalt** durch

- direktes Erleben
- Zeugenschaft
- Erfahren, dass es Angehörigen oder Freunden passiert ist

American Psychiatric Association 2013, DSM-5, PTSD Criterion A

Index-Traumatypen bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS (N=159)



Zwischenfazit

- Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sind häufig,
- treten häufig kumuliert auf,
- bleiben überwiegend unerkannt,
- und erfüllen oft die Kriterien (potentiell) traumatischer Ereignisse.

Gliederung

Epidemiologie:

- Definition
- Prävalenz

Folgen von Kindheitstraumata:

- Klinisches Bild
- neurobiologische Korrelate

Evidenzbasierte **Interventionen**

„There is overwhelming scientific evidence that child maltreatment can lead to a broad range of physical and emotional health problems…“

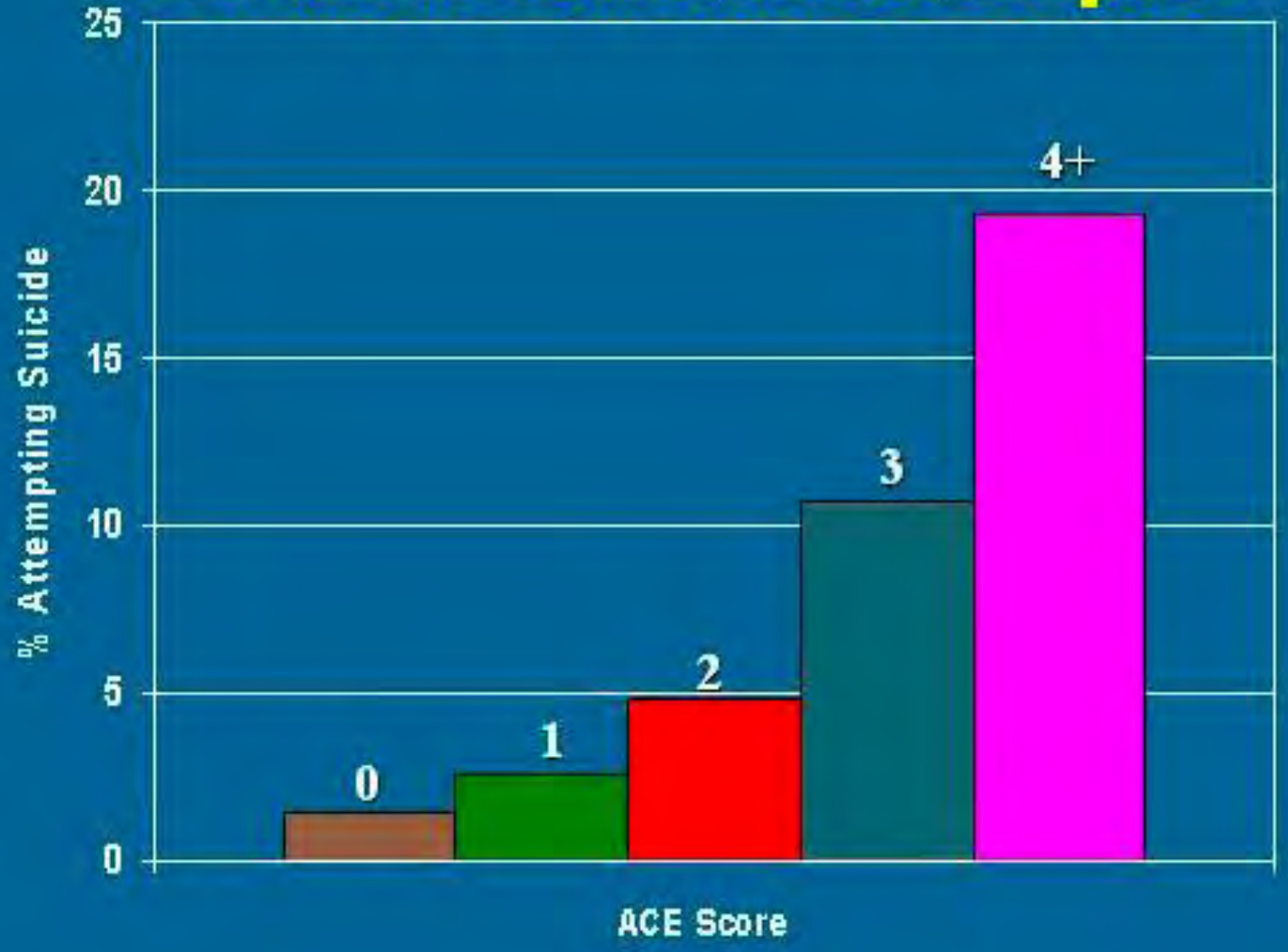
US Center of Disease Control, 2009

=> ACE study, Felitti et al. 1998, Am J Prev Med. 14:245-258

Adverse Childhood Experiences (ACE)

- physical abuse
- sexual abuse
- emotional abuse
- physical neglect
- emotional neglect
- mother treated violently
- household substance abuse
- household mental illness
- parental separation or divorce
- incarcerated household member

Childhood Experiences Underlie Suicide Attempts



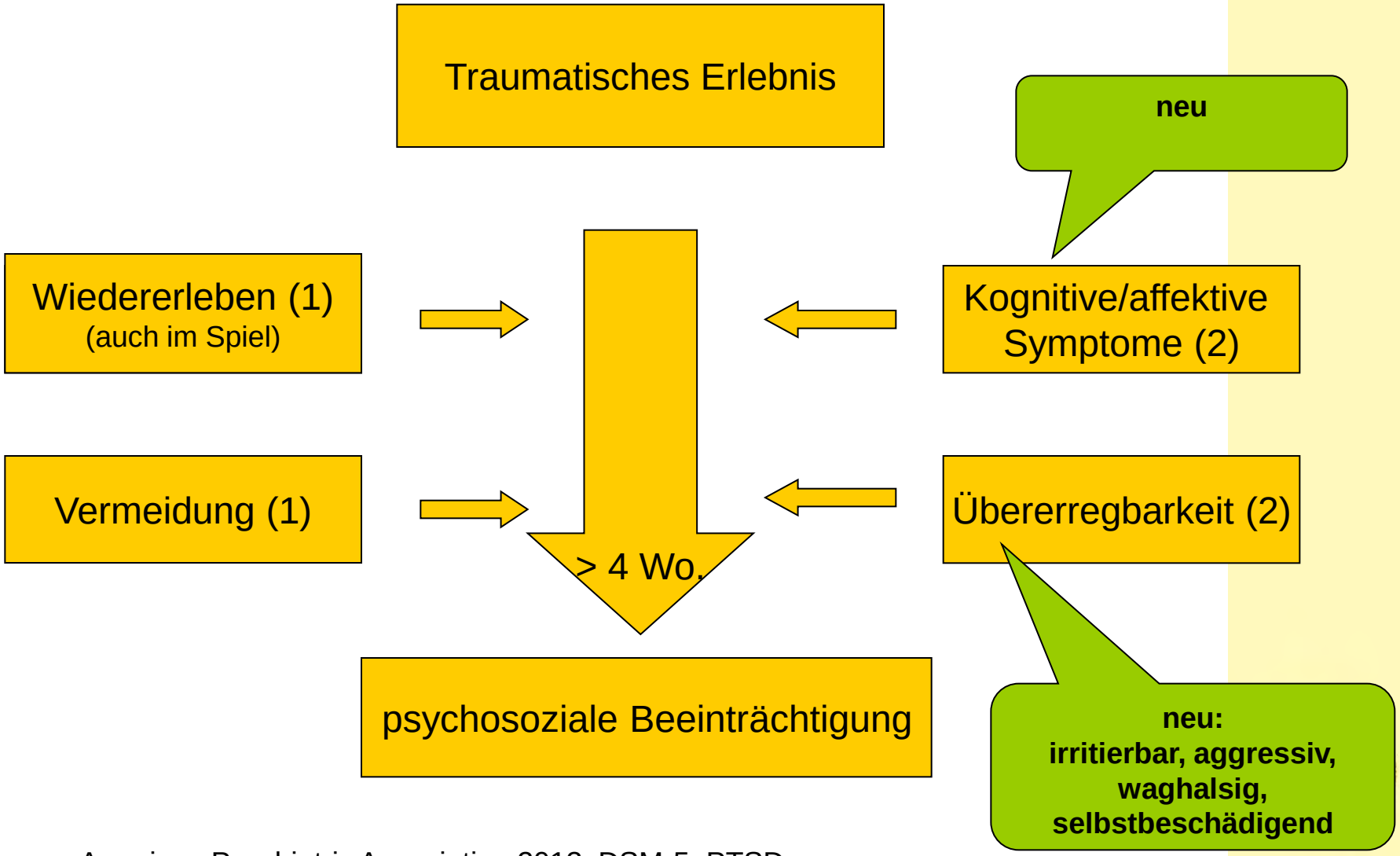
Childhood Experiences vs. Adult Alcoholism

Missbrauchsfolgen: Berichte von Überlebenden

- *„Ich kann mich erinnern, dass ich ein Leben lang **Angst** hatte."*
- *„Und jetzt holen mich die **Bilder** ständig ein. Wie werde ich diese los?"*
- *„Ich **kann mich nicht mehr spüren** seit dem Missbrauch."*
- *„Es kostet so viel Mut, darüber zu sprechen. Ich habe immer geglaubt, **schuld** zu sein."*

www.beauftragte-missbrauch.de download 03.07.2012

Posttraumatische Belastungsstörung DSM-5



American Psychiatric Association 2013, DSM-5, PTSD

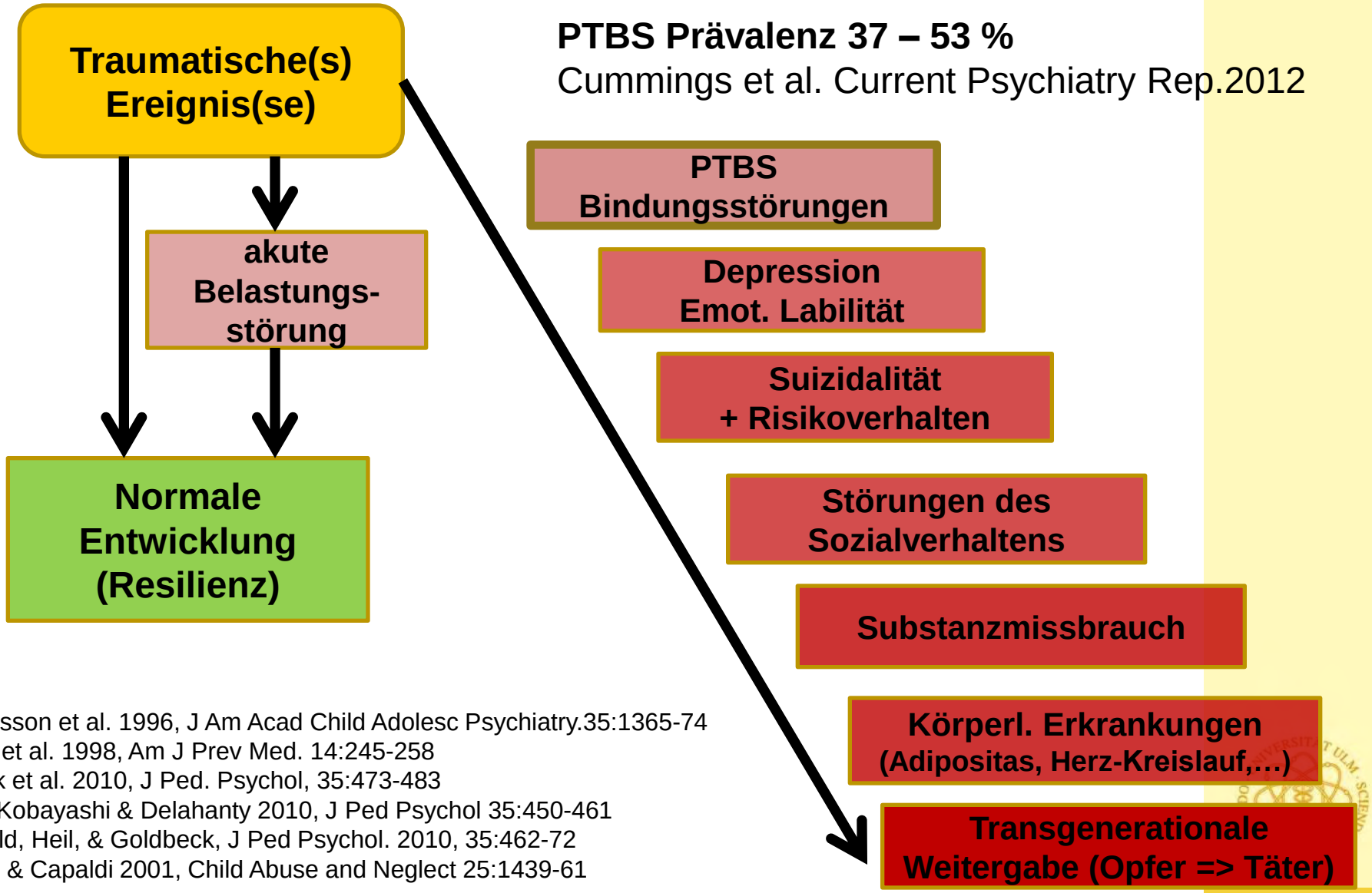
Traumatyp und Risiko für PTBS bei Erwachsenen

Typ	Männer	Frauen
Vergewaltigung	65,0 %	45,9 %
Sex. Belästigung	12,2 %	26,5 %
Körperl. Angriff	1,8 %	21,3 %
Kampfeinsatz	38,3 %	
Lebensbedrohlicher Unfall	6,3 %	8,8 %
Körperl. Missbrauch i. Kindheit	**22,3 %**	**48,5 %**
Schwere Vernachlässigung i. Kindheit	**23,3 %**	**19,7 %**
Zeuge von gewaltsamem Tod oder schwerer Verletzung	6,4 %	7,5 %
Angehöriger davon betroffen	4,4 %	10,4 %

Kessler et al. 1995, *Arch Gen Psychiatry; 52*:1048-60

Traumafolgen jenseits PTBS

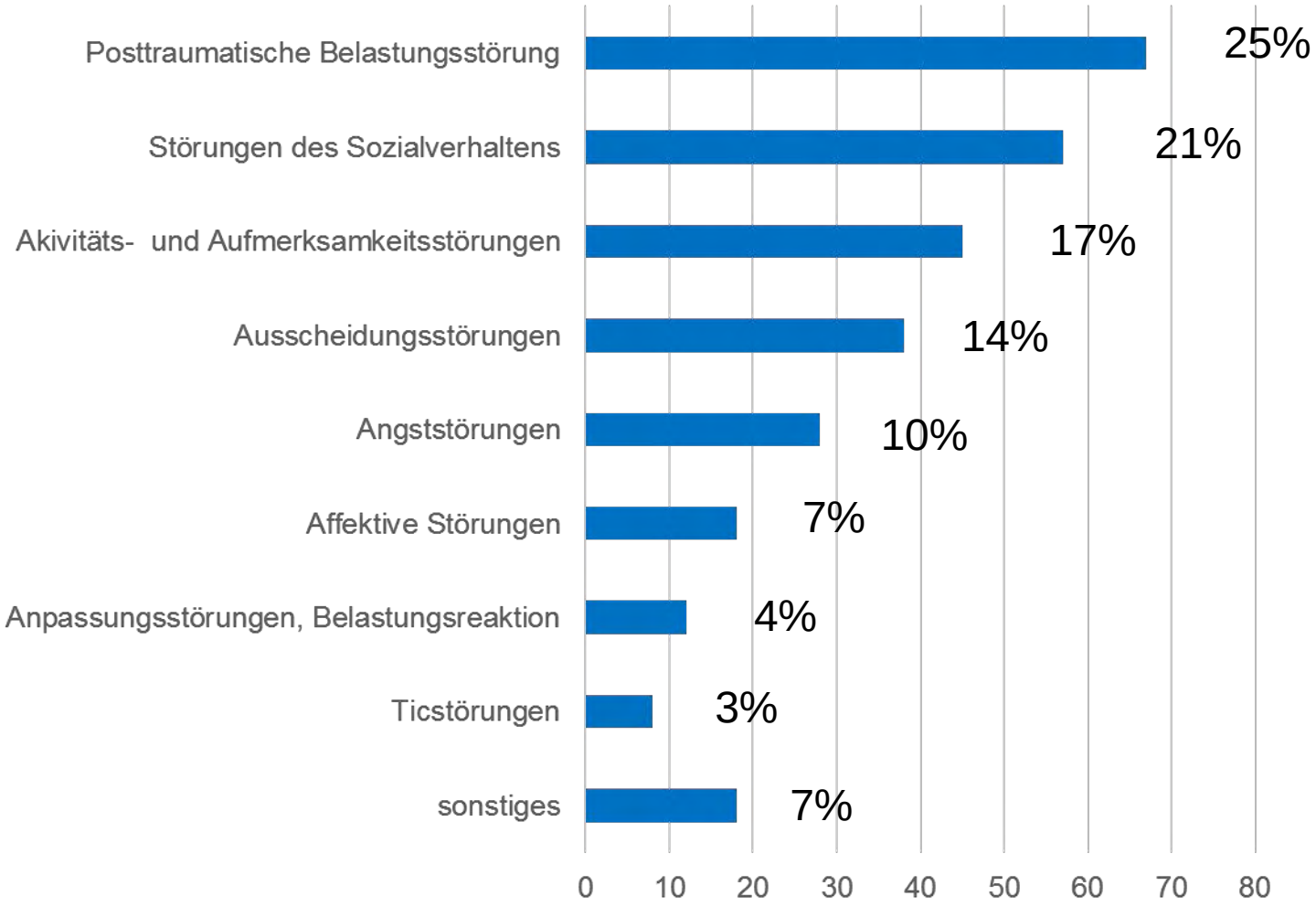
PTBS Prävalenz 37 – 53 %
Cummings et al. Current Psychiatry Rep.2012



Fergusson et al. 1996, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.35:1365-74
Felitti et al. 1998, Am J Prev Med. 14:245-258
Houck et al. 2010, J Ped. Psychol, 35:473-483
Irish, Kobayashi & Delahanty 2010, J Ped Psychol 35:450-461
Oswald, Heil, & Goldbeck, J Ped Psychol. 2010, 35:462-72
Pears & Capaldi 2001, Child Abuse and Neglect 25:1439-61
u.v.m.

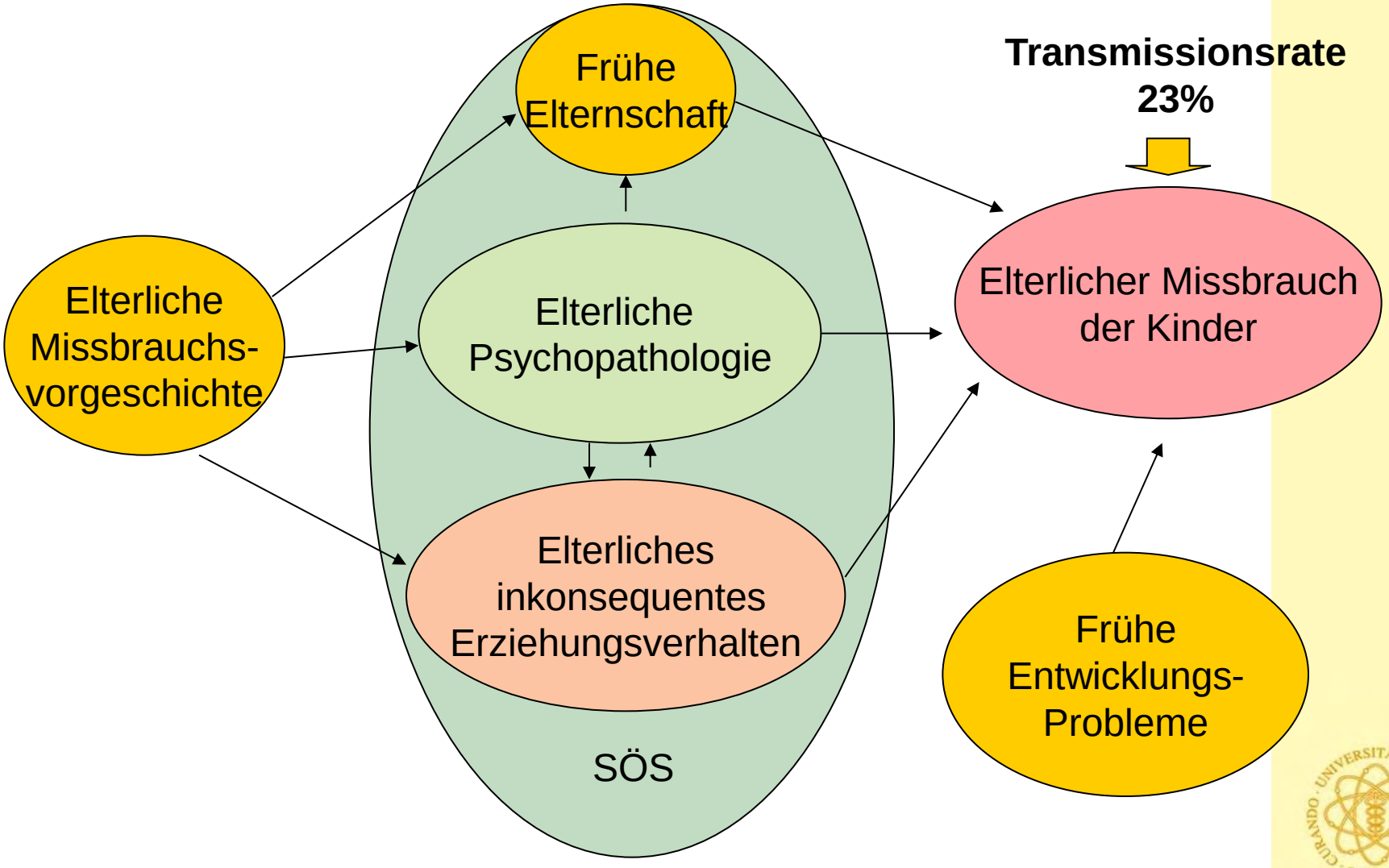
Misshandlungsfolgen (Forschungsverbund CANMANAGE)

Diagnosen nach ICD-10 (N=176)



41% komorbide Störungen!

Transgenerationale Effekte von Misshandlung



Pears & Capaldi 2001Child Abuse & Neglect, 25:1439-61

Good news: Resilienz

10 – 53 % Resilienz nach sex. Missbrauch!

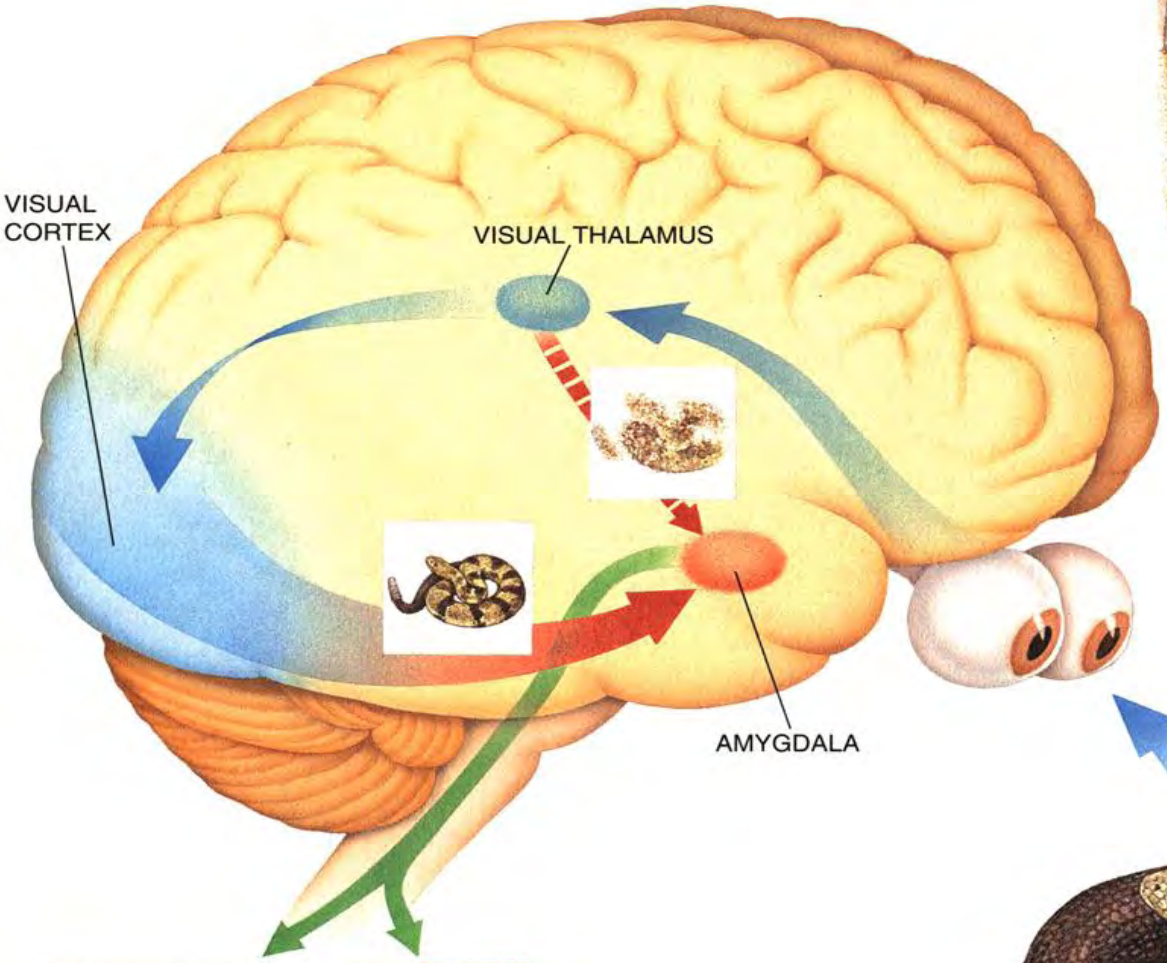
Protektive Faktoren:

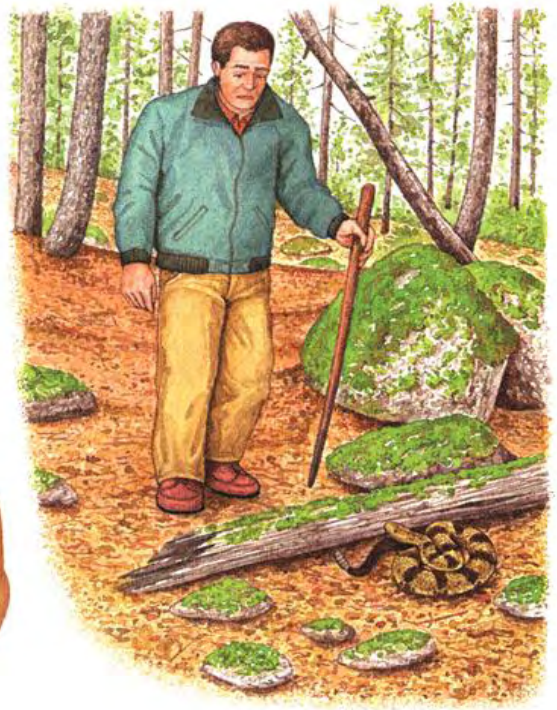
- Bildung
- Soziale und emotionale Kompetenz
- Kontrollüberzeugungen
- Aktive Bewältigung
- Optimismus
- Soziale Bindungen
- Externale Attribution der Verantwortung
- Soziale und familiäre Unterstützung

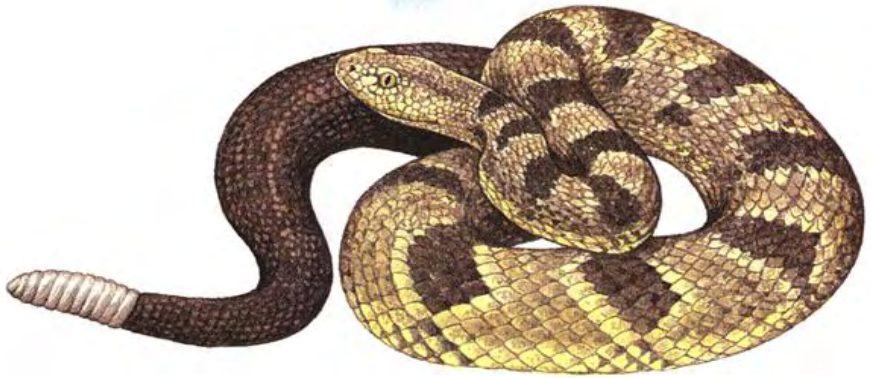
Domhardt, Münzer, Fegert, Goldbeck (2014): Trauma, Violence & Abuse
DOI: 10.1177/1524838014557288

Neurobiologische Befunde

LeDoux, Scientific American, 1994







Neuroendokrinologische Veränderungen bei PTBS (HPA Achse)

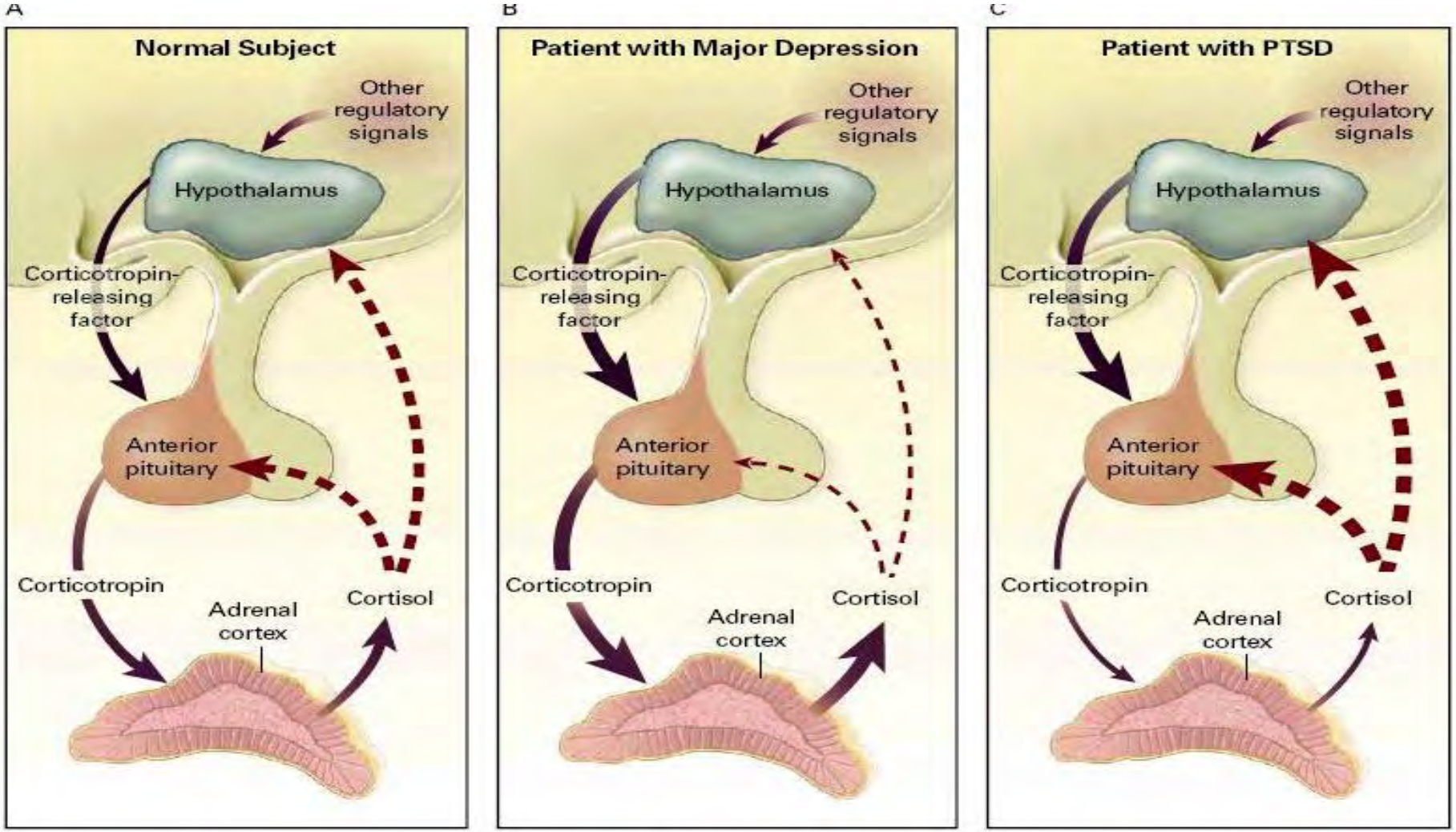


Figure 1. Response to Stress in a Normal Subject (Panel A), a Patient with Major Depressive Disorder (Panel B), and a Patient with PTSD (Panel C).

In normal subjects (Panel A) and in patients with major depression (Panel B), brief or sustained periods of stress are typically associated with increased levels of both cortisol and corticotropin-releasing factor. In each panel the thickness of the interconnecting arrows denotes the magnitude of the biologic response. Corticotropin-releasing factor stimulates the production of corticotropin, which in turn stimulates the production of cortisol. Cortisol inhibits the release of corticotropin from the pituitary and the release of corticotropin-releasing factor from the hypothalamus. It is also responsible for the containment of many stress-activated biologic reactions. In patients with PTSD (Panel C), levels of cortisol are low and levels of corticotropin-releasing factor are high. In addition, the sensitivity of the negative-feedback system of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis is increased in patients with PTSD rather than decreased, as often occurs in patients with major depression.[31]

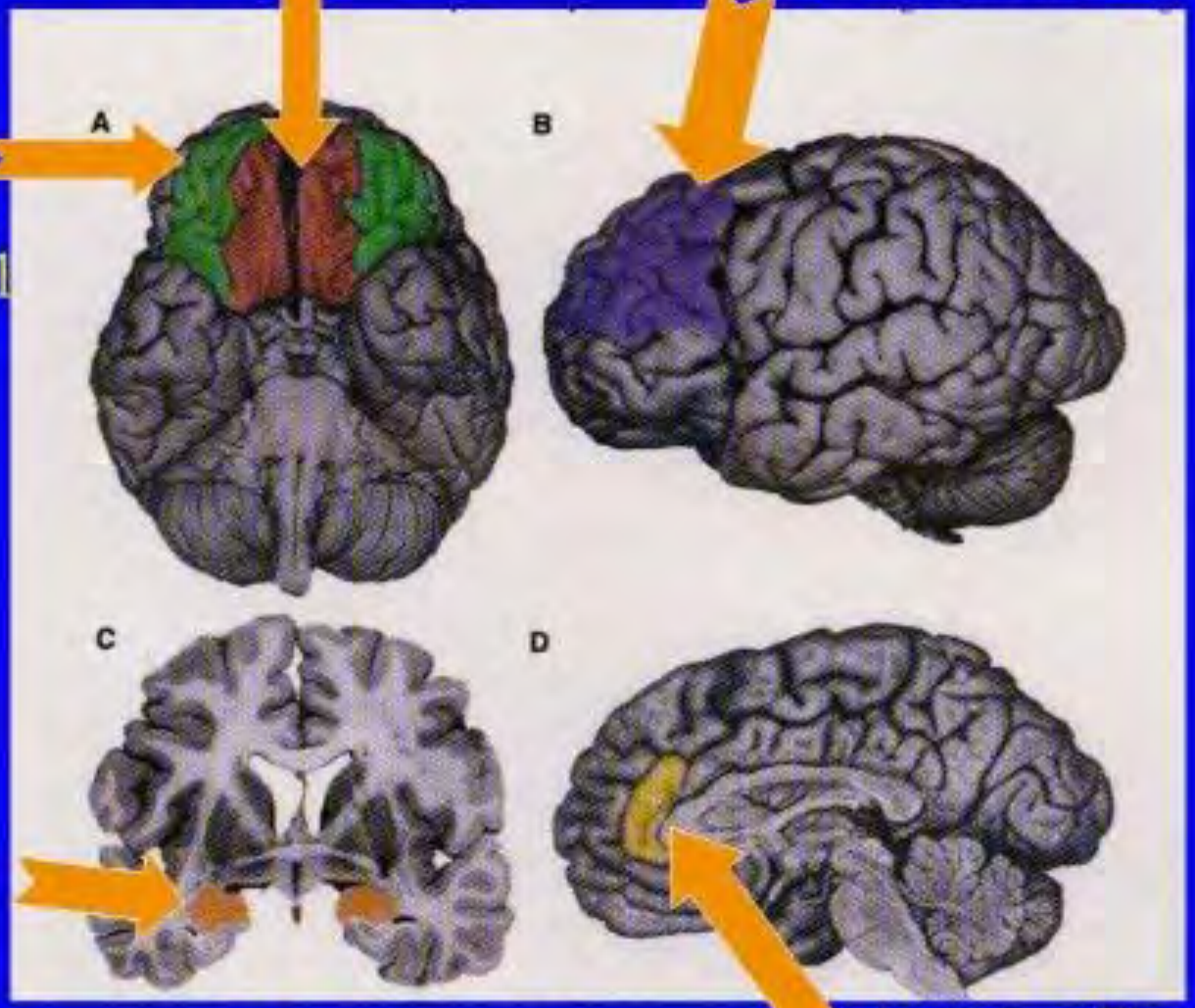
Yehuda 2004

Trauma Impacts Key Structures Underlying Emotional Regulation

Ventral Prefrontal Cortex

Dorsolateral Cortex

Orbital Prefrontal Cortex



Amygdala

Anterior Cingulate

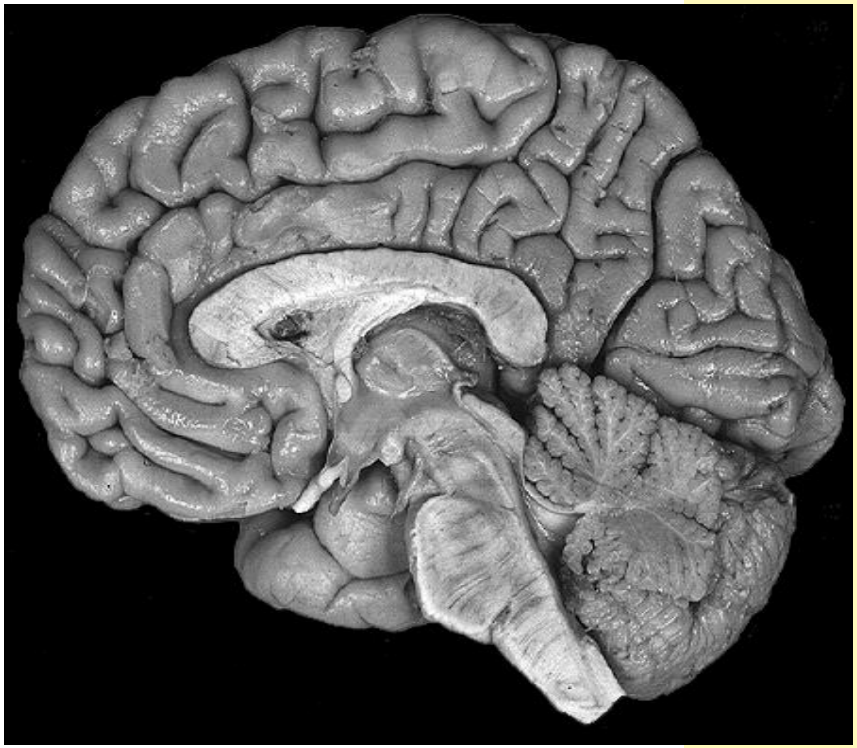
Science Vol 289, p 592

Hirnanatomische und -funktionelle Korrelate von Kindesmisshandlung

Corpus callosum bei misshandelten Kindern mit PTBS verkleinert
(de Bellis et al. 1999)

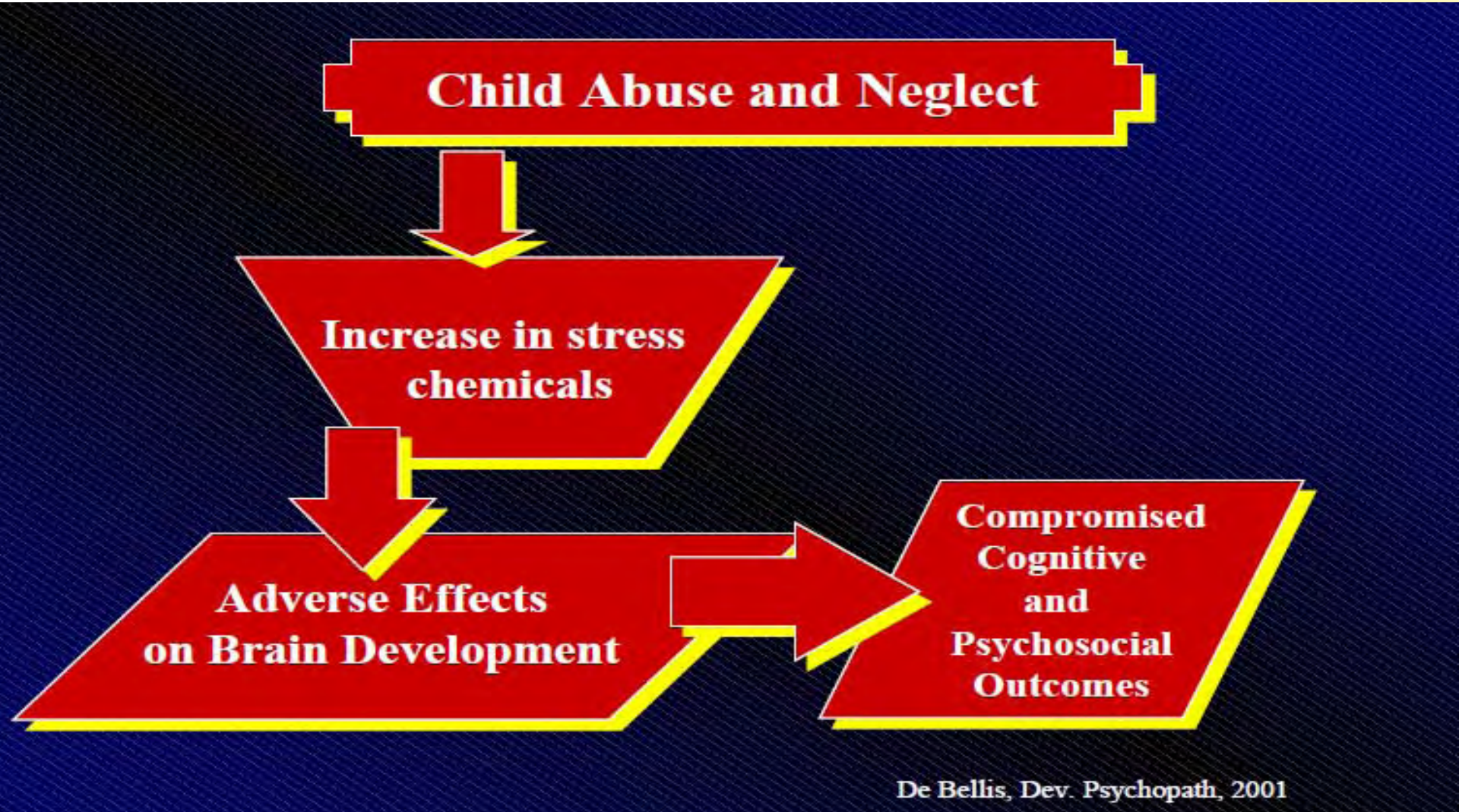
Amygdala bei Erwachsenen mit Misshandlungsanamnese hyperreaktiv (fMRT)
(Dannlowski et al. 2012)

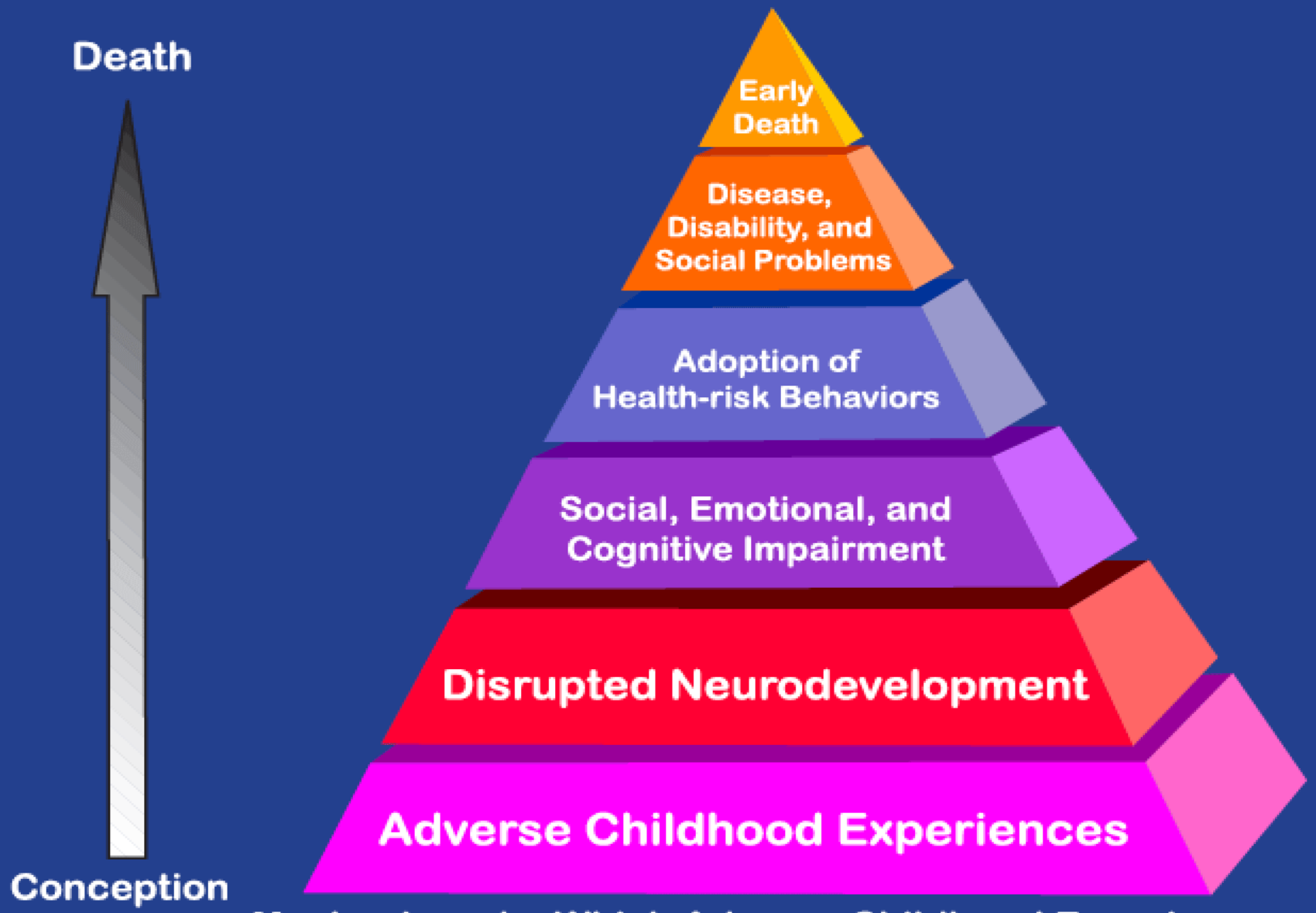
Hippocampus verkleinert (MRT Volumetrie) (ebda.)



Neurobiologisches Modell der Traumatisierung

(De Bellis 2001, Developm Psychopathol 13:539-64)





Mechanisms by Which Adverse Childhood Experiences Influence Health and Well-being Throughout the Lifespan

Zwischenfazit

- Kindesmisshandlung **ist mit einer neurotoxischen Dysregulation** des **psychobiologischen** Stresssystems verbunden und

- **beendet oder verkürzt das Leben** und hat dabei **komplexe psychopathologische Störungen über die gesamte Lebensspanne** zur Folge, v.a. bei multipler/langanhaltender Traumatisierung.

- Es gibt dennoch **resiliente** Kinder und Jugendliche!

Gliederung

Epidemiologie:

- Definition
- Prävalenz

Folgen von Kindheitstraumata:

- Klinisches Bild
- neurobiologische Korrelate

Evidenzbasierte **Interventionen**

Interventionsproblem Nr. 1

Keine aktive Exploration der Missbrauchsanamnese in psychiatrischer Regelversorgung!

Hepworth & McGowan J Psychiatr Mental Health Nurs 2013

Erkennen von Missbrauch

Interviewstudie: N=42 erkannte Fälle (7-16 J)

Münzer, Fegert, Ganser, Loos, Witt, Goldbeck (2014): J. Interpers .Viol

- durchschn. Verzögerung 17 Monate
- oft erst reaktive Offenbarung
- erste Ansprechperson meist die Mutter

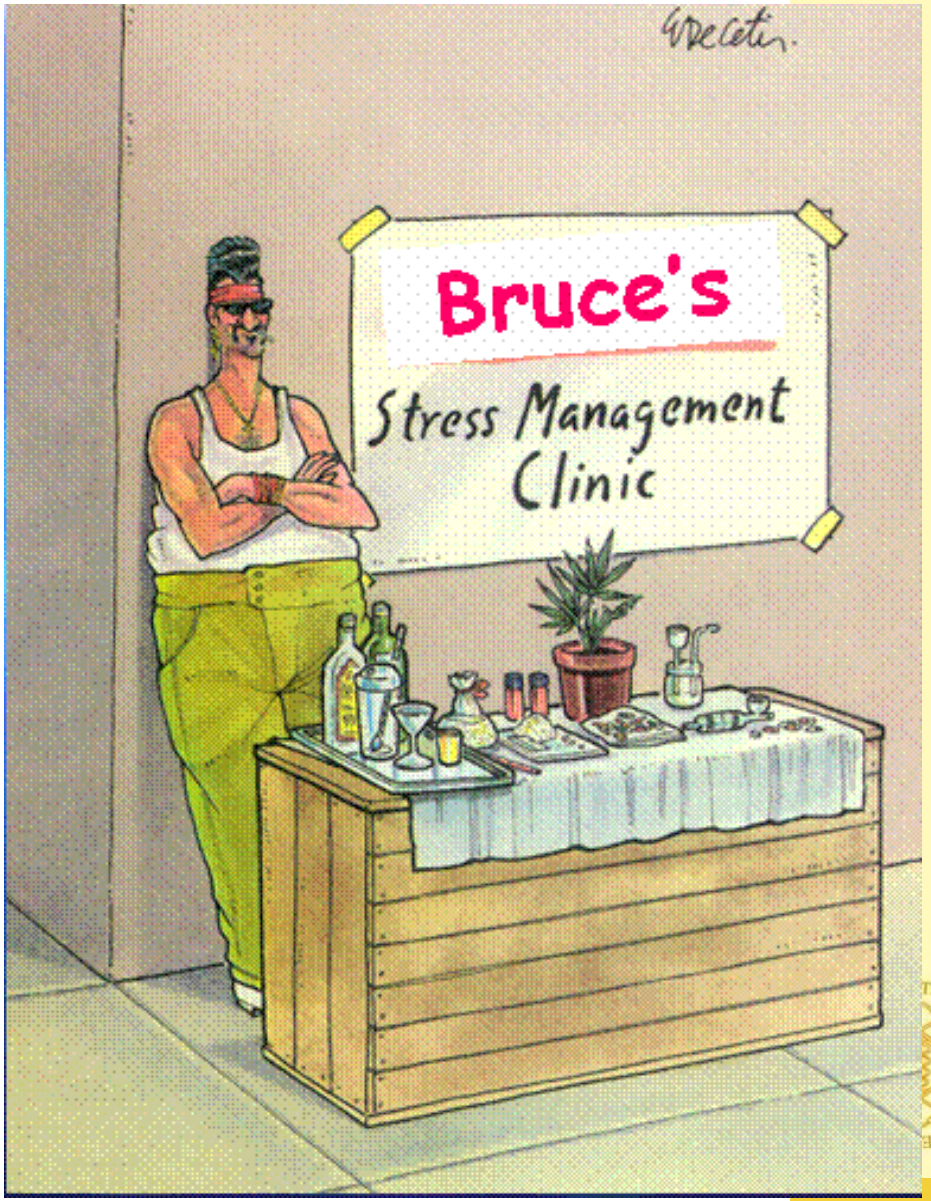
Barrieren:

- Scham
- Bedrohung durch Täter
- Misstrauen und fehlende Unterstützung

.

Interventionsproblem Nr. 2

Der Markt für “Traumatherapie” ist vielfältig…



Die gute Botschaft:

Wir haben wirksame Traumatherapien für Kinder und Jugendliche!

Warum evidenzbasiert behandeln?

Metaanalyse von 32 randomisierten Studien evidenzbasierter Therapien von Kindern und Jugendlichen

> "*Evidence-based interventions outperformed usual care*."
>
> Weisz et al., 2006

auch bei:

- schweren Störungen
- Minoritätenstatus

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care: A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *American Psychologist*, *61*(7) 671-689.

Meta-Analysen + Systematische Reviews: Traumatherapie für Kinder und Jugendliche

Autoren	Primärstudien	Outcome	ES
Trask et al. 2011 *Agress Viol Behav 16*:6-19	35 psychosoz. Interventionsstudien, Opfer sex. Missbrauchs	PTBS Sympt. Extern. Sympt. Intern. Sympt.	0.50 - 0.80
Macdonald et al. 2012 Cochrane Database Syst. Rev.	10 CBT-Studien N=874 Opfer sex. Missbrauchs	PTBS Angst	0.44 0.23
Gillies et al. 2012 Cochrane Database Syst Rev	14 RCT Studien N=758 Kinder und Jgdl. mit PTBS versch. Traumatypen	PTBS Depression	1.34 0.80

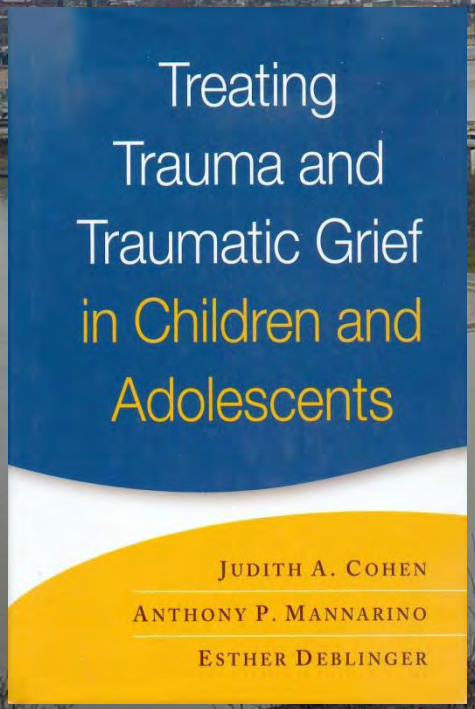
Derzeit evidenzbasierte Traumatherapien für Kinder und Jugendliche:

- Child-Parent-Psychotherapy (Lieberman & van Horn 2008)
- Cognitive Behavioral Interventions for Trauma in Schools CBITS (Jaycox 2003)
- Cognitive Behavioral Therapy for PTSD (Smith et al. 2007)
- Narrative Exposure Therapy KIDNET (Ruf et al. 2010)
- Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress SPARCS (Kaplan et al. 2005)
- **Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy TF-CBT (Cohen, Mannarino & Deblinger 2006)**
- Support for Students Exposed to Trauma SSET (Jaycox et al. 2006)
- UCLA Trauma Grief Component Treatment TGCT (Layne et al. 2008)
- Prolonged Exposure Therapy for Adolescents PE-A (Foa et al. 2013)

Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

Judy Cohen & Anthony Mannarino & Esther Deblinger

http://tfcbt.musc.edu



Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie

(Cohen, Deblinger & Mannarino 2006, dtsch. 2009)

Wchtl. 90 Min. unter Einbezug einer nicht misshandelnden Bezugsperson

Komponenten:

1. Psychoedukation* & Elternfertigkeiten
2. Entspannung*
3. Ausdruck und Modulation von Affekten
4. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung
5. Trauma-Narrativ*
6. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
7. In vivo Bewältigung von traumatischen Erinner
8. Gemeinsame Eltern-Kind Sitzungen
9. Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung

---

* Hauptwirkkomponenten evidenzbasierter Traumatherapie

Dorsey et al. (2011) *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 20*:255-269

Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie

Ziele:

- weniger Angst und Vermeidung bei traumatischen Erinnerungen
- bessere Stressbewältigung
- Korrektur irrtümlicher und belastender traumabezogener Gedanken
- Sicherheitsgefühl stärken
- Anstoßen künftiger Entwicklung

Meine Geschichte

Meine Geschichte beginnt mit 1 Jahr.
Meine Mutter hat mich bei meiner Oma
im Arm Liegen gelassen und ist dann
Abgehauen. Wir wussten nicht wo meine
Mutter ist. Wenn ich daran denke
ist es mir ekal wo meine Mutter
ist. Ich bin traurig und wütend zugleich
weil sie mich verlassen hat.
Ich denke sie hat mich verlassen
weil sie noch jung war und keine
Lust hatte mich zu pflegen. Es ist
schade obwohl es mir bei meiner
Oma gut geht

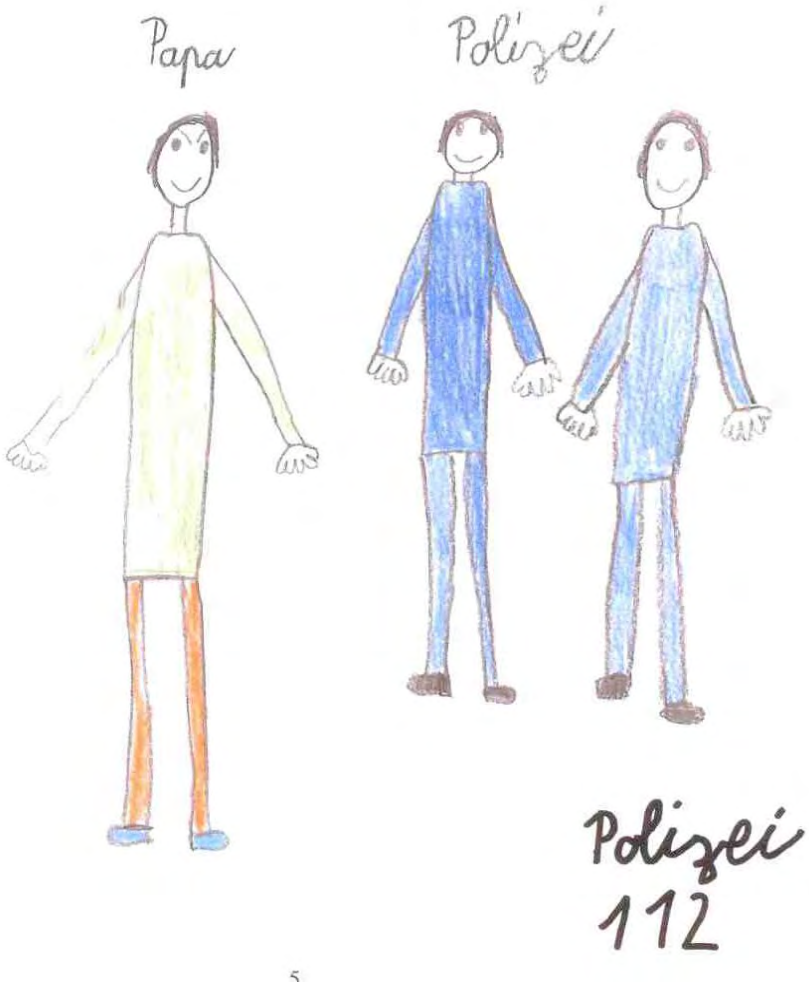
Beispiel: Traumanarrativ
Ismael, 8 Jahre

„…Es hat an der Tür geklingelt. Mein Vater ist gekommen. Er hat nach Alkohol gerochen. Ich habe gedacht, jetzt kommt er nach Hause und will schlafen. Aber er wurde ohne Grund wütend auf meine Mutter. Ich bin darüber erschrocken und wurde traurig. Seine Augen waren rot. Er hat alles herum geschmissen, Flaschen und Bücher. Er hat auch geschrieen. Dann hat mein Vater meine beiden Schwestern, S. und S., und meine Mutter gehauen, mit der flachen Hand und mit der Faust. Ich glaube er hat sie an der Schulter getroffen, ich habe es aber nicht so genau gesehen. Ich war traurig. Alle haben geweint und hatten Angst vor meinem Vater. Ich habe gedacht, vielleicht nimmt er ein Messer und tötet meine Mutter oder meine beiden Schwestern…“

Beispiel: Traumanarrativ Ismael, 8 Jahre

„…Jetzt gibt es bei uns keine Gewalt mehr ...

Ich habe noch ein bisschen Angst, dass es wieder passiert. Aber gegen die Angst helfen mir die Entspannungsübungen, und dass ich an etwas Schönes denke oder daran, dass uns die Polizei hilft.
…
Ich wünsche mir, dass ich auch mal Polizist werde und dass ich nicht so Alkohol trinke wie mein Vater und nicht rauche. „

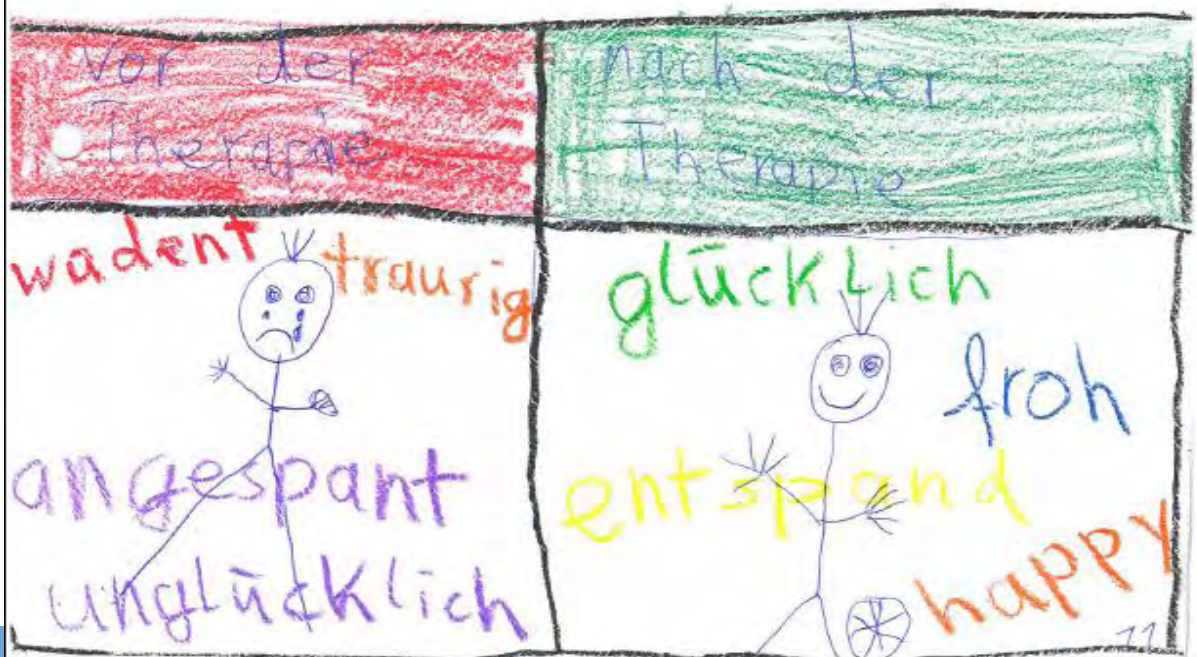


Traumanarrativ Kevin, 5 Jahre

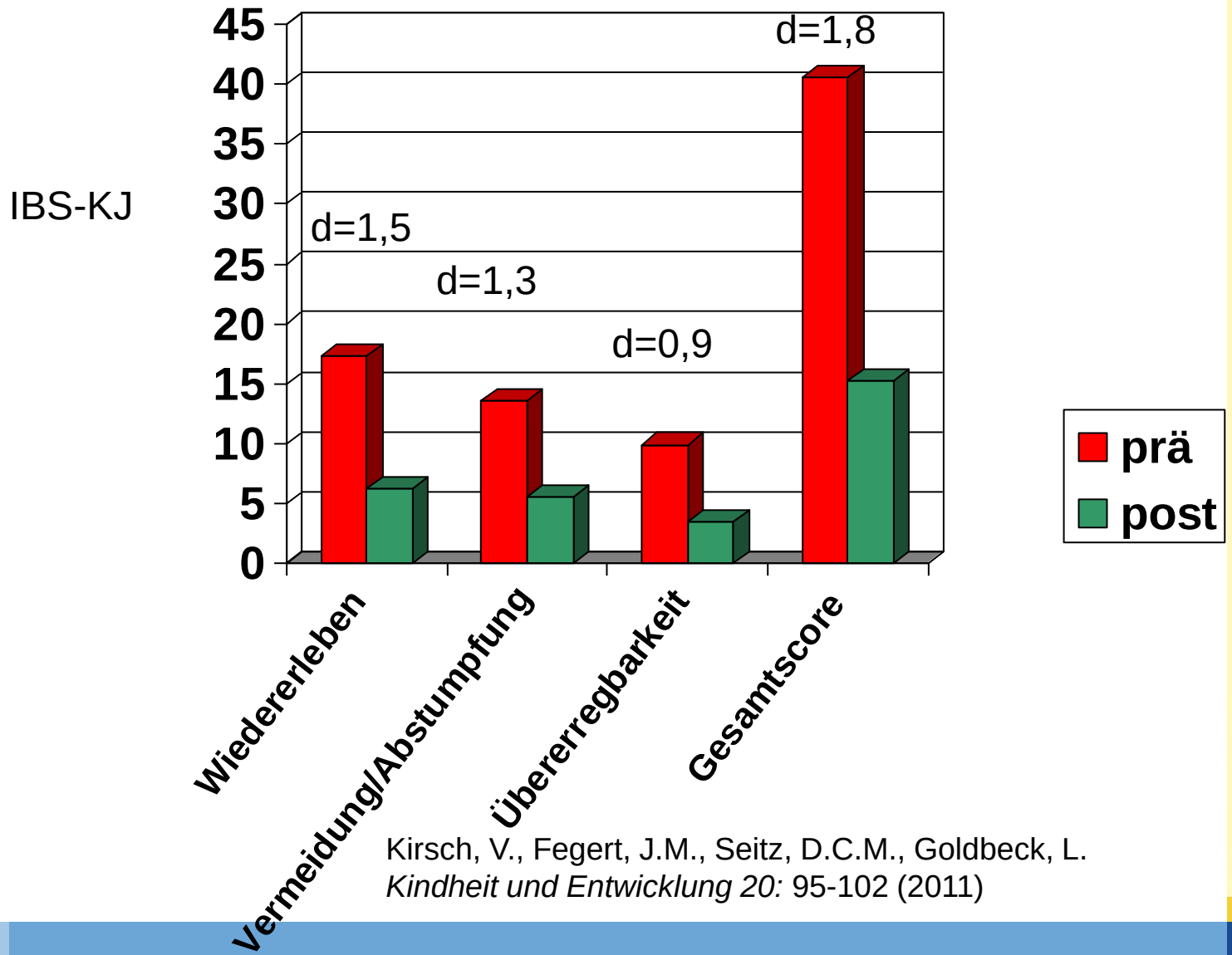
„Mein Papa ist spazieren gegangen und hat Obst gekauft. Dann ist er nach Hause gekommen. Mama hat die Türe aufgemacht. Ich war im Wohnzimmer und habe fern geschaut. Mama und Papa haben gestritten. Dann hat Papa Mama mit dem Brotmesser getötet. Papa hat Mama mit dem Brotmesser Löcher in den Bauch gemacht. Überall war Blut, bis zum Hals. Ich hatte Angst. Mama hat gesagt „Ich will nicht tot sein, ich will weiter kochen“. Die Mama lag auf dem Boden und hat sich nicht bewegt. Jetzt liegt sie in einem Sarg und ist im Himmel.“

Wie es mir
Nach der Trauma-Therapie geht

Nach der Trauma-Therapie geht es mir besser weil ich es mir von der Seele geredet habe und ich jetzt weiß wie ich damit umgehen muss.



Ergebnisse Pilotstudie
PTBS-Symptome prä-post Tf-KVT (N=12)



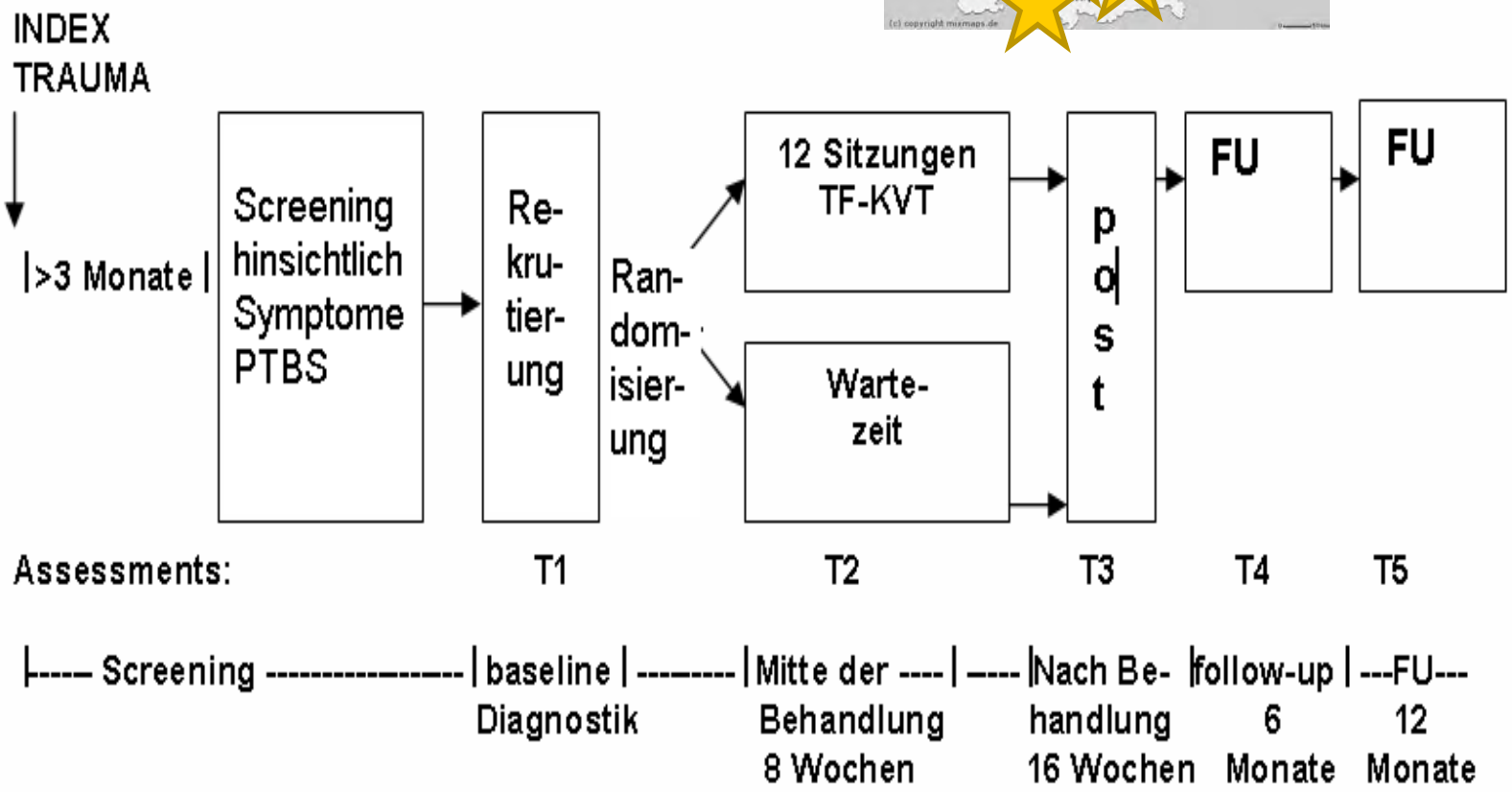
Kirsch, V., Fegert, J.M., Seitz, D.C.M., Goldbeck, L.
Kindheit und Entwicklung 20: 95-102 (2011)

TreatChildTrauma:
2012-2015

GEFÖRDERT VOM

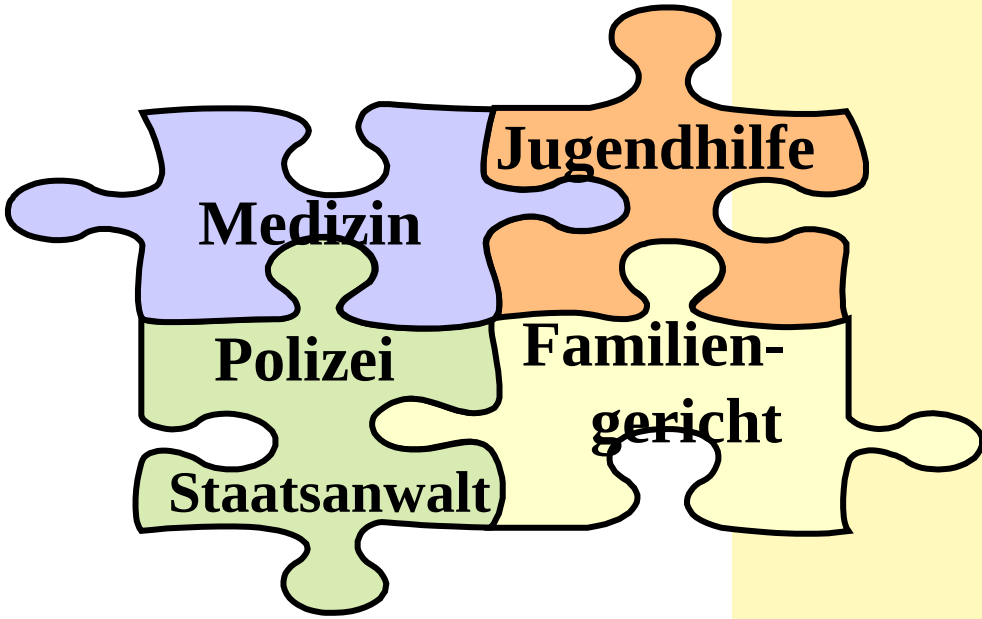
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Studiendesign:



Versorgungsprobleme

- Scheu nach Trauma zu fragen
- Trauma wird nicht erkannt
- Kinder gehen zwischen Hilfesystemen verloren
- keine Traumatherapie*
- verzögerte Traumatherapie
- nicht evidenzbasierte Therapien



* 60% der psychisch auffälligen Missbrauchsopfer ohne missbrauchsbezogene Therapie
50% der Betroffenen mit einer PTBS gänzlich unversorgt.

Münzer, Fegert, Witt & Goldbeck (2015), Nervenheilkunde 2015

Koordination hilft!

US-weiter Survey: 75 Child Welfare Agencies, 1.613 Kinder, 36 Monate

Je intensivere Inter-Organizational Relationships (IORs) IORs, desto mehr IAN und desto größere Verbesserung der seelischen Gesundheit

d.h. Optimierung der Schnittstelle KJH-KJP erniedrigt die Schwelle zur IAN von Therapie und verbessert den Gesundheitszustand traumatisierter Kinder

Bai Y, Wells R, Hillemeier MM. Child Abuse Negl. 2009;33:372-81.

Aufgaben für die Versorgung

- **frühzeitige** Diagnostik und b.B. Therapie nach Kindesmisshandlung (sobald Kinderschutz gewährleistet)
- systematische **Implementierung** evidenzbasierter Therapien und Anwendung von Traumawissen
- **Kooperation** von Gesundheitsversorgung, Kinder- und Jugendhilfe und anderen Hilfesystemen

Forschungsverbund

CAN MANAGE

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium für Bildung und Forschung

2012-2015

Erforschung der Implementierung und Dissemination von evidenzbasierten traumafokussierten Interventionen nötig
Kolko et al. 2010, *Gen Hosp Psychiatry 32:*465-476

Teilprojekt 1 (Koordination Ulm): Interventionsstudie

Ziel: Verkürzung des Intervalls unbehandelter Traumafolgestörungen mittels Case Management

Teilprojekt 2 (Koordination Ulm): Resilienzstudie

Ziel: Identifikation von Schutzfaktoren, die ein Auftreten von psychischen Störungen hemmen

Teilprojekt 3 (Koordination Eichstätt): Migrationsstudie

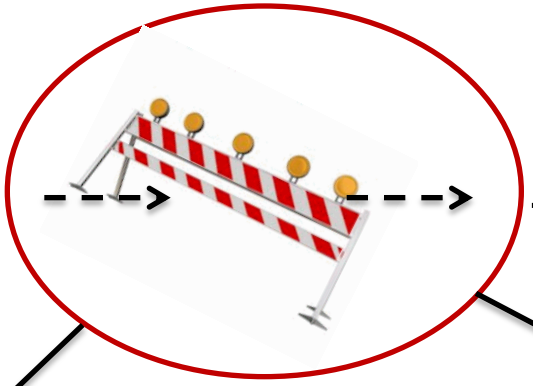
Ziel: Optimierung der Versorgung traumatisierter Kinder aus Migrantenfamilien

UNIVERSITÄT ULM · SCIENDO · DOCENDO · CURANDO

Interventionsstudie CANMANAGE

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Opfer von CAN mit therapeutischem Interventionsbedarf



evidenzbasierte Therapie

Netzwerke stärken

Familien bei der Überwindung von Barrieren unterstützen

Kooperation an der Schnittstelle der Kinder- und Jugendhilfe zum Gesundheitssystems optimieren

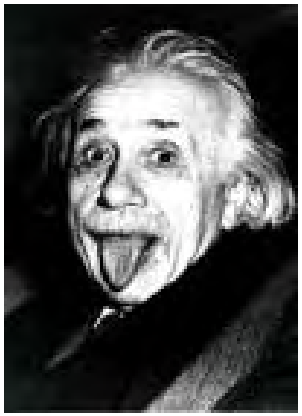
CANMANAGE

Zusammenfassung

- Viele, jedoch nicht alle Kinder und Jugendliche entwickeln nach Kindesmisshandlung klinisch relevante Traumafolgestörungen.
- Unbehandelt wirken sich Kindheitstraumata oft bis ins Erwachsenenalter und über Generationen hinweg aus.
- Misshandlungsanamnese und Stresssymptomatik sollten routinemäßig erfasst werden (Trauma-Screening).
- Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie ist besonders wirksam, sie muss besser in der Praxis implementiert werden.

Jedes betroffene Kind sollte Zugang zu evidenzbasierter Therapie bekommen!

„Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“



Albert Einstein

* 1879 Ulm