FRÜHKINDLICHE TRAUMATISIERUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN

PROF. DR. MARTIN SCHÄFER

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND SUCHTMEDIZIN, KLINIKEN ESSEN-MITTE

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, CHARITÉ CAMPUS-MITTE

RISIKOFAKTOREN FÜR PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

- GENETIK
- MODELLLERNEN
- SOZIALES UMFELD/BILDUNG/ARMUT
- INFEKTIONEN/SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN?

Frühkindliche Traumatisierungen !!!!!

Mißhandlungsarten:

Sexueller Missbrauch	Sexual abuse
Physische Misshandlungen	Physical maltreatment
Seelische Misshandlung	Emotional maltreatment
Vernachlässigung	Neglect
Miterleben familiärer Gewalt	Exposure to family violence

Sexueller Mißbrauch: Definition

Beteiligung nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können (Engfer, 1996)

und

bei denen der/die Täter die Opfer zur eigenen Stimulation und Befriedigung innerhalb eines vorhandenen Kompetenz- und Machtgefälles missbraucht

MISSBRAUCHSURSPRUNG

- FAMILIÄRER MISSBRAUCH
- ERWEITERTES FAMILIÄRES UMFELD
- NONFAMILIÄRER MISSBRAUCH

MISSBRAUCHSZEITPUNKT

- FRÜHKINDLICH
- KINDHEIT UND ADOLESZENZ
- ERWACHSENENALTER

EINFLUSS AUF DIE MORBIDITÄT

- ART DES TRAUMAS
- ALTER BEIM TRAUMA
- SCHWERE DES TRAUMAS
- HÄUFIGKEIT DES TRAUMAS
- KOMBINATION VERSCHIEDENER TRAUMAARTEN
- VERBLEIBENDE BEZUGSPERSONEN MIT GUTER BEZIEHUNG
- UNTERSTÜTZENDES UMFELD ODER GEFÜHL DER HILFLOSIGKEIT
- ……..

FRAGEN ZUM EINFLUSS AUF DIE MORBIDITÄT

- GIBT ES EINE SPEZIFISCHE STÖRUNGEN NACH TRAUMATA? (PTSD)
- SIND ANDERE ERKRANKUNGEN AUCH GEHÄUFT NACH TRAUMEN?
- ENTWICKELN ALLE MENSCHEN EINE PTSD ODER SYMPTOME? (RESILIENZ)
- GIBT ES AUCH EINZELNE SYMPTOMBILDUNGEN?
- UNTERSCHEIDEN SICH DIE ERKRANKTEN MIT TRAUMA UND OHNE TRAUMA (KRANKHEITSSCHWERE, SYMPTOMSCHWERE, ANZAHL DER BESCHWERDEN, KRANKHEITSBEGINN)?

EINFLUSS AUF DIE MORBIDITÄT

- FÜHRT ZU SCHLECHTERER THERAPIERBARKEIT UND PROGNOSE
- FINDET SICH DAHER ÜBERZUFÄLLIG HÄUFIG BEI CHRONISCHEN THERAPIEVERSAGERN UND PROBLEMPATIENTEN
- ES WERDEN ZUSÄTZLICHE SPEZIFISCHE THERAPIEBAUSTEINE BENÖTIGT ODER THERAPIEMODIFIKATIONEN

Sexueller Mißbrauch: Häufigkeit in Umfragen bei Schülern oder Studierenden

Daten aus Deutschland:

- 23 % der Frauen und 4 % der Männer (Richter-Appelt, 1997)
- 25 % der Frauen und 8 % der Männer (Bange, 1992)
- 10 % der Frauen und 4 % der Männer (Elliger und Schrötensack, 1991)

Verhältnis Frauen : Männer ca. 4 : 1

Sexueller und physische Missbrauch: Häufigkeit und Auswirkung bei Alkoholikern

Windle et al. (Am. J. Psych., 1995) untersuchten 802 Alkoholiker, 321 Frauen in New York

1) sexueller Mißbrauch:	**49 % Frauen und 12 % Männer**
2) physische Mißhandlung:	**33 % Frauen und 24 % Männer**
3) beides:	**23 % Frauen und 5 % Männer**

Gehäuft: **Antisoziale Persönlichkeit**
Suizidversuche
Major Depression (Männer)
General. Angsterkrankungen (Frauen)

Sexueller Missbrauch in der Kindheit bei Drogensüchtigen

- Rush (1985): 80% aller weiblichen Drogenabhängigen

- Übersicht bei Kreyssig (1997): bei anderen Autoren 60 - 80 %

- Arenz-Greiving (1994): von 1054 drogenabhängigen Frauen ca. 30 %

- Schäfer et al. (1999): 70 % der Frauen und 55 % der Männer

Mitteilung des sexuellen Missbrauchs

3220 telefonisch befragte Frauen

⇒ davon 288 mißbrauchte Frauen

- 28% nie mitgeteilt
- 48% erst nach 5 Jahren mitgeteilt
- 18% zw. 1-5 Jahren nach Ereignis
- 7% nach 6 Monaten
- 9% nach 1 Monat
- 18% innerhalb 24 Stunden

Smith et al. (2000), Child Abuse & Neglect, 273-287

Mitteilung des sexuellen Mißbrauchs

Wem?

- 23% engen Freunden
- 21% Mutter
- 8% anderen Familienmitgliedern
- 7% Ehemann
- 6% Polizei / sozialen Stellen
- 28% Niemandem

Smith et al. (2000), Child Abuse & Neglect, 273-287

Sexuellen Missbrauch: Täterverteilung

Täter?

- 15% Vater/Stiefvater
- 6% Bruder
- 22% andere Verwandte
- 22% Freund/Partner
- 22% Bekannte
- 10% Freunde

Smith et al. (2000), Child Abuse & Neglect, 273-287

Mitteilung des sexuellen Missbrauchs

<u>Faktoren, ob und wann das Opfer die Tat mitteilt:</u>

- höheres Alter des Opfers beim Ereignis und fremder Täter = frühe Mitteilung

- niedriges Alter und Täter aus engster Familie = späte Mitteilung oder gar nicht

Smith et al. (2000), Child Abuse & Neglect, 273-287

Article

Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study

Valerie J. Edwards, Ph.D.

George W. Holden, Ph.D.

Vincent J. Felitti, M.D.

Robert F. Anda, M.D., M.S.

Objective: This study examined the prevalence of a history of various combinations of childhood maltreatment types (physical abuse, sexual abuse, and witnessing of maternal battering) among adult members of a health maintenance organization (HMO) and explored the relationship with adult mental health of the combinations of types of childhood maltreatment and emotional abuse in the childhood family environment.

Method: A total of 8,667 adult members of an HMO completed measures of childhood exposure to family dysfunction, which included items on physical and sexual abuse, witnessing of maternal battering, and emotional abuse in the childhood family environment. The adults' current mental health was assessed by using the mental health scale of the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey.

Results: The prevalences of sexual abuse, physical abuse, and witnessing of maternal violence were 21.6%, 20.6%, and 14.0%, respectively, when the maltreatment types were considered separately. Among respondents reporting any of the maltreatment types, 34.6% reported more than one type of maltreatment. Lower mean mental health scores were associated with higher numbers of abuse categories (mean=78.5, 75.5, 72.8, and 69.9 for respondents with no, one, two, and three abuse types, respectively). Both an emotionally abusive family environment and the interaction of an emotionally abusive family environment with the various maltreatment types had a significant effect on mental health scores.

Conclusions: Childhood physical and sexual abuse, as well as witnessing of maternal battering, were common among the adult members of an HMO in this study. Among those reporting any maltreatment, more than one-third had experienced more than one type of maltreatment. A dose-response relation was found between the number of types of maltreatment reported and mental health scores. In addition, an emotionally abusive family environment accentuated the decrements in mental health scores. Future research examining the effects of childhood maltreatment on adult mental health should include assessments of a wide range of abusive experiences, as well as the family atmosphere in which they occur.

(Am J Psychiatry 2003; 160:1453–1460)

A

Häufigkeiten:
sexual abuse = 21,6%
physical abuse = 20,6%
witnessing of maternal violence =14.0%

more than one type of maltreatment: 34.6%

Symptombildung (36-item Short-Form Health Survey):

- Dosis Wirkungs Beziehung zwischen Entwicklung von “mental health” Symptomen und der Häufigkeit von Misshandlungen

Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample

Roger T. Mulder, M.B., Ch.B., F.R.A.N.Z.C.P., Annette L. Beautrais, Ph.D., Peter R. Joyce, M.B., Ch.B., Ph.D., F.R.A.N.Z.C.P., and David M. Fergusson, Ph.D.

Objective: The aim of this study was to examine the relationship between childhood sexual abuse, childhood physical abuse, current psychiatric illness, and measures of dissociation in an adult population. *Method:* The authors used a randomly selected sample of 1,028 individuals. Each subject completed a semistructured face-to-face interview that included measures of childhood sexual abuse, childhood physical abuse, DSM-III-R psychiatric diagnoses, and selected items from the Dissociative Experiences Scale. *Results:* Many individuals experienced occasional dissociative symptoms, and 6.3% of the population suffered from three or more frequently occurring dissociative symptoms. Among these individuals, the rate of childhood sexual abuse was two and one-half times as high, the rate of physical abuse was five times as high, and the rate of current psychiatric disorder was four times as high as the respective rates for the other subjects. Logistic regression modeling showed that physical abuse and current psychiatric illness were directly related to a high rate of dissociative symptoms but sexual abuse was not. The influence of sexual abuse was due to its associations with current psychiatric illness and with childhood physical abuse. Childhood physical abuse was not directly related to current psychiatric illness. Its association appeared to be mediated by its link to childhood sexual abuse. *Conclusions:* This study confirms that a small proportion (approximately 6%) of the general population suffer from high levels of dissociative symptoms. It calls into question the hypothesized direct relationship between childhood sexual abuse and adult dissociative symptoms.

(Am J Psychiatry 1998; 155:806–811)

- Dissoziative Symptome bei ca. 6%
- Der Untersuchten
- 2,5 faches Risiko wenn sexueller Mißbrauch
- 5 faches Risiko bei physischer Mißhandlung
- 4 fach wenn eine psychiatrische Erkrankung vorlag

EINFLUSS MISSBRAUCHSART AUF SYMPTOMBILDUNG

Article

Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment

Martin H. Teicher, M.D., Ph.D.

Jacqueline A. Samson, Ph.D.

Ann Polcari, R.N., C.S., Ph.D.

Cynthia E. McGreenery

Objective: Childhood maltreatment is an important psychiatric risk factor. Research has focused primarily on the effects of physical abuse, sexual abuse, or witnessing domestic violence. Parental verbal aggression has received little attention as a specific form of abuse. This study was designed to delineate the impact of parental verbal aggression, witnessing domestic violence, physical abuse, and sexual abuse, by themselves and in combination, on psychiatric symptoms.

Method: Symptoms and exposure ratings were collected from 554 subjects 18–22 years of age (68% female) who responded to advertisements. The Verbal Abuse Questionnaire was used to assess exposure to parental verbal aggression. Outcome measures included dissociation and symptoms of "limbic irritability," depression, anxiety, and anger-hostility. Comparisons were made by using effect sizes.

Results: Verbal aggression was associated with moderate to large effects, comparable to those associated with witnessing domestic violence or nonfamilial sexual abuse and larger than those associated with familial physical abuse. Exposure to multiple forms of maltreatment had an effect size that was often greater than the component sum. Combined exposure to verbal abuse and witnessing domestic violence had a greater negative effect on some measures than exposure to familial sexual abuse.

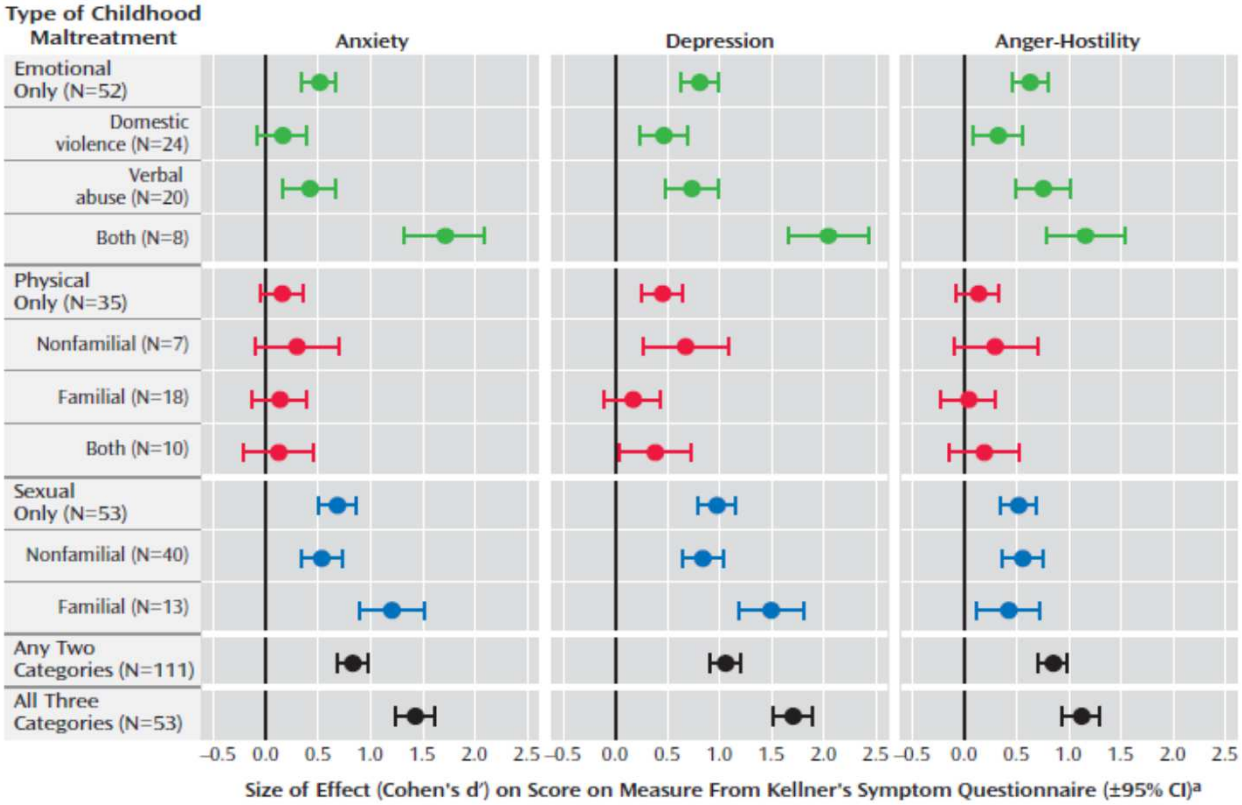
Conclusions: Parental verbal aggression was a potent form of maltreatment. Exposure to multiple forms of abuse was associated with very large effect sizes. Most maltreated children had been exposed to multiple types of abuse, and the number of different types is a critically important factor.

(Am J Psychiatry 2006; 163:993–1000)

EFFEKT DER MISSBRAUCHSART AUF SYMPTOMBILDUNG

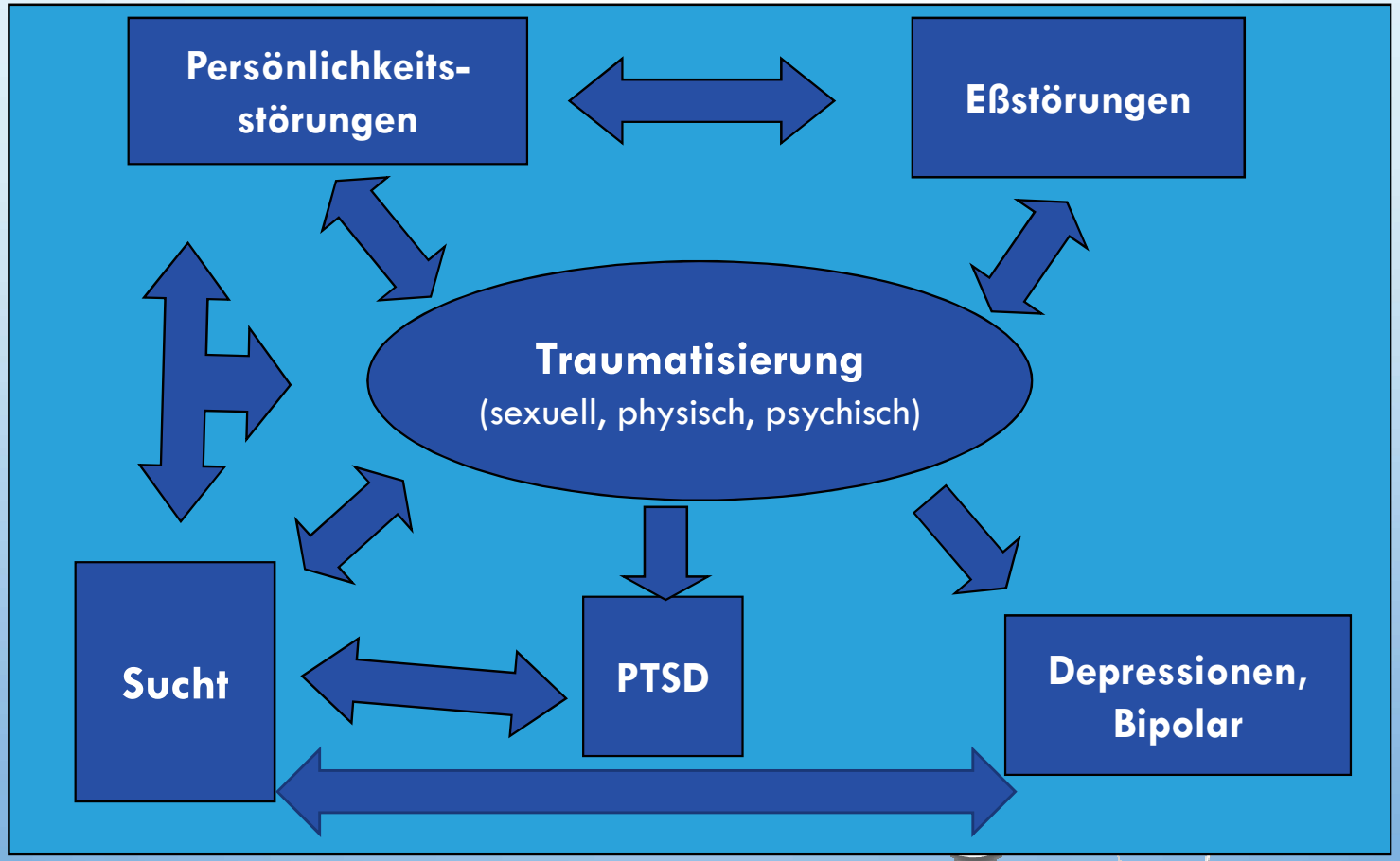
CHILDHOOD MALTREATMENT

FIGURE 3. Effects of Childhood Maltreatment on Ratings of Anxiety, Depression, and Anger-Hostility of 554 Young Adults



[a] Based on comparison of subjects with each category of maltreatment and a comparison group (N=250) with no history of exposure to abuse or other form of early adversity. Kellner's Symptom Questionnaire (16) is a yes/no self-report questionnaire that is sensitive to subtle differences from normal.

Einfluss von Traumatisierung auf verschiedene Störungen



Bidirektionale Beziehung

1) Sexueller Mißbrauch scheint das Risiko für eine spätere Suchtentwicklung ca. 2-3 fach zu erhöhen (Mullen, 1993; Saunders et al., 1992; Scott, 1992)

2) Umgekehrt erhöht Alkholabhängigkeit in der Familie das Risiko für die Kinder ca. 3 fach, sexuell mißbraucht zu werden (Krausz und Freyberger, 1997)

Aas et al. Int J Bipolar Disord (2016) 4:2
DOI 10.1186/s40345-015-0042-0

International Journal of Bipolar Disorders
a SpringerOpen Journal

REVIEW

Open Access

The role of childhood trauma in bipolar disorders

Monica Aas[1,2,8*], Chantal Henry[3,4,5,6,8], Ole A. Andreassen[1,2,8], Frank Bellivier[7,6,8], Ingrid Melle[1,2,8] and Bruno Etain[3,5,6,8]

Abstract

This review will discuss the role of childhood trauma in bipolar disorders. Relevant studies were identified via Medline (PubMed) and PsycINFO databases published up to and including July 2015. This review contributes to a new understanding of the negative consequences of early life stress, as well as setting childhood trauma in a biological context of susceptibility and discussing novel long-term pathophysiological consequences in bipolar disorders. Childhood traumatic events are risk factors for developing bipolar disorders, in addition to a more severe clinical presentation over time (primarily an earlier age at onset and an increased risk of suicide attempt and substance misuse). Childhood trauma leads to alterations of affect regulation, impulse control, and cognitive functioning that might decrease the ability to cope with later stressors. Childhood trauma interacts with several genes belonging to several different biological pathways [Hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, serotonergic transmission, neuroplasticity, immunity, calcium signaling, and circadian rhythms] to decrease the age at the onset of the disorder or increase the risk of suicide. Epigenetic factors may also be involved in the neurobiological consequences of childhood trauma in bipolar disorder. Biological sequelae such as chronic inflammation, sleep disturbance, or telomere shortening are potential mediators of the negative effects of childhood trauma in bipolar disorders, in particular with regard to physical health. The main clinical implication is to systematically assess childhood trauma in patients with bipolar disorders, or at least in those with a severe or instable course. The challenge for the next years will be to fill the gap between clinical and fundamental research and routine practice, since recommendations for managing this specific population are lacking. In particular, little is known on which psychotherapies should be provided or which targets therapists should focus on, as well as how childhood trauma could explain the resistance to mood stabilizers.

Trauma und Bipolare Störung

- Frühkindliche Traumatisierungen sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer Bipolaren Störung

- Patienten mit einer Bipolaren Störung und frühkindlicher Traumatisierung sind schwerer erkrankt, haben einen früheren Krankheitsbeginn und ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche und komorbidem Substanzmissbrauch

- Frühkindliche Traumatisierungen ist assoziiert mit Affektregulationsstörungen, Impulskontrollstörungen und kognitiven Störungen die dazu führen, dass der Umgang mit späteren Stressoren schlechter wird.

Aas et al., Int. Journal of Bipolar Disorders, 2016 4:2

Trauma und Bipolare Störung: Biologische Folgen

- Frühkindliche Traumatisierungen beeinflusst langfristig die HPA Achse (Stresshormonachse), die serotonerge Transmission, Neuroplastizität, das Immunsystem, das Calciumsignal, und den zirkadianen Rhythmus.

- Über epigenetische Wege kann eine veränderte Stressresponse nach Traumatisierung sogar über Generationen weitergegeben warden.

- Andere Späfolgen sind ein chronisch inflammatorischer Status, Schlafstörungen, eine Verkürzung von Telomeren (Genetik) mit möglichen negativen Einflüssen auf die Bipolare Erkrankung, aber auch auf die körperliche Gesundheit.

Aas et al., Int. Journal of Bipolar Disorders, 2016 4:2

Trauma und Bipolare Störung: Therapeutische Konsequenz ?

- Frühkindliche Traumatisierungen sollten bei Menschen mit einer Bipolaren Erkrankung erfragt werden
- Möglicherweise besonders relevant bei Patienten mit schwereren Verlauf und fehlendem Therapieansprechen
- Es fehlt noch eine Verknüpfung von klinischen Befunden und Grundlagenforschung sowie daraus folgender Therapiemöglichkeiten
- Unklar von welcher Psychotherapie man profitiert, welche Ziele Therapeuten verfolgen sollte
- Frage, ob frühkindliche Traumatisierungen eine mögliche Ursache für eine medikamentöse Therapieresistenz ist.

Aas et al., Int. Journal of Bipolar Disorders, 2016 4:2

Danke