

Diplomarbeit

Chronische Schmerzen
Einfluss von negativen Kindheitserfahrungen

eingereicht von

Elena Pletzer BA

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr.ⁱⁿ med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Allgemeine Anästhesiologie, Notfall- und

Intensivmedizin Graz

und

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie Innsbruck

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Astrid Lampe

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andreas Sandner-Kiesling

Mag. Dr. Thomas Beck

Graz, am 20.02.2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 20.02.2017

Elena Pletzer eh

Zusammenfassung

Einleitung: Chronischer Schmerz ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema der heutigen Zeit. Es stellt nicht nur die Betroffenen vor eine Herausforderung, sondern auch die Gesellschaft vor enorme Kosten. Seit einigen Jahren beschäftigt sich die Forschung mit der Frage des Einflusses von negativen Erlebnissen in der Kindheit wie etwa psychischer, physischer oder sexueller Missbrauch auf die Gesundheit im Erwachsenenalter. Im Sinne eines präventiven Ansatzes beschäftigt sich diese Arbeit mit den möglichen Ursachen des chronischen Schmerzes.

Zielsetzung: Neben der Tatsache, dass adverse childhood events von Eltern oder anderen erwachsenen (Bezugs-)Personen verursacht werden, können auch Gleichaltrige oder Peers verantwortlich sein für negative Erfahrungen in der Kindheit. Es soll ermittelt werden, ob Gewalt durch Gleichaltrige einen Einfluss auf chronische Schmerzen im Erwachsenenalter hat.

Methodik: Anhand von Daten, die im Rahmen der Studie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ gesammelt worden sind, soll in dieser Arbeit erforscht werden, inwiefern Gewalt und Missbrauch durch Gleichaltrige in Zusammenhang mit chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter steht. Der Fragebogen „KERF – ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen“, der die deutsche Version des „MACE – The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ scale“ ist, bildet den innovativen Charakter dieser Untersuchung. Die ermittelten Daten werden anhand der Software IBM Statistics SPSS analysiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischer, teilweise physischer und sexueller Peergewalt im Alter von 0 bis 18 Jahre (χ^2 (1, N = 1512 – 1567), $p < 0,05$. OR 1,3-3,4) und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter. Zudem wurde gezeigt, dass bis zu einem Drittel der Studienpopulation an chronischen Schmerzen leidet, wobei Frauen signifikant häufiger betroffen sind als Männer (χ^2 (1, N=1629), $p = 0,002$. OR 1,4).

Conclusio: Gewalt ist ein evidentes Thema in der Bevölkerung und wird oft nicht offen angesprochen. Ein aktives Zugehen auf Personen etwa durch Screenings bezüglich Erfahrungen von Peergewalt wird empfohlen. Ebenso sind Kenntnisse im Umgang und Therapie mit traumatisierten Patient_innen bei der Arbeit mit chronische Schmerzpatient_innen und negativen Kindheitserfahrungen unerlässlich. Zudem könnte die Etablierung von Schulsozialarbeit und sozialem Lernen die Inzidenz von Gewalt unter Peers verringern und Folgen im Sinne von chronischen Schmerzen mildern. Die genauere Betrachtung von soziodemographischen Aspekten könnte weitere wichtige Hinweise für die Prävention liefern.

Abstract

Background: The rise in the number of patients suffering from chronic pain currently poses a challenging health issue and places a financial burden on society. Researchers have only recently begun investigating the influence of physical, psychological and sexual childhood abuse on adult health and its prevention. This thesis investigates potential causes of chronic pain contributing to preventive medicine.

Aim: Parents, caregivers, and adult strangers are often the source of adverse childhood experiences, but children themselves can be violent and abusive toward peers. This diploma thesis attempts to correlate peer violence in youth with chronic pain in adulthood.

Methods: This research examines the relationship between peer violence and abuse in childhood and incidence of chronic pain in adulthood based on data acquired in the project titled, "Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck". The innovative character of this research is the questionnaire, "KERF - ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen", a German language version of „MACE – The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ scale“. The data is analyzed using SPSS.

Results: Psychological, partly physical and sexual abuse through peers during childhood and/or adolescence (0-18 years) correlates to chronic pain in adulthood (χ^2 (1, N = 1512 – 1567), $p < 0,05$. OR 1,3-3,4). A third of the study population is affected by chronic pain. Women are more likely to suffer from chronic pain than men (χ^2 (1, N=1629), $p = 0,002$. OR 1,4).

Conclusion: Violence is a recognized but taboo public issue generally not openly discussed. A proactive approach, such as screening for peer violence, may be indicated. It is essential that the persons involved have the know-how and experience to treat these traumatized patients. Additionally, violence among children and youth could be minimized through the targeted use of social workers at school, the teaching of social learning as a subject, and the implementation of compulsory education until the age of fifteen, thus minimizing the likelihood of chronic pain in adulthood. More research into sociodemographic dimensions could provide further information for prevention.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	iii
Abstract.....	iv
Inhaltsverzeichnis.....	v
Abbildungsverzeichnis.....	vii
1 Einleitung.....	1
1.1 Zielsetzung.....	2
1.1.1 Fragestellungen.....	2
2 Allgemeiner Teil.....	3
2.1 Chronischer Schmerz.....	3
2.2 Negative Kindheitserfahrung – adverse childhood experiences.....	4
2.2.1 Gewalt durch Gleichaltrige.....	6
2.3 Aktuelle Datenlage.....	6
2.3.1 Negative Kindheitserfahrungen und Schmerz.....	9
2.3.2 Erklärungsmodelle.....	11
3 Methodik.....	15
3.1 Studie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ ...	15
3.2 Messinstrumente.....	17
3.2.1 Soziodemografische Daten.....	17
3.2.2 Körperliche Erkrankungen.....	17
3.2.3 KERF – Belastende Kindheitserfahrungen.....	17
3.3 Auswertung.....	18
3.4 Vorgehensweise Literaturrecherche.....	20
4 Ergebnisse.....	21
4.1 Überblick.....	21
4.1.1 Erhebungsorte.....	21
4.1.2 Soziodemographische Aspekte.....	21
4.2 Vorgehen bei der Auswertung und Modifikationen des Datensatzes.....	25
4.3 Chronischer Schmerz.....	25
4.3.1 Chronischer Schmerz und Geschlecht.....	26
4.4 Peer Gewalt und chronischer Schmerz.....	27
4.4.1 Zusammenfassung.....	35
4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	35
5 Diskussion und Limitationen.....	36
6 Empfehlungen und Ausblick.....	40

7	Literaturverzeichnis	41
8	Anhang – Fragebogen.....	48
8.1	Begleitschreiben.....	48
8.2	Aufklärung und Einwilligungserklärung	49
8.3	Soziodemographische Daten	53
8.4	„Modul K“ Schmerzfragebogen	54
8.5	Abschnitt Gewalt durch Peers KERF	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell für den Einfluss negativer Kindheitserfahrungen und späteren Erkrankungen nach Felitti et al. (1998).....	8
Abbildung 2: Erweitertes biopsychosoziales Modell nach Egger (2005)	13
Abbildung 3: Stressinduzierte Hyperalgesie nach Olango & Finn (2014).....	14
Abbildung 4: Bio-psycho-soziale Differenzialdiagnose bei chronischem Schmerz nach Egle et al. (2016)	14
Abbildung 5: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Items zur Auswertung	19
Abbildung 6: Internet Recherche Literatur	20
Abbildung 7: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle Erhebungsorte N= 1859	21
Abbildung 8: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsverteilung Geschlechter in Prozent in der Gesamtstudienpopulation N= 1755	22
Abbildung 9: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsverteilung Alter in Jahren der Gesamtstudienpopulation N= 1686	23
Abbildung 10: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle absolute Zahlen und Prozente höchster Schulabschluss in der Gesamtstudienpopulation N= 1737	24
Abbildung 11: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsdiagramm Wohnort in Prozent der Gesamtstudienpopulation N= 1859	24
Abbildung 12: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle absolute Zahlen und Prozente chronischer Schmerz N= 1716 und nach Geschlecht in der Gesamtstudienpopulation N= 1629.....	25
Abbildung 13: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen absolute Zahlen und Prozente in der Schmerzpopulation N= 439	25
Abbildung 14: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Chronischer Schmerz und Geschlecht in der Gesamtstudienpopulation N=1629	26
Abbildung 15: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Überblick Peer Gewalt in der Gesamtstudienpopulation und in der	

Schmerzstudienpopulation mit Signifikanz, Prozente und Odds Ratios in der Gesamtstudienpopulation N= 1530-1581	27
Abbildung 16: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 39 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1567	28
Abbildung 17: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 40 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1539	29
Abbildung 18: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 41 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1541	29
Abbildung 19: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 42 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1540	30
Abbildung 20: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 43 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1529	30
Abbildung 21: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 44 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1533	31
Abbildung 22: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 45 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1534	32
Abbildung 23: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 46 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1528	32
Abbildung 24: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 47 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1521	33
Abbildung 25: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 48 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1512	33

Abbildung 26: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 49 (sexuelle Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1515..... 34

Abbildung 27: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 50 (sexuelle Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1512..... 34

Abbildung 28: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Signifikante Ergebnisse Gewalt durch Gleichaltrige und chronische Schmerzen sowie Chronischer Schmerz und Geschlecht (Gesamtstudienpopulation) N= 1512-1629 35

1 Einleitung

Die Strategie Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen, rückt immer mehr in den Vordergrund. Daher verfolgt die präventive Medizin das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu sichern und dadurch auch volkswirtschaftlich Kosten zu sparen (1). Demzufolge müssen Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, festgemacht werden. Nicht nur biologische und chemische Umwelteinflüsse wie Lebensstil oder Schadstoffe können die Gesundheit beeinträchtigen, sondern auch Erlebnisse und Traumata während unseres Lebens.

Als in den späten 1990igern die drastischen Ergebnisse der ACE (adverse childhood experience/event) Study veröffentlicht wurden rund um Felitti et al. (2), zog dies eine Welle an Studien und neuen Theorien über den Einfluss von Erlebnissen in der Kindheit und dem späterem psychischen sowie physischen Gesundheitszustand nach sich (3).

Es wird nun ein Paradigmenwechsel in der öffentlichen Gesundheitsversorgung gefordert, der die Folgen von Missbrauch in der Kindheit in die Prävention von Krankheiten mit einbezieht und als ernstzunehmende Thematik ansieht (4).

Der Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserfahrungen und späteren somatischen Erkrankungen wird durch zahlreiche Studien und Untersuchungen immer deutlicher. Aus diesem Grund wird am Landeskrankenhaus Innsbruck bzw. an der Universitätsklinik Innsbruck der Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserfahrungen und späteren somatischen Erkrankungen nun mit dem Fragebogen „MACE – The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ scale“ (5) umfassender untersucht. Dieser erlaubt es die negativen Erfahrungen genau zu kategorisieren und zeitlich einzuordnen.

In der folgenden Arbeit soll insbesondere der Zusammenhang von negativen Kindheitserfahrungen im Sinne von Gewalt und Missbrauch durch Peers und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter beleuchtet werden. Die benötigten Daten um diese Problemstellung zu erörtern liefert die Beobachtungsstudie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“.

1.1 Zielsetzung

In der folgenden Arbeit soll die Theorie geprüft werden, ob Menschen, welche im Alter von null bis 18 Jahren Gewalt im Sinne verbaler bzw. psychischer bzw. emotionaler, physischer oder sexueller Form durch Gleichaltrige bzw. Peers erlebt haben, im späteren Leben an chronischen Schmerzen leiden. Zudem wird die Population mit chronischen Schmerzen kurz beschrieben. Dazu werden die Daten, die in der Beobachtungsstudie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ erhoben wurden, ausgewertet.

1.1.1 Fragestellungen

1. Wie setzt sich die Studienpopulation in Bezug auf soziodemographische Daten zusammen?
 - 1.1. Alter
 - 1.2. Geschlecht
 - 1.3. Wohnort
 - 1.4. Ausbildungsgrad
 - 1.5. Erhebungsorte
2. Wie groß ist die Population der Schmerzpatient_innen in der Gesamtpopulation?
 - 2.1. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Schmerzpatient_innen?
3. Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den verschiedenen Typen von Peer Gewalt und chronischen Schmerzen?

2 Allgemeiner Teil

2.1 Chronischer Schmerz

Die Definition von Schmerz laut der „International Association for the Study of Pain“ ist, dass dieser „... eine unangenehme sensible und emotionale Erfahrung verbunden mit einem tatsächlichen oder potentiellen Gewebeschaden ...“ ist (6).

Die ursprüngliche Aufgabe des nozizeptiven Systems – also des Schmerzes – ist es, drohende Gewebeschäden rechtzeitig zu erkennen (physiologische Schmerzauslösung) oder Informationen über bereits entstandene Gewebeschäden weiterzugeben (pathophysiologische Schmerzauslösung) (7).

Nun kann dieses System aufgrund verschiedener Ursachen entgleisen und es kann dadurch zu einer Chronifizierung von Schmerzen kommen.

Eine der ersten Definitionen hierzu schlug Bonica 1953 vor: Schmerzen werden dann als chronisch bezeichnet, wenn sie die Heilungsphase um mehr als vier Wochen überschreiten (8). Als pragmatischer Vorschlag hat sich inzwischen eine Grenze von sechs Monaten durchgesetzt. Prinzipiell handelt es sich hierbei vielmehr um einen anhaltenden Prozess mit multiplen Faktoren ohne per se definiertem Endpunkt und nicht um einen Zustand (9).

Alternativ also kann chronischer Schmerz auch als ein Zustand, der über die zu erwartende Zeitdauer einer Heilung anhält ohne konkreten Zeitrahmen, definiert werden (10).

Chronische Schmerzen sind in Österreich ein wichtiges Thema im Gesundheitssystem. Laut Studien beträgt die Prävalenz in der Europäischen Union von mittelstarken chronischen Schmerzen zwischen 14,5 und 27,5% der Bevölkerung und unter starken chronischen Schmerzen leiden 2,5-5,6% (11, 12).

Diese Diskrepanzen zeigen deutlich, dass Zahlen zu diesem Thema schwer fassbar und reproduzierbar sind und daher durchaus auch kritisch zu bewerten sind. Vor allem die Quantifizierung von Schmerzen durch verschiedene Skalen und Definitionen führen mitunter zu diesen alternierenden Zahlen (13).

Laut Statistik Austria sind die häufigsten chronischen Problematiken in der Gesundheitsbefragung 2014 assoziiert mit Rückenschmerz, welcher von grob einem Viertel der befragten Personen – Frauen mehr als Männer – angegeben wurde und somit insgesamt an erster Stelle steht (14).

Chronische Schmerzen sind nicht nur für die Betroffenen und auch Angehörigen schwer zu meistern, sondern haben auch erhebliche Konsequenzen für die Gesellschaft.

Mit diesem Problem umzugehen wird immer mehr eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Chronische Schmerzen verursachen in Europa Kosten in Höhe von rund 1,5–3% des Bruttoinlandsprodukts, das bedeutet für Deutschland etwa 4,5–9 Mrd. Euro jährlich. Neben den medizinischen Kosten und Leistungen, die in Anspruch genommen werden, spielen aber auch Einbußen am Arbeitsmarkt eine tragende Rolle in der Entstehung dieser enormen Kosten (15).

In Österreich liegen die geschätzten Kosten für chronischen Schmerz zwischen 1,4 und 1,8 Milliarden Euro. Hierbei sind chronische Rücken- und Kopfschmerzen die Kostentreiber (16). Betroffene sind oft unter- oder fehlversorgt, was einen weiteren negativen Einfluss auf die finanziellen, gesellschaftlichen und persönlichen – teilweise vermeidbaren – Kosten hat (17).

In dieser Arbeit wurde das Vorliegen von chronischem Schmerz im Rahmen der Bestandsaufnahme über somatische und auch psychische Leiden der Befragten erhoben. Dieser Abschnitt wird mit dem Modul K des deutschen Schmerzfragebogens abgedeckt (18).

2.2 Negative Kindheitserfahrung – adverse childhood experiences

Die WHO definiert in einer Veröffentlichung den Missbrauch an Kindern als „all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect, or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity“ (19).

Die Prävalenzrate von Erleben traumatischer Erfahrungen bzw. Gewalt liegt bei etwa 30% in der Bevölkerung (20).

Um negative Kindheitsereignisse zu definieren wird hier mit der Definition eines Traumas gearbeitet. Dabei kann unterschieden werden zwischen den Kriterien des ICD und des DSM. Der ICD 10 charakterisiert ein Trauma entweder als ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion zur Folge hat oder aber auch eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation führt und mitunter eine Anpassungsstörung

hervorrufft. Eine genaue Definition der Ätiologie oder „life events“ ist nicht angegeben, jedoch wird auf die individuelle und idiosynkratische Vulnerabilität der Personen hingewiesen. In jedem Fall sind die Erkrankungen im Kapitel F43 des ICD 10 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) die direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas (21).

Der DSM-5 bedient sich des Traumakriteriums, welches die tatsächliche oder drohende Konfrontation mit dem Tod, einer schweren Verletzung oder sexueller Gewalt vorsieht. Es werden vier mögliche Formen aufgeführt und zwar (a) die direkte Erfahrung, (b) eine persönliche Zeugenschaft, (c) ein Ereignis in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden oder aber auch (d) die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details.

Eine detaillierte Unterscheidung sieht eine Unterteilung in Typ-I und Typ-II Traumata vor. Typ-I Traumata sind kurze, plötzliche meist lebensgefährliche Situationen. Typ-II Traumata geht eine langfristige Serie von Einzelereignissen voraus, welche als Beschreibung am ehesten auf die in dieser Arbeit besprochenen adverse childhood events (ACE) passt. Eine entsprechende Definition für adverse childhood events ist auch: „The concept of ACE has been clarified as childhood events, varying in severity and often chronic, occurring within a child’s family or social environment that cause harm or distress, thereby disrupting the child’s physical or psychological health and development“ (22). Laut dieser Definition können durchaus auch einmalige Erlebnisse als ACE gewertet werden.

Als Symptome der Traumata sind Intrusionen, Vermeidung, emotionale Taubheit und auch Hyperarousal als Hauptkriterien der möglichen konsekutiven PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) beschrieben. Vor allem bei den Typ-II Traumata kann es aber auch zu vielen weiteren Symptomen im Sinne einer komplexen PTBS verbunden mit Angst, Depressionen, Suizidalität etc. kommen (23).

Diese Ereignisse können in weiterer Folge zu psychosomatischen Erkrankungen führen, speziell wenn dabei Angst und Hilflosigkeit ausgelöst wird. Das sind Indikatoren, dass die Verarbeitungsmöglichkeiten der Betroffenen überlastet sind (24).

Der hier verwendete Fragebogen – „KERF - ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen“ – beruht auf einer modifizierten Version des US-amerikanischen „Adversive Childhood Experiences“ Index. Im Original heißt dieser Fragebogen „MACE – The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ scale“ (5). Zu diesen zählen Ereignisse, die bis zur Volljährigkeit also bis zum Alter von 18 Jahren stattgefunden haben. Erhoben werden negative Erfahrungen, verursacht durch Eltern oder Betreuungspersonen sowie Gleichaltrige im Sinne von aktiven und passiven Misshandlungen in Form von körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauchs oder Vernachlässigung. Im KERF bzw. MACE wird auch die Zeugenschaft von Gewalt erhoben. Die Ereignisse werden zeitlich eingeordnet durch die Möglichkeit das Erlebte in einer Zeitleiste, die von null bis 18 Jahre reicht zu vermerken (25). Durch die Berücksichtigung der Gewalt durch Gleichaltrige ist dieser Fragebogen gut geeignet um die Fragestellungen dieser Arbeit zu behandeln.

2.2.1 Gewalt durch Gleichaltrige

Daten aus den USA zeigen, dass im Großteil der Fälle (bis zu 80%) Eltern die Täter bzw. Verursacher von adverse childhood events sind (26).

Diese Arbeit konzentriert sich aber auf Gewalt und Missbrauch unter Gleichaltrigen und Peers. Dabei geht es um (wiederholte) emotionale und körperliche Übergriffe durch Gleichaltrige im Zeitraum von null bis 18 Jahre. Darunter fallen auch Bullying oder Mobbing, welche systematischen gewollten Missbrauch von Macht und wiederholter Aggression darstellen (27).

Im KERF werden folgende Entitäten behandelt: Beschimpfungen, Demütigung, Gerüchte, Ausschließen aus der Gruppe, Drohung Geld oder Besitz abzunehmen, Dinge gegen den eigenen Willen tun, körperliche Gewalt mit und ohne Spuren und medizinischer Versorgungsbedürftigkeit sowie Zwang zu sexuellen Aktivitäten. Ein weiterer Gesichtspunkt ist auch ob diese Tat von einer nahestehenden Person bzw. Freund_in oder sogar einer Person in einer romantischen Beziehung begangen wurde (5, 25).

2.3 Aktuelle Datenlage

Seit den letzten 20 Jahren steigt die Zahl der Literaturquellen zu diesem Thema massiv.

Es gibt nun eine Vielzahl an Studien, die sich mit dem Zusammenhang von negativen Kindheitserlebnissen und späteren physischen und psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Diesen Studien gehen klinische Beobachtungen voraus (28).

Spätestens seit den späten 90iger Jahren als die groß angelegte „Adverse Childhood Experience Study“ rund um Felitti et al. ihre Ergebnisse veröffentlichte, erlangte die Thematik einen Stellenwert in der Wissenschaft. In dieser Studie wurden über 9500 Personen in den Vereinigten Staaten über ihre Kindheitserfahrungen in verschiedenen Dimensionen in Bezug auf physische, psychische oder sexuelle Gewalt befragt. Aber auch ein dysfunktionales Umfeld im Sinne von Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen in der Familie, kriminelle Handlungen oder Gewalt gegen die Mutter wurde evaluiert. Die verschiedenen Abstufungen und Differenzierungen stellten die Innovation dieser Befragung dar, da es in den zuvor erhobenen Daten meist um sexuelle Gewalt ging. Dabei stellte sich heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der negativen Erfahrungen und späteren Risikofaktoren für die häufigsten Todesursachen gibt, im Sinne eines kumulativen Einflusses (siehe Abbildung unten) (2).

Arnold kam 2004 zu ähnlichen Ergebnissen und stellt fest, dass Personen mit Missbrauchserfahrungen auch oder eben dadurch öfter medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen (29).

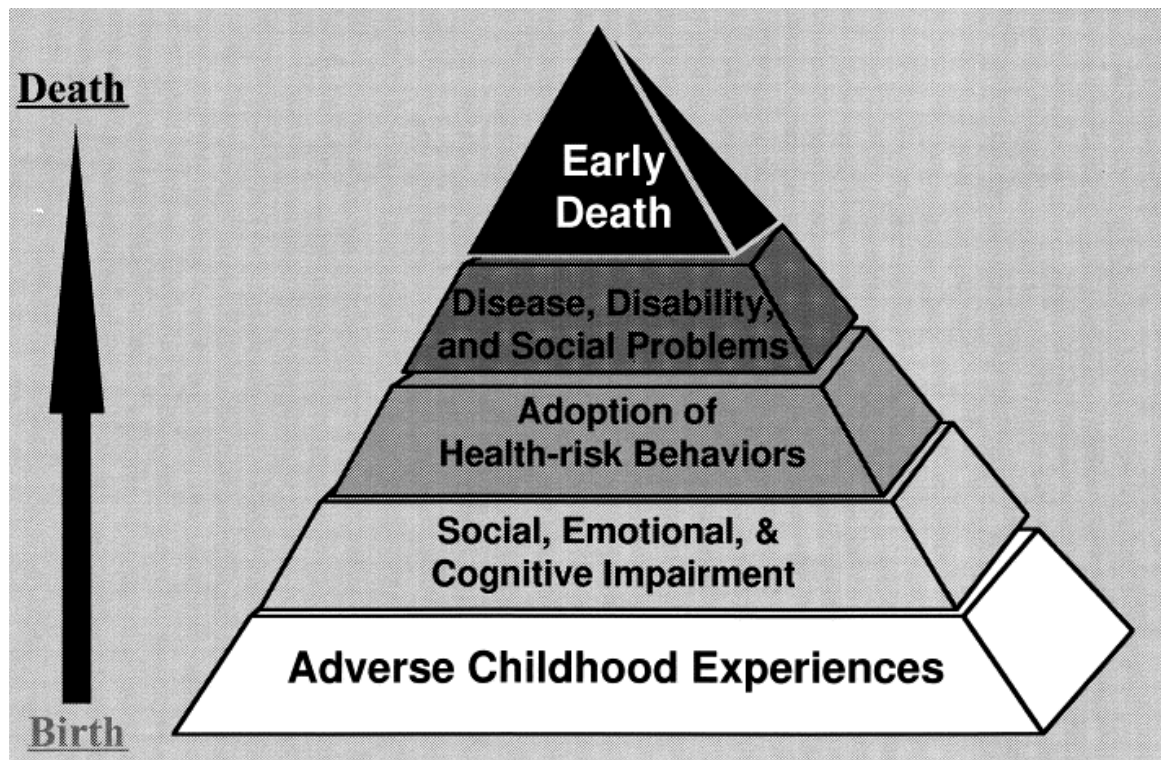


Abbildung 1: Erklärungsmodell für den Einfluss negativer Kindheitserfahrungen und späteren Erkrankungen nach Felitti et al. (1998)

In einer weiteren Studie von Springer et al. 2007 wurde ein Fokus auf physische Gewalt gelegt, um etwaige spezifische Folgen ermitteln zu können. Auch hier wurde Jahrzehnte nach den Ereignissen eine schlechtere gesundheitliche Situation bei Opfern von körperlicher Gewalt festgestellt (30).

2015 wurden neueste Ergebnisse der „1958 British birth cohort“ in Richtung möglicher Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von negativen Kindheitserfahrungen und späteren Erkrankungen publiziert. Mitunter wird hier das Model des „allostatic load“ bedient, aber auch Lifestyle und sozioökonomischer Status sind wichtige Risikofaktoren für spätere Erkrankungen. Wobei die Risikofaktoren ihrerseits wieder bedingt sind durch negative Kindheitserfahrungen. Zusammenfassend könnte dies auch eine Erklärung bieten, warum es einen beobachtbaren sozialen Gradienten beim Gesundheitszustand gibt (31).

Metaanalysen bestätigen den Zusammenhang. Wegman et al. vergleichen 2009 Studien mit Selbstreport und unabhängigen objektiven Feststellungen von adversen Kindheitserfahrungen und kommen zu dem Schluss, dass das Ausmaß des Risikos für somatische Erkrankungen ähnlich dem der psychischen Erkrankungen ist. Assoziiert sind kardiovaskuläre, neurologische, muskuloskeletale und respiratorische Erkrankungen. Leider wird auch sichtbar,

dass es bei der Auswahl der Population oft zu einer Selektion kommt, die es verhindert, ein Gesamtbild von Opfern kindlichen Missbrauchs zu erstellen. Für weitere Studien wird unter anderem empfohlen mehr männliche sowie ältere Personen in die Studienpopulation einzuschließen. Auch wichtige Daten bezüglich des Zeitraums, der Schwere oder des Timings der Traumata konnten in Hinblick auf Vulnerabilität und Outcome nicht als Moderatoren untersucht werden. Auch sollten unterschiedliche Formen des Missbrauchs differenziert betrachtet werden, um mögliche Unterschiede der späteren Folgen zu veranschaulichen (32).

2012 untersuchten Norman et al. in einer weiteren Metanalyse die späteren Problematiken nicht-sexuellen kindlichen Missbrauchs. Es wurde ein Fokus auf physischen und emotionalen Missbrauch sowie Vernachlässigung und den daraus resultierenden psychischen und physischen Folgen gelegt. Es konnte nicht nur eine kausale Beziehung von Missbrauch und späteren negativen Gesundheitszustand, sondern auch erneut ein dosisabhängiger Zusammenhang festgestellt werden. Besonders auffallend waren das erhöhte Vorkommen von psychischen Erkrankungen, Drogenabusus, Suizidalität sowie sexuell übertragbaren Erkrankungen bzw. riskantem Sexualverhalten. Als Vorschlag für künftige Studien gibt das Forschungsteam an, Missbrauch und Kindheit standardisiert zu definieren sowie Altersgruppen zu generieren. Auch die Methodik sollte so gewählt werden, um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können (33).

2015 analysierten Kalamakis et al. wiederum die Thematik speziell für Pflegeberufe. Neben den physischen und psychischen Folgen kindlichen Missbrauchs wird hier auch von den Folgen der Folgen gesprochen wie etwa Obdachlosigkeit und Gewalt in der Partnerschaft (vor allem bei Frauen) (34).

2.3.1 Negative Kindheitserfahrungen und Schmerz

Schon in den 1950ern wurden Beobachtungen von Engel zwischen traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter gemacht (35). Seitdem wurden zahlreiche Untersuchungen unternommen den Zusammenhang genauer zu erforschen, denn erst empirische Beweise können eine argumentative Basis liefern.

Ein 2005 erschienenes Review von Davis et al. analysierte die bis dato bestehende Datenlage und kam zu dem Schluss, dass Menschen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit tatsächlich häufiger an chronischen

Schmerzen leiden als Menschen ohne diese Erlebnisse. Diese Beobachtung ließ sich insofern rückprüfen, dass unter Individuen mit chronischen Schmerzen ein erhöhtes Vorkommen an Missbrauch nachweisbar war. Dies lässt also annehmen, dass Personen mit kindlichem Missbrauch insgesamt ein erhöhtes Risiko für chronische Schmerzen im Laufe ihres Lebens haben (36).

Jedoch ist der Zusammenhang auch kritisch zu sehen, wenn man die Daten aus epidemiologischer Sicht betrachtet, da es eine Reihe an möglichen Fehlerquellen gibt. Darunter fallen die undifferenzierte Betrachtung von Missbrauch oder aber auch die Vermischung von Traumata aus der Kindheit und dem Erwachsenenalter. Ebenfalls bringen die Self-Assessment Tools Probleme in ihrer Verlässlichkeit, da es bei retrospektiven Studien häufig im Sinne eines Recall-Bias zu einer kognitiven Verzerrung der Erinnerungen kommt. Daher sollten Studiendesigns eine sehr differenzierte Betrachtungsweise wählen, um verschiedene Bias zu umgehen und auch andere mögliche Zusammenhänge feststellen zu können, wie etwa kumulative Effekte bzw. Komorbiditäten (37). Mögliche Ansatzpunkte zur Klärung könnten prospektive Studien mit großen Fallzahlen liefern (38).

2001 publizierten Raphael et al. eine prospektive Studie, bei der kein Zusammenhang zwischen kindlichen Missbrauch und chronischem Schmerz im Erwachsenenalter nachgewiesen werden konnte. Somit scheint ein möglicher Zusammenhang komplexer als gedacht (39).

Eine mögliche Fragestellung zu synergetischen Effekten wäre Depression und Schmerz. Beide Krankheitsbilder sind mit Missbrauch in der Kindheit vergesellschaftet. Dennoch ließen sich Depressionen nicht als Grund für die vermehrten Schmerzen bei Menschen mit Missbrauch in der Kindheit sicherstellen. Vielmehr gibt es Hinweise auf eine HPA-Dysregulation (40).

Ein Review von Sachs-Ericsson et al. 2009 stellt auch fest, dass Erwachsene mit Missbrauch in der Kindheit ein erhöhtes Vorkommen von gesundheitlichen Problemen und Schmerzen haben. Interessant ist, dass zwar psychiatrische Erkrankungen für einige, aber nicht alle Probleme verantwortlich sind. Jedoch können sie zur Exazerbation der Symptome oder Erkrankungen beitragen. Aktuelle Stressoren im Leben verstärken scheinbar das negative Outcome. Mögliche Erklärungen liefern neuroanatomische Veränderungen des Gehirns, welche zu einer erhöhten Vulnerabilität bzw. zu einem erhöhten Stress-Level

führen könnten. Daneben kommt auch wieder der riskantere Lifestyle hinzu, wie schon mehrmals beschrieben (41).

Neueste Ergebnisse zum Thema Schmerz liefert wiederum die „1958 British birth cohort study“, die 7000 Männer und Frauen seit ihrer Geburt an beobachtet. Hier wurde festgestellt, dass sowohl physische wie auch soziale Widrigkeiten, vor allem vor dem siebten Lebensjahr mit einem erhöhten Risiko für eine spätere Erkrankung an chronic widespread pain einhergehen (42).

Fest steht – darin sind sich alle Autor_innen einig – dass im Hinblick auf chronische Schmerzen eine Anamnese zu Erlebnissen in der Kindheit in die Routine Einzug halten sollte.

2.3.2 Erklärungsmodelle

Nachdem die Datenlage trotz teilweise kontroversieller Ergebnisse immer klarer wurde, dass negative Kindheitserfahrungen im Sinne von physischen, psychischen oder sexuellen Missbrauch aber auch Vernachlässigung einen Einfluss auf das spätere Leben und die Gesundheit eines Menschen haben, wurde auch der Bedarf nach Erklärungen immer dringlicher. In diesem Abschnitt sollen nun einige mögliche Ansätze diskutiert werden (2).

Im 2016 erschienen Review von Nemeroff „paradise lost“ werden die derzeitigen Hypothesen rund um die Mechanismen besprochen, unter anderem Veränderung der Struktur des Gehirns, neuroendokrine Abweichungen, entzündliche Vorgänge und genetische Aspekte. All diese Erklärungsmodelle basieren auf zellulärer bzw. molekularer Basis. Dieser Ansatz steht im Gegensatz zu den früher konstatiertem rein psychisch bedingten Thesen beispielsweise aus der Psychoanalyse. Daher wurden diese Hypothesen auch skeptisch gesehen. Da aber nun viele robuste Daten gesammelt werden konnten und auch replizierbar waren, finden diese Thesen nun immer mehr Akzeptanz (28).

Eine wichtige Rolle spielen die HPA-Achse (hypothalamic-pituitary-adrenal) und der CRF (cortico-tropin-releasing factor) in Bezug auf Stress. Er lässt sich definieren als reale oder indirekte Gefährdung der Homöostase meist im Sinne eines Ereignisses oder eines Stressors. Balanciert wird dieses System durch die Allostase, die wiederum durch die HPA-Achse und CRF mediiert wird. Wenn nun eine eigentlich protektive allostatische Veränderung bleibt, kann es zu Erkrankungen führen (zum Beispiel führt ein erhöhtes Stress-Level bei

Schlafmangel zu Hypertonie). Im Laufe des Lebens ist ein Mensch öfter Stress ausgesetzt, was bis zu einem gewissen Grad reguliert werden kann. Wenn es nun aber zu viel wird und die allostatischen Adaptionsmaßnahmen dauerhaft persistieren, kann es zur Akkumulation von diesen Veränderungen kommen. Man spricht demnach vom allostatic load bzw. overload (43). Dieses Konzept ist ein möglicher biologischer Pfad, wie Ereignisse im Laufe eines Lebens chronischen Stress induzieren und sich konsekutiv als somatische Erkrankungen auf körperlicher Ebene manifestieren (44). Vor allem in vulnerablen Phasen der Entwicklung in der Kindheit steht dieser Mechanismus in Verdacht nachhaltige Veränderungen zu verursachen (45,43). Dies führt zur nächsten Veränderung, die auf zerebraler Ebene beobachtet wurde. Eine mögliche Abweichung ist das reduzierte Volumen von grauer und weißer Substanz im präfrontalen Kortex bedingt durch kumulativen Stress (46). Des Weiteren gibt es Hinweise auf eine zeitpunkt- und dosisabhängige Vergrößerung der Amygdala (47).

Neben diesen strukturellen Veränderungen gibt es auch Hinweise auf funktionelle Veränderungen des neuronalen Netzwerks betreffend. Besonders in Arealen für emotionale Regulation und Verarbeitung sowie im Umgang mit anderen Menschen konnte eine reduzierte Zentralität festgestellt werden. Eine erhöhte Zentralität hingegen wurde in Regionen, die dem Selbstbewusstsein, Reflexion und Wahrnehmung von Emotionen zugeordnet sind, beobachtet. Dies könnte Hinweise geben, warum das Risiko nach Missbrauchserfahrungen an einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung zu leiden erhöht ist (48).

Auch auf genetischer Ebene konnten Befunde im Zusammenhang mit negativen Kindheitserfahrungen erhoben werden. Eine Beobachtung war die Verkürzung der Telomere und die daraus resultierende schnellere Zellalterung (49).

Inflammatorische Prozesse stehen ebenfalls in Verdacht bei Missbrauch abzulaufen. Zum Beispiel wurden bei Kindern, die vor dem achten Lebensjahr negative Erfahrungen machten, im Alter von 10 Jahren erhöhte Werte von IL-6 (Interleukin 6) und CRP (C-reaktives Protein) beobachtet (50).

Eine weitere Möglichkeit hinter die Mechanismen von negativen Erlebnissen in der Kindheit und späteren Erkrankungen zu blicken, bietet das biopsychosoziale Modell. Es entfernt sich von der dichotomen Auffassung von Körper und Geist und propagiert eine fließende Beziehung hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit. Seine Ursprünge findet es in der Systemtheorie

basierend auf Niklas Luhmann (51). Im Prinzip lässt sich auch hier wieder das Modell der Autoregulation finden. Bei Überlastung kommt es zu Fehlfunktionen im System. Diese Annahmen decken sich auch mit der Theorie des allosatic load bzw. overload. Hier finden wir aber eine differenziertere Darstellung der verschiedenen Ebenen die sich gegenseitig beeinflussen aber auch bedingen. Daher kann ein Schaden auf einer Ebene sich auf eine andere auswirken bzw. manifestieren, da es sich um ein multifaktorielles integriertes Modell handelt (52).

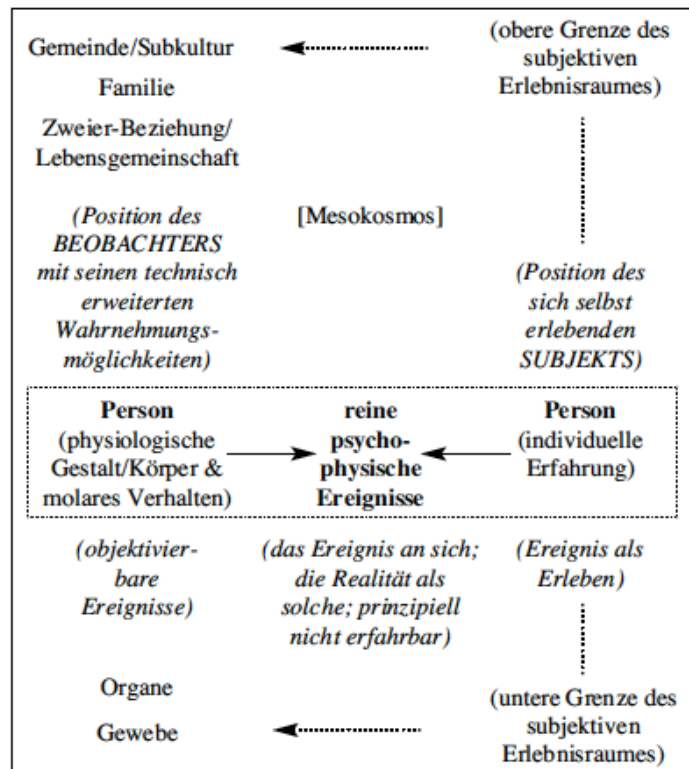


Abbildung 2: Erweitertes biopsychosoziales Modell nach Egger (2005)

Zusammenfassend kann das Phänomen chronischer Schmerzen aufgrund von Traumatisierungen als das Konzept der „Stressinduzierte Hyperalgesie“ beschrieben werden.

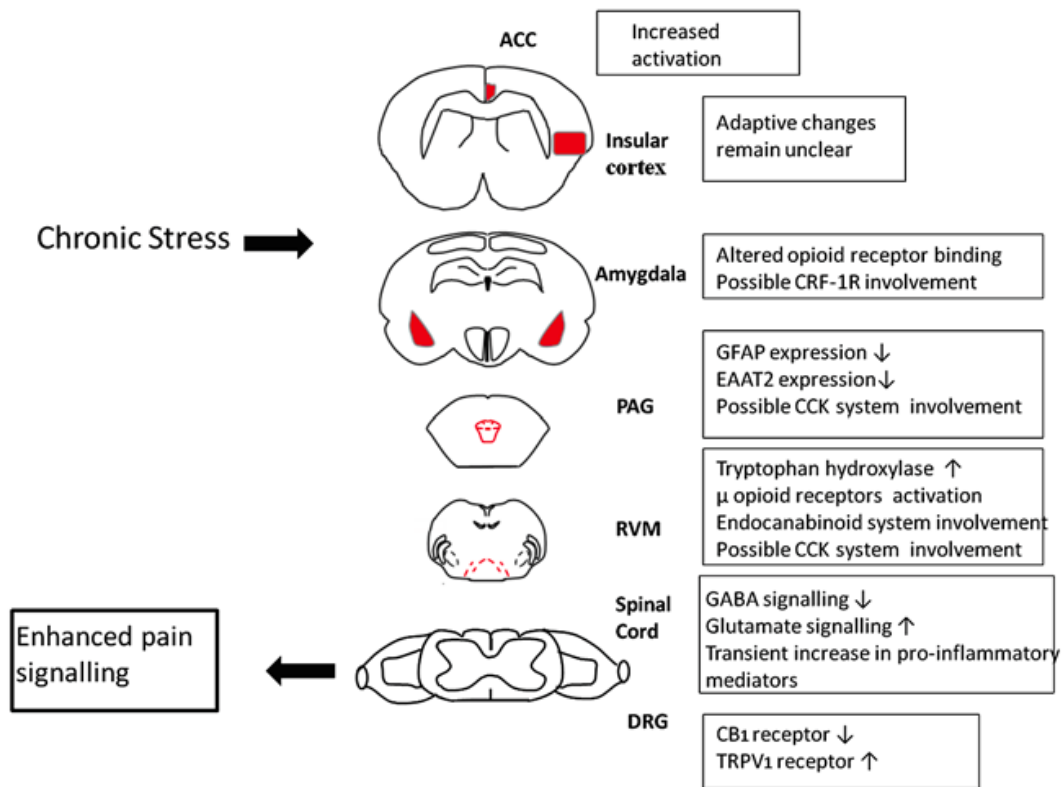


Abbildung 3: Stressinduzierte Hyperalgesie nach Olango & Finn (2014)

Es umfasst einige der oben genannten Theorien zu einem Term, der auch in der Praxis verwendet und differentialdiagnostisch abgeklärt werden kann (53, 54).

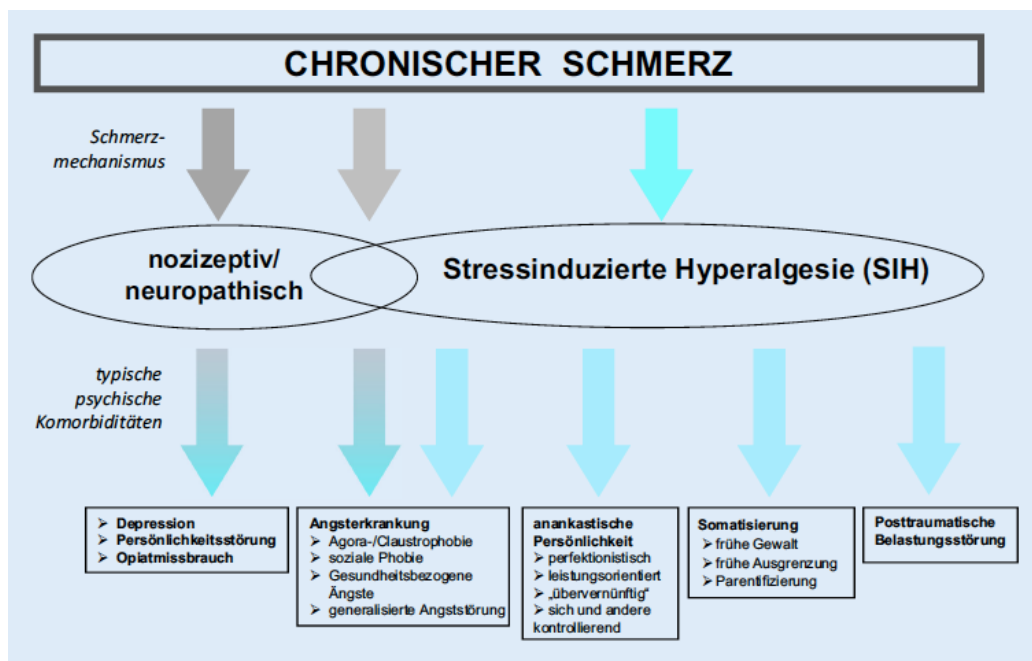


Abbildung 4: Bio-psycho-soziale Differenzialdiagnose bei chronischem Schmerz nach Egle et al. (2016)

3 Methodik

Die Arbeit gliedert sich in einen einleitenden theoretischen und den nachfolgenden empirischen Teil. Die Theorie umfasst eine Literaturrecherche zu den relevanten Themen dieser Arbeit. Dies soll einen Einblick zu der Thematik geben und bei der Diskussion der Ergebnisse hilfreich sein. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Es wurde online zur aktuellen Datenlage zum Thema Schmerz und negative Kindheitserfahrungen recherchiert. Hierbei wurden vor allem Artikel und Papers im Internet gesucht mit den Suchmaschinen Google Scholar und PubMed.

Die Empirie umfasst die Behandlung der Fragestellungen, welche anhand der Daten der Studie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ beforscht werden.

Mit Hilfe von IBM Statistics SPSS (Version 23) wurden die Daten verarbeitet und ausgewertet. Relevante Module bzw. Messinstrumente aus dem Fragebogen sind für die Fragestellungen dieser Arbeit insbesondere: soziodemografische Daten wie Geschlecht, Modul K des „Deutschen Schmerzfragebogen“ (DSF) – speziell chronische Schmerzen – und der Abschnitt über Gewalt durch Gleichaltrige im KERF (Item 39 bis 50).

Der theoretische Hintergrund zu den relevanten Bestandteilen im Fragebogen und die Studie an sich werden im Folgenden beschrieben.

Die Ergebnisse werden in einer Diskussion mit den Erkenntnissen zur aktuellen Datenlage und aus Sicht der Literaturrecherche besprochen. Hier soll auch Platz sein um Chancen und Grenzen der Studie zu evaluieren sowie Empfehlungen und Ausblick darzulegen.

3.1 Studie „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“

Die Universitätsklinik für Medizinische Psychologie am Landeskrankenhaus Innsbruck möchte mit dieser Studie weitere Schritte hin zur besseren Versorgung von Menschen, denen Gewalt widerfahren ist, machen. Ein zentrales Thema der Untersuchung ist häusliche Gewalt. Primär soll beobachtet werden, ob Opfer von

häuslicher Gewalt identifiziert und angesprochen werden und wie die betroffenen Personen dieses Ansprechen empfinden.

Als sekundäres Ziel der Studie soll erforscht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und bestimmten körperlichen Erkrankungen gibt.

Es ist eine monozentrische Querschnittsuntersuchung mittels eines einmalig auszufüllenden Fragebogens.

Zur Studienpopulation zählen ambulante sowie stationäre Patient_innen am Landeskrankenhaus Innsbruck ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Bis auf das Alter, das einvernehmliche Einverständnis und die Tatsache, dass die Person Patient_in der Tirol Kliniken ist, gab es keine Ausschlusskriterien.

Die Personen werden direkt in den Ambulanzen und auf den Stationen angesprochen. Die ambulanten Teilnehmer_innen füllen den Fragebogen während der Wartezeit aus. Auf den Stationen wird gebeten, die Fragen innerhalb von einer gewissen Zeitspanne (1-2 Tage) auszufüllen und das Dokument bis zum Wiedereinsammeln in einem Kuvert zu verwahren.

Alle Teilnehmer_innen werden vorab aufgeklärt und gebeten, mittels einer Unterschrift die Kenntnisnahme der Informationen über die Studie bzw./und ihre Einwilligung zur Verwendung der Daten zu bestätigen. Die Informationen über die Studie liegen schriftlich vor und eine Kopie kann auf Wunsch behalten werden.

Der Datenschutz erfolgt durch eine Codierung der Fragebögen also einem indirekten Personenbezug. Falls eine emotionale oder psychische Belastung durch das Ausfüllen des Fragebogens entstehen sollte, kann mit der Medizinischen Psychologie Kontakt aufgenommen werden. Es findet keine Randomisierung aufgrund des explorativen und deskriptiven Charakters der Studie statt.

Durch diesen Umstand und auch die weite Streuung der medizinischen Felder sollen keine Einschränkungen oder Verfälschungen in Hinblick auf sozioökonomischen Status, Geschlecht oder Herkunft auftreten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass keine spezifischen Schmerzambulanzen eingeschlossen werden. Die Fragebögen sind neben Deutsch auch auf Bosnisch-Serbisch-Kroatisch und Türkisch übersetzt worden.

Diese Sprachen wurden aufgrund von demographischen Daten zu den häufigsten Fremdsprachen in Österreich bzw. Tirol ausgewählt (55). Ein positives Votum der Ethikkommission liegt vor. (56)

3.2 Messinstrumente

Der Fragebogen ist in mehrere Abschnitte bzw. Befragungsinstrumente unterteilt. Im Folgenden sollen die für diese Untersuchung relevanten Bereiche näher erklärt werden. Die Originale befinden sich im Anhang.

3.2.1 Soziodemografische Daten

Allen voran werden soziodemografische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation, Bildungsniveau, Grund des Aufenthaltes, Dauer des Aufenthaltes etc. Hier ist auch die Erhebung der Sensibilität des Personals gegenüber häuslicher Gewalt angesiedelt („Wurden Sie auf häusliche Gewalt angesprochen?“). Dieser Abschnitt befindet sich im Anhang.

3.2.2 Körperliche Erkrankungen

Hier wird das Modul K des „Deutschen Schmerzfragebogens (DSF)“ eingesetzt. Es wird zu Neoplasien, Erkrankungen des ZNS, Erkrankungen der Atemwege, Herz-Kreislaufkrankungen, gastrointestinale Problematiken, urogenitale Erkrankungen, Stoffwechselproblematiken, dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen, muskuloskeletale bzw. Bindegewebserkrankungen, chronische Schmerzen, Risikofaktoren, Unverträglichkeiten und auch seelische Leiden befragt. Neben dem Vorliegen der Erkrankung wird auch die Beeinträchtigung durch diese aufgezeichnet. Die Ausfüllenden werden auch aufgefordert, entsprechende aufgeführte spezifische Erkrankungen zu markieren (Version 2015) (18).

Dabei ist die Definition des chronischen Schmerzes auf eine Dauer über sechs Monate festgelegt bzw. auf Schmerzen, die immer wiederkehrend sind. Dieser Abschnitt befindet sich im Anhang.

3.2.3 KERF – Belastende Kindheitserfahrungen

Dieses Tool fragt nach negativen Kindheitserfahrungen in verschiedenen sozialen Settings – Familie oder Bekannte, Peergroups und Fremde – ab. Durch die detaillierte Gestaltung der Fragen kann genau nach der Art und Weise der erfahrenen Gewalt – Missbrauch, Vernachlässigung, verbale, körperliche oder sexuelle Gewalt – geforscht werden. Neben den persönlich erfahrenen Ereignissen wird auch auf Zeugenschaft von Gewalt eingegangen.

Zusätzlich ermöglicht es auch festzustellen in welchem Alter oder in welchem Zeitraum die Aggression erfahren wurde (Skala 0-18 Jahre) und welche Emotionen (Angst, Entsetzen, Hilflosigkeit) dabei empfunden wurden. Bei den Fragen zu Gewalt unter Peers wird zusätzlich erhoben, ob die Tat durch eine nahestehende bzw. befreundete Person begangen wurde.

Der KERF ermöglicht eine detaillierte und valide Erfassung belastender Kindheitserfahrungen (25, 5). Dieser Abschnitt befindet sich im Anhang.

3.3 Auswertung

Aus den zahlreichen Items des Fragebogens werden für diese Arbeit insbesondere die soziökonomischen Daten Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand sowie städtisches oder ländliches Wohngebiet ausgewertet. Aus der Liste der derzeitigen Erkrankungen wird der chronische Schmerz inklusive der Beeinträchtigungsskala näher betrachtet. Die Items 39 bis 50 des KERF, welche sich auf Gewalt durch Gleichaltrige beziehen, werden zur Ausarbeitung der Fragestellungen herangezogen.

Item	Antwortmöglichkeiten	Skala
Alter	Alter (in Jahren);	metrisch
Geschlecht	männlich, weiblich	nominal
Ausbildungsstand	Schule noch nicht abgeschlossen; kein Schulabschluss; Pflichtschulabschluss ohne/mit Lehre; Matura oder berufsbildende höhere Schule; Universität; (sonstige/unbekannt)	ordinal
Wohnort	städtisches Wohngebiet, ländliches Wohngebiet	nominal
Chronischer Schmerz	ja, nein	nominal
Chronischer Schmerz – Beeinträchtigung	0 (keine), 1, 2, 3 (stark)	ordinal
KERF Item 39 Psychische/verbale Gewalt	Die beschimpfte(n), verfluchte(n), Sie, sagte(n) beleidigende Dinge wie Sie seien „dick“, „hässlich“, „dumm“, usw. mehr als wenige Male im Jahr. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 40 Psychische/verbale Gewalt	Die sagte(n) verletzende Dinge, die Sie traurig machten, beschämten oder demütigten. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 41 Psychische/verbale Gewalt	Die sprach(en) hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigten(n) Sie öffentlich, setzte(n) Gerüchte über Sie in die Welt.	nominal

	<i>ja, nein</i>	
KERF Item 42 Psychische Gewalt	Die schloss(en) Sie aus Aktivitäten, Gruppen oder der Gemeinschaft aus. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 43 Psychische Gewalt	Die verhielt(en) sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 44 Psychische Gewalt	Die bedroht(en) Sie, um Ihnen Geld oder Besitztümer abzunehmen. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 45 Psychische Gewalt	Die zwang(en) oder bedroht(en) Sie, um Sie dazu zu bringen Dinge zu tun, die Sie nicht wollten. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 46 Physische Gewalt	Die schubst(en), packt(en), stieß(en), ohrfeigt(en), kniff(en) Sie absichtlich, schlug(en) Sie mit der Faust oder trat(en) nach Ihnen. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 47 Physische Gewalt	Die schlug(en) Sie so stark, dass dies für mehr als ein paar Minuten Spuren auf Ihrem Körper hinterließ. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 48 Physische Gewalt	Die schlug(en) Sie so stark oder verletzte(n) Sie in irgendeiner Form, so dass Sie medizinisch versorgt wurden oder medizinischer Versorgung bedurft hätten. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 49 Sexuelle Gewalt	Die zwang(en) Sie zu sexuellen Aktivitäten gegen Ihren Willen. <i>ja, nein</i>	nominal
KERF Item 50 Sexuelle Gewalt	Die zwang(en) Sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten. <i>ja, nein</i>	nominal

Abbildung 5: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Items zur Auswertung

Zur statistischen Auswertung wird das Programm IBM Statistics SPSS (Version 23) herangezogen. Zuerst soll ein Überblick über die Daten und die Studienpopulation geliefert werden. Eine deskriptive Auswertung mit Schwerpunkt auf den Chi-Quadrat-Test sowie Korrelationen soll einen Eindruck über die Situation der Studienpopulation liefern (57). Als Zitationsstil wird der Vancouver-Style gewählt (58). Die nicht geschlechtsneutralen Begriffe werden mit der Methode des Gendergaps an alle Geschlechter angeglichen.

3.4 Vorgehensweise Literaturrecherche

Es wurde mit einer Schlagwortsuche einerseits in PubMed und andererseits mit Google Scholar nach passenden Artikeln gesucht. Aus der Fülle des gefundenen Materials wurden Artikel nach Relevanz für diese Arbeit ausgewählt. Dazu wurde auch ein Fokus auf mögliche Erklärungsmodelle gerichtet, die eine Kausalität zwischen Traumata und somatischen Erkrankungen erklären könnten (siehe Einleitung).

Der vorliegende Literaturteil erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber vielmehr einen Einblick in die vielen Facetten und Richtungen bieten, die diese Thematik seit einigen Jahren bietet.

Suchlogarythmen Pubmed und Google Scholar	
Allgemein Trauma und Schmerz	(child* AND adolescent*) AND (abuse* OR maltreat* OR adverse event OR trauma* OR violence*) AND (pain* OR chronic pain) AND (adult*)
Gewalt durch Peers und Schmerz	(bulli* OR bully* OR peer victimization) AND (child* OR adolescent*) AND (abuse* OR maltreat* OR adverse event OR trauma* or violence*) AND (pain* OR chronic pain) AND (adult*)

Abbildung 6: Internet Recherche Literatur

4 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse dargestellt werden. Im Sinne einer Erarbeitung der Fragestellungen vom Überblick ins Detail erfolgt eine Gliederung beginnend mit der Vorstellung der Studienpopulation mit anschließender Bearbeitung der Forschungsfragen.

4.1 Überblick

Der folgende Teil gibt einen Einblick in die Rahmenbedingungen der Studie sowie einen Überblick über die Studienpopulation.

Insgesamt wurden 1859 Personen im Zeitraum von August 2015 bis Oktober 2016 befragt.

4.1.1 Erhebungsorte

Erhebungsort	Häufigkeit	Prozent
Gynäkologie (stationär)	85	4,6%
Nephrologie (stationär)	12	0,6%
Infektiologie (stationär)	6	0,3%
HNO (stationär)	113	6,1%
Neurologie (stationär)	19	1,0%
Allgemeine Notfallaufnahme	64	3,4%
Radiologie Ambulanz	17	0,9%
Unfallambulanz	428	23,0%
Neurologie Ambulanz	225	12,1%
Gynäkologie Ambulanz	69	3,7%
HNO Ambulanz	616	33,2%
Neurochirurgie Station und Ambulanz	201	10,8%
Fehlend	5	0,3%
Gesamt	1859	100,0%

Abbildung 7: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle Erhebungsorte N= 1859

Diese Tabelle zeigt eine Übersicht über die medizinischen Abteilungen und Ambulanzen an denen Fragebögen verteilt wurden.

Es ist festzuhalten, dass keine Schmerzambulanzen oder ähnliches mit eingeschlossen wurden.

4.1.2 Soziodemographische Aspekte

Besonderes Augenmerk wird auf folgende soziodemographische Parameter gelegt: Alter, Geschlecht, Wohnort und Ausbildungsgrad.

Zunächst werden die Studienteilnehmer_innen anhand dieser Attribute kurz analysiert um die Population zu beschreiben.

4.1.2.1 Geschlecht

1755 Personen machten eine Angabe zu ihrem Geschlecht. Es nahmen 12% mehr Frauen an der Erhebung teil.

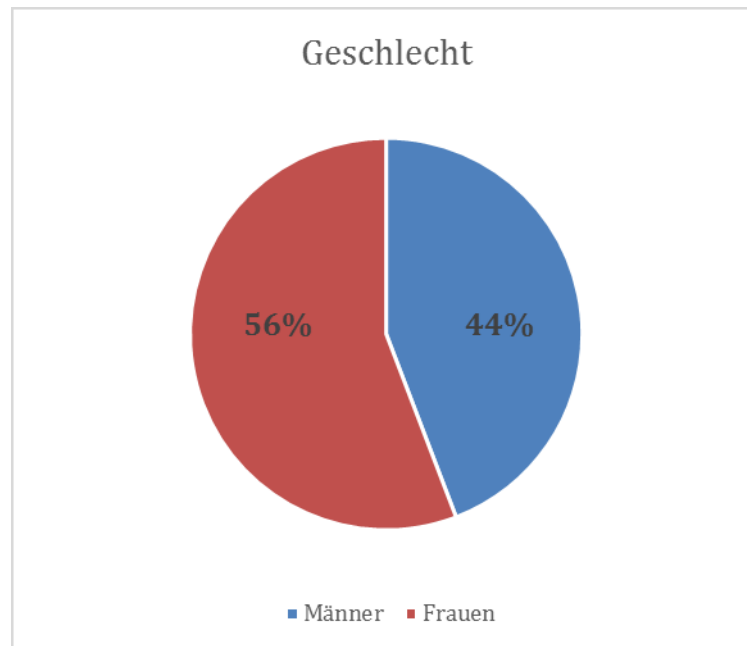


Abbildung 8: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsverteilung Geschlechter in Prozent in der Gesamtstudienpopulation N= 1755

4.1.2.2 Alter

Zum Alter machten 1686 Personen eine Aussage. Die Patient_innen waren im Durchschnitt 42,9 Jahre alt (Median 42).

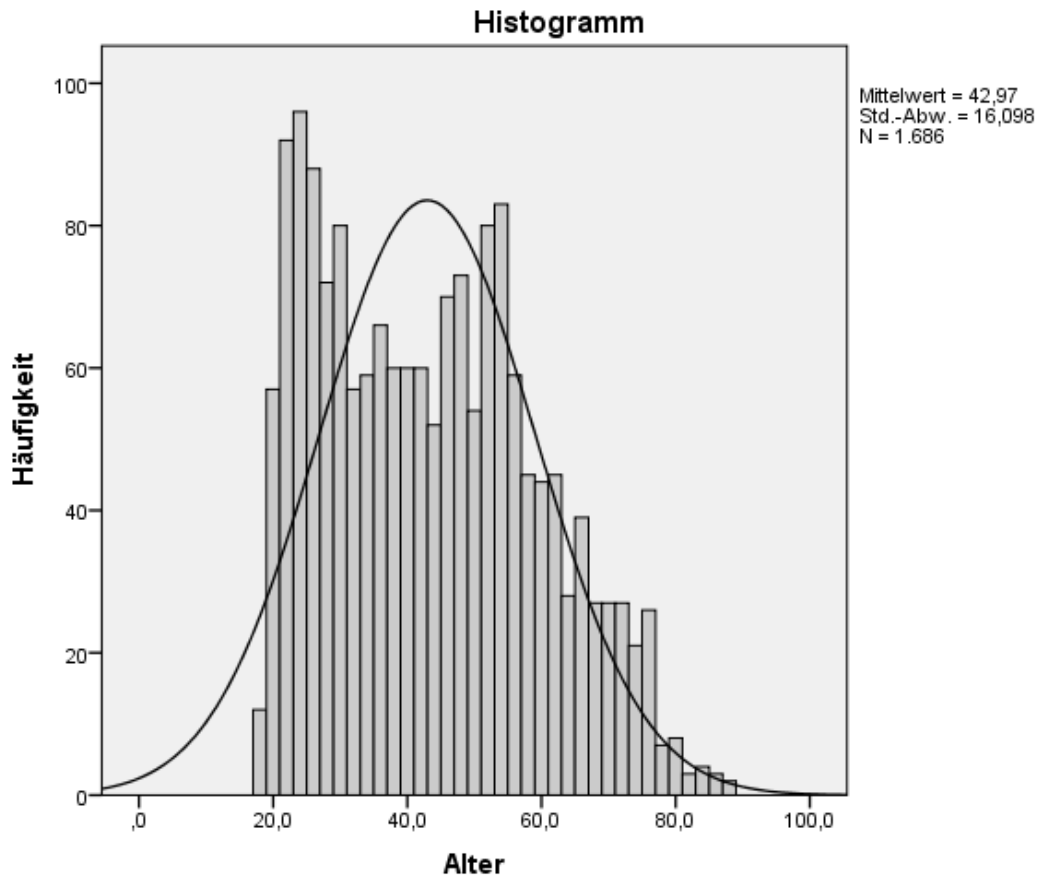


Abbildung 9: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsverteilung Alter in Jahren der Gesamtstudienpopulation N= 1686

Es zeigt sich eine zweigipflige Verteilung in Bezug auf das Alter der Patient_innen. Aus der Vorgabe bezüglich des Mindestalters ergibt sich ein Minimum von 18 Jahren. Das Maximum liegt bei 88 Jahren. Männer haben ein Durchschnittsalter von 42,2 Jahren (Standardabweichung 15,8612). Frauen haben ein durchschnittliches Alter von 43,3 Jahren (Standardabweichung 16,1633).

4.1.2.3 Höchster Schulabschluss

Höchster Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent
Schule noch nicht abgeschlossen	20	1,2%
kein Schulabschluss	7	0,4%
Pflichtschulabschluss ohne Lehre	136	7,8%
Pflichtschulabschluss mit Lehre	637	36,7%
Matura / berufsbildende höhere Schule	546	31,4%
Universität	351	20,2%
sonstiges / unbekannt	40	2,3%
Gesamt	1737	100,0%
Fehlend	122	
Gesamt	1859	

Abbildung 10: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle absolute Zahlen und Prozente höchster Schulabschluss in der Gesamtstudienpopulation N= 1737

Der Großteil (über 80%) der Befragten hat mindestens einen Lehrabschluss.

4.1.2.4 Wohnort

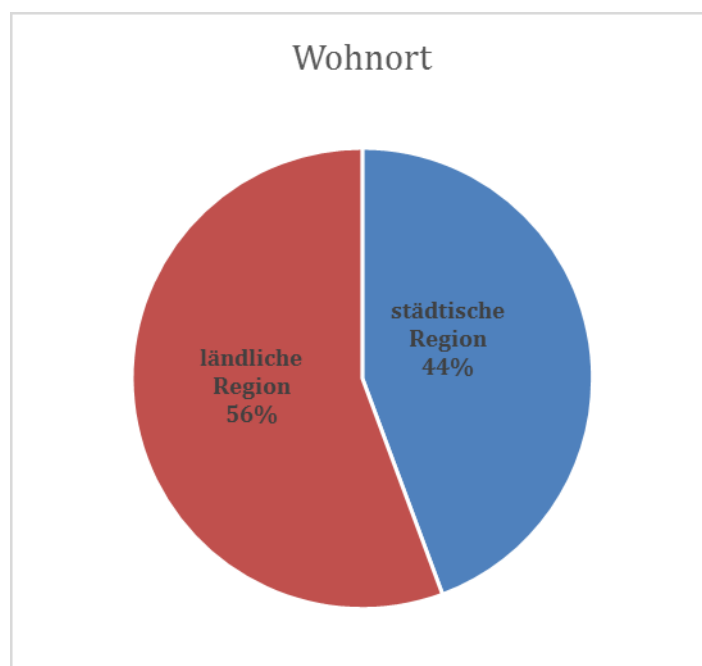


Abbildung 11: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitsdiagramm Wohnort in Prozent der Gesamtstudienpopulation N= 1859

Der Anteil der Personen aus einer ländlichen Region ist um 12% größer als der Personen aus einer städtischen Region.

4.2 Vorgehen bei der Auswertung und Modifikationen des Datensatzes

Im Weiteren wurden zwei Populationen generiert. Einerseits die „Gesamtstudienpopulation“ mit einer Stichprobengröße von 1859 Personen und andererseits eine Population, welche nur Patient_innen mit chronischen Schmerzen beinhaltet. Diese umfasst 522 Personen und wird im Folgenden als „Schmerzstudienpopulation“ deklariert.

4.3 Chronischer Schmerz

1716 Personen machten Angaben bezüglich chronischer Schmerzen.

Chronische Schmerzen			Chronische Schmerzen nach Geschlecht		
	Häufigkeit	Prozent	Männer	Frauen	Gesamt
nein	1194	69,6%	529	606	
ja	522	<u>30,4%</u>	190 (11,7%)	304 (18,7%)	<u>28,5%</u>
GESAMT	1716		1629		
Fehlend	143		230		
Fallzahl	<u>1859</u>				

Abbildung 12: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle absolute Zahlen und Prozente chronischer Schmerz N= 1716 und nach Geschlecht in der Gesamtstudienpopulation N= 1629

Fast ein Drittel der befragten Personen gab an Schmerzen, die über sechs Monate bestehen oder immer wiederkehren, zu haben.

Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen	Häufigkeit	Prozent	Männer (Prozent)	Frauen (Prozent)
keine	6	1,3%	48,0%	52,0%
mehr als keine	166	37,8%	42,3%	57,7%
weniger als stark	153	34,9%	43,8%	56,3%
stark	114	26%	30,9%	69,1%
Gesamt	439	100,0%		
Fehlend	83			

Abbildung 13: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Häufigkeitstabelle Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen absolute Zahlen und Prozente in der Schmerzpopulation N= 439

4.3.1 Chronischer Schmerz und Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,264 ^a	1	,002		
Kontinuitätskorrektur ^b	8,937	1	,003		
Likelihood-Quotient	9,328	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,002	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	9,258	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	1629				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 218,04.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 14: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Chronischer Schmerz und Geschlecht in der Gesamtstudienpopulation N=1629

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen chronischen Schmerz und Geschlecht $\chi^2 (1, N= 1629) = 9,264, p = 0,002$. Die Odds Ratio für Frauen an chronischen Schmerzen zu erkranken ist 1,4 Mal höher als für Männer.

4.4 Peer Gewalt und chronischer Schmerz

Gewalttyp		Fragestellung KERF	Gesamt	Chronischer Schmerz	Signifikanzen
Psychische Gewalt	verbal	39. Die beschimpfte(n), verfluchte(n) Sie, sagte(n) beleidigende Dinge wie Sie seien „dick“, „hässlich“, „dumm“, usw. mehr als nur wenige Male im Jahr. (n=1581)	28,5%	35,8%	$\chi^2 (1, N= 1567) = 9,337, p = 0,002,$ Cramer V = 0,077 OR 1,4
	verbal	40. Die sagte(n) verletzende Dinge, die Sie traurig machten, beschämten oder demütigten. (n=1554)	32,6%	36,5%	$\chi^2 (1, N= 1539) = 14,038, p = 0,000.$ Cramer V = 0,096 OR 1,5
	verbal	41. Die sprach(en) hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigte(n) Sie öffentlich, setzte(n) Gerüchte über Sie in die Welt. (n=1557)	24,9%	34,7%	$\chi^2 (1, N= 1541) = 4,549, p = 0,033.$ Cramer V = 0,054 OR 1,3
		42. Die schloss(en) Sie aus Aktivitäten, Gruppen oder der Gemeinschaft aus. (n=1558)	18,7%	36,7%	$\chi^2 (1, N= 1540) = 6,486, p = 0,011.$ Cramer V = 0,065 1,4
		43. Die verhielt(en) sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden. (n=1548)	7,7%	47,5%	$\chi^2 (1, N= 1529) = 17,712, p = 0,000.$ Cramer V = 0,108 OR 2,2
		44. Die bedrohte(n) Sie, um Ihnen Geld oder Besitztümer abzunehmen. (n=1551)	3,1%	51%	$\chi^2 (1, N= 1533) = 10,252, p = 0,001.$ Cramer V = 0,082 OR 2,5
		45. Die zwang(en) oder bedrohte(n) Sie, um Sie dazu zu bringen, Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten. (n=1551)	4,6%	50%	$\chi^2 (1, N= 1534) = 12,654, p = 0,000.$ Cramer V = 0,091 OR 2,4
Physische Gewalt		46. Die schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) Sie absichtlich, schlug(en) Sie mit der Faust oder trat(en) nach Ihnen. (n=1543)	14,1%	32,7%	$\chi^2 (1, N= 1528) = 0,700, p = 0,403.$ Cramer V = 0,021
		47. Die schlug(en) Sie so stark, dass dies für mehr als ein paar Minuten Spuren auf Ihrem Körper hinterließ. (n=1539)	5,4%	38,6%	$\chi^2 (1, N= 1521) = 2,826, p = 0,093.$ Cramer V = 0,043
		48. Die schlug(en) Sie so stark oder verletzte(n) Sie in irgendeiner Form, so dass Sie medizinisch versorgt wurden oder medizinischer Versorgung bedurft hätten. (n=1530)	2,7%	50%	$\chi^2 (1, N= 1512) = 8,537, p = 0,003.$ Cramer V = 0,075. OR 2,4
Sexuelle Gewalt		49. Die zwang(en) Sie zu sexuellen Aktivitäten gegen Ihren Willen. (n=1533)	2,3%	58,3%	$\chi^2 (1, N= 1515) = 14,055, p = 0,000.$ Cramer V = 0,096 OR 3,4
		50. Die zwang(en) Sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten. (n=1530)	2,5%	57,5%	$\chi^2 (1, N= 1512) = 14,760, p = 0,000$ OR 3,3

Abbildung 15: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ Überblick Peer Gewalt in der Gesamtstudienpopulation und in der Schmerzstudienpopulation mit Signifikanz, Prozente und Odds Ratios in der Gesamtstudienpopulation N= 1530-1581

Im Folgenden soll die Hypothese bearbeitet werden, ob zwischen den einzelnen Entitäten von Peer Gewalt und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter ein Zusammenhang besteht.

Die Hypothese lautet: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Peergewalt in Alter von null bis 18 Jahren und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter. Dafür soll einerseits ein Chi-Quadrat Test für unabhängige Stichproben und andererseits eine Korrelation verwendet werden.

Cramers Phi darf direkt als Korrelationsmaß zweier nominalskalierter Variablen interpretiert werden. Sein Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei 0 die stochastische Unabhängigkeit und 1 den perfekten Zusammenhang ausdrückt.

Chi-Quadrat-Tests					
39. Die beschimpfte(n), verfluchte(n) Sie, sagte(n) beleidigende Dinge wie Sie seien „dick“, „hässlich“, „dumm“, usw. mehr als nur wenige Male im Jahr	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,337 ^a	1	,002		
Kontinuitätskorrektur ^b	8,968	1	,003		
Likelihood-Quotient	9,168	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,003	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	9,331	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	1567				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 134,93.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 16: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 39 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1567

In Bezug auf verbale Gewalt im Sinne von Item 39 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1567) = 9,337, $p = 0,002$, Cramer V = 0,077. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 39 erlebt haben ist 1,4 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
40. Die sagte(n) verletzende Dinge, die Sie traurig machten, beschämten oder demütigten	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)

Chi-Quadrat nach Pearson	14,038 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	13,598	1	,000		
Likelihood-Quotient	13,804	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	14,029	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	1539				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 151,37.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abbildung 17: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 40 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1539

In Bezug auf verbale Gewalt im Sinne von Item 40 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1539) = 14,038, $p = 0,000$. Cramer V = 0,096. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 40 erlebt haben ist 1,5 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
41. Die sprach(en) hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigte(n) Sie öffentlich, setzte(n) Gerüchte über Sie in die Welt	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,549 ^a	1	,033		
Kontinuitätskorrektur ^b	4,279	1	,039		
Likelihood-Quotient	4,474	1	,034		
Exakter Test nach Fisher				,034	,020
Zusammenhang linear-mit-linear	4,546	1	,033		
Anzahl der gültigen Fälle	1541				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 115,41.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abbildung 18: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 41 (verbale Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1541

In Bezug auf verbale Gewalt im Sinne von Item 41 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1541) = 4,549, $p = 0,033$. Cramer V = 0,054. Die Odds Ratio für Personen

an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 41 erlebt haben ist 1,3 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
42. Die schloss(en) Sie aus Aktivitäten, Gruppen oder der Gemeinschaft aus	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,486 ^a	1	,011		
Kontinuitätskorrektur ^b	6,127	1	,013		
Likelihood-Quotient	6,317	1	,012		
Exakter Test nach Fisher				,012	,007
Zusammenhang linear-mit-linear	6,482	1	,011		
Anzahl der gültigen Fälle	1540				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 86,19.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 19: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 42 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1540

In Bezug auf psychische Gewalt im Sinne von Item 42 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1540) = 6,486, $p = 0,011$. Cramer V = 0,0 65. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 42 erlebt haben ist 1,4 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
43. Die verhielt(en) sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	17,712 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	16,845	1	,000		
Likelihood-Quotient	16,503	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	17,700	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	1529				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 35,81.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 20: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 43 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1529

In Bezug auf psychische Gewalt im Sinne von Item 43 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1529) = 17,712, p = 0,000. Cramer V= 0,108. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 43 erlebt haben ist 2,2 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
44. Die bedrohte(n) Sie, um Ihnen Geld oder Besitztümer abzunehmen	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	10,252 ^a	1	,001		
Kontinuitätskorrektur ^b	9,265	1	,002		
Likelihood-Quotient	9,417	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,002	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	10,245	1	,001		
Anzahl der gültigen Fälle	1533				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 14,86.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abbildung 21: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 44 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1533

In Bezug auf psychische Gewalt im Sinne von Item 44 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1533) = 10,252, p = 0,001. Cramer V= 0,082. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 44 erlebt haben ist 2,5 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
45. Die zwang(en) oder bedrohte(n) Sie, um Sie dazu zu bringen, Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten.	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,654 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	11,699	1	,001		
Likelihood-Quotient	11,666	1	,001		
Exakter Test nach Fisher				,001	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	12,646	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	1534				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 20,01.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abbildung 22: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 45 (psychische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1534

In Bezug auf psychische Gewalt im Sinne von Item 45 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1534) = 12,654, $p = 0,000$. Cramer V=0,091. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 45 erlebt haben ist 2,4 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
46. Die schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) Sie absichtlich, schlug(en) Sie mit der Faust oder trat(en) nach Ihnen.	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,700 ^a	1	,403		
Kontinuitätskorrektur ^b	,573	1	,449		
Likelihood-Quotient	,692	1	,406		
Exakter Test nach Fisher				,425	,224
Zusammenhang linear-mit-linear	,700	1	,403		
Anzahl der gültigen Fälle	1528				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 65,75.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abbildung 23: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 46 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1528

In Bezug auf physische Gewalt im Sinne von Item 46 gibt es keinen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1528) = 0,700, $p = 0,403$. Cramer V= 0,021.

Chi-Quadrat-Tests					
47. Die schlug(en) Sie so stark, dass dies für mehr als ein paar Minuten Spuren auf Ihrem Körper hinterließ	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,826 ^a	1	,093		
Kontinuitätskorrektur ^b	2,428	1	,119		
Likelihood-Quotient	2,711	1	,100		
Exakter Test nach Fisher				,110	,062

Zusammenhang linear- mit-linear	2,824	1	,093		
Anzahl der gültigen Fälle	1521				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 25,16.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 24: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 47 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1521

In Bezug auf physische Gewalt im Sinne von Item 47 gibt es keinen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N=1521) = 2,826, $p = 0,093$. Cramer V=0,043.

Chi-Quadrat-Tests					
48. Die schlug(en) Sie so stark oder verletzte(n) Sie in irgendeiner Form, so dass Sie medizinisch versorgt wurden oder medizinischer Versorgung bedurft hätten.	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,537 ^a	1	,003		
Kontinuitätskorrektur ^b	7,591	1	,006		
Likelihood-Quotient	7,844	1	,005		
Exakter Test nach Fisher				,007	,004
Zusammenhang linear- mit-linear	8,532	1	,003		
Anzahl der gültigen Fälle	1512				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,24.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 25: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 48 (physische Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1512

In Bezug auf physische Gewalt im Sinne von Item 48 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1512) = 8,537, $p = 0,003$. Cramer V =0,075. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 48 erlebt haben ist 2,4 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
49. Die zwang(en) Sie zu sexuellen Aktivitäten gegen Ihren Willen.	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach	14,055 ^a	1	,000		

Pearson					
Kontinuitätskorrektur ^b	12,710	1	,000		
Likelihood-Quotient	12,669	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear- mit-linear	14,046	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	1515				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10,81.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 26: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 49 (sexuelle Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1515

In Bezug auf sexuelle Gewalt im Sinne von Item 49 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1515) = 14,055, $p = 0,000$. Cramer V = 0,096. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 49 erlebt haben ist 3,4 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

Chi-Quadrat-Tests					
50. Die zwang(en) Sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,760 ^a	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^b	13,448	1	,000		
Likelihood-Quotient	13,326	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear- mit-linear	14,751	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	1512				
a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 12,01.					
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet					

Abbildung 27: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ SPSS Output Chi-Quadrat Test Peer Gewalt Item 50 (sexuelle Gewalt) und chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung (Gesamtstudienpopulation) N= 1512

In Bezug auf sexuelle Gewalt im Sinne von Item 50 gibt es einen signifikanten Zusammenhang, ob Menschen an chronischen Schmerzen leiden oder nicht, χ^2 (1, N= 1512) = 14,760, $p = 0,000$. Cramer V= 0,099. Die Odds Ratio für Personen an chronischen Schmerzen zu leiden, die Peer Gewalt im Sinne von Item 50 erlebt haben ist 3,3 Mal höher als für jene ohne diese Erfahrung.

4.4.1 Zusammenfassung

Die Hypothese, ob es einen Zusammenhang zwischen Erleben von Peer Gewalt zwischen 0 und 18 Jahren und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter gibt, kann weitestgehend bestätigt werden. Bis auf Item 46 und 47 (physische Gewalt) besteht ein signifikanter Zusammenhang im Chi-Quadrat Test und eine signifikante Korrelation.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

	Anmerkungen	Signifikanz	Odds Ratio
Chronischer Schmerz und Geschlecht	Gesamt: 30,4 % Männer 11,7 % Frauen 18,7 %	χ^2 (1, N= 1629), p = 0,002.	OR 1,4
Peergewalt und chronischer Schmerz (verbal)	Item 39-41	χ^2 (1, N= 1539-1567), p< 0,05	OR 1,3-1,5
Peergewalt und chronischer Schmerz (psychisch)	Item 42-45	χ^2 (1, N= 1529-1540), p< 0,05	OR 1,4-2,5
Peergewalt und chronischer Schmerz (physisch)	Item 48	χ^2 (1, N= 1512), p< 0,003	OR 2,4
Peergewalt und chronischer Schmerz (sexuell)	Item 49-50	χ^2 (1, N= 1512-1515), p< 0,000	OR 3,3-3,4

Abbildung 28: „Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck“ **Signifikante Ergebnisse Gewalt durch Gleichaltrige und chronische Schmerzen sowie Chronischer Schmerz und Geschlecht (Gesamtstudienpopulation) N= 1512-1629**

5 Diskussion und Limitationen

Die Fragestellung, ob es einen Zusammenhang zwischen Erleben von Peer Gewalt zwischen null und 18 Jahren und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter gibt, kann weitestgehend bestätigt werden. Die besondere Konstellation bei Gewalt durch Gleichaltrige eröffnet seit einigen Jahren ein eigenes Feld der Forschung. Allem voran interessierte jedoch die psychische Gesundheit von den Betroffenen (59, 60, 61).

Dass Mobbing und Gewalt auch somatische Beschwerden auslöst, wurde von Williams et al. bereits 1996 festgestellt. Es konnte festgestellt werden, dass Schulkinder, die Gewalt durch Mobbing oder Bullying erfahren hatten, mit Kopfschmerzen und Bauchschmerzen vorstellig bei Gesundheitseinrichtungen wurden (62). Wolke et al. können dies 2001 ebenfalls feststellen (63). 2013 zeigte eine Metaanalyse von Gini et al. den Zusammenhang zwischen psychosomatischen Problemen und Erfahrungen mit Bullying (64). Voerman et al. konnten dies 2015 in einer Studie in den Niederlanden insofern bestätigen, dass Bullying mitunter ein Faktor für Schmerzen bei Jugendlichen ist (65). Auch in Russland kamen Stickley et al. 2013 zu gleichen Erkenntnissen (66). Die Frage, ob es auch Konsequenzen im Erwachsenenalter gibt, wurde mit einer Studie von Wolke et al. 2013 (The Great Smokey Mountain study) erforscht. Es wurde nach den Langzeiteffekten im frühen Erwachsenenalter geforscht und es konnte festgestellt werden, dass Opfer ein erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand sowie einen schlechteren sozioökonomischen Status haben (67). Ähnliche Ergebnisse erzielten unter anderem auch Allison et al. 2009 (68) und Takizawa et al. 2014 (69). Takizawa et al. stellten 2015 auch fest, dass Menschen mit Erfahrungen von Bullying in der Kindheit ein erhöhtes Vorkommen an Übergewicht und inflammatorischen Prozessen aufweisen (70). Sigurdson et al. haben 2014 beobachten können, dass sowohl Opfer und Täter_Innen von Bullying einen schlechteren Gesundheitszustand im Erwachsenenalter haben als nicht involvierte Gleichaltrige (71). Sansone et al. haben 2014 als eine der ersten den Zusammenhang zwischen Gewalt durch Gleichaltrige und Schmerzen im Erwachsenenalter untersucht. Sie konnten ein erhöhtes Vorkommen an Schmerzen unter Opfern feststellen, jedoch konnte aufgrund der statistischen Methode keine Kausalität abgeleitet werden (72).

Nault et al. untersuchten 2016 Frauen mit urologischen Symptomen hinsichtlich einer Vorgeschichte von Missbrauch oder Bullying. Diese konnten auch ein erhöhtes Vorkommen an schmerzhaften urologischen Problematiken feststellen (73).

Hoffmann et al. haben 2016 hinterfragt, ob Kinder oder Jugendliche vulnerabler nach Erfahrungen mit Bullying sind. Dabei wurde erkannt, dass Kinder eher mit negativen Folgen wie Kriminalität und Drogenabhängigkeit zu kämpfen haben (74).

Als mögliche kausale Erklärung für Schmerz und Traumatisierung bietet sich das Modell der „Stressinduzierte Hyperalgesie“ von Roth und Egle (2016) (54) an. Dieses Modell stellt einen integrativen Ansatz der Betrachtungsweise dar, der auch klinisch und diagnostisch anwendbar ist.

Die Häufigkeit, mit der chronische Schmerzen angegeben worden sind – 30,4% in der Gesamtpopulation – deckt sich mit den Angaben die anfangs diskutiert worden sind. In Bezug auf die Stärke der Schmerzen – hier gemessen mit einer Beeinträchtigungsskala – gaben 26% der Personen mit chronischen Schmerzen an stark beeinträchtigt zu sein. Dies entspricht etwa 6% in der Gesamtstudienpopulation und ist somit etwas höher als der Durchschnitt von bis zu 5,6 %, der in der Europäischen Union ermittelt wurden (11, 12). Die Odds Ratio für Frauen an chronischen Schmerzen zu erkranken ist 1,4 Mal höher als für Männer. Dies deckt sich mit bestehenden wissenschaftlichen Beobachtungen, dass das Geschlecht eine Rolle beim Empfinden von Schmerzen, dem Auftreten von Schmerzerkrankungen, dem Verlauf von Schmerzen und wahrscheinlich auch beim Therapieerfolg eine Rolle spielt (75).

Nicht eingegangen wurde auf die Fragestellung, ob die Tat durch eine befreundete Person oder von einem Menschen, mit dem man sich in einer romantischen Beziehung befindet, begangen wurde. Es wird vermutet, da der Fragebogen ursprünglich an eine US-amerikanische Population angepasst wurde, dass dieser Aspekt in Mitteleuropa nicht gleich zu interpretieren ist, da in Mitteleuropa Jugendliche in gewisser Weise anders sozialisiert zu sein scheinen. Es ist auch aufgefallen, dass Item 44, bei dem es sich um Raubüberfälle handelt sehr selten mit „Ja“ beantwortet wurde. Womöglich ist dies auch auf der Ebene soziokultureller Unterschiede zwischen den USA und Mitteleuropa anzusiedeln.

Weiters wurde auch die Zeitleiste des KERF nicht ausgewertet. Dies obliegt weiterer Forschung und hätte den Rahmen dieser Arbeit überstiegen.

Im Folgenden sollen Chancen und Grenzen bezüglich der Studie noch Platz finden. Diese beruhen vor allem auf Aufzeichnungen, die Stichprobenartig geführt wurden, während der Feldforschung bzw. Erhebung der Daten. Zunächst muss gesagt werden, dass die Teilnahmebereitschaft relativ gering war. Teilweise willigten durchschnittlich nur 3 von 10 gefragten Personen ein. Es gab sogar aggressive Reaktionen der Ablehnung. Öfters gaben Personen etwa an, keine Brille dabei zu haben. Der Versuch bei grundloser Verneinung den Hintergrund zu erfragen, stieß ebenfalls vermehrt auf Widerstand. Dies zeigt wie schwierig der Umgang und Zugang in Bezug auf das Thema Gewalt ist. Somit stellt sich auch die Frage der Ermittlung genauer Zahlen zum Thema Gewalt und der Höhe der Dunkelziffer. Menschen mit Migrationshintergrund konnten sehr schwer erreicht werden trotz des Vorliegens mehrsprachiger Fragebögen.

Bis auf Item 46 (Die schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) Sie absichtlich, schlug(en) Sie mit der Faust oder trat(en) nach Ihnen.) und 47 (Die schlug(en) Sie so stark, dass dies für mehr als ein paar Minuten Spuren auf Ihrem Körper hinterließ) – beides Items der physischen Gewalt – besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Peergewalt in der Jugend und chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter.

Eine Hypothese, warum eher psychische und sexuelle Peergewalt als mögliche Mediatoren zur späteren Entwicklung von chronischen Schmerzen fungieren, ist, dass es womöglich ein größeres Tabu ist über diese Formen der Gewalt zu sprechen bzw. sich diesbezüglich zu öffnen. Zudem kommt es bei diesen Formen der Gewalt zu einem ausgeprägten Gefühl der Scham und des Kontrollverlustes bzw. zu Hilflosigkeit (76, 77). Weiters wäre auch anzudenken, dass es bei körperliche Gewalt eher sofort zu somatischem Schmerz kommt. Dieser kann medizinisch auch behandelt werden und somit ein Stück weit verarbeitet werden. Wohin psychische und sexuelle Gewalt weniger sofort spürbare körperliche Schmerzen erzeugt, obwohl auch diese Gewalt zu körperlichen Schmerzen führen kann, hier jedoch die Scham eine große Rolle spielt, die es verhindert sich gleich behandeln zu lassen. Natürlich erzeugen solche Erlebnisse Stress. Hier kann an die besprochenen Theorien bezüglich der Entstehung von chronischen Schmerzen nach Traumatisierungen angeknüpft werden. Personen mit

chronischen Schmerzen, die traumatisierende Erlebnisse in ihrer Biographie haben, sollte besondere Aufmerksamkeit zuteil kommen. In der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung kann es zum Phänomen des Wiederholungszwangs kommen. Das bedeutet, dass die Erlebnisse in dieser Beziehung reinszeniert werden, um Bekanntes wieder zu erleben. Dieser Umstand bedarf einer gewissen Fähigkeit der Reflexion und psychotherapeutische Fertigkeiten der Behandelnden (78).

6 Empfehlungen und Ausblick

Aufgrund der Erfahrungen während der Datenerhebung muss darauf geschlossen werden, dass Gewalt noch immer ein Tabuthema in der Gesellschaft ist. Jedoch sollte sich diese Einstellung ändern, um Opfern und Täter_innen eine Aufarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse zu erleichtern. Aufgrund der hohen Prävalenz von Peergewalt auch unter Patient_innen mit chronischen Schmerzen und der Umstand, dass dies auch ein möglicher Risikofaktor für die Erkrankung sein könnte, sollte ein Screening angedacht werden. Dafür könnte ein Tool etwa in Form einer Kurzversion des KERF ausgearbeitet werden. Neben den Schmerzambulanzen könnte vor allem der allgemeinmedizinische Bereich, wo der Vorteil in der langjährigen Begleitung der Patient_innen und der Kenntnis des Umfeldes liegt, wertvolle präventive Arbeit leisten bzw. Folgen mildern.

Gewalt unter Gleichaltrigen scheint ein evidentes Problem zu sein. Da in Österreich Schulpflicht besteht, verbringen junge Menschen zwischen sechs und 15 Jahren viel Zeit in Bildungseinrichtungen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass diese Orte der Ausbildung auch Schauplatz für Gewalt sein können (79, 80). Zur Ausbildung gehört auch soziales Lernen. Die Schulsozialarbeit bietet eine gute Möglichkeit Konflikten zu begegnen und Opfern sowie Täter_innen in ihren Situationen zu helfen. Dieses Angebot kann niederschwellig bezogen werden und einen Beitrag zur Prävention von Gewalt unter Peers leisten (81).

Bis dato ist Schulsozialarbeit in Österreich aber noch nicht flächendeckend eingeführt (82). Sehr wohl bestehen Bestrebungen präventiv im Setting von Schulen und Kindergärten in Österreich gegen Gewalt zu handeln (83).

Besonderes Interesse erregt natürlich auch der Umstand, dass Peergewalt zwar ein Risikofaktor aber natürlich keine Garantie für chronische Schmerzen im Erwachsenenalter darstellt und auch von verschiedenen Faktoren wie etwa dem Wohnort abhängt. Hier soll das Phänomen Resilienz Platz finden, das mit Sicherheit einen wichtigen Ansatz für Forschung in Bezug auf präventive Möglichkeiten birgt (84, 85).

Die Thematik der Peergewalt ist ein noch zu erforschendes Feld. Die Abhängigkeit von soziodemographischen Aspekten wie Geschlecht, Wohnort, Alter oder auch Ausbildungsgrad könnten weitere wichtige Hinweise für die präventive Arbeit leisten.

7 Literaturverzeichnis

- (1) Laaser U, Wenzel H. Effektivität und Effizienz in der Prävention. In: Allhoff P, Flatten G, Laaser U, editors. Krankheitsverhütung und Früherkennung: Handbuch der Prävention. 1st ed. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 1993:50-64.
- (2) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-258.
- (3) Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. In: Lanius R, Vermetten E, editors. The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. 1st ed. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2010:77-87.
- (4) Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Public Health (Oxf)* 2015 Sep;37(3):445-454.
- (5) Teicher MH, Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure'(MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS one* 2015;10(2):e0117423.
- (6) International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. 2012; Available at: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>. Accessed April, 2016.
- (7) Heinke B, Sandkühler J. Schmerzgedächtnis. In: Standl T, Schulte am Esch J, Treede R, Schäfer M, Bardenheuer JH, editors. Schmerztherapie: Akutschmerz-Chronischer Schmerz-Palliativmedizin. 2nd ed. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2010:30-34.
- (8) Bonica J. The Management of Pain. 1st ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1953.
- (9) Nilges P. Psychologische Mechanismen der Chronifizierung. In: Standl T, editor. Schmerztherapie: Akutschmerz-Chronischer Schmerz-Palliativmedizin. 2nd ed. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2010:39-44.
- (10) Turk D, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser D, Butler SH, Chapman JJ, editors. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:18-25.
- (11) Wolff R, Clar C, Lerch C, Kleijnen J. Epidemiologie von nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen in Deutschland. *Schmerz* 2011;25(1):26-44.

-
- (12) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain* 2006;10(4):287-287.
- (13) Petzke F, Kohlmann T. Die eine Zahl wird es nicht geben. *Manuelle Medizin* 2014;52(6):538-539.
- (14) Statistik Austria. Chronische Krankheiten. 2016; Available at: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html. Accessed April, 2016.
- (15) Oggier W. Volkswirtschaftliche Kosten chronischer Schmerzen in der Schweiz–eine erste Annäherung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2007;88(29/30):1265-1269.
- (16) Krahulec E, Schmidt L, Habacher W, Kratzer H. Chronischer Schmerz. *Der Schmerz* 2012;26(6):715-720.
- (17) Zimmermann M. Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz* 2001;15(2):85-91.
- (18) Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Deutscher Schmerzfragebogen Version 2015.2. 2015; Available at: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/pdf_2/DSF_Anamnese_V2015_2_Muster.pdf. Accessed August, 2016.
- (19) World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. 1999:15-16.
- (20) Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C, Geserick C, Schmidt E, Schröttle M. Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien (ÖIF) 2011.
- (21) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993: 98-101.
- (22) Kalmakis KA, Meyer JS, Chiodo L, Leung K. Adverse childhood experiences and chronic hypothalamic–pituitary–adrenal activity. *Stress* 2015;18(4):446-450.
- (23) Maercker A editor. Posttraumatische Belastungsstörung. 4th ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2013:14-15,420.
- (24) Schmelzer-Schmied N, Henningsen P, Schiltenswolf M. Somatoform pain disturbance as the result of trauma. *Orthopäde* 2006 Dec;35(12):1265-1268.
- (25) Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M, Elbert T, Kolassa I, Schury K, et al. KERF–ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender

Kindheitserfahrungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2014;43(2):121-130.

(26) US Department of Health & Human Services. Childhoodmaltreatment. 2008; Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm08/cm08.pdf>. Accessed Oktober, 2016.

(27) Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1994;35(7):1171-1190.

(28) Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. Neuron 2016;89(5):892-909.

(29) Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Psychiatry 2004;65(12):10-15.

(30) Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. Child Abuse Negl 2007;31(5):517-530.

(31) Barboza Solis C, Kelly-Irving M, Fantin R, Darnaudey M, Torrisani J, Lang T, et al. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. Proc Natl Acad Sci U S A 2015 Feb 17;112(7):E738-E746.

(32) Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. Psychosom Med 2009 Oct;71(8):805-812.

(33) Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012;9(11):e1001349.

(34) Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2015 Aug;27(8):457-465.

(35) Engel GL. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. Am J Med 1959;26(6):899-918.

(36) Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood?: a meta-analytic review of the literature. Clin J Pain 2005;21(5):398-405.

(37) Raphael KG, Chandler HK, Ciccone DS. Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? Curr Pain Headache Rep 2004;8(2):99-110.

-
- (38) Raphael KG. Childhood abuse and pain in adulthood: more than a modest relationship? *Clin J Pain* 2005;21(5):371-373.
- (39) Raphael KG, Widom CS, Lange G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain* 2001;92(1):283-293.
- (40) Bowes L, Wolke D, Joinson C, Lereya ST, Lewis G. Sibling bullying and risk of depression, anxiety, and self-harm: a prospective cohort study. *Pediatrics* 2014 Oct;134(4):E1032-E1039.
- (41) Carlisle N, Rofes E. School bullying: Do adult survivors perceive long-term effects? *Traumatology* 2007;13(1):16-16.
- (42) Jones GT, Power C, Macfarlane GJ. Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain* 2009;143(1):92-96.
- (43) McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* 2003;43(1):2-15.
- (44) Beckie TM. A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biol Res Nurs* 2012 Oct;14(4):311-346.
- (45) Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896(1):85-95.
- (46) Hanson JL, Chung MK, Avants BB, Rudolph KD, Shirtcliff EA, Gee JC, et al. Structural variations in prefrontal cortex mediate the relationship between early childhood stress and spatial working memory. *J Neurosci* 2012 Jun 6;32(23):7917-7925.
- (47) Pechtel P, Lyons-Ruth K, Anderson CM, Teicher MH. Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage* 2014;97:236-244.
- (48) Teicher MH, Anderson CM, Ohashi K, Polcari A. Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biol Psychiatry* 2014;76(4):297-305.
- (49) Price LH, Kao H, Burgers DE, Carpenter LL, Tyrka AR. Telomeres and early-life stress: an overview. *Biol Psychiatry* 2013;73(1):15-23.
- (50) Slopen N, Kubzansky LD, McLaughlin KA, Koenen KC. Childhood adversity and inflammatory processes in youth: a prospective study. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38(2):188-200.
- (51) Luhmann N, Baecker D. Einführung in die Systemtheorie. 7th ed. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag; 2017.
- (52) Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin* 2005;16(2):3-12.

(53) Olango WM, Finn DP. Neurobiology of stress-induced hyperalgesia. In: Taylor KB, Finn DP, editors. Behavioral Neurobiology of Chronic Pain. 1st ed. Heidelberg, New York: Springer; 2014:251-280.

(54) Egle U, Egloff N, von Känel R. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. *Der Schmerz* 2016;30(6):526-536.

(55) Statistik Austria. Bevölkerung 2001 nach Umgangssprache, Staatsangehörigkeit und Geburtsland. 2008; Available at: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/022896.html. Accessed August, 2016.

(56) Lampe Astrid. Ein Projekt zur Früherkennung von Gewaltopfern und Frühprävention gesundheitlicher Folgen im Landeskrankenhaus Innsbruck. 2015.

(57) Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4th ed. London: Sage; 2013.

(58) U.S. National Library of Medicine. Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles. 2016; Available at: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Accessed 13.02.2017, 2017.

(59) Kim YS, Leventhal BL, Koh Y, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(9):1035-1041.

(60) Kumpulainen K, Räsänen E, Puura K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behav* 2001;27(2):102-110.

(61) Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(6):524-531.

(62) Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ* 1996 Jul 6;313(7048):17-19.

(63) Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L. Bullying involvement in primary school and common health problems. *Arch Dis Child* 2001 Sep;85(3):197-201.

(64) Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2013 Oct;132(4):720-729.

(65) Voerman J, Vogel I, Waart F, Westendorp T, Timman R, Busschbach J, et al. Bullying, abuse and family conflict as risk factors for chronic pain among Dutch adolescents. *Eur J Pain* 2015;19(10):1544-1551.

-
- (66) Stickley A, Koyanagi A, Kuposov R, McKee M, Roberts B, Ruchkin V. Peer victimisation and its association with psychological and somatic health problems among adolescents in northern Russia. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2013;7(15):1-8.
- (67) Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci* 2013 Oct;24(10):1958-1970.
- (68) Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N. Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(12):1163-1170.
- (69) Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry* 2014;171(7):777-784.
- (70) Takizawa R, Danese A, Maughan B, Arseneault L. Bullying victimization in childhood predicts inflammation and obesity at mid-life: a five-decade birth cohort study. *Psychol Med* 2015;45(13):2705-2715.
- (71) Sigurdson J, Wallander J, Sund A. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse Negl* 2014;38(10):1607-1617.
- (72) Sansone RA, Watts DA, Wiederman MW. Being bullied in childhood, and pain and pain perception in adulthood. *Int J Soc Psychiatry* 2014 Aug;60(5):449-453.
- (73) Nault T, Gupta P, Ehlert M, Dove-Medows E, Seltzer M, Carrico DJ, et al. Does a history of bullying and abuse predict lower urinary tract symptoms, chronic pain, and sexual dysfunction? *Int Urol Nephrol* 2016;48(11):1783-1788.
- (74) Hoffman CY, Phillips MD, Daigle LE, Turner MG. Adult Consequences of Bully Victimization Are Children or Adolescents More Vulnerable to the Victimization Experience? *Youth Violence and Juvenile Justice* 2016 Jun;0(0):1-24.
- (75) Pogatzki-Zahm E. Schmerz und Geschlecht. 2012; Available at: <http://www.dgss.org/patienteninformationen/besonderheiten-bei-schmerz/schmerz-und-geschlecht/>. Accessed 16.02.2017, 2017.
- (76) Steinhage R. Sexueller Missbrauch an Mädchen. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt; 1989:136.
- (77) Bange D. Sexuelle Gewalt an Jungen. In: Heinrich Böll Stiftung, editor. Dokumentation einer Fachtagung der Heinrich Böll Stiftung und des „Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse“ Berlin: Heinrich Böll Stiftung; 1997:99-116.

-
- (78) Steiner B, Krippner K. Psychotraumatheorie: tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2006:95.
- (79) Keupp H, Straus F, Mosser P, Gmür W, Hackenschmied G. Gewalt durch Mitschüler. Schweigen–Aufdeckung–Aufarbeitung: Springer; 2017:85-202.
- (80) Scheithauer H, Hayer T, Bull HD. Gewalt an Schulen am Beispiel von Bullying. Zeitschrift für Sozialpsychologie 2007;38(3):141-152.
- (81) Olk T, Speck K. Was bewirkt Schulsozialarbeit?-Theoretische Konzepte und empirische Befunde an der Schnittfläche zwischen formaler und non-formaler Bildung. Zeitschrift für Pädagogik 2009;55(6):910-927.
- (82) Adamowitsch M, Lehner L, Felder-Puig R. Schulsozialarbeit in Österreich. Schulsozialarbeit 2011:62.
- (83) Spiel C, Strohmeier D. Generalstrategie zur Gewaltprävention an österreichischen Schulen und Kindergärten: Gemeinsam gegen Gewalt. Projektbericht für das bm: ukk.Fakultät für Psychologie, Universität Wien.www.gemeinsam-gegengewalt.at/img/upload/Bericht_Generalstrategie_29102007_ohne-Anhang.pdf (18.11.2008) 2007.
- (84) Fröhlich-Gildhoff K, Rönna-Böse M. Resilienz. UTB; 2011:39,62.
- (85) Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. Dev Psychopathol 1993;5(04):503-515.

8 Anhang – Fragebogen

8.1 Begleitschreiben

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie
Psychotraumatologie und Traumatherapie am LKI

Speckbacherstraße 23, 4. Stock
A-6020 Innsbruck, Austria
Tel.: +43 (0) 512 / 504 - 26117
eMail: astrid.lampe@i-med.ac.at
Web: www.i-med.ac.at/medpsy

Innsbruck, August 2015

Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr!

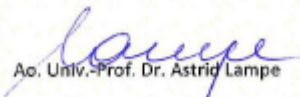
Die Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie führt zur Zeit eine große Fragebogenstudie am Landeskrankenhaus Innsbruck durch. Ziel der Studie ist zu überprüfen, wie effektiv ein spezifisches Kommunikationstraining für das medizinische Personal ist. Ein zweiter Punkt der in der Studie untersucht werden soll ist der Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserfahrungen und körperlichen Erkrankungen.

Wir sind bei dieser Untersuchung auf Ihre Unterstützung angewiesen. Sie können mit Ihrer Mitarbeit einen wertvollen Beitrag zur wissenschaftlichen Forschung und zur PatientInnenversorgung am Landeskrankenhaus Innsbruck leisten. Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig und es entsteht für Sie kein Nachteil, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen wollen.

Die Befragung umfasst eine Einverständniserklärung, in der die Rahmenbedingungen der Studie dargestellt werden und Sie über Ihre Rechte aufgeklärt werden, sowie vier Fragebögen. Die Fragebögen sind beidseitig bedruckt, bitte füllen Sie die Fragebögen vollständig aus. Sollten Sie Fragen zu der Studie haben, zögern Sie nicht, sich an die StudienmitarbeiterInnen zu wenden. Sollten Sie bei der Beantwortung des Fragebogens Belastungen oder Probleme ergeben, können Sie sich gern an unserer Ambulanz unter 0512-504/26117 für ein Entlastungsgespräch melden.

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung!

Hochachtungsvoll,


Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe

8.2 Aufklärung und Einwilligungserklärung

PatientInneninformation¹ und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Beobachtungsstudie

Überprüfung der Wirksamkeit eines Gesprächstrainings für medizinisches Personal und die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kindheitserfahrungen und körperlichen Erkrankungen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten Beobachtungsstudie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

Beobachtungsstudien sind Studien, bei denen in der Regel nur Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden, die im Rahmen der normalen Patientenversorgung anfallen. In manchen Fällen kann es auch sein, dass zusätzliche, nicht belastende Untersuchungen oder Befragungen vorgenommen werden. In keinem Fall wird die für Sie vorgesehene Behandlung durch Ihre Studienteilnahme verändert. Beobachtungsstudien sind notwendig, um zusätzliche Erkenntnisse über bereits bewährte medizinische Verfahren zu gewinnen.

Zu dieser Beobachtungsstudie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck dieser Studie?

Die Studie verfolgt zwei Ziele:

- (a) die Überprüfung der Wirksamkeit eines Gesprächstrainings für medizinisches Personal am Landeskrankenhaus Innsbruck im Umgang mit Menschen, die Gewalterfahrungen gemacht haben.
- (b) die Untersuchung ob bei Menschen mit negativen Kindheitserfahrungen bestimmte körperliche Erkrankungen gehäuft auftreten.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text zum Teil auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Personenbegriffe verzichtet. Gemeint und angesprochen sind – sofern zutreffend – immer beide Geschlechter.

2. Wie läuft die Beobachtungsstudie ab?

Diese Studie wird an unserer Klinik durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 6.000 Personen daran teilnehmen. Ihre Teilnahme wird eine Fragebogenuntersuchung umfassen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Sie werden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Beobachtungsstudie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden, aber möglicherweise werden künftige Patienten mit der gleichen Erkrankung von den Ergebnissen profitieren.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Nein. Sollten Sie sich jedoch durch die Befragung belastet fühlen, sprechen Sie uns an oder wenden Sie sich bitte an die Ambulanz der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie (0512 504 26117).

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Beobachtungsstudie gesammelten Daten verwendet?

Im Regelfall haben nur der Prüfer und dessen Mitarbeiter sowie die Mitarbeiter in- und ausländischer Gesundheitsbehörden, an welche die Daten übermittelt wurden, Zugang zu diesen personenbezogenen Daten. Alle Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben sind – unbeschadet anderer gesetzlicher Verschwiegenheitspflichten – gemäß § 15 DG 2000 an das Datengeheimnis gebunden.

Die Daten der Studie werden an den Auftraggeber grundsätzlich in indirekt personenbezogener oder in anonymisierter Form weitergegeben. Die Übermittlung der Daten im In- und Ausland erfolgt im Übrigen ausschließlich zu statistischen Zwecken und in anonymisierter Form. Allfällige Veröffentlichungen der Daten dieser Studie erfolgen ebenfalls in anonymisierter Form.

Auch wenn Sie ohne Zwang und in Kenntnis der Sachlage für den konkreten Fall der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Studie zugestimmt haben, steht Ihnen die Möglichkeit offen, diese Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für Ihre medizinische Betreuung zu widerrufen. Dieser Widerruf bewirkt die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten. Der Widerruf wird im Regelfall mit Ihrem Ausscheiden aus der Studie verbunden sein.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen Ihr Studienarzt und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Ao. Prof. Dr. med. Astrid Lampe

Ständig erreichbar unter: Tel.: 0512 504 26117, astrid.lampe@i-med.ac.at

Sollten Sie Fragen zur Einverständniserklärung haben, können Sie sich gerne auch an die Tiroler Patientenvertretung wenden:

Herr Mag. Birger Rudisch
Tiroler Patientenvertretung
Meraner Straße 5, I. Stock
A-6020 Innsbruck

Tel.: +43 (0)512-508-7700
Fax: +43(0)512-508-74-7705

Email: patientenvertretung@tirol.gv.at
WWW: <http://www.tirol.gv.at/patientenvertretung>

7. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Telefonnummer (für etwaigen weiteren Kontakt):

Nach der datenschutzrechtlichen Aufklärung erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie „Evaluation eines Kommunikationstrainings und die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kindheitserfahrungen und körperlichen Erkrankungen“ zum eingangs angeführten Studienzweck vom Prüfer (Ao. Prof. Dr. Astrid Lampe) und dessen Mitarbeitern verarbeitet und, soweit erforderlich, an in- und ausländische Gesundheitsbehörden weitergegeben werden.

Ich bin von ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 3 Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Sollten sich während der Studie Fragen ergeben, kann ich mich jederzeit an Frau Prof. Dr. Astrid Lampe, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, wenden.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden beim Studienarzt Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in der geltenden Fassung werden eingehalten. Ich gebe hiermit freiwillig meine Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie. Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienleiter.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

8.3 Soziodemographische Daten

Fragen zur Person

Alter (in Jahren): _____ Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: alleinstehend
 verheiratet/Lebensgemeinschaft
 geschieden/getrennt
 feste Partnerschaft:
 heterosexuell homosexuell
 verwitwet

Wohnsituation: alleinlebend
 lebe mit PartnerIn / eigener Familie / Kindern
Anzahl der Kinder: _____
Alter der Kinder: _____
 Anzahl der Kinder in Haushalt lebend: _____
 lebe bei der Herkunftsfamilie
 lebe in Wohngemeinschaft
 lebe in Institution

Nationalität: _____
Migrationshintergrund: ja
 nein

Wenn ja, Herkunftsland: _____

Wohnort: städtische Region
 ländliche Region

Ausbildung (höchste abgeschlossene): Schule noch nicht abgeschlossen
 kein Schulabschluss
 Pflichtschulabschluss ohne Lehre
 Pflichtschulabschluss mit Lehre
 Matura oder berufsbildende höhere Schule
 Universität
 sonstiges/unbekannt

BesitzerIn eines Behindertenausweises: ja nein

Grund des jetzigen Aufenthalts an der Klinik (Diagnose):

Wie häufig waren Sie selbst in den vergangenen 5 Jahren an einer Ambulanz der Klinik? 0-3 4-7 8-10
 10-15 > 15

Wie häufig waren Sie selbst in den vergangenen 5 Jahren stationär an der Klinik? 0-3 4-7 8-10
 10-15 > 15

Dauer des aktuellen Aufenthalts (in Tagen):

Wurden Sie im Krankenhaus auf häusliche Gewalt angesprochen: ja nein

Wenn ja, von wem: Ärztin/Arzt
 Krankenschwester/Krankenpfleger
 SozialarbeiterIn
 andere Berufsgruppe

Finden Sie es wichtig auf Gewalterfahrungen angesprochen zu werden? ja nein

Wenn ja, von wem wünschen Sie sich im Krankenhaus angesprochen zu werden? _____

8.4 „Modul K“ Schmerzfragebogen

Fragen zu Erkrankungen

Leiden Sie an irgendwelchen Krankheiten oder Krankheitsfolgen? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen angeführt. Wenn eines dieser Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirn, Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen- Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M. Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Gynäkologische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Chronische Schmerzen z.B. Rücken- oder Gelenkschmerzen, die länger als sechs Monate durchgehend oder immer wiederkehrend auftreten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	keine <input type="radio"/> 0	Beeinträchtigung <input type="radio"/> 1	starke <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

8.5 Abschnitt Gewalt durch Peers KERF

Manchmal tun gleichaltrige oder ältere Kinder/Jugendliche verletzende Dinge, wie beispielsweise mobben oder schikanieren. Falls dies in Ihrer Kindheit (im Verlauf Ihrer ersten 18 Lebensjahre) geschah, schätzen Sie bitte Ihr Alter zum Zeitpunkt des Geschehens bestmöglich ein.

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter.

39. Die beschimpfte(n), verfluchte(n) Sie, sagte(n) beleidigende Dinge wie Sie seien „dick“, „hässlich“, „dumm“, usw. mehr als nur wenige Male im Jahr. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) – jemanden mit dem Sie sich auf einer sozialen, romantischen oder intimen Ebene verbunden fühlten – geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

40. Die sagte(n) verletzende Dinge, die Sie traurig machten, beschämten oder demütigten. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

41. Die sprach(en) hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigte(n) Sie öffentlich, setzte(n) Gerüchte über Sie in die Welt. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

42. Die schloss(en) Sie aus Aktivitäten, Gruppen oder der Gemeinschaft aus. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

43. Die verhielt(en) sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

44. Die bedrohte(n) Sie, um Ihnen Geld oder Besitztümer abzunehmen. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

45. Die zwang(en) oder bedrohte(n) Sie, um Sie dazu zu bringen, Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

46. Die schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) Sie absichtlich, schlug(en) Sie mit der Faust oder trat(en) nach Ihnen. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

47. Die schlug(en) Sie so stark, dass dies für mehr als ein paar Minuten Spuren auf Ihrem Körper hinterließ. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

48. Die schlug(en) Sie so stark oder verletzte(n) Sie in irgendeiner Form, so dass Sie medizinisch versorgt wurden oder medizinischer Versorgung bedurft hätten. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

49. Die zwang(en) Sie zu sexuellen Aktivitäten gegen Ihren Willen. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

50. Die zwang(en) Sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten. Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

- Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war. Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18