

Diplomarbeit

**Gewalterfahrungen in der Familie und mögliche
psychische Folgeerkrankungen**

eingereicht von

Christina Sophie Schirl

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische
Medizin**

unter der Anleitung von

**Assoz.Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi
Dr.med.univ Omid Amouzadeh-Ghadikolai**

Graz, am 05.12.2017

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 05.12.2017

Christina Schirl eh

Danksagungen

Hiermit möchte ich mich von ganzem Herzen bei allen Personen bedanken, die mir bei der Erstellung meiner Diplomarbeit zur Seite gestanden haben.

Gleich als erstes möchte ich meinem Betreuer Herrn Assoz.Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi meinen größten Dank aussprechen, der mir jederzeit geduldig jegliche Unterstützung bereitgestellt hat, und mir mit seiner fachlichen Expertise zur Seite stand.

Als nächstes möchte ich mich bei meiner Mutter bedanken, die bereits mein ganzes Leben immer für mich da war und ist, und die mir mein Studium ermöglicht hat! Ich weiß, dass ich mich jederzeit und auch in schwierigen Phasen immer auf dich verlassen kann, und möchte dir für alles was du für mich tust und bist, ein riesiges Dankeschön von Herzen aussprechen!

Ebenso danken möchte ich meiner Schwester, die mir auch bereits mein Leben lang zur Seite steht und mir genauso eine Freundin ist, und die trotz räumlicher Distanz weiterhin einen unverzichtbaren Teil meines Lebens ausmacht!

Ein großes Dankeschön gilt auch meinem Freund, der gerade in dieser letzten Zeit des Studiums mein Leben bereichert und um einiges schöner gemacht hat, mich aufmuntert und zum Lachen bringt, und der jeden Tag mit seiner liebenswerten Art und seinem großartigen Wesen zu etwas Besonderem macht!

Zum Schluss möchte ich all meinen Freunden danken, seien es die älteren oder jene, die ich im Verlauf des Studiums dazugewonnen habe, die diese Zeit erst unvergesslich gemacht haben! Ich hoffe, dass ich euch auch zukünftig an meiner Seite stehen haben darf, und dass noch viele weitere unvergessliche Jahre folgen werden!

Zusammenfassung

Einleitung: Gewalthandlungen im familiären Umfeld können in unterschiedlichsten Formen auftreten (körperlich, psychisch, sexuell), sowohl gegen Kinder als auch gegen Erwachsene. Die Prävalenzraten liegen auch heutzutage weltweit in hohen Bereichen, und die langfristigen Konsequenzen dieser Gewalterfahrungen auf die psychische Gesundheit sind umfangreich und schwerwiegend.

Methodik: Diese Diplomarbeit beruht auf einer umfangreichen Literaturrecherche. Es wird ein Überblick über die verschiedenen Formen der Gewalt geboten, sowie anschließend auf die einzelnen psychischen Erkrankungen eingegangen und Studien zu diesen dargestellt.

Ergebnisse: Bei vielen Betroffenen von psychischen Erkrankungen (z.B. Borderline Störung, Essstörungen, Depression, PTSD) lassen sich signifikante Zusammenhänge mit Erfahrungen von Gewalt feststellen, oder auch eine deutlich schwerere Ausprägung der Symptomatik bei erlebtem Gewalthintergrund im Vergleich zu Kontrollgruppen. Mittels MRT-Untersuchungen wurden bei ProbandInnen mit bipolarer Störung und mit Gewalthintergrund sogar Auswirkungen auf das limbische System festgestellt.

Diskussion: Erfahrungen mit Gewalt zeigen langfristige Auswirkungen auf Psyche und Körper, und korrelieren stark mit vielen psychiatrischen Erkrankungen. In den Studien sollte Augenmerk auf standardisierte Erhebungsmethoden und uniforme Kriterien zur Datengewinnung gelegt werden, um möglichst vergleichbare Ergebnisse zu erzielen.

Abstract

Introduction: Violence in families takes place in many ways, including physical, psychological and sexual abuse. The victims are children as well as adults. Prevalence rates of violence inside families are still high worldwide. The long-term consequences of these experiences on mental health are extensive and severe.

Methods: This thesis is based on a comprehensive literature review. It provides an overview on the forms of violence, as well as several violence-induced mental illnesses. A range of research papers on this topic are examined and the results are compared.

Results: Many mental disorders such as Borderline Disorder, Eating Disorders, Depression and PTSD are significantly related to experience of violence. Often a more severe manifestation of these symptoms related to violence can be determined compared to control groups without experience of violence. By means of MRI examinations, patients with bipolar disorder and experiences of violence have even shown alterations of the limbic system.

Discussion: Violence and maltreatment have long-term effects on mind and body and correlate strongly with many psychiatric illnesses. The research should focus on standardized survey methods and uniform data collection criteria in order to achieve the most comparable results possible.

Inhalt

Danksagungen.....	3
Zusammenfassung	4
Abstract.....	5
Inhalt.....	6
Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
1. Einleitung.....	11
2. Methoden.....	11
3. Grundlagen.....	12
3.1 Prävalenz	12
3.2 Gewaltformen	13
3.2.1 Physische Gewalt.....	13
3.2.2 Psychische Gewalt.....	14
3.2.2.1 Psychische Gewalt in der Partnerschaft.....	14
3.2.2.2 Psychische Gewalt gegenüber Kindern / emotionale Misshandlung	14
3.2.3 Sexuelle Gewalt	16
3.2.3.1 Sexuelle Gewalt in der Partnerschaft	16
3.2.3.2 Sexuelle Gewalt gegenüber Kindern	17
3.3 Gewalt gegen den/die PartnerIn.....	17
3.4 Spezielle Gewaltformen gegen Kinder	19
3.4.1 Vernachlässigung.....	19
3.4.2 Münchhausen-by-proxy.....	20
3.4.3 Shaken Baby Syndrome	21
3.4.4 Gewalt unter Geschwistern	22
4. Diagnostische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen.....	23
5. Auswirkungen von Gewalt auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	25
5.1 Allgemeine Verhaltensausswirkungen nach Altersstufe	25
5.1.1 Säugling	25
5.1.2 Kleinkind.....	26
5.1.3 Vorschulalter	26
5.1.4 Schulalter	26
5.2 Cycle of Violence.....	26
5.3 Formen psychiatrischer Erkrankungen im Kindersalter.....	28
5.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) bei Kindern	28
5.3.2 Depression bei Kindern.....	28

6.	Psychiatrische Folgeerkrankungen von Gewalterfahrungen bei Erwachsenen	29
6.1	Posttraumatische Belastungsstörung - PTSD	30
6.1.1	Definitionen	30
6.1.2	Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen	30
6.2	Depression und Suizidalität	33
6.2.1	Definition	33
6.2.2	Suizidalität	34
6.2.3	Zusammenhänge depressiver Symptome und erlebter Gewalterfahrungen	36
6.3	Angsterkrankungen	41
6.3.1	Generalisierte Angststörung	42
6.3.2	Zusammenhänge mit negativen familiären Erfahrungen	44
6.4	Bipolare Störung	46
6.4.1	Definitionen und Krankheitsüberblick	46
6.4.2	Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen	48
6.5	Borderline Störung	50
6.5.1	Definitionen	50
6.5.2	Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen	51
6.6	Essstörungen	54
6.6.1	Definition der Krankheitsbilder	54
6.6.1.1	Anorexia nervosa	54
6.6.1.2	Bulimia nervosa	56
6.6.1.3	Binge Eating Disorder	58
6.6.1.4	Nicht näher bezeichnete Essstörungen	59
6.6.2	Zusammenhänge von Essstörungen mit Gewalterfahrungen	60
7.	Diskussion	64
7.1	Offene Fragen	66
8.	Conclusio	67
9.	Literaturverzeichnis	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ergebnisse der Prävalenzstudie der Universität Wien 2011	12
Tabelle 2 Hauptformen der psychischen Misshandlung	15
Tabelle 3 Überblick über die Bereiche der Vernachlässigung	19
Tabelle 4 Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und PTSD	31
Tabelle 5 Diagnostische Kriterien der Depression nach ICD-10	33
Tabelle 6 Depressive Symptomatik in verschiedenen Altersgruppen.....	29
Tabelle 7 Übersicht Suizidmethoden	36
Tabelle 8 Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität und Gewalterfahrungen	36
Tabelle 9 Diagnostische Kriterien einer generalisierten Angststörung nach ICD-10	43
Tabelle 10 Zusammenhänge zwischen Angststörungen und ungünstigen Familienverhältnissen	44
Tabelle 11 Einteilung der bipolaren Störung.....	47
Tabelle 12 Zusammenhänge zwischen bipolarer Störung und Kindheitstraumata.....	48
Tabelle 13 Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und Borderline Störung.....	52
Tabelle 14 Diagnostische Kriterien Anorexia nervosa	56
Tabelle 15 Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa	57
Tabelle 16 Diagnostische Kriterien der BES.....	59
Tabelle 17 Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und andere Belastungen in der Vorgeschichte Essgestörter.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Lebensprävalenz von Frauen für physische/sexuelle Gewalt in der Partnerschaft nach WHO-Ländern	18
Abbildung 2 Entstehungsmechanismus des Schütteltraumas	21
Abbildung 3 Typische Stellen für Verletzungen bei Misshandlung	24
Abbildung 4 Verlauf Bipolarer Störungen	46

Abkürzungsverzeichnis

CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DCM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESNNB	nicht näher bezeichnete Essstörung
EM	emotionale Misshandlung
EV	emotionale Vernachlässigung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KM	körperliche Misshandlung
KV	körperliche Vernachlässigung
PTSD	Post-traumatic stress disorder
SEM	Strukturgleichungsmodell (Structural Equation Modeling)
SKM	Sexueller Kindesmissbrauch
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Gewalterfahrungen im familiären Umfeld können von sehr unterschiedlicher Form und Ausprägung sein. In einer österreichischen Prävalenzstudie von Kapella et al. (2011) zur Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld (1), bei der insgesamt 1.292 Frauen und 1.042 Männern im Alter zwischen sechzehn und sechzig Jahren zum Thema Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld befragt wurden, berichteten fast alle teilnehmenden Probandinnen und Probanden von durchgemachten Gewalterlebnissen. Hierbei muss jedoch auch die subjektive Definition von Gewalt beachtet werden, da manche Betroffene bereits verbale Demütigungen und Einschüchterungen als „Übergriffe“ zählen, andere jedoch die Grenzen viel höher setzen. (1)

Lange schenkte die Wissenschaft gerade den Auswirkungen von Misshandlungsfällen an Kindern wenig Beachtung, galt doch noch bis ins 18. Jahrhundert die körperliche Züchtigung der Kinder als angemessen, und erst im 19. Jahrhundert wurde diese dann immer mehr abgelehnt und zunehmend als Straftat betrachtet. Ab der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts schenkten mehr und mehr Forscher den Folgen von Entwicklungsschäden ihre Beachtung. Auch heute noch werden die Auswirkungen von Misshandlungsfällen gelegentlich vernachlässigt. (2)

Auch wenn heutzutage immer noch vermutlich eine Vielzahl von Vorfällen nicht öffentlich wird, steigt dennoch das Bewusstsein gegenüber der Thematik immer mehr und auch die Methodik um Missstände aufzudecken hat sich deutlich verbessert. (1)

2. Methoden

Diese Diplomarbeit wurde auf der Basis einer umfangreichen Literaturrecherche geschrieben. Als Quellen dienten vornehmlich deutsch- und englischsprachige Publikationen aus den Datenbanken Pubmed und Google Scholar, sowie auch Informationen aus Lehr- und Fachbüchern.

3. Grundlagen

3.1 Prävalenz

Die Prävalenzraten und Daten von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend sind in verschiedenen Studien und Ländern unterschiedlich. Greger et al. (2016) (3) berichten von einer Studie aus den USA (Adverse Childhood Experiences Study ACE), die bei körperlicher Misshandlung eine Prävalenz von 27% bei Mädchen und 30% bei Jungen, und bei sexuellem Missbrauch eine Prävalenz von 25% bei Mädchen und 16% bei Jungen ergab. Sie berichten auch von Studien in der norwegischen Population, welche im Gegensatz zu der amerikanischen Studie bei physischer Gewalt eine Prävalenz von 5-6% für beide Geschlechter und bei sexueller Gewalt eine Prävalenz von 10-14% für Mädchen und 3-4% für Jungen ergaben. (3) Laut einer weltweiten Untersuchung von Barth et al. (2013) (4), welche 55 Studien aus 24 verschiedenen Ländern einbezogen, liegt die Prävalenz von sexueller Kindesmisshandlung bei Mädchen zwischen 8% und 31%, und bei Jungen zwischen 3% und 17%. (4)

Die Studie „Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld“ der Universität Wien aus dem Jahr 2011 stellt in Österreich eine der größten Forschungsarbeiten zu diesem Thema dar. Die Ergebnisse der 2.334 Befragten Personen im Alter von 16-60 Jahren werden in Tabelle 1 dargestellt. (1)

Tabelle 1 Ergebnisse der Prävalenzstudie der Universität Wien 2011, nach (1)

	Erlebte Gewaltart	Frauen	Männer
Kindheit			
	Physisch	72,6%	73,7%
	Psychisch	74,8%	72,8%
	Sexuelle Übergriffe	27,7%	12,0%
Ab 16. Lebensjahr			
	Physisch	56,8%	61,4%
	Psychisch	85,6%	78,4%
	Sexuelle Belästigung	74,2%	27,2%
	Sexuelle Übergriffe (inkl. ungewollten intimen Berührungen)	29,5%	8,8%
Überhaupt keine Gewalterfahrungen			
		7,4%	14,7%

Ein Bericht der WHO über Kindesmisshandlung in Europa gibt die Prävalenz für physische Misshandlung bei 16,3% und für emotionale Misshandlung bei 18,4 % an, und stellt auch gleichzeitig fest, dass mehr standardisierte europäische Studien zu dieser Thematik vonnöten seien. (5)

3.2 Gewaltformen

Von Lamnek et al. (2013), S.3, stammt die folgende Definition zur familialen Gewalt: „Mit familialer oder... häuslicher Gewalt, sind physische, sexuelle, psychische, verbale und auch gegen Sachen gerichtete Aggressionen gemeint, die nach gesellschaftlichen Vorstellungen jener auf (gegenseitige) Sorge und Unterstützung ausgerichteten Erwartungshaltung zuwiderlaufen.“ (6)

Aktuell wird von drei Hauptformen der häuslichen Gewalt gesprochen: (6)

- 1) Physische Gewalt, einschließlich der Gewalt gegen Gegenstände
- 2) Psychische Gewalt, einschließlich verbaler Gewalt
- 3) Sexuelle Gewalt

3.2.1 Physische Gewalt

Bei der physischen Gewalt wird zwischen einer leichteren und einer schwereren Form unterschieden. Zu den meist leichteren Formen gehören Handlungen, die vor einigen Jahren gesellschaftlich in einem gewissen Rahmen oft noch als tolerabel betrachtet wurden, oder manchmal sogar auch als „normal“ akzeptiert wurden. Als Beispiele dienen hierbei „sogenannte Erziehungsmaßnahmen“ wie ein leichter Schlag auf den Hinterkopf, ein Klaps auf den Po, oder teilweise auch eine Ohrfeige. (6)

Generell zählen alle Handlungen zur physischen Gewalt, die sich gegen den Körper des Opfers richten, und bei diesem Schmerzen, Ekel oder generelle gesundheitliche Schädigungen verursachen. Als Beispiele dienen: Schlagen, Treten, Würgen, tätliche Angriffe mit und ohne Gegenstände, Verbrennen mit Zigaretten und ähnliches. Oft tritt diese physische Gewalt in Kombination mit anderen Gewaltformen auf. (7)

3.2.2 Psychische Gewalt

Die Definition der psychischen Gewalt ist schwieriger als die der physischen, obgleich ihr Spektrum äußerst umfangreich ist und ihre Folgen von den Opfern oftmals auch als gravierender empfunden werden. (6)

3.2.2.1 Psychische Gewalt in der Partnerschaft

Diese Form der Gewalt kommt häufig vor. Zu den klassischen Situationen häuslicher psychischer Gewalt gehören ausgeprägte Eifersucht, Dominanz und Kontrolle. Die auftretenden Handlungen reichen von Beleidigungen und Beschimpfungen bis hin zu Drohungen und Demütigungen, ebenso wie auch das Zerstören von Gegenständen des Partners oder der Partnerin. (1)

Zu einer besonderen Form der psychischen Gewalt in Partnerschaften, der oft weniger Beachtung geschenkt wird, zählt die soziale Gewalt. Hierzu gehören Einschränkungen des sozialen Lebens einer Person. Als Beispiele dienen Bevormundung, Beschränkung und Kontrolle von Familien- und Außenkontakten, sowie auch das Verbot des Erlernens der Landessprache. Dadurch wird das Opfer sozial isoliert. (7) Ebenso eine besondere Form der psychischen Gewalt ist die ökonomische Gewalt, wozu sowohl Arbeitsverbote als auch der Zwang zur Arbeit, das Abnehmen des Lohnes des Opfers, sowie auch die alleinige Verfügungsmacht über sämtliche finanziellen Ressourcen durch den Partner oder die Partnerin zählen. Bei beiden Gewaltformen ist die Beabsichtigung, das Verhalten des Opfers zu kontrollieren und es in seinem freien Willen zu beschränken. (7)

3.2.2.2 Psychische Gewalt gegenüber Kindern / emotionale Misshandlung

Im Prinzip ist die psychische bzw. emotionale Misshandlung der Kern aller Misshandlungsformen. Eine nähere Definition des Begriffes setzt bestimmte Verhaltensweisen der misshandelnden Person voraus, die eine Missachtung oder Herabwertung des Kindes zum Ausdruck bringen, oder deren Ziel es ist seelische Konflikte im Kind auszulösen. Dem oder der Misshandelten wird zu verstehen

gegeben, er oder sie sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt und ungewollt oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse anderer Menschen zu erfüllen. (8,9)

Die Entwicklung des Kindes wird beeinträchtigt oder geschädigt durch einerseits *aktive psychische Misshandlung*, die beispielsweise ablehnende, verspottende oder terrorisierende Verhaltensweisen umfasst, und andererseits durch *passive psychische Misshandlung*, zu der Unterlassungen von Verhaltensweisen zählen, welche für eine normale gesunde körperliche, geistige oder emotionale Entwicklung des Kindes nötig wären. (8,9)

In Tabelle 2 werden die fünf Hauptformen der psychischen Misshandlung von Kindern anschaulicher dargestellt.

Tabelle 2 Hauptformen der psychischen Misshandlung von Kindern, nach Krieger et al. (2007) (9)

Form der psychischen Misshandlung	Beispiele
Feindselige Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> • Ständiges Herabsetzen, Kritisieren, Demütigen oder Beschämen
Ausnutzen und Korumpieren	<ul style="list-style-type: none"> • Anhalten/Zwingen zu strafbaren oder selbstzerstörerischen Handlungen • Fordern von widerstandsloser Akzeptanz solcher Handlungen
Terrorisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Ständige Drohungen dem Kind gegenüber • Konfrontation des Kindes mit Verlusterfahrungen oder ängstigenden Erlebnissen
Isolieren	<ul style="list-style-type: none"> • Fernhalten von anderen Menschen, insbesondere altersentsprechenden Kontakten
Verweigern emotionaler Responsivität	<ul style="list-style-type: none"> • Ignoranz gegenüber kindlichen Bedürfnissen nach emotionaler Zuwendung

Auch einengendes und überbehütendes Verhalten kann jedoch die normale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen, und kann damit eigentlich auch als eine Form einer psychischen Misshandlung gewertet werden. Hierbei werden die Entfaltungsmöglichkeiten beschränkt, die Formung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit wird eingeschränkt oder verhindert, das Kind entwickelt sich unselbstständig, ängstlich und unsicher. (9)

Eine Rollenenumkehr kann ebenso stattfinden, bei der Kinder früh in die Rolle eines Erwachsenen gedrängt werden, indem sie Versorgungs- oder Pflegeaufgaben von Geschwistern oder anderen Familienmitgliedern übernehmen müssen, die nicht altersangemessen sind. Diese Situation tritt auch auf, wenn Kinder für ihre Eltern sorgen müssen, wenn diese beispielsweise krank oder suchtmittelabhängig sind, und sich deshalb nicht adäquat um ihre Kinder kümmern können. (8,9)

3.2.3 Sexuelle Gewalt

Der Überbegriff „sexuelle Gewalt“ umfasst nicht nur die strafrechtliche Definition der „Vergewaltigung“. (10)

Eine detailliertere Definition des Begriffes „sexuelle Gewalt“ findet sich bei Brockhaus und Kolshorn (1993):

1. Eine Person wird von einer anderen als Objekt zur Befriedigung von bestimmten Bedürfnissen benutzt, welche entweder sexueller Natur sind und/oder es sind nicht-sexuelle Bedürfnisse, die in sexualisierter Form ausgelegt werden. (z.B. Erleben von Macht, Ausübung von Erniedrigung, Selbstbestätigung) (11)
2. Dabei werden vor oder an der Person Handlungen vorgenommen oder von ihr verlangt, die kulturell mit Sexualität assoziiert sind. Dazu zählen nicht nur Handlungen, die im engeren Sinne sexuell sind (Berühren der Geschlechtsorgane oder Geschlechtsverkehr), sondern auch solche, die in unserer Gesellschaft im weiteren Sinne mit Sexualität in Verbindung gebracht werden (z.B. anzügliche Bemerkungen, Anfertigung und Zeigen von Nacktfotos). (11)
3. Die Handlungen erfolgen unter Ausnutzung von Ressourcen- bzw. Machtunterschieden gegen den Willen der Person. (11)

3.2.3.1 Sexuelle Gewalt in der Partnerschaft

Einen besonderen Sonderfall bildet die sexuelle Gewalt im Eheverhältnis. Drohungen oder Ignoranz der Ablehnung sexueller Tätigkeiten durch das Opfer kommen durchaus nicht selten vor, die wenigsten dieser Fälle jedoch werden von

den Betroffenen als eheliche Vergewaltigung betrachtet. Eine engere Definition des Begriffes „sexueller Gewalt“ hierbei wäre, dass in Gewaltsituationen dem Opfer die Möglichkeit genommen wird, sich dem Zugriff des Partners oder der Partnerin zu entziehen. Damit werden sowohl die Spektren der angedrohten oder symbolischen Gewalt, als auch reale physische Verletzungen eingeschlossen. (10)

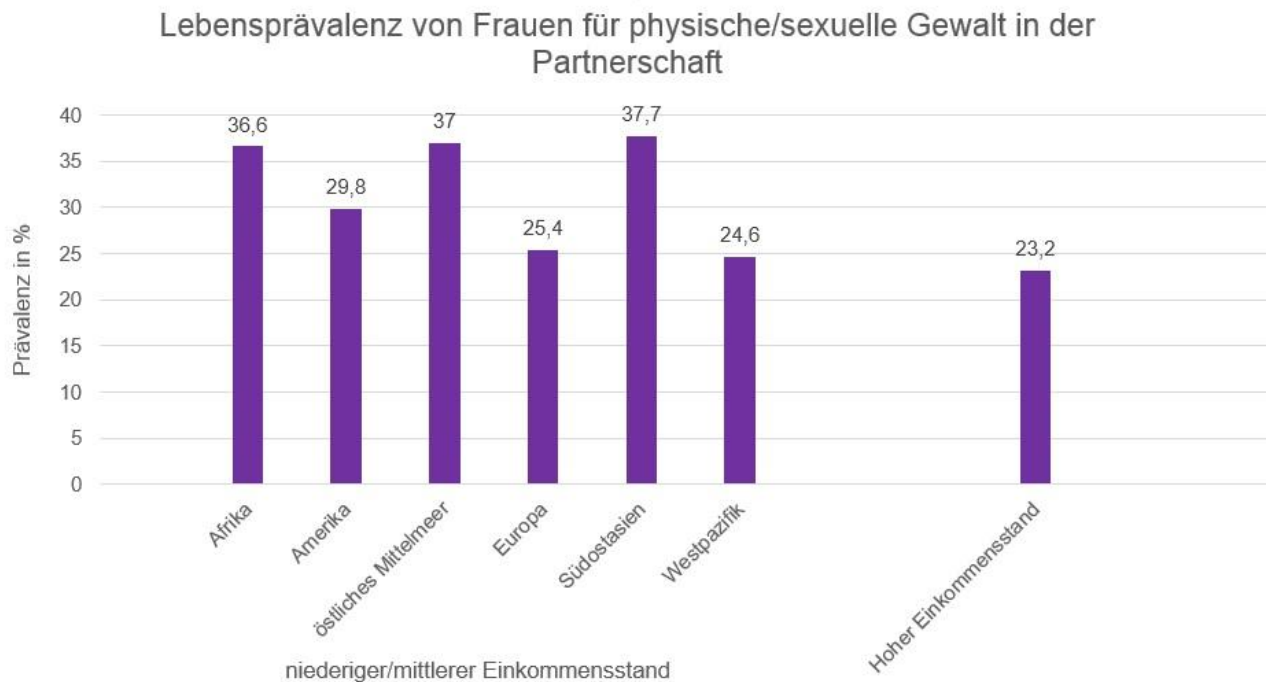
3.2.3.2 Sexuelle Gewalt gegenüber Kindern

Auch bei Kindern ist die Definition des sexuellen Missbrauches nicht immer einheitlich. Während manche Autoren, wie zum Beispiel Bange und Deegener 1996 (7), nach vier Intensitätsgraden kategorisieren (1. Missbrauch ohne Körperkontakt, also Exhibitionismus oder Beobachtung des Kindes, 2. Missbrauchshandlungen in Form sexualisierter Küsse und Versuche der Berührung von Brust oder Genitalien des Kindes, 3. Wenn der Täter vor dem Opfer masturbiert, oder dieses die Genitalien des Täters berühren oder vor ihm onanieren muss, und 4. versuchte oder vollzogene orale, anale oder vaginale Vergewaltigung), wird von anderen nur in drei Kategorien eingeteilt: erstens Missbrauch ohne und zweitens mit Körperkontakt, und drittens mit versuchter oder erfolgter Penetration. Die Intensität kann auch von anderen Parametern beeinflusst werden, wie der Häufigkeit und Dauer der Vorfälle, dem Alter des Opfers oder der Beziehung zwischen Opfer und Täter. (2)

3.3 Gewalt gegen den/die PartnerIn

Es besteht ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass Gewalt in der Partnerschaft ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit ist. Eine Studie der WHO aus dem Jahr 2013 ergab, dass die weltweite lebenslange Prävalenz für interpartnerschaftliche Gewalthandlungen gegen Frauen, physisch oder sexuell, bei 30,0% liegt. Eine genauere Darstellung der Prävalenz, sortiert nach WHO-Regionen, bietet Abbildung 1. (12)

Abbildung 1 Lebensprävalenz von Frauen für physische/sexuelle Gewalt in der Partnerschaft nach WHO-Ländern, nach (13)



Während jedoch in der Gesellschaft oft nur die Frau im Bild der Opferrolle gesehen wird, können auch Männer von solchen Gewalthandlungen betroffen sein. (6) Jahrhundertlang wurden Familien in der westlichen Gesellschaft patriarchalisch geführt, die Frau hatte kein oder wenig Mitspracherecht, und auch die körperliche Züchtigung bei Fehlverhalten war gestattet, eine Familienideologie mit der Macht und Autorität des Mannes über Frau und Kinder. (6) Auch heute werden bei Gewaltvorkommnissen ähnliche Auslöser und Motive gefunden. In der Öffentlichkeit findet familiäre Gewalt an Frauen und Kinder rege Aufmerksamkeit, während Gewalt gegen Männer jedoch weniger thematisiert wird. Dennoch ist auch diese Form der häuslichen Gewalt kein Ausnahmefall. (6) Ein Grund für diese Tabuisierung ist auch, dass die den Männern angedachte gesellschaftliche Rolle nicht damit konform geht, und den in der Bevölkerung häufig verankerten „idealen Charaktereigenschaften“ wie Stärke und Überlegenheit widerspricht. Viele Betroffene zeigen Scham, sind dadurch nicht dazu bereit nach Hilfe zu suchen. (6)

3.4 Spezielle Gewaltformen gegen Kinder

3.4.1 Vernachlässigung

Die Vernachlässigung ist eine Gewaltform, die in Studien seltener untersucht wird, dennoch wird angenommen, dass sie zu den häufigsten Formen der Kindesmisshandlung zählt. (5) Sie kann außerdem verschiedenste Formen und Arten annehmen, und umfasst ein breites Spektrum an Handlungen und vor allem Unterlassungen gegenüber dem Schutzbefohlenen. In Tabelle 3 findet sich eine Gliederung der wichtigsten Bereiche. (9)

Tabelle 3 Überblick über die Bereiche der Vernachlässigung, nach Krieger et al. 2007 (9)

Vernachlässigungsform	Beispiele
Körperliche Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none">• Mangelhafte Ernährung• Unzureichende Pflege wie unsaubere Kleidung und hygienische Mängel• Mangel an Wohnraum• Unterlassung an medizinischer Versorgung
Kognitive und erzieherische Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none">• Defizit an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen• Fehlende oder unzureichende erzieherische Einflussnahme• Unregelmäßiger Schulbesuch
Emotionale Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none">• Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung• Fehlende Reaktion auf emotionale Signale des Kindes
Unzureichende Beaufsichtigung	<ul style="list-style-type: none">• Alleinlassen des Kindes über einen längeren Zeitraum• Unkenntnis über den Aufenthaltsort des Kindes

Hierbei wird auch zwischen aktiver und passiver Vernachlässigung unterschieden. Eine aktive Vernachlässigung wird bewusst ausgeübt, beispielsweise indem dem Kind als Strafe keine oder zu wenig Nahrung gegeben wird, oder Eltern das Kind nicht medizinisch behandeln lassen. Hingegen kommt es zu passiver, oder auch unbewusster, Vernachlässigung oft durch unzureichendes Wissen der Eltern, zu wenig Aufmerksamkeit, oder auch Uneinsichtigkeit. (9) Aber auch akute

Belastungssituationen können Auslöser für Vernachlässigung von Kindern sein, wie etwa Trennung, Krankheit oder Tod des Lebenspartners. (9)

3.4.2 Münchhausen-by-proxy

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ist eine Störung, die vor allem durch folgende Merkmale charakterisiert ist: (14)

- Ein Kind wird mit Krankheitssymptomen zu einem Arzt gebracht, die gezielt erzeugt oder induziert wurden durch eine Person die für das Kind verantwortlich ist, meistens die Mutter. („active inducers“)
- Das Kind wird häufig zu verschiedenen Ärzten gebracht, mit dem Ergebnis exzessiver diagnostischer Testung und therapeutischer Intervention. („doctor addicts“)
- Die für das Kind verantwortliche Person verneint Kenntnisse über die wahren Ursachen für die Krankheitssymptome.
- Die medizinisch oft schwer erklärbaren Symptome gehen zurück oder verschwinden ganz, wenn das Kind von der verantwortlichen Person getrennt wird.
- Das primäre Motiv der verantwortlichen Person liegt in dem Aufsuchen medizinischer Unterstützung, um so selbst Aufmerksamkeit und Fürsorge für die Situation zu erhalten, anstatt für das Kind. („help seekers“) (14,15)

Möglichkeiten um Symptome im Kind zu induzieren sind zum Beispiel das Verabreichen von Substanzen, und damit das bewusste Vergiften des Kindes. Des Weiteren können auch wirklich bestehende Krankheitssymptome oft übertrieben geschildert werden, oder es findet sich eine Kombination aus beiden Verhaltensweisen. (14)

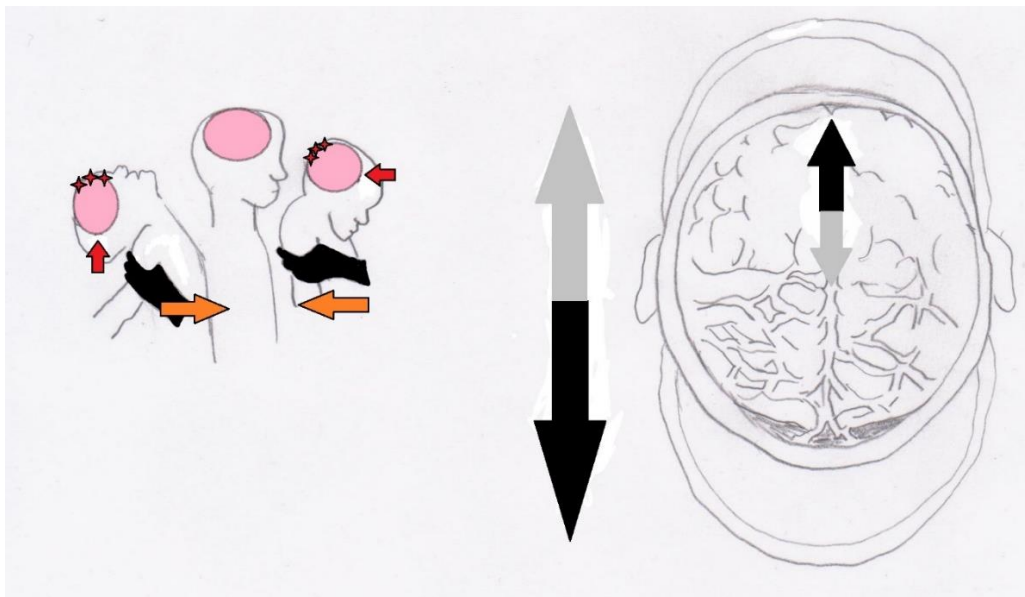
McClure et al. (1996) untersuchte in einer zweijährigen prospektiven Studie in Großbritannien und der Republik Irland die Thematik des Münchhausen-by-proxy, nicht-versehentlicher Vergiftung und nicht-versehentlichen Erstickungsversuchen. Im Zeitraum von 1992 bis 1994 wurden an die Überwachungsbehörde der Britischen Pädiatrischen Vereinigung alle Fälle gemeldet, bei denen die genannten

Bedingungen verdächtigt oder diagnostiziert wurden. Von den 210 gemeldeten Fällen wurden 128 Fälle als zutreffend identifiziert. Die kombinierte jährliche Inzidenzrate für Kinder unter 16 Jahren ergab dabei zumindest 0,5/100,000 und die Inzidenzrate für Kinder unter 1 Jahr zumindest 2,8/100,000. (16)

3.4.3 Shaken Baby Syndrome

Das wohl bekannteste Beispiel für eine schwere körperliche Misshandlung an Kleinstkindern ist das „Shaken Baby Syndrome“, zu Deutsch „Schütteltrauma“, das auch die größte klinische Bedeutung hat. (17) Durch Hin- und Herschütteln des Säuglings kommt es zu einem unkontrollierten Umherrotieren des Kopfes, der im Vergleich zum Rest des Körpers sehr groß ist, und nicht adäquat von der noch nicht ausgereiften Nackenmuskulatur gehalten werden kann. Dadurch kommt es zu einer unterschiedlichen Beschleunigung des Schädelknochens und des Hirngewebes. Folge davon ist eine Abscherung des Gehirns an der am Knochen haftenden Dura mater, es kommt zum Einriss von Blutgefäßen, was zu subduralen Blutungen führt. Ebenso können retinale Blutungen auftreten, die vor allem für die Diagnostik hinweisgebend sein können. (17,18)

Abbildung 2 Entstehungsmechanismus des Schütteltraumas, nach (19)



Oft kommt es zu einem vorübergehenden Atemstillstand, verursacht durch eine plötzliche Überdehnung der Medulla oblongata. (18) Die daraus resultierende Hypoxie verursacht eine Schwellung des Gehirns mit erhöhtem intrakraniellen Druck und verminderten Blutzufuhr. Ebenso kommt es zu einer Traumatisierung der Nervenverbindungen, einem sogenannten „diffusen axonalen Trauma“, und zu einem Hirngewebsschaden, der durch biochemische Prozesse wie z.B. einer Neurotransmitterfreisetzung zusätzlich zu dem Entstehen eines Hirnödems beiträgt. (17,18)

Als Folge des Schütteltraumas kommt es oft zu gravierenden Entwicklungsstörungen, bleibenden Behinderungen oder sogar zum Tod. Über zwei Drittel der Überlebenden erleiden neurologische Folgeschäden, es kann zu Seh-, Hör- und Sprachausfällen kommen, und auch nach Jahren treten noch Spätfolgen auf. (17)

Detaillierte Zahlen zu Häufigkeiten dieser Gewaltform sind, rar, ein Artikel des Deutschen Ärzteblatts 13/2009 berichtet von Schätzungen für Deutschland im Bereich von 100-200 Fällen pro Jahr. (20) Das „National Center on Shaken Baby Syndrome“ berichtet von etwa 1,300 Fällen pro Jahr in den USA. (21)

3.4.4 Gewalt unter Geschwistern

Die Gewalt gegen Geschwister ist eher sehr selten untersucht, wenngleich sie wohl eine sehr häufige auftretende innerfamiliäre Gewaltform ist. Sowohl Mädchen als auch Jungen neigen gleichermaßen zu Gewalthandlungen, wobei sich die geschwisterliche Gewalt am häufigsten gegen gleichgeschlechtliche Geschwister richtet. Auch die Anzahl an Kindern in einem Haushalt ist ein Risikofaktor, in kinderreichen Familien treten Gewalthandlungen öfter auf. Zunehmendes Alter hingegen führt zu einer Abnahme physischer Gewalt. (6)

Da körperliche Auseinandersetzungen jedoch auch durchaus in einem gewissen Maß zu einer normalen Entwicklung von Kindern gehören, sollte zwischen eher „normalen“ und „extremen“ Formen differenziert werden. Normale Formen kommen dann vor, wenn Geschwister sich gegeneinander behaupten oder abgrenzen, sie aber noch nicht die Fähigkeit besitzen Konflikte verbal

auszutragen, da diese erst im Laufe der Entwicklung erlernt wird. Dabei wird das körperliche Wohl jedoch nicht übermäßig verletzt. Dies wird bestätigt durch die Abnahme der Vorkommnisse körperlicher Gewalt mit zunehmenden Alter der Kinder. Diese Vorkommnisse physischer Auseinandersetzungen sind häufig notwendig, damit Kinder lernen mit Aggressionen umzugehen. (6,22)

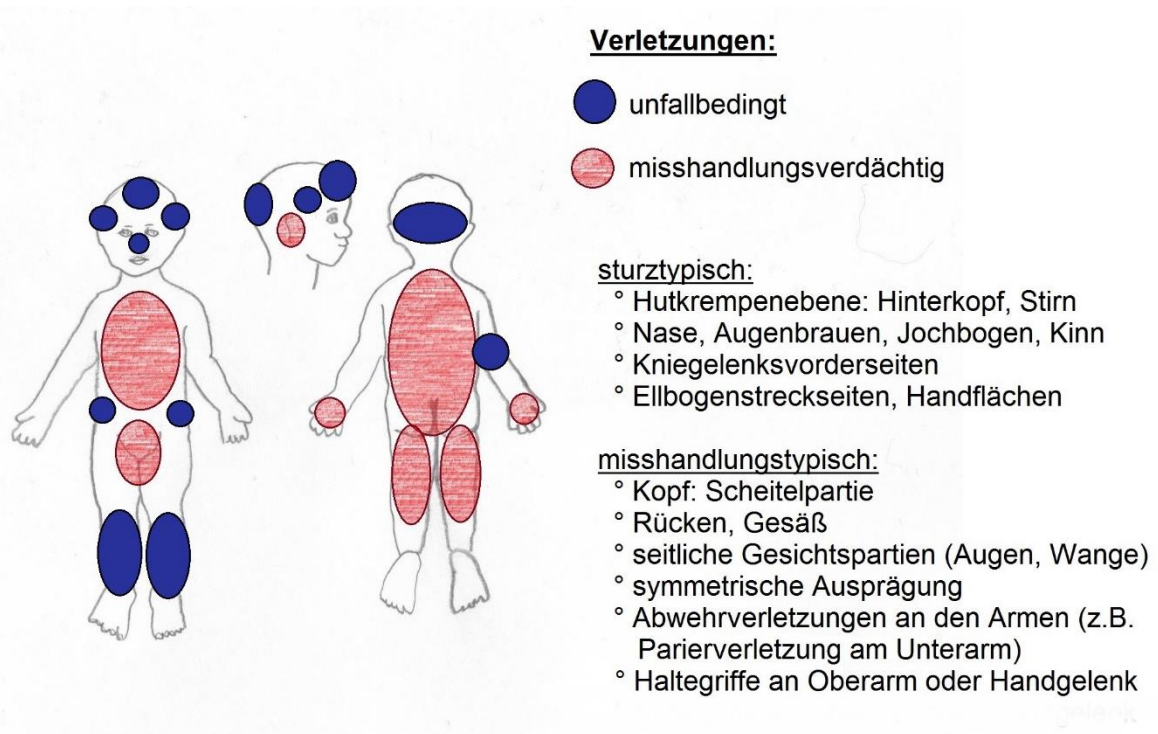
Extreme Gewaltvorkommnisse physischer Gewalt können verursacht werden von Hass und Rivalität. Hierbei steht die Absicht zu verletzen oder gar zu töten im Vordergrund. Dies kann bis zu Drohungen mit oder dem tatsächlichen Verwenden von Hilfsmitteln wie Messern oder Schusswaffen gehen. (22)

Als Ursache für das Auftreten von geschwisterlichen Gewalthandlungen wird primär die Rivalität unter Geschwistern aufgeführt. Diese tritt in vielen Bereichen auf: Kampf um die Liebe der Eltern und Verwandten, Wunsch nach Anerkennung, materieller Zuwendung, Rivalität unter Freunden und Freundinnen. Aber auch die Vorbildfunktion von Eltern kann hierfür eine Rolle spielen. Wenn ein Kind Gewalt bei einem Elternteil beobachtet, welches damit seinen Willen durchzusetzen vermag, überrascht es kaum wenn es seinerseits gleichermaßen versucht dieses Prinzip bei Schwächeren anzuwenden. Neben den Eltern können aber auch Gleichaltrige, oder sogar Fernsehen, Filme oder Videospiele den Eindruck von Gewalt als Methode zur Bewältigung schwieriger Situationen oder zur Konfliktlösung und vermitteln. (6,22)

4. Diagnostische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen

Um Verletzungen bei einem Kind als misshandlungsverdächtig oder nicht einschätzen zu können, müssen verschiedene Punkte beachtet werden. Zum einen muss definiert werden, welche Art der mechanischen Gewalteinwirkung die Verletzung verursacht hat. Die häufigste Ursache ist ein stumpfes Trauma, andere Ursachen sind scharfe oder spitze Gewalt, thermische Einwirkungen, Strangulation oder als Sonderform das Schütteltrauma. Auch die Lokalisation einer Verletzung ist bereits hinweisend, ob diese unfallbedingt oder auch absichtlich vom Kind selbst verursacht werden konnte, oder ob eine Fremdeinwirkung vorhanden sein könnte. (14,23)

Abbildung 3 Typische Stellen für Verletzungen bei Misshandlung, nach (23,24)



Zusätzlich können Regelmäßigkeiten und typische Formen, wie zum Beispiel parallele Striemen, den Verdacht der Misshandlung verschärfen. (14)

Hinweise können Desweiteren auch sein, dass ein verletztes Kind bei Misshandlungen oft auch nicht sofort zu einer ärztlichen Versorgung gebracht wird, sondern erst mit Verzögerung. Die Geschichte, die angegeben wird, wie es zu der Verletzung gekommen sei, stimmt oft nicht mit den erfassten Symptomen oder dem Entwicklungszustand des Kindes überein, oder bei mehrmaligem Nachfragen entstehen mehrere Versionen der Geschichte. Auch eine psychodynamische Evaluation kann hinweisend sein, wenn die Eltern defensiv reagieren, anstatt Zeichen für Besorgnis für das Kind zu zeigen. (14,25)

Auch die Erfassung inzwischen älterer und erwachsener Opfer von Kindesmisshandlung ist von großer Bedeutung. Aufgrund des steigenden klinischen und wissenschaftlichen Interesses an den Auswirkungen von Kindesmisshandlungen kam es vor allem im anglo-amerikanischen Raum zur Entwicklung einer Vielzahl an Instrumenten. Der am meisten benutzte und bestvalidierte ist der „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) (26). Dieser umfasst

fünf Kategorien: Emotionale, sexuelle und physische Misshandlung, sowie emotionale und physische Vernachlässigung, ebenso beachtet wird dabei die Tendenz zur Bagatellisierung und Verleugnung. Der CTQ besteht in der originalen Langversionen aus 70 Items, die jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala, von „überhaupt nicht“ [1] bis „sehr häufig“ [5], zu beantworten sind. Es wurde ebenso eine Kurzversion des CTQ entwickelt (13), um ein Screeningverfahren zur Verfügung zu haben welches in fünf Minuten durchführbar ist. Dieses besteht aus insgesamt 25 Items, fünf für jede Misshandlungsart, und findet wegen seiner ökonomischen Anwendbarkeit und den guten psychometrischen Kennwerten international zunehmend Verbreitung. (13,27)

5. Auswirkungen von Gewalt auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen

5.1 Allgemeine Verhaltensauswirkungen nach Altersstufe

Misshandlungen haben verschiedenste Auswirkungen auf die Entwicklung kindlichen Verhaltens, die sich je nach Altersstufe anders differenzieren lassen. (28)

5.1.1 Säugling

Das frühe Kindesalter ist ein kritischer Abschnitt in der Entwicklung eines Kindes. Das Gehirn, zu diesem Zeitpunkt ungefähr ein Viertel so groß wie das eines Erwachsenen, ist hochempfindlich auf sowohl positive als auch negative Effekte der äußeren Umwelt. Hohe Cortisol und Katecholamin Level, welche vermehrt ausgeschüttet werden als Antwort auf Stress des Kindes durch Misshandlung, stehen in Zusammenhang mit der Zerstörung von Gehirnzellen und der Durchtrennung normaler Verbindungen im Gehirn. Als Folge davon wird die kindliche Entwicklung geschädigt, mögliche Auswirkungen sind unter anderem Alpträume oder Schlafstörungen. (28)

5.1.2 Kleinkind

Die Bindungstheorie ist eine These, welche spezifische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung beschreibt, und sowohl Schutzfaktoren als auch Risikofaktoren bezüglich des Verhaltens, der Emotionen und der Erkenntnisfähigkeit eines Kindes beinhaltet. Kleinkinder mit einer unsicheren Eltern-Kind-Beziehung zeigen eine verminderte Sozialfähigkeit, weniger Selbstkontrolle und mehr aggressives Verhalten. Ab dem zweiten Lebensjahr reagieren Kinder oft mit Wut und Frustration als Antwort auf Stress. Dieses übermäßig aggressive Verhalten zeigt sich oft in Streitereien mit Gleichaltrigen oder Pflegepersonen, und gerade die Opfer von physischer Misshandlung zeigen gelegentlich ausgeprägteres aggressives Verhalten. (28,29)

5.1.3 Vorschulalter

Im Vorschulalter zeigen sich Unterschiede in der Reaktion von Kindern auf Stressoren, abhängig vom Geschlecht. Jungen tendieren dazu, ihre Emotionen zu externalisieren, in einem Ausdruck von Wut, Aggression oder auch mit Mobbing anderer. Mädchen neigen in ihrem Verhalten eher zur Internalisierung, sie zeigen sich depressiv, sie isolieren sich sozial, oder entwickeln somatische Symptome wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen. (28)

5.1.4 Schulalter

Mädchen und Jungen mit Misshandlungserlebnissen zeigen oft Schwierigkeiten in der Schule, wenig Interesse an dieser oder schlechte akademische Leistungen, eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit während des Unterrichts, und nur wenige Freundschaftsbeziehungen zu anderen Kindern. Oft fehlen sie auch vermehrt vom Unterricht. (28,30)

5.2 Cycle of Violence

Die Theorie des „Cycle of Violence“, übersetzt Kreislauf der Gewalt, besagt, dass Menschen die in ihrer Kindheit Misshandlungen oder Vernachlässigungen erlebt

haben, in ihrem späteren Leben oft eine erhöhte Gewaltbereitschaft zeigen und eher zu Straftaten neigen. (9) Viel diskutiert ist auch die Annahme, dass Eltern die Misshandlungen ausgesetzt waren auch eher dazu neigen, gegen ihre eigenen Kinder Gewalt einzusetzen. Erklärt wird diese Theorie hauptsächlich bindungs- und lerntheoretisch, aber auch andere Mechanismen könnten eine Rolle spielen, wie beispielsweise gemeinsame genetische Faktoren die das Verhalten (z.B. im Rahmen der Affektregulation und Selbstkontrolle) mitbestimmen. (9,31)

Dennoch ist ein Großteil der Personen, die Gewalt in ihrer Kindheit erlebt haben, nicht gewalttätig gegenüber ihren eigenen Kindern. Schätzungen von prospektiven Studien reichen von durchschnittlich 8% an gewalttätigen misshandelten Eltern in England und bis zu 40% an als Erwachsene selbst gewalttätigen Misshandlungsoptionen in den USA. (31) Die Ergebnisse variieren einerseits durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden, andererseits durch Unterscheidungen in den verwendeten Gewaltkriterien. Es wird angenommen, dass bei den Eltern, die diesen „Gewaltkreislauf“ unterbrechen konnten, Schutzmechanismen wirksam waren, wie beispielsweise eine therapeutische Verarbeitung der eigenen negativen Erinnerungen an die Kindheit. (9,31) Neben der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes wirken sich eine positive emotionale Beziehung zu Bezugspersonen, die Entwicklung von Talenten und das Erreichen von Leistungen protektiv aus. (9)

Die verschiedenen Studien stimmen in ihrer Bilanz überein, dass nur ein kleiner Teil der Eltern mit einer Misshandlungsvergangenheit ihren eigenen Kindern gegenüber gewalttätig wird. Trotzdem darf dieser Risikofaktor nicht vollkommen außer Acht gelassen werden. (9,31)

Neben diesem Gewalttransfer, der intergenerational stattfindet, wird auch die Möglichkeit eines transpositionalem Gewalttransfers beschrieben. Die Theorie hierbei ist, dass sich Gewalt üblicherweise gegen Schwächere und Unterlegene richtet. Wird also die Mutter in einer patriarchalisch aufgebauten Familie von ihrem Partner gewalttätig behandelt, steigt das Risiko, dass sie die erlittene Gewalt an die Kinder nach unten weitergibt. (9)

5.3 Formen psychiatrischer Erkrankungen im Kindesalter

Die nachfolgenden Kapitel beschäftigen sich mit gewaltinduzierten psychiatrischen Erkrankungen, die sich bei Kindern etwas unterschiedlich darstellen als im Erwachsenenalter. In Kapitel 6 *Psychiatrische Folgeerkrankungen von Gewalterfahrungen bei Erwachsenen* werden die Krankheitsbilder ausführlicher erläutert.

5.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) bei Kindern

Gerade sehr junge Kinder nehmen oft nicht bewusst wahr, dass sie das durchgemachte Trauma wiedererleben, beispielsweise in repetitivem Spielverhalten dargestellt. Auch Alpträume können generalisiert erscheinen, indem sie sich zu Träumen von Monstern oder anderen Bedrohungen entwickeln. Die Auswirkungen auf Emotionen und Affekt sind häufig nur von außen beobachtbar, und äußern sich in Form von Regression oder Aggression. Auch finden sich gerade bei Jugendlichen häufig riskante Verhaltenszüge, beispielsweise durch ungeschützten Geschlechtsverkehr oder Substanzabusus. (32)

Eine Studie von McLeer et al. (1992) ergab, dass von 92 untersuchten Kindern, die sexuell missbraucht wurden, rund 44% die DSM-Kriterien für eine PTSD erfüllten. Und auch jene Kinder, die nicht alle Kriterien für eine PTSD-Diagnosestellung komplett erfüllten, zeigten teilweise Symptome der Belastungsstörung. (33)

5.3.2 Depression bei Kindern

Depressionen können in jedem Lebensalter eines Menschen auftreten, und äußern sich bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nur zum Teil in einer ähnlichen Symptomatik. Manche Symptome erscheinen auch sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter. In Tabelle 4 sind die altersspezifischen Symptome näher erläutert. (34)

Tabelle 4 Depressive Symptomatik in verschiedenen Altersgruppen, nach Ihle (2012) (34)

Alter	Symptomatik
Kleinkind (1-3 Jahre) mit depressiver Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkt traurig - Ausdrucksarme Mimik - Erhöhte Irritabilität - Gestörtes Essverhalten - Schlafstörungen - Selbststimulierendes Verhalten: exzessives Daumenlutschen, Jactatio Capitis (Kopf-Schaukeln) - Genitale Manipulationen - Auffälliges Spielverhalten (Spielunlust, reduzierte Ausdauer/Kreativität) - Mangelnde Fantasie
Vorschulkinder mit depressiver Symptomatik (3-6)	<ul style="list-style-type: none"> - Trauriger Gesichtsausdruck - Verminderte Mimik und Gestik - Leicht irritierbar, Stimmungslabilität - Mangelnde Fähigkeit zur Freude - Introvertiertes Verhalten, oder auch aggressives Verhalten - Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten - Essstörungen - Schlafstörungen
Schulkinder mit depressiver Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> - Verbale Berichte über Traurigkeit - Suizidale Gedanken - Befürchtung, dass die Eltern nicht genügend Beachtung schenken - Schulleistungsstörungen
Pubertät/Jugendalter – Depressive Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> - Vermindertem Selbstvertrauen - Apathie, Angst, Konzentrationsmangel - Leistungsstörungen - Zirkadiane Schwankungen des Befindens - Psychosomatische Störungen - Kriterien der depressiven Episode - Psychische + somatische Symptome

6. Psychiatrische Folgeerkrankungen von Gewalterfahrungen bei Erwachsenen

Bereits Sigmund Freud stellte Ende des 19. Jahrhunderts fest, dass frühe traumatische Erlebnisse zur Entwicklung psychopathologischer Zustände im Erwachsenenalter beitragen können. (2) Viele internationale Studien beschäftigen sich bereits mit der Erforschung des Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrungen und psychischen Erkrankungen (wie z.B. Depression, Angsterkrankung, bipolare Störung oder Essstörungen). (2,3)

Nachfolgend möchte ich einen Teil dieser gewaltinduzierten psychischen Erkrankungen behandeln, sowie einen Überblick über wichtige Studien zu der jeweiligen Thematik bieten. Das Hauptaugenmerk liegt bei Studien über die Auswirkungen von gewaltsamen Kindheitserfahrungen auf psychiatrische Krankheitsbilder im Erwachsenenalter.

6.1 Posttraumatische Belastungsstörung - PTSD

6.1.1 Definitionen

Eine der Grundkriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist das Erlebnis eines Traumas. Nach dem ICD-10 ist ein solches als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (5) definiert. (32)

Die klassischen Symptome einer PTSD äußern sich in wiederkehrenden, sich aufdrängenden Gedanken über die traumatische Erfahrung. Es kommt zu psychischen Anstrengungen diese Intrusionen zu vermeiden, oft auch zu einem Vermeidungsverhalten oder emotionalen Taubheitszuständen, bisweilen auch zu einer anhaltenden physiologischen Übererregung bei Themen die in irgendeiner Form auf das Trauma hinweisen könnten. Die Intrusionen können sowohl in wachem Zustand, als auch in der Form von Albträumen im Schlaf auftreten. Die Betroffenen leiden in der Folge oftmals an Schlafstörungen. (35)

Es besteht außerdem eine Vielzahl an möglichen Komorbiditäten, die bei Betroffenen von PTSD häufig auftreten, darunter Depressionen, Angststörungen, Suizidalität oder Substanzabusus. (32)

6.1.2 Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen

In der nachfolgenden Tabelle 5 sind wichtige Studien, die Zusammenhänge von Erfahrungen mit Gewalt mit PTSD untersuchen, aufgelistet.

Tabelle 5 Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und PTSD, (33,36–38)

Autoren /Jahr	Methodik	PTSD-Symptomatik
McLeer et al. 1992 (33)	<p>Teilnehmer: 92 Kinder (Alter 3-16 Jahre), die sexuell misshandelt wurden.</p> <p>Studienziel: Erhebung der Häufigkeit von PTSD und ähnlichen Symptomen bei missbrauchten Kindern.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierte klinische Interviews • Child Behavior Checklist 	<p>Ergebnisse: 43.9% der Kinder erfüllten die <i>DSM-III-R</i> PTSD Kriterien. Davon wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53.8% vom Vater missbraucht - 42.4% von einem näheren Erwachsenen missbraucht - 10% von einem Fremden missbraucht - 0% der Kinder von einem älteren Kind missbraucht <p>Auch Kinder, die die Kriterien für eine PTSD nicht komplett erfüllten, zeigten teilweise PTSD-Symptomatik (=subsyndromales PTSD).</p>
Vranceanu et al. 2007 (36)	<p>Teilnehmer: 100 Frauen (durchschnittlich 28,92 Jahre alt) die aus einem innerstädtischen gynäkologischen Behandlungszentrum für Frauen mit niedrigem Einkommen rekrutiert wurden</p> <p>Studienziel: Untersuchung, ob Erfahrungen mit mehreren Gewaltformen in der Kindheit (Multi-Typ-Kindesmisshandlung (MKM)) mit höheren Stresslevel im Erwachsenenalter und erhöhter Anfälligkeit gegenüber Depression und PTSD einhergehen.</p> <p>Studiendesign: retrospektive Querschnittsstudie</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprehensive Child Maltreatment Scale (CCMS) • Diagnostic Inventory for Depression • Kurzversion des Perceived Stress Inventory • PTSD Symptom Scale-Interview 	<p>85% der Teilnehmerinnen berichteten über zumindest eine Art von Gewalterfahrung in der Kindheit, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66% emotionale Misshandlung - 39% erleben von intrafamiliärer Gewalt - 36% sexuelle Misshandlung - 35% Vernachlässigung <p>Die meisten Frauen erlebten mehr als eine Gewaltform, 56% eine Kombination von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung. 13% der Frauen erlebten alle Gewaltformen.</p> <p>MKM war signifikant direkt prädiktiv für die Entwicklung einer späteren PTSD ($p < 0,01$).</p>
Cantón-Cortes und Cantón 2010 (37)	<p>Teilnehmer: Screening von 1.416 weiblichen College-Studentinnen. Von diesen 1.416 waren 164 Opfer von sexueller Misshandlung (SKM), im Alter < 14 Jahren. Aus dieser Gruppe konnten 138 Opfer von SKM eingeschlossen werden, diese wurden mit 138 Kontrollpersonen verglichen.</p>	<p>Die Teilnehmer mit SKM-Vergangenheit zeigten signifikant mehr PTSD-Symptomatik als die Vergleichsgruppe. ($p < 0,01$).</p> <p>Die PTSD-Symptomatik war weiters ausgeprägter, wenn der Missbrauch über einen längeren</p>

	<p>Zumindest eine andere Form der Gewalt lag vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei 19,6% der Opfer von SKM - bei 16,7% der Teilnehmer der Vergleichsgruppe <p>Studienziel: Erforschung der Auswirkung von sexueller Kindesmisshandlung auf Bewältigungsstrategien und PTSD.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen zu sexueller Kindesmisshandlung • „How I Deal with Things Scale“ (29 items, Untersuchung von Bewältigungsstrategien) • „Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático“ (Schwere der PTSD Symptomatik) 	<p>Zeitraum ging ($p < 0,000$), als wenn es ein Einzelevent war.</p>
<p>Dunn et al. 2016 (38)</p>	<p>Teilnehmer: 2.892 afroamerikanische Erwachsene (74,6% weiblich) mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund, Daten aus dem „Grady Trauma Project“</p> <p>Erlebte Gewaltexposition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 56,9% Kindesmisshandlung - 77,4% andere interpersonelle Gewalt - 74,6% non-interpersonelle Gewalt - 31,5% anderes Trauma <p>Durchschnittsalter bei erster Exposition: 11,4J</p> <p>Studienziel: Untersuchung der Auswirkung des Alters, in dem die erste traumatische Erfahrung gemacht wird, auf die Ausprägung von Depression und PTSD im Erwachsenenalter.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatic Events Inventory TEI • Beck Depression Inventory 2. Version (BDI-II) • modifizierte Posttraumatic Symptom Scale (MPSS) 	<p>TeilnehmerInnen, die Gewalt in der frühen Kindheit (0-5J.) ausgesetzt waren, hatten signifikant höhere Ausprägung von PTSD-Symptomatik im Vergleich zu TeilnehmerInnen mit Gewalt-Ersterfahrungen in der mittleren Kindheit (6-10J.) oder der Adoleszenz (11-18J.) (jeweils $p < 0,05$).</p> <p>Insgesamt war die mittlere Kindheit der am häufigsten gemeldete Zeitraum der ersten Exposition einer Kindesmisshandlung.</p>

In allen betrachteten Studien zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer PTSD und durchgemachten Gewalterfahrungen.

6.2 Depression und Suizidalität

6.2.1 Definition

Traditionell wurde die Depression früher diagnostisch in drei Gruppen eingeteilt: „somatogene Depressionen“, „endogene Depressionen“ und „neurotische bzw. psychoreaktive Depressionen“ und die vermutete Ursache der Störung stand im Vordergrund. Heute liegt das Hauptaugenmerk auf der Symptomatik und dem Schweregrad der Erkrankung. Die Klassifikation erfolgt nach festgelegten Kriterien, zum Beispiel nach ICD-10, die in Tabelle 6 angeführt werden. (39)

Tabelle 6 Diagnostische Kriterien der Depression nach ICD-10, nach (5,39)

Diagnostische Kriterien der Depression (ICD-10: F32; F33)	
Hauptsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Stimmung • Interessenverlust, Freudlosigkeit • Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit • Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven • Selbstverletzung, Suizidgedanken oder -handlungen • Schlafstörungen • verminderter Appetit
„Somatische“ Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten • Mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse • Frühmorgendliches Erwachen • Morgendliches Stimmungstief • Psychosomatische Hemmung oder Agitiertheit • Deutlicher Appetitverlust • Gewichtsverlust • Deutlicher Libidoverlust
<p>Leichte depressive Episode: Mind. 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome Mittelgradig depressive Phase: Mind. 2 Hauptsymptome + 3-4 weitere Symptome Schwere depressive Episode: Alle 3 Hauptsymptome + mind. 4 zusätzliche Symptome</p> <p>Notwendige Dauer der Symptome mind. 2 Wochen</p>	

Des Weiteren können klinisch verschiedene weitere Klassifikationen unterschieden werden, beispielsweise nach Rothenhäusler und Täschner (2013) (40):

- Gehemmte Depression: Im Vordergrund stehen Antriebslosigkeit, Interessenlosigkeit, Verlangsamung, Energieverlust und ständige Müdigkeit
- Ängstlich-agitierte Depression: Hauptsymptome sind ängstliche Überaktivität, Unruhezustände, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit und Panikattacken.
- Larvierte Depression („maskierte“ Depression/somatische Depression) mit diffusen körperlichen Beschwerden im Vordergrund. Es kommt zu funktionellen Störungen und Missempfindungen.
- Psychotische/wahnhafte Depression: Betroffene leiden überwiegend unter stimmungskongruenten Wahnvorstellungen.
- Anankastische (zwanghafte) Depression: Auftreten von Zwangsgedanken und -handlungen mit Remission der Symptomatik bei Besserung der Depression
- Melancholische Depression: subjektiv Gefühllosigkeit, fehlende Affizierbarkeit, emotionales Tief ohne äußeren Anlass

6.2.2 Suizidalität

Suizidalität ist häufiger vorkommend als dies in der allgemeinen Gesellschaft vielleicht bewusst ist. Allein im Jahr 2015 starben in Österreich 1.249 Menschen durch Suizid. Diese Zahl ist mehr als zweieinhalb Mal so hoch wie jene der Verkehrstoten. (41) Zusätzlich liegen bezüglich Suizidversuchen keine genauen Häufigkeitszahlen vor, da diese oft nicht als solche erkannt und dokumentiert werden. In internationalen Studien wird jedoch davon ausgegangen, dass die Anzahl von Suizidversuchen etwa 10- bis 30-fach so hoch ist, wie die Zahl von erfolgreich durchgeführten Suiziden. (41)

Die Symptome von suizidalen Menschen gestalten sich vielseitig, meist steht jedoch die Autoaggression im Vordergrund. Andere Intentionen können beispielsweise der Wunsch nach Zuwendung, oder das Bedürfnis nach Ruhe oder einer Veränderung sein. (42)

Je nach vorliegender Intention lassen sich die suizidalen Handlungen einteilen in:

- Parasuizidale Pause: Es besteht der Wunsch nach einer Flucht aus der vorherrschenden Realität, da diese nicht mehr ertragen werden kann. Betroffene sehnen sich nach einer „Pause“, danach einfach ihre Ruhe zu haben, ein Todeswunsch im konkreten Sinn besteht jedoch nicht. Es kommt oft zu Tabletten- oder Alkoholintoxikationen mit dem Wunsch für immer zu schlafen oder Ruhe zu haben, ohne einer direkten Absicht zu sterben. (42,43)
- Parasuizidale Geste: Der eigentliche Hintergrund liegt in dem Appell an Mitmenschen der Betroffenen. Die Handlungen werden derartig geplant und ausgeführt, dass die Person noch rechtzeitig gefunden wird. Oft liegen Beziehungs- und Partnerschaftskrisen zugrunde, oder die parasuizidale Geste wird als Mittel zur Beschaffung von Aufmerksamkeit oder Zuwendung verwendet. (42,43)
- Suizidale Handlung: Hierbei besteht vordringlich die Absicht zu sterben. Im Gegensatz zur parasuizidalen Geste wird die Handlung so geplant, dass rechtzeitige Hilfe von anderen Personen möglichst unwahrscheinlich ist, außerdem werden meist Methoden angewandt, welche höchstwahrscheinlich zu einem erfolgreichen Suizid führen. (42,43)

Bezüglich der angewandten Methoden werden beispielsweise nach einer Klassifikation von Bochnik (1962), „weiche“ und „harte“ Suizidmethoden unterschieden, nach Rübenach (2007) wird in einer anderen Typologie nach „aktiven“ und „passiven“ Suizidmethoden eingeteilt. Eine genauere Übersicht über diese Einteilungen bietet Tabelle 7. (44)

Tabelle 7 Übersicht Suizidmethoden, nach Rübenach (2007) (44)

Weiche Methoden	Harte Methoden
Einnahme von Tabletten Einnahme von Drogen Vergasung Alle Vergiftungen im weitesten Sinne	Erhängen Erschießen Sturz aus Höhe Sturz vor sich bewegenden Gegenstand Tiefe Schnitte
Aktive Methoden	Passive Methoden
Schuss Sturz aus der Höhe Erhängen Sich-Ertränken Schnitte	Tabletten Gifte Gas

6.2.3 Zusammenhänge depressiver Symptome und erlebter Gewalterfahrungen

Nachfolgend findet sich in Tabelle 8 ein Überblick über wichtige und aktuelle Studien zu den Zusammenhängen von verschiedenen Arten von erlebter Gewalt und dem Auftreten und der Ausprägung von depressiver Symptomatik.

Tabelle 8 Zusammenhang zwischen Depression und Gewalterfahrungen (45–49)

Autoren/ Jahr	Erlebte Gewaltart	Methodik	Depressive Symptome
Hayashi et al. 2015 (45)	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Misshandlung • Vernachlässigung 	<p>Teilnehmer: 113 PatientInnen mit schwerer Depression, Geschlechtsverteilung: 58 Frauen, 55 Männer</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs zwischen Kindesmisshandlung und depressiver Symptomatik bei DepressionspatientInnen.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depression Inventory-II (BDI-II) • Neuroticism Extroversion Openness Five Factor Inventory (NEO-FFI) • Child Abuse and Trauma Scale (CATS) • Life Experiences Survey 	<p>Misshandlungserfahrungen waren im Strukturgleichungsmodell (SEM) ein direkter Prädiktor für die Schwere der Depression.</p> <p>Es bestand ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der BDI-II-Ergebnisse und der erlebten Misshandlungserfahrungen (Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, jeweils $p < 0,01$).</p>

<p>Shenk et al. 2015 (46)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung • Körperliche Misshandlung • Sexuelle Misshandlung 	<p>Teilnehmer: 110 weibliche Patientinnen, davon 51 mit Misshandlungsvergangenheit, von diesen erlebten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45% körperliche Misshandlung • 16% körperliche Vernachlässigung • 49% sexuellen Missbrauch • 10% mehr als eine Form der Misshandlung <p>Alter: zwischen 14-19 Jahre</p> <p>Studienziel: Erforschung von Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Symptomatik bei Zustand nach Misshandlungserfahrung</p> <p>Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratory stressor, Speichel-Analyse • Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) • Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) • Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 	<p>Klinische Depressions-symptome bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% der Teilnehmer mit Misshandlungsvergangenheit (durchschnittlicher BDI-II-Score 11,84). - 7,6% der Teilnehmer der Vergleichsgruppe (durchschnittlicher BDI-II-Score 7,77). <p>Die Teilnehmer der Studie mit Misshandlungsvergangenheit zeigten größere Schwierigkeiten der Emotionsregulation, die auch mit der Schwere der Depressions-symptomatik korrelierten.</p>
<p>Young et al. 2014 (47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch • körperliche Misshandlung • Vernachlässigung 	<p>Teilnehmer: Baseline: 1.197 Personen (908 mit Misshandlungserfahrungen, 667 in der Kontrollgruppe ohne Misshandlungserfahrungen) Nach allen Interviews 22 Jahre später: 547 komplette Datensätze, 53,9% davon (295 Menschen) bildeten die Gruppe mit Misshandlungserfahrung.</p> <p>Studienziel: Erforschung der Auswirkung von Kindesmisshandlung auf die Emotionsverarbeitung im Erwachsenenalter.</p> <p>Studiendesign: prospektive Kohortenstudie</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic Interview Schedule – Revised (DIS-III-R) • Intelligenztest (Quick Test QT) 	<p>StudienteilnehmerInnen mit Misshandlungserfahrung hatten signifikant ausgeprägtere depressive Symptome als TeilnehmerInnen ohne Misshandlungserfahrungen ($p < 0,01$).</p> <p>Kindesmissbrauch mit gleichzeitiger Vernachlässigung war ein signifikanter Prädiktor für vermehrte depressive Symptome.</p> <p>In dieser Studie war körperliche Misshandlung ein signifikanter Prädiktor für PTSD ($p < 0,001$) aber nicht für die Depression ($p = 0,10$). Gleiche Ergebnisse wie bei der Subgruppe mit</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Follow-Up-Interviews (2000–2002, 2003– 2005, 2009–2010) • International Affective Picture System 	körperlicher Misshandlung zeigten sich in der Gruppe mit sexueller Misshandlung.
Cheasty et al. 1998 (48)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch 	<p>Teilnehmer: Screening von depressiven Symptomen bei 1.189 Frauen >18J., von diesen waren 132 depressiv, 105 wurden als nicht-depressive als Kontrollgruppe ausgewählt</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Depression im Erwachsenenalter</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • General Health Questionnaire • Beck-Depression-Inventory • Semistrukturierte Interviews • Social Problems Questionnaire 	Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit hatten häufiger depressive Störungen, jedoch nur wenn eine schwerere Form des sexuellen Missbrauchs vorlag (versuchte oder durchgeführte Penetration).
Cheasty et al. 2002 (50)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch 	<p>Teilnehmer: Screening von depressiven Symptomen bei 1.189 Frauen >18J., von diesen waren 132 depressiv.</p> <p>Von diesen 132 Frauen gaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15% Erfahrungen von sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung im Erwachsenenalter an - 31% Erlebnisse von sexueller Kindesmisshandlung an <p>Studienziel: Zusammenhang von Erlebnissen von Vergewaltigung oder sexueller Misshandlung und chronischer Depression</p> <p>Studiendesign: retrospektive Studie mittels Interview und Fragebögen</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • General Health Questionnaire • Beck Depression Inventory • Disorders Schedule • Semi-structured Interview 	Missbrauchserfahrungen oder Vergewaltigung im Erwachsenenalter zeigten in dieser Studie nur dann einen Zusammenhang mit depressiver Symptomatik, wenn bei den Betroffenen gleichzeitig eine Anamnese von sexuellem Missbrauch in der Kindheit bestand.

Harkness und Monroe 2002 (49)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch • körperliche Misshandlung • Vernachlässigung 	<p>Teilnehmer: 76 depressive Frauen >18J., davon erfüllten 31 die Kriterien einer endogenen Depression</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs von kindlichen Misshandlungserfahrungen und unterschiedlichen Subtypen der Depression</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structured Clinical Interview für DSM-IV Achse I Störungen • Childhood Adversity Interview 	<p>Im Gegensatz zu früheren Studien standen schwere körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung signifikant vor allem mit der endogenen Depression in Zusammenhang (jeweils $p < 0,05$).</p>
--------------------------------------	--	---	--

CTQ = Childhood-Trauma-Questionnaire; DSM-IV = 4. Edition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EM = emotionale Misshandlung; KM = körperliche Misshandlung; SKM = sexueller Kindesmissbrauch; SM = sexueller Missbrauch

In den verschiedenen Studien werden diverse Zusammenhänge von erlebten Gewalterfahrungen und Depressionssymptomen beschrieben. Beispielsweise ergaben bei Young et al. (2014) körperliche Misshandlungserfahrungen und sexuelle Missbrauchserfahrungen keinen signifikanten Prädiktor für die Depression, sondern nur für PTSD. Cheasty et al. (1998) fanden im Gegensatz dazu bei Frauen mit schweren sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit eine vermehrte depressive Symptomatik. In der Studie von Hayashi et al. (2015) wurden außerdem signifikante Zusammenhänge von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung mit den erhobenen Depressions-Ergebnissen festgestellt. Insgesamt zeigten alle betrachteten Studien eine Auswirkung von Gewalterfahrungen auf das Auftreten und die Ausprägung einer depressiven Symptomatik.

Studien zu Zusammenhängen zwischen erlebten Gewalterfahrungen und dem Auftritt von Suizidalität werden in Tabelle 9 aufgeführt.

Tabelle 9 Zusammenhang zwischen Suizidalität und Gewalterfahrungen (51–53)

Autoren/ Jahr	Erlebte Gewaltart	Methodik	Suizidalität
Dube et al. 2001 (51)	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Misshandlung • körperliche Misshandlung • Sexueller Missbrauch 	<p>Teilnehmer: 17.337 Personen, 54% weiblich, Alter: 57+/-15,3 Jahre</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs von Suizidversuchen mit negativen kindlichen Erfahrungen und der Anzahl dieser Erlebnisse</p> <p>Studiendesign: retrospektive Kohortenstudie</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen zu Kindesmisshandlungen • Fragebogen zu dysfunktionalem Haushalt • Fragebogen zu Suizidversuchen • Adverse-Childhood-Experiences-Score (ACE) 	<p>Insgesamt lag die Prävalenz eines Suizidversuches in der Gesamtgruppe bei 3,8%. Es wurde eine Erhöhung des Risikos durch alle Formen von Gewalterfahrungen in der Kindheit um den Faktor 2-5 festgestellt.</p> <p>Starke Korrelation des Adverse-Childhood-Experiences-Score mit Suizidversuchen in der Kindheit/Jugend und im Erwachsenenalter ($p < 0,001$).</p>
Anderson et al. 2002 (52)	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Misshandlung • körperliche Misshandlung • Sexueller Missbrauch 	<p>Teilnehmer: 360 afroamerikanische Frauen im Alter von 18-64 Jahren</p> <p>Davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 175 mit Status post Suizidversuch - 185 ohne Suizidversuchsanamnese - 27% mit 1 Art der untersuchten Misshandlung - 13% mit 2 Arten der untersuchten Misshandlung - 14% mit allen 3 Arten der untersuchten Misshandlung <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs von multiplen Formen von Kindesmisshandlung und suizidalem Verhalten im Erwachsenenalter</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTQ 	<p>Pat. mit Gewaltanamnese haben eine signifikant größere Wahrscheinlichkeit für die Durchführung eines Suizidversuches im weiteren Lebensverlauf.</p> <p>Von den Patientinnen, die keine Art der Gewalt erlebten, gaben 34% einen durchgeführten Suizidversuch an. Von jenen Patientinnen, die 1, 2 und 3 Arten der Gewalt erlebten, berichteten jeweils 34%, 52% und 57% von einem durchgeführten Suizidversuch.</p>
Brown et al. 1999 (53)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch • Körperliche Misshandlung 	<p>Teilnehmer: 776 Personen Anfangsalter 5 Jahre</p> <p>Studienziel: Erforschung der Auswirkungen von Vernachlässigung, physischer und</p>	<p>Junge Erwachsene mit Misshandlungsvergangenheit zeigten 3fach erhöhtes Risiko depressiv oder suizidal zu werden</p>

	<ul style="list-style-type: none"> emotionale Misshandlung 	sexueller Misshandlung in der Kindheit auf Depression und suizidales Verhalten im Erwachsenenalter Studiendesign: Kontrollen über 17 Jahre (1975, 1983, 1986, 1992); Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule für Kinder (DISC) Offizielle Dokumentationen von Gewalt (von dem New York State Central Registry for Child Abuse and Neglect) retrospektive Selbst-Berichte 	im Vergleich zu Personen ohne Misshandlungsvergangenheit. ($p < 0,01$). Auswirkungen von sexuellem Missbrauch am Ausgeprägtesten. Betroffene mit erlebtem sexuellem Missbrauch zeigten 8fach höheres Risiko für wiederholte Suizidversuche (odds ratio = 8,40, $p < 0,01$).
--	---	--	---

CTQ = Childhood-Trauma-Questionnaire; DSM-IV = 4. Edition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EM = emotionale Misshandlung; KM = körperliche Misshandlung; SKM = sexueller Kindesmissbrauch; SM = sexueller Missbrauch

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mehrzahl an Studien einen Zusammenhang zwischen Misshandlungserlebnissen, der Ausprägung von depressiver Symptomatik und Suizidalität bestätigen.

6.3 Angsterkrankungen

Angst ist gewöhnlich eine normale menschliche Reaktion auf bedrohliche oder auf als unkontrollierbar wahrgenommene Situationen, die instinktiv als Gefahr eingeschätzt werden. Sie bewirkt eine Alarmreaktion des Körpers, bei der verstärkt Adrenalin und Noradrenalin ausgeschüttet werden, um den Körper auf eine mögliche Kampf- oder Fluchtreaktion vorzubereiten. (54)

Eine Angststörung liegt dann vor, wenn die Intensität der Angst im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung unangemessen stark und übersteigert ist. (54)

Laut dem ICD-10 gehören zu den Angsterkrankungen (5):

- Panikstörung (wiederkehrende, unerwartete Angstattacken)
- Generalisierte Angststörung
- Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung (ausgelöst z.B. durch Menschenmenge, öffentliche Plätze, öffentliche Verkehrsmittel)
- Soziale Phobie (ausgelöst durch zwischenmenschlichen Kontakt mit möglicher Bewertungssituation durch andere Menschen)
- Spezifische Phobien (ausgelöst durch spezielle Objekte oder Situationen)

6.3.1 Generalisierte Angststörung

Hauptmerkmal des Krankheitsbildes ist eine anhaltende, chronische Angst. Die Betroffenen befürchten oftmals ein Erkranken oder Verunglücken von sich selbst oder nahestehenden Personen, oder äußern viele andere Sorgen oder Befürchtungen in unterschiedlichsten Aspekten des Lebens. Die Angst besteht über einen längeren Zeitraum, und die betroffene Person erkennt sie zwar als unbegründet oder auch belastend an, kann sie jedoch nicht kontrollieren. Es entsteht ein hohes Niveau an Anspannung, oft einhergehend mit motorischen Beschwerden wie Zittern, Spannungskopfschmerz oder auch körperlicher Ruhelosigkeit. Zusätzlich können sich Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit wie Schwitzen, Schwindelgefühle, Schlafstörungen, Tachypnoe oder Tachykardie zeigen. (54,55)

In der nachfolgenden Tabelle 10 finden sich die genauen diagnostischen Kriterien einer Generalisierten Angststörung laut ICD-10.

Tabelle 10 Diagnostische Kriterien einer generalisierten Angststörung nach ICD-10, nach (5,55)

Diagnostische Kriterien der generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1)		
A. Ein Zeitraum von mind. 6 Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.		
B. Mind. 4 Symptome der folgenden Liste (davon eins der Symptome 1.-4.) müssen vorliegen:	Vegetative Symptome:	1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz 2. Schweißausbrüche 3. Fein- oder grobschlägiger Tremor 4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose).
	Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:	5. Atembeschwerden 6. Beklemmungsgefühl 7. Thoraxschmerzen oder Missempfindungen 8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen
	Psychische Symptome:	9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit 10. Derealisation oder Depersonalisation 11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder "auszuflippen" 12. Angst zu sterben
	Allgemeine Symptome:	13. Hitzewallungen oder Kälteschauer 14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle
	Symptome der Anspannung:	15. Muskelverspannung, akute oder chronische Schmerzen 16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen 17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung 18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden
	Unspezifische Symptome:	19. Übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder Erschreckt-werden 20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst 21. Anhaltende Reizbarkeit 22. Einschlafstörungen wegen Besorgnis
C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung, eine phobische Störung, eine Zwangsstörung oder eine hypochondrische Störung.		
D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit (z.B. Hyperthyreose, organische psychische Störung) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (z.B. exzessiver Genuss von amphetamin-ähnlichen Substanzen oder Benzodiazepinentzug)		

Nach Wang (2008) oder Kessler et al. (2010) sind Angststörungen eine der am häufigsten vorkommenden Arten der psychiatrischen Erkrankungen, laut einer WHO-Studie ist die generalisierte Angststörung sogar die häufigste Angststörung in Allgemeinarztpraxen. Weiters wird diese Art von Erkrankungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einer Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen in Verbindung gebracht. (54)

6.3.2 Zusammenhänge mit negativen familiären Erfahrungen

Die folgende Tabelle 11 bietet einen Überblick über aktuelle Studien zu den Beziehungen von gewaltsamen Erfahrungen und Angsterkrankungen.

Tabelle 11 Zusammenhänge zwischen Angststörungen und ungünstigen Familienverhältnissen (56–59)

Autoren/ Jahr	Methodik	Angstörungssymptomatik
Yap und Jorm 2015 (56)	<p>Studienziel: Metaanalyse von Studien bezüglich des Zusammenhangs von Faktoren der Kindheit und Angsterkrankungen bei Kindern</p> <p>Studiendesign: Vergleich von 141 Studien (53 bezüglich Angsterkrankungen, 50 bezüglich Depression, 70 bezüglich Auswirkung von Internalisierung), Anwendung von Stouffer's Methode der Kombination von p-Werten</p>	<p>Es konnte keine fundierte Evidenzbasis für einen signifikanten Zusammenhang von Angststörungen und elterlichen Faktoren (sehr autoritärer Erziehungsstil, fehlende familiäre Wärme, elterliche Gewalthandlungen, etc.) gefunden werden.</p> <p>Innerfamiliäre Konflikte und Aversionen, sowie das Erleben von Gewalthandlungen, weisen jedoch auf ein erhöhtes Risiko für Depression und Probleminternalisierung hin.</p>
Phillips et al. 2005 (57)	<p>Teilnehmer: 816 Personen (414 Männer, 402 Frauen)</p> <p>Studienziel: Prospektive Erforschung der Spezifität von negativen Erlebnissen in der frühen Kindheit als Risikofaktoren der Angst- und depressiven Störungen.</p> <p>Studiendesign: Informationen über frühe Widrigkeiten wurden von den Müttern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - während der Schwangerschaft - bei der Geburt - im Alter von 6 Monate - im Alter von 5 Jahren <p>für eine verwandte Studie gesammelt.</p>	<p>Die Ergebnisse sprachen dafür, dass junge Erwachsene mit Angststörung häufiger als jene mit Depression verschiedenen frühen Stressoren ausgesetzt waren (z.B. mütterlichem Stress im Mutterleib, häufiger Partnerwechsel der Mutter).</p> <p>Es besteht also ein stärkerer Zusammenhang zwischen den erhobenen frühen Stressbelastungen und Angststörungen, als mit der Depression.</p>

	Jugendliche mit Angststörungen wurden mit Jugendlichen mit depressiven Störungen verglichen, und diese Gruppen wurden Kontrollen gegenübergestellt.	
Ferrari et al. 2016 (58)	<p>Teilnehmer: Daten von 260 Frauen mit psychologischen Interventionen für Opfer häuslicher Gewalt</p> <p>Studienziel: Erforschung der Zusammenhänge zwischen der Schwere des Missbrauchs und der psychischen Gesundheit</p> <p>Studiendesign: randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) • Patient Health Questionnaire • Generalised Anxiety Disorder Assessment • Posttraumatic Diagnostic Scale • Composite Abuse Scale 	<p>40% der Frauen berichteten über klinische Stresslevel in allen Teilbereichen des CORE-OM und 70% berichteten über Angst-Symptome oder Depressionen.</p> <p>Der Zusammenhang der Schwere der Gewaltexposition und der Ausprägung der psychischen Belastung war stark signifikant ($p < 0,0001$).</p>
Moffitt et al. 2007 (59)	<p>Teilnehmer: 1037 Männern und Frauen aus der Dunedin-Geburtskohorte von 1972-73, Alter: bis 32 Jahre</p> <p>Studienziel: Überprüfung der Ähnlichkeit und Unterschiede der Risikofaktoren für Generalisierte Angststörung und Depression.</p> <p>Studiendesign: Erwachsene mit Angststörung und Depression wurden im Alter von 18, 21, 26, und 32 Jahren diagnostiziert, und auch kindliche Angststörung/Depression wurde berücksichtigt. 13 prospektive Risikofaktoren wurden in Korrelation gebracht.</p>	<p>Patienten mit einer Kombination aus sowohl generalisierter Angststörung als auch Depression zeigten stark erhöhte Risikofaktoren in allen Bereichen (z.B. Familiengeschichte, Kindsverhalten, ungünstige familiäre Umgebung).</p> <p>Bei ihnen wurde außerdem ein früherer Krankheitsbeginn, häufigere Rezidive und eine stärkere Nutzung von Medikamenten im Vergleich zu Patienten mit nur einer Depression oder nur einer Angststörung festgestellt.</p> <p>Reine Angststörungspatienten zeigten ähnlich ausgeprägte Risikofaktoren wie die Pat. mit Krankheitskombination.</p> <p>Im Vergleich mit nur depressiven Patienten hatten die Patienten mit Angststörung häufiger Misshandlungserfahrungen.</p>

Die beschriebenen Studien zeigten teilweise unterschiedliche Ergebnisse, einerseits ergaben die Forschungen von Yap und Jorm (2015) keine Verbindung von Auswirkungen von elterlichen gewaltsamen Handlungen auf Angststörungen,

auf der anderen Seite berichtete Ferrari et al. (2016) von einem Zusammenhang der Schwere erlebter häuslicher Gewalt und der Ausprägung von Angsterkrankungen.

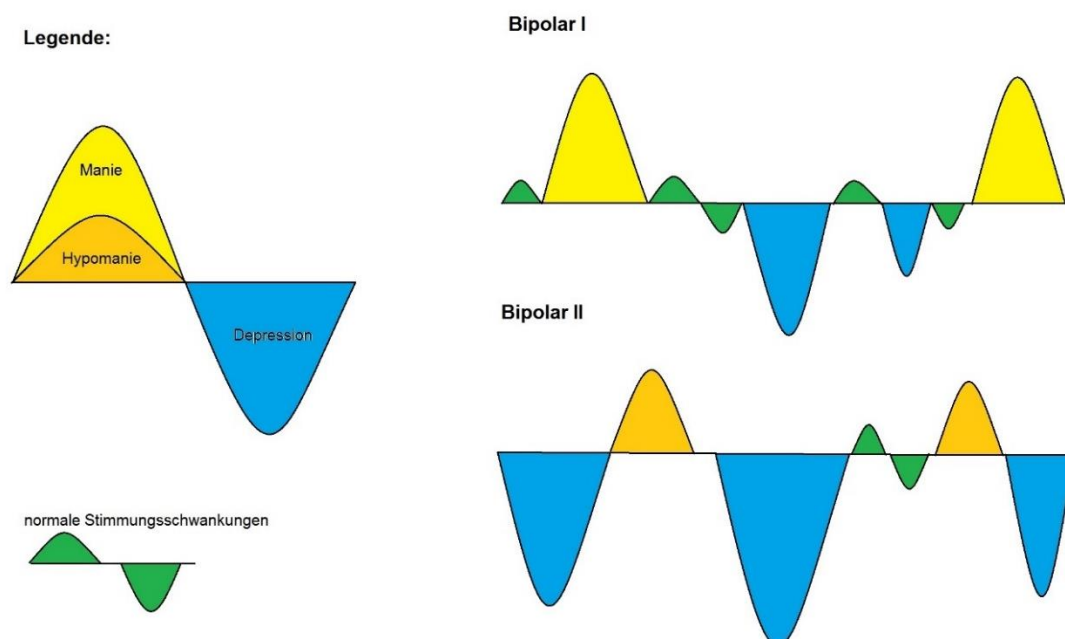
6.4 Bipolare Störung

6.4.1 Definitionen und Krankheitsüberblick

Die Charakteristika der Bipolaren Störung, auch als manisch-depressive Störung bezeichnet, sind meist langandauernde Episoden mit wechselnden Stimmungslagen von Depression und Manie. Diese Stimmungswechsel ereignen sich oft unvorhersehbar in ihrer Reihenfolge, und bestehen meist ein Leben lang. Dabei werden 2 Typen der bipolaren Störung unterschieden, diese sind nochmals in Abbildung 4 dargestellt (60):

- Typ 1: depressive Episoden werden von manischen oder gemischten Episoden abgelöst
- Typ 2: hauptsächlich depressive Episoden, die von hypomanischen Stimmungslagen abgelöst werden, ein Zustand der Manie wird nicht erreicht

Abbildung 4 Verlauf Bipolarer Störungen, nach (60,61)



Nach ICD-10-Klassifikation wird die bipolar affektive Störung immer nach dem gegenwärtigen Zustandsbild eingeteilt, unter der Voraussetzung, dass bereits wenigstens eine weitere affektive Episode des oder der Betroffenen anamnestisch bekannt ist. Die Einteilung erfolgt hierbei nach 3 Kriterien: Der Polarität der Erkrankung, der Ausprägung der Symptomatik, und dem Vorliegen von psychotischen Symptomen. Einen Überblick hierzu bietet Tabelle 12. (5)

Tabelle 12 Einteilung der bipolaren Störung, nach ICD (5)

ICD	Bipolare Störung mit	Merkmale
Maniform:		
F31.0	Gegenwärtig hypomanische Episode	Stimmung gehoben/gereizt, Verhalten noch überwiegend kontrolliert und sozial angepasst
F31.1	gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	Verhalten ungesteuert, nicht mehr sozial angepasst
F31.2	gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	Flüchtige wahnhaftige Verkennungen, z.B. Größenwahn
Depressiv:		
F31.3	gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	Erschwerung alltäglicher Erledigungen, diese jedoch möglich
F31.4	gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Erledigung des Alltags nicht mehr möglich
F31.5	gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	In erster Linie stimmungskongruenter Wahn
Gemischt:		
F31.6	gegenwärtig gemischte Episode	Kombination manifomer und depressiver Symptome, oder rascher Wechsel zwischen beiden Auslenkungen
Symptomfrei:		
F31.7	gegenwärtig remittiert	Gegenwärtig und in den letzten Monaten keine Symptome bei bekannter bipolarer Störung

Eine besonders schwerwiegende Form der bipolaren Störung bildet das „rapid cycling“. Hierbei treten innerhalb von 12 Monaten mindestens vier Stimmungsumschwünge auf. Die weiteren Steigerungsformen sind das „ultra rapid cycling“, bei dem die Veränderungen der Stimmungslage innerhalb von Wochen bis Tagen erfolgen, und das „ultradian cycling“, welches Umschwünge innerhalb eines Tages beschreibt. (61)

6.4.2 Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen

In der anschließenden Tabelle 13 sind aktuelle Studien, die den Zusammenhang von Gewalt in der Kindheit und der bipolaren Störung erforschen, näher behandelt.

Tabelle 13 Zusammenhänge zwischen bipolarer Störung und Kindheitstraumata (62–65)

Autoren /Jahr	Methodik	Symptomatik bipolarer Störung
Li et al. 2014 (62)	<p>Teilnehmer: 132 chinesische PatientInnen mit bipolarer Störung Davon gaben an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Vernachlässigung (KV) 61,4% - Emotionale Vernachlässigung (EV) 49,6% - Sexueller Missbrauch 40,5% - Emotionale Misshandlung (EM) 26,0% - Körperliche Misshandlung (KM) 13,1% <p>Studienziel: Erforschung der Beziehung zwischen Kindheitstraumata und klinischen Merkmalen der bipolaren Störung. Studiendesign: Die Ergebnisse des Childhood-Trauma-Questionnaire wurden verwendet, um die Prävalenz von Traumata zu erheben, danach wurden die klinischen Merkmale der bipolaren Störung mit den Kindheitstraumata in Verbindung gebracht. Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTQ, Childhood-Experience-of-Care-and-Abuse-Questionnaire • Impact of Events Scale-Revised (IES-R) • State-Trait Anxiety Inventory (STAI). 	<p>Eine signifikante Anzahl der TeilnehmerInnen mit bipolarer Störung gaben Erlebnisse von Gewalterfahrungen in der Kindheit an. Kindesmisshandlung stand außerdem im Zusammenhang mit dem Alter der PatientInnen zu Erkrankungsbeginn, komorbider PTSD- und Angstsymptomatik.</p> <p>Es zeigten sich signifikant negative Korrelationen zwischen dem Alter zu Erkrankungsbeginn und dem EM und EV Score ($p < 0,05$), sowie signifikant positive Korrelationen zwischen der CTQ-Gesamtpunktzahl, EM und dem IES-R Ergebnissen ($p < 0,05$).</p> <p>Ähnlich signifikante positive Korrelationen lagen zwischen EV, KV, dem CTQ-Gesamtergebnissen und dem STAI-Score vor.</p>
Etain et al. 2013 (63)	<p>Teilnehmer: 587 PatientInnen mit bipolarer Störung Studienziel: Untersuchung des Einflusses von Umweltfaktoren und Kindheitstraumata auf Bipolare Störungen. Studiendesign: Gewalterfahrungen (emotionale Misshandlung (EM) oder Vernachlässigung, sexueller Missbrauch (SM)) in der Kindheit wurden mittels CTQ erhoben. Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Achsen-I-Störungen • diagnostisches Interview für genetische Studien 	<p>Jeweils signifikante Zusammenhänge (alle $p \leq .001$) zwischen Kindheitstraumata (mind. 1 Subtyp) und:</p> <ul style="list-style-type: none"> - früherem Auftritt der bipolaren Störung - Suizidversuchen - rapiden Wechseln der Stimmungsepisoden - höheren Zahlen an depressiven Episoden <p>Sowohl emotionaler als auch sexueller Missbrauch waren eigenständige Risikofaktoren für einen früheren</p>

		<p>Auftritt der Erkrankung (jeweils $p=0.002$) und Suizidversuche (EM: $p=.023$, SM: $p=.012$). Sexueller Missbrauch war der stärkste Risikofaktor für rapide Stimmungswechsel ($p=0.007$).</p>
<p>Lee und Park 2016 (64)</p>	<p>Teilnehmer: 35 Patienten mit Depression</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs zwischen Kindesmisshandlung und dem Auftreten von Depressionen und Bipolarität.</p> <p>Studiendesign: Die Teilnehmer wurden je nach Präsenz oder Absenz des Faktors der Erfahrung von Kindheitsmisshandlungen in 2 Gruppen geteilt, jene mit Misshandlungsvergangenheit wurde weiter analysiert.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bipolar Spectrum Disorder Scale (BSDS) • Koreanische Version des CTQ • Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) • Barratt Impulsiveness Scale (BIS) • Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) • LDAEP (loudness dependence of auditory evoked potentials) als Maß der Serotonin-Aktivität • Hypomania Personality Scale • Beck Hopelessness Scale (BHS) 	<p>Die Ergebnisse dieser Studie sprachen für einen signifikanten Zusammenhang zwischen Erfahrungen von Kindesmisshandlung und dem Auftreten von Bipolarität bei Patienten mit Depression.</p> <p>Bei den Pat. mit Erfahrungen von einer oder mehr Arten der Kindesmisshandlung bestanden signifikant höhere Mittelwerte der BSS ($p=0,043$), BSDS ($p=0,0061$) und BHS ($p=0,017$) als bei den Pat. ohne Misshandlungsvergangenheit.</p> <p>Die Ergebnisse des CTQ zeigten positive Korrelation mit dem BSS ($p=0.036$), vor allem emotionaler Missbrauch zeigte positive Korrelation mit den Ergebnissen der BIS ($p=0.026$), BSS ($p=0.025$) und HAMD ($p=0.035$).</p>
<p>Souza-Queiroz et al. 2016 (65)</p>	<p>Teilnehmer: 47 gesunde Kontrollpersonen, und 32 Patienten mit bipolarer Störung die sich klinischen Bewertungen und MRT-Untersuchungen unterzogen.</p> <p>Studienziel: Erforschung des Effekts von Kindesmisshandlung auf das limbische System.</p> <p>Studiendesign: Erstellen von multimodalen MRT-Daten (T1, Diffusions-gewichtet, Ruhezustand fMRT) von allen Teilnehmern, und Anwendung einer Korrelationsanalyse zwischen CTQ-Ergebnissen und anatomisch-funktionalen Messungen des limbischen Systems:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hippocampal-Volumina • Amygdala-Volumina • präfrontal- limbische funktionelle Konnektivität (PFK) • uncinate fraktionale Anisotropie UFA 	<p>Die CTQ-Gesamtscores zeigten eine negative Korrelation mit dem Volumen der Amygdala, der PFK und UFA.</p> <p>Unter Berücksichtigung der CTQ-Subscores, beeinflusste nur Vernachlässigung (physisch und emotional) die untersuchten neuronalen Parameter.</p> <p>Die Studie liefert Hinweise darauf, dass Kindesmisshandlungserfahrungen das limbische System langfristig beeinflussen.</p>

Bei allen beschriebenen Studien zeigen sich Zusammenhänge zwischen den Gewalterfahrungen und einer bipolaren Störung. Vor allem die Studie von Etain et al. (2013) ergab Hinweise auf Zusammenhänge zwischen erlebten Kindheitstraumata und früherem Erkrankungsbeginn und schwerer ausgeprägter Symptomatik.

6.5 Borderline Störung

6.5.1 Definitionen

Ursprünglich entwickelte sich der Begriff „Borderline“ in den 30er-Jahren für ein Krankheitsbild, das weder der Gruppe der Psychosen noch der Gruppe der Neurosen zugeordnet werden konnte. (66) Laut ICD-10 wird die Bezeichnung heute der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. (5)

Das Krankheitsbild ist charakterisiert durch ausgeprägte Impulsivität und Instabilität von Emotionen, Stimmungslagen und des Selbstbildes, sowie durch vielfache instabile zwischenmenschliche Beziehungen. Durch die Störung der Affektregulation kommt es zu starken inneren Spannungszuständen, wodurch es häufig zu selbstschädigendem Verhalten kommt, als Versuch die innere Anspannung zu lindern. (66,67)

Nach dem DSM-5 finden sich unter den Kriterien zur Diagnosestellung der Borderline Störung 9 Punkte, von denen mindestens 5 erfüllt werden müssen (66,67):

1. Starke Furcht, von nahestehenden Personen verlassen zu werden, und größtes Bemühen, dieses tatsächliche oder imaginäre Verlassenwerden unter allen Umständen zu vermeiden
2. Muster an intensiven und instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen, gekennzeichnet durch wechselnde Extreme der Entwertung und Idealisierung
3. Ausgeprägte und langfristige Identitätsstörung (Instabilität der Selbstwahrnehmung oder des Selbstbildes)

4. Zwei potentiell selbstschädigende Bereiche sind von Impulsivität gekennzeichnet (z.B. Substanzabusus, Sexualität, Finanzen)
5. Vorliegen von selbstverletzendem Verhalten, Suiziddrohungen oder suizidalen Handlungen
6. Affektive Instabilität (z.B. hochgradige episodische Zuständen der Reizbarkeit, Angst oder Dysphorie, welche meist nur wenige Stunden anhalten)
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangemessene starke Wut oder Probleme mit der Wutkontrolle (ausgeprägte Wutausbrüche, wiederholt körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende paranoide Vorstellungen oder starke dissoziative Symptome, ausgelöst durch Stress

Die eindeutige Diagnosestellung der Borderline Störung ist im klinischen Alltag manchmal schwierig, da zeitweilig eine eindeutige Grenze zu anderen psychiatrischen Erkrankungen nicht klar gezogen werden kann. Weiters besteht oft eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen. (66)

6.5.2 Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen

Eine Vielzahl an Studien beschäftigt sich mit Korrelationen von Erfahrungen an Gewalt in der Kindheit und dem Auftreten von Borderline-Symptomatik. Eine Übersicht bietet Tabelle 14.

Tabelle 14 Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und Borderline Störung (68–72)

Autoren /Jahr	Methodik	Borderline-Symptomatik
<p>Lyons-Ruth et al. 2013 (70)</p>	<p>Teilnehmer: 56 Familien mit niedrigem Einkommen (n=56) Von den in den 56 Familien vorkommenden Jugendlichen erfüllten bezüglich Borderline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 41% Kriterien für 1-2 Symptome - 2% Kriterien für Diagnose <p>bezüglich Selbstverletzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21% zeigten wiederkehrende Suiziddrohungen oder SSV - 21% zeigten 2 oder mehr Arten von impulsivem selbstschädigenden Verhalten <p>Studienziel: Erforschung ob die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zur Vorhersage von Borderline-Symptomen und rezidivierender Suizidalität / selbstverletzendem Verhalten (SSV) in der späten Adoleszenz beiträgt.</p> <p>Studiendesign: Longitudinale Studie (seit Säuglingsalter), Erhebung der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion im Alter des Kindes von 18 Monaten, 8 Jahren und in der späten Adoleszenz (18-23 Jahre).</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-R (SCID) Achse II Störungen • Conflict Tactics Scale-2. Version (CTS-2) • Childhood Traumatic Experiences Scales-Revised (CTES- R) • Traumatic Stress Schedule (TSS) • Adult Attachment Interview (AAI) 	<p>Bei PatientInnen mit Borderline-Symptomatik wurde bei 48% sexueller oder körperlicher Missbrauch festgestellt, 7% berichteten von verbaler Gewalt.</p> <p>Die Schwere des Missbrauchs zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß der Borderline-Symptomatik ($p < 0,05$); es bestand jedoch kein signifikanter Zusammenhang mit Suizidalität oder SSV alleine ($p = 0,23$).</p> <p>Mütterlicher Rückzug im Kleinkindalter war ein signifikanter Risikofaktor für Suizidalität/Selbstverletzung.</p>
<p>Hecht et al. 2014 (69)</p>	<p>Teilnehmer: 599 Kinder (314 mit Misshandlungserfahrungen, 285 Vergleichspersonen) im Alter von 10-12 Jahren, aus Familien mit vergleichbarem niedrigen sozioökonomischen Hintergrund</p> <p>Gewaltaufteilung der 314 Pat. mit Misshandlungserfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 79,9% physische Vernachlässigung - 53,0% emotionale Misshandlung - 28,9% körperliche Misshandlung - 8,6% sexueller Missbrauch - 56,2% mit 2 oder mehr Subtypen der Gewalt 	<p>Kinder mit körperlicher Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung hatten in dieser Studie signifikant höhere Borderline-Scores (jeweils $p < 0,001$). Dieser Zusammenhang zeigte sich bei den TeilnehmerInnen mit sexuellem Missbrauch und emotionaler Misshandlung in dieser Studie nicht.</p>

	<p>Studienziel: Erforschung wie Misshandlung die Entwicklung von Merkmalen der Borderline-Störung in Kindheit und Jugend beeinflusst.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) 	
<p>Kuo et al. 2014 (72)</p>	<p>Teilnehmer: 243 StudentInnen</p> <p>Studienziel: Erforschung des Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit von emotionalen Missbrauch und der Schwere der Borderline-Störung, und ob Schwierigkeiten der Emotionsregulierung damit in Zusammenhang stehen.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTQ – kurze Form • Emotion Regulation Scale • Borderline Symptom List-23 	<p>Die Ergebnisse zeigten, dass die Häufigkeit von emotionalem Missbrauch (unter Ausschluss von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch) in der Kindheit stark mit der Schwere der Merkmale der Borderline-Störung in Zusammenhang steht.</p> <p>Es bestand außerdem ein indirekter Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und Borderline-Symptomatik, verursacht durch Schwierigkeiten in der Emotionsregulation.</p>
<p>McLean und Gallop 2003 (71)</p>	<p>Teilnehmer: 65 Frauen (> 18 Jahre), davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 38 mit early-onset sexuellen Missbrauchserfahrungen (Durchschnittsalter 4,63 Jahre) - 27 mit late-onset sexuellen Missbrauchserfahrungen (Durchschnittsalter 15,56 Jahre) <p>Studienziel: Untersuchung, ob Frauen mit einer Vorgeschichte des sexuellen Missbrauchs (early-onset und late-onset) eher diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) erfüllen.</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überarbeitetes diagnostisches Interview für Borderliner • Trauma Assessment Package • strukturiertes Interview für Störungen mit extremen Stress • Traumatic Antecedents Questionnaire 	<p>Early-onset Teilnehmerinnen (EOT) hatten signifikant höhere Borderline- und PTSD-Scores ($p < 0,0001$) als late-onset Teilnehmerinnen (LOT).</p> <p>Weiters zeigten sich signifikante Unterschiede der Umstände des Missbrauchs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72% der EOT hatten sexuelle Misshandlungserfahrungen intrafamiliär, im Vergleich zu nur 44% der LOT - 0% der EOT berichteten von Einzelvorkommnissen, im Vergleich zu 41% der LOT - 97% EOT berichteten von Reviktimisierung, im Vergleich zu nur 51% der LO. - 71% der EOT berichteten von Vernachlässigung durch beide Elternteile, im Vergleich zu nur 22% der LOT <p>Sexueller Missbrauch und innerfamiliärer (väterlicher) Missbrauch waren signifikante Prädiktoren für die Entwicklung sowohl der Borderline-Störung als auch der komplexen PTSD ($p < 0,05$),</p>

		väterlicher Inzest erhöhte die Wahrscheinlichkeit die Kriterien beider Diagnosen zu erfüllen um 26%.
--	--	--

Die Ergebnisse der Studien ergaben starke Zusammenhänge zwischen Kindheitstraumata und späterer Borderline-Symptomatik. Sowohl Lyons-Ruth et al. (2013) berichtete über signifikante Zusammenhänge, als auch Hecht et al. (2014). Vor allem körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch dürften maßgeblich zu der Ausprägung des Krankheitsbildes beitragen. (70)

6.6 Essstörungen

6.6.1 Definition der Krankheitsbilder

6.6.1.1 Anorexia nervosa

Patienten und Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) verlieren absichtlich massiv an Körpergewicht bis hin zu einem kachektischen Zustand, und haben panische Angst zuzunehmen. Sie leiden meist unter einer Körperschemastörung, haben dadurch eine verzerrte Einstellung zu ihrem äußeren Erscheinungsbild, und nehmen sich selbst trotz Untergewicht als „zu dick“ wahr. Krankheitseinsicht wird kaum gezeigt, eine Therapie wird abgelehnt und oft manipuliert, die Bedrohlichkeit des eigenen Zustandes wird verleugnet. (73–75)

Klinisch werden zwei Subtypen der AN unterschieden: der restriktive Typ, der nur durch Diät und Nahrungsmittelrestriktion eine Gewichtsabnahme herbeiführt, und der bulimische Typ (=purging Typ), der zusätzlich noch Erbrechen und den Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Einläufen als Mittel zur Gewichtsabnahme benutzt. (73,75)

Die Auswirkungen von einer AN sind vielseitig und häufig auch schwerwiegend:

- Die Minderversorgung des Körpers führt zu Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse und damit bei Frauen oft zu einer Amenorrhoe, bei Männern zu einer verminderten sexuellen Potenz. (75,76)

- Eine fulminante Form der Osteoporose, typischerweise am ausgeprägtesten im Lumbalbereich der Wirbelsäule, wird mit einer AN in Verbindung gebracht. Dies kann vertebrale Kompressionsfrakturen zur Folge haben, und auch die generelle Atrophie der Knochen führt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Knochenbrüchen. Auch bei einer kompletten Heilung von einer AN ist die Osteoporose oft irreversibel. (76)
- Die Muskeln werden durch die chronische Minderversorgung mit Nährstoffen angegriffen. Der Körper versucht aus den Muskeln die Nährstoffe zu ziehen, die ihm nicht genügend zugeführt werden. Einerseits atrophieren so die Muskeln der Extremitäten, andererseits aber auch der Herzmuskel, wodurch es zu Hypotonus und einer Verlangsamung der Herzfrequenz kommen kann. Um lebenswichtige Organe zu schützen wird die Peripherie weniger durchblutet, oft entsteht eine Acrozyanose der Finger und Zehen. Bei schweren Fällen von AN besteht selbst in Ruhe die Gefahr von Herzrhythmusstörungen und einem plötzlichen Herztod. (76)
- Eine AN verursacht eine Verminderung an Hirngewebe, wie mit CT-Scans und MRT belegt wurde. (65) Bei kognitiven Tests zeigen die Patienten und Patientinnen eine Beeinträchtigung der Denkprozesse, gerade am Anfang der Erkrankung sind diese Veränderungen oft subtil. Nach Heilung scheinen die strukturellen Veränderungen des Gehirns sich wieder zu bessern, zumindest teilweise. (76)
- Das Knochenmark wird durch eine AN negativ beeinflusst, die Produktion von Blutzellen wird gestört. Daraus resultieren Anämie, Leukopenien und/oder Thrombozytopenien. Die Funktion des Immunsystems kann verschlechtert werden, Schilddrüsenhormone können sinken und die Leberfunktion kann beeinträchtigt werden. (76)

In Tabelle 15 werden noch einmal die wichtigsten Kriterien zur Diagnostik nach dem ICD-10 angeführt.

Tabelle 15 Diagnostische Kriterien Anorexia nervosa, nach (5,73,75,77)

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0, DSM-5: 307.1)
1. Das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht, oder es besteht ein Quetelet-Kaup-Index (=BMI in kg/m ²) von 17,5 oder weniger.
2. Es kommt zu einem selbst herbeigeführten Gewichtsverlust durch: <ol style="list-style-type: none"> a) Vermeidung von hochkalorischen Nahrungsmitteln sowie einer oder mehrerer der folgenden Verhaltensweisen: b) selbst-herbeigeführtes Erbrechen (purging-Verhalten) c) selbst-induziertes Abführen (purging-Verhalten) d) übertrieben ausgeprägte körperliche Aktivität zum Verbrauch von Kalorien e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika (purging-Verhalten)
3. Es besteht eine Körperschema-Störung: eine tief verwurzelte Angst, dick zu werden. Die eigene Gewichtsschwelle wird sehr niedrig angelegt, und ist oft unerreichbar wenig.
4. Endokrine Störungen entstehen: <ul style="list-style-type: none"> - Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse → Amenorrhö (Ausnahme: Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption), Männer: Libido- und Potenzverlust. - Erhöhte Spiegel von Cortisol und Wachstumshormonen - Änderungen des Schilddrüsenhormonmetabolismus - Störungen der Insulinsekretion können ebenfalls vorliegen
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät: Es kommt zu einer Verzögerung oder Hemmung der Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte (z.B. Wachstumsstopp, fehlende Entwicklung der Brust und primäre Amenorrhö bei Mädchen, bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich in ihrer Ausprägung). Die Pubertätsentwicklung wird nach Remission häufig normal abgeschlossen; die Menarche tritt jedoch verspätet ein.
Zwei Subtypen der Magersucht: Anorexia nervosa vom restriktiven Typus (F50.00); Anorexia nervosa vom binge/purging-Typus (F50.01)

6.6.1.2 Bulimia nervosa

Hauptmerkmale der Bulimia nervosa (BN) sind ein Drang sich zu überessen, mit daraus resultierendem Kompensationsverhalten und einer zugrundeliegenden panischen Angst vor Übergewicht. Die „Fressanfälle“ entstehen aufgrund eines Kontrollverlustes über das eigene Essverhalten, es werden exzessiv zumeist sehr kalorienreiche Nahrungsmittel verzehrt, dabei ist eine Zufuhr von über 10.000 Kalorien durchaus möglich. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme kommt es zu selbst induziertem Erbrechen, es werden häufig zusätzlich Diuretika, Laxanzien oder Appetitzügler eingenommen. Die Betroffenen halten ansonsten meist Diät. Oft dienen die Essanfälle zur Kompensation negativer emotionaler Zustände, wie

Angst, Wut oder Enttäuschung. Nach dem Erbrechen treten jedoch häufig ausgeprägte depressive Verstimmungszustände auf. Ähnlich der Anorexie leiden BN-Patienten und -Patientinnen gelegentlich an einer Körperschemastörung, Die Betroffenen der BN können von leicht untergewichtig bis normalgewichtig und auch übergewichtig sein. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Diagnosekriterien nach ICD-10. (73,75,78)

Tabelle 16 Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa, nach (5,75,77,78)

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2, DSM-5: 307.50)
1. Es besteht eine andauernde Beschäftigung mit dem Thema „Essen“, eine unwiderstehliche Gier oder sogar ein Zwang nach Nahrungsmitteln. Es kommt zu Essattacken, bei welchen in sehr kurzer Zeit große Mengen an Nahrung zu sich genommen werden.
2. Die Betroffenen versuchen, eine Gewichtszunahme durch Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen zu verhindern: a) selbstinduziertes Erbrechen b) Missbrauch von Abführmitteln c) zeitweilige Hungerperioden d) Gebrauch von Appetitzüglern e) Schilddrüsenpräparate oder Diuretika
Besonderheit: Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, können Complianceprobleme bei der Diabetestherapie auftreten
3. Eine krankhafte Furcht dick zu werden ist vorhanden, und häufig ist die eigene Selbstwahrnehmung „zu dick zu sein“. Betroffene setzen sich selbst eine definierte Gewichtsgrenze, welche unter dem medizinisch als gesund festgelegten Gewicht liegt. Häufig in der Anamnese auch Episoden mit Anorexia nervosa.
Zwei Subtypen der Bulimia nervosa: Bulimia nervosa vom purging Typ Bulimia nervosa vom non-purging Typ

Betroffene einer BN können durch die ausgeprägten Essanfälle oft finanzielle Probleme entwickeln, und durch die Geheimhaltung und Abgrenzung sind auch soziale Folgen möglich. Aber auch die physischen Auswirkungen einer BN können gravierend sein: (73)

- Durch das chronische Erbrechen wird der Ösophagus der Magensäure ausgesetzt, was zu einer Entzündungsreaktion führt. Es kann so zu Rupturen kommen, die Bluterbrechen zur Folge haben. Auch der untere Ösophagussphinkter kann geschwächt werden und Reflux kann entstehen. (76)

- Der Elektrolythaushalt verändert sich durch das rezidivierende Erbrechen - der Kaliumspiegel sinkt und es besteht die Gefahr von Herzrhythmusstörungen. Dies wird noch verstärkt durch eine Minderernährung und dem Abusus von Diuretika oder Laxantien. (76)
- Erosionen der Zahnoberfläche durch den chronischen Angriff der Magensäure führen zu Zahnproblemen. Karies und Erkrankungen des Zahnfleisches sind häufig, in schweren Fällen ist sogar Zahnverlust die Folge. Auch eine Vergrößerung der Parotiden und submandibulären Lymphknoten tritt meist auf, die Schwellung führt zu sogenannten „Hamsterbacken“. (76)
- Gynäkologische Folgen sind oft unregelmäßige oder ausbleibende Perioden, auch bei Patientinnen mit adäquatem Gewicht. (76)
- Der chronische Gebrauch von Laxantien kann zu einer Dysfunktion des Darms führen, ein Gewöhnungseffekt tritt ein. Zusätzlich dazu entstehen metabolische Veränderungen die zur Entstehung von Nierensteinen beitragen. Hohe Dosen von Abführmitteln welche Phenolphthalein enthalten stehen im Zusammenhang mit Pankreatitis und Enzephalitis. (76)

Vielen Patienten und Patientinnen mit BN ist nicht bewusst, dass Abführmittel nicht zum Gewichtsverlust beitragen. Die Kalorien werden bereits aufgenommen bevor die Nahrung den Teil des Colons erreicht, wo die Wirkung der Laxantien einsetzt. Es wird nur ein temporärer Gewichtsverlust festgestellt durch das Absetzen von Kot und den Entzug von Wasser. (76)

6.6.1.3 Binge Eating Disorder

Wie bei der BN stehen bei der Binge Eating Disorder (BED) Essanfälle im Vordergrund, die mit Kontrollverlust einhergehen, es fehlen jedoch die Kompensationsversuche. Die Betroffenen sind zumeist leicht bis deutlich übergewichtig, bis zu 30-40% haben einen BMI von über 30 und sind damit adipös. Bei den vorkommenden Essanfällen wird oft ein erhöhtes Esstempo festgestellt, die Patienten und Patientinnen essen teils ohne körperliches Hungergefühl und bis über das als angenehm empfundene Völlegefühl hinaus.

Dabei wird eine Nahrungsmittelmenge verzehrt, die signifikant größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen verzehren würden. Die Betroffenen empfinden im Nachhinein Scham oder Schuld, Gefühle der Depression oder Selbstekel kommen vor. Für die Diagnosestellung müssen diese Art an Essanfällen zumindest an zwei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten vorkommen. Einen Überblick über die wichtigsten Kriterien der Diagnostik einer Binge-Eating-Störung bietet Tabelle 17, laut ICD-10 wird diese Erkrankung unter „F50.9 – nicht näher bezeichnete Essstörung“ eingeordnet. (73,75,78)

Tabelle 17 Diagnostische Kriterien der BES, nach (5,75,77,79)

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung (ICD-10: F50.9)
1. Regelmäßige Essanfälle mit folgenden Merkmalen: a) In einem bestimmten Zeitraum wird eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen als jene Menge, die andere Menschen in ähnlicher Zeitspanne unter vergleichbaren Umständen essen würden oder könnten. b) Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden. Es besteht das Gefühl nicht mehr aufhören zu können zu essen, und auch ein Kontrollverlust über was und wieviel man zu sich nimmt.
2. Die Essanfälle sind mit mindestens drei der folgenden Merkmale verbunden: a) Es wird wesentlich schneller gegessen als normalerweise b) Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl c) Es werden große Mengen gegessen, auch wenn man nicht hungrig ist d) Es wird allein gegessen aus Scham über die Menge, die man isst e) Nach einem Essanfall bestehen Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle
3. Es besteht ein deutlicher Leidensdruck bezüglich der Essanfälle.
4. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten auf.
5. Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen (zum Beispiel abführende Maßnahmen, Fasten oder exzessiver Sport) verbunden und treten nicht im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf. Die Betroffenen leiden häufig an Übergewicht (BMI = 25 bis 30) oder Adipositas (BMI > 30).

6.6.1.4 Nicht näher bezeichnete Essstörungen

Nicht näher bezeichnete Essstörungen (ESNNB oder EDNOS) sind eine schwierig einzuteilende Gruppe, der Begriff kommt jedoch sowohl im ICD10 als auch im DSM-IV vor. Generell werden hierbei alle Essstörungen zusammengefasst, die

nicht die Kriterien einer spezifischen Störung erfüllen, wie zum Beispiel folgende:
(79)

- PatientInnen mit Essstörungen, die sämtliche Kriterien der AN erfüllen, die jedoch trotz erheblichen Gewichtsverlustes ein Körpergewicht im Normbereich aufweisen.
- Die regelmäßige Anwendung von Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme gegensteuern, durch eine normalgewichtige Person, selbst nach dem Verzehr nur kleiner Nahrungsmengen (Beispiel: selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von 2 Keksen).
- Kauen-Ausspucken-Syndrom: das Kauen und Ausspucken von Nahrungsmengen, ohne diese hinunterzuschlucken (79)

6.6.2 Zusammenhänge von Essstörungen mit Gewalterfahrungen

Die Fragestellung, ob Traumatisierungen in der Familie als spezifischer Risikofaktor an der Entstehung einer Essstörung beteiligt sind, lässt sich nur überprüfen, indem man einerseits Daten erhebt ob Essgestörte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger angeben, Opfer von Gewalthandlungen gewesen zu sein, und andererseits bedarf es des Nachweises, dass Patienten und Patientinnen mit Essstörungen häufiger diesen Traumatisierungen ausgesetzt waren als Patienten und Patientinnen anderer psychischer Erkrankungen. (2)

Tabelle 18 Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und andere Belastungen in der Vorgeschichte Essgestörter (80–87)

Autoren /Jahr	Esstörung	Methodik	Esstörungssymptomatik
Jaite et al. 2012 (80)	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia nervosa 	<p>Teilnehmer: 77 AN-Patientinnen (davon 50 restriktiv, 27 binge-purge) und 44 gesunde Kontrollprobandinnen</p> <p>Studienziel: Erforschung von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit (SKM, KM, EM) bei erwachsenen Patientinnen mit restriktiver AN im Vergleich mit Patientinnen mit binge-purge AN und einer gesunden Kontrollgruppe</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> CTQ DSM-IV, Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders Composite International Diagnostic Interview 	<p>Pat. mit Binge-Purge-Typ zeigten signifikant höhere Mittelwerte im CTQ bei SKM, KM, KV, EM und EV als Pat. mit Restriktiv-Typ oder als die Kontrollgruppe.</p> <p>Zwischen AN-Pat. mit Restriktiv-Typ und der Kontrollgruppe bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich Misshandlungserfahrungen in der Kindheit</p>
Racine et al. 2015 (81)	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia nervosa 	<p>Teilnehmeranzahl: 188 AN-PatientInnen</p> <p>Alter: >16 J.</p> <p>Studienziel: Erforschung ob ein Zusammenhang zwischen Misshandlungserfahrungen in der Kindheit, Problemen der Emotionsregulation und der Ausprägung der Esstörungssymptomatik bei AN-Patientinnen besteht</p> <p>Rekrutierungort: Esstörungseinrichtung</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> CTQ Difficulties in Emotion Regulation Scale Structured Clinical Interview for DSM-IV Eating Disorder Examination 	<p>Der Zusammenhang zwischen emotionaler Misshandlung und der Schwere der Anorexie ist stärker ausgeprägt ($p < 0,001$) als der Zusammenhang zwischen sexueller und körperlicher Misshandlung und der Schwere der Anorexie.</p>
Steiger et al. 2010 (82)	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia nervosa Bulimia nervosa ESNNB 	<p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 mit Anorexie (AN) - 108 mit Bulimia nervosa (BN) - 60 mit nicht näher bezeichneter Esstörung (ESNNB) - 93 Personen ohne Esstörungssymptome und -Anamnese, BMI: 18-34 <p>Studienziel: Untersuchung des Zusammenhangs von Esstörungen</p>	<p>TeilnehmerInnen mit Esstörungen hatten häufig Kindheitserfahrungen von sexuellem Missbrauch.</p> <p>PatientInnen mit Esstörungen und zusätzlicher dissozial-impulsiver Psychopathologie zeigten eine besonders hohe</p>

		<p>mit einer Exposition von Gewalthandlungen in der Kindheit. Rekrutierungsort: Essstörungseinrichtungen Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating Disorder Examination • Childhood Trauma Interview für eindeutige KM und SM vor dem Alter von 14 Jahren 	Rate an Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung.
Guillaume et al. 2016 (83)	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nervosa • Bulimia nervosa • Binge-Eating-Störung 	<p>Teilnehmer: 192 Patientinnen (102 AN, 64 BN, 26 BES) Alter: >16 J. Studienziel: Erforschung, ob verschiedene Arten von Misshandlungserfahrung mit der Schwere von Essstörungen in Zusammenhang stehen. Rekrutierungsort: Essstörungseinrichtung Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mini-International Neuropsychiatric Interview • Eating Disorders Examination Questionnaire • Functioning Assessment Short Test • CTQ 	<p>Fast 21% der gesamten teilnehmenden Patientinnen gaben Erfahrungen mit 3 Arten von Gewalt an (EM, KM, SM). Patientinnen mit BN erlebten mehr EM ($p=0.009$) und EV ($p=0.1$) als Patientinnen mit AN oder BES.</p>
Bardone-Cone et al. 2008 (84)	<ul style="list-style-type: none"> • Bulimia nervosa 	<p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 101 BN ohne AN-Anamnese - 37 BN mit AN-Anamnese <p>Studienziel: Vergleich von Unterschieden bei Frauen mit BN (mit und ohne AN-Anamnese) bezüglich Kindheitsmisshandlungserfahrungen Rekrutierungsmethode: Via Medien und Essstörungseinrichtungen Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ) • Frost Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) • Barratt Impulsivity Scale • CTQ 	<p>Pat. mit BN mit AN-Anamnese berichten über mehr</p> <ul style="list-style-type: none"> - EV ($p=0,021$) - KV ($p=0,036$) - EM ($p=0,01$) - SKM ($p=0,033$) - KM ($p<0.001$) <p>als Pat. mit BN ohne AN-Anamnese.</p>
Kugu et al. 2006 (85)	<ul style="list-style-type: none"> • Bulimia Nervosa • Binge-Eating-Störung 	<p>Teilnehmer: 980 Studierende Studienziel: Erhebung der Prävalenz von Essstörungen in ländlichen Gebieten der Türkei, und Vergleich mit Kontrollgruppen bezüglich Selbstbewusstsein und Misshandlungserfahrungen.</p>	<p>Studierende mit Essstörung zeigten signifikant häufiger Erfahrungen mit EM und SM ($p<0.05$).</p> <p>Die Bewertung des Selbstbewusstseins war bei</p>

		<p>Studienverlauf: von den 980 Personen hatten 21 eine Essstörung (15 Frauen BN, 3 Frauen BES, 3 Männer BES)</p> <p>Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating-Attitudes-Test (EAT) • Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV • Childhood Abuse and Neglect Questionnaire • Rosenberg Self-Esteem Scale • Family Assessment Device (FAD) 	den TeilnehmerInnen der Gruppe mit Misshandlungserfahrungen signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$).
Pike et al. 2006 (88)	• Binge-Eating-Störung	<p>Teilnehmer: 538 Frauen (162 Frauen mit BES und 162 gematchte gesunde Frauen; 107 Frauen mit BES gematcht mit 107 Frauen mit anderen psychiatrischen Störungen ohne Zeichen einer Essstörung)</p> <p>Alter: 18-40 J.</p> <p>Studienziel: Untersuchung des Zusammenhangs von Lebensereignissen ein Jahr vor Auftritt der BES, und des Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und dem Auftreten einer BES.</p> <p>Studiendesign: epidemiologische Fall-Kontroll-Feldstudie</p> <p>Erhebungsinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I Störungen • Eating Disorder Examination (EDE) • Oxford Risk Factor Interview (RFI) 	<p>Patientinnen mit BES berichteten signifikant häufiger von Erfahrungen mit KM als psychisch gesunde Teilnehmerinnen ($p < 0,001$), jedoch nicht häufiger als allgemeinspsychiatrische Patientinnen ($p = 0,855$).</p> <p>Patientinnen mit BES gaben eine signifikant höhere Anzahl an relevanten Lebensereignissen (z.B. Misshandlungserfahrungen, Trauerfälle, Trennung von PartnerIn) im Jahr vor Auftritt der Essstörung an, als gesunde Kontrollprobandinnen ($p < 0,001$).</p>
Allison et al. 2007 (87)	• Binge-Eating-Störung	<p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 176 BES - 38 Adipöse ohne Essstörung - 57 mit Night Eating Syndrome NES (nächtlicher Heißhunger) <p>Studienziel: Vergleich von drei Probandengruppen mit verschiedenen Essstörungen bezüglich selbst-angegebenen Erfahrungen von Kindesmisshandlung</p> <p>Rekrutierungsmethode: Via Medien für Forschung und Therapiestudien</p> <p>Erhebung:</p>	<p>Alle 3 Gruppen berichteten hohe Raten an Misshandlungserfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BES 82% - NES 79% - Adipöse 71% <p>Bei BES generell signifikant mehr Formen der Misshandlungserfahrungen als bei adipösen Pat. ($p < 0,01$), aber nicht mehr als bei NES.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV • Beck Depression Inventory-II • Eating Disorder Examination • CTQ 	ProbandInnen mit BES berichteten über signifikant mehr EV als beide anderen Gruppen ($p < 0,05$).
--	--	--	---

AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia nervosa; BES = Binge-Eating-Störung; CTQ = Childhood-Trauma-Questionnaire; DSM-IV = 4. Edition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EM = emotionale Misshandlung; ESNNB = nicht näher bezeichnete Essstörung; EV = emotionale Vernachlässigung; KM = körperliche Misshandlung; KV = körperliche Vernachlässigung; SKM = sexueller Kindesmissbrauch; SM = sexueller Missbrauch

Dass Patienten und Patientinnen mit Essstörungen in ihrer Kindheit häufiger Opfer von körperlichen, emotionalen oder / und sexuellen Gewalttaten sind als Gesunde wird durch Studien belegt (z.B. Kugu et al. (2006), Pike et al. (2006), Allison et al. (2007), Steiger et al. (2010)). Jedoch im Vergleich mit anderen psychischen Erkrankungen wird in der Studie von Pike et al. (2006) keine gesteigerte Häufigkeit von Gewalterfahrungen bei PatientInnen mit Essstörungen festgestellt. Hierbei muss jedoch auch der Typ der Essstörung beachtet werden: bei Jaite et al. (2012) unterschieden sich die Zahlen der Angaben über Gewalthintergrund beispielsweise bei restriktiver Magersucht nicht im Vergleich zu Gesunden, waren jedoch im Vergleich zu Patienten und Patientinnen mit Binge-Purging-Typ niedriger. Auch berichteten bei Bardone-Cone et al. (2008) Bulimia-nervosa-Patientinnen, die eine Vorgeschichte mit Anorexie vorwiesen, über signifikant ($p < 0,001$) mehr körperliche und emotionale Vernachlässigung, emotionale und sexuelle Misshandlung und körperliche Misshandlung als jene Patientinnen ohne Anorexie-Hintergrund.

7. Diskussion

Frühe Gewalterfahrungen haben Folgen, sowohl auf das Verhalten, die Psyche und Kognition, aber auch körperlich zeigen sich verschiedenste physiologische, neurochemische und hormonelle Auswirkungen. (89,90)

In der Kindheit befindet sich das Gehirn in einem Prozess des synaptischen Umbaus und der aktivitätsabhängigen Myelinisierung, welche sowohl die graue als auch die weiße Substanz beeinflussen. Misshandlung in der Kindheit korreliert mit

Veränderungen der Gehirnstruktur, im Vergleich zu Kontrollgruppen zeigen sich in MRT-Untersuchungen kleinere cerebrale Volumina und laterale Ventrikel, sowie größere kortikale und präfrontal kortikale Rückenmarksflüssigkeitsvolumina. (89) Es wurden auch Einzelnukleotidpolymorphismen identifiziert, die die depressiven und anxiogenen Effekte eines frühen Traumas mitbeeinflussen dürften, beispielsweise wird ein CRF-R1-Rezeptor-Polymorphismus mit einem erhöhten Risiko für Depression und Suizidalität in Zusammenhang gebracht. Außerdem dürften Polymorphismen der BDNF-, PAC1-, 5HT3- und Oxytocin-Rezeptoren oder des Serotonintransporters die Entwicklung von affektiven und Angststörungen bei Personen mit frühen Gewalterfahrungen begünstigen. (90)

Eine Vielzahl der Studien beschäftigen sich einerseits mit der Thematik, dass das Risiko von Spätfolgen mit Anzahl der erlebten Gewaltereignisse steigt, und andererseits damit, dass Erfahrungen mit mehreren Arten von Misshandlung ein stärkeres Risiko für spätere psychiatrische Erkrankungen darstellen. (91) Doch es besteht auch die Theorie, dass bereits ein einzelnes Event von Misshandlung längerfristig Folgen in einem Kind hinterlassen kann. Rehan et al. (2016) untersuchten in einer Analyse von 10.980 männlichen und weiblichen Personen, hauptsächlich Zwillingen, die Auswirkungen von einer einzelnen Erfahrung mit einer Form von Misshandlung (emotional, körperlich oder sexuell) auf das Entstehungsrisiko psychopathologischer Symptome. (92) Im Vergleich mit Probanden und Probandinnen gänzlich ohne Gewalterfahrungen führten bereits einzelne Erfahrungen von emotionaler Misshandlung oder sexuellem Missbrauch zu einer stärker ausgeprägten Psychopathologie (beide $p < 0,001$). Im Bereich der körperlichen Misshandlung fand sich wiederum kein Unterschied in der Höhe des Risikos für das Auftreten einer Psychopathologie bei einmaliger Misshandlungserfahrung im Vergleich zu keinerlei Gewalterfahrungen, weder bei Frauen ($p = 0,212$) noch bei Männern ($p = 0,747$). (92) Ein weiteres Ergebnis dieser Studie von Rehan et al. (2016) war, dass verglichen mit einem einzelnen Vorkommnis von Gewalt eine wiederholte Anzahl von Gewalterlebnissen mit emotionaler oder körperlicher Misshandlung zu einer stärker ausgeprägten Psychopathologie führten. Bei sexuellem Missbrauch bestand jedoch kein

Unterschied in der Schwere der Auswirkung in Abhängigkeit von der Häufigkeit.
(92)

Ob diese Ergebnisse nur bei dieser Studie derart auftreten, oder vielleicht im Vergleich in anderen Erhebungen oder unter Miteinbezug anderer Erhebungsinstrumente unterschiedlich wären, müsste durch weitere Studien untersucht werden.

7.1 Offene Fragen

Bei Betrachtung der dargestellten Studien fällt auf, dass die Auswirkungen und Folgen von Vernachlässigung, sowohl körperlicher als auch emotionaler Natur, fast ausschließlich in Kombination mit anderen Gewaltformen untersucht wurden. Eine Studie von Stoltenborgh et al. (2012) bezieht sich peripher auf diese Thematik, ihr Titel lautet übersetzt „Die Vernachlässigung der Kindesvernachlässigung“, ihr Ziel war eine Bestimmung der Prävalenz von Vernachlässigung. (93) Das Ergebnis war eine niedrige Anzahl an Studien, die dieses Thema erforschten: 16 Studien über physische Vernachlässigung mit insgesamt 59.406 Teilnehmern, und 13 Studien für emotionale Misshandlung mit insgesamt 59.655 Teilnehmern. Dem gegenübergestellt wurde eine Analyse der Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch, welche über 200 Publikationen mit insgesamt über 400.000 Teilnehmern umfasste. (93)

Am häufigsten widmen sich Untersuchungen den Auswirkungen von Kindesmisshandlung, hierbei werden meist beide Geschlechter einbezogen, oder den Folgen von Gewalt gegen Frauen. Die Thematik der familiären Gewalt gegenüber Männern wird in Studien und Publikationen weniger stark behandelt. Wenn, dann finden sich Daten hierzu selten in empirischen Studien, und wenn doch meist in Vergleichsstudien von Partnerschaftlicher Gewalt. Dementsprechend gibt es wenige Informationen über die Folgen oder Bewältigungsstrategien von männlichen Opfern. (94)

Ansonsten hängt die Datengewinnung im Themenbereich der Gewalt sehr stark davon ab, ob und inwieweit die einzelnen Personen bereit sind, Angaben zu unterschiedlichen erlebten Gewaltformen zu machen. Hier ist besonders der äußerst sensible und oft schambesetzte Bereich der sexuellen Gewalt hervorzuheben. Nicht nur die grundsätzliche Bereitschaft, Angaben zu machen, ist eine zentrale Voraussetzung zur Datengewinnung, sondern auch die nötige Selbstreflexion, gewalttätige Übergriffe, sofern diese der eigenen Erinnerung zugänglich sind, sich einzugestehen und diese auch wiederzugeben. Und auch eine Verzerrung der Angaben aus sozialen Gründen oder kulturellen Wahrnehmungen ist nicht zu unterschätzen. (1)

Sowohl Fragebögen als auch Interviews beziehen ihre Ergebnisse aus Selbst-Berichten und einem retrospektiven Blick auf Ereignisse. Im Gegensatz dazu stehen gelegentlich Berichte von beispielsweise Fachleuten im Gesundheitswesen oder von Kinderschutzeinrichtungen, welche sich auf Beobachtungen und nicht auf potentiell verzerrte Erinnerungen stützen. (92,95)

8. Conclusio

Gewalterfahrungen im familiären Umfeld, sei es gegen Kinder oder gegen erwachsene Personen, haben sowohl kurz- als auch langfristig schädliche Auswirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit. Die untersuchten Studien zeigen übereinstimmend, dass Misshandlungserfahrungen mit einem breiten Spektrum an psychiatrischen Erkrankungen, wie Depressionen, Bipolarer Störung oder PTSD, in Zusammenhang stehen. Die psychiatrischen Erkrankungen können durch die Gewalterfahrungen in ihrer Entstehung gefördert werden, oder sich in ihrem Erkrankungsverlauf und der Ausprägung der Symptomatik verschlechtern. (3,26)

9. Literaturverzeichnis

1. Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C, Geserick C, Schmidt E-M. Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld - Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung; 2011. Available from: http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/gewaltpraevaleanz_2011.pdf.
2. Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2016.
3. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care. *Health Qual Life Outcomes*. 2016.14(1):74.
4. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013.58(3):469–83.
5. WHO-Ausgabe. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Krollner DB, editor. *J Med Pract Manage*. Version 20. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); 2006.25:368–72.
6. Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S. *Tatort Familie: Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2012.
7. Definition , Formen und Folgen häuslicher Gewalt. Schweizerische Eidgenossenschaft. 2014.:1–10.
8. Deegener G. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung : ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe; 2005. 874 p.
9. Krieger W, Lang A, Meißner S, Osthoff R. *Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch - im Aufgabenbereich der öffentlichen Träger der Jugendhilfe - Eine Einführung*. Stuttgart: ibidem-Verlag; 2007.
10. Harten H-C. *Sexualität, Mißbrauch, Gewalt: Das Geschlechterverhältnis und die Sexualisierung von Aggressionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 2013. 287 p.
11. Brockhaus U, Kolshorn M. *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen: Mythen, Fakten, Theorie*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag; 1993.
12. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva; 2013. Available from:

www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

13. Wingenfeld. Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Juli Psychother Psych Med.* 2010.60(60):442–50.
14. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Ärzteblatt Int. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH;* 2010.107(13).
15. Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: When Is It Munchausen Syndrome by Proxy? *Am J Orthopsychiatry.* 1986.56(4):602–11.
16. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child. BMJ Publishing Group;* 1996.75(1):57–61.
17. Herrmann B, Sperhake J, Herrmann B. Das Shaken Baby Syndrom – Konzepte und forensische Kontroversen. *Zeitschrift der DGgKV. Hamburg;* 2005.:4–17.
18. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH;* 2009.106(13):211–7.
19. [Http://www.wasserfarben.at/schuetteltrauma/biomechanik.html](http://www.wasserfarben.at/schuetteltrauma/biomechanik.html). Schüttel-Trauma. [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://www.wasserfarben.at/schuetteltrauma/biomechanik.html>
20. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. Das Schütteltrauma-Syndrom. *Dtsch Arztebl.* 2009.106(13).
21. National Center on Shaken Baby Syndrome. [cited 2017 Sep 28]. Available from: <https://www.dontshake.org/>
22. Kaselitz V, Lercher L. Gewalt in der Familie - Rückblick und neue Herausforderungen. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; 2002.
23. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Ärzteleitfaden Bayern - Körperliche Gewalt. Available from: <http://www.aerzteleitfaden.bayern.de/diagnose/koerperliche-gewalt.php>
24. Kinderschutzgruppe an Grazer Kinderklinik - G'sund.net. [cited 2016 Sep 26]. Available from: <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10114454/2875326/>
25. Jacobi G. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung - Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Bern: Huber; 2008.
26. MacDonald K, Thomas ML, Sciolla AF, Schneider B, Pappas K, Bleijenberg G, et al. Minimization of childhood maltreatment is common and consequential: Results from a large, multinational sample using the Childhood Trauma Questionnaire. Scott JG, editor. *PLoS One.* 2016.11(1).

27. Iffland B, Brähler E, Neuner F, Häuser W, Glaesmer H. Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health*. 2013.13(1):980.
28. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. *Can Fam physician M decin Fam Can*. College of Family Physicians of Canada; 2013.59(8):831–6.
29. Guttmann-Steinmetz S, Crowell JA. Attachment and Externalizing Disorders: A Developmental Psychopathology Perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Elsevier; 2006.45(4):440–51.
30. Zolotor A, Kotch J, Dufort V, Winsor J, Catellier D, Bou-Saada I. School Performance in a Longitudinal Cohort of Children at Risk of Maltreatment. *Matern Child Health J*. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers; 1999.3(1):19–27.
31. Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Vetto S. The cycles of violence. The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence. World Health Organization. 2007. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98783/E90619.pdf.
32. Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Maercker A, editor. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013. 469-486 p.
33. McLeer S V., Deblinger E, Henry D, Orvaschel H. Sexually Abused Children at High Risk for Post-traumatic Stress Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Elsevier; 1992.31(5):875–9.
34. Ihle W, Groen G, Walter D, Esser G, Petermann F. *Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2012.
35. Foy DW, editor. *Treating PTSD: Cognitive-behavioral Strategies*. New York: The Guilford Press; 1992.
36. Vranceanu A-M, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child Abuse Negl*. NIH Public Access; 2007.31(1):71–84.
37. Cantón-Cortés D, Cantón J. Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse Negl*. 2010.34(7):496–506.
38. Dunn EC, Nishimi K, Powers A, Bradley B. Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood? *J Psychiatr Res*. 2017.84:119–27.
39. *Psychiatriegespräch.de - Depression und depressive Zustände*. [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/depression/depression_diagnostik/
40. Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. *Kompendium Praktische Psychiatrie und*

- Psychotherapie. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag; 2013.
41. Grabenhofer-Eggerth A, Nowotny M, Tanios A, Kapusta N. Suizid und Suizidprävention in Österreich - Bericht 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Available from: http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/suizidbericht_2016.pdf.
 42. Möller H-J, Laux G, Deister A. Psychiatrie und Psychotherapie - Duale Reihe. Stuttgart: Thieme Verlag KG; 2005.
 43. Berger T. Suizidalität - Erklärungsansätze und therapeutischer Umgang mit suizidalen Klienten. GRIN Verlag; 2006.
 44. Rübenach SP. Todesursache Suizid. Wiesbaden; 2007. Available from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AktuellSuizid.pdf?__blob=publicationFile.
 45. Hayashi Y, Okamoto Y, Takagaki K, Okada G, Toki S, Inoue T, et al. Direct and indirect influences of childhood abuse on depression symptoms in patients with major depressive disorder. BMC Psychiatry. BioMed Central; 2015.15:244.
 46. Shenk CE, Griffin AM, O'Donnell KJ. Symptoms of major depressive disorder subsequent to child maltreatment: Examining change across multiple levels of analysis to identify transdiagnostic risk pathways. Dev Psychopathol. NIH Public Access; 2015.27(4 Pt 2):1503–14.
 47. Young JC, Widom CS. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. Child Abuse Negl. NIH Public Access; 2014.38(8):1369–81.
 48. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. BMJ. 1998.316:198–201.
 49. Harkness KL, Monroe SM. Childhood Adversity and the Endogenous Versus Nonendogenous Distinction in Women With Major Depression. Am J Psychiatry. American Psychiatric Publishing; 2002.159(3):387–93.
 50. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Child sexual abuse - a predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims. J Ment Heal. Taylor & Francis; 2002.11(1):79–84.
 51. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. JAMA. American Medical Association; 2001.286(24):3089.
 52. Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive Impact of Childhood Emotional , Physical , and Sexual Abuse on Suicide Attempts among Low - Income African American Women. Am Assoc Suicidol. 2002.
 53. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999.38(12):1490–6.

54. Morschitzky H. Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien: Springer-Verlag; 2013.
55. Leichsenring F, Salzer S. Generalisierte Angststörung psychodynamische Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2014.
56. Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015.175:424–40.
57. Phillips NK, Hammen CL, Brennan PA, Najman JM, Bor W. Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2005.33(1):13–24.
58. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action.* Taylor & Francis; 2016.9:29890.
59. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ, Melchior M, Goldberg D, et al. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychol Med.* 2007.37(3):441.
60. Becker R, Wunderlich H-P. Gefühlsstrukturen und neuronale Grundlagen bipolarer Störungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2010.
61. Yatham LN, Maj M. Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations. *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations.* Chichester, West Sussex: Wiley; 2010.
62. Li X-B, Liu J-T, Zhu X-Z, Zhang L, Tang Y-L, Wang C-Y. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *J Affect Disord.* 2014.168:58–63.
63. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, et al. Childhood Trauma Is Associated With Severe Clinical Characteristics of Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2013.74(10):991–8.
64. Lee B-H, Park Y-M. How Childhood Maltreatment Is Related to Suicidality, Bipolarity and Central Serotonergic Activity in Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Pilot Study. *Psychiatry Investig.* 2016.13(2):190.
65. Souza-Queiroz J, Boisgontier J, Etain B, Poupon C, Duclap D, d'Albis M-A, et al. Childhood trauma and the limbic network: a multimodal MRI study in patients with bipolar disorder and controls. *J Affect Disord.* 2016.200:159–64.
66. Sendera A, Sendera M. Borderline - Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH; 2016.
67. Neurologen und Psychiater im Netz - Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. [cited 2017 Oct 5]. Available from: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/startseite/>

68. Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. *J Abnorm Psychol.* NIH Public Access; 2013.122(1):180–94.
69. Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick NR. Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol.* NIH Public Access; 2014.26(3):805–15.
70. Lyons-Ruth K, Bureau J-F, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res.* NIH Public Access; 2013.206(2–3):273–81.
71. McLean LM, Gallop R. Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry.* 2003.160(2).
72. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 2014.39:147–55.
73. Meermann R, Borgart E-J. *Essstörungen: Anorexie und Bulimie: ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten.* 1st ed. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2006.
74. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2011.108(40):678–85.
75. G W, Brownell KD, Fairburn Brownell, K. D. CG. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook.* 2nd ed. Fairburn CG, Brownell KD, editors. New York: The Guilford Press; 2002. 524-528 p.
76. Barbara P. *Eating Disorders: New Directions in Treatment and Recovery.* 2nd ed. Kinoy BP, editor. New York: Columbia University Press; 2001. 364-376 p.
77. Dilling H, Freyberger HJ, editors. *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.* 6. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2013.
78. Reich G, Götz-Kühne C, Killius U. *Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Binge eatin.* Stuttgart: TRIAS; 2004.
79. Reich G, Cierpka M, editors. *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend.* 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2010.
80. Jaite C, Schneider N, Hilbert A, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H. Etiological Role of Childhood Emotional Trauma and Neglect in Adolescent Anorexia Nervosa: A Cross-Sectional Questionnaire Analysis. *Psychopathology.* 2012.45(1):61–6.
81. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an

- exploration of the role of childhood abuse. *Int J Eat Disord*. NIH Public Access; 2015.48(1):55–8.
82. Steiger H, Richardson J, Schmitz N, Israel M, Bruce KR, Gauvin L. Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *Int J Eat Disord*. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company; 2009.43(5).
 83. Guillaume S, Jausseant I, Maimoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, et al. Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Sci Rep*. Nature Publishing Group; 2016.6:35761.
 84. Bardone-Cone AM, Maldonado CR, Crosby RD, Mitchell JE, Wonderlich SA, Joiner TE, et al. Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality, and maltreatment. *Int J Eat Disord*. NIH Public Access; 2008.41(8):697–704.
 85. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izcic F. The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics. *Aust New Zeal J Psychiatry*. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2006.40(2):129–35.
 86. Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Res*. Elsevier; 2006.142(1):19–29.
 87. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behav Res Ther*. NIH Public Access; 2007.45(12):2874–83.
 88. Pike KM, Wilfley D, Hilbert A, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Res*. Elsevier; 2006.142(1):19–29.
 89. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci*. Frontiers Media SA; 2012.6:52.
 90. Nemeroff CB, Binder E. The Preeminent Role of Childhood Abuse and Neglect in Vulnerability to Major Psychiatric Disorders: Toward Elucidating the Underlying Neurobiological Mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014.53.
 91. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O’Farrill-Swails L. Single versus Multi-Type Maltreatment. *J Aggress Maltreat Trauma*. Taylor & Francis Group ; 2005.11(4):29–52.
 92. Rehan W, Antfolk J, Johansson A, Santtila P. Do Single Experiences of Childhood Abuse Increase Psychopathology Symptoms in Adulthood? *J Interpers Violence*. 2016.1:1–18.
 93. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Springer; 2013.48(3):345–55.
 94. Cizek B, Kapella O, Pfliegerl J, Steck M. *Gewalt in der Familie*. Wien:

Österreichisches Institut für Familienforschung; 2001. Available from:
http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/Langfassung_Gewaltbericht_2001.pdf.

95. Petersen AC, Joseph J, Feit M, Committee on Child Maltreatment Research P and P for the NDPI, Board on Children Y and F, Justice C on L and, et al. New Directions in Child Abuse and Neglect Research. New Directions in Child Abuse and Neglect Research. National Academies Press (US); 2014.