

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der**

Ludwig-Maximilians-Universität

München

Direktor: Prof Dr. med. H.-J. Möller

**Der Einfluß kindlicher Traumatisierung auf eine
spätere Alkoholabhängigkeit**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Isabelle Ursula Christine Rassaerts

aus

Düsseldorf

2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Universität München

1. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Michael Soyka
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Th. Gilg
Mitberichterstatter:	Priv. Doz. Dr. med. R. Werth Prof. Dr. med. W. von Suchodoletz
Mitbetreuung durch den Promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. Martin Schäfer
Dekan:	Prof. Dr. med. D. Reinhardt
Tag der mündlichen Prüfung:	14.07.2005

Für meine Familie

Erklärung:

Ich versichere ausdrücklich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher keinem Fachvertreter einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um die Zulassung zur Promotion beworben habe.

München, im November 2004

Isabelle Rassaerts

1	Einleitung	7
1.1	Zum Problem der Definition von Trauma, Mißbrauch und Mißhandlung	9
1.1.1	Definition sexueller Mißbrauch.....	10
1.1.2	Definition körperliche Mißhandlung.....	11
1.1.3	Definition emotionale Mißhandlung.....	12
1.1.4	Definition Vernachlässigung	13
1.1.5	Definition familiäre Gewalt	14
1.2	Eigene Fragestellung	15
2	Methoden	17
2.1	Erstellung des Trauma-Fragebogens.....	17
2.2	Beschreibung der Fragebögen	18
2.2.1	Trauma-Fragebogen.....	18
2.2.2	European Addiction Severity Index (EuropASI)	20
2.2.3	Symptom-Checkliste (SCL)	22
2.3	Auswahl der Stichprobe	23
3	Ergebnisse	24
3.1	Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe	24
3.2	Einfluß kindlicher Mißhandlungserfahrungen auf das Suchtverhalten	27
3.2.1	Vergleich zwischen Patienten, die angaben eine Mißhandlungserfahrungen gemacht zu haben und Patienten, die keine angaben	27
3.2.2	Vergleich zwischen Patienten, die sexuellen Mißbrauch angaben und Patienten, die keinen angaben	34
3.2.3	Vergleich zwischen Patienten, die körperliche Mißhandlung angaben und Patienten, die keine angaben	41
3.2.4	Vergleich zwischen Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben und Patienten, die keine angaben	48
3.2.5	Vergleich zwischen Patienten, die Vernachlässigung angaben und Patienten, die keine angaben	55
3.2.6	Vergleich zwischen Patienten, die angaben, vermehrt familiäre Gewalt erlebt zu haben und Patienten, die dies nicht angaben	62
3.	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander	69

3.3.1	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für eine Mißhandlung allgemein	69
3.3.2	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für sexuellen Mißbrauch	74
3.3.3	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für körperliche Mißhandlung.....	77
3.3.4	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für emotionale Mißhandlung.....	82
3.3.5	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade für Vernachlässigung	86
3.3.6	Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für familiäre Gewalt	90
3.4	Vergleich der Angaben aus dem EuropASI und dem Trauma-Fragebogen...	95
4	Diskussion	96
4.1	Methodenkritik	96
4.2	Prävalenz von Kindesmißhandlung allgemein	98
4.3	Einfluß traumatischer Kindheitserlebnisse auf Sucht-schwere und psychische Probleme.....	98
4.3.1	Einfluß sexuellen Mißbrauchs auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme	100
4.3.2	Einfluß körperlicher Mißhandlung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme	102
4.3.3	Einfluß emotionaler Mißhandlung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme	103
4.3.4	Einfluß von Vernachlässigung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme	105
4.3.5	Einfluß des Erlebens interparentaler Gewalt auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme	106
4.4	Geschlechtsspezifische Unterschiede	108
4.5	Zusammenfassung	108
5	Anhang	113
5.1	Tabellenverzeichnis	113
5.2	Literaturverzeichnis.....	117

1 Einleitung

Alkoholismus ist eine Krankheit, die alle Gesellschaftsschichten durchdringt. Alkohol ist eine legale Droge, deren ständiger und erhöhter Konsum sozial wie ökonomisch dramatische Auswirkungen haben kann. In Deutschland sind nach Einschätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (2003) 1,2 Millionen Menschen alkoholabhängig. Für behandlungswillige Alkoholiker gibt es 30 000 Therapieplätze in verschiedenen Einrichtungen. Die Behandlung dort führt allerdings nur bei 30% aller Erkrankten zur langfristigen Abstinenz und somit zum Erfolg (Soyka, 2000).

Erstaunlich ist, daß trotz der unbefriedigenden Behandlungsergebnisse wenige individuell differenzierende Behandlungsstrategien existieren. Vielmehr sind Patienten in therapeutischen Einrichtungen in das dort bevorzugte Therapiekonzept eingebunden, ohne Untergruppen mit unterschiedlicher Prognose unterschiedlichen Therapieangeboten zuzuordnen. Unterschieden wird in aller Regel nur nach Dauer der Abhängigkeit, Alter des Patienten, Suchtstoff, eventuell Geschlecht und vor allem nach Orientierung und Ausrichtung der therapeutischen Einrichtung (z. B. religiös orientiert, ganzheitlich orientiert, ehemalige Suchtkranke als Therapeuten, u.s.w.) (Schäfer et al. 1998). Alkoholranke Patienten stellen aber keine homogene Patientengruppe dar. Neue Ansätze zur Einteilung in Patientenuntergruppen ergeben sich aus Überlegungen zum Einfluß der genetischen Prädisposition für Alkoholabhängigkeit, der familiären Belastung, des Einfluß des sozialen Umfelds und aus der Erforschung von möglicherweise zur Sucht prädisponierenden Persönlichkeitseigenschaften.

Gerade diese Auffälligkeiten bezüglich der Persönlichkeit scheinen aus klinischer Sicht Suchtverhalten, Suchtverlauf, Therapierbarkeit und Prognose entscheidend zu beeinflussen. Als eine mögliche Ursache solcher Auffälligkeiten werden schwerwiegende traumatisierende Ereignisse in der Kindheit angesehen.

Rounsaville et al. (1982) konnten z.B. zeigen, daß Suchtpatienten mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit später durch eine besonders auffällige Psychopathologie, niedrige soziale Kompetenzen und schlechte therapeutische Prognose im Vergleich zu nicht traumatisierten Patienten auffielen.

Daraus ergibt sich die These, daß Suchtkranke mit einer Mißbrauchsvorgeschichte gehäuft in der Gruppe der schwer therapierbaren Patienten zu finden sind und die schlechte Prognose möglicherweise gebessert werden könnte, wenn die

Mißbrauchsvorgeschichte erkannt und ergänzende psychotherapeutische Maßnahmen in die Suchttherapie eingebunden werden.

Aufgrund des Kenntnisstandes der aktuellen Literatur läßt sich kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen kindlichen Traumatisierungserlebnissen und späterer Sucht feststellen. Allerdings wird deutlich, daß Patienten mit solchen Erlebnissen schwerer therapierbar sind, einen vermehrten Konsum aufweisen und mehr psychische Begleiterkrankungen haben als Patienten ohne Traumatisierung.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Einfluß einer kindlichen Traumatisierung auf die genannten Punkte zu untersuchen und darzustellen.

Dazu wurde eine Studie mit 200 alkohol- und drogenabhängigen Patienten auf den Entzugsstationen mehrerer psychiatrischer Krankenhäuser durchgeführt, bei der die Patienten zu ihrer Sucht und möglichen Traumatisierungserlebnissen in der Kindheit befragt wurden.

In einer parallelen Arbeit werden die Ergebnisse der Auswirkungen von Traumatisierungserfahrungen auf eine spätere Drogenabhängigkeit beschrieben.

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die Ergebnisse für alkoholranke Patienten.

1.1 Zum Problem der Definition von Trauma, Mißbrauch und Mißhandlung

Was ist Kindesmißhandlung? Es gibt darauf keine allgemeingültige, allumfassende Antwort, da Kindesmißhandlung eine heterogene Gruppe negativer Einwirkungen auf das Kind darstellt. Außerdem ist der richtige Umgang mit Kindern in verschiedenen Kulturen und zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich interpretiert worden. Zudem spielt auch immer das Alter eines Kindes eine Rolle, ob eine Handlung als Mißhandlung eingestuft werden kann, oder nicht.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) definiert Kindesmißhandlung folgendermaßen:

„Kindesmißhandlung ist ein das Wohl und die Rechte des Kindes beeinträchtigendes Verhalten oder Handeln, bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge durch Eltern oder andere Personen in Familien oder Institutionen, das zu nicht-zufälligen, erheblichen Verletzungen, zu körperlichen und seelischen Schädigungen und/oder Entwicklungsgefährdungen eines Kindes führt, die die Hilfe und eventuell das Eingreifen von Jugendhilfe- Einrichtungen in die Rechte der Inhaber der elterlichen Sorge im Interesse der Sicherung der Bedürfnisse und des Wohls eines Kindes notwendig machen.“

In dieser Arbeit wurden fünf Mißhandlungsformen definiert:

1. Sexuelle Mißhandlung
2. Körperliche Mißhandlung
3. Emotionale Mißhandlung
4. Vernachlässigung
5. Familiäre Gewalt

1.1.1 Definition sexueller Mißbrauch

Es gibt nicht **die** Definition des sexuellen Mißbrauchs, schließlich ist sie immer abhängig von der Zeit und der Umgebung. So war der sexuelle Kontakt Erwachsener mit Kindern im alten Griechenland und Rom gebräuchlich und gesellschaftlich akzeptiert, heute ist er dagegen strafbar.

Kempe (1968) beschreibt sexuellen Mißbrauch als Verwicklung von abhängigen, unreifen Kindern und Erwachsenen in sexuelle Handlungen, die sie nicht völlig verstehen, zu denen sie nicht fähig sind ihre Zustimmung zu geben, oder welche die Tabus familiärer Rollenverteilung verletzen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) sieht sexuellen Mißbrauch als „eine geltende Generationsschranken (unter Ausnutzung einer Machts- und Autoritätsposition) überschreitende sexuelle Aktivität eines Erwachsenen mit Minderjährigen in Form der (1) Belästigung, (2) der Masturbation, (3) des oralen, analen oder genitalen Verkehrs oder (4) der sexuellen Nötigung, bzw. (5) der Vergewaltigung sowie (6) der sexuellen Ausbeutung durch Nötigen von Minderjährigen zu pornographischen Aktivitäten und Prostitution, wodurch die körperliche und seelische Entwicklung, die Unversehrtheit und Autonomie, die sexuelle Selbstbestimmung der Minderjährigen gefährdet und beeinträchtigt werden und die Gesamtpersönlichkeit nachhaltig gestört wird.“

Manche Autoren sind der Ansicht, das Alter des Mißhandelnden bzw. des Mißbrauchten spiele eine wesentliche Rolle. Vor allem gibt es bei den meisten ein Begrenzungsalter. Ist dieses überschritten, so wird der Mißbrauch anders bewertet. Briere und Runtz (1991) legen dieses Alter bereits bei 14 Jahren fest, Finkelhor et al. (1984) bei 16, Russel und Wyatt (1983) bei 17 Jahren.

In vorliegender Untersuchung, die sich vor allem auf kindliche Mißbrauchserlebnisse bezog, wurde nach traumatischen Erlebnissen gefragt, die vor dem 14. Lebensjahr stattfanden.

1.1.2 Definition körperliche Mißhandlung

Wie für sexuellen Mißbrauch gibt es aus den gleichen Gründen keine allgemeingültige Definition der körperlichen Mißhandlung. Ob eine Tat als Mißhandlung empfunden wird ist abhängig von kulturellen Überzeugungen, der Zeit und der Umgebung.

1962 schuf der amerikanische Kinderarzt C. H. Kempe (1968) den Begriff des „battered-child-syndrome“, womit er als einer der ersten versuchte, dieses Thema der Öffentlichkeit nahe zu bringen.

Martinius (1989) bezeichnet körperliche Mißhandlung als „ungesteuertes Strafen und ein weder inhaltlich noch zeitlich isolierbares Ereignis, sondern ein Vorgang, innerhalb dessen die körperliche Mißhandlung den zwar kennzeichnenden Schritt, aber eben doch nur einen Schritt darstellt. Dieser Schritt ist gewaltsam, herausragend und wegen der durch ihn erzeugten körperlichen Schäden mehr oder weniger oft Anlaß für seine Entdeckung“.

Remschmidt (1986) meint „der Begriff Kindesmißhandlung umschreibt die nicht-unfallbedingte körperliche oder seelische Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen durch erwachsene Beziehungs- oder Betreuungsperson“.

Und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschreibt den Begriff folgendermaßen: „Körperliche Mißhandlung umfaßt alle Handlungen, vom einzelnen Schlag mit der Hand, über Prügeln, Festhalten und Würgen bis hin zum gewaltsamen Angriff mit Riemen, Stöcken, Küchengegenständen und Waffen, die zu einer nicht-zufälligen körperlichen Verletzung eines Kindes führen, wobei es vor allem zu Blutergüssen, Prellungen Schädel- und Knochenbrüchen, aber auch zu inneren Verletzungen und zu Verbrennungen kommt“.

1.1.3 Definition emotionale Mißhandlung

Emotionale Mißhandlung ist die Basis einer jeden Mißhandlung, auch der körperlichen, da diese immer auch eine psychische Verletzung darstellt.

Die Schwierigkeit eine Definition für emotionale oder auch psychische Mißhandlung zu formulieren, liegt nach Meinung der Autoren Mc Gee und Wolfe (1991) darin, daß die Mißhandlung verschieden betrachtet werden kann. Ist eine nicht-physische Mißhandlung gleichzusetzen mit einer emotionalen Mißhandlung? Und bezieht sich „emotional“ auf die Art der Mißhandlung (d.h. die Kränkung erfolgt auf der non-physischen, verbalen Ebene) oder auf die Folgen für das Kind (d.h. trägt es psychische Schäden davon)? Außerdem kann eine psychische Mißhandlung physische Schäden bedingen, z.B. Gedeihstörungen ohne organische Ursache, aber auch psychische Folgen beim Kind auslösen, z.B. ein vermindertes Selbstvertrauen. Weiterhin ist zu klären, ob die psychischen Folgen einer körperlichen Mißhandlung als emotionale Mißhandlung eingestuft werden können, da ein mißhandeltes Kind möglicherweise vermehrt ängstlich ist, wenn es mehrfach körperlich verletzt worden ist. Zum besseren Verständnis der Problematik haben Mc Gee und Wolfe eine Tabelle erstellt.

Tabelle 1 Beschreibung der emotionalen Mißhandlung (nach Mc Gee und Wolfe, 1991)

		Mißhandlungsform	
		Physisch	nicht-physisch/psychisch
Folgen für das Kind	Physisch	Physische Mißhandlung mit körperlichen Folgen (1)	Psychische/emotionale Mißhandlung mit körperlichen Folgen (2)
	Nicht-physisch/psychisch	Physische Mißhandlung mit psychischen Folgen für das Kind (Angst) (3)	Psychische Mißhandlung mit psychischen Folgen (mangelndes Selbstwertgefühl) (4)

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) beschreibt die emotionale Mißhandlung so: „Sie umfaßt qualitativ und quantitativ ungeeignete und unzureichende, altersinadäquate Handlungen und Beziehungsformen und

verhältnisse von Sorgeberechtigten zu Kindern in der Form der Ablehnung, des Überforderns, des Herabsetzens, des Ängstigen und Terrorisierens, des Isolierens, des Korumpierens, der Ausbeutung und der Verweigerung emotionaler Zuwendung und Unterstützung, wodurch das Bestreben eines Kindes, seine affektiven, kognitiven und moralischen Entwicklungsbedürfnisse zu befriedigen, in einem Maße eingeschränkt, frustriert und durchkreuzt wird, daß die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes beeinträchtigt und geschädigt wird.“ Demnach beschränkt das Bundesministerium die emotionale Mißhandlung auf eine nicht-physische Mißhandlungsform mit seelischen Folgen (Feld 4 der Tabelle). Andere Autoren verwenden ähnliche Definitionen, so Garbarino et al. (1986) und auch Hart und Brassard (1987).

1.1.4 Definition Vernachlässigung

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich sehr viel weniger Untersuchungen zu dem Thema Vernachlässigung in der Kindheit und ihre Folgen auf die Entwicklung, als zu körperlicher oder sexueller Mißhandlung und deren Folgen.

Dabei gilt Vernachlässigung laut dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als die häufigste Kindesmißhandlung.

Einen Versuch Vernachlässigung umfassend zu definieren, hat Zuravin (1991) unternommen. Ihrer Ansicht nach läßt sich Vernachlässigung in Subtypen gliedern, die auf verschiedenen Kategorien elterlichen Fehlverhaltens bzw. das des Erziehungsberechtigten basieren. Hierzu gehören:

- Unzureichende oder fehlende medizinische Versorgung, d.h. notwendige medizinische Betreuung durch Fachpersonal bei Krankheit, Verletzung oder anderer Beeinträchtigung der Gesundheit wird dem Kind vorenthalten.
- Verzögerte medizinische Versorgung, d.h. eine Konsultation des Fachpersonals erfolgt, allerdings deutlich später, als eigentlich angebracht, bzw. angeordnete Therapien werden nicht ausreichend durchgeführt oder eingehalten.
- Vernachlässigung der Aufsichtspflicht, d.h. ein Kind wird über einen längeren Zeitraum nicht adäquat beaufsichtigt, nicht von einem vereinbarten Ort abgeholt, anderen übergeben ohne zu hinterlassen, wann es wieder abgeholt wird, bzw.

einer Person übergeben, die nicht zur Aufsicht in der Lage ist, aufgrund geistiger Behinderung, körperlicher Gebrechlichkeit, Alter etc.

- Andere Formen der Aufsichtsverletzung, d.h. ein Kind wird auf mehrere Haushalte aufgeteilt, da der Erziehungsberechtigte nicht gewillt ist, sich um das Kind zu kümmern; Verweigerung, ein Kind wieder aufzunehmen, nachdem es von zu Hause ausgerissen ist.
- Gefahrenquellen werden ignoriert, d.h. ein Kind wird unnötigen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt durch mangelnde Wahrnehmung potentieller Gefahren, wie unzureichend gesicherte Stromkabel oder Steckdosen, Ungeziefer in der Umgebung bei mangelhafter Hygiene, unsaubere Haustiere; ein Kind erhält keine ausreichende, gesunde Ernährung oder dem Klima angemessene Kleidung; es wird über einen unzumutbaren Zeitraum allein im Auto gelassen, oder wird im Auto mitgenommen, obwohl der Fahrer Alkohol oder Drogen eingenommen hat.

Es muß natürlich im Einzelfall abgewogen werden, ob tatsächlich eine Vernachlässigung vorliegt. Dabei mag es ein deutlicher Unterschied sein, ob ein Kind drei Jahre alt ist, oder zwölf.

1.1.5 Definition familiäre Gewalt

Familiäre Gewalt bedeutet nach Mc Gee et al. (1995), daß man physischer Gewalt zwischen Eltern und/oder Gewalt zwischen Eltern und ihren Partnern ausgesetzt ist. Sie wird durch den Grad der verwendeten Gewalt quantifiziert.

1. Gewalterlebnisse ohne direkten Kontakt, d.h. einen Gegenstand werfen, den Partner schlagen oder treten
2. Gewalterlebnisse mit körperlichem Kontakt, die in der Regel nicht tödlich verlaufen, z.B. den Partner schubsen, schlagen oder ihn mit einem Gegenstand bewerfen
3. Potenziell gesundheitsgefährdende bis tödlich verlaufende Übergriffe, d.h. Verprügeln des Partners, massive Bedrohung und/oder Verwendung einer Waffe

Für Kinder gilt es als traumatisches Erlebnis, physische Gewalt zwischen den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten miterleben zu müssen. Fergusson & Horwood (1998) beschrieben, daß diese indirekte Form der Gewalterfahrung zu längerfristigen

Entwicklungsstörungen, psychischen Problemen und erhöhter Suchtbereitschaft bei den Opfern führen konnte.

Gerade in Familien mit Suchterkrankungen spielt Gewalt zwischen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine große Rolle und kommt deutlich häufiger vor, als in nicht suchtkranken Familien (Dube et al. 2002, Marcenko et al. 2000). Aus diesen Gründen wurde die familiäre Gewalt in unserer Studie miteinbezogen.

1.2 Eigene Fragestellung

Weltweit haben sich bereits viele Studien mit dem Problem der kindlichen Traumatisierung und ihren Folgen befaßt. Meist wurden jedoch einzelne Mißhandlungsformen und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter betrachtet (Briere & Runtz 1991, Zuravin 1991, Finkelhor 1985, Martinius 1984). Außerdem wurde häufig untersucht, ob sich als Folge des Traumas vermehrt Alkoholabhängigkeit entwickelt (Dube et al. 2002, Schäfer et al. 2000, Moncrieff et al. 1996, Spatz Widom et al. 1994).

Nur in wenigen Studien neuerer Zeit wurde vertieft auf eine Kombination mehrerer Mißhandlungsformen eingegangen (z. B. Mc Gee et al. 1995). Ebenfalls fehlen Studien, die Mißhandlung als Einflußfaktor für eine spätere erhöhte Symptombelastung untersuchen. So kann man davon ausgehen, daß kindliche Traumatisierungen eine unspezifische Ursache für bestimmte Krankheitsbilder wie Sucht, und andere psychiatrische Erkrankungen wie Eßstörungen, Depressionen, Bipolare Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen darstellen (Boney-Mc Coy & Finkelhor, 1995, Windle et al. 1995, Wonderlich et al., 1997, Paris, 1998, Hyun et al. 2000, Lysaker et al. 2001). Die Fragestellung unserer Studie war daher, ob Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit die Suchtschwere und die Entwicklung psychischer Probleme bei suchtkranken Patienten beeinflussen. Es wurde untersucht, ob diese Patienten eher zu psychischen Problemen neigen, als Patienten ohne solche Erfahrungen. Durch eine ausführliche Untersuchung der einzelnen Mißhandlungsformen soll erläutert werden, ob diese ein Faktor für die Schwere einer Abhängigkeit und weitere Belastungen, wie psychische Probleme oder Störung der sozialen Beziehungen darstellen. Zusätzlich wurden die Mißhandlungsformen in

Schweregrade zu unterteilt, um den Einfluß der Mißhandlung und ihrer Intensität auf die Suchtschwere und die Symptombelastung zu untersuchen.

2 Methoden

2.1 Erstellung des Trauma-Fragebogens

In Ermangelung eines bestehenden validierten Fragebogens bezüglich der retrospektiven Erfassung von Mißbrauchserfahrungen im Kindes- und Jugendalter wurde im Rahmen der Doktorarbeit in Zusammenarbeit mit Dr. Martin Schäfer und Marion Schnieders in Anlehnung an Mc Gee et al. (1995) ein umfangreicher Fragebogen entwickelt, der folgende Themenbereiche umfaßt:

- Fragen zur Person und zur familiären Situation in der Kindheit
 - demographische Daten des Befragten
 - berufliche Situation der Eltern
 - Anzahl der Geschwister
 - Trennung von den Eltern
- Fragen zu sexuellen Mißbrauchserfahrungen
 - Mißhandlungen vor dem 14. Lebensjahr
 - Einteilung in Schweregrade
 - Täterbeschreibung
 - Häufigkeit
 - Einschätzung des Befragten, ob Einfluß auf die heutige Sucht vermutet wird
- Fragen zu körperlichen Mißhandlungserfahrungen
 - Mißhandlungen vor dem 14. Lebensjahr
 - Einteilung in Schweregrade
 - Alter zum Zeitpunkt der Mißhandlung
 - Täterbeschreibung
 - Häufigkeit
 - Einschätzung des Befragten, ob Einfluß auf die heutige Sucht vermutet wird
- Fragen zu emotionalen Mißhandlungserfahrungen
 - Einteilung in Schweregrade
 - Einschätzung des Befragten, ob Einfluß auf die heutige Sucht vermutet wird
- Fragen zu Vernachlässigung
 - Einteilung in Schweregrade
 - Einschätzung des Befragten, ob Einfluß auf die heutige Sucht vermutet wird

- Fragen zu Gewalt in der Familie
 - Einteilung in Schweregrade
 - Einschätzung des Befragten, ob Einfluß auf die heutige Sucht vermutet wird

2.2 Beschreibung der Fragebögen

2.2.1 Trauma-Fragebogen

Der entwickelte Trauma-Fragebogen gliedert sich in zwei Abschnitte:

Im ersten Teil, in dem auf die Person und die familiäre Situation des Befragten eingegangen wurde, wurden Fragen zum derzeitigen Alter, dem Geschlecht, der Staatsangehörigkeit und zum Geburtsland gestellt. Außerdem wurden Angaben zur Berufsgruppe und dem Einkommen der Eltern erbeten, die Anzahl der Geschwister und deren Geschlecht erfragt und ob vor bzw. nach dem 6. Lebensjahr eine längere Trennung von den Eltern, z.B. durch einen Heimaufenthalt stattfand.

Der zweite Abschnitt, bestehend aus fünf Kapiteln, befaßte sich mit verschiedenen Mißhandlungserfahrungen, die in fünf Gruppen (sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung, emotionale Mißhandlung, Vernachlässigung und Gewalt in der Familie) unterteilt wurden. Es wurde nur nach Erlebnissen gefragt, die vor dem 14. Lebensjahr stattfanden.

In der jeweiligen Gruppe wurde das Trauma definiert und mögliche Formen beschrieben, im Anschluß wurde eine subjektive Einschätzung der Mißhandlungsschwere durch Angabe auf einer Skala von 1 bis 10 (1= leicht, 10= schwer) erbeten.

Die Gruppen wurden jeweils unterteilt in eine leichte, mittlere und schwere Form der Mißhandlung, die genau definiert wurden.

Sexueller Mißbrauch:

- Als leichter Mißbrauch wurden Handlungen eingestuft, die der sexuellen Erregung und Befriedigung anderer dienen, wobei aber keinerlei direkter körperlicher Kontakt stattfand, z.B. sich nackt fotografieren lassen zu müssen.

- Als mittelschwerer Mißbrauch wurden Handlungen eingestuft, die der sexuellen Erregung und Befriedigung einer erwachsenen Person dienen und mit körperlichem Kontakt einhergehen, bei denen es aber nicht zum vollzogenen Geschlechtsakt mit Penetration kam, z.B. Berührung der Geschlechtsteile.
- Als schwerer Mißbrauch wurde der vollzogene Geschlechtsakt mit oraler, vaginaler oder analer Penetration definiert.

Körperliche Mißhandlung:

- Als leichte Mißhandlung wurden gelegentliche bis häufige Schläge definiert, die keine körperlichen Schäden zur Folge hatten.
- Als mittelschwere Mißhandlung wurden brutale Situationen definiert, in denen der Befragte zwar gesundheitlich gefährdet war, in denen es aber nicht zu körperlichen Schäden kam, z.B. über Balkonbrüstung gehalten werden mit der Drohung fallengelassen zu werden.
- Als schwere Mißhandlung wurden alle Mißhandlungen eingestuft, die körperlichen Folgeschäden nach sich zogen, wie Verbrennungen oder Knochenbrüche.

Emotionale Mißhandlung:

- Als leichte emotionale Mißhandlung wurden häufige Kränkungen, ungerechtfertigte und heftige Kritik und Lieblosigkeit der Erziehungsberechtigten definiert.
- Als mittelschwere emotionale Mißhandlung wurden Verspotten durch die Erziehungsberechtigten, Feindseligkeit von seitens der Erziehungsberechtigten und Konfrontation mit kriminellen Einflüssen eingestuft.
- Eine schwere emotionale Mißhandlung wurde definiert als Drohung mit massiven Bestrafungen, der häufigen Mitteilung, der Patient sei unerwünscht oder der absichtlichen Zerstörung eines für den Patienten wichtigen Gegenstandes.

Vernachlässigung:

- Als leichte Vernachlässigung wurde eine unzureichende Anerkennung durch die Erziehungsberechtigten mittels Lob, Aufmerksamkeit und Trost bzw. Unterstützung durch die Erziehungsberechtigten definiert.

- Eine mittelschwere Vernachlässigung wurde definiert als eine mangelhafte Förderung und Erziehung.
- Als schwere Vernachlässigung wurden Vorenthalten wichtiger Arztbesuche, unzureichende Ernährung oder häufiges Alleinsein eingestuft

Familiäre Gewalt:

- Als leichte Konfrontation wurde Miterleben verbaler Auseinandersetzungen zwischen den Erziehungsberechtigten definiert.
- Eine mittelschwere Konfrontation mit familiärer Gewalt wurde definiert als erleben körperlicher Auseinandersetzungen zwischen den Erziehungsberechtigten, die allerdings keine schweren Verletzungen zur Folge hatten.
- Schwere Konfrontation mit familiärer Gewalt wurde definiert durch ein Miterleben von Auseinandersetzungen mit massiver körperlicher Bedrohung einer Person, z.B. durch Würgen oder den Einsatz von Waffen.

Zur Gruppe der Mißhandelten wurden Befragte gezählt, die bei der ersten Frage jedes Kapitels: „Sind Sie aus Ihrer Sicht mißhandelt worden?“ „Ja“ ankreuzten und diejenigen, die zwar „Nein“ ankreuzten, die aber die weiteren Fragen nach dem Schweregrad der Mißhandlung positiv beantworteten.

Am Ende eines jeden Kapitels wurden die Patienten, die die Frage nach Mißhandlungen positiv beantwortet hatten, aufgefordert zu beurteilen, ob ihrer Ansicht nach die Erlebnisse einen Einfluß auf ihre heutige Sucht hatten.

2.2.2 European Addiction Severity Index (EuropASI)

Zusätzlich zum Trauma-Fragebogen wurde den Befragten der European Addiction Severity Index (EuropASI nach dem amerikanischen Original von T. Mc Lellan, 5. Ed.1992 und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, E.-M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen, 1993) vorgelegt, um den Alkoholmißbrauch zu quantifizieren und um einen Überblick über vorangegangene Therapien und Alkohol- und Drogenmißbrauch in der Familie zu erhalten.

Der European Addiction Severity Index (EuropASI) ist ein semi-strukturiertes Interview, das Daten von Personen mit Suchtproblemen in sieben voneinander unabhängigen Problembereichen erfaßt: körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkoholgebrauch, Drogengebrauch, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen sowie psychischer Status.

Der Problembereich Familie und Sozialbeziehungen beinhaltet zwei Items, die körperliche und sexuelle Mißhandlungs- und Mißbrauchserfahrungen abfragen. Die Angaben zu den verschiedenen Problembereichen werden mit Hilfe einer Einteilung in 9 Schweregrade quantifiziert, wobei ein Wert zwischen 0- 1 keinem echten Problem entspricht und somit keinen Behandlungsbedarf vorsieht, höhere Werte ein Problem anzeigen und eine Behandlung in Betracht gezogen werden sollte und Werte um 8- 9 ein extremes Problem mit absoluter Behandlungsnotwendigkeit implizieren. Eine Einschätzung des Schweregrads wurde vom Interviewer nach Durchführung des Gesprächs abgegeben. Mit den Interviewer-Schweregrad-Ratings und den Composite Scores stellt der EuropASI zwei verschiedene zusammenfassende Maße über Störungen in den einzelnen Lebensbereichen zur Verfügung.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgte anhand des „Vorläufigen Verfahren für die Berechnung der EuropASI Composite Scores“ nach Koeter und Hartgers (1997).

Die Composite Scores geben den Bedarf einer Behandlung an und werden einzeln für jeden Problembereich errechnet.

Es ergeben sich dabei Zahlenwerte zwischen 0 (kein Behandlungsbedarf) und 1 (ausgeprägter Behandlungsbedarf).

Zur Berechnung wurden nur Fragen gewertet, die sich auf die Situation des Patienten in den letzten 30 Tagen beziehen, da sie für eine Erfassung der Veränderung dieser Situation geeignet sind.

Um eine genauere Beurteilung des Behandlungsbedarfs zu erhalten, wurden die Werte der Composite Scores, die zwischen 0 und 1 liegen, wie folgt eingeteilt:

- bis 0,44: Geringer Behandlungsbedarf
- 0,45 bis 0,74: Behandlung angebracht
- 0,75 bis 1,00: Behandlung notwendig

Die Einteilung der Composite Scores basiert auf der offiziellen Auswertungsanleitung für den Europ-ASI. Die Reliabilität und Validität des EuropASI wurden in

Untersuchungen von Scheurich et al. (2000), Najavits et al. (1998) und Cacciola et al. (1999) überprüft, die Sensivität und Spezifität von Langeland et al. (2001)

2.2.3 Symptom-Checkliste (SCL)

Der Trauma- Fragebogen und die SCL90-R Symptomliste wurden den Teilnehmern zusammen mit einem Umschlag ausgehändigt. Der Umschlag diente zur Wahrung der Anonymität, da die Bögen nach dem Ausfüllen in der Regel beim Pflegepersonal abgegeben wurden.

Die SCL90-R (revidierte Version, Autor: Derogatis, L. R.) ist ein validiertes Instrument zur Erfassung von verschiedenen psychopathologischen Symptomkomplexen anhand einer Selbstbeurteilungsskala.

Sie fragt körperliche Symptome und psychische Probleme ab, die in den vorangegangenen 7 Tagen auftraten und erfaßt damit die Symptombelastung der Patienten.

Insgesamt werden 90 Items abgefragt. 83 davon werden zu neun Skalen zusammengefaßt, sieben Items gehen als Zusatzinformation in die Berechnung der drei Globalen Kennwerte (GSI, PST, PSDI) mit ein. Jede der neun Skalen der SCL-90-R umfaßt die dimensional Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik.

Skala 1 „Somatisierung“: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden.

Skala 2 „Zwanghaftigkeit“: leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit.

Skala 3 „Unsicherheit im Sozialkontakt“: leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.

Skala 4 „Depressivität“: Traurigkeit bis hin zur schweren Depression.

Skala 5 „Ängstlichkeit“: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.

Skala 6 „Aggressivität/Feindseligkeit“: Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.

Skala 7 „Phobische Angst“: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.

Skala 8 „Paranoides Denken“: Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken.

Skala 9 „Psychotizismus“: mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden.

2.3 Auswahl der Stichprobe

In den Jahren 2000 und 2001 wurden auf Entwöhnungsstationen psychiatrischer Krankenhäuser in Bayern und Nordrhein-Westfalen 100 alkoholabhängige Patienten zu Mißhandlungserlebnissen in ihrer Kindheit und Auswirkungen auf ihre Sucht befragt. Insgesamt konnten 90 Fragebögen ausgewertet werden. 10 Bögen waren unvollständig ausgefüllt oder wurden nicht eingereicht. Der hohe Rücklauf läßt sich möglicherweise dadurch erklären, daß sich die Patienten in geschlossenen Einrichtungen befanden und durch das vorhergehende persönliche Interview motivierter waren.

Die Patienten nahmen freiwillig an der Untersuchung teil, erhielten keine finanzielle Aufwendung und füllten vor Beginn eine Einverständniserklärung aus.

Sie wurden nur befragt, wenn sie sich seit einiger Zeit in Behandlung befanden, zumindest teilentwöhnt waren und der behandelnde Arzt der Befragung zugestimmt hatte.

Die Patienten standen zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr unter dem Einfluß psychotroper Substanzen.

Für die Auswertung wurden zwei Gruppen gebildet: verglichen wurden Teilnehmer, die in keiner Form mißhandelt worden waren und Teilnehmer, die in irgendeiner Form mißhandelt worden waren. Weiterhin wurden die einzelnen Mißhandlungsarten verglichen, sowie der Schweregrad der Mißhandlung (siehe Methoden).

3 Ergebnisse

Der Vergleich mißhandelter und nicht mißhandelter alkoholkranker Patienten in Bezug auf die verwendete Skala für Suchtschwere (EuropASI) und psychopathologische Belastung (SCL90-R) wird im Folgenden dargestellt. Die erhobenen Daten wurden mittels SPSS analysiert (Signifikanz bei $p < 0,01$). Vergleich der Gruppen untereinander erfolgte mittels der statistischen Meßinstrumente Chi-Quadrat Analyse und dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rang Summen W Test für nicht parametrische fortlaufende Daten.

3.1 Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe

In die vorliegende Untersuchung wurden insgesamt 90 Patienten einbezogen. Davon waren 56 Männer (62,2%) und 34 Frauen (37,8%). Die Lage und Streuungsmaße für das Alter sind getrennt nach Geschlecht in der folgenden Tabelle dargestellt. Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen wurde dabei nicht signifikant.

Tabelle 2 Alter der Stichprobe

	Gesamt (Jahre)	Männer (Jahre)	Frauen (Jahre)
Mittelwert	40,21	39,05	42,12
Standardabweichung	10,05	8,87	11,64
Minimum	20	20	20
Maximum	73	63	73

Weitere demographische Faktoren wie Wohnortgröße, Staatsangehörigkeit, Schulabschluß und ob eine Berufsausbildung abgeschlossen wurde, sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 3 Größe des Wohnorts, Nationalität, Schulabschluß, Berufsausbildung

		Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)
Größe des Wohnorts	Großstadt	72 (80,0)		
	Mittelgroße S.	11 (12,2)		
	Kleinstadt	7 (7,8)		
Nationalität	Deutsch	82 (91,1)		
	EU-Länder	2 (2,2)		
	Andere	5 (5,5)		
Schulabschluß	Hauptschule	34 (37,8)	26 (46,4)	8 (23,5)
	Realschule	30 (33,3)	15 (26,8)	15 (44,1)
	Abitur	9 (10,0)	4 (7,1)	5 (14,7)
	FH/Uni	12 (13,3)	6 (10,7)	6 (17,2)
	Kein Abschluß	4 (4,4)	4 (7,1)	---
Berufsausbildung	Abgeschlossen	71 (78,9)	45 (80,4)	26 (76,5)
	Keine	18 (20,0)	10 (17,9)	8 (23,5)
	Keine Angabe	1 (1,1)	1 (1,8)	---

Demnach wohnte der überwiegende Teil der Stichprobe in einer Großstadt (an dieser Stelle sei angemerkt, daß die Befragung nur in Großstädten durchgeführt wurde) besaß die deutsche Staatsangehörigkeit, hatte einen Haupt- oder Realschulabschluß und eine Berufsausbildung abgeschlossen. Bei den Personen ohne Schulabschluß bzw. ohne abgeschlossene Berufsausbildung überwogen die Männer mit 100% (alle befragten Frauen hatte einen Schulabschluß) bzw. 55,6%.

Nachfolgend werden einige Merkmale bezüglich der Lebenssituation der Befragten aufgezeigt.

Tabelle 4 Familienstand und aktuelle Wohnsituation

		Gesamt (%)
Familienstand	Verheiratet	18 (20,0)
	Wiederverheiratet	1 (1,1)
	Verwitwet	1 (1,1)
	Getrennt lebend	5 (5,6)
	Geschieden	29 (32,2)
	Ledig	36 (40,0)
Aktuelle Wohnsituation	mit Lebensgefährte und Kind	22 (24,4)
	Mit Lebensgefährte allein	20 (22,2)
	mit Kindern allein	5 (5,6)
	mit Eltern	3 (3,3)
	mit Familienangehörigen	1 (1,1)
	in institutioneller Umgebung	2 (2,2)
	Allein	36 (40,0)
	Keine feste Wohnsituation	1 (1,1)

Aus der obigen Tabelle läßt sich ablesen, daß der überwiegende Anteil der Patienten mit einem Lebensgefährten zusammenlebte, aber nicht mit diesem verheiratet war. Auf eine Aufteilung nach Geschlechtern wurde bewußt verzichtet, da die Fallzahlen zu gering waren und eine weitere Aufspaltung somit keinen Sinn gemacht hätte.

3.2 Einfluß kindlicher Mißhandlungserfahrungen auf das Suchtverhalten

3.2.1 Vergleich zwischen Patienten, die angaben eine Mißhandlungserfahrungen gemacht zu haben und Patienten, die keine angaben

Von 90 Patienten bezeichneten sich insgesamt 52 (57,8%) als mißhandelt. Davon gaben 11 (21,2%) Patienten an, sie seien sexuell mißbraucht worden, 33 (63,5%) wurden körperlich mißhandelt und 42 (80,8%) emotional. 34 (65,4%) Patienten gaben an in der Kindheit vernachlässigt worden zu sein und 32 (61,5%) hatten familiäre Gewalt erlebt (siehe Tabelle 5).

Im Folgenden sollen die Unterschiede in den verschiedenen Problembereichen, welche der EuropASI erfaßt (Körperliche Probleme, Arbeit/Unterhalt, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre und soziale Situation sowie psychische Probleme) zwischen alkoholabhängigen Patienten, die einen Mißbrauch oder eine Mißhandlung in der Kindheit angaben und alkoholabhängigen Patienten, die überhaupt keine Mißhandlungserfahrungen angaben, dargestellt werden.

Tabelle 5 Anzahl der Patienten, die eine Mißhandlungserfahrung angeben

Mißhandlungsart	Mißhandlungserlebnis wird angegeben		
	Gesamt (n=52)	Männer (n=33)	Frauen (n=19)
Sexuelle Mißhandlung	11 (21,2%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Körperliche Mißhandlung	33 (63,5%)	21 (63,6%)	12 (36,4%)
Emotionale Mißhandlung	42 (80,8%)	26 (61,9%)	16 (38,1%)
Vernachlässigung	34 (65,4%)	19 (55,9%)	15 (44,1%)
Familiäre Gewalt	32 (61,5%)	21 (65,6%)	11 (34,4%)
Mißhandlung allgemein	52 (57,8%)	33 (63,5%)	19 (36,5%)

Interessanterweise gaben insgesamt signifikant nicht mehr Frauen als Männer an, von einem Mißhandlungsgeschehen betroffen gewesen zu sein.

($\chi^2 = 0,080$, $df = 1$, $p = 0,777$; Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Einfluß jeglicher Mißhandlung auf die Suchtschwere nach EuropASI:

Die folgende Tabelle stellt die Auswirkung jeglicher Mißhandlung bei der Stichprobe auf die Problembereiche dar, die mittels des EuropASI erfaßt wurden.

Tabelle 6 Vergleich der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne jegliche Mißhandlung

Europ-ASI Problembereiche	Jegliche Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 52)	Nein (n= 38)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	45,52	45,47	0,992
Arbeit/ Unterhalt	49,80	39,62	0,040*
Alkohol	48,93	40,80	0,128
Drogen	49,47	40,07	0,006**
Rechtliche Probleme	46,00	44,82	0,623
Familiäre-/ Sozialsituation	51,00	37,97	0,014*
Psychische Probleme	51,70	37,01	0,007**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Mann-Whitney- U- Test, 2-seitig

Aus der obigen Tabelle wird deutlich, daß alkoholabhängige Patienten, die jegliches Mißhandlungserlebnis angaben, signifikant höhere Werte in einigen Problembereichen aus dem EuropASI erzielten, als alkoholabhängige Patienten ohne Mißhandlungserfahrung.

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) fanden wir in den Bereichen Arbeit und Unterhalt und familiäre bzw. soziale Situation. Hochsignifikant schlechter schnitten die mißhandelten Patienten im Bereich psychische Problem und Drogenprobleme ab. Keine Unterschiede fanden sich interessanterweise im Bereich Alkohol, körperliche und rechtliche Probleme.

Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, daß Mißhandlungserlebnisse allein nicht prädisponierend auf die Entwicklung einer Sucht wirken, sondern (wie bereits postuliert), eher verschiedene Problemen in unterschiedlichen Lebensbereichen zur Folge haben können.

Psychische Probleme bei Patienten, die eine allgemeine Mißhandlungserfahrung angaben, erfaßt mittels SCL90-R:

Im Folgenden wird die Symtombelastung, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurde, in Relation zu einer Mißhandlungserfahrung dargestellt. Die Symptombelastung ergibt sich aus der unterschiedlich starken Ausprägung der verschiedenen psychischen Probleme (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Psychotizismus). Die Ausprägung reicht von der alltäglichen Belastung bis hin zur psychopathologisch relevanten Symptomatik.

In der folgenden Tabelle ist die Belastung durch psychische Probleme dargestellt, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurde.

Tabelle 7 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von jeglicher Mißhandlung im Kindesalter

SCL- Subskalen	Mißhandlung allgemein		P- Wert
	Ja (n= 52)	Nein (n= 38)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	47,76	42,41	0,335
Zwanghaftigkeit	53,11	35,09	0,001**
Unsicherheit Soz.kontakt	52,80	35,51	0,002**
Depressivität	53,14	35,04	0,001**
Ängstlichkeit	51,63	36,11	0,005**
Aggressivität	54,42	33,29	0,000***
Phobische Angst	53,82	34,12	0,000***
Paranoides Denken	50,87	38,16	0,021*
Psychotizismus	52,57	35,83	0,002**
Globalwerte	51,80	36,88	0,007**

p<0,001 *p<0,0001 Mann- Whitney- U-Test, 2- seitig

Tabelle 7 kann entnommen werden, daß Patienten, die eine Mißhandlung in ihrer Vorgeschichte angaben, in allen SCL90-R Subskalen außer für Somatisierung signifikant höhere Werte erreichten, als die Patienten ohne Mißhandlung. Besonders auffällig ist dies für Aggressivität und Phobische Angst.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Der „Global Severity Index“ (GSI) mißt die grundsätzliche psychische Belastung eines Probanden, der „Positive Symptom Total“ (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome bei denen eine Belastung vorliegt und der „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI) mißt die Intensität der Antworten. Patienten, die angaben, in irgendeiner Form mißhandelt worden zu sein, haben bei allen drei Kennwerten deutlich schlechtere Ergebnisse, als Patienten, die keine Mißhandlungserfahrungen gemacht haben. Am deutlichsten wird dies beim „Global Severity Index“ (GSI), ein Hinweis darauf, daß die traumatisierten Patienten unter ausgeprägteren psychischen Problemen leiden, als nicht mißhandelte, wie in nachfolgender Tabelle dargestellt ist.

Tabelle 8 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von einer Mißhandlung

Globale Kennwerte der SCL-90-R Skala	Mißhandlung allgemein		P- Wert
	Ja (n= 52)	Nein (n= 38)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	54,29	33,47	0,000***
Positive Symptom Total (PST)	52,88	34,42	0,001*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	50,40	36,36	0,011*

*p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001 Mann-Whitney- U- Test, 2-seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Stichprobe umfaßte 52 Patienten, die eine Mißhandlung angaben, 33 Männer (58,9%) und 19 Frauen (55,9%). In der folgenden Tabelle werden geschlechtsspezifische Unterschiede für Patienten dargestellt, die jegliche Mißhandlungserfahrung angaben.

Tabelle 9 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne eine Mißhandlung

Problembereiche des Europ-ASI	Mißhandlung allgemein		P- Wert
	Frauen (n=19)	Männer (n= 33)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	43,43	46,82	0,467
Arbeit/ Unterhalt	38,72	49,62	0,031*
Alkohol	42,31	47,44	0,346
Drogen	45,90	45,26	0,854
Rechtliche Probleme	43,87	46,49	0,285
Familiäre-/ Sozialsituation	50,49	42,47	0,137
Psychische Probleme	50,88	42,23	0,120

* $p < 0,05$, Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß Männer signifikant schlechtere Werte im Bezug auf die Arbeits- und Unterhaltssituation erzielten, als Frauen.

Hinsichtlich der Belastungstendenzen in den Subskalen der SCL90-R, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterscheiden sich Frauen und Männer nicht signifikant (siehe nächste Tabelle).

Tabelle 10 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die eine Mißhandlung angaben

SCL- Subskalen	Mißhandlung allgemein		P- Wert
	Frauen (n= 19)	Männer (n= 33)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	48,35	43,77	0,417
Zwanghaftigkeit	44,75	45,96	0,831
Unsicherheit im Sozialkontakt	43,01	47,01	0,479
Depressivität	47,09	44,54	0,651
Ängstlichkeit	48,85	42,62	0,266
Aggressivität	48,60	43,62	0,372
Phobische Angst	40,49	48,54	0,144
Paranoides Denken	46,59	44,84	0,755
Psychotizismus	40,88	48,30	0,187
Globalwerte	46,00	45,20	0,886

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Der „Global Severity Index“ (GSI) mißt die grundsätzliche psychische Belastung eines Patienten, der „Positive Symptom Total“ (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome bei denen eine Belastung vorliegt und der „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI) mißt die Intensität der Antworten. Bei Patienten, die angaben, mißhandelt worden zu sein, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 11 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste für alkoholabhängige Patienten in Relation zu einer Mißhandlung allgemein

Globale Kennwerte der SCL90-R	Mißhandlung allgemein		P-Wert
	Frauen (n=19)	Männer (n= 33)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	45,96	44,74	0,829
Positive Symptom Total (PST)	44,30	46,13	0,745
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	47,00	40,53	0,247

Mann-Whitney-U-Test, 2-seitig

3.2.2 Vergleich zwischen Patienten, die sexuellen Mißbrauch angaben und Patienten, die keinen angaben

Insgesamt gaben von 90 Patienten 11 (12,2%) einen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit an, während 79 (87,8%) keine sexuellen Mißbrauchserfahrungen angaben. Nachfolgend wird anhand Tabellen die Auswirkung sexueller Mißbrauchserfahrungen bei alkoholabhängigen Patienten auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI erfaßt wurden (körperliche Probleme, Arbeit-/Unterhaltssituation, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre/sozial Situation, psychische Probleme) und auf die psychischen Probleme, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden, dargestellt.

Einfluß sexuellen Mißbrauchs auf die Suchtschwere nach EuropASI:

Tabelle 12 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne sexuellen Mißbrauch

Europ-ASI Problembereiche	Sexueller Mißbrauch		P- Wert
	Ja (n= 11)	Nein (n= 79)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	46,82	45,32	0,833
Arbeit/ Unterhalt	53,00	44,46	0,254
Alkohol	33,86	47,12	0,100
Drogen	51,55	44,66	0,180
Rechtliche Probleme	46,82	45,32	0,680
Familiäre-/ Sozialsituation	51,59	44,65	0,385
Psychische Probleme	56,00	44,04	0,147

Mann- Whitney-U-Test, 2-seitig

Wie in der Tabelle gezeigt, ergaben sich bezüglich der Problembereiche keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit sexuellen Mißbrauchserlebnissen und denjenigen ohne.

Psychische Probleme bei Patienten mit sexuellem Mißbrauch erfaßt mittels SCL90-R:

In der folgenden Tabelle ist die Belastung durch psychische Probleme, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurde dargestellt.

Tabelle 13 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von sexuellem Mißbrauch im Kindesalter

SCL-Subskalen	Sexueller Mißbrauch		P- Wert
	Ja (n= 11)	Nein (n= 79)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	48,45	45,09	0,687
Zwanghaftigkeit	50,05	44,87	0,535
Unsicherheit Sozialkontakt	51,77	44,63	0,392
Depressivität	63,00	43,06	0,017*
Ängstlichkeit	52,36	43,96	0,310
Aggressivität	66,05	42,64	0,005**
Phobische Angst	60,86	43,46	0,032*
Paranoides Denken	49,00	45,01	0,631
Psychotizismus	59,95	43,49	0,048*
Globalwerte	58,41	43,70	0,077

*p<0,05, **p<0.01: Mann-Whitney- U-Test, 2-seitig

Der obigen Tabelle kann entnommen werden, daß Patienten, die einen sexuellen Mißbrauch in ihrer Vorgeschichte angaben, in den SCL90-R Subskalen für Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus und phobischen Ängsten/Entfremdung signifikant höhere Werte erreichten als die Patienten ohne Mißbrauch. Im Fall der Aggressivität waren die Unterschiede am deutlichsten.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Bei Patienten, die angaben, sexuell mißbraucht worden zu sein, zeigte sich bei allen drei Kennwerten ein deutlicher Trend zu schlechteren Ergebnissen. Die Unterschiede erreichten allerdings bei der vorhandenen Fallzahl keine statistische Signifikanz.

Tabelle 14 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von sexuellem Mißbrauch

Globale Kennwerte der SCL-90-R Skala	Sexueller Mißbrauch		P- Wert
	Ja (n= 11)	Nein (n= 79)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	58,95	43,63	0,068
Positive Symptom Total (PST)	57,77	43,20	0,080
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	57,05	42,71	0,082

Mann-Whitney- U- Test, 2- seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit von sexuellem Mißbrauch:

Die untersuchte Stichprobe umfaßte 79 Patienten ohne Mißbrauch, 50 Männer (63,3%) und 29 Frauen (36,7%). In der folgenden Tabelle werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Bezug auf körperliche und psychische Problembereiche, die mit dem EuropASI bzw. der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden, dargestellt. Zuerst werden Unterschiede bei den Patienten gezeigt, die keinen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit angaben.

Da, wie im Folgenden auch, die einzelnen Zellen bezüglich des Geschlechts eine zu kleine Häufigkeit aufgrund der geringen Fallzahl aufweisen, wurde bei nicht signifikanten Werten auf eine Einzeldarstellung verzichtet und nur die Gesamtergebnisse präsentiert.

Tabelle 15 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne sexuellen Mißbrauch

Problembereiche	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Körperliche Probleme	4,671	9	0,862
Arbeit/ Unterhalt	9,197	8	0,326
Alkohol	10,322	7	0,171
Drogen	8,761	6	0,187
Rechtliche Probleme	4,085	4	0,395
Familien/Soz.situation	9,668	9	0,378
Psychische Probleme	13,781	9	0,130

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Aus der Tabelle ergibt sich im Bezug auf die verschiedenen im EuropASI untersuchten Problembereiche kein Unterschied zwischen Frauen und Männern.

Hinsichtlich der in den Subskalen der SCL90-R Symptomliste erfaßten Belastungstendenzen, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterschieden sich Frauen und Männer ohne sexuelle Mißbrauchserfahrungen auch nicht signifikant, wie in Tabelle 16 gezeigt ist.

Tabelle 16 Statistik: Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R Symptomliste in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten ohne sexuellen Mißbrauch

SCL90 Subskalen	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Somatisierung	8,634	12	0,734
Zwanghaftigkeit	6,573	10	0,765
Unsicherheit im Soz.kontakt	7,882	9	0,546
Depressivität	14,317	13	0,352
Ängstlichkeit	15,313	10	0,121
Aggressivität	3,069	5	0,689
Phobische Angst	5,897	7	0,552
Paranoides Denken	1,380	6	0,967
Psychotizismus	13,577	9	0,138
Globalwerte	2,868	6	0,825

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie folgt dargestellt, wurden bezüglich der Globalwerte GSI, PST, PSDI keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt.

Tabelle 17 Statistische Unterschiede bezüglich der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten ohne sexuellen Mißbrauch

Globalwerte	χ - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	63,218	60	0,063
Positive Symptom Total (PST)	43,748	50	0,721
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	74,160	71	0,376

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

In Tabelle 18 werden die Daten der Patienten gezeigt, die einen Mißbrauch in der Kindheit angaben. Es handelte sich um insgesamt 11 Patienten, darunter 6 Männer (54,5%) und 5 Frauen (45,5%). Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Ausprägung der im EuropASI erfaßten Problembereiche nicht signifikant.

Tabelle 18 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit sexuellem Mißbrauch

Problembereiche	χ - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Körperliche Probleme	4,086	4	0,395
Arbeit/ Unterhalt	4,278	4	0,370
Alkohol	6,294	4	0,178
Drogen	3,438	3	0,329
Rechtliche Probleme	0,917	1	0,338
Familien/Soz.situation	2,933	5	0,710
Psychische Probleme	11,000	6	0,088

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie auch die nicht mißbrauchten Patienten, zeigten Patienten mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte in Bezug auf die Ausprägung der psychischen Belastung, die mit den Subskalen der SCL90-R erfaßt wurden, keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht

SCL90 Subskalen	χ^2 - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Somatisierung	4,950	6	0,550
Zwanghaftigkeit	4,950	5	0,422
Unsicherheit im Soz.kontakt	11,000	6	0,088
Depressivität	4,950	6	0,550
Ängstlichkeit	4,278	5	0,510
Aggressivität	5,622	5	0,345
Phobische Angst	5,622	5	0,345
Paranoides Denken	6,294	6	0,391
Psychotizismus	11,000	8	0,202
Globalwerte	4,278	6	0,639

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie in der folgenden Tabelle gezeigt, ließ sich hinsichtlich der Ausprägung der globalen Kennwerte der SCL90-R kein Unterschied zwischen mißbrauchten Männern und Frauen erkennen.

Tabelle 20 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit sexuellem Mißbrauch

Globalwerte	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	11,000	10	0,358
Positive Symptom Total (PST)	11,000	10	0,358
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	11,000	10	0,358

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Sowohl bezüglich der Anzahl als auch der Symptome und Probleme, ergaben sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Somit schien in dem von uns befragten Kollektiv der sexuelle Mißbrauch für Männer und Frauen gleichermaßen eine traumatische Erfahrung mit großer psychischer Belastung darzustellen.

3.2.3 Vergleich zwischen Patienten, die körperliche Mißhandlung angaben und Patienten, die keine angaben

Insgesamt gaben von 90 Patienten 33 (36,7%) eine körperliche Mißhandlung in der Kindheit an, während 57 (63,3%) nach eigener Angabe keine körperlichen Mißhandlungserfahrungen gemacht hatten.

Auswirkung körperlicher Mißhandlung auf Problembereiche nach EuropASI:

Nachfolgend wird die Auswirkung körperlicher Mißhandlungserfahrungen bei alkoholabhängigen Patienten auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI erfaßt wurden (körperliche Probleme, Arbeit-/Unterhaltssituation, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre/sozial Situation, psychische Probleme) dargestellt.

Tabelle 21 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne körperlicher Mißhandlung

Europ-ASI Problembereiche	Körperliche Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 33)	Nein (n= 57)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	45,12	45,72	0,902
Arbeit/ Unterhalt	48,98	43,48	0,280
Alkohol	42,42	47,28	0,375
Drogen	50,02	42,89	0,041*
Rechtliche Probleme	46,56	44,89	0,498
Familiäre-/ Sozialsituation	53,30	40,98	0,023*
Psychische Probleme	54,67	40.19	0,010*

*p<0,05 Mann- Whitney-U-Test, 2-seitig

Wie in Tabelle 21 gezeigt, gab es bezüglich der Problembereiche einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit körperlichen Mißhandlungserlebnissen und denjenigen ohne.

Deutlich wurde dies im Bezug auf den Drogenabusus, die familiäre bzw. soziale Situation und die Belastung durch psychische Probleme.

Psychische Probleme bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung nach SCL90:

In der folgenden Tabelle ist die Belastung durch psychische Probleme, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurde, für Patienten mit bzw. ohne Angabe einer körperlichen Mißhandlung dargestellt.

Tabelle 22 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von körperlicher Mißhandlung im Kindesalter

SCL- Subskalen	Körperliche Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 33)	Nein (n= 57)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	42,59	47,18	0,419
Zwanghaftigkeit	48,20	43,94	0,453
Unsicherheit im Sozialkontakt	49,03	43,46	0,326
Depressivität	48,11	43,99	0,469
Ängstlichkeit	44,94	45,04	0,986
Aggressivität	51,52	42,02	0,091
Phobische Angst	45,88	45,28	0,914
Paranoides Denken	43,76	46,51	0,626
Psychotizismus	51,20	42,20	0,112
Globalwerte	47,32	44,45	0,611

Mann- Whitney- U-Test, 2-seitig

Der obigen Tabelle kann entnommen werden, daß Patienten, die eine körperliche Mißhandlung in ihrer Vorgeschichte angaben, in den SCL90-R Subskalen keine höheren Werte erreichten als die Patienten ohne Mißhandlung.

Interessanterweise hat hier die körperliche Mißhandlungserfahrung weniger Folgen bezüglich des psychischen Befindens, als z.B. der sexuelle Mißbrauch. Die erhöhten Werte für den Bereich psychische Probleme innerhalb des EuropASI wurden in der spezifischeren SCL90-R Symptomliste nicht widergespiegelt.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Skala geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Bei Patienten, die angaben, körperlich

mißhandelt worden zu sein, zeigten sich keine schlechteren Ergebnisse, als bei Patienten, die keine körperlichen Mißhandlungen angaben.

Tabelle 23 Statistische Auswertung der Globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von körperlicher Mißhandlung

Globale Kennwerte der SCL-90R Skala	Körperliche Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 33)	Nein (n= 57)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	47,58	44,30	0,566
Positive Symptom Total (PST)	47,58	43,48	0,470
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	45,21	44,07	0,839

Mann- Whitney- U- Test, 2- seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung:

Die untersuchte Stichprobe umfaßte 57 Patienten ohne Mißhandlung, 35 Männer (61,4%) und 22 Frauen (38,6%). In der folgenden Tabelle wird die statistische Berechnung geschlechtsspezifischer Unterschiede im Bezug auf körperliche, psychische und soziale Probleme dargestellt, die mit dem EuropASI und der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden. Zuerst werden Unterschiede bei den Patienten gezeigt, die keine körperliche Mißhandlung in der Kindheit angaben.

Tabelle 24 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI, geschlechtsspezifische Unterschiede für Patienten ohne körperliche Mißhandlung

Problembereiche	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Körperliche Probleme	6,566	9	0,682
Arbeit/ Unterhalt	7,7890	8	0,444
Alkohol	5,493	5	0,359
Drogen	5,068	4	0,280
Rechtliche Probleme	2,850	3	0,415
Familien/Soz.situation	12,695	9	0,177
Psychische Probleme	13,888	9	0,126

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Aus Tabelle 24 ergibt sich im Bezug auf die verschiedenen im EuropASI untersuchten Problembereiche kein Unterschied zwischen nicht mißhandelten Frauen und Männern.

Hinsichtlich der Belastungstendenzen in den Subskalen der SCL90-R, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterscheiden sich Frauen und Männer ohne körperliche Mißhandlungserfahrungen nicht signifikant (siehe nächste Tabelle).

Tabelle 25 Statistische Unterschiede bezüglich der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90- R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten ohne körperliche Mißhandlung

SCL90 Subskalen	χ^2 -Wert	Df	P- Wert
Somatisierung	14,504	12	0,270
Zwanghaftigkeit	8,476	10	0,582
Unsicherheit im Sozialkontakt	5,830	9	0,757
Depressivität	18,310	12	0,107
Ängstlichkeit	18,034	10	0,054
Aggressivität	9,859	6	0,131
Phobische Angst	4,544	7	0,715
Paranoides Denken	4,201	6	0,649
Psychotizismus	6,202	8	0,625
Globalwerte	2,132	7	0,952

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie im Folgenden dargestellt, wurden bezüglich der globalen Kennwerte GSI, PST, PSDI keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt.

Tabelle 26 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten ohne körperliche Mißhandlung

Globalwerte	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	45,045	43	0,386
Positive Symptom Total (PST)	46,916	41	0,243
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	55,000	52	0,362

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

In Tabelle 27 werden die Daten der Patienten gezeigt, die eine körperliche Mißhandlung in der Kindheit angaben. Es handelte sich um insgesamt 33 Patienten, darunter 21 Männer (63,6%) und 12 Frauen (36,4%). Wie in der folgenden Tabelle

dargestellt, unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Ausprägung der im EuropASI erfaßten Problembereiche nicht signifikant.

Tabelle 27 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung

Problembereiche	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Körperliche Probleme	5,107	7	0,647
Arbeit/ Unterhalt	11,965	8	0,153
Alkohol	11,147	6	0,084
Drogen	5,228	6	0,515
Rechtliche Probleme	1,886	3	0,596
Familien/Soz.situation	9,232	9	0,416
Psychische Probleme	10,837	9	0,287

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie auch die nicht mißhandelten Patienten, zeigten Patienten mit körperlicher Mißhandlung in Bezug auf die Ausprägung der psychischen Belastung, die mit den Subskalen der SCL90-R erfaßt wurden, keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dies ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 28 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht

SCL90 Subskalen	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Somatisierung	10,817	11	0,459
Zwanghaftigkeit	4,859	9	0,846
Unsicherheit im Sozialkontakt	12,051	8	0,149
Depressivität	8,728	11	0,647
Ängstlichkeit	6,783	10	0,746
Aggressivität	5,384	6	0,496
Phobische Angst	1,567	5	0,905
Paranoides Denken	7,380	6	0,287
Psychotizismus	10,889	8	0,208
Globalwerte	7,263	5	0,202

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie in der folgenden Tabelle gezeigt, ließ sich auch hinsichtlich der Ausprägung der globalen Kennwerte der SCL90-R kein Unterschied zwischen mißhandelten Männern und Frauen erkennen.

Tabelle 29 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung

Globalwerte	χ -Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	28,679	30	0,535
Positive Symptom Total (PST)	23,637	27	0,650
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	30,839	30	0,423

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

3.2.4 Vergleich zwischen Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben und Patienten, die keine angaben

Insgesamt gaben von 90 Patienten 42 (46,7%) an, in der Kindheit emotional mißhandelt worden zu sein, während eine emotionale Mißhandlung von 48 (53,3%) Patienten verneint wurde.

Auswirkung emotionaler Mißhandlung auf Problembereiche nach EuropASI:

Nachfolgend wird mit Tabellen die Auswirkung emotionaler Mißhandlung in der Kindheit bei alkoholabhängigen Patienten auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI erfaßt wurden (körperliche Probleme, Arbeit-/Unterhaltungssituation, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre/sozial Situation, psychische Probleme) und auf die psychischen Probleme, die mit der SCL90R Symptomliste erfaßt wurden, dargestellt.

Tabelle 30 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten, die emotionale Mißhandlung angaben, bzw. Patienten, die keine angaben

Problembereiche des Europ-ASI	Emotionale Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 34)	Nein (n= 56)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	48,36	43,00	0,252
Arbeit/ Unterhalt	51,40	40,33	0,024*
Alkohol	47,64	43,63	0,447
Drogen	49,61	41,91	0,022*
Rechtliche Probleme	46,83	44,33	0,295
Familiäre/ Soziale Situation	54,74	37,42	0,001**
Psychische Probleme	52,11	39,72	0,022*

*p<0,05 **p<0,001 Mann-Whitney-U-Test, 2-seitig

Wie in der vorigen Tabelle gezeigt, gab es bezüglich der Problembereiche Arbeits- bzw. Unterhaltungssituation, Drogen, familiäre bzw. soziale Situation und psychische

Probleme einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit emotionalen Mißhandlungserlebnissen und Patienten ohne.

Besonders deutlich wurde dies im Bezug auf die familiäre bzw. soziale Situation.

Psychische Probleme bei Patienten mit emotionaler Mißhandlung nach SCL90:

In der folgenden Tabelle ist die Belastung durch psychische Probleme dargestellt, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurde.

Tabelle 31 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von angegebener emotionaler Mißhandlung im Kindesalter

SCL- Subskalen	Emotionale Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 33)	Nein (n= 57)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	49,73	41,80	0,149
Zwanghaftigkeit	54,15	37,93	0,003*
Unsicherheit im Sozialkontakt	54,57	37,56	0,002*
Depressivität	55,19	37,02	0,001**
Ängstlichkeit	52,56	38,24	0,009*
Aggressivität	56,36	36,00	0,000***
Phobische Angst	55,79	36,50	0,000***
Paranoides Denken	51,32	40,41	0,046*
Psychotizismus	54,45	37,67	0,002*
Globalwerte	53,37	38,61	0,007*

*p<0,05 **p<0,001 ***p<0,0001 Mann- Whitney- U-Test, 2-seitig

Der obigen Tabelle kann entnommen werden, daß Patienten, die emotionale Mißhandlung in ihrer Vorgeschichte angaben, in allen SCL90-R Subskalen signifikant höhere Werte erreichten als Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben. Besonders zu beachten sind die massiven Unterschiede im Vergleich zu physischen Gewalterfahrungen. Demnach haben Ablehnung und Mißachtung in der Kindheit

nach unseren Daten eine weitaus größere Auswirkung auf die spätere Belastung durch psychische Symptome.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Skala geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Bei Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben, zeigten sich in allen drei Kennwerten signifikant schlechtere Ergebnisse, als bei Patienten, die keine emotionalen Mißhandlungserlebnisse angaben (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32 Globale Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von emotionaler Mißhandlung

Globale Kennwerte der SCL90-R Skala	Emotionale Mißhandlung		P- Wert
	Ja (n= 34)	Nein(n=56)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	55,74	36,54	0,001**
Positive Symptom Total (PST)	54,88	36,17	0,001**
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	52,24	37,27	0,005*

*p<0,05 **p<0,001 Mann- Whitney- U- Test, 2- seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Patienten mit emotionaler Mißhandlung:

Die untersuchte Stichprobe umfaßte 48 Patienten ohne emotionale Mißhandlung, 30 Männer (62,5%) und 18 Frauen (37,5%). In der folgenden Tabelle werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Bezug auf die im EuropASI und der SCL90-R Symptomliste erfaßten Problembereiche dargestellt. Zuerst werden Unterschiede bei den Probanden gezeigt, die keine emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben.

Tabelle 33 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne emotionale Mißhandlung

Problembereiche	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Körperliche Probleme	4,329	7	0,741
Arbeit/ Unterhalt	3,717	7	0,812
Alkohol	4,640	6	0,591
Drogen	0,735	2	0,693
Rechtliche Probleme	1,252	1	0,263
Familiäre/ Soziale Situation	7,609	9	0,574
Psychische Probleme	15,111	8	0,057

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie Tabelle 33 zu entnehmen ist, wurde im Bezug auf die verschiedenen im EuropASI untersuchten Problembereiche kein Unterschied zwischen nicht emotional mißhandelten Frauen und Männern signifikant.

Hinsichtlich der Belastungstendenzen in den Subskalen der SCL90-R, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterschieden sich Frauen und Männer, die emotionale Mißhandlung angaben nicht signifikant. Dies ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 34 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben

SCL90 Subskalen	χ -Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Somatisierung	5,191	10	0,878
Zwanghaftigkeit	8,686	10	0,562
Unsicherheit im Sozialkontakt	9,763	8	0,282
Depressivität	14,341	12	0,279
Ängstlichkeit	12,052	10	0,282
Aggressivität	5,631	6	0,466
Phobische Angst	3,398	6	0,757
Paranoides Denken	2,458	6	0,873
Psychotizismus	4,535	6	0,605
Globalwerte	1,588	6	0,953

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Auch bezüglich der globalen Kennwerte GSI, PST, PSDI waren keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen, wie nachfolgend in Tabelle 35 dargestellt ist.

Tabelle 35 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angeben

Globalwerte	χ - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	40,889	39	0,388
Positive Symptom Total (PST)	33,599	35	0,536
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	43,201	43	0,463

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Nachfolgend werden die Daten der Patienten gezeigt, die angaben, in der Kindheit emotional mißhandelt worden zu sein. Es handelte sich um insgesamt 42 Patienten, darunter 26 Männer (61,9%) und 16 Frauen (38,1%). Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Ausprägung der genannten Problembereiche des EuropASI nicht signifikant.

Tabelle 36 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben

Problembereiche	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Körperliche Probleme	1,363	7	0,987
Arbeit/ Unterhalt	15,003	8	0,059
Alkohol	9,393	5	0,094
Drogen	5,957	7	0,545
Rechtliche Probleme	3,502	4	0,478
Familiäre/ Soziale Situation	10,655	9	0,300
Psychische Probleme	12,721	9	0,176

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie auch die nicht mißhandelten Patienten, zeigten Patienten mit emotionaler Mißhandlung in Bezug auf die Ausprägung der psychischen Belastung, die mit den Subskalen der SCL90-R erfaßt wurde, keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dies ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 37 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei emotional mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht

SCL90 Subskalen	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Somatisierung	8,218	11	0,694
Zwanghaftigkeit	14,579	8	0,068
Unsicherheit im Sozialkontakt	5,915	9	0,748
Depressivität	7,370	11	0,768
Ängstlichkeit	15,639	9	0,075
Aggressivität	2,844	6	0,828
Phobische Angst	2,504	6	0,868
Paranoides Denken	0,853	6	0,991
Psychotizismus	15,942	10	0,101
Globalwerte	6,650	7	0,466

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie in der folgenden Tabelle gezeigt, ließ sich hinsichtlich der Ausprägung der globalen Kennwerte der SCL90-R kein Unterschied zwischen emotional mißhandelten Männern und Frauen erkennen.

Tabelle 38 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben

Globalwerte	χ -Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	34,933	36	0,519
Positive Symptom Total (PST)	30,692	31	0,482
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	42,000	38	0,302

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

3.2.5 Vergleich zwischen Patienten, die Vernachlässigung angaben und Patienten, die keine angaben

Insgesamt gaben von 90 Patienten 34 (37,8%) Patienten an, in der Kindheit vernachlässigt worden zu sein, während 56 (62,2%) Patienten dies verneinten.

Auswirkung von Vernachlässigung auf Problembereiche nach EuropASI:

Nachfolgend wird anhand Tabellen die Auswirkung von Vernachlässigung in der Kindheit bei alkoholabhängigen Patienten auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI erfaßt wurden (körperliche Probleme, Arbeit-/Unterhaltssituation, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre/sozial Situation, psychische Probleme) dargestellt.

Tabelle 39 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten, die Vernachlässigung angaben, bzw. Patienten, die keine angaben

Europ-ASI Problembereiche	Vernachlässigung		P- Wert
	Ja (n= 34)	Nein (n= 56)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	45,28	45,63	0,941
Arbeit/ Unterhalt	46,26	45,04	0,808
Alkohol	46,10	45,13	0,859
Drogen	50,74	42,32	0,015*
Rechtliche Probleme	46,51	44,88	0,507
Familiäre/ Soziale Situation	54,72	39,90	0,006**
Psychische Probleme	54,18	40,23	0,012*

*p<0,05 **p<0,001 Mann-Whitney-U-Test, 2-seitig

Wie in der Tabelle gezeigt, gab es bezüglich der Problembereiche familiäre bzw. soziale Situation, Drogenabusus und Belastung durch psychische Probleme einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit Vernachlässigungserlebnissen und denjenigen ohne.

Psychische Probleme bei Patienten mit Vernachlässigung nach SCL90-R:

In der folgenden Tabelle sind die psychischen Probleme dargestellt, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden.

Tabelle 40 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von angegebener Vernachlässigung im Kindesalter

SCL- Subskalen	Vernachlässigung		P- Wert
	Ja (n= 33)	Nein (n= 57)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	44,81	45,92	0,844
Zwanghaftigkeit	51,94	41,59	0,066
Unsicherheit im Sozialkontakt	51,28	41,99	0,099
Depressivität	55,12	39,66	0,006**
Ängstlichkeit	51,88	40,75	0,047*
Aggressivität	56,21	39,00	0,002**
Phobische Angst	51,85	41,64	0,064
Paranoides Denken	50,69	42,35	0,137
Psychotizismus	54,13	40,26	0,014*
Globalwerte	52,96	40,97	0,033*

*p<0,05 **p<0,01 Mann- Whitney- U-Test, 2-seitig

Der obigen Tabelle kann entnommen werden, daß Patienten, die Vernachlässigung in ihrer Vorgeschichte angaben, in den SC90-R Subskalen für Ängstlichkeit, Psychotizismus und den Globalwert signifikant und für Depressivität und Aggressivität hochsignifikant schlechtere Werte erreichten als die Patienten, die nicht vernachlässigt wurden.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Skala geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Bei Patienten, die Vernachlässigung in der Kindheit angeben, zeigten sich in allen drei Kennwerten schlechtere Ergebnisse, als bei Patienten, die keine Vernachlässigung angaben.

Tabelle 41 Statistische Auswertung der Globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von Vernachlässigungserfahrungen

Globale Kennwerte der SCL-90R Skala	Vernachlässigung		P- Wert
	Ja (n= 34)	Nein (n= 56)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	55,22	39,60	0,006*
Positive Symptom Total (PST)	53,21	39,93	0,018*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	53,12	39,07	0,012*

*p<0,05 Mann- Whitney- U- Test, 2- seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Patienten, die vernachlässigt wurden:

Die Stichprobe umfaßte 56 Patienten, die keine Vernachlässigung in der Kindheit angaben, 37 Männer (66,1%) und 19 Frauen (33,9%). In der folgenden Tabelle werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Bezug auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI und der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden dargestellt. Zuerst werden Unterschiede bei den Probanden gezeigt, die keine Vernachlässigung in der Kindheit angaben.

Tabelle 42 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne Vernachlässigungserfahrungen

Problembereiche	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Körperliche Probleme	6,920	8	0,545
Arbeit/ Unterhalt	5,881	8	0,661
Alkohol	8,531	5	0,129
Drogen	2,727	3	0,436
Rechtliche Probleme	1,629	2	0,443
Familien/Soz.situation	9,421	9	0,399
Psychische Probleme	14,139	9	0,117

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie in Tabelle 42 dargestellt, ergab sich im Bezug auf die verschiedenen im EuropASI untersuchten Problembereiche kein Unterschied zwischen nicht vernachlässigten Frauen und Männern.

Hinsichtlich der Belastungstendenzen in den Subskalen der SCL90-R, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterschieden sich Frauen und Männer, die keine Vernachlässigung angaben, nicht signifikant (nächste Tabelle).

Tabelle 43 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine Vernachlässigung angaben

SCL90 Subskalen	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Somatisierung	10,021	11	0,528
Zwanghaftigkeit	7,791	10	0,649
Unsicherheit im Sozialkontakt	10,449	9	0,312
Depressivität	15,406	13	0,283
Ängstlichkeit	17,419	10	0,066
Aggressivität	3,580	6	0,733
Phobische Angst	4,328	7	0,741
Paranoides Denken	0,563	6	0,997
Psychotizismus	4,922	8	0,766
Globalwerte	2,581	7	0,921

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie in der nächsten Tabelle gezeigt, wurden bezüglich der globalen Kennwerte GSI, PST, PSDI keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt.

Tabelle 44 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine Vernachlässigung angaben

Globalwerte	χ^2 - Wert	Df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	46,335	43	0,336
Positive Symptom Total (PST)	38,784	39	0,480
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	51,077	49	0,392

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Nachfolgend werden die Daten der Patienten gezeigt, die angaben, in der Kindheit vernachlässigt worden zu sein. Es handelte sich um insgesamt 34 Patienten, darunter 19 Männer (55,9%) und 15 Frauen (44,1%). Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Ausprägung der genannten Problembereiche des EuropASI nicht signifikant.

Tabelle 45 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die Vernachlässigung angaben

Problembereiche	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Körperliche Probleme	2,964	6	0,813
Arbeit/ Unterhalt	12,083	8	0,148
Alkohol	5,337	5	0,376
Drogen	6,662	7	0,465
Rechtliche Probleme	2,859	3	0,414
Familien/Soz.situation	8,311	9	0,503
Psychische Probleme	12,522	9	0,185

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Wie Patienten, die keine Vernachlässigung angaben, zeigten Patienten, die Vernachlässigung angaben in Bezug auf die Ausprägung der psychischen Belastung, die mit den Subskalen der SCL90-R erfaßt wurden, keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dies ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 46 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei vernachlässigten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht

SCL90 Subskalen	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Somatisierung	13,584	11	0,257
Zwanghaftigkeit	4,965	8	0,761
Unsicherheit im Soz.kontakt	12,445	9	0,189
Depressivität	10,204	10	0,423
Ängstlichkeit	9,325	9	0,408
Aggressivität	3,874	6	0,694
Phobische Angst	3,487	6	0,746
Paranoides Denken	7,983	6	0,239
Psychotizismus	12,792	9	0,172
Globalwerte	4,503	5	0,480

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

In folgender Tabelle wird gezeigt, daß hinsichtlich der Ausprägung der globalen Kennwerte der SCL90-R kein Unterschied zwischen vernachlässigten Männern und Frauen signifikant wurde.

Tabelle 47 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die Vernachlässigung in Kindheit angaben

Globalwerte	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	29,944	30	0,469
Positive Symptom Total (PST)	25,212	27	0,563
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	34,000	32	0,371

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

3.2.6 Vergleich zwischen Patienten, die angaben, vermehrt familiäre Gewalt erlebt zu haben und Patienten, die dies nicht angaben

Insgesamt gaben von 90 Patienten 32 (35,6%) an, in der Kindheit vermehrt familiäre Gewalt erlebt zu haben, während 58 (64,4%) dies nicht angaben.

Nachfolgend wird mit Tabellen die Auswirkung familiärer Gewalt in der Kindheit bei alkoholabhängigen Patienten auf die Problembereiche, die mit dem EuropASI erfaßt wurden (körperliche Probleme, Arbeit-/Unterhaltssituation, Alkohol, Drogen, rechtliche Probleme, familiäre/sozial Situation, psychische Probleme) dargestellt.

Auswirkung familiärer Gewalt auf Problembereiche nach EuropASI:

Tabelle 48 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen Patienten, die angaben, familiäre Gewalt erlebt zu haben bzw. Patienten, die dies nicht angaben

Europ-ASI Problembereiche	Familiäre Gewalt		P- Wert
	Ja (n= 32)	Nein (n= 58)	
	Mittlerer Rang		
Körperliche Probleme	45,11	45,72	0,901
Arbeit/ Unterhalt	51,03	42,45	0,094
Alkohol	47,44	44,43	0,585
Drogen	48,70	43,73	0,158
Rechtliche Probleme	48,19	44,02	0,094
Familiäre-/ Sozialsituation	51,17	42,37	0,107
Psychische Probleme	53,77	40,94	0,023*

* $p < 0,05$ Mann-Whitney-U-Test, 2-seitig

Wie in obiger Tabelle gezeigt, gab es bezüglich des Problembereichs „Psychische Probleme“ einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit Gewalterlebnissen und denjenigen ohne.

Psychische Probleme bei Patienten mit Gewalterlebnissen erfaßt mittels SCL90-R:

In der folgenden Tabelle sind die psychischen Probleme, die mit der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden dargestellt.

Tabelle 49 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei Patienten in Abhängigkeit von angegebener erlebter familiärer Gewalt Kindesalter

SCL-Subskalen	Familiäre Gewalt		P- Wert
	Ja (n= 32)	Nein (n= 58)	
	Mittlerer Rang		
Somatisierung	48,19	44,02	0,466
Zwanghaftigkeit	51,59	42,14	0,098
Unsicherheit Soz.kontakt	52,56	41,60	0,055
Depressivität	53,31	41,19	0,034*
Ängstlichkeit	52,39	41,05	0,047*
Aggressivität	56,45	39,46	0,003**
Phobische Angst	54,11	40,75	0,017*
Paranoides Denken	49,95	43,04	0,224
Psychotizismus	51,75	42,05	0,089
Globalwerte	50,34	42,83	0,186

*p<0,05 **p<0,01 Mann-Whitney- U-Test, 2-seitig

Der obigen Tabelle kann entnommen werden, daß Patienten, die gehäuft familiäre Gewalt in ihrer Vorgeschichte angaben, in den SCL90-R Subskalen signifikant schlechtere Werte für Depressivität, Ängstlichkeit und Phobische Ängste und hochsignifikant schlechtere für Aggressivität erreichten als Patienten, die angaben, keine familiäre Gewalt erlebt zu haben.

Die globalen Kennwerte der SCL90-R Skala geben Auskunft über das Antwortverhalten bezüglich aller Items. Für Patienten, die angaben vermehrt familiäre Gewalt erlebt zu haben, zeigten sich in allen drei Kennwerten schlechtere Ergebnisse, als für Patienten, die keine Gewalterlebnisse angaben.

Tabelle 50 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von familiärer Gewalt

Globale Kennwerte der SCL90-R Skala	Familiäre Gewalt		P- Wert
	Ja (n= 32)	Nein (n= 58)	
	Mittlerer Rang		
Global Severity Index (GSI)	55,73	39,85	0,006**
Positive Symptom Total (PST)	52,58	40,95	0,043*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	53,84	39,42	0,011*

*p<0,05 **p<0,01 Mann-Whitney- U- Test, 2- seitig

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Patienten, die familiärer Gewalt erlebt haben:

Die Stichprobe umfaßte 58 Patienten, die angaben, keine familiäre Gewalt erlebt zu haben, 35 Männer (60,3%) und 23 Frauen (39,7%). In der folgenden Tabelle werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Bezug auf Problembereiche, die mit dem EuropASI und der SCL90-R Symptomliste erfaßt wurden, dargestellt. Zuerst werden Unterschiede bei den Probanden gezeigt, die angaben, in der Kindheit keine familiäre Gewalt erlebt zu haben.

Tabelle 51 Problembereiche aus dem EuropASI, geschlechtsspezifische Unterschiede für Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben

Problembereiche	χ - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Körperliche Probleme	7,615	8	0,472
Arbeit/ Unterhalt	7,824	8	0,451
Alkohol	5,625	6	0,467
Drogen	1,361	1	0,243
Rechtliche Probleme	9,057	9	0,432
Familien/Soz.situation	11,496	8	0,175
Psychische Probleme	9,018	12	0,701

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Aus Tabelle 51 ergab sich im Bezug auf die verschiedenen im EuropASI untersuchten Problembereiche kein Unterschied zwischen Frauen und Männern, die keine familiäre Gewalt erlebt hatten.

Hinsichtlich der Belastungstendenzen in den Subskalen der SCL90-R, d.h. der Ausprägung psychischer Belastung bei den Befragten, unterschieden sich Frauen und Männer, die keine familiäre Gewalt erlebt hatten nicht signifikant. Dies wird im Folgenden dargestellt.

Tabelle 52 Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R Symptomliste in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben

SCL90 Subskalen	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Somatisierung	9,018	12	0,701
Zwanghaftigkeit	6,507	10	0,771
Unsicherheit im Sozialkontakt	5,227	9	0,814
Depressivität	12,843	13	0,460
Ängstlichkeit	8,396	10	0,590
Aggressivität	7,665	6	0,264
Phobische Angst	2,958	5	0,706
Paranoides Denken	5,990	6	0,424
Psychotizismus	5,462	9	0,792
Globalwerte	2,382	7	0,939

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Auch bezüglich der globalen Kennwerte GSI, PST, PSDI sind, wie im Folgenden gezeigt wird, keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt worden.

Tabelle 53 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben

Globalwerte	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	49,624	48	0,408
Positive Symptom Total (PST)	42,677	42	0,442
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	54,230	53	0,427

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Nachfolgend werden die Daten der Patienten dargestellt, die angaben, in der Kindheit familiäre Gewalt erlebt zu haben. Es handelte sich um insgesamt 32 Patienten, darunter 21 Männer (65,6%) und 11 Frauen (34,4%). Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Ausprägung der im EuropASI erfaßten Problembereiche nicht signifikant.

Tabelle 54 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die familiäre Gewalt angaben

Problembereiche	χ - Wert	Freiheitsgrad	P- Wert
Körperliche Probleme	5,614	6	0,468
Arbeit/ Unterhalt	10,500	8	0,232
Alkohol	6,980	4	0,137
Drogen	6,466	6	0,373
Rechtliche Probleme	3,503	4	0,477
Familien/Soz.situation	5,705	8	0,680
Psychische Probleme	7,250	8	0,510

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

Im Gegensatz zu Patienten, die keine familiäre Gewalt erlebt hatten, zeigten Patienten, die angaben familiäre Gewalt erlebt zu haben einen Unterschied zwischen den Geschlechtern, mit schlechteren Werten für Männer im Bereich Psychotizismus. Bei genauerer Betrachtung der Daten für diesen Bereich sind die Geschlechtsunterschiede allerdings irrelevant. Die psychische Symptombelastung wurde mit den Subskalen der SCL90-R Symptomliste erfaßt und ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 55 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei Patienten, die familiäre Gewalt erlebt hatten in Abhängigkeit vom Geschlecht

SCL90 Subskalen	χ^2 - Wert	df	P- Wert
Somatisierung	9,171	11	0,606
Zwanghaftigkeit	12,274	8	0,139
Unsicherheit im Sozialkontakt	8,727	9	0,463
Depressivität	7,250	9	0,611
Ängstlichkeit	14,474	9	0,106
Aggressivität	3,758	5	0,585
Phobische Angst	4,885	6	0,559
Paranoides Denken	2,183	6	0,902
Psychotizismus	17,741	8	0,023*
Globalwerte	6,405	6	0,379

* $p < 0,05$ Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, daß sich hinsichtlich der Ausprägung der globalen Kennwerte der SCL90-R kein Unterschied zeigte, zwischen Männern und Frauen, die in der Kindheit familiäre Gewalt erlebt hatten.

Tabelle 56 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die vermehrt familiäre Gewalt in der Kindheit angaben

Globalwerte	χ^2 -Wert	df	P- Wert
Global Severity Index (GSI)	29,784	28	0,374
Positive Symptom Total (PST)	28,816	27	0,370
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	31,000	28	0,317

Chi- Quadrat- Test, 2- seitig, nach Pearson

3.3 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander

Im Folgenden wird der Einfluß der Mißhandlungsschwere (gar nicht, leicht, mittel schwer) auf die im EuropASI und der SCL90-R erfaßten Problembereiche dargestellt. Es wird der Frage nachgegangen, ob nicht nur der Mißbrauch selbst, sondern die Mißbrauchsintensität bzw. –schwere Einfluß auf die Ausprägung körperlicher, sozialer und psychischer Probleme hat. So ist es möglich, daß Patienten zum Beispiel erst ab schweren Mißhandlungserfahrungen später vermehrt klinische Symptome aufweisen.

Insgesamt fiel bei der Auswertung auf, daß die Zahl der Patienten, die eine Mißhandlung angaben nicht immer mit der Zahl der Patienten übereinstimmt, die verschiedene Schweregrade einer Mißhandlung angaben. Dies ist dadurch erklärbar, daß einige Patienten die generelle Frage, ob sie der Ansicht sind, mißhandelt worden zu sein mit „ja“ beantworteten, im Verlauf aber, bei genauerer Definition der Schweregrade dann verneinten, da sie sich in den dortigen Beispielen nicht wiederfanden. Teilweise war es aber wohl auch so, daß Patienten subjektiv nicht den Eindruck hatten, mißhandelt worden zu sein, dies jedoch bei der Erklärung, welche Erlebnisse als Mißhandlung eingestuft werden, revidierten.

3.3.1 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für eine Mißhandlung allgemein

Bei der allgemeinen Frage, ob eine Mißhandlung stattgefunden habe, gaben 52 Patienten „ja“ an; im Verlauf, bei genauer Definition der Schweregrade waren es 58. Patienten, die generell eine Mißhandlung in der Kindheit bejahten, zeigten im Bezug auf die Subskala „Psychische Probleme“ des EuropASI einen signifikant schlechteren Wert als Patienten, die jegliche Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit verneinten, wobei sich Patienten mit mittleren bis schweren Mißhandlungserfahrungen von denen ohne oder mit nur leichten Mißhandlungen unterschieden. Demnach hat leichte Mißhandlung in unserem befragten Kollektiv keine signifikante Auswirkung auf das spätere psychische Befinden. Die anderen Bereiche zeigten keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Schweregrades der Mißhandlung. Dies ist in nachfolgender Tabelle 57 dargestellt.

Tabelle 57 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf Problembereiche im EuropASI

Problembereich	Schweregrad	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Körperl.Probleme	Keine	45,44	1,684	3	0,640
	Leicht	39,70			
	Mittel	50,00			
	Schwer	46,27			
Arbeit/Unterhalt	Keine	37,83	6,469	3	0,091
	Leicht	46,37			
	Mittel	54,83			
	Schwer	48,80			
Alkohol	Keine	42,22	5,173	3	0,160
	Leicht	49,97			
	Mittel	56,93			
	Schwer	40,73			
Drogen	Keine	40,27	6,110	3	0,106
	Leicht	45,40			
	Mittel	48,57			
	Schwer	49,89			
Rechtl.Probleme	Keine	43,88	3,574	3	0,311
	Leicht	42,50			
	Mittel	48,63			
	Schwer	47,29			
Fam./Soz. Probl.	Keine	38,59	5,758	3	0,124
	Leicht	42,50			
	Mittel	54,90			
	Schwer	49,96			
Psych.Probleme	Keine	38,33	10,404	3	0,015*
	Leicht	35,17			
	Mittel	51,97			
	Schwer	55,77			

Kruskal-Wallis-Test

Die Auswirkung der Mißbrauchsschwere auf die Subskalen der SCL-90 sind im Folgenden in Tabelle 58 dargestellt. Es ergaben sich für die Bereiche „Zwanghaftigkeit“ und „Depressivität“ signifikante und für die Bereiche „Aggressivität“ und „Psychotizismus“ hochsignifikante Unterschiede. Patienten mit Mißhandlung

zeigten generell eine höhere Symptombelastung als nicht mißhandelte. Die Mißhandlungsschwere zeigte keinen signifikanten Einfluß auf Unterschiede zwischen den Gruppen. Es war jedoch ein Trend zu vermehrten Symptomen bei schweren Mißhandlungserfahrungen zu sehen. In den Bereichen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und „Phobische Angst“ wurde ein Trend zu schlechteren Werten deutlich, die allerdings nicht signifikant wurden.

Für schlechtere Werte in den Subskalen der SCL90-R Symptomliste, die die Übergänge einer „normalen“ Belastung durch psychische Probleme bis zur psychopathologisch relevanten Diagnostik erfaßt, war, wie in der nächsten Tabelle dargestellt, bereits das Vorhandensein einer Mißhandlung ausschlaggebend, nicht die Mißhandlungsschwere.

Tabelle 58 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf Subskalen in der SCL90-R

Subskalen	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	42,48	1,872	3	0,599
	Leicht	44,70			
	Mittel	53,50			
	Schwer	45,09			
Zwanghaftigkeit	Keine	34,08	9,952	3	0,019*
	Leicht	51,33			
	Mittel	55,00			
	Schwer	50,34			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	35,69	7,326	3	0,062
	Leicht	48,47			
	Mittel	50,73			
	Schwer	52,32			
Depressivität	Keine	34,91	8,575	3	0,036*
	Leicht	49,43			
	Mittel	49,53			
	Schwer	53,34			
Ängstlichkeit	Keine	37,14	4,840	3	0,184
	Leicht	51,36			
	Mittel	50,07			
	Schwer	48,09			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	34,44	12,963	3	0,005**
	Leicht	40,63			
	Mittel	54,30			
	Schwer	56,04			
Phobische Angst	Keine	35,94	7,342	3	0,062
	Leicht	50,67			
	Mittel	48,03			
	Schwer	52,30			
Paranoides Denken	Keine	38,28	4,926	3	0,177
	Leicht	49,23			
	Mittel	44,07			
	Schwer	52,52			
Psychotizismus	Keine	33,98	12,430	3	0,006**
	Leicht	46,50			
	Mittel	46,63			
	Schwer	57,52			
Zusatzitems	Keine	37,69	5,072	3	0,167
	Leicht	45,70			
	Mittel	51,83			
	Schwer	50,93			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

Wie der Tabelle 58 zu entnehmen ist, zeigten die Befragten sowohl für die Belastung durch „Zwanghaftigkeit“, „Depressivität“, „Aggressivität“ und „paranoides Denken“ signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keinerlei Mißhandlungserfahrungen angaben. Für die Subskalen „phobische Ängste“ und „Unsicherheit“ im sozialen Kontakt gab es einen deutlichen Trend zu schlechteren Werten.

Wie aus der folgenden Tabelle erkennbar, erzielten Patienten, die jegliche Mißhandlung in der Kindheit angaben, in allen drei Kennwerten der SCL90-R Symptomliste (GSI, PSDI, PST) signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keinerlei Mißhandlung angaben. Auch gab es einen deutlichen Unterschied zwischen leichter und schwerer Mißhandlungsintensität. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant. (χ -Wert 3,631; Freiheitsgrad 3; P-Wert 0,304; Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Tabelle 59 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Keine	33,53	11,523	3	0,009**
	Leicht	46,93			
	Mittel	50,90			
	Schwer	55,52			
Positive Symptom Total (PST)	Keine	34,52	8,809	3	0,032*
	Leicht	46,36			
	Mittel	51,33			
	Schwer	52,86			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Keine	36,97	9,247	3	0,026*
	Leicht	36,07			
	Mittel	48,47			
	Schwer	54,93			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

3.3.2 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für sexuellen Mißbrauch

Bei der allgemeinen Frage, ob ein Mißbrauch stattgefunden habe, gaben 11 Patienten „ja“ an; im Verlauf, bei genauerer Definition der Schweregrade waren es noch 9 Patienten.

Für keinen der untersuchten Bereiche wurden Unterschiede bezüglich der Mißbrauchsintensität signifikant. Dies ist folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 60 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchsschwere auf Problembereiche im EuropASI

Problembereich	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	Df	P-Wert
Körperliche Probleme	Keine	45,92	5,341	2	0,069
	Mittel	65,17			
	Schwer	30,00			
Arbeit/Unterhalt	Keine	44,94	0,655	2	0,721
	Mittel	45,67			
	Schwer	52,92			
Alkohol	Keine	46,13	1,231	2	0,540
	Mittel	29,83			
	Schwer	44,83			
Drogen	Keine	44,52	3,060	2	0,217
	Mittel	54,50			
	Schwer	54,25			
Rechtliche Probleme	Keine	45,25	4,336	2	0,114
	Mittel	58,33			
	Schwer	42,50			
Familiäre/Soziale Probleme	Keine	44,71	0,848	2	0,655
	Mittel	54,50			
	Schwer	51,67			
Psychische Probleme	Keine	44,29	2,252	2	0,324
	Mittel	48,33			
	Schwer	60,42			

Kruskal-Wallis-Test

Die Auswirkung der Mißbrauchsschwere auf die Subskalen der SCL-90 sind im Folgenden dargestellt. Es ergaben sich für den Bereich „Aggressivität“ signifikante Unterschiede. Patienten mit Mißbrauch zeigten eine höhere Symptombelastung als nicht mißbrauchte. Die Mißbrauchsschwere zeigte bei keinem der anderen Parameter einen signifikanten Einfluß auf die SCL-90 Werte.

Die Subskalen der SCL90-R Symptomliste, die die Übergänge einer „normalen“ Belastung durch psychische Probleme bis zur psychopathologisch relevanten Diagnostik erfassen, sind in Tabelle 61 dargestellt.

Tabelle 61 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchschwere auf Subskalen in der SCL90-R

Subskalen	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	46,15	0,551	2	0,759
	Mittel	37,00			
	Schwer	41,00			
Zwanghaftigkeit	Keine	45,25	0,094	2	0,954
	Mittel	46,17			
	Schwer	48,58			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	45,62	0,532	2	0,766
	Mittel	35,67			
	Schwer	48,83			
Depressivität	Keine	44,19	2,210	2	0,331
	Mittel	61,83			
	Schwer	55,08			
Ängstlichkeit	Keine	44,81	3,617	2	0,164
	Mittel	23,83			
	Schwer	58,17			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	43,72	6,394	2	0,041*
	Mittel	80,67			
	Schwer	51,92			
Phobische Angst	Keine	44,38	1,627	2	0,443
	Mittel	53,33			
	Schwer	56,75			
Paranoides Denken	Keine	45,45	0,033	2	0,984
	Mittel	43,83			
	Schwer	47,00			
Psychotizismus	Keine	44,37	1,680	2	0,432
	Mittel	51,17			
	Schwer	57,92			
Zusatzitems	Keine	44,75	2,681	2	0,262
	Mittel	35,00			
	Schwer	60,83			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05

Wie aus der folgenden Tabelle erkennbar, zeigten Patienten, die sexuellen Mißbrauch in der Kindheit angaben, in keiner der drei globalen Kennwerte signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keinerlei Mißbrauch angaben. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant. (χ^2 -Wert 1,134, df 2, P-Wert 0,567, Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Tabelle 62 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchsschwere auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	SG	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Keine	44,67	0,852	2	0,653
	Mittel	50,50			
	Schwer	54,17			
Positive Symptom Total (PST)	Keine	44,26	0,950	2	0,622
	Mittel	44,83			
	Schwer	54,92			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Keine	43,68	0,881	2	0,644
	Mittel	48,33			
	Schwer	53,42			

Kruskal-Wallis-Test

3.3.3 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für körperliche Mißhandlung

Bei der allgemeinen Frage, ob eine körperliche Mißhandlung stattgefunden habe, gaben 33 Patienten „ja“ an und auch bei Definition der Schweregrade blieb diese Zahl konstant.

Patienten, die eine körperliche Mißhandlung in der Kindheit bejahten, zeigten im Bezug auf die Subskalen des EuropASI nur im Bereich psychische Probleme signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit verneinten. Dies ist in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 63 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf Problembereiche im EuropASI

Problembereiche des Europ-ASI	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Körperliche Probleme	Keine	45,72	2,895	3	0,408
	Leicht	34,44			
	Mittel	49,07			
	Schwer	49,15			
Arbeit/ Unterhalt	Keine	43,48	1,279	3	0,734
	Leicht	48,44			
	Mittel	46,79			
	Schwer	50,18			
Alkohol	Keine	47,28	2,208	3	0,530
	Leicht	45,56			
	Mittel	50,07			
	Schwer	37,62			
Drogen	Keine	42,89	5,646	3	0,130
	Leicht	44,50			
	Mittel	52,43			
	Schwer	51,94			
Rechtliche Probleme	Keine	44,89	4,473	3	0,215
	Leicht	42,50			
	Mittel	42,50			
	Schwer	50,38			
Familiäre/Soziale Probleme	Keine	40,98	5,547	3	0,136
	Leicht	52,28			
	Mittel	58,50			
	Schwer	51,71			
Psychische Probleme	Keine	40,19	9,430	3	0,024*
	Leicht	42,61			
	Mittel	58,14			
	Schwer	59,62			

*p<0,05 Kruskal-Wallis-Test

Die Auswirkung der Mißhandlungsschwere auf die Subskalen der SCL90-R Symptomliste, die die Übergänge einer „normalen“ Belastung durch psychische Probleme bis zur psychopathologisch relevanten Diagnostik erfaßt, ist in der nächsten Tabelle dargestellt. Es zeigten sich für den Bereich „Psychotizismus“ hochsignifikante Unterschiede zwischen Patienten mit schwerer Mißhandlung gegenüber allen anderen Gruppen, sowie ein Trend zu höherer Feindseligkeit und paranoidem Denken.

Tabelle 64 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf Subskalen in der SCL90-R

Subskalen	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	47,18	2,524	3	0,471
	Leicht	35,78			
	Mittel	36,79			
	Schwer	48,59			
Zwanghaftigkeit	Keine	43,94	5,000	3	0,172
	Leicht	43,17			
	Mittel	33,64			
	Schwer	56,85			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	43,46	2,527	3	0,470
	Leicht	44,61			
	Mittel	41,64			
	Schwer	54,41			
Depressivität	Keine	43,99	5,371	3	0,147
	Leicht	37,67			
	Mittel	38,07			
	Schwer	57,76			
Ängstlichkeit	Keine	45,04	2,802	3	0,423
	Leicht	46,50			
	Mittel	30,79			
	Schwer	49,94			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	42,02	7,393	3	0,060
	Leicht	39,22			
	Mittel	45,50			
	Schwer	60,50			
Phobische Angst	Keine	45,28	6,178	3	0,103
	Leicht	39,67			
	Mittel	29,43			
	Schwer	55,94			
Paranoides Denken	Keine	46,51	7,058	3	0,070
	Leicht	31,28			
	Mittel	32,14			
	Schwer	55,15			
Psychotizismus	Keine	42,20	13,838	3	0,003**
	Leicht	44,28			
	Mittel	27,21			
	Schwer	64,74			
Zusatzitems	Keine	44,45	1,517	3	0,678
	Leicht	41,17			
	Mittel	43,50			
	Schwer	52,15			

Kruskal-Wallis-Test, **p<0,01

Wie aus der folgenden Tabelle erkennbar, erzielten Patienten mit körperlicher Mißhandlung in der Kindheit innerhalb der drei globalen Kennwerte signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keine Mißhandlungserfahrungen gemacht hatten. Zudem wird hier eine klare Abstufung der Werte je nach Schweregrad deutlich. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant (χ -Wert 2,771, Freiheitsgrad 3, P-Wert 0,428).

Tabelle 65 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Keine	33,53	11,523	3	0,009**
	Leicht	46,93			
	Mittel	50,90			
	Schwer	55,52			
Positive Symptom Total (PST)	Keine	34,52	8,809	3	0,032*
	Leicht	46,36			
	Mittel	51,33			
	Schwer	52,86			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Keine	36,97	9,247	3	0,026*
	Leicht	36,07			
	Mittel	48,47			
	Schwer	54,93			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

3.3.4 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für emotionale Mißhandlung

Bei der allgemeinen Frage, ob eine Mißhandlung stattgefunden habe, gaben 42 Patienten „ja“ an, bei genauer Definition der Schweregrade auch. Patienten, die eine emotionale Mißhandlung in der Kindheit bejahten, zeigten im Bezug auf die Subskalen „Drogen“ und „familiäre/soziale Probleme“ des EuropASI hochsignifikant schlechtere Werte, als Patienten, die emotionale Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit verneinten, wobei sich Patienten mit schweren Mißhandlungserfahrungen von denen ohne, mit leichter oder mittlerer Mißhandlung im Bereich „Drogen“ deutlich unterschieden. Im Bereich familiäre/soziale Probleme“ ergibt sich kein Unterschied für die Schweregrade. Im Bereich „psychische Probleme“ sahen wir einen deutlichen Trend. Die anderen Bereiche zeigten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Mißhandlungsintensität. Dies ist folgender Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 66 Einfluß der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf Problembereiche im EuropASI

Problembereich	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Körperliche Probleme	Keine	42,63	1,959	3	0,581
	Leicht	51,43			
	Mittel	47,28			
	Schwer	43,75			
Arbeit/ Unterhalt	Keine	39,96	7,266	3	0,064
	Leicht	48,07			
	Mittel	46,25			
	Schwer	59,50			
Alkohol	Keine	43,53	2,187	3	0,535
	Leicht	40,61			
	Mittel	52,75			
	Schwer	45,54			
Drogen	Keine	41,44	13,853	3	0,003**
	Leicht	48,43			
	Mittel	41,56			
	Schwer	59,54			
Rechtliche Probleme	Keine	43,85	2,362	3	0,501
	Leicht	45,29			
	Mittel	44,81			
	Schwer	49,42			
Familiäre/Soziale Probleme	Keine	36,60	13,110	3	0,004**
	Leicht	51,57			
	Mittel	60,03			
	Schwer	50,21			
Psychische Probleme	Keine	39,21	7,505	3	0,057
	Leicht	43,43			
	Mittel	53,75			
	Schwer	57,83			

**p<0,01 Kruskal-Wallis-Test

Die Auswirkung der Schwere der emotionalen Mißhandlung auf die Subskalen der SCL-90 sind im Folgenden dargestellt. Es ergaben sich für den Bereich „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Depression“, „Psychotizismus“ und die Zusatzitems signifikante und für die Bereiche „ Aggressivität“ und „Phobische Ängste“ hochsignifikante Unterschiede. Patienten mit Mißhandlung zeigten generell eine höhere Symptombelastung als nicht mißhandelte. Die Mißhandlungsschwere hatte einen signifikanten Einfluß auf Unterschiede zwischen den Gruppen, so traten im Bereich „Aggressivität“ und „Psychotizismus“ vermehrt Symptome bei schweren Mißbrauchserfahrungen auf, wobei sie in den Bereichen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“ und „Depression“ bei den Patienten vermehrt waren, die eine leichte Mißhandlung angaben.

Die statistische Auswertung der Subskalen der SCL90-R Symptomliste, die die Übergänge einer „normalen“ Belastung durch psychische Probleme bis zur psychopathologisch relevanten Diagnostik erfassen, sind in 67 Tabelle dargestellt.

Tabelle 67 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf Subskalen in der SCL90-R

Subskalen	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	41,37	3,124	3	0,373
	Leicht	53,04			
	Mittel	50,44			
	Schwer	42,58			
Zwanghaftigkeit	Keine	37,52	9,103	3	0,028*
	Leicht	53,93			
	Mittel	56,41			
	Schwer	48,67			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	37,18	10,546	3	0,014*
	Leicht	48,11			
	Mittel	58,75			
	Schwer	53,67			
Depressivität	Keine	36,61	10,661	3	0,014*
	Leicht	55,32			
	Mittel	53,69			
	Schwer	54,25			
Ängstlichkeit	Keine	37,89	6,901	3	0,075
	Leicht	55,04			
	Mittel	50,75			
	Schwer	49,21			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	35,63	16,511	3	0,001**
	Leicht	46,14			
	Mittel	58,94			
	Schwer	55,29			
Phobische Angst	Keine	36,00	13,097	3	0,004**
	Leicht	52,36			
	Mittel	56,88			
	Schwer	55,83			
Paranoides Denken	Keine	39,89	4,596	3	0,204
	Leicht	48,18			
	Mittel	58,03			
	Schwer	55,29			
Psychotizismus	Keine	36,99	10,910	3	0,012*
	Leicht	48,18			
	Mittel	58,03			
	Schwer	55,29			
Zusatzitems	Keine	38,28	9,522	3	0,023*
	Leicht	48,43			
	Mittel	60,59			
	Schwer	46,54			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

Wie aus der folgenden Tabelle über die globalen Kennwerte der SCL90-R erkennbar, zeigten Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben, in allen drei Kennwerten signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben. Wie in der nächsten Tabelle dargestellt, ist bereits das generelle Vorhandensein einer Mißhandlung ausschlaggebend, nicht die Mißhandlungsschwere.

Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant. (χ^2 -Wert 3,341, df 3, P-Wert 0,342, Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Tabelle 68 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	Schweregrad der Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Leicht	36,09	11,870	3	0,008**
	Keine	55,11			
	Mittel	54,53			
	Schwer	55,42			
Positive Symptom Total (PST)	Leicht	35,78	0,950	3	0,009**
	Keine	52,39			
	Mittel	56,78			
	Schwer	52,33			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)		36,72	0,881	3	0,043*
	Keine Leicht	52,43			
	Mittel	48,88			
	Schwer	54,96			

Kruskal-Wallis-Test *p<0,05 **p<0,01

3.3.5 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade für Vernachlässigung

Auf die allgemeinen Frage, ob sie in der Kindheit vernachlässigt worden seien, gaben 34 Patienten „ja“ an; im Verlauf, bei genauer Definition der Schweregrade waren es 32.

Patienten, die Vernachlässigung in der Kindheit bejahten, zeigten im Bezug auf die Subskalen „Familiäre/Soziale Probleme“ und „Psychische Probleme“ des EuropASI signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die Vernachlässigungserfahrungen in

der Kindheit verneinten, wobei sich Patienten mit mittleren bis schweren Mißhandlungserfahrungen von denen mit nur leichten Mißhandlungen nicht deutlich unterscheiden. Demnach ist nicht die Intensität der Mißhandlung, sondern die Mißhandlung an sich in unserem befragten Kollektiv signifikante Auswirkung auf das spätere psychische Befinden. Dies ist in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 69 Einfluß der Schwere der Vernachlässigung auf Problembereiche im EuropASI

Problembereich	Schweregrad	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Körperliche Probleme	Keine	45,09	0,875	3	0,831
	Leicht	38,00			
	Mittel	47,71			
	Schwer	47,81			
Arbeit/Unterhalt	Keine	45,22	1,816	3	0,611
	Leicht	33,90			
	Mittel	46,39			
	Schwer	50,27			
Alkohol	Keine	46,13	4,081	3	0,253
	Leicht	63,70			
	Mittel	43,86			
	Schwer	37,46			
Drogen	Keine	43,80	2,910	3	0,406
	Leicht	48,90			
	Mittel	51,57			
	Schwer	45,23			
Rechtliche Probleme	Keine	44,80	2,095	3	0,553
	Leicht	42,50			
	Mittel	49,21			
	Schwer	45,77			
Familiäre/Soziale Probleme	Keine	39,84	9,254	3	0,026*
	Leicht	64,60			
	Mittel	54,32			
	Schwer	53,92			
Psychische Probleme	Keine	41,25	8,079	3	0,044*
	Leicht	39,60			
	Mittel	49,14			
	Schwer	62,81			

Chi-Quadrat-Test, 2-seitig, nach Pearson

Die Auswirkung der Schwere der Vernachlässigung auf die Subskalen der SCL-90 sind im Folgenden in Tabelle 70 dargestellt. Es ergaben sich für die Bereiche „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“ und die Zusatzitem signifikante und für den Bereich „Psychotizismus“ hochsignifikante Unterschiede. Dabei kam es hauptsächlich in der Gruppe der schwer vernachlässigten zu erhöhter Symptombelastung.

Tabelle 70 Statistische Auswertung des Einflusses der Schwere der Vernachlässigung auf Subskalen in der SCL90-R

Subskalen	Schweregrader Mißhandlung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	46,00	2,065	3	0,559
	Leicht	45,30			
	Mittel	37,64			
	Schwer	51,81			
Zwanghaftigkeit	Keine	42,23	5,180	3	0,159
	Leicht	60,90			
	Mittel	43,21			
	Schwer	56,62			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	43,04	4,792	3	0,188
	Leicht	45,10			
	Mittel	42,36			
	Schwer	60,00			
Depressivität	Keine	40,77	7,074	3	0,070
	Leicht	58,70			
	Mittel	47,43			
	Schwer	59,46			
Ängstlichkeit	Keine	41,90	8,177	3	0,042*
	Leicht	59,90			
	Mittel	38,04			
	Schwer	60,35			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	40,49	8,128	3	0,043*
	Leicht	44,10			
	Mittel	51,93			
	Schwer	61,46			
Phobische Angst	Keine	42,50	8,274	3	0,041*
	Leicht	56,50			
	Mittel	38,68			
	Schwer	62,00			
Paranoides Denken	Keine	43,09	2,336	3	0,506
	Leicht	43,50			
	Mittel	47,50			
	Schwer	54,88			
Psychotizismus	Keine	41,34	11,689	3	0,009**
	Leicht	48,00			
	Mittel	41,07			
	Schwer	67,88			
Zusatzitems	Keine	42,16	10,126	3	0,018*
	Leicht	59,70			
	Mittel	37,57			
	Schwer	63,50			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

Aus folgender Tabelle wird deutlich, daß Patienten, die in der Kindheit vernachlässigt worden waren, in zwei von drei globalen Kennwerten signifikant schlechtere Werte zeigten, als Patienten, die keine Vernachlässigung angaben. Auch hier war der Schweregrad (schwere Vernachlässigung) entscheidend. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant. (χ -Wert 5,575, Freiheitsgrad 3, P-Wert 0,134, Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Tabelle 71 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der Vernachlässigung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	SG der Vernachlässigung	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Leicht	40,92	9,511	3	0,023*
	Keine	52,80			
	Mittel	43,71			
	Schwer	65,04			
Positive Symptom Total (PST)	Leicht	41,11	8,374	3	0,039*
	Keine	51,80			
	Mittel	41,46			
	Schwer	63,23			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Keine	40,21	7,421	3	0,060
	Leicht	46,40			
	Mittel	45,11			
	Schwer	61,58			

Kruskal-Wallis-Test *p<0,05 **p<0,01

3.3.6 Vergleich der Mißhandlungsschweregrade untereinander für familiäre Gewalt

Bei der allgemeinen Frage, ob sie in ihrer Kindheit familiärer Gewalt ausgesetzt gewesen seien, gaben 52 Patienten „ja“ an; Auch im Verlauf, bei genauer Definition der Schweregrade, blieb die Zahl konstant.

Interessanterweise wurden Unterschiede zwischen keiner bzw. leichter Gewalt und schweren Gewalterfahrungen in den Subskalen des EuropASI nicht signifikant. Dies ist in Tabelle 72 auf folgender Seite dargestellt.

Tabelle 72 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf Problembereiche im EuropASI

Problembereich	Schweregrad der Gewalt	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Körperliche Probleme	Keine	45,72	1,660	3	0,646
	Leicht	39,41			
	Mittel	45,04			
	Schwer	52,17			
Arbeit/Unterhalt	Keine	42,45	3,186	3	0,364
	Leicht	53,86			
	Mittel	51,17			
	Schwer	47,39			
Alkohol	Keine	44,43	0,561	3	0,905
	Leicht	46,86			
	Mittel	50,13			
	Schwer	44,56			
Drogen	Keine	43,73	3,188	3	0,364
	Leicht	47,09			
	Mittel	46,50			
	Schwer	53,61			
Rechtliche Probleme	Keine	44,02	3,261	3	0,353
	Leicht	46,73			
	Mittel	49,83			
	Schwer	47,78			
Familiäre/Soziale Probleme 1	Keine	42,37	3,745	3	0,290
	Leicht	44,68			
	Mittel	54,83			
	Schwer	54,22			
Psychische Probleme	Keine	40,94	6,394	3	0,094
	Leicht	60,68			
	Mittel	50,38			
	Schwer	49,83			

Kruskal-Wallis-Test

Die Auswirkung der Intensität der erlebten familiären Gewalt auf die Subskalen der SCL-90 ist im Folgenden in Tabelle 73 dargestellt. Es ergaben sich für den Bereich „Depressivität“ signifikante und für den Bereich „Aggressivität“ hochsignifikante Unterschiede. Für den Bereich „Phobische Angst“ wurde ein Trend deutlich, der allerdings nicht signifikant wurde. Patienten, die familiäre Gewalt erlebt hatten, zeigten generell eine höhere Symptombelastung als Patienten, ohne entsprechende Erfahrungen. Die Schwere der Gewalterfahrung zeigte einen deutlichen Einfluß auf Unterschiede zwischen den Gruppen, zumindest im Bereich „Aggressivität/Feindseligkeit“. Es waren vermehrte Symptome bei schwerer familiärer Gewalt zu sehen.

Die SCL90-R Symptomliste erfaßt die Übergänge einer „normalen“ Belastung durch psychische Probleme bis zur psychopathologisch relevanten Diagnostik.

Tabelle 73 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf Subskalen in der SCL90

Subskalen	Schweregrad der Gewalt	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Somatisierung	Keine	44,02	3,008	3	0,390
	Leicht	50,86			
	Mittel	39,33			
	Schwer	56,72			
Zwanghaftigkeit	Keine	42,14	5,048	3	0,168
	Leicht	50,95			
	Mittel	44,50			
	Schwer	61,83			
Unsicherheit im Sozialkontakt	Keine	41,60	5,270	3	0,153
	Leicht	51,50			
	Mittel	47,00			
	Schwer	61,28			
Depressivität	Keine	41,19	9,778	3	0,021*
	Leicht	54,45			
	Mittel	41,46			
	Schwer	67,72			
Ängstlichkeit	Keine	41,05	4,929	3	0,177
	Leicht	54,65			
	Mittel	46,75			
	Schwer	57,39			
Aggressivität/ Feindseligkeit	Keine	39,46	12,036	3	0,007**
	Leicht	52,91			
	Mittel	50,38			
	Schwer	68,89			
Phobische Angst	Keine	40,75	7,261	3	0,064
	Leicht	48,41			
	Mittel	53,13			
	Schwer	62,39			
Paranoides Denken	Keine	43,04	3,656	3	0,301
	Leicht	52,05			
	Mittel	41,83			
	Schwer	58,22			
Psychotizismus	Keine	42,05	3,875	3	0,275
	Leicht	47,86			
	Mittel	50,00			
	Schwer	58,83			
Zusatzitems	Keine	42,83	2,325	3	0,508
	Leicht	52,41			
	Mittel	45,92			
	Schwer	53,72			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

Wie aus nachfolgender Tabelle, in der die drei globalen Kennwerte aufgelistet werden, erkennbar, zeigten Patienten, die familiäre Gewalt in der Kindheit angaben, in einem der drei Kennwerte signifikant schlechtere Werte, als Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant. (χ -Wert 7,718, Freiheitsgrad 3, P-Wert 0,052, Chi-Quadrat nach Pearson, 2-seitig)

Tabelle 74 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste

Globalwerte	Schweregrad der Gewalt	Mittlerer Rang	χ^2 -Wert	df	P-Wert
Global Severity Index (GSI)	Keine	39,85	10,378	3	0,016*
	Leicht	56,23			
	Mittel	47,29			
	Schwer	66,39			
Positive Symptom Total (PST)	Keine	40,95	6,839	3	0,077
	Leicht	52,15			
	Mittel	44,71			
	Schwer	63,56			
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Keine	39,42	7,645	3	0,054
	Leicht	49,40			
	Mittel	51,63			
	Schwer	61,72			

Kruskal-Wallis-Test, *p<0,05 **p<0,01

3.4 Vergleich der Angaben aus dem EuropASI und dem Trauma-Fragebogen

Im EuropASI gab es allgemeine Fragen zu den Mißhandlungsbereichen:

- Sexueller Mißbrauch
- Körperliche Mißhandlung
- Emotionale Mißhandlung

Im Folgenden wird dargestellt, wie hoch die Übereinstimmung zwischen Angaben bezüglich dieser drei Bereiche aus dem Trauma-Fragebogen mit den Angaben aus dem EuropASI bezüglich der gleichen drei Bereiche waren.

Im Bezug auf die Fragen zu sexuellem Mißbrauch gab es eine Übereinstimmung der Angaben aus EuropASI und Trauma- Fragebogen von 88,9%. Im Traumafragebogen gaben von 90 Patienten 15 einen Mißbrauch in der Kindheit an. Im Europ-ASI hingegen wurde die Frage nach einem sexuellen Mißbrauch in der Kindheit nur von 11 Patienten positiv beantwortet.

Für körperliche Mißhandlung lag die Übereinstimmung der Angaben aus EuropASI und Trauma- Fragebogen bei fast 87,8%. Im Traumafragebogen gaben 33 Patienten eine körperliche Mißhandlung an, im Europ-ASI waren es 32.

Die Fragen zu emotionaler Mißhandlung wurden im EuropASI und Trauma-Fragebogen zu 73,3% übereinstimmend beantwortet. Im Traumafragebogen gaben 50 Patienten an, emotional mißhandelt worden zu sein, während im Europ-ASI nur 42 Patienten dies angaben.

Insgesamt gab es aber eine sehr hohe Übereinstimmung innerhalb der internen Kontrolle. Je genauer die Definition des Mißbrauchs bzw. der Mißhandlung, desto höher war die Zahl positiver Antworten. Daraus ergibt sich die These, daß die Verwendung einer zu globalen Frageweise dazu führen kann, daß eine zu geringe Zahl der Mißhandlungen erfaßt wird, da die Betroffenen scheinbar selbst nur schwere Mißbrauchs- und Mißhandlungserfahrungen als solche ansehen.

Offenbar wird körperliche Mißhandlung jedoch deutlicher als Trauma definiert, als die anderen Mißbrauchs- und Mißhandlungsformen, da hier (in dieser Arbeit), die Abweichungen minimal sind.

4 Diskussion

4.1 Methodenkritik

Die vorliegende Arbeit basiert auf Angaben aus einem Fragebogen, der Erlebnisse in der Vergangenheit erhebt. Die von den Befragten gemachten Angaben konnten nicht überprüft werden, sie wurden als Tatsachen angenommen. Es handelt es sich um eine retrospektive Studie.

Sowohl retrospektive als auch prospektive Arbeiten haben ihre methodischen Schwächen. Probleme der retrospektiven Untersuchung liegen darin, daß es Schwierigkeiten geben kann bei der Erinnerung an Erlebnisse überhaupt, bzw. dem Verdrängen unangenehmer und traumatischer Erfahrungen und dem Unwillen, diese mitzuteilen. Hinzu kommt eine mögliche Verfälschung der Erinnerung aufgrund der Suchtmittleinnahme. Somit ergeben sich falsch negative Aussagen.

Um das Risiko solcher Aussagen zu verringern, verwendeten wir einen standardisierten Fragebogen (Europ-ASI) zur Kontrolle der Antworten im „Trauma-Fragebogen“. Zusätzlich wurden Fragen im selbstverfaßten „Trauma-Fragebogen“ als einfache, klare Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten formuliert, es wurden Beispiele gegeben und klar definierte Zeit-, wie auch Personenangaben verwendet. Diese genauen Beschreibungen und Definitionen sind Ursache für abweichende Betroffenenzahlen in verschiedenen Fragen des „Trauma-Fragebogens“. Wird nach Mißhandlung allgemein gefragt, gibt es weniger positive Antworten, als bei genauer Einteilung (s. Kapitel 3.3.1).

Die Verwendung retrospektiver Methoden, um traumatische Mißhandlungs- und Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit zu untersuchen, ist in der Literatur weit verbreitet (z.B. Moncrieff et al. 1996, Finkelhor & Dziuba-Leatherman 1994, Malnowsky-Rummell & Hansen 1993). In einer extensiven Studie befragte Williams (1994) 129 Patienten ein zweites Mal, die 17 Jahre zuvor in einer Befragung einen sexuellen Mißbrauch angegeben hatten. Obwohl die Fragen wie oben beschrieben möglichst genau definiert gestellt wurden, gaben 38% der Patienten den vorher bestätigten Mißbrauch nicht mehr an. Auch in einer großen Übersichtsarbeit von 2004 kommen die Autoren Hardt und Rutter zu dem Schluß, daß falsch-negative

Angaben eine häufige Fehlerquelle retrospektiver Studien sind, falsch-positive dafür selten.

Die Folge falscher Verneinungen (d.h. keine Angabe von Mißhandlungs- bzw. Mißbrauchserfahrungen, obwohl es welche gab) ist eine verminderte Anzahl positiver Angaben. So werden diese Patienten fälschlicherweise der nicht traumatisierten Gruppe zugerechnet. Sollten diese Erfahrungen jedoch tatsächlich einen Einfluß haben auf spätere Sucht oder die Schwere ihrer Ausprägung, so erhöhen diese Patienten die Scores der nicht traumatisierten Gruppe und Ergebnisse im Vergleich zur traumatisierten Gruppe werden verschleiert.

Daß dennoch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen gefunden wurden spricht für einen existierenden Zusammenhang (s. Kapitel 3).

Um weitere Falschangaben zu vermeiden, wurden verschiedene Fragen zum gleichen Ereignis gestellt, da Falschangaben oft inkonsistent sind, konnten sie erkannt und die entsprechenden Bögen aus der Wertung genommen werden.

Außerdem erfolgte das Interview durch speziell geschulte Interviewer (die Doktorandinnen), die die Aufrichtigkeit der Patienten und ihr Vermögen sich korrekt zu erinnern, einschätzen konnten.

Im Vergleich zu retrospektiven Studien sind prospektive Studien schwieriger in ihrer Durchführung, weil sie in aller Regel die Befragung Kinder erfordern.

Sollte dabei ein Mißbrauch entdeckt werden, müßte dieser umgehend gemeldet werden und das Kind entsprechende Hilfe erhalten. Dies ist wiederum ein Problem des Datenschutzes. Wie auch in vorliegender Arbeit, so werden Daten meist anonym erhoben, sollte nun also eine Mißhandlung oder ein Mißbrauch auffällig werden, könnten die Untersucher in den Zwiespalt geraten, vertrauliche Daten an Dritte weitergeben zu müssen und so zugesicherte Konditionen nicht einhalten zu können. Aus diesen Gründen erschien eine retrospektive Befragung der Patienten für diese Arbeit sinnvoller.

4.2 Prävalenz von Kindesmißhandlung allgemein

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorliegender Arbeit im Vergleich zu internationaler Literatur betrachtet und erläutert.

In vorliegender Untersuchung gaben von 90 befragten Patienten 52 (57,7%) an, Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit gemacht zu haben. Davon hatten 11 (21,2%) Patienten sexuellen Mißbrauch erfahren, 33 (63,5%) Patienten körperliche und 42 (80,8%) Patienten emotionale Mißhandlung, 34 (65,4%) Patienten gaben an, vernachlässigt worden zu sein und 32 (61,5%) hatten gehäuft familiäre Gewalt erlebt. Diese Zahlen decken sich nur teilweise mit anderen Studienergebnissen.

In einer Studie von Widom, Ireland & Glynn (1994) wurden 609 Patienten mit Alkoholsucht zu Mißhandlungserlebnissen befragt, davon gaben 15,3% an, sexuell mißbraucht worden zu sein, 22,6% waren körperlich mißhandelt und 21,4% vernachlässigt worden. Moncrieff et al. (1996) fanden sogar bei 32% von 126 Befragten sexuellen Mißbrauch.

Von 181 Patienten in einer Studie von Jellen et al. (2001) gaben 26% eine rein psychische Mißhandlung an; wird familiäre Gewalt auch als emotionale Mißhandlung gewertet, so ergeben sich Zahlen von 60%.

Fergusson & Horwood (1998) befragten in einer 18-jährigen Longitudinalstudie 1265 Personen und stellten fest, daß 39% familiäre Gewalt erlebt hatten.

4.3 Einfluß traumatischer Kindheitserlebnisse auf Suchtschwere und psychische Probleme

Bei Opfern von Mißhandlungs- und Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit wird ein höheres Risiko erwartet, ein psychisches Problem oder einen Substanzabusus zu entwickeln.

In der vorliegenden Arbeit wurden die möglichen Auswirkungen adverser Kindheitserfahrungen auf spätere psychische Probleme mittels eines selbstverfaßten „Traumafragebogens“ und des Europ-ASI und ausführlicher mittels der SCL90-R Symptomliste erhoben. In den neun Bereichen, die sie erfaßt, zeigten sich für Mißhandlung- bzw. Mißbrauch allgemein in acht von neun Bereichen

(Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) teilweise deutlich signifikant schlechtere Werte bei Patienten, die einen Mißbrauch, bzw. eine Mißhandlung angaben. Auf den Bereich Somatisierung schienen traumatische Erfahrungen keinen Einfluß zu haben.

Chu et al. (1999) befragten 90 Frauen, die sich wegen Post-Traumatischer-Stress-Störungen (PTSD) und dissoziativer Störungen in stationärer Behandlung befanden, 60% berichteten von physischen Gewalterfahrungen in der Kindheit. Fergusson & Horwood (1998) stellten in oben erwähnter Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen elterlicher Gewalt und späterer psychischer Erkrankung wie Depression oder Angststörungen fest.

In diesem Zusammenhang muß davon ausgegangen werden, daß andere psychiatrische Erkrankungen noch häufiger mit traumatischen Kindheitserlebnissen assoziiert sind, als eine Abhängigkeitserkrankung, die eventuell eher ein „Symptom“ ist .

Die unterschiedliche Häufigkeit mit der traumatische Erlebnisse in der Kindheit von alkoholabhängigen Patienten in verschiedenen Studien angegeben werden, ist auffällig. Eine Ursache dafür ist, daß keine festgelegten Definitionen für Mißhandlung und Mißbrauch existieren und jeder Studie eigene Definitionen und Altersgrenzen zugrunde liegen. Abweichende Zahlen innerhalb einzelner Abschnitte vorliegender Arbeit lassen sich dadurch erklären, daß Patienten eine Erfahrung erst bei genauerer Definition als Mißhandlung einstufen, oder aber auch die vorherige Einschätzung als solche später revidierten.

Es läßt sich annehmen, daß die signifikant erhöhten Betroffenzahlen, die in klinischen Gruppen im Vergleich zu Kontrollgruppen erhoben wurden, darauf hinweisen, daß traumatische Erlebnisse in der Kindheit mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für multiple psychopathologische Störungen, unter anderem Alkoholabhängigkeit, korrelieren.

In Kapitel 3.3 wurde der Frage nachgegangen, ob nicht nur die Mißhandlung bzw. der Mißbrauch selbst, sondern die Intensität der Mißhandlung Einfluß auf die Ausprägung körperlicher, sozialer und psychischer Probleme hat. Denkbar wäre, daß Patienten erst ab schweren Mißhandlungserfahrungen später vermehrt klinische Symptome aufweisen.

Die Auswirkung der Mißbrauchsschwere auf die Subskalen der SCL-90R Symptomliste wurden in Kapitel 3.3 dargestellt. Es ergaben sich für die Bereiche „Zwanghaftigkeit“ und „Depressivität“ signifikante und für die Bereiche „Aggressivität“ und „Psychotizismus“ hochsignifikante Unterschiede. Patienten mit Mißhandlung zeigten generell eine höhere Symptombelastung als nicht mißhandelte. Die Mißhandlungsschwere zeigte keinen signifikanten Einfluß auf Unterschiede zwischen den Gruppen. Es war jedoch ein Trend zu vermehrten Symptomen bei schweren Mißhandlungserfahrungen zu sehen. In den Bereichen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und „Phobische Angst“ wurde ein Trend zu schlechteren Werten deutlich, die allerdings nicht signifikant wurden.

Für schlechtere Werte in den Subskalen der SCL90-R Symptomliste war bereits das Vorhandensein einer Mißhandlung ausschlaggebend, nicht die Mißhandlungsschwere.

In den folgenden Unterkapiteln soll der Einfluß der einzelnen Mißhandlungsarten auf die spätere Entwicklung psychischer Probleme und Probleme in Bereichen des täglichen Lebens dargestellt werden.

4.3.1 Einfluß sexuellen Mißbrauchs auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme

In Kapitel 3.2.2 wird anhand Tabellen dargestellt, daß in unserem Patientenkollektiv ein stattgefundenener sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte keinen Einfluß hatte auf die im EuropASI erfaßten Bereiche des täglichen Lebens und die Menge des Alkoholkonsums. Dies ist auffällig, da Mißbrauch gemeinhin als sehr belastendes und somit folgenreiches Trauma eingestuft wird. Hussey und Singer (1993) konnten keinen signifikanten Einfluß eines Mißbrauchs auf einen höheren Alkoholkonsum nachweisen, obwohl die Patienten öfter tranken als die Kontrollgruppe. Die Autoren sahen jedoch deutliche Unterschiede im Bezug auf kürzliche Trunkenheit. Die befragten Jugendlichen gaben häufigere Volltrunkenheit in den vorhergehenden zwei Monaten an, als Patienten der Kontrollgruppe. Patienten mit Mißbrauchserfahrungen hatten auch einen deutlich höheren Beigebrauch anderer Drogen. Verschiedene Studien (z.B. Widom et al., 1995, Wilsnack, 1991) kommen zu anderen

Ergebnissen, dort wurde sexueller Mißbrauch signifikant mit erhöhtem Alkoholkonsum assoziiert.

In Kapitel 3.3.2 wird der Einfluß der Mißbrauchsschwere auf die Problembereiche des Europ-ASI dargestellt. In dem untersuchten Kollektiv wurden keine Unterschiede zwischen leichtem, mittlerem oder schwerem Mißbrauch signifikant.

Bei Betrachtung psychischer Probleme (Kapitel 3.2.2) zeigte sich ein signifikanter Einfluß eines erfolgten Mißbrauchs auf vier von neun in der SCL90-R Symptomliste erfaßten Bereiche: Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus und phobische Ängste/Entfremdung. Es ist demnach anzunehmen, daß sexueller Mißbrauch in der Kindheit eine große seelische Belastung darstellt, die auch im Erwachsenenalter deutliche Auswirkungen in Form dieser Anpassungsstörungen hat. Auch Windle et al. (1995) fanden Hinweise auf eine Verbindung von Mißbrauchserlebnissen und der Entwicklung einer späteren antisozialen Persönlichkeitsstörung und Depressionen. In einer kürzlich erschienenen norwegischen Untersuchung beschrieben die Autoren, daß das Risiko für Post-Traumatische-Streß-Störungen (PTSD) und selbstinduzierte Verletzungen in der Gruppe der mißbrauchten Patientinnen signifikant erhöht war (Peleikis et al., 2004). Interessanterweise zeigte in dieser Studie der Mißbrauch keinen Einfluß auf die Entwicklung einer Major Depression oder Dysthymie. Paris (1998) konnte dagegen keinen Zusammenhang von kindlichem Trauma und der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung feststellen, wobei sich diese Studie ausschließlich auf Borderline-Störungen konzentrierte.

In Kapitel 3.3.2 wird dargestellt, inwiefern die Mißbrauchsschwere Einfluß nimmt auf die Ausprägung psychischer Belastungen, die mit der SCL-90R Symptomliste erfaßt wurden. In dieser Arbeit wurden nur für den Bereich Aggressivität/Feindseligkeit Unterschiede signifikant. Windle et al. (1995) untersuchten das Kriterium „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“, hier wurden keine Unterschiede zwischen Patienten mit Mißbrauch und Patienten, die keinen Mißbrauch erlebt hatten, signifikant.

4.3.2 Einfluß körperlicher Mißhandlung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme

Von 90 befragten Patienten gaben 33 Patienten (36,7%) an, in der Kindheit körperlich mißhandelt worden zu sein. Bei Scher et al. (2004) finden sich übereinstimmend Häufigkeiten einer körperlichen Mißhandlung zwischen 30 und 40%, bei Widom et al. (1994) gaben 42,1% aller befragten Patienten Mißhandlungserlebnisse an. Hingegen finden sich bei Windle et al. (1995) nur Zahlen zwischen 9,7 und 18,7%.

Wie in Kapitel 3.2.3 erläutert, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Patienten, die in ihrer Kindheit mißhandelt worden waren und der nicht-mißhandelten Gruppe. Signifikant wurde dies in den Problembereichen des Europ-ASI, die den Drogenkonsum abfragten, die familiäre Situation und die Ausprägung psychischer Probleme.

Boney-McCoy und Finkelhor befragten 2000 Jugendliche, von denen 35,1% berichteten, in ihrer Kindheit mindestens einmal Opfer einer Mißhandlung gewesen zu sein (Boney-McCoy&Finkelhor, 1995). Diese gaben signifikant häufiger Symptome an, die mit einer post-traumatischen Belastungsstörung assoziiert werden. Zudem spürten sie vermehrt Traurigkeit und hatten mehr Schulprobleme. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Straus und Kaufman Kantor (1994), allerdings wurde nicht Mißhandlung untersucht, sondern körperliche Züchtigung zu erzieherischen Zwecken ohne Verletzungsabsicht. Sie kamen zu dem Schluß, daß Kinder und Jugendliche, die vermehrt solchen Erziehungsmethoden ausgesetzt waren, ein signifikant erhöhtes Risiko hatten, depressive Symptome oder Suizidgedanken zu entwickeln, alkoholabhängig zu werden, oder selbst eigene Kinder oder den Ehepartner zu mißhandeln.

Wie in Kapitel 3.2.3 dargestellt, spiegeln sich die erhöhten Werte im Europ-ASI im Bereich psychische Probleme nicht in der spezifischeren Befragung durch die SCL-90R Symptomliste wider. Es ist anzunehmen, daß die Gründe dafür in der genaueren Definition eines psychischen Problems liegen. Die Fragen zu diesem Themenpunkt sind im Europ-ASI eher unspezifisch gehalten und grenzen kaum ein.

In einer Studie von Marcenko et al. (2000) wurde der zusätzliche Konsum illegaler Rauschmittel bei alkoholabhängigen Frauen untersucht. 15,7% der befragten Frauen gaben an, Mißhandlung erlebt zu haben. Für den Beigebruch illegaler Drogen gab

es nur für sexuell mißbrauchte Frauen im Vergleich zu der Gruppe der mißhandelten bzw. derer ohne jegliche Traumatisierung einen statistisch signifikanten Unterschied. Beachtenswert ist jedoch, daß fast die Hälfte (45%) der Frauen, die mißhandelt worden waren, einen Drogenkonsum angaben.

Der Einfluß der Mißhandlungsschwere auf die Ausprägung psychischer Symptomatik und Suchtschwere wurde in Kapitel 3.3.3 dargestellt. Patienten mit schweren Mißhandlungserlebnissen wiesen im Problembereich psychische Probleme des Europ-ASI signifikant schlechtere Werte auf, als Patienten mit leichter oder keiner Mißhandlung. Dies spiegelte sich auch in den Subskalen der SCL90-R Symptomliste wider. Es zeigten sich für den Bereich „Psychotizismus“ hochsignifikante Unterschiede zwischen Patienten mit schwerer Mißhandlung gegenüber allen anderen Gruppen, sowie ein Trend zu höherer Feindseligkeit und paranoidem Denken.

4.3.3 Einfluß emotionaler Mißhandlung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme

Wie in Kapitel 3.2.4 dargestellt, gaben aus dem befragten Kollektiv 42 von 90 Patienten (46,7%) an, in ihrer Kindheit emotional mißhandelt worden zu sein. Signifikant unterschieden sich diese Patienten im Vergleich zu denen, die keine emotionale Mißhandlung erlebt hatten, im Bezug auf die Im Europ-ASI untersuchten Problembereiche Arbeits- und Unterhaltssituation, Drogenbeigebrauch, familiäre bzw. soziale Situation und Ausprägung psychischer Probleme. Auch in den Subskalen der SCL-90R Symptomliste wurde dies deutlich. Den Tabellen des Kapitels kann entnommen werden, daß Patienten, die emotionale Mißhandlung in ihrer Vorgeschichte angaben, in allen Subskalen signifikant höhere Werte erreichten als Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben.

Besonders beachtenswert ist diese Tatsache im Vergleich zu physischen Gewalterfahrungen. In Kapitel 3.3.4 wurde dargestellt, daß Patienten mit schwerer emotionaler Mißhandlung im Bereich „Drogen“ des Europ-ASI signifikante Unterschiede im Vergleich zu Patienten mit mittlerer oder leichter Mißhandlung aufwiesen. In den Skalen der SCL-90R Symptomliste hatten Patienten mit schwerer Mißhandlung in sechs von neun Items („Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“,

„Depression“, „Psychozismus“, Aggressivität“, Phobische Ängste“) signifikant schlechtere Werte als die anderen Gruppen. Nach unseren Daten haben demnach Ablehnung und Mißachtung in der Kindheit eine weitaus größere Auswirkung auf die spätere Belastung durch psychische Probleme, aber auch auf die Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und der Entwicklung sozialer Kompetenzen. Jellen, McCarroll und Thayer (2001) untersuchten 181 Fälle emotionaler Mißhandlung. Bei 32% wurde eine primär psychische Mißhandlung im Sinne einer Isolation, Zurückweisung, Vernachlässigung und Demütigung des Kindes durch die Erziehungsberechtigten festgestellt. Aus dieser Arbeit geht hervor, daß emotionale Mißhandlung ernste Auswirkungen auf die spätere mentale Verfassung und psychosozialen Fähigkeiten eines Menschen haben kann. Bei einer retrospektiven Befragung von Studentinnen zum Thema Mißhandlung in der Kindheit, wurde emotionale Mißhandlung mit wenig Selbstachtung und Minderwertigkeitsgefühlen assoziiert (Briere & Runtz, 1990).

Mullen et al. (1996) stellten in einer Studie Zusammenhänge zwischen seelischen Verletzungen in der Kindheit und einer Reihe psychischer, interpersoneller und sexueller Probleme fest. Einen anderen Aspekt beleuchteten Ireland und Widom (1994) in ihrer Studie. Sie untersuchten, ob physische oder emotionale Mißhandlung, bzw. frühe Mißbrauchserfahrungen Prädiktoren sind für spätere Kriminalität. Bestätigt wurde dies für Taten im jugendlichen Alter, allerdings nicht für Kriminalität im Erwachsenenalter.

Nach Auswertung verschiedener großer Untersuchungen der American Humane Association und des National Center on Child Abuse and Neglect zeigten Hart, Binggeli und Brassard (1998), daß emotionale Mißhandlung die Grundlage einer jeden Mißhandlung- körperlich, wie seelisch- ist, und ihre Auswirkungen weitreichend und tiefgreifend sind. Demnach kann sie eine Lernschwäche, die Unfähigkeit stabile und befriedigende zwischenmenschlicher Beziehungen aufzubauen oder zu erhalten, oder eine Tendenz zur Entwicklung depressiver Symptome oder körperlicher Beschwerden zur Folge haben. Dies erklärt, warum die emotionale Mißhandlung und Vernachlässigung in der Kindheit die schwersten Auswirkungen in unserer Befragung hatten.

4.3.4 Einfluß von Vernachlässigung auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme

Von 90 befragten Patienten, gaben 34 (37,8%) an, in der Kindheit vernachlässigt worden zu sein.

Die Auswirkungen dieser Erfahrungen auf Problembereiche des Europ-ASI sind in Kapitel 3.2.5 dargestellt. Signifikant wurden Unterschiede zwischen der vernachlässigten und der nicht-vernachlässigten Gruppe für die Bereiche Drogenkonsum, familiäre bzw. soziale Situation und Vorhandensein psychischer Probleme.

Vernachlässigung ist ein Teilaspekt der emotionalen Mißhandlung, insofern überraschen diese Ergebnisse nicht, wenn die Überlegungen im vorigen Abschnitt in Betracht gezogen werden. Die signifikanten Unterschiede schlagen sich auch in den Subskalen der SCL-90R Symptomliste nieder; Patienten, die Vernachlässigung in ihrer Vorgeschichte angaben, erreichten in den Subskalen für Ängstlichkeit, Psychotizismus und den Globalwert signifikant und für Depressivität und Aggressivität hochsignifikant schlechtere Werte als die Patienten, die nicht vernachlässigt wurden.

Die Schwere der Vernachlässigung hat wie in Kapitel 3.3.5 dargestellt keinen deutlichen Einfluß auf die Bereiche des Europ-ASI. Für die Ausprägung psychischer Belastungen, die mit der SCL-90R Symptomliste erhoben wurden, ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit schwerer Vernachlässigung und denen, die leicht vernachlässigt worden waren in den Bereichen „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“ und „Psychozotismus“.

In der Literatur wird postuliert, Vernachlässigung sei die häufigste Form der Kindesmißhandlung überhaupt. Nach Angaben des US Department of Health and Human Services, betrifft Vernachlässigung 30 von 1000 Kindern in den USA.

Dennoch gibt es zu diesem Thema weniger Literatur, als über die Auswirkungen physischer Gewalterfahrungen, am ehesten deshalb, weil die Anerkennung als traumatische Erfahrung erst vor wenigen Jahrzehnten erfolgte.

In einer Studie von 2002 haben Hildyard und Wolfe negative Auswirkungen kindlicher Vernachlässigung auf die Entwicklung betroffener Kinder untersucht.

Sie kamen zu dem Schluß, daß Kinder in jungen Jahren in ihrer kognitiven, sozio-emotionalen und Verhaltensentwicklung gestört werden. Übereinstimmend mit

Theorien aus der Bindungslehre, ist vor allem die frühe Vernachlässigung besonders schädlich für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Weiterhin wurde in dieser Studie beschrieben, daß vernachlässigte Kinder im Vergleich zu körperlich mißhandelten Kindern ausgeprägter unter kognitiven und akademischen Defiziten litten, sich eher zurückzogen und kaum Interaktion mit gleichaltrigen aufweisen konnten und dazu neigten, Probleme zu internalisieren.

In einer Untersuchung von Johnson et al. (1999) über den Zusammenhang von kindlicher Mißhandlung und dem Risiko für Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter, hatten Personen, die Vernachlässigung erfahren hatten, ein vierfach erhöhtes Risiko, mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert zu werden, als Personen ohne einen solchen Hintergrund.

Widom et al. (1995) sahen in ihrer Studie sowohl für Männer als auch Frauen ein dreifach erhöhtes Risiko alkoholsüchtig zu werden im Vergleich zur Normalbevölkerung, wenn Vernachlässigung, Mißhandlung oder Mißbrauch in der Kindheit vorgekommen waren.

4.3.5 Einfluß des Erlebens interparentaler Gewalt auf die Suchtschwere und Entwicklung psychischer Probleme

Wie in Kapitel 3.2.6 dargestellt, gaben von 90 Patienten 32 (35,6%) an, in der Kindheit vermehrt familiäre Gewalt erlebt zu haben. Sie erzielten im Bereich Psychische Probleme des Europ-ASI signifikant schlechtere scores, als Patienten, die keine familiäre Gewalt erlebt hatten.

Diese Auffälligkeit wird in den SCL90-R Subskalen deutlicher. Die Patienten erreichten hier signifikant schlechtere Werte für Depressivität, Ängstlichkeit und Phobische Ängste und hochsignifikant schlechtere für Aggressivität, als nicht traumatisierte Patienten. Bestätigt wurde dies auch in allen drei Globalen Kennwerten.

In der internationalen Literatur findet sich eher die Meinung, das Erleben familiärer Gewalt allein sei nicht ausschlaggebend für die Entwicklung psychischer Probleme oder einer Sucht, sondern wohl eher das Gesamtumfeld, in dem solche Erfahrungen möglich sind, in dem also soziale und ökonomische Benachteiligung,

alleinerziehende Eltern, elterlicher Alkoholabusus, körperliche Mißhandlung und sexueller Mißbrauch häufiger anzutreffen sind.

In diesem Licht sollten die vorliegenden Ergebnisse und die anderer Studien entsprechend betrachtet werden.

Fergusson und Horwood (1998) untersuchten 1265 Jugendliche mit dem Ziel, ihr psychosoziales Verhalten in Abhängigkeit von erlebter elterlicher Gewalt zu studieren. 39% aller Jugendlichen hatten vermehrt unter familiärer Gewalt gelitten, sie hatten bis zu sechs Mal öfter geistige Gesundheitsprobleme, oder waren entsprechen häufiger Substanzenabhängig bzw. kriminell.

Um die direkte Auswirkung interparentaler Gewalt genauer betrachten zu können, unternahmen die Autoren statistische Korrekturen, die erhöhte Suizidversuche, Depression und gewalttätige Verbrechen als Folge der bereits erwähnten Gesamtsituation und des Umfelds erklären. Allerdings galt dies nicht im Bezug auf ein erhöhtes Risiko für Angststörungen, andere Verbrechen und Alkoholabhängigkeit, die Ergebnisse persistierten, trotz Korrektur. Die Autoren schlußfolgerten daraus, daß Kinder, die familiärer Gewalt ausgesetzt waren, ein höheres Risiko haben, eine Alkoholabhängigkeit oder diverse psychische Erkrankungen zu entwickeln. Vorliegende Arbeit kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Wie in Kapitel 3.3.6 gezeigt, wurden interessanterweise Unterschiede zwischen keiner bzw. leichter Gewalt und schweren Gewalterfahrungen in den Subskalen des EuropASI nicht signifikant.

Die Auswirkung der Intensität der erlebten familiären Gewalt auf die Subskalen der SCL-90 war deutlicher. Es ergaben sich für den Bereich „Depressivität“ signifikante und für den Bereich „Aggressivität“ hochsignifikante Unterschiede. Patienten, die familiäre Gewalt erlebt hatten, zeigten generell eine höhere Symptombelastung als Patienten, ohne entsprechende Erfahrungen. Die Schwere der Gewalterfahrung zeigte einen deutlichen Einfluß auf Unterschiede zwischen den Gruppen, d.h. es traten vermehrt Symptome bei schwerer familiärer Gewalt auf.

In einer Untersuchung 1452 junger Erwachsener von Henning et al. (1997) gaben nur 14% der Befragten an, familiäre Gewalt erlebt zu haben, wobei in dieser Studie nur physische und somit schwere Aggressionen gegen den Partner gewertet wurden. Jedoch gaben sowohl Männer als auch Frauen an, vermehrt unter psychologischem Streß zu leiden, als Personen aus einer Kontrollgruppe ohne Gewalterlebnisse.

Kitzmann et al. (2003) führten eine Metaanalyse von 118 Studien durch und fanden heraus, daß Kinder, die familiäre Gewalt erlebt hatten, in Bezug auf ihre psychosoziale Anpassung im späteren Leben signifikant schlechtere Ergebnisse erzielten, als Kinder ohne solche Erfahrungen, wobei Kinder mit Mißhandlungserfahrungen ähnliche schlechte Ergebnisse aufwiesen.

4.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Obwohl die Ergebnisse in Kapitel 3 geschlechtsspezifisch untersucht wurden, wurde in der Diskussion auf eine Untersuchung abhängig vom Geschlecht verzichtet, weil die Unterschiede überwiegend nicht signifikant wurden. Es läßt sich daraus jedoch ablesen, daß Männer gleich häufig von Mißbrauchs- bzw. Mißhandlungserlebnissen betroffen sind, wie Frauen und somit therapeutische Angebote auch für Männer unbedingt nötig sind.

Außerdem erschien bei der teilweise sehr geringen Fallzahl eine weitere Verkleinerung der Gruppen durch Geschlechtertrennung nicht sinnvoll.

4.5 Zusammenfassung

In Deutschland sind nach Einschätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (2003) 1,2 Millionen Menschen alkoholabhängig.

Trotz unbefriedigender Behandlungsergebnisse gibt es nur wenige individuell differenzierende Behandlungsstrategien. Vielmehr sind entzugsbereite Patienten in therapeutischen Einrichtungen in das dort bevorzugte Therapiekonzept eingebunden, ohne einzelne Patientenuntergruppen mit unterschiedlicher Prognose unterschiedlichen Therapieangeboten zuzuordnen. Unterschieden wird in aller Regel nur nach Suchtmittel, eventuell Geschlecht und vor allem nach Orientierung und Ausrichtung der therapeutischen Einrichtung. Alkoholranke Patienten stellen aber keine homogene Patientengruppe dar.

Neue Ansätze zur Einteilung in Patientenuntergruppen ergeben sich aus Überlegungen zum Einfluß der genetischen Prädisposition für Alkoholabhängigkeit,

der familiären Belastung, des Einflusses des sozialen Umfelds und aus der Erforschung von möglicherweise zur Sucht prädisponierenden Persönlichkeitseigenschaften.

Gerade diese Auffälligkeiten bezüglich der Persönlichkeit scheinen aus klinischer Sicht Suchtverhalten, Suchtverlauf, Therapierbarkeit und Prognose entscheidend zu beeinflussen. Als mögliche Ursache solcher Auffälligkeiten werden schwerwiegende traumatisierende Ereignisse in der Kindheit angesehen.

Was können solche traumatisierenden Ereignisse sein? Es gibt darauf keine allgemeingültige, allumfassende Antwort, da es sich um eine heterogene Gruppe negativer Einwirkungen auf das Kind handelt.

Ziel dieser Arbeit war es, den Einfluß von fünf Mißhandlungsformen auf die Ausprägung einer späteren Sucht zu ermitteln.

Es wurde nach traumatischen Erlebnissen gefragt, die vor dem 14. Lebensjahr stattfanden.

1. Sexuelle Mißhandlung
2. Körperliche Mißhandlung
3. Emotionale Mißhandlung
4. Vernachlässigung
5. Familiäre Gewalt

In Ermangelung eines bestehenden validierten Fragebogens zur retrospektiven Erfassung von Mißbrauchserfahrungen im Kindes- und Jugendalter wurde im Rahmen der Doktorarbeit in Anlehnung an Mc Gee et al. (1995) ein umfangreicher Fragebogen entwickelt, der folgende Themenbereiche umfaßt:

- Fragen zur Person und zur familiären Situation in der Kindheit
- Fragen zu sexuellen Mißbrauchserfahrungen
- Fragen zu körperlichen Mißhandlungserfahrungen
- Fragen zu emotionalen Mißhandlungserfahrungen
- Fragen zu Vernachlässigung
- Fragen zu Gewalt in der Familie

Der entwickelte Trauma-Fragebogen gliedert sich in zwei Abschnitte:

Im ersten Teil wurde auf die Person und die familiäre Situation des Befragten eingegangen.

Der zweite Abschnitt, bestehend aus fünf Kapiteln, befaßte sich mit verschiedenen Mißhandlungserfahrungen, die in fünf Gruppen (sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung, emotionale Mißhandlung, Vernachlässigung und Gewalt in der Familie) unterteilt wurden.

Zusätzlich zum Trauma-Fragebogen wurde den Befragten der European Addiction Severity Index (EuropASI nach dem amerikanischen Original von T. Mc Lellan, 5. Ed.1992 und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi et al., 1993) vorgelegt, um den Alkoholmißbrauch zu quantifizieren und um einen Überblick über vorangegangene Therapien und Alkohol- und Drogenmißbrauch in der Familie zu erhalten.

Um eine möglichst objektive Aussage über die Belastung durch psychische Symptome zu erhalten, wurden die Patienten weiterhin gebeten, die SCL90-R Symptomliste auszufüllen. Sie fragt körperliche Symptome und psychische Probleme ab, die in den vorangegangenen 7 Tagen auftraten und erfaßt damit die Symptombelastung der Patienten.

Das Patientenkollektiv bestand aus 100 freiwilligen Teilnehmern, die sich zur Zeit der Befragung in suchtmmedizinischen Einrichtungen befanden und bereits körperlich entzogen waren. Insgesamt konnten 90 Fragebögen ausgewertet werden.

Im Ergebnisteil wurde deutlich, daß Patienten, die eine Mißhandlung oder einen Mißbrauch erlebt hatten, signifikant schlechtere Werte im EuropASI und in der SCL90 Symptomskala erzielten, als Patienten ohne traumatische Erfahrungen. Für sexuellen Mißbrauch gab es interessanterweise im EuropASI keine Unterschiede zwischen mißbrauchten und nicht mißbrauchten Patienten, allerdings wurden in der SCL90 Symptomliste Unterschiede signifikant.

Dies läßt den Schluß zu, daß Mißbrauch in der Kindheit weitreichende Konsequenzen für die Belastung durch psychische Symptome zur Folge haben kann. Für körperliche Mißhandlung wurden im EuropASI Unterschiede zwischen der Gruppe der mißhandelten und der Gruppe der nicht mißhandelten signifikant, auffällig war jedoch, daß dies u.a. im Problembereich „psychische Probleme“ vorkam und sich dieser Unterschied in der genaueren SCL90 nicht widerspiegelte. Offensichtlich schien eine körperliche Mißhandlung keinen so tiefgreifenden Einfluß auf die Ausprägung psychischer Symptome zu haben, wie der sexuelle Mißbrauch.

Patienten, die emotionale Mißhandlung in ihrer Vorgeschichte angaben, erreichten in allen Subskalen des EuropASI und der SCL90-R signifikant schlechtere Werte als Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben.

Besonders zu beachten sind die massiven Unterschiede im Vergleich zu physischen Gewalterfahrungen. Demnach haben Ablehnung und Mißachtung in der Kindheit nach unseren Daten eine weitaus größere Auswirkung auf die spätere Belastung durch psychische Symptome. Diese Erkenntnisse decken sich mit der internationalen Meinung.

Für Vernachlässigung wurde deutlich, daß es im EuropASI und in der SCL90 signifikante und sogar hochsignifikante Unterschiede zwischen Patienten gab, die vernachlässigt worden waren und Patienten, die adäquat betreut worden waren. Auch hier wurde deutlich, daß eine emotionale Komponente der Mißhandlung möglicherweise tiefgreifendere Folgen haben kann, als die rein physische.

Patienten, die in ihrer Kindheit vermehrt familiäre Gewalt erlebt hatten, unterschieden sich im EuropASI nur in einem Problembereich signifikant von Patienten ohne Gewalterlebnisse. In der SCL90 Symptomliste wurden aber in vier von neun Subskalen Unterschiede signifikant. Dies scheint wieder ein Hinweis dafür zu sein, daß die emotionale oder indirekte Mißhandlung einen negativeren Einfluß auf die Entwicklung psychischer Probleme und Schwierigkeiten mit der Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit hat, als rein körperliche Mißhandlungen.

Schlußfolgerung:

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen möglichen Zusammenhang zwischen Mißhandlungs- bzw. Mißbrauchserfahrungen, sowie Erleben interparentaler Gewalt und der Schwere einer bestehenden Alkoholsucht, Auswirkungen auf psychische Probleme und Bereiche des täglichen Lebens, zu untersuchen.

Unabhängig von der möglichen Rolle, die Mißhandlungs- und Mißbrauchserlebnisse für die Entstehung einer Alkoholsucht spielen, deuten die gewonnenen Erkenntnisse darauf hin, daß Opfer solch traumatischer Erfahrungen häufiger eine Drogenbeigebrauch, größere familiäre Probleme und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld haben und psychisch stärker belastet sind. Interessanterweise konnte kein Einfluß auf das Trinkverhalten festgestellt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, daß die therapeutische Behandlung aufgrund kindlicher Mißhandlung entstandener intrapsychischer Traumata, die

Effektivität der Entzugsbehandlung und eine Senkung der Rückfallquote zur Folge haben könnte.

5 Anhang

5.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beschreibung der emotionalen Mißhandlung (nach Mc Gee und Wolfe, 1991)	12
Tabelle 2 Alter der Stichprobe	24
Tabelle 3 Größe des Wohnorts, Nationalität, Schulabschluß, Berufsausbildung	25
Tabelle 4 Familienstand und aktuelle Wohnsituation	26
Tabelle 5 Anzahl der Patienten, die eine Mißhandlungserfahrung angeben	27
Tabelle 6 Vergleich der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne jegliche Mißhandlung	28
Tabelle 7 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von jeglicher Mißhandlung im Kindesalter	29
Tabelle 8 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von einer Mißhandlung	30
Tabelle 9 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne eine Mißhandlung	31
Tabelle 10 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90- R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die eine Mißhandlung angaben	32
Tabelle 11 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste für alkoholabhängige Patienten in Relation zu einer Mißhandlung allgemein	33
Tabelle 12 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne sexuellen Mißbrauch	34
Tabelle 13 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von sexuellem Mißbrauch im Kindesalter	35
Tabelle 14 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R Symptomliste für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von sexuellem Mißbrauch	36
Tabelle 15 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne sexuellen Mißbrauch	37
Tabelle 16 Statistik: Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R Symptomliste in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten ohne sexuellen Mißbrauch	38
Tabelle 17 Statistische Unterschiede bezüglich der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten ohne sexuellen Mißbrauch	38
Tabelle 18 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit sexuellem Mißbrauch	39
Tabelle 19 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht	39
Tabelle 20 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit sexuellem Mißbrauch	40

Tabelle 21 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten mit bzw. ohne körperlicher Mißhandlung	41
Tabelle 22 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von körperlicher Mißhandlung im Kindesalter	42
Tabelle 23 Statistische Auswertung der Globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von körperlicher Mißhandlung	43
Tabelle 24 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI, geschlechtsspezifische Unterschiede für Patienten ohne körperliche Mißhandlung	44
Tabelle 25 Statistische Unterschiede bezüglich der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90- R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten ohne körperliche Mißhandlung	45
Tabelle 26 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten ohne körperliche Mißhandlung	45
Tabelle 27 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung	46
Tabelle 28 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht	47
Tabelle 29 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten mit körperlicher Mißhandlung	47
Tabelle 30 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten, die emotionale Mißhandlung angaben, bzw. Patienten, die keine angaben	48
Tabelle 31 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von angegebener emotionaler Mißhandlung im Kindesalter	49
Tabelle 32 Globale Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von emotionaler Mißhandlung	50
Tabelle 33 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne emotionale Mißhandlung	51
Tabelle 34 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angaben	52
Tabelle 35 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine emotionale Mißhandlung angeben	52
Tabelle 36 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben	53
Tabelle 37 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei emotional mißhandelten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht	54
Tabelle 38 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die emotionale Mißhandlung in der Kindheit angaben	54
Tabelle 39 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen alkoholabhängigen Patienten, die Vernachlässigung angaben, bzw. Patienten, die keine angaben	55

Tabelle 40 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei alkoholabhängigen Patienten in Abhängigkeit von angegebener Vernachlässigung im Kindesalter	56
Tabelle 41 Statistische Auswertung der Globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von Vernachlässigungserfahrungen	57
Tabelle 42 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede für Patienten ohne Vernachlässigungserfahrungen	57
Tabelle 43 Statistische Auswertung der Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90- R in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine Vernachlässigung angaben	58
Tabelle 44 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine Vernachlässigung angaben	59
Tabelle 45 Statistische Auswertung der Problembereiche des EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die Vernachlässigung angaben	59
Tabelle 46 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei vernachlässigten Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht	60
Tabelle 47 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die Vernachlässigung in Kindheit angaben	61
Tabelle 48 Statistische Auswertung des Vergleichs der Problembereiche aus dem EuropASI zwischen Patienten, die angaben, familiäre Gewalt erlebt zu haben bzw. Patienten, die dies nicht angaben	62
Tabelle 49 Statistische Auswertung der Ausprägung psychischer Beschwerden bei Patienten in Abhängigkeit von angegebener erlebter familiärer Gewalt Kindesalter	63
Tabelle 50 Statistische Auswertung der globalen Kennwerte der SCL90-R für alkoholabhängige Patienten in Abhängigkeit von familiärer Gewalt	64
Tabelle 51 Problembereiche aus dem EuropASI, geschlechtsspezifische Unterschiede für Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben	64
Tabelle 52 Ausprägung der Symptomkomplexe aus der SCL90-R Symptomliste in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben	65
Tabelle 53 Statistische Auswertung der Globalwerte der SCL90-R in Abhängigkeit vom Geschlecht für Patienten, die keine familiäre Gewalt angaben	66
Tabelle 54 Statistische Auswertung der Problembereiche aus dem EuropASI in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die familiäre Gewalt angaben	66
Tabelle 55 Statistische Auswertung der Ausprägung der psychischen Belastung bei Patienten, die familiäre Gewalt erlebt hatten in Abhängigkeit vom Geschlecht	67
Tabelle 56 Statistische Auswertung der Ausprägung der globalen Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht bei Patienten, die vermehrt familiäre Gewalt in der Kindheit angaben	68
Tabelle 57 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf Problembereiche im EuropASI	70
Tabelle 58 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf Subskalen in der SCL90-R	72
Tabelle 59 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere einer Mißhandlung allgemein auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	73

Tabelle 60 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchsschwere auf Problembereiche im EuropASI	74
Tabelle 61 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchsschwere auf Subskalen in der SCL90-R	76
Tabelle 62 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißbrauchsschwere auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	77
Tabelle 63 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf Problembereiche im EuropASI	78
Tabelle 64 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf Subskalen in der SCL90-R	80
Tabelle 65 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere körperlicher Mißhandlung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	81
Tabelle 66 Einfluß der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf Problembereiche im EuropASI	83
Tabelle 67 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf Subskalen in der SCL90-R	85
Tabelle 68 Statistische Auswertung des Einflusses der Mißhandlungsschwere emotionaler Mißhandlung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	86
Tabelle 69 Einfluß der Schwere der Vernachlässigung auf Problembereiche im EuropASI	87
Tabelle 70 Statistische Auswertung des Einflusses der Schwere der Vernachlässigung auf Subskalen in der SCL90-R	89
Tabelle 71 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der Vernachlässigung auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	90
Tabelle 72 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf Problembereiche im EuropASI	91
Tabelle 73 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf Subskalen in der SCL90	93
Tabelle 74 Statistische Auswertung des Einflusses des Schweregrades der erlebten familiären Gewalt auf globale Kennwerte aus der SCL90-R Symptomliste	94

5.2 Literaturverzeichnis

- Arellano, C. M. (1996): Child Maltreatment and Substance Use: A Review of the Literature. *Substance Use & Misuse*, 31(7): 927-935
- Bennet, E. M., & Kemper, K. J. (1994): Is Abuse during Childhood a Risk Factor for Developing Substance Abuse Problems as an Adult? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15 (6): 426-429
- Beutel, M. (1999): Sucht und Sexueller Mißbrauch: Eine Empirische Untersuchung. *Der Psychotherapeut*, 44: 313-319
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995): Psychosocial Sequelae of Violent Victimization in a National Youth Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5): 726-736
- Brassard, M. & Hart, S. et al. (1987): The Challenge: To Better Understand and Combat Psychological Maltreatment of Children and Youth. In: *Psychological Maltreatment of Children and Youth*, Pergamon Press.
- Briere, J. & Runtz, M. (1990): Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14: 357-364
- Briere, J. & Runtz, M. (1991): The Long-Term Effects of Sexual Abuse: A Review and Synthesis. *New Directions for Mental Health Services*, 51: 3-13
- Briere, J. & Conte, J. (1993): Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1): 21-31
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): *Kindesmißhandlung. Erkennen und Helfen*. Kinderschutzzentrum Berlin (Hrsg.), Berlin
- Chu, J. , Frey, L., Ganzel, B., Matthews, J. (1999): Memories of Childhood Abuse: Dissociation, Amnesia, and Corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156: 749-755
- Clark D., Lesnick, L., Hegedus, A. (1997): Traumas and Other Adverse Life Events in Adolescents With Alcohol Abuse and Dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12): 1744-1751
- De Bellis, M. D. (2002): Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27: 155-170
- Dilling, H. et al. (2000): Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: Findings from the German TACOS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 539-547
- Downs, W. R. & Harrison, L. (1998): Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health and Social Care in the Community*, 6 (1): 35-46
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. (2002): Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviours*, 27: 713-725
- Engfer, A. (1986): *Kindesmißhandlung*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1998): Exposure to Interparental Violence in Childhood and psychological Adjustment in Young Adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 22 (5): 339-357

- Finkelhor, D. (1979): What's wrong with sex between Adults and Children? Ethics and the Problem of Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49 (4): 692-698
- Finkelhor, D. & Hotaling, G. (1984): Sexual abuse in the National Incidence Study of Child abuse and neglect: An Appraisal. *Child Abuse and Neglect*, 8: 23-33
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985): The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4): 530-539
- Finkelhor, D. et al. (1994): Victimization of children. *American Psychologist*, 49 (3): 173-183
- Friedrich, W. N. (1994): Assessing Children for the effects of Sexual Victimization. In: John Briere (Hrsg.): *New Directions for Mental Health Services*, 64: 17- 27
- Garbarino, J., Guttman, E., Seeley, J. (1986): *The psychologically battered child: strategies for identification, assesment, and intervention*. Jossey-Bass, San Francisco, CA
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004): Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2): 260-273
- Hart, S. & Brassard, M. (1987): A major threat to children's mental health. Psychological maltreatment. *American Psychologist*, 42: 160-165
- Hart, S., Binggeli, N. & Brassard, M. (1998): Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1: 27-58
- Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Bennett, T., Jankowski, M. K. (1997): Long-term psychosocial adjustment to witnessing interparental physical conflict during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21 (6): 501-515
- Hernandez, J. T. (1992): Substance abuse among sexually abused adolescents and their families. *Journal of adolescent health*, 13: 658-662
- Hussey, D. L. & Singer, M. (1993): Psychological Distress, problem behaviours and family functioning of sexually abused adolescent patients. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 32: 954-961
- Hyun, M., Friedmann, S., Dunner, D. (2000): Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2: 131-135
- Kempe, C. H. (1968): Incest and other forms of sexual abuse. In: C. Henry Kempe & Ray E. Helfer (Hrsg.): *The battered child*. The University of Chicago Press, Chicago & London
- Kempe, C. H. et al. (1985): The Battered-Child Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 9: 143-154
- Kitzmann K., Gaylord, N. Holt, A., Kenny, E. (2003): Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (2): 339-352
- Langeland, W., van den Brink, W., Draijer, N., Hartgers, C. (2001): Sensitivity of the Addiction Severity Index Physical and Sexual Assault Items: Preliminary Findings on Gender Differences. *European Addiction Research*, 7: 193-197
- Lysaker, P., Meyer, P., Evans, J., Marks, K. (2001): Neurocognitive and Symptom Correlates of Self-Reported Childhood Sexual Abuse in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(2): 89-92
- Malinosky-Rummell R. & Hansen, D. (1993): Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse. *Psychological Bulletin*, 114 (1): 68-79

- Marcenko, O. M., Kemp, S. P., Larson, N. C. (2000): Childhood Experiences of Abuse, Later Substance Use, and Parenting Outcomes Among Low-Income Mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (3): 316-326
- Martinius, J. (1989): Persönlichkeitsentwicklung mißhandelter Kinder. In: Ingeborg Retzlaff (Hrsg.): *Gewalt gegen Kinder*. Jungjohann Verlag, Ulm.
- Mc Gee, R. & Wolfe, D. A. (1991): Psychological Maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3: 3-18
- Mc Gee, R. et al. (1995): The Measurement of Maltreatment: A Comparison of Approaches. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2): 233-249
- Miller, B., Downs, W., Testa, M. (1993): Interrelationships between Victimization Experiences and Women's Alcohol Use. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 11: 109-117
- Moncrieff, J. et al. (1996): Sexual Abuse in People with Alcohol Problems. *British Journal of Psychiatry*, 169: 355-360
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S., Herbison, G. (1996): The longterm impact physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse and Neglect*, 20: 7-21
- Paris, J. (1998): Does Childhood Trauma Cause Personality Disorders in Adults? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43: 148-153
- Peleikis, D., Mykletun, A., Dahl, A. (2004): The relative incidence of childhood sexual abuse and other family background riskfactors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse and Neglect*, 28 (1): 61-76
- Remschmidt, H. (1986): Körperliche Kindesmißhandlung. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 128(4): 33-36
- Rounsaville, B. J. et al. (1982): Pathways to Opiate Addiction: An Evaluation of Differing Antecedents. *British Journal of Psychiatry*, 141: 437-446
- Russel, D. (1983): The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7: 133-146
- Sedney, M. A. & Brooks, B. (1984): Factors associated with a history of childhood sexual experience in a non-clinical female population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23 (2): 215-216
- Schäfer, M., Schnack, B., Soyka, M. (2000): Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50: 38-50
- Scher, C., Forde, D., McQuaid, J., Stein, M. (2004): Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse and Neglect*, 28 (2): 167-180
- Scheurich, A. et al. (2000): Reliability and Validity of the German Version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (6): 916-919
- Southwick Bensley, L. et al. (1999): Self-Reported Abuse History and Adolescent Problem Behaviors. II. Alcohol and Drug use. *Journal of adolescent health*, 24: 173- 180
- Soyka, M. (2000): *Praxisratgeber Alkoholabhängigkeit*. Uni-Med Verlag AG, Bremen
- Spatz Widom, C. & Ireland, T. et al. (1995): Alcohol Abuse in Abused and Neglected Children. Followed-up: Are they at Increased Risk? *Journal of Studies on Alcohol*, 56 : 207-217

- Spatz Widom, C. et al. (2001): Alcohol Abuse as a Risk Factor for and Consequence of Child Abuse. *Alcohol Research and Health*, 25 (1): 52-57
- Stein, J., Golding, J., Burnham, M., Sorenson, S. (1988): Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles epidemiologic catchment area study. In G. Wyatt and C. Powell (Eds.), *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA: Sage
- Straus, M. A. & Kantor Kaufman, G. (1994): Corporal Punishment Of Adolescents By Parents: A Risk Factor In The Epidemiology Of Depression, Suicide, Alcohol Abuse, Child Abuse, And Wife Beating. *Adolescence*, 29 (115): 543-561
- Straus, M. A. & Gelles, R. J. (1990): *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to violence in 8145 Families*. Transaction, New Brunswick
- Thornberry, T., Ireland, T. et al.(2001): The importance of timing: The varying impact of child and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology*, 13: 957-979
- US Department of Health and Human Services (1999): *Child Maltreatment 1997, Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. US Government Printing Office, Washington D.C.
- Westermeyer, J., Wahmanholm, K., Thuras, P. (2001): Effects of Childhood Physical Abuse on Course and Severity of Substance Abuse. *The American Journal on Addiction*, 10: 101-110
- Williams, L. M. (1994): Recall of childhood trauma: A prospective Study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6): 1167-1176
- Windle, M., Windle, R. C., Scheidt, D. M., Miller, G. B. (1995): Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1322-1328
- Wilsnack, S. C. (1991): Sexuality and women's drinking: findings from a U.S. national study. *Alcohol Health Research World*, 15: 1322-1328
- Wonderlich, S., Brewerton, T., Jovic, Z., Danski, B., Abbott, D. (1997): Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8): 1107-1115
- Zuravin, S. J. (1991): Research definitions of child abuse and neglect: Current problems. In: R. Starr & D. Wolfe (Hrsg.): *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*: 100-128. Guildford Press, New York.

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Möller und Herrn Prof. Dr. med. M. Soyka für die freundliche Überlassung des Themas. Herrn Prof. Dr. med. M. Soyka danke ich im Besonderen für die aufmerksame Betreuung und anregende Kritik. Ich danke ihm sehr für seine großzügige Hilfe und dafür, daß er für uns da war. Danken möchte weiterhin Herrn Dr. med. M. Schäfer für seine Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit, seine konstruktiven Anmerkungen und Hilfe. Er war maßgeblich an der Erstellung des Münchener Fragebogens beteiligt.

Mein besonderer Dank gilt Frau Marion Schnieders, die den anderen Teil der Arbeit in Bezug auf Drogenabhängigkeit verfasst hat. Nur mit ihr war die manchmal recht mühsame Datenerhebung möglich. Ich danke ihr für ihre Unterstützung, ihr Engagement, ihr Durchhaltevermögen und vor allem für ihre Freundschaft.

Ohne Frau Dr. med. Jutta Nagel wäre diese Arbeit wohl nicht zustande gekommen. Ich bin dankbar für ihre immerwährende Hilfsbereitschaft, ihre unendliche Geduld und ziehe den Hut vor ihren technischen Kenntnissen im Umgang mit dem PC. Ich bedanke mich für die Durchsicht der Arbeit und ihre kritische Beurteilung. Ich danke ihr für ihre Freundschaft.

Desweiteren hat mich im Kampf gegen den Computer Herr Dr. med. Florian Beck unterstützt. Ich danke ihm dafür.

Außerdem möchte ich mich bedanken für ihre liebevolle Unterstützung, ihr Verständnis und ihren Glauben an mich bei Herrn Marcus Beckmann, meinen Geschwistern und meinen Eltern.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei den Mitarbeitern der Suchtabteilungen der psychiatrischen Kliniken in München, Augsburg und Aachen für ihre bereitwillige Unterstützung.

Außerdem danke ich den Patienten für ihre Mitarbeit. Ohne ihr Entgegenkommen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Isabelle Ursula Christine Rassaerts
Ismaninger Str. 35
81675 München
Geburtsdatum 10.01.1975
Geburtsort Düsseldorf
Staatsangehörigkeit deutsch
Familienstand ledig

Praktische Erfahrung

ab 08/2005 Tätigkeit für Ärzte ohne Grenzen in Myanmar
04/2005 - 06/2005 Tropenkurs am Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg
10/2004 - 02/2005 Weiterbildungsassistentin für Pädiatrie in der Praxis Dr. T. Sturm,
Fürstentfeldbruck
09/2003 - 09/2004 ÄiP in der Praxis Dr. T. Sturm, Fürstentfeldbruck
2001 - 2002 Praktisches Jahr

Promotion

1999 - 2005 Titel: Der Einfluß kindlicher Traumatisierung auf eine spätere
Alkoholabhängigkeit

Studium

2002 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (3.Staatsexamen)
2001 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (2.Staatsexamen)
1999 - 2002 Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
1999 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (1. Staatsexamen)
1998 Ärztliche Vorprüfung (Physikum)
1996 - 1999 Medizinstudium an der Universität Hamburg

Schulbildung

1991 - 1994 Gymnasium Gerlingen
Abschluß: Allgemeine Hochschulreife
1980 - 1991 Deutsch Schweizerische Internationale Schule, Hong Kong