

U.T. Egle · S.O. Hoffmann · M. Steffens · Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. S.O. Hoffmann) der Universität Mainz

Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter

Gegenwärtiger Stand der Forschung

Zusammenfassung

Eine ganze Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend sind heute durch prospektive Longitudinalstudien und gut kontrollierte Querschnittsstudien hinsichtlich ihrer Langzeitfolgen für die psychische Gesundheit gut gesichert. Auch die Bedeutung kompensatorischer Schutzfaktoren wurde in einer Reihe von Studien gut belegt. Es wird eine Übersicht über diese Studien gegeben: jene Faktoren werden zusammengestellt, die in der Diagnostik psychischer Störungen abgeklärt und in der Therapie berücksichtigt werden sollten. Eine kritische Auseinandersetzung erfolgt auf dem Hintergrund der Ergebnisse neuerer Untersuchungen mit der Bedeutung sexueller Traumatisierungen.

Schlüsselwörter

Risikofaktoren · Schutzfaktoren · Kindheit · Vulnerabilität

Erst mit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert entwickelt sich in den westlichen Industrieländern eine breitere Sensibilisierung für Mißbrauch, Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern; die Kindheit wurde als ein besonders vulnerabler Lebensabschnitt erkannt, der eines speziellen Schutzes bedarf [2]. Eine systematische Erforschung der Auswirkungen von Mißhandlung, Vernachlässigung und Mißbrauch begann jedoch erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts mit Bowlbys [7] Monographie im Auftrag der WHO, wonach „eine längere Deprivation von mütterlicher Zuwendung in früher Kindheit ernste und weitreichende Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und damit für das ganze Leben eines Menschen haben kann.“ Bis heute gibt es therapeutische Schulen – so weite Teile der Verhaltenstherapie, aber auch immer noch viele Psychoanalytiker und nicht zuletzt einseitig biologisch orientierte Psychiater – welche die Bedeutung solcher Belastungsfaktoren für spätere psychische und psychosomatische Störungen aus unterschiedlichen Motiven nicht zur Kenntnis nehmen und bei Patienten eine systematische Abklärung solcher Faktoren weiterhin für nebensächlich oder gar „gefährlich“ halten.

Die erfaßbaren Umstände schwerer bzw. traumatischer Belastungen für die kindliche Entwicklung werden heute meist als Indikatoren für ein erhöhtes Risiko, sofort oder im späteren Leben

psychisch oder psychosomatisch zu erkranken, aufgefaßt – man spricht kurz von *Risikofaktoren*.

Rutter [72] skizziert folgende Wege, wie Belastungsfaktoren zu psychischen Störungen im Erwachsenenalter führen können:

- Sie können unmittelbar zu Störungen führen, die dann, weitgehend unabhängig von diesen Auslösern, bis ins Erwachsenenalter andauern.
- Sie können zu körperlichen Veränderungen führen, welche die spätere Gesundheit beeinflussen. Veränderungen im neuroendokrinen System, verursacht durch physischen Streß in der Kindheit, schaffen eine veränderte Situation.
- Sie können direkt zu anderen Verhaltensmustern führen, die trotz Einwirkung zum Zeitpunkt des akuten Ereignisses erst einige Jahre später die Form einer offensichtlichen Störung bekommen, so etwa die sozialen Langzeitfolgen einer Heimunterbringung
- Sie können zu Veränderungen im familiären Umfeld führen, welche für spätere Störungen prädisponieren.
- Sie können zu einer Veränderung der Streßempfindlichkeit oder der Bewältigungsmechanismen führen, was

Prof. Dr. U.T. Egle
Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Untere Zahlbacher Straße 8, D-55131 Mainz

Psychosocial risk factors and protective factors in childhood as predisposition to psychic disorders in adulthood. Current state of research

Summary

Longitudinal and well-controlled cross-sectional studies have shown that numerous psychosocial stress factors in childhood and youth affect psychic health in the long term. The significance of compensatory protective factors has also been well documented in various studies. An overview of this work is presented: the factors which need to be clarified and taken into consideration in the diagnosis of psychic disorders have been summarized and critically analyzed on the basis of the results of more recent studies of the significance of sexual traumatization.

Key words

Childhood risk factors ·
Childhood protective factors · Vulnerability ·
Resilience · Sexual abuse · Physical abuse ·
Review

Weiterbildung

wiederum bei späteren belastenden Ereignissen die Anfälligkeit für Störungen erhöht.

- Sie können das Selbstkonzept, die Einstellungen oder den kognitiven Zustand verändern, was einen Einfluß auf die Reaktion gegenüber späteren Situationen hat.
- Schließlich können sie durch Beeinflussung der Wahl des sozialen Umfeldes und Verhinderung günstiger Rahmenbedingungen eine Wirkung auf späteres Verhalten haben.

Neben solchen Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit von psychischen Störungen oder Erkrankungen erhöhen, hat sich die Forschung in den letzten Jahren verstärkt der Bedeutung von *Schutzfaktoren* zugewandt. Darunter versteht man Einflußfaktoren, welche die Auswirkungen von Risikofaktoren oder risikobehafteten Situationen im Sinne einer Reduzierung des Risikos von Erkrankungen modifizieren können. Sie stärken die psychische Widerstandskraft (Resilienz) von risikobehafteten Kindern. Unter Resilienz versteht man nicht nur das Phänomen, sich unter schwierigen Lebensumständen gesund und kompetent zu entwickeln, sondern auch die relativ eigenständige Erholung von einem Störungszustand. Es handelt sich dabei jedoch nicht einfach um positive Faktoren, die eine optimale psychosoziale Entwicklung fördern [72]. So kann der gleiche Faktor in dem einen Zusammenhang schützend wirken und in einem anderen ein Risikofaktor sein. Werner [87] kommt zu dem Ergebnis, daß Schutzfaktoren oder -prozesse im Vergleich zu spezifischen Risikofaktoren oder kritischen Lebensereignissen einen allgemeinen Effekt auf die Adaption in Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter ausüben.

Nach Rutter [82] können solche Schutzfaktoren bei risikobehafteten Kindern und Jugendlichen wie folgt wirksam werden:

- Abschwächung des Risikos durch Veränderung des Risikos selbst oder des Ausmaßes, in dem sich das betroffene Kind diesem ausgesetzt erlebt;
- Reduzierung von negativen Folgeereignissen;
- Aufbau und Aufrechterhaltung von Selbstachtung und Selbstzufriedenheit;

- Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen, z.B. durch Schule und Erziehung.

Antonovsky [1] sieht die Ursache für seelische Gesundheit letztendlich in einer „sense of coherence“ begründet, die er als eine allgemeine Lebenseinstellung definiert, welche sich in einer grundsätzlichen Überzeugung ausdrückt, daß

- die Stimuli, die aus der inneren oder äußeren Umgebung kommen, einzuordnen, vorhersagbar und erklärbar sind;
- die betroffene Person über Möglichkeiten verfügt, um den Anforderungen, welche durch diese Stimuli ausgelöst werden, entgegenzutreten;
- diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, die Einsatz und Mühe lohnen.

Studien zu psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren

Längsschnittstudien

In der *Kauai-Studie*, der prospektiven Longitudinalstudie von Werner u. Smith [86–89] wurde ein kompletter Geburtenjahrgang ($n=698$) der Insel Kauai von der pränatalen Phase ab über 30 Jahre verfolgt, wobei speziell entwicklungsrelevante Risiko- und Schutzfaktoren und die Entwicklung von Vulnerabilität und Widerstandskraft untersucht wurden. Die Autorinnen stellten eine kumulative Wirkung von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren fest. Die meisten in der mittleren Kindheit festgestellten Lern- und Verhaltensprobleme verschwanden, v.a. in den Mittelschichtsfamilien, wieder bis zum Alter von 18 Jahren. Auch „Risikokinder“, die mehrere Belastungen zu bewältigen hatten, konnten durch mehrere Schutzfaktoren zu gesunden Erwachsenen heranreifen.

Ein Drittel der Kinder wurden als risikobelastet angesehen, weil sie perinatalen Komplikationen, d.h. also biologisch determinierten Einflußfaktoren unterschiedlichen Ausmaßes ausgesetzt waren, und zusätzlich in ärmliche Verhältnisse hineingeboren wurden, von Müttern mit niedrigem Bildungs- und Erziehungsgrad erzogen wurden und aufgrund von Trennungen, Scheidun-

gen, Alkoholismus oder psychischen Erkrankungen der Eltern in gestörten Familienverhältnissen aufwuchsen.

Zwei Drittel der Kinder, die 4 oder mehr solcher Risikofaktoren in den ersten 2 Lebensjahren aufwiesen, entwickelten ernste Lern- oder Verhaltensstörungen bis zum Alter von 10 Jahren oder neigten zu Kriminalität, psychischen Störungen oder Schwangerschaften vor dem 18. Lebensjahr. Wesentliche Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend waren: längere Trennung von der primären Bezugsperson im 1. Lebensjahr, Geburt eines jüngeren Geschwisters in den ersten beiden Lebensjahren, ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit, körperliche oder psychische Erkrankungen der Eltern, Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörungen, chronische familiäre Disharmonie, väterliche Abwesenheit, elterlicher Verlust der Arbeit, Umzüge, Schulwechsel, Trennungen der Eltern, Wiederverheiratung und Eintritt eines Stiefvaters oder einer Stiefmutter in den Haushalt, Verlust eines älteren Geschwisters oder engen Freundes, außerfamiliäre Unterbringung und für Mädchen eine Schwangerschaft in der Jugend.

Ein Drittel der ursprünglichen Risikokinder entwickelte sich trotzdem zu leistungsfähigen und psychisch ausgeglichenen jungen Erwachsenen. Im Alter von 1 Jahr wurden diese Kinder von ihren Betreuungspersonen als „sehr aktiv“, die Mädchen als „liebenswert“ und „knuddelig“ und die Jungen als „gutmütig“ und „einfach im Umgang“ beschrieben. Sie zeigten weniger Eß- oder Schlafprobleme als die anderen Risikokinder. Pädiater und Psychologen beschrieben die Streß-resistenten im Alter von 20 Monaten als aufmerksam und relativ selbständig. Ihre Offenheit, neue Erfahrungen zu machen, und ihre positive soziale Orientierung, v.a. der Mädchen, waren augenfällig. Sie waren bezüglich Kommunikation, Bewegung und Fähigkeiten zur Selbsthilfe gut entwickelt. In der Grundschule gaben die Lehrer an, daß diese resistenten Kinder ein gutes Verhältnis zu ihren Mitschülern und -schülerinnen hatten, gutes logisches Denk- und Lesevermögen aufwiesen und ihre Fertigkeiten, die nicht unbedingt besondere waren, sehr effektiv nutzten. Sie hatten viele, nicht unbedingt geschlechtstypische,

Interessen und Hobbys. Als sie die weiterführende Schule verließen, hatten sie ein positives Selbstkonzept, internale Kontrollüberzeugungen sowie ein verantwortliches und leistungsorientiertes Verhalten.

Hinsichtlich äußerer Einflußfaktoren wuchsen diese widerstandsfähigen Kinder in Familien mit 4 oder weniger Kindern auf, wobei der Altersabstand zwischen den Geschwistern mindestens 2 Jahre betrug. Nur ganz wenige hatten längere Trennungen von der primären Bezugsperson im 1. Lebensjahr erlebt. Alle hatten die Möglichkeit, eine feste Beziehung zu mindestens einer Betreuungsperson aufzubauen, von der sie viel Zuwendung bekamen. Für manche spielten Ersatzeltern, z.B. Großeltern, ältere Geschwister, Nachbarn oder Babysitter eine wichtige Rolle als positives Identifikationsmodell. Mütterliche Berufstätigkeit und Notwendigkeit, die Aufsicht über jüngere Geschwister zu übernehmen, führte zu Autonomie und Verantwortlichkeit unter den streßresistenten Mädchen, vor allem in solchen Haushalten, wo der Vater fehlte.

Jungen mit solcher Widerstandskraft waren in der Kauai-Studie häufig Erstgeborene, die die Aufmerksamkeit der Eltern nicht mit vielen anderen Kindern teilen mußten. Manchmal waren auch andere männliche Personen in der Familie, die als Rollenmodelle dienten; ihr Alltagsleben in der Adoleszenz war durch Struktur, Regeln und kleinere Aufgaben geprägt.

Sowohl Jungen als auch Mädchen fanden auch außerhalb ihrer Familien emotionale Unterstützung durch enge Freunde, Verwandte, Nachbarn, Lieblingslehrer usw. Auch besondere Unternehmungen, vor allem verbunden mit Gemeinschaftserfahrungen, spielten für diese Menschen eine wichtige Rolle. Andere erfuhren emotionale Unterstützung durch Jugendgruppenleiter, Geistliche oder kirchliche Gruppen, die ihnen die Überzeugung vermittelten, daß ihr Leben eine Bedeutung habe und sie selbst auch Einfluß auf ihr Leben nehmen können.

Insgesamt wurde gefunden: je mehr Risikofaktoren auftraten, desto mehr Schutzfaktoren wurden als Gegengewicht benötigt, um eine positive Entwicklung einzuschlagen. Werner u. Smith beobachteten bei jungen generell eine höhere Vulnerabilität im Säug-

lings- und Kindesalter, bei Mädchen dagegen in der Adoleszenz. Nach den Ergebnissen der Verlaufsuntersuchungen nach 30 Jahren scheint es bis zu diesem Alter wieder eine Umkehr der Geschlechtsverteilung „zugunsten“ der Frauen zu geben.

Sowohl hinsichtlich Risiko- als auch Schutzfaktoren spielen also sowohl biologische (perinatale Komplikationen, Temperament, Intelligenz, Geschlecht) als auch eine Reihe psychosozialer Einflußfaktoren eine wesentliche Rolle für die Entwicklung psychischer Gesundheit bzw. Krankheit im Erwachsenenalter.

In der *Rostocker Längsschnittstudie* fanden Meyer-Probst u. Teichmann [61], daß Kinder, die prä- und perinatalen biologischen Belastungen ausgesetzt waren und aus sozioökonomisch benachteiligten Familien stammten, überdurchschnittliche Leistungsdefizite im Schulalter zeigten. Obwohl die Autoren keinen Geschlechtsunterschied in der biologischen und psychosozialen Risikobelastung feststellen konnten, schnitten die Mädchen in allen überprüften Persönlichkeitsbereichen besser ab.

Elder [29] wertete 2 Längsschnittstudien aus, die sog. *Oakland Growth Study* und die *Berkely Guidance Study*. Die große Wirtschaftskrise in den USA traf die Oakland Kohorte im Jugendalter, die Berkeley Kohorte in der frühen Kindheit. Jedes Jahr wurden die Folgen der Wirtschaftskrise in beiden Kohorten durch Interviews und Beobachtungen erhoben. Im Kohortenvergleich ($n=167$ und $n=214$) konnten die Folgen der ökonomischen Krise nach Lebensalter und Entwicklungsstufe differenziert werden. In der Reanalyse [30, 31] wurde insbesondere das elterliche Verhalten untersucht. Die Einflüsse der Wirtschaftskrise hingen davon ab, welche Merkmale die Familienmitglieder vor der Krise hatten. Zeigten die Väter im Vergleich zu den Müttern nach dem Zusammenbruch eher strafendes, willkürliches und tyrannisches Verhalten, war dies ein deutlich nachweisbarer Risikofaktor für die Kinder. Folgende Faktoren hatten einen moderierenden Einfluß: kindliches Temperament, physische Attraktivität (nur bei Mädchen) und die Mutter-Kind-Beziehung. Jungen, die diese Wirtschaftskrise in der frühen Kindheit (Berkeley-Kohorte) erlebten, hatten im Jugend- und Erwachsenenalter

Tabelle 1
In Längsschnittstudien gesicherte Risikofaktoren
 (Reihenfolge nach Stichprobengröße)

| Autoren | Jahr | n | KG | Ergebnisse |
|---------------------------|------|------|----|---|
| Baydar u. Brooks-Gunn | 1991 | 1181 | ja | Mütterliche Berufstätigkeit (>10 h/Woche) im ersten Lebensjahr) |
| Furstenberg u. Teitler | 1994 | 950 | ja | Ehescheidung, elterliche Erziehungsprobleme, häufige elterliche Konflikte, ökonomische Probleme |
| Lösel et al. | 1989 | 776 | ja | Unvollständige Familien, Armut, Erziehungsdefizite, Alkoholmißbrauch, Gewalttätigkeit |
| Werner u. Smith | 1992 | 698 | ja | <ul style="list-style-type: none"> – längere Trennung von der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr, – Geburt eines jüngeren Geschwisters in den ersten beiden Lebensjahren, – ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit, – körperliche und psychische Erkrankungen der Eltern, – Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung, – chronische familiäre Disharmonie, – väterliche Abwesenheit, – elterlicher Verlust der Arbeit, – Umzüge, Schulwechsel, Trennung der Eltern, – Wiederverheiratung (Stiefvater oder Stiefmutter), – Verlust eines älteren Geschwisters oder engen Freundes, – außerfamiliäre Unterbringung, – für Mädchen: Schwangerschaft in der Jugendzeit |
| Elder | 1974 | 381 | ja | Väterliches tyrannisches Verhalten; moderierend: kindliches Temperament, Mutter-Kind-Beziehung, physische Attraktivität bei Mädchen, Jungen in früher Kindheit vulnerabler, Mädchen in Adoleszenz |
| Meyer-Probst u. Teichmann | 1984 | 279 | ja | Prä- und Perinatale biologische Belastungen, niedriger sozioökonomischer Status; Jungen vulnerabler als Mädchen |

ter signifikant mehr Schwierigkeiten als ihre Altersgenossen (z.B. negatives Selbstkonzept, mangelnde soziale Kompetenz). Die Mädchen aus der Berkeley-Kohorte dagegen konnten die ökonomische Belastung in der Kindheit gut bewältigen. Ein umgekehrter Effekt zeigte sich in der Oakland-Kohorte. Bei Jungen wurden sogar „Entwicklungsgewinne“ deutlich (im Verhältnis zu den weniger belasteten Altersgenossen), während für Mädchen ökonomische Probleme in der Adoleszenz nachhaltig negative Folgen hatten.

Zu 3 Meßzeitpunkten untersuchten Furstenberg u. Teitler [37] 950 Kinder bzw. junge Erwachsene hinsichtlich der Langzeitauswirkungen elterlicher Trennungen und vorausgegangener Störungen der familiären Atmosphäre. Sie

stellten fest, daß elterliche Scheidungen mit verschiedenen ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen verknüpft waren. Ihre Ergebnisse zeigten aber auch, daß elterliche *Erziehungsprobleme*, häufige, *eheliche Konflikte* und andauernde *ökonomische Engpässe* einen großen Einfluß auf die spätere Gesundheit der Kinder hatten, unabhängig davon, ob es zu einer elterlichen Trennung kam oder nicht. Einige der erfaßten Folgefaktoren, wie z.B. frühe Aufnahme sexueller Aktivitäten, nichtehelicher Geschlechtsverkehr und Schulabbrüche, konnten jedoch durch die familiäre Situation vor der Trennung nicht vollständig aufgeklärt werden.

In ihrer Längsschnittstudie an 1181 Kindern beobachteten Baydar u. Brooks-Gunn [5], daß mütterliche Be-

rufstätigkeit im 1. Lebensjahr schädigende Effekte auf die kognitive Reifung und Verhaltensentwicklung bei allen Kindern hatte, unabhängig von Geschlecht und sozialem Status. Differenziert wurde zusätzlich noch nach dem zeitlichen Ausmaß der mütterlichen Berufstätigkeit: Während eine wöchentliche Tätigkeit bis zu 10 h keine meßbaren Auswirkungen hatte, waren diese bei 10 bis 20 h tendenziell sogar höher als bei 20–40 Wochenstunden. Die Autorinnen glauben, daß dies mit einer bei der mittleren Arbeitszeitbelastung oft nicht so eindeutig geklärten Versorgung der Babys zusammenhängen könnte.

Untersucht wurde auch, durch wen und wie die Kinder versorgt wurden. Hinsichtlich der kognitiven Entwicklung von Kindern aus armen Verhältnissen konnte die Abwesenheit der Mutter am ehesten durch großmütterliche Fürsorge kompensiert werden. Hinsichtlich der Verhaltensentwicklung erwiesen sich für Jungen besonders intensive mütterliche Fürsorge nach Feierabend und für Mädchen Versorgung durch ein Kindermädchen als die besten kompensatorischen Lösungen. Die Autorinnen erklären dieses Phänomen mit der allgemein höheren Vulnerabilität der Jungen, die in höherem Maße durch instabile Versorgungssituationen und weniger fürsorgliche Betreuungspersonen gefährdet sind.

In einer Longitudinalstudie an 50 Kindern mit hoher und 102 Kindern mit niedriger Risikobelastung untersuchten Seifer et al. [76] den kognitiven und sozial-emotionalen Status im Alter zwischen 4 und 13 Jahren. Folgende Variablen gingen mit positiven Veränderungen bezüglich des kognitiven bzw. des sozial-emotionalen Entwicklungsstandes bei den Hochrisikokindern einher: positive Selbsteinschätzung, soziale Unterstützung, niedrige Werte bezüglich externaler oder unklarer Kontrollüberzeugungen, ein geringes Ausmaß an Kritik seitens der Eltern und mütterlicher Depressivität sowie eine geringere Zahl kritischer Lebensereignisse. Viele dieser Faktoren fanden sich auch bei jenen Kindern mit niedrigem Risiko, die positive Verläufe zeigten. Bei einigen Variablen war die Wirkung in der Hochrisikogruppe jedoch ausgeprägter als in der gering belasteten Gruppe.

Die *Lundby-Studie* ist eine Untersuchung, die insgesamt 590 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren einschließt,

welche 1947 und 1957 in Hausbesuchen durch Psychiater und anhand verschiedener Erhebungsverfahren hinsichtlich psychischer Risikofaktoren untersucht wurden. 38% der Kinder gehörten der Gruppe an, die 3 oder mehr Risikofaktoren aufwiesen [14]. 1988/89 wurde versucht, diese 221 Personen erneut zu untersuchen; eine Erhebung konnten bei 148 durchgeführt werden. Anhand verschiedener Instrumente wurde gefunden, daß mehr als die Hälfte dieser Personen eine beträchtliche Resilienz entwickelt hatte und ein „sense of coherence“, der mit einem speziellen Fragebogen überprüft wurde, als Erklärung dafür in Erwägung zu ziehen ist [18]. Die Population wurde auf folgende, möglicherweise für seelische Gesundheit prädisponierende Faktoren untersucht: gutes Sozialverhalten, positives Selbstkonzept, Autonomie, erfolgreiche Bewältigungsstrategien, hohe intellektuelle Fähigkeit, Bemühen sich zu verbessern, Kreativität, spezielle Interessen und Hobbys, internale Kontrollüberzeugungen, gute Impulskontrolle, hohes Maß an Energie als Kind, ältestes Kind, einziges Kind, 3 oder weniger Geschwister mit einem Altersabstand von mehr als 2 Jahren, feste Berufstätigkeit der Mutter außerhalb des Haushaltes, benötigte Unterstützung, vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einem Elternteil, eine wichtige andere Bezugsperson, weitere fürsorgende Personen neben den Eltern, konsequente und klare Regeln und Normen innerhalb der Familie, offene Kommunikation, übernommene Werte sowie Hilfen von öffentlicher Seite. Diese verschiedenen Faktoren wurden unterschiedlich häufig von den Betroffenen selbst angegeben. Mit seelischer Gesundheit im Erwachsenenalter waren verknüpft: positives Selbstkonzept als Kind, internale Kontrollüberzeugung und intellektuelle Fähigkeiten. Auch familiäre Faktoren in der Kindheit, wie vertrauensvolle Beziehungen zu einem Elternteil und übernommene Werte, zeigten einen solchen Zusammenhang. Insgesamt sehen die Autoren durch ihre Ergebnisse Antonovskys Konzept des „sense of coherence“ als wesentlichem Faktor für seelische Gesundheit bei dieser Risikogruppe bestätigt [15].

In Tabelle 1 und 2 sind die referierten Studien und deren Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2
In Längs- bzw. Querschnittstudien gesicherte protektive Faktoren
 (Reihenfolge nach Stichprobengröße)

| Autor | Jahr | n | KG | Ergebnisse |
|-------------------|------|-----|----|--|
| Reister | 1995 | 840 | ja | Stabile gute Bezugsperson, Abwesenheit des Vaters, seelisch gesunde Mutter, unneurotische Beziehung zum Erzieher, gute soziale Integration im Erwachsenenalter |
| Lösel et al. | 1989 | 776 | ja | Intelligenz, flexibles und annäherungsorientiertes Temperament, Leistungsmotivation, geringes Gefühl der Hilflosigkeit, positives Selbstwertgefühl, aktiv-problemlösender Copingstil, soziale Unterstützung, wenig konflikthafte, offenes und auf Selbständigkeit orientiertes Erziehungsklima |
| Werner u. Smith | 1992 | 698 | ja | Aktivitätsgrad und gutes Sozialverhalten, mindestens durchschnittliche Intelligenz, gute kommunikative Fähigkeiten (Sprache, Lesen), internale Kontrollüberzeugung, liebevolle Beziehungen (zu Elternteil, Geschwister, Partner, Freund) unterstützende Systeme von außen (Schule, Arbeit oder Kirche) |
| Farber u. Egeland | 1987 | 267 | ja | „Sicheres“ Bindungsverhalten nach 12 bzw. 18 Lebensmonaten reduziert Auswirkung von im Vorschulalter einwirkenden Belastungsfaktoren |
| Seifer et al. | 1992 | 152 | ja | Positive Selbsteinschätzung, soziale Unterstützung, niedrige Werte bezüglich externaler oder unklarer Kontrollüberzeugung, gute elterliche Erziehungsstile und niedrige Werte elterlicher Kritik und mütterlicher Depressivität, wenige kritische Lebensereignisse |
| Cederblad et al. | 1994 | 148 | ja | Kindliches positives Selbstkonzept, erfolgreiche Bewältigungsstrategien, internale Kontrollüberzeugungen, intellektuelle Kapazität, vertrauensvolle Beziehung mit einem Elternteil, übernommene Werte |
| Wymann et al. | 1992 | 136 | ja | Positive Beziehungen zu den primären Bezugspersonen, stabile familiäre Umwelt, fürsorgende Mütter, konsequenter und induktiver Erziehungsstil, positive Erwartungen hinsichtlich Zukunft |
| Gribble et al. | 1993 | 131 | ja | Positive elterliche Einstellungen (Wärme, Akzeptanz und Achtung) elterliche Teilnahme an wichtigen Teilen des Lebens ihres Kindes und gemeinsame Aktivitäten, autoritativer Erziehungsstil. |
| Rutter u. Quinton | 1984 | 130 | ja | Positive Schulerfahrungen, Charakter des späteren Partners und Heirat (Schutzfaktoren bei Heimerziehung) |
| Lieberz | 1988 | 80 | ja | Gute Beziehung zu einer primären Bezugsperson, gute Schulbildung und berufliche Stellung |
| Tress | 1986 | 40 | ja | Keine Geschwister im Altersabstand <2 Jahre, stabile gute Bezugsperson |
| Kauffman et al. | 1979 | 12 | ja | Emotional warme Beziehung zur Mutter, große Kompetenz, Kreativität und Talent, enge Bezugsperson außerhalb der Familie |

Querschnittsstudien

In einer Vergleichsstudie zwischen 89 Frauen, die in einem Kinderheim aufwuchsen, und 41 Frauen aus der Normalbevölkerung derselben Gegend konnten Rutter u. Quinton [73] eine positive Qualität der sozialen Institution Schule als entwicklungsfördernden Faktor nachweisen. Die im Kinderheim aufgewachsenen Frauen hatten im Erwachsenenalter häufiger Persönlichkeitsstörungen und ein schwächer entwickeltes Sozialverhalten als die Personen der Vergleichsgruppe; ihre Entwicklung wurde allerdings durch positive Schulerfahrungen, Heirat sowie den Charakter ihres späteren Partners sehr stark beeinflusst. Maughan [60] kommt bei der Untersuchung ähnlicher Faktoren zu dem Schluß, daß Schulerfahrungen sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren darstellen können.

Die Auswirkungen ökonomischer Einbußen auf einzelne Familienmitglieder und die familiäre Interaktion untersuchten Walper u. Silbereisen [85, 85] in ihrer Berliner Studie an 101 Jugendlichen und deren Eltern. Nach ihren Ergebnissen gehen in Familien mit niedrigem Bildungsniveau Einkommenseinbußen mit verringerter Familienintegration sowie erhöhter Selbstabwertung und kontranormativen Einstellungen der Kinder einher. In Familien mit höherem Bildungsniveau der Eltern fanden sie keine bedeutsamen Auswirkungen ökonomischer Einbußen.

Breier et al. [9] untersuchten 90 Erwachsene, die in ihrer Kindheit ein Elternteil durch Tod oder Trennung verloren hatten. 77% der Personen, die sich auf eine Anzeige in einer Zeitung gemeldet hatten, wiesen in ihrer Vorgeschichte psychiatrische Erkrankungen wie depressive Störungen, Angsterkrankungen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit auf. *Die kindliche Lebenssituation*, erhoben anhand eines selbstentwickelten Fragebogens, stellte sich als stärkster Prädiktor späterer Psychopathologie heraus. Hochsignifikante Unterschiede zeigten sich in den Einzelfaktoren: emotionale Beziehung zu dem verbleibenden Elternteil, Depressivität und Ängstlichkeit, Trennungsgänge, Schulverweigerung und Schlafstörungen, Stabilität des kindlichen Zuhause und emotionale Beziehung zu versor-

genden Personen. Interessanterweise fanden sich in der Gruppe mit psychiatrischen Erkrankungen erhöhte Kortisol- und Betaendorphinplasmaspiegel, welche auch signifikant mit den Fragebogenergebnissen korrelierten. Keine Unterschiede konnten hinsichtlich psychisch kranker Verwandter ersten Grades, Alter beim Verlust des Elternteiles und Geschlecht des verlorenen Elternteiles festgestellt werden.

Bei einer Untersuchung an 600 Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung der Stadt Mannheim [75] wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychogenen Erkrankungen und „Belastungen“ in der frühen als auch in der späteren Kindheit gefunden. Unter „Belastungen“ wurden „harte“ Daten und glaubwürdig geschilderte oder erschlossene pathologische Verhaltensmuster der Eltern subsumiert. Folgende Einzelaspekte der Frühkindheit korrelierten statistisch hoch mit späteren psychogenen Störungen: psychopathologische Züge bei der Mutter, aber auch beim Vater, deutliche Störungen ihrer Beziehung zueinander und schließlich erhebliche Belastungen durch die Geschwister. Dem letztgenannten Faktor liegt ein Rating der Schwierigkeiten der Geschwisterbeziehung (gravierende Bevorzugung anderer, Zuwendungsdefizit durch Krankheit eines Geschwisters u.a.) zugrunde. Insgesamt stellte Schemper fest, daß 90% der frühkindlich und aktuell unbelasteten Probanden seelisch gesund waren, während 70% bis 80% der Personen, die frühkindliche Traumatisierungen und aktuelle kritische Lebensereignisse erlebt haben, psychogene Krankheiten aufwiesen.

In einer Studie zur psychoanalytischen Geneseforschung untersuchte Dührssen [22, 23] eine Gruppe von Patienten ($n=458$), die von sich aus das Angebot einer psychoanalytisch ausgerichteten Klinik in Anspruch nahmen, und eine nach Alter, Geschlecht und sozialem Status parallelisierter Vergleichsgruppe ($n=448$). Sie betrachtete dabei v.a. ausgewählte Risikovariablen, die sie selbst in einer früheren Arbeit [21] nach Betrachtung von Familien mit neurotisch erkrankten Kindern als „wichtige belastende Lebensumstände“ beschrieben hat.

Sie unterschied 101 Einzelvariablen, die sie nach angenommener Schwere der Belastung unterschiedlich

gewichtete. So bekam z.B. der Verlust eines Elternteils den höchsten Wert (160 Punkte), während Unterschiede zwischen Eltern und Großeltern bezüglich „Status“, „Milieu“ oder „Lebensstil“ eine sehr geringe Gewichtung erhielten. Die Summe der gewichteten Variablen faßt sie zu einem „Risikoindex“ und die Anzahl der ermittelten Variablen zu einer „Risikosumme“ zusammen. Dührssen konnte folgende ihrer Hypothesen gegen den Zufall absichern:

- Neurotisch kranke Patienten haben in ihrer Kindheit und Jugend bestimmte Belastungsfaktoren häufiger erlebt als psychisch gesunde Personen.
- Neurotisch kranke Patienten haben (unabhängig von der Psychopathologie der Eltern) in Kindheit und Jugend bestimmte Belastungsfaktoren häufiger erlebt als psychisch gesunde Personen.
- Innerhalb eines Patientenkollektivs finden sich bei Patienten mit hohem Belastungsindex schwerere Krankheitszeichen als bei Patienten mit niedrigem Belastungsindex.
- Bei Patienten mit hohem Belastungsindex treten neurotische Symptome früher auf, als bei Patienten mit niedrigem Belastungsindex.
- Bei Persönlichkeiten, die sich psychisch nicht krank oder behandlungsbedürftig fühlen, besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Risikoindex und den in der Beschwerdeliste angegebenen psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden.

Lieberz u. Schwarz [52] stellten bei einer Untersuchung von 68 neurotisch-psychosomatischen Kranken und einer parallelisierten Kontrollgruppe fest, daß neurotisch kranke Menschen eine höhere Risikobelastung nach dem Risikoindex von Dührssen in ihrer Kindheit und Jugend aufwiesen als gesunde Personen und der Belastungsindex eines Menschen mit der Neurosen schwere in einem engen Zusammenhang steht.

Ein Jahr später verglich Lieberz [51] je 103 Neurotiker mit einer parallelisierten Kontrollgruppe Gesunder. 48 der Patienten und 32 der Probanden stammten nach eigener Einschätzung aus sehr konfliktreichen Familienverhältnissen. Diese beiden Gruppen wurden dann hin-

sichtlich diskriminierender Merkmale weiter untersucht. Erster Befund war, daß die Patientengruppe bereits in der Risikogesamtbelastung (nach Dührssen) höhere Werte aufwies. Bei der Betrachtung einzelner Variablen hatten die Patientenväter und -mütter eine signifikant schlechtere Schulbildung bekommen, die Mütter waren bei der Geburt ihres ersten Kindes häufig nicht älter als 21 Jahre, die Patienten hatten wesentlich häufiger einen geringeren Altersabstand zum nächstjüngeren Geschwister als 1,5 Jahre und die Mütter der Patienten hatten in deutlich höherem Ausmaße neurotische Erkrankungen. Keinen signifikanten Unterschiede fand Lieberz hinsichtlich der Geschwisterzahl, Verlusterereignisse von Mutter und Vater durch Tod, Trennung oder Scheidung, der Anwesenheit von Großmüttern in den Familien und der Psychopathologie des Vaters. Die gesunden Probanden hatten ein deutlich positiveres Mutterbild, d.h. sie erlebten ihre Mutter als warmherzig und nah, von geringer Strenge und großer Unterstützungskraft, und wiesen zumindest zu einem Elternteil eine überwiegend gute Beziehung auf. Bezüglich der aktuellen Lebenssituation waren die Gesunden häufiger ledig und kinderlos, hatten eine deutlich bessere Schulbildung und entsprechend günstigere berufliche Bedingungen entwickelt.

In der Gesamtpopulation der Mannheimer Kohortenstudie fand Tress [82] 40 Personen, die alle eine sehr schwere Kindheit durchlaufen hatten. Die Zuordnung zu dieser Gruppe fand mittels eines komplexen Ratings anhand von Faktoren wie Elterndefizite, Elternpathologie, Belastung durch chronisch kranke oder behinderte Geschwister, Krankheit, Armut usw. statt. Diese 40 Personen verteilten sich wiederum auf eine Gruppe ($n=20$) seelisch gesunder und eine Gruppe ($n=20$) nach ICD-Kriterien eindeutig seelisch kranker Personen. Der einzige erfaßbare valide Schutzfaktor, der den unterschiedlichen Status begründen konnte, war „eine positive zuverlässig verfügbare Bezugsperson“ in der Entwicklung. Bestand eine solche Beziehung und erkrankten die Probanden später dennoch, so ließen sich folgende zusätzliche Risikofaktoren ermitteln: a) ein psychisch hoch auffälliger Vater, b) ein Altersabstand von >6 Jahre oder c) <12 Monate zum nächsten Geschwister.

Eine Erweiterung der Ergebnisse von Tress stellt die Studie von Reister [67] dar, der mittels Pfadanalysen und Strukturgleichungsmodellen zusätzlich folgende protektive Faktoren fand: Die Abwesenheit des Vaters (dieser überraschende Befund erklärt sich durch die Abwesenheit eines pathogenen Vaters – Schläger, Alkoholiker u.a. – in ohnehin gefährdetem Milieu), eine seelisch gesunde Mutter, eine unneurotische Beziehung zum Erzieher sowie Entlastung/Förderung durch Geschwister (nur bei Frauen) und ein seelisch gesunder Vater (nur bei Männern). Merkmale der gegenwärtigen Situation waren eine ausgezeichnete soziale Integration, insbesondere nachbarschaftlich (nur bei Frauen) und Aktivität im Verein, abgeschlossene Berufsausbildung und Verheiratetenstatus (nur bei Männern). Reister versteht seine Ergebnisse als Stütze des Verständnisses von Protektion als eines zeitlichen, interaktiven und dynamischen Prozesses.

Aus einer Gruppe von Kindern mit psychotischen Müttern suchten Kauffmann et al. [46] die sozial und intellektuell kompetentesten heraus. Diese wiederum verglichen sie mit den kompetentesten Kindern einer Kontrollgruppe mit Müttern ohne psychiatrische Erkrankungen. Hierbei stellten sie fest, daß ihre „Hochrisiko-Kinder“ im Vergleich zur Kontrollgruppe kompetenter, kreativer und talentierter waren. Diese „Superkids“ gaben häufiger an, einen besten Freund oder Freundin und einen guten, engen Kontakt zu einem außerfamiliären Erwachsenen zu haben. Eine emotional warmherzige Beziehung zu der Mutter war ein weiterer wichtiger Faktor bezüglich der sozialen Kompetenz der Kinder aus der Risikogruppe.

Die Arbeitsgruppe um Lösel kommt allerdings zu einem etwas anderen Ergebnis: In einer ersten Studie [6, 48, 54–57] untersuchten sie Jugendliche aus Heimen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren und bildeten 2 Gruppen durch Fallbesprechungen mit den Heimerziehern: eine Gruppe von 66 „Resilienten“ und eine mit 80 gravierend „Auffälligen“. Die Jugendliche stammten häufig aus einem sehr belasteten und unterprivilegierten „Multiproblem-Milieu“ mit unvollständigen Familien, Armut, Erziehungsdefiziten, Alkoholmißbrauch, Gewalttätigkeit usw. Beide Gruppen boten eine ähn-

lich hohe Risikobelastung und lagen diesbezüglich im Vergleich zu einer „Normal-Gruppe“ von 630 unausgewählten Schülern und Schülerinnen sehr hoch. Die auffällige Gruppe entwickelte ausgeprägte Verhaltensprobleme, während die andere im Sinne des „Resilienz“-Konzepts relativ gesund erschien. Die Resilienten erwiesen sich insgesamt als intelligenter, im Temperament tendenziell flexibler und in ihrer Beziehungsgestaltung als „annäherungsorientierter“; sie hatten eine stärkere Selbstwirksamkeitserwartung und Leistungsmotivation, erlebten sich als weniger hilflos, zeigten ein positiveres Selbstwertgefühl und waren in ihrem Copingstil mehr aktiv-problemlösend. Außerdem berichteten sie über ein größeres soziales Netzwerk und befriedigendere soziale Unterstützung. Das Erziehungsklima in den Heimen wurde als weniger konfliktuell, gleichzeitig offener und stärker die Selbständigkeit fördernd geschildert.

In einer zweiten Studie [59] wurden 21 Jugendliche aus der resilienten Gruppe mit einer gemachten „Normalgruppe“ aus einer Schülerstichprobe verglichen. Die erste Gruppe stellt sich naturgemäß als deutlich mehr risikobelastet heraus. Keine signifikanten Unterschiede gab es hinsichtlich der berichteten Erlebens- und Verhaltensprobleme. Nur wenige statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich bezüglich der individuellen und sozialen Schutzfaktoren. Die Resilienten waren häufiger aktiv-problemlösend in bezug auf ihren Copingstil, tendenziell weniger problemmeidend, beziehungs- und aufgabenorientierter im Temperament, selbstsicherer, leistungsmotivierter und weniger hilflos in ihrem Erleben. Bei den sozialen Schutzfaktoren waren die Unterschiede noch geringer: nur die erzieherische Kontrolle wurde deutlich stärker und der Zusammenhalt tendenziell niedriger von der resilienten Gruppe erlebt. Aufgrund dieser Ergebnisse kommen die Autoren zu dem Schluß, daß die widerstandsfähigen Jugendlichen keine „Superkids“ sind, sondern daß sie trotz widriger Umstände solche Schutzfaktoren realisieren können, die auch ansonsten mit seelischer Gesundheit einhergehen.

Wymann et al. [91] verglichen 136 10- bis 12jährige Risikokinder, die nach Einschätzung von Eltern und Lehrern

eine positive oder eher eine negative Entwicklung aufzeigen. Dabei beobachteten sie, daß widerstandsfähige Kinder häufiger über positive Beziehungen zu den primären Bezugspersonen, stabile familiäre Umwelt, konsequenten und induktiven Erziehungsstil, bei welchem konstruktiv Grenzen gesetzt werden, und positive Erwartungen hinsichtlich ihrer Zukunft berichteten. Die streßresilienten Mädchen empfanden im Vergleich zu den anderen Mädchen ihre Mütter als fürsorgender. Kein Unterschied wurde gefunden bezüglich der Einschätzung des Vaters, der Qualität der Beziehung zu Gleichaltrigen und des allgemeinen Selbstkonzeptes. In einer Untersuchung an derselben Population [41] berichteten Eltern und Kinder aus der streßresilienten Gruppe häufiger über positive elterliche Einstellungen, geprägt von Wärme, Akzeptanz und Achtung gegenüber dem Kind, elterliche Teilnahme an wichtigen Teilen des Lebens ihres Kindes, gemeinsame Aktivitäten und über autoritativen im Unterschied zu autoritärem Erziehungsstil. Außerdem hatten die Eltern und ihre Kinder größere Übereinstimmungen bezüglich der Einschätzung ihrer Beziehung zueinander im Vergleich zur Kontrollgruppe. Insgesamt sehen die Autoren die Hypothese bestätigt, daß eine positive Eltern-Kind-Beziehung einen wichtigen Schutzfaktor für risikobelastete Kinder darstellt.

In Tabelle 3 sind die referierten Studien und deren Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Sexuelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

In den letzten 10 Jahren wurden in Studien zu Traumatisierungen in Kindheit und Jugend am häufigsten die Bedeutung sexueller Mißbrauchserfahrungen sowie körperlicher Mißhandlungen untersucht. Dabei wurden immer wieder ein gehäuftes Vorkommen von kindlichem sexuellem Mißbrauch unter Patienten mit bestimmten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beschrieben: Depressionen, Alkohol- oder Drogenmißbrauch, Eßstörungen, prämenstruellen Syndrome, sexuellen Störungen, multiplen Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen, Borderlinestörungen und posttraumatischen Störungen

Tabelle 3
In Querschnittstudien (retrospektiv) gesicherte Risikofaktoren
(Reihenfolge nach Stichprobengröße)

| Autoren | Jahr | n | KG | Ergebnisse |
|-----------------------|------|-----|----|---|
| Dührssen | 1984 | 906 | ja | Risikoindex aus Geburtsstatus, Alter und Gesundheit der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Verlust wichtiger Bezugspersonen, sozioökonomische Faktoren, soziale Unterschiede zwischen Eltern, Verlusterlebnisse der Eltern in ihrer Kindheit |
| Lösel et al. | 1989 | 776 | ja | Unvollständige Familien, Armut, Erziehungsdefizite, Alkoholmißbrauch, Gewalttätigkeit |
| Schepank | 1990 | 600 | ja | Niedriger sozioökonomischer Status, psychopathologische Züge der Eltern, deutliche Störung der elterlichen Beziehung, erhebliche Belastungen durch Geschwister |
| Walper u. Silbereisen | 1987 | 101 | ja | Ökonomische Einbußen |
| Lieberz | 1988 | 80 | ja | Schlechtere Schulbildung der Eltern, junge Mütter bei Geburt des ersten Kindes, Altersabstand <18 Monate zum nächsten Geschwister |
| Lieberz u. Schwarz | 1987 | 68 | ja | Neurotisch Kranke zeigen höhere Risikogesamtbelastung in Kindheit und Jugend; Neuroschwere korreliert mit Höhe der Gesamtbelastung |

[11–13, 17, 19, 34, 36, 39, 40, 43, 53, 62, 65, 78]. Ein negatives Selbstkonzept kann eine weitere langfristige Folge darstellen. So berichten Bagley u. Ramsey [3], daß Frauen, die einen sehr niedrigen Wert in einem Test hatten, der das Selbstbewußtsein mißt, viermal häufiger einen kindlichen sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte aufwiesen.

Sheldon [77] fand in einer Untersuchung an 115 routinemäßig zu einem Psychotherapeuten überwiesene Personen 16% mit einem sicheren kindlichen sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte und 5% mit einem fraglichen Mißbrauch. Anhand eines halbstrukturierten Interviews fand Jacobson [44] unter 100 stationären psychiatrischen Patienten 19% mit Mißbrauch in der kindlichen Vorgeschichte und 21% mit gleicher Erfahrung im Erwachsenenalter, dabei haben 27% dies vorher niemandem berichtet und sogar 49% nicht einmal in vorausgegangenen Psychotherapien darüber gesprochen!

Surrey et al. [79] fanden unter 140 Patientinnen einer Tagesklinik 12, die einen sexuellen Mißbrauch vor dem 18. Lebensjahr angaben, und weitere 28 mit sexuellem Mißbrauch in Kombination mit

körperlichen Mißhandlungen in der Kindheit. Ebenfalls in einer Tagesklinikstudie von Swett et al. [80] gaben von 125 männlichen Patienten 7% sexuellen Mißbrauch und weitere 6% körperlichen und sexuellen Mißbrauch an, wobei den meisten diese Erlebnisse vor dem 18. Lebensjahr zustießen. Unter 98 psychiatrischen Patientinnen fanden Chu u. Dill [16] 35, die einen kindlichen sexuellen Mißbrauch berichteten. Brown u. Anderson [10] untersuchten 947 Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Autoren beschreiben für 9% der Patienten einen kindlichen sexuellen Mißbrauch und für weitere 3% sowohl einen sexuellen Mißbrauch als auch körperliche Mißhandlungen.

In einer Studie an 387 Frauen zur psychischen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung von Calgary fanden Bagley u. Ramsey [3] anhand ihrer Meßinstrumente, daß in der Kindheit mißbrauchte Frauen etwa doppelt so häufig depressiv waren wie Frauen, die solche Erfahrungen nicht gemacht hatten (17% vs. 9% bzw. 15% vs. 7%). In einer Untersuchung an 119 zufällig ausgewählter Frauen aus der Bevölkerung von Los Angeles konnte Peters [66] fest-

Tabelle 4

Erhöhung der Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen bei sexuellem Mißbrauch in der Kindheit (bezogen auf die Häufigkeit in der Normalbevölkerung) und deren Relativierung bei Berücksichtigung einiger anderer Belastungsfaktoren: schlechte Beziehung zwischen den Eltern, geringe Fürsorge bei gleichzeitig starker Kontrolle, körperliche Mißhandlung, chronische Krankheit der Mutter/ des Vaters, Aufwachsen in unvollständigen Familien, von Eltern getrenntes Aufwachsen, viele Umzüge (nach Mullen et al. 1993)

| | Normalbevölkerung | Sexueller Mißbrauch | | | |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------|--|------------|--|
| | | Vor 16. Lebensjahr | Andere Belastungsfaktoren kontrolliert | Mit Koitus | Andere Belastungsfaktoren kontrolliert |
| Suizidhandlungen | 2,7% | 20× | n.s. | 74× | 25× |
| Stationäre psychiatrische Behandlung | 1,7% | 5× | n.s. | 17× | 12× |
| Eßstörungen | 1,5% | 3,2× | n.s. | 7× | 3,7× |
| Alkoholabusus | 9,0% | n.s. | n.s. | 5× | n.s. |
| Medikamentenabusus | 1,1% | 2,4× | n.s. | 9× | n.s. |
| Depressive Erkrankungen | 1,8% | 2,6× | n.s. | 5× | n.s. |
| Angsterkrankungen | 1,6% | 2,4× | n.s. | 3× | n.s. |

× = ...-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Normalpopulation
n.s. = nicht signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit

stellen, daß sexueller Mißbrauch (Berührung und Manipulation der Genitalien, Koitus) mit einer höheren Inzidenz von Depressionen und einer größeren Zahl depressiver Episoden einhergeht und daß mißbrauchte Frauen häufiger wegen depressiver Erkrankungen stationär behandelt wurden.

Auch Mullen et al. [64] konnten in ihrer Studie an einer Bevölkerungsstichprobe bei 20% der Frauen mit kindlichen Mißbrauchserfahrungen psychiatrische, hauptsächlich depressive Störungen feststellen. In einer weiteren Studie zeigten Mullen et al. [63] zwar einerseits einen Zusammenhang zwischen einem solchen Trauma und späterer Psychopathologie, nämlich Suizidhandlungen sowie Angst-, Eß- und depressiven Störungen, belegten jedoch gleichzeitig, daß unter Berücksichtigung anderer Belastungsfaktoren, wie gestörte familiäre Verhältnisse, wenig fürsorglicher und stark kontrollierender Erziehungsstil oder körperliche Mißhandlungen, die späteren psychischen Störungen nur noch eingeschränkt mit den sexuellen Mißbrauchserfahrungen verknüpft

werden können (vgl. Tabelle 4). Nur wenn es im Rahmen des sexuellen Mißbrauchs auch zum Koitus gekommen war, lag die Häufigkeit des Auftretens von Suizidhandlungen und Eßstörungen sowie einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik um ein Mehrfaches über der durchschnittlichen Rate in der Normalbevölkerung.

Die gleiche neuseeländische Arbeitsgruppe [70] zeigte darüber hinaus, daß das familiäre Klima (gute Beziehung zwischen den Eltern ebenso wie zwischen Eltern und betroffener Tochter), schulischer oder sportlicher Erfolg und Fehlen einer frühen Schwangerschaft sowie eine gut funktionierende Partnerbeziehung im Erwachsenenalter vor psychischen und psychosomatischen Störungen als Spätfolge sexuellen Mißbrauchs schützen können. Auch Richter-Appelt u. Tiefensee [68, 69] relativierten durch multivariate Analysen jüngst die einseitige Überbewertung sexueller Mißbrauchserfahrungen ebenfalls und belegten deren Einbettung in soziale und familiäre Belastungsfaktoren sowie ihre Abhängigkeit von der

Qualität der Eltern- und der Eltern-Kind-Beziehung.

In einer eigenen Studie [28] an 407 Patienten einer Psychosomatischen Universitätspoliklinik konnten wir zeigen, daß sexueller Mißbrauch nicht zu den häufigen Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend dieser neurotischen und psychosomatischen Patienten gehört, vielmehr in einer Rangreihe nach Häufigkeit erst an 12. Stelle von insgesamt 14 erfaßten rangiert. Am häufigsten waren eine zu den Eltern insgesamt emotional wenig tragfähige Beziehung, kärgliche finanzielle Verhältnisse und starke berufliche Absorption beider Eltern von klein auf. Häufige körperliche Mißhandlung sowie körperliche oder psychische Erkrankungen eines Elternteils prägten bei verhältnismäßig vielen dieser Patienten die Kindheit (vgl. Abb. 1).

Diskussion des gegenwärtigen Forschungsstandes

Ulrich faßte 1988 die Ergebnisse der bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Studien wie folgt zusammen ([83], S. 150):

„a) Hauptrisiken für die kindliche Entwicklung sind chronische Disharmonie in der Familie, niedriger sozioökonomischer Status, große Familien und sehr wenig Wohnraum, Kriminalität eines Elternteiles, psychische Störungen der Mutter, Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle.

b) Entscheidend sind Wechselwirkung und kumulative Wirkung verschiedener Stressoren. Ein Risikofaktor allein erhöht noch nicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsstörungen, während bereits zwei Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit um das vierfache erhöhen.

c) Erfahrungen haben auf allen Altersstufen Auswirkungen und nicht nur in der frühen Kindheit; frühkindliche Belastungen oder Störungen können durch spätere positive Erfahrungen ausgeglichen bzw. korrigiert werden.

d) Das Kind beeinflußt aufgrund von bestimmten Eigenschaften und Temperamentsmerkmalen seine Umwelt und die Stressoren. So können z.B. temperamentsmäßig „einfache“ und sozial responsive Kinder eher Familienstreitigkeiten aus dem Weg gehen und sind robuster; Kinder männlichen Geschlechts

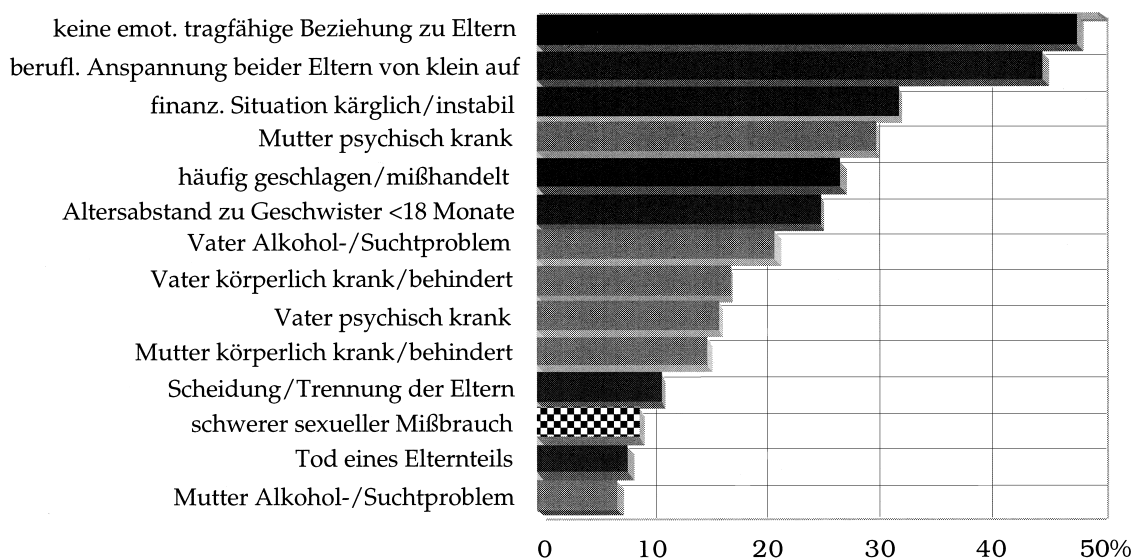


Abb. 1 ◀ Häufigkeitsverteilung psychosozialer Kindheitsbelastungsfaktoren in der Population einer Psychosomatischen Universitäts-Poliklinik (n=407)

sind verwundbarer gegenüber physischen und psychosozialen Belastungen. e) Eine positive Qualität der Schule als soziale Institution ist ein entwicklungsfördernder Faktor, der z.B. ein ungünstiges Familienklima ausgleichen kann.“

Diese Feststellungen haben weiterhin Gültigkeit. Aufgrund danach publizierter Studien müßten wir heute noch einige Risiko-, vor allem aber eine Reihe von Schutzfaktoren hinzufügen: wir haben diejenigen, die bei der oben dargestellten Datenlage heute als wissenschaftlich gesichert gelten können, in Tabelle 5 und 6 zusammengestellt.

Sicherlich noch unbefriedigend am gegenwärtigen Stand ist, daß hinsichtlich einer Gewichtung der einzelnen Belastungsfaktoren kaum Studien durchgeführt wurden. Nur Dührssen [22] unternahm mit der Vergabe von Punktwerten diesen Versuch, ohne allerdings durchsichtig zu machen, wie sie zu diesen gelangt war; wahrscheinlich liegt ihnen die große klinische Erfahrung der Autorin zugrunde.

Auch wenn wir durch die dargestellten Studien und deren Ergebnisse die wichtigsten Risikofaktoren und die bedeutsamsten kompensatorisch wirksamen Schutzfaktoren heute kennen – auch wenn sie in weiten psychiatrischen und psychotherapeutischen Kreisen nicht hinreichend zur Kenntnis genommen und in der klinischen Praxis genutzt werden –, so ist sicherlich hinsichtlich der genaueren Wechselwirkungen zwischen genetischen und biologischen

Faktoren („nature“) einerseits und psychosozialen Umweltfaktoren („nurture“) andererseits bei der Entwicklung von Resilienz bzw. Vulnerabilität vieles noch ungeklärt. Die Auflistung der gesicherten Risiko- und Schutzfaktoren weist neben dem Geschlecht einige weitere genetisch determinierte Parameter auf, so das Temperament und die Intelligenz; prä- und perinatale Komplikationen waren weitere biologische Faktoren, die in der Kauai-Studie schon im Voraus zur Definition einer potentiellen Risikopopulation herangezogen wurden. Die Langzeitergebnisse belegen, daß diese biologischen Risikofaktoren durch bestimmte psychosoziale Wirkfaktoren kompensiert, durch andere hinsichtlich ihrer pathogenetischen Bedeutsamkeit verstärkt werden können.

Einen wesentlichen Beitrag zur Verknüpfung von Veranlagung und Umwelt kann der von Bowlby [8] entwickelte Bindungstheoretische Ansatz leisten. Danach besteht zwischen den Erfahrungen einer Person mit seinen Eltern und seiner späteren Fähigkeit, affektive Bindungen zu entwickeln, eine enge kausale Beziehung. Störungen dieser Fähigkeit beruhen auf der Art und Weise, wie sich die Eltern gegenüber dieser Person verhalten haben. Wesentlich sind dabei das Ausmaß, mit der die Eltern als sichere Basis für das Kind verfügbar waren und es ermutigt haben, von dieser Basis aus selbständig die Welt zu erkunden. Bei Störungen dieser frühen Bindung werden heute 3 Typen eines unsicheren Bindungsverhaltens differenziert (Übersicht bei [20, 47]). Verlaufsstudien belegen,

daß dieses früh erworbene Bindungsverhalten bis in die Pubertät – länger laufen diese Studien noch nicht – stabil bleibt (vgl. [42]), ein unsicheres Bindungsverhalten sowohl zu affektiven als auch kognitiven Entwicklungsdefiziten führen [32], ein sicheres andererseits als protektiver Faktor gegenüber später auftretenden Kindheitsbelastungsfaktoren wirken kann [33]. Den 4 Bindungsmustern beim Kind (sicher, vermeidend, ambivalent, desorientiert/desorganisiert), entsprechen 4 Bindungseinstellungen beim Erwachsenen: autonom, beziehungsablehnend, beziehungsüberbewertend sowie von unverarbeiteten Verlusten gekennzeichnet. Fonagy et al. [35] konnten auf der Basis der individuellen Bindungseinstellung von Schwangeren mit 80%iger Sicherheit vorhersagen, welches Bindungsmuster das noch ungeborene Kind zu seiner Mutter aufbauen wird.

Die Bindungstheorie liefert insofern einen wichtigen Beitrag zur Frage „nature or nurture“, indem sie einerseits das genetisch determinierte Bindungsbedürfnis, andererseits die Bedeutung der Umweltfaktoren, auf die dieses Bedürfnis trifft, herausgearbeitet hat und zwischenzeitlich auch wissenschaftlich belegen konnte. Wenig berücksichtigt und damit auch unzureichend erforscht ist bisher die Bedeutung der Entwicklungsphase des Kindes, auf die die verschiedenen Belastungsfaktoren einwirken, und wie dadurch nachfolgende Phasen beeinflusst werden.

Nicht nur in den Medien, auch in wissenschaftlichen Studien besteht heu-

Tabelle 5

Zusammenfassung gesicherter biographischer Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- „Häufig wechselnde frühe Beziehungen“
- Sexueller und/oder aggressiver Mißbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwister <18 Monate
- Uneheliche Geburt
- Hoher Gesamtrisikoscore
- *Jungen vulnerabler als Mädchen*

te die Neigung, im Rahmen einer notwendigen Enttabuisierung den sexuellen Mißbrauch in seiner Bedeutung überzubewerten. Weiterhin werden Studien publiziert, in denen andere Risiko- oder gar protektive Faktoren nicht erhoben und dann, nicht selten noch forciert durch eine sehr weite Definition, hohe korrelative Zusammenhänge „belegt“ werden. Auch beim sexuellen Mißbrauch sollte, handelt es sich nicht gerade um langjährigen Inzest – in diesen Familien sind meist kaum protektive Faktoren vorhanden –, die Feststellung Ullrichs gelten, daß ein Risikofaktor allein die Wahrscheinlichkeit späterer psychischer Erkrankungen nicht erhöht, zumindest wenn es im Rahmen des sexuellen Mißbrauchs nicht zum Verkehr kommt (vgl. [63]).

Ein wesentlicher Beitrag zur genaueren Definition und Differenzierung beim sexuellen Mißbrauch ist die von Terr [81] und von Barnett et al. [4]

vorgeschlagene Differenzierung hinsichtlich Art, Schweregrad und Häufigkeit des Mißbrauchs, Entwicklungsalter und Entwicklungskontext (z.B. Familie, Heim) des Kindes sowie Person des Täters (Vater, Mutter, Stiefvater, Bekannter, Fremder). Eine solche Differenzierung unterbleibt in fast allen bisher durchgeführten Studien.

Als relativ gut belegt – mit den oben genannten Einschränkungen – erscheint heute die Relevanz von Kindheitsbelastungsfaktoren und -traumatisierungen bei folgenden psychischen Störungen: Borderline-Störungen und Artefakterkrankungen (vgl. [24, 38]), depressive Erkrankungen und Bulimie (vgl. [45, 90]) sowie psychogene Anfälle, dissoziative Zustände und somatoforme Störungen (vgl. [25, 74]); bei letzteren stehen hauptsächlich chronische Schmerzzustände symptomatisch im Vordergrund (vgl. [26, 27, 50]). Auch bei Suchterkrankungen gibt es erste Studien, welche für eine pathogenetische Bedeutsamkeit biographischer Belastungsfaktoren sprechen (vgl. [49]). Bei all den genannten Erkrankungen dürfte dies jedoch nur für eine mehr oder weniger große Subgruppe gelten.

Klinische Studien, in denen neben Belastungs- auch Schutzfaktoren untersucht und gegeneinander aufgerechnet

Tabelle 6

Zusammenfassung gesicherter biographischer Schutzfaktoren im Hinblick auf die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten

- Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter
- Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter
- Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“
- Geringere Risikogesamtbelastung
- *Mädchen weniger vulnerabel als Jungen*

werden, fehlen bisher allerdings ebenso wie auf klinische Parameter bezogene Längsschnittstudien an Risikopopulationen, bei denen dann auftretende psychische Störungen klinisch sorgfältig operationalisiert erfaßt werden, fast völlig. Beides wäre sicherlich dringend erforderlich, nicht zuletzt um darüber Ansätze für eine Prävention bei einer Reihe psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu entwickeln.

Literatur

1. Antonovsky A (1987) **Unraveling the mystery of health**. Bass, San Francisco
2. Ariès P (1975) **Geschichte der Kindheit**. Hanser, München
3. Bagley C, Ramsey R (1985) **Disrupted childhood and vulnerability to sexual assault: long-term sequels with implications for counselling**. Paper presented at the Conference on Counselling the Sexual Abuse Survivor. Winnipeg, Canada
4. Barnett D, Manley JT, Cicchetti D (1993) **Defining child maltreatment: the interface between policy and research**. In: Cicchetti D, Toth SL (eds) Child abuse, child development, and social policy. Ablex, Norwood/NJ, pp 7–74
5. Baydar N, Brooks-Gunn J (1991) **Effects of maternal employment and child-care arrangements on preschoolers' cognitive and behavioral outcomes: evidence from the children of the National Longitudinal Survey of Youth**. *Develop Psychol* 27:932–945
6. Bliesener T, Köferl P, Lösel F (1990) **Protektive Faktoren bei Jugendlichen aus „Multi-Problem-Milieus“ mit hohem Risiko der Delinquenzentwicklung**. In: Höfling S, Butollo W (Hrsg) *Psychologie für Menschenwürde und Lebensqualität*, Bd 3. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn
7. Bowlby J (1951) **Mental care and mental health**. WHO Geneva
8. Bowlby J (1975) **Bindung**. Kindler, München
9. Breier A, Kelsøe JR, Kirwin PD, Beller SA, Wolowitz OM, Pickar D (1988) **Early parental loss and development of adult psychopathology**. *Arch Gen Psychiat* 45:987–993
10. Brown GR, Anderson B (1991) **Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse**. *Am J Psychiatry* 148:55–61
11. Browne A, Finkelhor D (1986) **Impact of child sexual abuse: a review of the research**. *Psychol Bull* 99:66–77
12. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA (1987) **Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness**. *Am J Psychiatry* 144:1426–1430
13. Bulik C, Sullivan P, Rorty M (1989) **Childhood sexual abuse in women with bulimia**. *J Clin Psychiatry* 50:460–464

14. Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O (1988) **Do child psychiatric risk factors affect the physical health of the adult?** Läkartidningen 85:4317–4321
15. Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K (1994) **Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors.** Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 244:1–11
16. Chu JA, Dill DL (1990) **Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse.** Am J Psychiatry 147:887–892
17. Coons P (1986) **Child abuse and multiple personality disorders: review of the literature and suggestions for treatment.** Child Abuse Neglect 10:455–462
18. Dahlin L, Cederblad M, Antonovsky A, Hagnell O (1990) **Childhood vulnerability and adult invincibility.** Acta Psychiatr Scand 82:228–232
19. Damlouji NF, Ferguson JM (1985) **Three cases of posttraumatic anorexia nervosa.** Am J Psychiatr 142:362–363
20. Dornes M (1996) **Vernachlässigung und Mißhandlung aus der Sicht der Bindungstheorie.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
21. Dührssen A (1956) **Zum Problem der sozialen Vererbung.** In: Kretschmer E (Hrsg) Vorträge des Kongresses der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie in Freudenstadt im April 1956. Thieme, Stuttgart
22. Dührssen A (1984) **Risikofaktoren für die neurotische Kindheitsentwicklung. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Geneseforschung.** Z Psycho-Som Med 30:18–42
23. Dührssen A, Bodenstein D, Holitzner WV, Horstkotte G, Kettler AR, Lieberz K, Rudolf G, Sandweg R, Stille D, Wagerer M (1980) **Das Berliner Dokumentationssystem für Psychotherapie.** Z Psycho-Som Med 26:119–157
24. Eckhardt A (1997) **Offene und heimliche Selbstbeschädigung in der Folge von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
25. Eckhardt A, Hoffmann SO (1997) **Dissoziative Störungen in der Folge von Mißhandlung und Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
26. Egle UT (1993) **Mißbrauch und emotionale Deprivation bei psychogenen Schmerzpatienten.** Fundam Psychiatr 7:92–99
27. Egle UT (1997) **Somatoforme Schmerzstörungen in der Folge von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
28. Egle UT (1998) **Biographische Belastungsfaktoren bei verschiedenen Diagnosegruppen psychoneurotischer und psychosomatischer Patienten** (im Druck)
29. Elder GH (1974) **Children of the great depression.** University of Chicago Press, Chicago
30. Elder GH, Caspi A, van Nguyen T (1986) **Resilient and vulnerable children: family influences in hard times.** In: Silbereisen RK, Eyferth K, Rüdinger G (eds) Development as action in context. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 167–186
31. Elder GH, van Nguyen T, Caspi A (1985) **Linking family hardship to children's lives.** Child Develop 56:361–375
32. Esser G, Dinter R, Jörg M, Rose F, Villalba P, Laucht M, Schmidt M (1993) **Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung.** Z Psychosom Med Psychoanal 39:246–264
33. Farber EA, Egeland B (1987) **Invulnerability among abused and neglected children.** In: Anthony EJ, Cohler BJ (eds) The invulnerable child. Guilford Press, New York London, pp 253–288
34. Finkelhor D, Browne A (1985) **The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization.** Am J Orthopsychiatry 55:530–541
35. Fonagy P, Steele H, Stelle M (1991) **Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother-attachment at one year of age.** Child Develop 62:891–905
36. Friedman R, Hurt S, Clarkin J, Corn R, Aronoff M (1982) **Sexual histories and premenstrual affective syndrome in psychiatric inpatients.** Am J Psychiatry 139:1484–1486
37. Furstenberg F, Teitler JO (1994) **Reconsidering the effects of marital disruption. What happens to children of divorce in early adulthood?** J Fam Iss 15:173–190
38. Gast U (1997) **Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Folge von sexuellem Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
39. Gold E (1986) **Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach.** J Consult Clin Psychol 54:471–475
40. Grennwald E, Leitenberg H, Cado S, Tarran M (1990) **Childhood sexual abuse: long term effects on a psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult woman.** Child Abuse Neglect 14:503–513
41. Gribble PA, Cowen EL, Wymann PA, Work WC, Wannon M, Raoff A (1993) **Parent and child views of parent-child relationship qualities and resilient outcomes among urban children.** J Child Psychol Psychiat Allied Disciplines 34:507–519
42. Grossmann KE, Grossmann K (1991) **Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective.** In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (eds) Attachment across the life-cycle. Routledge, London, pp 93–114
43. Herman J, Russel D, Trocki K (1986) **Long-term effects of incestuous abuse in childhood.** Am J Psychiatry 143:1293–1296
44. Jacobson A (1987) **Assault experiences of 100 psychiatric inpatients; evidence of the need for routine enquiry.** Am J Psychiatry 144:908–913
45. Joraschky P (1997) **Depression.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart, S 164–171
46. Kauffman C, Grunebaum H, Cohler B, Gamer E (1979) **Superkids: competent children of psychotic mothers.** Am J Psychiatry 136:1398–1402
47. Köhler L (1996) **Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie.** In: Uexküll T v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, 222–230
48. Kolip P, Lösel F (1991) **Psychisch „unverwundbar“? Das Bielefelder Forschungsprojekt zur Bewältigung schwieriger Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend.** Blätter zur Wohlfahrtspflege 138:80–82
49. Krausz M, Freyberger HJ (1997) **Suchterkrankungen in der Folge von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
50. Lampe A, Söllner W (1997) **Pelipathie und sexueller Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart
51. Lieberz K (1988) **Was schützt vor Neurose? Ergebnisse einer Vergleichsuntersuchung an hochrisikobelasteten Neurotikern und Gesunden.** Z Psychosom Med Psychoanal 34:338–350
52. Lieberz K, Schwarz E (1987) **Kindheit und Neurose – Ergebnisse einer Kontrollgruppenuntersuchung.** Z Psycho-Som Med 33:111–118

53. Lindberg F, Distad L (1985) **Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest.** *Child Abuse & Neglect* 9:329–334
54. Lösel F, Bliesener T (1990) **Resilience in adolescence: a study on the generalizability of protective factors.** In: Hurrelmann K, Lösel F (Hrsg) *Health hazards in adolescence.* De Gruyter, Berlin New York, pp 299–320
55. Lösel F, Bliesener T (1991a) **Health development in spite of riskful childhood. Contribution of the 22nd International Congress of Applied Psychology, July 1990, Kyoto, Japan. Brief report.** In: Wilpert B et al. (eds) *Proceedings of the 22nd International Congress of Applied Psychology.* Lawrence Erlbaum, London
56. Lösel F, Bliesener T (1991b) **Why do high-risk adolescents not develop conduct disorders? A study on protective factors. Paper presented at the 11th Biennial Meetings of the International Society for the Study of Behavioral Development, Minneapolis, MN, USA**
57. Lösel F, Bliesener T, Köferl P (1989) **On the concept of „invulnerability“ evaluation and first results of the Bielefeld Project.** In: Brambring M, Lösel F, Skowronek H (eds) *Children at risk: assessment, longitudinal research, and intervention.* De Gruyter, Berlin New York
58. Lösel F, Bliesener T, Köferl P (1990) **Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“.** In: Seiffge-Krenke I (Hrsg) *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Bd 4. Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 103–123
59. Lösel F, Kolip P, Bender D (1992) **Streß-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seeleisch widerstandsfähige Jugendliche „Superkids“?** *Z Klin Psychol* 21:48–63
60. Maughan B (1988) **School experiences as risk/protective factors.** In: Rutter M (ed) *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data.* Cambridge University Press, Cambridge
61. Meyer-Probst B, Teichmann H (1984) **Rostocker Längsschnittuntersuchung – Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter.** Thieme, Leipzig
62. Morrison J (1989) **Childhood sexual histories of women with somatization disorder.** *Am J Psychiatry* 146:239–241
63. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP (1993) **Childhood sexual abuse and mental health in adult life.** *Br J Psychiatry* 163:721–732
64. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP (1988) **Impact of sexual and physical abuse on women's mental health.** *Lancet* 16:841–845
65. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM (1990) **Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder.** *Am J Psychiatry* 147:1008–1013
66. Peters SD (1984) **The relationship between childhood sexual victimization and adult depression among Afro-American and white women.** Unpublished doctoral dissertation. University of California, Los Angeles/CA
67. Reister G (1995) **Schutz vor psychogener Erkrankung.** Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
68. Richter-Appelt H, Tiefensee J (1996a) **Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener.** *PPmP* 46:367–378
69. Richter-Appelt H, Tiefensee J (1996b) **Die Partnerbeziehung der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener.** *PPmP* 46:405–418
70. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, O'Shea ML, Mullen PE (1995) **Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome.** *Psychol Med* 25:127–142
71. Rutter M (1986) **The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives.** In: Rutter M, Izard C, Read P (eds) *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives.* Guilford Press, New York, pp 3–30
72. Rutter M (1987) **Psychosocial resilience and protective mechanisms.** *Am J Orthopsychiatry* 57:316–331
73. Rutter M, Quinton D (1984) **Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: factors promoting good functioning in adult life.** *Br J Develop Psychol* 18:225–234
74. Scheidt CE, Hoffmann SO (1997) **Konversionsstörungen in der Folge von Mißhandlung und Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen.* Schattauer, Stuttgart
75. Schepank H (1987) **Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim.** Springer, Berlin Heidelberg New York
76. Seifer R, Sameroff AJ, Baldwin CP, Baldwin A (1992) **Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:893–903
77. Sheldon H (1988) **Child sexual abuse in adult female psychotherapy patients.** *Br J Psychiatry* 152:107–111
78. Sloan G, Leichner P (1986) **Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders?** *Can J Psychiatry* 31:656–660
79. Surrey J, Swett C, Michaels A, Levin S (1990) **Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptomatology in women psychiatric outpatients.** *Am J Orthopsychiatry* 60:412–417
80. Swett C, Surrey J, Cohen C (1990) **Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients.** *Am J Psychiatry* 147:632–636
81. Terr LC (1991) **Childhood traumas: an outline and overview.** *Am J Psychiatry* 148:10–20
82. Tress W (1986) **Die positive frühkindliche Bezugsperson. Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen.** *Psychother Psychosom Med Psychol* 36:51–57
83. Ulich M (1988) **Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.** *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 20:146–166
84. Walper S, Silbereisen RK (1986) **Individuelle und familiäre Auswirkungen ökonomischer Einbußen.** In: Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg. Band I. Hofgrete, Göttingen, S 298
85. Walper S, Silbereisen RK (1987) **Familiäre Konsequenzen ökonomischer Einbußen und ihre Auswirkungen auf die Bereitschaft zu normverletzendem Verhalten bei Jugendlichen.** *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 19:228–248
86. Werner EE (1985) **Stress and protective factors in children's lives.** In: Nicol AR (ed) *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry.* Wiley, New York, pp 335–355
87. Werner EE (1989) **High risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years.** *Am J Orthopsychiatry* 59:72–81
88. Werner EE, Smith RS (1982) **Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth.** McGraw, New York
89. Werner EE, Smith RS (1992) **Overcoming the odds.** Cornell University Press, Ithaca
90. Willenberg H (1997) **Eßstörungen in der Folge von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch.** In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen.* Schattauer, Stuttgart
91. Wyman PA, Cowen EL, Work WC, Raoof A, Gribble PA, Parker GR, Wannon M (1992) **Interviews with children who experienced major life stress. family and child attributes that predict resilient outcomes.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:904–910