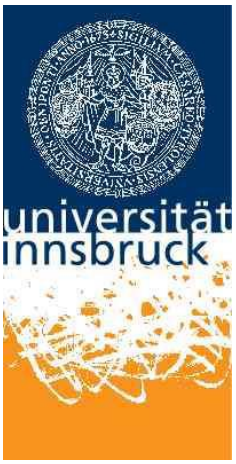
Sophie Wittkowski, 01469772

Emotionale Gewalterfahrungen in der Kindheit und Angsterkrankungen sowie Depressionen im Erwachsenenalter: die mediierende Wirkung von Resilienz in diesem Kontext.

Masterarbeit

eingereicht am Institut für Psychologie Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
Leopold–Franzens–Universität Innsbruck



zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M. Sc.)

Masterstudium Psychologie

Betreuende Person: Fr. Mag. Dr. Silvia Exenberger-Vanham

Institut für Psychologie

Innsbruck, Mai 2019

Das Wissen um eine Lebensaufgabe hat einen eminent psychotherapeutischen und psychohygienischen Wert. Wer um einen Sinn seines Lebens weiß, dem verhilft dieses Bewusstsein mehr als alles andere dazu, äußere Schwierigkeiten und innere Beschwerden zu überwinden.

(Viktor Frankl)

Danksagung

Ich danke Frau Dr. Silvia Exenberger-Vanham für ihre Betreuung sowie ihr und Frau Dr. Astrid Lampe für die Möglichkeit an ihrer Studie mitwirken und auf dieser Basis die vorliegende Arbeit verfassen zu können.

Des Weiteren danke ich meinem Partner für seine Geduld und Unterstützung bei diesem Projekt.

Mein besonderer Dank gilt jedoch dem in mir heranwachsenden Leben, welches mir durch seine Anwesenheit immer wieder aufs Neue die Augen öffnete und meine Sensibilität förderte, mich auch im Hinblick auf mein ungeborenes Kind intensiv mit dem bedeutenden Thema einer liebvollen und Geborgenheit sowie Wärme spendenden Umgebung auseinander zu setzen

Kurzfassung

Belastende Erfahrungen in der Kindheit können gravierende gesundheitliche Folgen im Erwachsenenalter nach sich ziehen. Dies belegt bereits ein breites Forschungsangebot. Hierbei reichen die Pathologien von gastrointestinalen, kardiovaskulären und dermatologischen Erkrankungen hin zu Essstörungen, autoaggressivem Verhalten, Drogenkonsum oder sexuellem Risikoverhalten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Erleben emotionalen Missbrauchs in der Kindheit und dessen Auswirkungen auf Depressionen sowie gesteigerter Ängstlichkeit im Erwachsenenalter zu untersuchen. Als neuwertig galt hierbei die Hinzunahme des Faktors Resilienz als Fähigkeit aus widrigen Umständen unbeschadet oder sogar gestärkt hervor zu gehen. Dieser wurde als Mediator zwischen die Belastung aus der Kindheit und der Psychopathologie im Erwachsenenalter geschaltet.

Untersucht wurden 772 Proband*innen mit Hilfe einer Fragebogenbatterie, welche aus acht verschiedenen Testverfahren bestand. Enthalten waren hierin der Brief Symptom Inventory (BSI-18) von Derogatis, die Skala KERF (Isele et al., 2001) ein Instrument zur umfangreichen Messung belastender Kindheitserfahrungen, die Connor Davidson Resilience Scale – 10 (Connor & Davidson, 2003), sowie Fragen zur Person und zu Erkrankungen (entnommen aus dem Deutschen Schmerzfragebogen; Casser et al., Deutsche Schmerzgesellschaft, 2015).

Die Ergebnisse zeigten, dass sich emotionaler Missbrauch sowohl auf das Krankheitsbild der Depression als auch auf gesteigertes Angstempfinden im Erwachsenenalter verstärkend auswirkt. Zusätzlich bestand eine signifikante Wirkung des Mediators Resilienz auf den beschriebenen Zusammenhang. Demnach konnte bei als resilient eingestuften Proband*innen mit emotional belastendem Hintergrund, eine Reduktion der Symptomatik im Erwachsenenalter unter Beachtung des Mediators Resilienz festgestellt werden. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass Resilienz als ein wichtiger Prädikator im Umgang mit emotional belastenden Erfahrungen und deren Folgen zu sehen ist. Weswegen es umso essentieller erscheint, das Augenmerk auf eine Resilienz fördernde Erziehung von Kindern und deren positive Auswirkung auf den späteren Lebensweg zu richten.

Schlüsselbegriffe: emotionaler Missbrauch, belastende Kindheitserfahrungen, Psychopathologien im Erwachsenenalter, Depressionen, gesteigerte Ängstlichkeit, Resilienz, Mediation.

Abstract

Stressful childhood experiences can have serious health consequences in adulthood. This already proves a wide range of research. The pathologies range from gastrointestinal, cardiovascular and dermatological diseases to eating disorders, aggressive behavior against oneself, drug use or sexual risk behavior.

The aim of the present study is to investigate the experience of emotional abuse in childhood and its effects on depression as well as increased anxiety in adulthood. As new was the addition of the factor resilience as an ability to emerge unscathed or even strengthened from adverse circumstances. This was used as a mediator between the burden of childhood and psychopathology in adulthood.

772 subjects were examined with the help of a questionnaire battery, which consisted of eight different test procedures. Included here were Derogatis' Brief Symptom Inventory (BSI-18), the KERF scale an instrument for measuring stressful childhood experiences, the Connor Davidson Resilience Scale - 10 (Connor & Davidson, 2003), as well as personal questions and questions about illnesses (derived from the German Pain Questionaire; Casser et al., Deutsche Schmerzgesellschaft, 2015).
The results showed that emotional abuse has an increasing effect on the clinical picture of depression as well as on increased feeling of anxiety in adulthood. In addition, there was a significant effect of mediator resilience on the relationship described. According to that, in the case of subjects rated as resilient with an emotionally charged background, a reduction of the symptoms in adulthood was observed, considering the mediator resilience. This leads to the conclusion that resilience can be seen as an important predictor in dealing with emotionally charged experiences and their consequences. Which is why it seems more essential to pay attention to the resilience-promoting education of children and their positive impact on the later life cycle.

Key words: emotional abuse, stressful childhood experiences, adult psychopathologies, depression, increased anxiety, resilience, mediation

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 9

Tabellenverzeichnis 10

1 Einleitung 11

1. 1. Vorstellung des Forschungsgebiets 11

1. 2. Forschungsbeitrag der vorliegenden Arbeit 12

2 Definition der Schlüsselkonzepte und bisherige Forschung 14

2. 1. Emotionale Gewalterfahrungen in der Kindheit 14

2. 2. Depression-eine Abhandlung 22

2. 3. Angst-gesteigert und generalisiert 25

2. 4. Resilienz – Forschung und Definition 28

2. 4. 1. Salutogenese, Kohärenz und Resilienz 29

2. 4. 2. Die vier Wellen der Resilienzforschung 31

2. 4. 3. Resilienz-eine Definition 32

2. 4. 4. Kauai Studie, Mannheimer Risikostudie und Bielefelder Invulnerabilitätsstudie 33

2. 4. 5. Resilienz und Bindung 36

3 Darstellung aktueller theoretischer Grundlagen als Fundament für eigene Forschungsfragen 38

3. 1 Über die Wirkungsweise von traumatischen Kindheitserfahrungen auf Psychopathologien im Erwachsenenalter allgemein, sowie im Speziellen auf Depressionen und Angsterkrankungen 38

3. 1. 1. Auswirkungen des Alters auf die Folgen von Traumatisierungen 42

3. 2. Das vier Komponenten Modell von McLaughlin und Lambert 43

3. 2. 1. Informationsverarbeitungsbias 43

3. 2. 2. Atypisches emotionales Lernen 44

3. 2. 3. Gesteigerte emotionale Reaktivität 45

3. 2. 4. Störung emotionaler Regulation 46

3. 3. Die Auswirkung von emotionalem Missbrauch in der Kindheit allgemein sowie auf Depressivität und Angsterkrankungen im Erwachsenenalter 48

3. 4. Resilienz als Mediator zwischen Kindheitstraumata und späteren Psychopathologien 50

3. 5. Darstellung der Forschungsfragen und Hypothesen 54

4 Methodik 56

4. 1. Partizipant*innen und Stichprobenakquise (N=772) 56

4. 2. Ablauf der Stichprobenakquise 57

4. 3. Vorstellung der für die aktuelle Studie relevanter Testverfahren 57

4. 3. 1. Fragen zur Person 57

4. 3. 2. Fragen zu Erkrankungen 58

4. 3. 3. Brief Symptom Inventory (BSI-18) ... 58
4. 3. 4. Belastende Kindheitserfahrungen (KERF) ... 60
4. 3. 5. Connor Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10) ... 62
4. 4. Studiendesign ... 63
4. 5. Datenanalyse ... 64
5 Ergebnisse ... 67
5. 1 Beschreibung der Stichprobe ... 67
5. 2. Reliabilitätsprüfung der verwendeten Skalen ... 71
5. 3. Prozentuale Verteilung der vier Gewaltformen innerhalb der untersuchten Stichprobe ... 72
5. 4. Interkorrelation der verwendeten Skalen ... 72
5. 5. Hypothesentestung mit Hilfe von Mediationsanalysen ... 75
5. 5. 1. Zusammenhang von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Depressionen im Erwachsenenalter ... 75
5. 5. 1. 1. Hypothese 1: Mediationstestung verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression ... 75
5. 5. 1. 2. Hypothese 1: Mediationstestung nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression ... 76
5. 5. 1. 3. Hypothese 1: Mediationstestung emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression ... 78
5. 5. 1. 4. Hypothese 1: Mediationstestung emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Depression ... 79
5. 5. 2. Zusammenhang von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Ängstlichkeit im Erwachsenenalter ... 80
5. 5. 2. 1. Hypothese 2: Mediationstestung verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit ... 81
5. 5. 2. 2. Hypothese 2: Mediationstestung nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit ... 82
5. 5. 2. 3. Hypothese 2: Mediationstestung emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Ängstlichkeit ... 83
5. 5. 2. 4. Hypothese 2: Mediationstestung emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Ängstlichkeit ... 85
5. 6. Kurze Zusammenfassung ... 86
6 Diskussion und Fazit ... 87
6. 1. Diskussion und Interpretation eigener Ergebnisse, sowie theoretische Implikationen und Vergleiche mit bisheriger Forschung ... 87
6. 2. Auseinandersetzung mit den Skaleninterkorrelationen des KERFs ... 94
6. 3. Analyse der vollständigen Mediationen ... 95
6. 4. Praktische Implikationen: Schlussfolgerungen und Konsequenzen der eigenen Arbeit ... 96
6. 5. Limitationen und weitere Forschung ... 99

6. 6. Konklusion 101
Literaturverzeichnis 103
Eidesstattliche Erklärung 117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Prozentuale Verteilung der Proband*innen nach jeweiliger Erhebungsstation; N=772 56

Abbildung 2 Prozentuale Verteilung der Proband*innen nach jeweiliger Erhebungsstation, nach Eliminierung unvollständiger Daten; N=491. 65

Abbildung 3 Darstellung einer klassischen Mediation. 66

Abbildung 4 Mediation verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression; 76

Abbildung 5 Mediation nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression; ... 77

Abbildung 6 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression; 79

Abbildung 7 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression; 80

Abbildung 8 Mediation verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit; 82

Abbildung 9 Mediation nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit; 83

Abbildung 10 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Ängstlichkeit; 84

Abbildung 11 Mediation Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Ängstlichkeit; 86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Relevante Skalen des BSI-18 59
Tabelle 2 Relevante Skalen des KERF 61
Tabelle 3 Altersverteilung der Stichprobe, stratifiziert nach Geschlecht 67
Tabelle 4 Zusammensetzung der Stichprobe, stratifiziert nach Geschlecht 70
Tabelle 5 Reliabilitäten der verwendeten Skalen 71
Tabelle 6 Prävalenz der vier relevanten Gewaltformen 72
Tabelle 7 Interkorrelationsmatrix der verwendeten Skalen 74
Tabelle 8 Mediationsanalyse: PVA → Resilienz → Depression 76
Tabelle 9 Mediationsanalyse: PNVEA→ Resilienz→ Depression 77
Tabelle 10 Mediationsanalyse: EN → Resilienz→ Depression 78
Tabelle 11 Mediationsanalyse: PEERE → Resilienz → Depression 80
Tabelle 12 Mediationsanalyse: PVA → Resilienz → Ängstlichkeit 81
Tabelle 13 Mediationsanalyse: PNVEA → Resilienz → Ängstlichkeit 83
Tabelle 14 Mediationsanalyse: EN → Resilienz → Ängstlichkeit 84
Tabelle 15 Mediationsanalyse PEERE → Resilienz → Ängstlichkeit 85

1 Einleitung

In the depths of winter, I found there was, within me, an invincible summer…No matter how hard the world pushes against me, within me there´s something stronger – something better, pushing right back.

(Albert Camus, in Thody, 1970, S. 169)

1. 1. Vorstellung des Forschungsgebiets

Gemeinhin gilt das Zuhause, das Elternhaus als sicherer Hafen, als Ort, an den sich Kinder zurückziehen können, um Schutz und Geborgenheit zu finden. Dass dieses geschützte und vertraute Heim nicht jedem Heranwachsenden zu Teil wird, wird häufig aufgrund der stark negativen Konnotation beiseitegeschoben. Begrifflichkeiten wie Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung werden nach wie vor regelmäßig unter der Aussage “das macht doch niemand“ aus Alltagsgesprächen verdrängt. Noch weniger Beachtung findet in diesem Kontext neben der physischen und sexuellen Misshandlung, der emotionale Missbrauch, obwohl jener einer der häufigsten Missbrauchsformen darstellt (Plener et al., 2017). Der emotionale Missbrauch ist gekennzeichnet durch ein elterliches Verhalten, welches geprägt ist von Ignoranz, wiederkehrender Kritik, einer ablehnenden und entwertenden Grundhaltung, Zurückweisung, Geringschätzung und Missachtung. Die Identität des Kindes wird dadurch schlichtweg untergraben. Jedoch soll die scharfe Kontrolle über das beschämte Kind in Form von kritischem und abwertendem Verhalten stets als Versuch verkauft werden, des Kindes Wohlbefinden zu sichern (Finzi-Dottan & Karun, 2006). Verletzungen auf physischer oder sexueller Ebene gehören hierbei nicht dazu, treten jedoch häufig komorbid zum emotionalen Missbrauch auf.

Derartige Erfahrungen hinterlassen bei den meisten Kindern tiefe Spuren, welche jedoch manchmal erst im Erwachsenenalter sicht- und spürbar werden. Hierbei können die Folgen auf physischer oder psychischer Ebene auftreten. Die für diese

Arbeit interessanten Krankheitsbilder Depressivität sowie generalisierte Ängstlichkeit sind davon ebenfalls betroffen. Der Studie von Huh et al. (2017) kann entnommen werden, dass sich die Wahrscheinlichkeit als Erwachsener an Depressionen zu erkranken um das 2.1 fache erhöht, wenn ein in der Kindheit stattgefundener emotionaler Missbrauch vorliegt. Ähnliches gilt für zweitgenannte Symptomatik: die Wahrscheinlichkeit steigt hierbei um das 3.2 fache an. Auch Hovens et al. (2015) betiteln emotionale Gewalterfahrungen als den stärksten Prädiktor für spätere Depressionen und damit komorbide Erkrankungen. Derartige Ergebnisse erklären die Brisanz und Aktualität dieser Thematik innerhalb der Forschung. Vor allem mit dem Hintergrund, dass emotionale Gewalt in Kombination mit physischem Missbrauch für 10.8% der weltweiten Depressionen und 12% der Angsterkrankungen verantwortlich ist (Li, D'arcy & Meng, 2016) und hierbei die Frage nach genauen Wirkmechanismen sowie Schutzfaktoren aufkommt.

1. 2. Forschungsbeitrag der vorliegenden Arbeit

Körperliche Langzeitfolgen von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit können bei Erwachsenen zu einer Verkleinerung des Hippocampusvolumens führen, was unter anderem in Verbindung steht mit einer Störung des deklarativen Gedächtnisses (Schmahl et al., 2014). Also der Möglichkeit explizites Wissen verbalisieren zu können. Dies kann entgegen der Befunde bei Erwachsenen bei Kindern nicht bestätigt werden, hier war der Bereich des Hippocampus vergrößert (Lorenz, 2013).

Zudem zeigten sich Folgen in gastrointestinalen, kardiovaskulären und dermatologischen Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes als auch sexuellem Risikoverhalten und Drogenkonsum (Normen et al., 2012). Fellitti et al. (1998) gehen sogar noch einen Schritt weiter: nach einer stark belasteten Kindheit steigt das Risiko vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben, um das 2,4-fache an. Hierbei leiden die betroffenen Personen jedoch nicht nur unter einem, sondern unter mehreren Arten traumatisierender Faktoren.

Zusätzlich zur bereits genannten Depressivität und Angsterkrankung zählen zu psychischen Folgeerkrankungen beispielsweise Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuche (Normen et al., 2012). Dies stellt kein neues, sondern bereits vielfach untersuchtes Thema dar. Nachholbedarf gibt es jedoch, um auch auf

das eingangs erwähnte Zitat von Albert Camus einzugehen, bei der Frage wie sich Depressivität und Angsterkrankungen als Folge belastender Kindheitserfahrungen unter Hinzunahme innerer Widerstandskräfte verändern. Genauer gesagt unter Hinzunahme des Faktors Resilienz, als Fähigkeit mit widrigen Umständen umgehen zu können und aus diesen unbeschadet und eventuell sogar gestärkt hervor zu gehen (McGloin, 2001). Jener soll hierbei die Rolle eines Mediators einnehmen. Man geht demnach davon aus, dass es Wirkfaktoren gibt, welche sich auf den zuvor beschriebenen prognostizierten Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und psychischen Langzeitfolgen, verstärkend oder minimierend auswirken. Mögliche Erklärungsansätze liegen hierbei in Aspekten wie Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation und einem gesunden Selbstbewusstsein begründet. Eine detaillierte Auseinandersetzung hierzu soll im nachfolgenden Theorieteil stattfinden.

Neuwertigkeit stellt zudem die Verwendung der deutschsprachigen Version des Fragebogens KERF als Instrument zur Erfassung belastender Kindheitserfahrungen dar.

Für den Zweck dieser Untersuchung wurden 772 Proband*innen rekrutiert. Dies erfolgte in unterschiedlichen Ambulanzen der umliegenden Kliniken, wobei die teilnehmenden Personen die ausgehändigten Fragebögen während ihrer Wartezeit ausfüllten. Anschließend folgte die statistische Auswertung des Datenmaterials, welche die Mediationsprüfung inkludierte.

Folgende Kapitel schließen sich an: zuerst soll ein ausführlicher Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben werden. Anschließend folgt die Beschreibung der verwendeten Instrumente, des methodischen Vorgehens, der Darstellung der Ergebnisse und deren Interpretation, sowie die Diskussion der Resultate in Gegenüberstellung zur aktuellen Forschungslage und zur Ausgangsfragestellung.

2 Definition der Schlüsselkonzepte und bisherige Forschung

2. 1. Emotionale Gewalterfahrungen in der Kindheit

Emotionaler Missbrauch in der Kindheit stellt die am schwierigsten zu definierende Gewaltform dar, besteht doch meist eine emotionale Komponente bei allen Formen von verübter Gewalt und zieht doch jede Gewalterfahrung eine emotionale Belastung nach sich, was bereits einige Forscher bestätigten (Tailieu et al., 2016, Chamberland et al., 2011; Chamberland et al., 2012; Gib et al., 2007; Kuo et al., 2011; Rosenkranz et al., 2012 & Vachon et al., 2015). Aus diesem Grund sollte für die Definition von emotionalem Missbrauch eine andauernde und sehr starke Vernachlässigung kindlicher emotionaler Bedürfnisse vorliegen (Horlich et al., 2014). Emotionaler Missbrauch in der Kindheit ist dabei ein noch nicht genügend untersuchtes Forschungsfeld vor allem in Bezug auf mentale Langzeitfolgen im Vergleich mit den offensichtlicheren Formen, wie sexuelle oder physische Gewalt (Ackner et al., 2013; Taillieu et al., 2016). Die zwei zuletzt genannten Formen sind ebenfalls einfacher zu definieren und somit einfacher entdeckbar. Allerdings weisen diese drei genannten Formen der Gewalt, sowie emotionale und physische Vernachlässigung Interkorrelationen auf (Dong et al., 2004), was die Definition der emotionalen Gewalt noch schwieriger macht (Ackner et al., 2013). Nichtdestotrotz konnte anhand statistischer Methoden ein direkter Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch sowie Vernachlässigung und Psychopathologien im Erwachsenenalter gefunden werden, was deren von anderen Gewaltformen unabhängigen, negativen Einfluss auf die mentale Gesundheit bestätigt (Spertus et al., 2003). Emotionaler Missbrauch wurde bisher im Vergleich zum sexuellen oder physischen Missbrauch nicht so tiefgründig untersucht, scheint allerdings in manchen Untersuchungen stärkere Zusammenhänge zu späterer Depression oder Angsterkrankungen aufzuweisen, was für die hiesige Arbeit von Relevanz ist (Infurna, Reichl, Parzer, Schimmenti, Bifulco und Kaess, 2016; Norman, Byambaa, Butchart, Scott & Vos, 2012).

1987 beschrieben Garbarino und Kollegen emotionalen Missbrauch als „soul murder“, in dem sich die Eltern dem Kind gegenüber kritisch äußern, es zurückweisen, abwerten, missachten und ignorieren, was die Individualität des Kindes untergräbt.

Dieses Verhalten wird von den Eltern jedoch als fürsorglich und behütend nach außen getragen.

Generell zählen zu emotionalem Missbrauch das Fehlen von Geborgenheit, Wertschätzung, uneingeschränkter Akzeptanz, liebevoller Aufmerksamkeit oder einer konstanten Bezugsperson und altersgemäßer Möglichkeit zur Erkundung der Umgebung, sowie das Miterleben häuslicher Gewalt (Horlich et al., 2014). Eltern verhalten sich hierbei wie eingangs bereits kurz dargestellt ignorant gegenüber ihrem Nachwuchs und üben regelmäßig Kritik an ihrem Kind aus, welches sie im Grunde ablehnen, zurückweisen beschämen und missachten (Finzi-Dottan & Karun, 2006). Emotionaler Missbrauch ist zudem neben sexuellem und physischem Missbrauch, emotionaler oder physischer Vernachlässigung und bezeugter Gewalt an der Mutter eine der sechs Kategorien des Missbrauchs in der Kindheit nach Adverse Childhood Experiences Index (ACE; Dube et al., 2003).

Des Weiteren folgte die Kategorisierung nach Glaser (2002), welche die Erfüllung von elementaren psycho-sozialen Bedürfnissen, sowie dem Entwicklungsstand unangemessenes Verhalten seitens der Eltern enthält.

In einer der neueren Arbeiten beschreibt Glaser (2011) emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung als anhaltende, nicht-physische, gesundheitsschädliche Interaktionen seitens der Erwachsenen dem Kind gegenüber und unterteilt diese in fünf Kategorien, welche die Vernachlässigung von bestimmten psycho-sozialen Rechten und Bedürfnissen der Kinder repräsentieren:

- Emotionale nicht-Verfügbarkeit, Nichtansprechbarkeit und Unsensibilität;

- Interaktionen sind durch Feindseligkeit, Vorwürfe, negative Attributionen, falsche Zuschreibungen und Zurückweisung geprägt. Durch dieses Verhalten werden die elementaren Rechte des Kindes – geliebt und geschätzt zu werden –vernachlässigt;

- Dem Entwicklungsstand unangebrachte und inkonsistente Interaktionen oder Anforderungen, Überforderungen, Unterforderungen, Überbehütungen, Aussetzung zu traumatischen Ereignissen

- Mangelnde Anerkennung der Persönlichkeit und Individualität des Kindes und psychologischer Grenzen zwischen dem Kind und dem Elternteil. Das Kind wird zu der

Erfüllung von Bedürfnissen der Betreuungsperson benutzt. In dieser Kategorie wird die Anerkennung der Individualität des Kindes und deren eigenen Gefühle verletzt.

- Fehlende Förderung sozialer Kontakte oder kognitive Stimulation sowie Lernmöglichkeiten

Die Begriffe Vernachlässigung und Missbrauch werden in oben beschriebenem Kontext meist folgendermaßen differenziert: Unter Vernachlässigung wird hierbei das nicht Nachkommen kindlicher Bedürfnisse nach körperlicher, emotionaler oder pädagogischer Beziehungsaufnahmen verstanden. Missbrauch versteht sich hier eher als Handlung oder verbale Äußerung, durch welche die Bezugsperson Gefahr läuft dem Kind Schaden zuzufügen. Hierbei kann Misshandlung in unterschiedliche Schweregrade oder Häufigkeiten unterteilt werden (Häuser et al., 2011).

Horlich et al. (2014) bieten eine Unterteilung in fünf Schweregrade an:

Schweregrad 1: Das Kind wird mit seinen Sorgen ignoriert, verängstigt, erniedrigt, eingeschüchtert und beschimpft. Zudem muss es unangemessen viel Verantwortung für kleinere Geschwister übernehmen oder ihm werden wichtige Bezugspersonen vorenthalten oder schlecht geredet.

Schweregrad 2: Dem Kind wird keine Möglichkeit für soziale Kontakte und Spielkameraden geboten, stattdessen muss es den Erwachsenen Gesellschaft leisten und sich aufgrund umgekehrter Rollen um diese kümmern. Des Weiteren wird seinem Bedürfnis nach Zuneigung nicht nachgegangen oder es muss lautstarke aber körperlich nicht gewalttätige Streits zwischen den Bezugspersonen miterleben.

Schweregrad 3: Bezugspersonen schreien das Kind regelmäßig an, drohen im ernsthaft und überzeugend Schaden an oder geben ihm die Schuld an familiären Problemen. Außerdem kommt es zum beaufsichtigten Fesseln von Händen und Füßen für 2-5 Stunden oder dem Miterleben von extremer Gewalt gegenüber anderen Familienmitgliedern.

Schweregrad 4: Wichtige Bezugspersonen drohen im Zusammensein mit dem Kind mit Selbstmord oder ihm wird vorgeworfen für den Tod oder Suizid eines Angehörigen verantwortlich zu sein. Zudem muss das Kind extreme häusliche Gewalt miterleben, bei welcher Personen ernsthaft verletzt werden und ärztlich versorgt werden müssen.

Auch das Einsperren für 5-8 Stunden und die starke körperliche Einengung für ungefähr 2 Stunden aufgrund von unangemessenen Licht-, Luft-, Temperatur- oder Platzbedingungen, wie es in einer Kiste der Fall wäre, zählen zu diesem Schweregrad.

Schweregrad 5: Das Kind muss den Selbstmordversuch einer Bezugsperson miterleben mit der Botschaft, ein Leben mit dem Kind sei nicht mehr möglich. Und dem Kind selbst wird angedroht, es umzubringen. Oder es wird versucht. Zudem wird das Kind mit sehr einschränkenden Hilfsmitteln über 2 Stunden gefesselt oder länger als 8 Stunden in enge Räume gesperrt. Das Kind wird zum Beispiel für zwei Tage mit einem Hundehalsband in der Wohnung angekettet. Zudem verlässt die Bezugsperson das Kind für mehr als 24 Stunden, ohne vorher mitzuteilen wohin sie geht oder wie lange.

Im Gegensatz zu den Schweregraden 3-5, beschreibt Herrmann (2005) die emotionale Vernachlässigung oder Misshandlung als Missbrauchsform der Unterlassung, welche dem aktiven Schädigen gegenübersteht. Vielmehr werden aufgrund fehlenden Wissens oder (Einsichts)Fähigkeiten grundlegende Bedürfnisse von Kindern nicht erfüllt oder das Eingehen von Gefahren in Kauf genommen. Ergänzt wird dies jedoch um die willentliche und aktive Verweigerung von Essen, Bildung, Förderung und (körperlicher) Pflege.

Angesichts der Dramatik, welche mit emotionaler Misshandlung verbunden ist, stellt sich die Frage nach der Prävalenz. Häuser et al. (2011) führten hierzu eine Querschnittsstudie mit einer 2.504 Teilnehmer*innen fassende Stichprobengröße durch. Jene stellte eine für Deutschland repräsentative Studie dar. Hierbei gaben 15% der Gesamtstichprobe an, emotionalen Missbrauch erfahren zu haben, sowie 49,5% emotionale Vernachlässigung. 1,6% der Proband*innen berichten über schwere emotionale Misshandlung. Und 6,6% erfuhren schwere emotionale Vernachlässigung in ihrer Kindheit oder Jugend. Es kann jedoch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Dem gegenüber stehen bei Häuser et al. (2011) 12% körperlicher, 2,8% schwerer körperlicher, 12,6% sexueller Missbrauch und 1,9% schwerer sexueller Missbrauch. Sowie 48,4% körperliche Vernachlässigung und 10,8% schwere körperliche Vernachlässigung als Kind oder Jugendlicher.

Kindler (2006, S.4) ergänzt die Thematik um den Begriff der psychischen Misshandlung, welche er in Anlehnung an Garbarino et al. (1986) in folgende fünf Formen einteilt:

-„feindselige Ablehnung z.B. ständiges Herabsetzen, Beschämen, Kritisieren oder Demütigen eines Kindes);

– Ausnutzen und Korrumpieren (z.B. Kind wird zu einem selbstzerstörerischen oder strafbaren Verhalten angehalten oder gezwungen bzw. ein solches Verhalten des Kindes wird widerstandslos zugelassen);

– Terrorisieren (z.B. Kind wird durch ständige Drohung in einem Zustand der Angst gehalten);

– Isolieren (z.B. Kind wird in ausgeprägter Form von altersentsprechenden sozialen Kontakten fern gehalten);

– Verweigerung emotionaler Responsivität (z.B. Signale des Kindes und seine Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung werden anhaltend und in ausgeprägter Form übersehen und nicht beantwortet).“

Dies deckt sich zu Teilen mit der von Kairys et al. (2002) und dem Komitee für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung erstellten Zusammenfassung der einzelnen Kriterien, welche bei einer emotionalen Misshandlung oder Vernachlässigung vorliegen müssen. Jene werden in nachfolgender Liste dargestellt:

1. Verachtung (herabsetzen, verschmähen, degradieren, verhöhnen, das Kind ständiger Kritik aussetzen oder es öffentlich beschämen)

2. Einschüchterung (lebensbedrohliche Handlungen verüben; Verhalten, welches beim Kind zu Unsicherheit führt; unrealistische Erwartungen setzen und bei Nichterfüllung mit Verlusten, Schaden oder Gefahr drohen; Gewalt androhen gegenüber dem Kind oder dessen geliebten Bezugspersonen)

3. das Kind in der Ausbildung von unangebrachtem Verhalten fördern (erlauben oder modellieren von antisozialem und unangemessenen Handeln; ermutigen oder zwingen zur Ausbildung einer mangelhaften Selbstständigkeit; einschränken oder behindern der kognitiven Entwicklung)

4. Reduktion emotionaler Ansprechbarkeit (Ignoranz gegenüber dem Kind oder das Nichtzeigen von Zuneigung, Fürsorge und Liebe seitens der Eltern und Bezugspersonen)

5. Verstoßung (Vermeiden und Zurückweisen des Kindes)

6. Isolieren (einengend, unbegründetes Limitieren von Bewegung oder sozialen Kontakten)

7. Unzuverlässiges und unbeständiges oder inkonsequentes und ambivalentes Erziehungsverhalten

8. das Vernachlässigen von mentaler Gesundheit, sowie medizinischer aber auch erzieherischer Hilfe (gezieltes und aktives Nichtgewähren von medizinischen, psychologischen oder pädagogischen Angeboten bei entsprechenden Problemen)

9. das Miterleben von häuslicher Gewalt zwischen den Eltern

(Vgl. Kairys et al., 2002)

Es wird deutlich, dass es keine allgemeingültige Definition von emotionalem Missbrauch gibt und dieser Begriff zwar stets in ähnlicher, jedoch meist spezifischer Form Verwendung findet. Weit verbreitet ist jedoch die von der American Professional Society of the Abuse of Children (1995, S. 2) erstellte Definition. Diese beschreibt emotionalen Missbrauch als wiederkehrendes Muster oder Verhaltensweise der Bezugsperson gegenüber dem Kind, welches dem Heranwachsenden vermittelt er sei ungewollt, nicht liebenswürdig, voller Fehler oder welches ihn in Gefahr bringt und vermittelt er sei nur zur Befriedigung der Bedürfnisse Anderer da.

Die vorliegende Arbeit unternimmt in Anlehnung an den verwendeten KERF Fragebogen, welche im anschließenden Methodenteil ausführlich beschrieben wird, eine Einteilung des emotionalen Missbrauchs in folgende vier Subskalen. Dies erschien sinnvoll im behandelten Kontext und wird so auch von den Autor*innen der KERF verwendet:

1. Verbale Gewalt durch Eltern (parental verbal abuse; PVA)
2. Nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (parental nonv. Emotional abuse; PNVEA)
3. Emotionale Vernachlässigung (emotional neglect; EN)
4. Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige (peer emotional violance; PEERE)

1. Verbale Gewalt durch Eltern (parental verbal abuse; PVA):

Ein durch verbale Gewalt gekennzeichnetes Elternhaus zeichnet sich aus durch eine Atmosphäre, welche von regelmäßigen negativen Äußerungen geprägt ist. Die Eltern setzen das Kind verbal herab, tun ihm seine Missachtung kund, beschimpfen oder verfluchen es, schreien ihr Kind an oder bedrohen es mit Äußerungen es im Stich und allein zu lassen (Isele et al., 2014). Solcherlei Äußerungen verletzen den Heranwachsenden nachhaltig auf seelischer sowie körperlicher Ebene. Post et al. (2015) fanden heraus, dass das Erfahren von verbaler Gewalt in der Kindheit, ähnlich zu dem von physischem oder sexuellen Missbrauch, in Verbindung steht zu einem früheren Beginn bipolarer Störungen. Zudem scheint es einen negativen Einfluss zu nehmen auf das Vorhandensein von Ängstlichkeit, Substanzmissbrauch oder den Schweregrad und die Häufigkeit von Manie oder Depressionen.

2. Nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (parental nonv. emotional abuse; PNVEA):

Nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern kennzeichnet sich innerhalb des KERFs durch ein Verhalten elterlicherseits aus, welches dem Kind auf emotionaler Ebene Angst einflößt oder es überfordert. Kinder sollen demnach zu früh Verantwortung eines Erwachsenen übernehmen oder werden andererseits in wichtige sie betreffende Angelegenheiten nicht einbezogen und können wichtige Bezugspersonen kaum oder nur schwer zufrieden stellen. Des Weiteren zählen indirekte Gewalterfahrungen wie das eingesperrt werden in dunkle Räume oder die Angst körperlich verletzt zu werden zu jener Gewaltform (Isele et al., 2014). Nach Mullen et al. (1996) führt nonverbale emotionale Gewalt zu einem verringerten Selbstwertgefühl und steht ähnlich wie der sexuelle oder physische Missbrauch in Korrelation zu einer gesteigerten Anfälligkeit für Psychopathologien, sexuelle Störungen, sowie interpersonelle Probleme.

3. Emotionale Vernachlässigung (emotional neglect; EN)

Zeichen eines emotional vernachlässigenden Erziehungsstils, auch Deprivation genannt, sind vor allem die emotionale Unerreichbarkeit oder abgewandte Haltung einer oder mehrerer wichtiger Bezugspersonen. Das betroffene Kind erlebt eine Mutter

oder einen Vater welche aufgrund vermeintlich wichtigerer Dinge emotional nicht verfügbar ist. Zwar leben sie mit dem Kind im selben Haushalt, scheinen jedoch aus Gründen wie zu viel Arbeit, Drogenkonsum, dem Pflegen kranker Verwandter, einer Affäre oder dem egoistischen Verfolgen eigener Ziele nicht anwesend zu sein und stehen ihrem Kind bei Bedarf nicht zur Verfügung (Isele et al., 2014). Solcherlei Verhaltensmuster erschweren bei den Heranwachsenden das Entstehen von Gefühlen wie geliebt zu werden, getragen zu sein oder sich besonders zu fühlen. Sie erleben zudem kaum Nähe zwischen den Familienmitgliedern oder können darauf vertrauen, dass auf sie Acht gegeben wird und sie seitens der Bezugspersonen Unterstützung erhalten (Isele et al. 2014). Hermann (2005) zählt des Weiteren die Nichtförderung oder Anregung eines Kindes, sowie unzureichende Pflege oder ein häufiger Wechsel von Bezugspersonen im Kontext von Deprivation auf.

4. Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige (peer emotional violance; PEERE)

Nicht nur im elterlichen Haushalt kann es zu emotionaler Gewalt kommen, auch zwischen Gleichaltrigen lässt sich jene finden. Hier ist diese Verhaltensform gekennzeichnet durch das Beschimpfen oder Beleidigen der betroffenen Person und das Ausschließen von jenem von Gruppenaktivitäten oder Gemeinschaftlichkeit. Außerdem treten Beschämung, Demütigung und das aktive Streuen von Gerüchten auf. Häufig leiden jene Menschen zudem unter der Angst körperlich verletzt zu werden (Isele et al., 2014).

Khan et al. (2015) kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass sich emotionale Gewalt unter Gleichaltrigen vor allem auf Mädchen im Alter von 14 Jahren prägend auf die spätere Entwicklung einer Depression auswirkt. Zudem schien emotionale Gewalt unter Jugendlichen ein wichtiger Prädiktor für Suizidgedanken zu sein.

Zusätzlich zur genannten KERF entstanden weitere verschiedene Erhebungsverfahren, welche die einzelnen Formen des Missbrauchs unterschiedlich spezifisch erheben. Die gängigsten Testverfahren für die Erfassung traumatischer Erlebnisse in der Kindheit sind Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al., 2010), Early Trauma Inventory (ETI; Bremner et al.; Tagay et al., 2004) und Adverse Childhood Experiences Index (ACE; Wingenfeld et al., 2011). CTQ erfasst

jeweils mit fünf Items emotionalen, physischen und sexuellen Missbrauch sowie emotionale und physische Vernachlässigung (Wingenfeld et al., 2010). Dieses Verfahren erweist gute psychometrische Eigenschaften. ACE ist ein ziemlich kurzes und klar aufgebautes Verfahren das frühe Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und Vernachlässigung) sowie weitere belastende Erfahrungen wie Trennung, häusliche Gewalt, Suchtprobleme oder psychische Erkrankung in der Familie und Gefängnisaufenthalt eines Familienmitgliede erfasst. Dieses Verfahren besteht aus 56 Items und eignet sich eher zum schnellen Screening und lässt keine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Formen von emotionalem Missbrauch oder Vernachlässigung zu. Es erfasst die einzelnen traumatischen Erfahrungen mit einer großen Komplexität, denn es werden jeweils die Häufigkeit, das Einsetzen und Ende, der Täter sowie die Folgen des Traumas erhoben. Somit eignet sich dieses Instrument für klinische sowie Forschungszwecken (Bremner, Vermetten & Mazure, 2000).

2. 2. Depression-eine Abhandlung

Leidet ein Mensch unter Depressionen, so ist sein Gemütszustand gekennzeichnet von extremer Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und starker Antriebsschwäche. Dieser Zustand kann sich auf diverse Bereiche ausbreiten und führt bei betroffenen Personen zu einem Gefühl von innerer Leere, Hoffnungslosigkeit, Schwermut, Pessimismus oder der Frage nach dem Sinn ihres Daseins (Vgl. Payk, 2010). Generell ist seine Verfassung gekennzeichnet von Freud- und Lustlosigkeit oder dem Gefühl keine Gefühle empfinden zu können, was zu Verzweiflung oder Angst führen kann (Vgl. Scharfetter, 1991).

Bei Sollberger et al. (2015) findet dieser Gemütszustand unter dem Begriff der „dynamischen Restriktion“ seine Erklärung. Hierbei wird beschrieben, wie sich durch die Phänomene der Traurigkeit, Antriebslosigkeit und des Schwermuts, die Umgebung zu einer bedeutungslosen, tristen und farblosen Umwelt verändert und der betroffene Mensch in seiner eigenen Welt eingeengt oder eingesperrt ist. Dies geht oftmals mit einem reduzierten Serotonin- und Noradrenalinpegel einher.

Neben der mentalen Ebene kann sich Depressivität zudem auf den psychomotorischen Bereich auswirken und sich hier entweder in Form von reduziertem Antrieb bis hin zum Stupor zeigen, oder als nervöses Hin- und Herlaufen, allgemeiner Unruhe oder ständigem Nesteln. Außerdem kann häufig zusätzlich das Betroffensein von körperlicher und vitaler Ebene beobachtet werden. Dies äußert sich in diffusen Schmerzen in Kopf, Bauch oder Gliedmaßen, einem Kloßgefühl im Hals, sowie niedrigem Blutdruck, der Abnahme von Libido und einer Zunahme von Müdigkeit (Vgl. Payk, 2010).

Laut der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 2000, S.139) werden folgende weitere Symptome einer depressiven Episode aufgeführt:

„1.Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)

4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen

6. Schlafstörungen

7. verminderter Appetit“

Diese Episoden werden nach Dilling et al. (2000) in leichte depressive (F32.0) und mittelgradige (F32.1) Episoden, sowie in schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (F32.2) und schwere Episoden mit psychotischen Symptomen (F32.3) klassifiziert.

Leichte depressive Episode (F32.0): typische Symptome sind der eingangs erwähnte Interessens- oder Freudenverlust sowie vermehrte Müdigkeit. Für die Diagnose müssen mindestens zwei dieser Symptome und zwei der sieben oben genannten Merkmale dieser Kategorie seit ungefähr 14 Tagen vorhanden sein. Es findet eine Einschränkung in der Umsetzung von beruflichen und sozialen Aktivitäten statt, den Alltagspflichten kann aber mehr oder weniger uneingeschränkt nachgegangen werden.

Mittelgradige depressive Episode (F32.1): um diese Kategorie diagnostizieren zu können, müssen mindestens zwei der drei für die leichte Episode genannten Merkmale vorhanden sein, sowie drei oder eher vier der anderen sieben Symptome. Hierbei sollte der Schweregrad der Symptome besonders ausgeprägt sein oder sie liegen in einem sehr weiten Spektrum vor. Auch hier gilt die Dauer von zwei Wochen als zeitliche Orientierung. Beruflichen, sozialen und alltäglichen Aktivitäten können nur noch mit erheblichen Schwierigkeiten nachgegangen werden.

Die Beurteilung ob die jeweilige Person noch die Fähigkeit besitzt ihren bisherigen Tätigkeiten nachzugehen, stellt ein wichtiges Kriterium für die Differenzierung der unterschiedlichen Schweregrade der depressiven Episoden dar. Diese Differenzierung basiert auf komplexen klinischen Bewertungen des Erscheinungsbildes nach Schweregrad, Art und Anzahl vorliegender Symptome. Zudem erfolgt diese Einteilung nur bei der ersten depressiven Episode. Folgen weitere, müsse diese einer der Kategorien zur rezidivierenden depressiven Episode (F33) zugeteilt werden.

Weiter beschreiben Dilling et al. (2000) dass ein Mensch, der unter einer der genannten depressiven Episoden leidet, seine niedergeschlagene Stimmung kaum von Tag zu Tag ändert und von aktuellen Lebensumständen wenig beeinflusst wird. Jedoch werden starke individuelle Varianten beobachtet, bei welchen vorübergehend komorbid auftretende Symptome wie motorische Unruhe, Ängstlichkeit oder Gequältsein eher auffallen als die Depressionssymptomatik. „Die Stimmungsänderung kann durch zusätzliche Symptome wie Reizbarkeit, exzessiven Alkoholgenuß, histrionisches Verhalten, Verstärkung früher vorhandener phobischer oder zwanghafter Symptome oder durch hypochondrische Grübeleien verdeckt sein“, ergänzen Dilling et al. (2000, S.140).

Gesteigert werden können die genannten Symptome je nach Schweregrad der depressiven Episode zu Depersonalisation, Derealisation und verzerrter Zeitwahrnehmung bis hin zu Halluzinationen oder Wahn (Vgl. Scharfetter, 1991).

Die Ursachen von Depressivität können divers sein. Zum einen spielen biologische Faktoren wie eine genetische Veranlagung, Stoffwechselerkrankungen, das Geschlecht oder die Ernährung eine Rolle. Auch der Charaktertyp kann sich entscheidend auf das Ausbilden von depressiven Symptomen auswirken. So besteht bei einem zu melancholischen Verhalten neigenden Menschen eher die Tendenz eine depressive Episode zu entwickeln. Des Weiteren können aber auch

soziodemographische Faktoren, wie ein niedriges Bildungsniveau, eine geringe soziale Einbettung oder das Leben als Single ihren begünstigenden Teil zur Entstehung von Depressionen beitragen (Myers, 2008).

Payk (2010, S.208) schildert zudem noch folgende weitere Vorkommens Beispiele eines depressiven Syndroms:

„… - als Trauerreaktion bzw. bei depressiven Anpassungsstörungen

- bei posttraumatischen Belastungsstörungen

- unter dem Einfluss von Drogen bzw. Pharmakogen

- bei monopolarer/bipolarer (endogen-depressiver) affektiver Erkrankung (‘major depression‘)

- begleitend bei Schizophrenie und schizoaffektiver Erkrankung

- als Begleiterscheinung hormoneller Störungen

- bei Hirnabbauerkrankungen (z.B. Demenz).“

Zusätzlich zu den bereits genannten, sollte auch die psychosomatische Ebene nicht unerwähnt bleiben. Nach Bräutigam et al. (1992) liegen einer Depression häufig tiefsitzende Verlusterfahrungen von nahestehenden Menschen zu Grunde. Aber auch Umzüge oder Trennungen können sich begünstigend auswirken. Hierbei scheinen Zukunftspläne und das Verhalten im sozialen Kontakt erschwert, wobei die Gedankenstrukturen eher am Vergangen haften oder sich in manischen Phasen meist nur um zukünftiges teilweise unrealistisches Geschehen drehen, anstatt in der Gegenwart verankert zu sein. Zeitgleich scheinen Betroffene jedoch zu Inkludenz zu neigen und sich in seinen festgelegten Rollen und Strukturen selbst gefangen zu halten.

2. 3. Angst-gesteigert und generalisiert

Um den Klassifikationsbereich der Ängste vollumfänglich darzustellen, würde viel Raum beansprucht werden. Dies ist jedoch nicht Ziel der vorliegenden Arbeit. Hierbei soll sich auf den Begriff der Ängstlichkeit reduziert werden, auf welche nach ICD-10 am ehesten die generalisierte Angststörung (F41.1) zutrifft. Nur so viel sei gesagt:

Angstsymptome können unterteilt werden in Phobische Störungen, welche sich in der Regel auf bestimmte Objekte oder Situationen beziehen und meist mit Panikattacken einhergehen und in unspezifische Ängste, worunter die generalisierte Angststörung zu verordnen ist. Zudem besteht ein Zusammenhang zu Zwangserkrankungen und zu Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen (Dilling et al., 2000).

In weiterer Folge soll jedoch der Zustand von genereller Ängstlichkeit näher beschrieben werden. Hierbei handelt es sich um Symptome, welche bei den Betroffenen zu Angst führt, die nicht zwangsläufig auf spezifische Objekte oder Situationen gerichtet sein muss, sondern generell vorhanden sein kann. Dies äußert sich häufig neben der mentalen Ebene in Form von physischen Veränderungen, wie Zittern, Schwitzen, erhöhter oder verlangsamter Atem- und Herzfrequenz, Anspannung diverser Muskeln, Flucht- oder Erstarrungstendenzen sowie Schwindel und Magendarmbeschwerden (Dilling et al., 2000). Jedoch ist dieser Zustand weniger stark ausgeprägt wie es zum Beispiel bei Panikattacken oder Angststörungen der Fall ist. Vielmehr handelt es sich um eine latent mehr oder weniger ständig vorhandene Angst und einer erhöhten Angstbereitschaft, was einhergeht mit Anspannung, Besorgnis, Schreckhaftigkeit, Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, innere Unruhe und der Erwartung einer realen oder vermeintlichen Bedrohung (Payk, 2010). Menschen mit derartigen Symptomen fühlen sich eingeengt oder in die Enge getrieben, sind beunruhigt, unsicher oder machen sich Sorgen um die eigene Gesundheit oder die nahestehender Personen oder leiden unter negativen Vorahnungen (Scharfetter, 1991). Frauen erkranken häufiger als Männer, vor allem im Zustand langanhaltender Belastungen. Wobei der Krankheitsverlauf individuelle Unterschiede aufweist, jedoch meist zur Chronifizierung neigt (Dilling et al.2000).

Die betroffene Person ist häufig hilflos ihren ängstlichen Phantasien und den darauffolgenden vegetativen und hormonellen Reaktionen ausgesetzt. In diesem Zustand ist sie wenig zugänglich für Unterstützung, Trost oder Versuche sie zu beruhigen (Scharfetter, 1991).

Folgende Ursachen werden für Ängste bei Payk (2010, S.219) genannt:

„- bei posttraumatischer Belastungsstörung

- im Rahmen einer Angststörung bzw. Angstneurose oder bei ängstlicher Persönlichkeit

- bei Hypochondrie

- als Horrortrip nach Drogeneinnahme (z.B. Halluzinogene)

- im Entzug von Alkohol oder Drogen bzw. im Delir

- bei Psychosen oder Depressionen (hier auch in Form wahnhafter Ängste).“

Zusätzlich kann das vermehrte Auftreten von Ängstlichkeit auch auf genetische Faktoren oder neurobiologische Auffälligkeiten zurückgeführt werden. Manche Menschen neigen aufgrund ihres Genpools zu vermehrter Ängstlichkeit, was auch in Zwillingsstudien zu eineiigen Zwillingen nachgewiesen werden konnte. Hier tendierten Personen eher zu Ängsten, wenn ihre Zwillingsgeschwister dies ebenfalls taten (Hettema et al., 2001). Zudem wurden im Gehirn eines Menschen in bestimmten Situationen Angst begünstigende Prozesse festgestellt. So konnte Armony et al. (1998) nachweisen, dass während angsteinflößenden Erfahrungen eine Art Traumatisierung im Gehirn stattfindet, da hierbei innerhalb der Amygdala gewisse Angstkreisläufe geschaffen werden. Jene ist hauptverantwortlich für das Angsterleben der Menschen.

Verhaltenspsychologisch gesehen, entstehen Ängste häufig aufgrund falscher Lerntheorien, indem die betroffene Person zum Beispiel durch Vermeidung bestimmter Situationen, sich selbst die Chance nimmt zu verstehen, dass keine Gefahr droht. Oder aber es liegt eine Konditionierung vor, bei welcher unangenehme Erfahrungen unvorhersagbar und nicht kontrollierbar auftreten und die betroffene Person von nun an latent die Angst vor einem erneuten Auftreten jener unerträglichen Situation hat (Myers, 2008).

Aus tiefenpsychologischer Sicht hingegen finden im Innern des jeweiligen Menschen intrapsychische Konflikte statt, bei welchem bestimmte Triebe konträr zu einander stehen und dies zu Verunsicherung und Angst führt, da die Entscheidung welchem Trieb nachgegangen werden soll schwerfällt. Dies genauer zu beschrieben, würde jedoch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

Zusammengefasst kann man Angst treffend mit einem Zitat von Payk (2010, S.219) beschreiben: „Angst ist ein (mehr oder weniger stark) unlustbetontes, stresshaftes Gefühl von Bedrohung, das sich bis zum Panikanfall mit Todesangst steigern kann.

Bei wiederholten Panikattacken stellt sich zwischenzeitlich eine Ängstlichkeit mit Unruhe, Reizbarkeit und Missmut ein.“

Folgende nach Dilling et al. (2000, S.162) in der ICD-10 aufgeführte Einzelsymptome müssen für die Diagnose einer generalisierten Angststörung (F41.1) über mehrere Wochen, eher Monate und an den meisten Tagen vorliegen:

„1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, usw.);

2. motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerzen, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen);

3. vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.)“

Hierbei schließt das hin und wieder Auftreten weiterer Symptome wie zum Beispiel die einer Depression, die Diagnose der generalisierten Angststörung nicht aus, solange sie nicht vollständig das erst genannte Krankheitsbild überdecken.

2. 4. Resilienz – Forschung und Definition

Der Begriff der Resilienz verbreitet sich vermehrt sowohl unter den Sozialwissenshaften als auch im alltäglichen Sprachgebrauch. Hierbei leitet sich die Bezeichnung von dem lateinischen Wort resilire ab, welches die Fähigkeit des „Zurückspringens oder Abprallens“ beschreibt. Aber auch im Englischen finden sich für das Wort resilience die Bedeutungen „Spannkraft, Belastbarkeit, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität“. Gemeinhin wird Resilienz als Fähigkeit beschrieben, mit deren Hilfe es einem Menschen möglich ist, belastende Ereignisse unbeschadet zu überstehen und aus ihnen manchmal sogar positiv verändert hervorzugehen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2015). Trotz dem Erleben von traumatischen Situationen, erheblichem Stress, Bedrohungen oder Tragödien ist es den Betroffenen möglich eine gesunde Entwicklung auf psychischer Ebene zu vollziehen und sich an die gegebenen Umstände zu adaptieren (American Psychological Association, 2018). Dies stellt eine zwar nützliche, jedoch recht stark reduzierte Beschreibung dar, tragen zum Vorhandensein von Resilienz doch diverse Faktoren bei. Southwick et al. (2014)

nennen hier biologische, soziale, psychologische als auch kulturelle Aspekte, welche miteinander interagieren und das Konstrukt der Resilienz bilden. Weiter gehen sie darauf ein, dass Resilienz kein unveränderbares Kontinuum darstellt, sondern sich im Lauf des Lebens oder je nach Situation stetig ändert und zwar je nach sozialem Umfeld, gegebener Situation oder eigener Entwicklung. Umgekehrt verändert sich auch je nach Gegebenheit der eigene Umgang mit Stress und belastenden Erfahrungen, was wiederum Auswirkungen auf die Ausprägung von resilientem Verhalten nimmt (Sherrib et al., 2010).

Eine in Deutschland anerkannte Definition bieten Wustmann et al. (2004, S.18) „Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken."

Wird Resilienz beschrieben als Fähigkeit mit ernsthaften Herausforderungen des Lebens umzugehen, so ist hierbei nicht ein bloßes Überleben gemeint. Einige Menschen überstehen zwar die an sie herangetragenen Schicksale auf physischer Ebene, sind jedoch nicht als resilient zu bezeichnen, da sie psychisch verletzt bleiben. Dies kann sich unter anderem als Posttraumatische Belastungsstörung, Depression oder Angsterkrankung äußern, sowie als Unfähigkeit zu lieben und ein erfolgreiches Leben zu führen (Walsh, 2015). Dem gegenüber steht nach Walsh (2015) die Entwicklung resilienten Verhaltens, welches betroffene Personen befähigt nach schmerzhaften Erfahrungen zu gesunden, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und wieder glücklich zu leben und zu lieben. Wichtig hierbei scheint jedoch zu erwähnen, dass Resilienz nicht mit Unverwundbarkeit gleichgesetzt werden sollte und einmal erworbene Resilienz nicht zwingend auf jegliches belastende Ereignis übertragbar ist.

2. 4. 1. Salutogenese, Kohärenz und Resilienz

Prägend zeigte sich bei der Resilienzforschung der von Aaron Antonovsky gebildete Begriff des Salutogenese Konzepts. Antonovsky fragte sich hierbei, wie es möglich ist, dass sich Menschen so verhalten, dass sie einem gesunden Leben näher rücken können (Antonovsky, 1991). Es wird davon ausgegangen, dass es Ressourcen gibt, die zur Verfügung stehen, um Stressoren entgegen zu treten. Fokus hierbei liegt statt auf der Bekämpfung von krankmachenden Faktoren und Risiken auf der Stärkung von

eigenen Potentialen, die den Umgang mit Risiken und Stressoren vereinfachen sollen (Fröhlich, 2015).

Im Zuge des Salutogenese Konzepts entwickelte Antonovsky außerdem den Begriff der Kohärenz, welcher als personelle Ressource innerhalb der Resilienz gilt (Fröhlich, 2015). Kohärenz beschreibt Antonovsky (1991, S. 127) als ein umfassendes Vertrauen darauf, dass:

„1. die Stimuli aus der inneren und äußeren Umgebung im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und

3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen."

Diese drei Punkte nennt Antonovsky Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (Antonovsky, 1991). Ein Mensch muss demnach seine Welt durchschauen und verstehen können, um ihr oder möglichen Stressoren entgegen treten zu können. Antonovsky (1991, S. 127) nennt dies auch „kognitive Landkarte" (Verstehbarkeit). Des Weiteren müssen genügend Ressourcen oder Copingstrategien zur Verfügung stehen, um sich erfolgreich mit Stressoren auseinander setzen zu können (Handhabbarkeit). Und zu guter letzt beschreibt die Komponente der Sinnhaftigkeit eine Einstellung, die das Leben als lebenswert sieht und Stressoren als zwar unangenehm jedoch eher als Herausforderungen anstatt als Überforderungen bewertet. Es entsteht die Motivation Ressourcen zu mobilisieren, um mit den Stressoren umzugehen (Antonovsky, 1991).

So gesehen ähneln sich die Konzepte der Salutogenese und der Resilienz, bedienen jedoch leicht unterschiedliche Herangehensweisen. Die Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl beschreibt eher den Umgang mit dem Erhalt, der Verbesserung und der Förderung von Gesundheit (Antonovsky, 1991), wohingegen sich Resilienz viel mit der Bewältigung und positiver Adaptation widriger Lebensumstände befasst (Fröhlich, 2015).

2. 4. 2. Die vier Wellen der Resilienzforschung

Die Resilienzforschung der vergangenen 50 Jahre lässt sich in vier Wellen einteilen, welche nacheinander stattfanden, sich jedoch sowohl zeitlich als auch inhaltlich zum Teil überlappen und noch immer anlaufen (Fröhlich, 2015)

Erste Welle

Forscher der ersten Welle, gingen deskriptiv vor und suchten herauszufinden, was Resilienz genau ist, wie sie sich messen lässt und wie sich ihre einzelnen Dimensionen genau definieren lassen (Masten, 2016; Fröhlich, 2015). Außerdem versuchte man Unterschiede zwischen Personen herauszufinden, die zum einen positives und zum anderen eher maladaptives Verhalten im Kontext von unterschiedlichen Risiken und Belastungen zeigten. Innerhalb dieser Forschungswelle konnte eine überraschend große Anzahl von potentiellen Faktoren (Qualität einer Beziehung, dem sozialen Umfeld und Ressourcen) ausfindig gemacht werden, welche eine protektive Wirkung auf die Resilienz hatten und sich in den weiteren Wellen beständig zeigten (Masten & Wright, 2009).

Zweite Welle

Dies löste innerhalb der zweiten Welle die Frage danach aus, welche Wirkmechanismen und Prozesse resilient machen, also wie genau Resilienz entsteht und wie die dann erworbenen Kräfte ihre protektive Wirkung entfalten (Masten, 2016). Hierbei wurden multiple Level sowie neurologische Vorgänge beachtet (Masten & Wright, 2009).

Dritte Welle

Hieraus entstand die dritte Welle, welche sich als Ziel setzte, nach Resilienz fördernden Maßnahmen zu suchen und zu überprüfen ob die Theorien aus Welle eins und zwei zutreffen und die untersuchten Prozesse wirklich zur Entwicklung von Resilienz führen (Masten, 2016). Untersucht wurden zum Beispiel die Effekte von positiver Kindererziehung, schulischen Erfolgen und zudem Führungsqualitäten auf die Entwicklung von Resilienz (Masten & Wright, 2009).

Vierte Welle

Im Zuge der vierten Welle wird nun die Resilienz zu einem multidisziplinären Forschungsfeld erhoben, welches sich mit Fragen zu genetischen und neurologischen Dispositionen im Hinblick auf die Entstehung und Förderung von Resilienz befasst. Integrativ wird versucht aktuelle Erfolge aus Gebieten wie der Genetik, Neurobiologie

und Statistik zu erfassen und mit deren Hilfe die komplexen Prozesse hinter dem Konzept der Resilienz zu verstehen (Masten & Wright, 2009). Eine Interaktion zwischen Gen und Umwelt wird vermutet (Fröhlich, 2015). Man geht der Frage nach, ob es unterschiedliche Sensibilitäten für traumatische Erlebnisse gibt und ob dann besonders sensible Personen ebenso gut resilientes Verhalten entwickeln können. Zudem wird untersucht, ob es Möglichkeiten zum Schutz des Gehirns vor zu viel Stress und dem damit einhergehenden Ausschütten von Stresshormonen gibt und wie generell in der Gesellschaft mit Resilienz fördernden Maßnahmen umgegangen wird (Masten, 2016). Forscher dieser Welle entdeckten zum Beispiel die Rolle der genetischen Vielgestaltigkeit als Moderator von Entwicklungsrisiken, sowie die neuronale Plastizität von Resilienz (Masten & Wright, 2009).

2. 4. 3. Resilienz-eine Definition

Bei der Definition von Resilienz müssen demnach externale sowie internale Faktoren berücksichtigt werden. Resilienz kann vorerst definiert werden als: ein positives Resultat nach widrigen oder sehr belastenden Ereignissen, anhaltender Handlungsfähigkeit unter Stress, sowie der baldigen Genesung nach traumatischen Erlebnissen (McGloin, 2001). Wustmann et al. (2016) ergänzen dies noch, indem sie Resilienz als psychische Widerstandskraft gegenüber folgenden drei Ebenen definieren: der biologischen, psychologischen und psychosozialen.

Weiterführend ergab sich in der vierten Welle der Resilienzforschung eine Beschreibung des Konzepts der Resilienz, welches im Zuge der Gen-Umwelt-Interaktion grundlegende anpassungsfähige Systeme in die Definition mit einbezieht. Lee et al. (2012) benennen sie in Anlehnung an Masten & Obradovic´ (2006) folgendermaßen:

1. anpassungsfähiges System des menschlichen Gehirns (Problemlösung und Informationsverarbeitung)

2. Bindungssystem (affektive Prozesse)

3. System für die Steuerung der Motivation (Selbstwirksamkeitsprozesse)

4. Stressreaktionssystem (Prozesse der Alarmbereitschaft und Erholung)

5. Selbstregulationssystem (Regulation von Emotionen und Verhalten)

6. weitere Systeme (Familie, Schule, Peers, kulturelle- und soziale Systeme)

Die aufgelisteten Bereiche spielen eine wichtige Rolle in der Beschreibung des Konstrukts der Resilienz, da sie den Umgang und das Bewältigen von Stress beinhalten, was wiederum essentiell für die Abgrenzung und Definition von Resilienz ist (Lee et al., 2012).

Resilienz bezieht sich nach Masten und Kollegen (Masten, Best & Garmezy, 1990; Masten & Reed, 2002) in der menschlichen Entwicklung auf den Prozess, die Fähigkeit für oder das Ergebnis der positiven Anpassung und Bewältigung im Kontext von signifikanter Belastung und bedrohlichen Umständen, die Ansätze anpassungsfähiger Systeme betonend.

2. 4. 4. Kauai Studie, Mannheimer Risikostudie und Bielefelder Invulnerabilitätsstudie

Eine der bekanntesten und umfangreichsten Untersuchungen zum Thema Resilienz ist die von Emmy E. Werner und Ruth Smith durchgeführte Kauai Langzeitstudie, welche als Pionierstudie gilt (Fröhlich-Gildhoff et al., 2015). Werner & Smith untersuchten hierbei den kompletten Geburtenjahrgang 1955 der hawaiianischen Insel Kauai über einige Jahrzehnte im Hinblick auf ihre Lebens- und Gesundheitsparameter. Augenmerk richtete sie hierbei auf psycho-soziale, biologische Aspekte, sowie auf stressvolle Lebensereignisse und andererseits protektive Faktoren der 698 an der Studie teilnehmenden polynesischen Kinder (Werner, 2000).

Werner und Smith (2001) stellte mit ihrer Studie folgende zwei Fragen: 1. Wie wirken sich ungünstige Geburtserfahrungen und frühkindliche Gegebenheiten langfristig auf die kognitive, physische und psychosoziale Entwicklung eines Individuums aus? und 2. Welche protektiven Faktoren erlauben es Menschen, welche mehrfach negativen Bedingungen in ihrer Kindheit ausgesetzt sind, dennoch eine gesunde Entwicklung zu vollziehen? Die Kauai Studie untersuchte die oben genannten Kinder zum Zeitpunkt der Geburt, sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren. Mehr als die Hälfte der untersuchten Heranwachsenden wuchs in chronischer Armut auf und jeder Dritte war multiplen Risikofaktoren ausgesetzt. Diese waren Geburtskomplikationen, psychische Erkrankungen der Eltern und instabile Familienverhältnisse (Werner, 2000).

Die durchgeführte Studie kam nach Werner & Smith (2001) zu folgenden Ergebnissen: bis auf Erkrankungen des Zentralnervensystems, nahmen die Folgen von ernsthaften

Geburtskomplikationen im Laufe der Zeit ab. Hingegen war die Auswirkung von biologischen Risikofaktoren sehr stark vom sozialen Umfeld und dem emotionalen Support der jeweiligen Person abhängig. Also vom Umgang der Eltern, Familienmitgliedern, Freunden und Lehrern innerhalb der Erziehung. Probanden, welche einigen Risikofaktoren ausgesetzt waren, entwickelten häufig in ihrer Jugend Lernstörungen, Gesundheitsprobleme, Teenagerschwangerschaften oder fielen durch delinquentes Verhalten auf. Obwohl die meisten dieser Teilnehmer*innen im Verhältnis zur restlichen Stichprobe eine höhere Sterblichkeitsrate aufwiesen, konnte dennoch ein Rückgang der zuvor genannten Bewältigungsschwierigkeiten im Alter von ungefähr 40 Jahren aufgezeigt werden. Außerdem lebte die Mehrzahl in stabilen Ehen, hatte gute Jobs, waren glücklich mit ihren Kindern und galten als verantwortungsbewusst.

Dennoch konnte festgestellt werden, dass jene Kinder, welche innerhalb ihres ersten Lebensjahrzehnts besonders häufig stressvollen Lebenssituationen ausgesetzt waren, im Alter von 40 öfter unter Gesundheitsproblemen litten, als jene Probanden, welche weniger Verluste und Zerrüttungen innerhalb ihrer Familie bis zu ihrem 10. Geburtstag erlebten. Dies galt besonders für zu früh geborene Kinder und solche, welche mental zurückgeblieben waren. Hier wurden erhebliche Probleme im Erwachsenenalter festgehalten, unter anderem ernsthafte Depressionen.

Der Gesundheitsstatus innerhalb der ersten zehn Lebensjahre der Teilnehmer*innen korrelierte signifikant mit der Qualität der Anpassung an die jeweilige Lebenssituation, ebenso wie die unmittelbare Fürsorge seitens der Mutter während der Kindheit und die emotionale Nähe innerhalb der Ursprungsfamilie.

Mit ihrer Untersuchung konnten Emmy Werner & Ruth Smith aufzeigen, wie wichtig es ist, der Gesundheit von Kindern viel Aufmerksamkeit zu schenken, besonders jenen, welche vermehrt Risikofaktoren ausgesetzt sind. Sozialpolitisch gesehen meint dies, je besser der Zugang zu ärztlicher Versorgung und Prävention von gesundheitlichen Problemen, sowie dem Augenmerk auf eine frühe und angemessene Fürsorge gegenüber Kindern, desto höher die Lebensqualität im Erwachsenenalter.

Werner (2000) beschreibt des Weiteren folgende schützende Faktoren innerhalb des Kindes: keine übertriebene Emotionalität, Tatkraft, Aktivität, viel Energie, soziale Kompetenz, Fähigkeit zur Selbsthilfe, normale bis überdurchschnittliche Intelligenz, Impulskontrolle, Selbstwirksamkeit, Interessen- und Zielverfolgung sowie ein positives Selbstkonzept und Religiosität. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Kinder

mit hoher Resilienz aussuchen, was sie von ihrer Umwelt benötigen, selbst und aktiv Gebrauch davon machen oder Situationen so verändern, dass sie ihren Vorstellungen entsprechen.

Doch nicht nur Kinder selbst tragen protektive Faktoren in sich, sondern auch ihr soziales Umfeld. Eine entscheidende Rolle nimmt hierbei selbstverständlich die Mutter des Kindes ein. Nach Werner (2000) scheint neben der Zugewandtheit, das Bildungsniveau sowie die erfolgsreiche Arbeitssituation und Kompetenz der Mutter eine protektive Wirkung auf den Nachwuchs zu haben. Neben dem wirken sich die Position innerhalb der Geschwisterrangfolge, sowie ein Altersabstand von mindestens zwei Jahren begünstigend aus.

Ist es den Eltern oder einem Elternteil nicht möglich dem Kind eine angemessene und artgerechte Versorgung auf physischer und emotionaler Ebene zukommen zu lassen, können dies auch andere nahestehende Personen tun, wie die Großeltern oder ältere Geschwister. Jene üben nun die schützende Wirkung auf den Heranwachsenden und seine Resilienzentwicklung aus.

Zwei weitere wichtige Längsschnittstudien stellen die Mannheimer Risikostudie von Laucht et al. (2000) und schließlich die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Lösel und Bender (1999) dar.

Mannheimer Risikostudie

Die Mannheimer Risikostudie untersuchte anfänglich 362 Kinder, die bei der Geburt entweder durch organische oder psychosoziale Belastungen in einer gesunden Entwicklung gefährdet waren und die Schutzfaktoren, die diese Kinder vor den Folgen jener Belastungen geschützt haben. Hierbei verstanden die Autoren unter organischen Belastungen ein niedriges Geburtsgewicht oder Sauerstoffmangel. Psychosoziale Belastungen waren dagegen beispielweise beengte Wohnverhältnisse, frühe Elternschaft, ausgeprägte chronische Schwierigkeiten wie Arbeitslosigkeit oder Krankheit sowie eine disharmonische Partnerschaft oder ein niedriges Bildungsniveau der Eltern. Kinder der letzten Kategorie neigten dazu, Probleme im Bereich von Kognitionen sowie Sozialverhalten vorzuweisen. Zusätzlich konnte festgestellt werden, dass die Art und Weise der Kommunikation, des emotionalen Ausdrucks sowie Einfühlungsvermögen der primären Bezugsperson (meistens die Mutter) einen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder hatte.

Bielefelder Invulnerabilitätsstudie

Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie bezog den Bereich der Vernachlässigung neben anderen Risikofaktoren (Arbeitslosigkeit, Scheidung der Eltern, Schulwechsel oder schlechte Wohnverhältnisse sowie Alkoholprobleme oder elterliche Konflikte) mit ein. Es wurden hier Kinder zwischen 12 und 17 Jahren aus verschiedenen Heimeinrichtungen untersucht. Hier wurden 45% der Kinder mit hohen Risikobelastungen als resilient eingestuft, die übrigen Kinder hatten die gleichen Risikobelastungen, wiesen allerdings Verhaltensauffälligkeiten auf. Die Forscher konnten demnach eine Reihe von schützenden Eigenschaften beschreiben, die resilientere Kinder repräsentierten. Sie besaßen ein positives Selbstwertgefühl, aktives Bewältigungsverhalten, realistische Perspektiven für die Zukunft, sowie eine hohe Leistungsmotivation. Zusätzlich stand den Kindern eine unterstützende Bezugsperson beiseite. Zudem spielte das Erziehungsklima ebenfalls eine bedeutsame und positive Rolle, wenn dies durch Empathie, Zuwendung und Strukturiertheit beschrieben werden konnte. Die resilienteren Kinder mussten keine besondere Mühe anwenden um Beziehungen im schulischen Kontext einzugehen und verfügten ebenfalls über eine gute Unterstützung im sozialen Bereich. Es konnte außerdem eine Verbindung zwischen subjektiver Einschätzung der erfahrenen Belastung und den Verhaltensauffälligkeiten gefunden werden.

2. 4. 5. Resilienz und Bindung

In vielen Studien wird die Präsenz einer unterstützenden, emotional kompetenten Bezugsperson in der unmittelbaren Nähe berichtet, was traumatisierten Kinder mit einer adaptiven, einer normalen Entwicklung von denen mit nicht-adaptiver oder problematischer unterscheidet (Kaufman & Henrich, 2000). Das Vorhandensein einer Bezugsperson mindert im Weiteren die Wahrscheinlichkeit unter Depressionen zu leiden (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995). Nach Bowlby (1978) gewährleistet eine solche Person eine sichere Grundlage, was dem Kind genügend Sicherheit gibt, sich gut in der Interaktion mit der Außenwelt zu fühlen, sowie diese zu erkunden, wobei es weiß, dass es jederzeit beim Empfinden von Gefahr zurückkommen kann und getröstet wird. Aufbauend auf dieser Grundlage wurden verschiedene Bindungsstile in der Interaktion zwischen Eltern und Kind während des sogenannten Fremde-Situation Test von Ainsworth und Kollegen (1978) beobachtet. In diesem wird die Art der

Wiedervereinigung des Kindes im Alter von 12-18 Monaten mit seiner Bezugsperson beobachtet. Es konnten drei Stile beschrieben werden: sicherer, vermeidender und ängstlich-ambivalenter. Später wurde diese Typologie von Main und Solomon (1986) um den desorganisiert-desorientierten Bindungsstil erweitert. Man könnte sagen, dass je mehr ein Kind mit Gefahr durch Vernachlässigung oder Missbrauch konfrontiert wurde, desto problematischer wird sich sein Bindungsstil entwickeln. Ein Trauma an sich muss allerdings nicht notwendigerweise zum ängstlichen Bindungsstil führen. Kinder können trotz des Erlebens von einem oder verschiedenen Traumata einen sicheren Bindungsstil entwickeln – beispielweise durch ein schützendes Verhalten der Bezugspersonen, die adäquat auf Gefahrensituationen reagieren. Wenn ein sicherer Bindungsstil bereits vorhanden ist und eine traumatische Erfahrung erst danach folgt, sollte dieser positiv dazu beitragen, das Trauma adaptiver zu verarbeiten, da eine sichere Bindung mit Wohlbefinden und Resilienz gegenüber Stress assoziiert wird (Robles, Slatcher, Trombello & McGinn, 2014).

In einer iranischen Studie, die an 367 Studenten durchgeführt wurde, haben Naderi, Akbari und Abbasi-Asl (2016) die Zusammenhänge zwischen Bindungsstilen, Resilienz und Lebensqualität beobachtet. Lebensqualität wurde hier als emotionale, soziale und physische Gesundheit der Menschen beschrieben und deren Fähigkeit alltäglichen Aktivitäten nachzugehen. Ihren Ergebnissen zufolge kann der sichere Bindungsstil als ein positiver Prädiktor für Resilienz sowie Lebensqualität in dieser Stichprobe gesehen werden. Der vermeidende sowie ängstlich-ambivalente Bindungsstil waren dagegen negative Prädiktoren für Resilienz. Die Forscher haben ebenfalls Resilienz als Mediator zwischen Bindungsstil und Lebensqualität untersucht. Aus den Ergebnissen resultierte, dass Resilienz vollständig die Beziehung zwischen sicherem Bindungsstil und Lebensqualität mediierte, eine teilweise negative Mediation wurde zwischen ängstlich-ambivalenter Bindung und Lebensqualität erreicht.

Dem Stand der Forschung zufolge kann schlussfolgert werden, dass das Vorhandensein des sicheren Bindungsstiles Resilienz fördert, was mit einer positiven Lebensqualität assoziiert wird. Eine gute Lebensqualität wird als Gegenspieler zu in dieser Studie untersuchten mentalen Erkrankungen gesehen. Die anderen – unsicheren – Bindungsstile haben eine eher vermindernde Wirkung auf Resilienz.

3 Darstellung aktueller theoretischer Grundlagen als Fundament für eigene Forschungsfragen

3. 1 Über die Wirkungsweise von traumatischen Kindheitserfahrungen auf Psychopathologien im Erwachsenenalter allgemein, sowie im Speziellen auf Depressionen und Angsterkrankungen

Nach einer Traumatisierung sind verschiedene Reaktionen bei betroffenen Personen zu erwarten, welche sich auf den Körper, die Kognitionen sowie auch die Emotionen beziehen können (McLaughlin & Lambert, 2017). Dieses Kapitel soll Studien darstellen, die die Assoziation zwischen frühen traumatischen Erfahrungen und Psychopathologien im Erwachsenenalter untersuchten. Des Weiteren sollen verschiedene Theorien zu den Wirkungsweisen dieses Zusammenhangs erläutert werden. Es wurden zunächst Studien mit verschiedenen psychischen Erkrankungen als Outcome-Variable eines traumatischen Ereignisses miteinbezogen, um einen Überblick über dieses Thema zu verschaffen.

Eine der ersten großen Studien, die sich auf den Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und späteren gesundheitlichen Folgen bezog, war die von Felitti und Kollegen (1998) durchgeführte ACE Studie (adverse childhood experiences study). Sie befragten 13.494 Probanden, wovon 9.508 die ausgehändigten Fragebögen vervollständigten. Thema war die breite Erhebung traumatischer Erfahrungen bis zum Alter von 18 Jahren und die anschließende Einteilung jener sogenannter ACEs in sieben Kategorien: psychischer, physischer oder sexueller Missbrauch, Gewalt gegen die Mutter; das Zusammenleben mit Drogenabhängigen, psychisch Erkrankten, Suizidgefährdeten oder Straftätern. Diese Studie stellt eine Übersicht über das Vorkommen von Kindheitstraumata sowie verschiedenen sowohl physischen als auch psychischen Krankheiten in den USA zwischen den Jahren 1992 und 1996 dar. Die Hälfte der Befragten berichtete unter mindestens einer traumatischen Erfahrung bis zu ihrem 18. Lebensjahr gelitten zu haben. 25% der Teilnehmer*innen gaben sogar an, zweien und mehr der oben genannten Traumakategorien ausgesetzt gewesen zu sein. Mit steigender Anzahl der erlebten Traumata steigt ebenfalls die Anzahl der Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter an. Des Weiteren erhöht sich bei Proband*innen, die unterschiedliche traumatische Erfahrungen vorweisen, die Wahrscheinlichkeit

verschiedene Erkrankungen im Erwachsenenalter zu zeigen. Unter anderem wurde in dieser Studie ebenfalls Depressivität sowie Suizidalität erhoben. Den Ergebnissen zufolge steigt die Prävalenz sowie das Risiko, an Depressionen oder Suizidalität zu leiden, je mehr verschiedene traumatische Kindheitserfahrungen aus verschiedenen Kategorien berichtet wurden.

Anhand von drei gleich großen experimentellen Gruppen (Bipolar: N = 93; Depression: N = 93; gesunde Kontrollgruppe: N = 93) untersuchten Jansen et al. (2016) in einer retrospektiven Studie, wie sich Traumata aus der Kindheit auf affektive Störungen im Erwachsenenalter auswirken. Ebenfalls wurde untersucht ob traumatische Kindheitserfahrungen den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein affektiver Störungen in der Familiengeschichte und dem Vorkommen affektiver Störungen bei Proband*innen mediieren. Mittels *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 2003) wurden traumatische Kindheitserfahrungen erfasst. Diese Ergebnisse wurden dann in drei Kategorien eingeteilt, den emotionalen und physischen Missbrauch oder Vernachlässigung, sowie sexuellen Missbrauch. Bis auf den sexuellen Missbrauch wiesen alle untersuchten Typen von traumatischen Erfahrungen während der Kindheit einen Zusammenhang zu sowohl bipolaren Störungen als auch zu Depressionen auf. Sexueller Missbrauch in der Kindheit wurde bei dieser Stichprobe alleinig mit bipolaren Störungen im Erwachsenenalter assoziiert. Zusätzlich konnte die Annahme bestätigt werden, dass ein Trauma in der Kindheit als Mediator zwischen einer vorliegenden affektiven Störung in der Familiengeschichte und der Entwicklung von affektiven Störungen der Proband*innen anzusehen ist. Ein Mediator nimmt hierbei die Rolle eines Vermittlers ein, welcher dafür verantwortlich ist, dass sich ein bestimmtes Resultat einstellt, nachdem die Ausgangssituation verändert wurde.

Wu, Schairer, Dellor und Grella (2009) fanden einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und späterer Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Studie wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 402 sich in Behandlung befindenden Erwachsenen durchgeführt. Die *Life Stressors Checklist* (Wolfe & Kimerling, 1997) wurde hierbei angewendet, um die traumatischen Kindheitserfahrungen zu erfassen.

Andere Forscher stellten sich die Frage, ob die Art des Traumas die Entwicklung spezifischer psychischer Störungen zufolge hat. Ballard und Kollegen (2015) unternahmen den Versuch traumatische Erlebnisse bezüglich der Entwicklung

verschiedener Psychopathologien im Erwachsenenalter zu kategorisieren. Traumatische Erlebnisse vor dem 13 Lebensjahr wurden von 16% der Stichprobe berichtet. Von 1815 Proband*innen konnten zwei Gruppen geformt werden, eine beinhaltete eher Frauen, die nach einer Vergewaltigung zu psychischen Erkrankungen neigten. In der anderen überwiegten Männer, die in der Kindheit Gewalt ausgesetzt waren und später antisoziale Persönlichkeiten entwickelten sowie zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) neigten.

Hovens, Giltay, Spinhoven, van Hemert und Penninx (2015) stellten in einer großen Stichprobe (*N* = 1167) fest, dass ein Kindheitstrauma einen bedeutsamen Prädiktor für die Entwicklung von depressiven sowie damit komorbiden Störungen darstellt.

Die Untersuchung von Mathews, Abrahams und Jewkes (2013) widmete sich speziell der Frage nach Depressionen und Angsterkrankungen infolge von belastenden Kindheitserfahrungen. Dieser zufolge litt ein Drittel der sexuell missbrauchten Kinder unter Depression und die Hälfte erfüllte Kriterien einer Angststörung.

Der Metaanalyse von Li, D'arcy und Meng (2016) können weitere alarmierende Prävalenzzahlen entnommen werden. In dieser Studie entsprach ein selbstberichteter physischer Missbrauch im Kindesalter der Inzidenz von 18.4% der Depressionen und Angststörungen im Erwachsenenalter. Was bedeutet, dass die Entstehung der Depressionen oder Angststörung weltweit bei 115 Millionen Personen potenziell traumatischen Erfahrungen in der Kindheit zugeschrieben werden kann (Li et al., 2016). Die Autoren geben an, dass diese Zahlen überschätzt werden können, wegen des Vorkommens von komorbiden Störungen oder mehreren Formen von Missbrauch oder Vernachlässigung gleichzeitig. Dabei wurde im Jahr 2017 der WHO nach, die Anzahl der Depressiven weltweit auf 300 Millionen, sowie die Anzahl der Angsterkrankungen im Jahr 2016 von „our world in data“ auf 275 Millionen geschätzt. In Bezug auf selbstberichteten sexuellen Missbrauch sind ungefähr 17.4% der Depressionen und Angststörungen auf der ganzen Welt dieser Art von traumatischer Erfahrung zuzuschreiben.

Huh, Kim, Lee und Chae (2017) konnten den Zusammenhang zwischen retrospektiv berichteten traumatischen Erfahrungen in der Kindheit (CTQ; Bernstein et al., 2003) und depressiven Symptomen sowie Angststörungen feststellen. Einer Metanalyse zufolge, welche alle bis 2012 durchgeführten Studien (*N* = 124) über Langezeitfolgen von traumatischen Kindheitserfahrungen (körperlicher und emotionaler Missbrauch

sowie Vernachlässigung) miteinbezog, erhöht sich das Risiko unter einer Depression zu leiden durch körperlichen Missbrauch um das 1.4 fache, durch emotionale Vernachlässigung um das 2.1 fache und durch emotionalen Missbrauch sogar um das 3.1 fache (Norman, Byambaa, Butchart, Scott & Vos, 2012). Ähnliches wurde für Angsterkrankungen gefunden. Das Risiko für diese steigt nach körperlichem Missbrauch um das 1.5-fache, nach emotionaler Vernachlässigung um das 1.8-fach und infolge emotionalen Missbrauchs steigt das Risiko um das 3.2-fache an. Diesen Studien zufolge scheint emotionaler Missbrauch einen besonders starken Einfluss zu haben, denn im Vergleich mit anderen Formen von Missbrauch oder Vernachlässigung ist die Wahrscheinlichkeit unter Depression oder Angsterkrankung zu leiden fast doppelt so hoch. Allerdings wurden in dieser Studie keine Studien miteinbezogen, die sexuellen Missbrauch erfassten. Dies geschah in einer deutlich kleineren Metaanalyse (*N* = 19 Studien) von Lindert, von Ehrenstein, Grashow, Gal, Braehler und Weisskopf (2014). Hier wurden die Langzeitfolgen vom sexuellen und physischen Missbrauch in Bezug auf Depressionen sowie Angsterkrankungen untersucht. Wie in der vorigen Studie lag das Risiko an Depressionen zu erkranken infolge physischen Missbrauchs bei einem Odds Ratio (OR) von 1.49, dazu stieg das Risiko durch sexuellen Missbrauch (*OR* = 2.04). Das Risiko für Angsterkrankungen war sogar höher als in der zuvor erwähnten Studie. Aufgrund physischen Missbrauchs lag es bei 1.7 und durch sexuellen Missbrauch bei 2.52. Eine weitere Metaanalyse (Infurna, Reichl, Parzer, Schimmenti, Bifulco und Kaess, 2016) kombinierte verschiedene traumatische Erfahrungen (Antipathie, physischer, sexueller sowie psychologischer Missbrauch und Vernachlässigung) und deren Zusammenhang zu Depression im Erwachsenenalter. Psychischer Missbrauch wie übertriebene sadistische Kontrolle oder übertriebene Kritik in der Kindheit, sowie Vernachlässigung zeigten die stärkste Assoziation zu Depressivität verglichen mit anderen Formen von Missbrauch. Sexueller Missbrauch wies zwar einen Zusammenhang zu Depressionen im Erwachsenenalter auf, dieser war allerdings schwächer.

Die meisten dieser Studien haben das Problem, des recall biases, denn das Vorliegen des Kindheitstraumas wird retrospektiv im Erwachsenenalter erhoben. Um diese Verzerrung zu minimieren überprüften Li, D'arcy und Meng (2016) 199 Studien zwischen Jahren 1990 und 2014 und wählten für ihre Metaanalyse solche aus, die traumatische Erfahrungen im Kindesalter anders als retrospektiv erhoben und gleichzeitig Depressionen und/oder Angsterkrankungen als Langzeitfolge einsetzten.

Anhand dieser Methode wurden acht hochqualitative Studien gewählt. Unabhängig von der Art des Missbrauchs ist das Risiko Angsterkrankungen zu entwickeln höher als unter Depressionen zu leiden, was den Befunden der Metaanalyse von Ehrenstein, Grashow, Gal, Braehler und Weisskopf (2014) entspricht. Weiteren Ergebnissen zufolge sind physische und emotionale Vernachlässigung für 10.8% der Depressionen und 12% der Angsterkrankungen auf der Welt verantwortlich. Unabhängig davon, ob Depressivität oder Angsterkrankungen als Folge des Missbrauchs gesehen wurden, wies sexueller Missbrauch das höchste Risiko auf, gefolgt von physischem Missbrauch und physischer sowie emotionaler Vernachlässigung (Li, D'arcy & Meng, 2016). Diesen Studien zufolge hängen Angsterkrankungen stärker mit traumatischen Kindheitserfahrungen zusammenzuhängen als mit Depressionen. Ein weiteres Ergebnis: die subtilere und schwieriger zu entdeckende Form der Traumatisierung – der emotionale Missbrauch– weist die stärkste Assoziation zu psychischen Erkrankungen auf, also zu Depressionen und Angsterkrankungen.

3. 1. 1. Auswirkungen des Alters auf die Folgen von Traumatisierungen

Des Weiteren stellt sich die Frage inwiefern das Alter, in welchem die traumatische Erfahrung stattfand, eine Rolle spielt. Denn nach Pausch und Matten (2017) können Traumata aus den früheren Entwicklungsphasen, auf die noch nicht vollständig ausgereifte Persönlichkeit tiefergreifende psychische Probleme zur Folge haben. Dunn, Nishimi, Powers und Bradley (2017) setzten sich genau diese Frage zum Ziel ihrer Untersuchung: ob das Alter beim ersten Trauma die Entwicklung von Depressionen und PTBS beeinflusst. Diese Untersuchung wurde an einer beachtlich großen Stichprobe durchgeführt, die 2892 Proband*innen einbezog. Traumatische Erfahrungen entstehen nicht nur durch emotionalen und physischen Missbrauch, sondern auch durch die Anwesenheit während des Missbrauchs von anderen oder durch das Erleben von Umweltkatastrophen. Anhand des Vergleichs von Individuen ohne traumatische Erfahrungen mit Individuen, die ein frühkindliches Trauma erlitten haben, konnte festgestellt werden, dass solche Erfahrungen die Entwicklung von PTBS sowie depressiven Symptomen begünstigen. Allerdings konnte nachgewiesen werden, je früher ein Trauma vorliegt, desto stärker zeigt sich die Ausprägung von Depressivität als auch PTBS-Symptomen. Die Ausprägung ist bis zu zweimal größer als wenn das Trauma in einem späteren Entwicklungsstadium (ab 6 Jahren und älter) vorgefallen ist. Die verschiedenen Arten von traumatischen Erfahrungen haben keinen

Einfluss auf die hier festgestellten Ergebnisse. Ähnliche Ergebnisse fanden Lopez-Castroman et al. (2013), die als Outcome Variable Suizidalität nahmen. Es hat sich bestätigt, dass je früher ein sexueller Missbrauch, meistens begleitet vom physischen Missbrauch, in der Kindheit einsetzt, desto früher wird der erste Suizidversuch begangen und desto stärker ist die dahinter liegende Absicht.

3. 2. Das vier Komponenten Modell von McLaughlin und Lambert

Den Forschungsarbeiten zufolge kann davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung im Kindesalter und Psychopathologien im Erwachsenenalter besteht. Welche Wirkungsweisen zwischen diesen zwei Konzepten bestehen wird im Folgenden thematisiert. McLaughlin und Lambert (2017) stellten ein Modell zusammen, in dem sie die Wirkmechanismen von Traumata auf Psychopathologien zu beschreiben versuchten. Dieses Model enthält vier Entwicklungsprozesse: Informationsverarbeitungsbias, Veränderungen in Bezug auf emotionales Lernen, gesteigerte emotionale Reaktivität und emotionale Dysregulation. Diese Prozesse liefern eine mögliche Erklärung, wie traumatische Erlebnisse in der Kindheit zu Psychopathologien führen können.

3. 2. 1. Informationsverarbeitungsbias

Eine Abweichung von der Normalität wird bei missbrauchten Kindern bei der Informationsverarbeitung beobachtet. Jene entwickeln solcherlei Informationsverarbeitungsbias, welche es ihnen vereinfachen, früh genug Gefahren zu erkennen, um möglichem Missbrauch zu entkommen (Masten et al., 2008). Es konnte gezeigt werden, dass solche Traumata bei Kindern eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit auf den wütenden Gesichtsausdruck der Mütter verursachen (Shackman & Pollak, 2007). Ebenfalls zeigen diese Kinder eine erhöhte Sensibilität auf die Präsenz von Wut bei Menschen im Allgemeinen in derer Umgebung sie sich befinden (Masten et al., 2008). Im Einklang mit diesen Ergebnissen beobachteten Young und Widom (2014), dass missbrauchte oder vernachlässigte Kinder ein Defizit bei der Erkennung von positiven Emotionen (Gesichtsausdrücken) im Vergleich zu Proband*innen ohne Missbrauchserfahrung in der Kindheit vorweisen, wobei dieser nicht bei negativen Emotionen besteht. Allerdings konnte nicht bestätigt werden, dass

missbrauchte oder vernachlässigte Individuen über eine bessere Fähigkeit verfügten, negative Emotionen zu erkennen im Vergleich zur nicht traumatisierten Kontrollgruppe. Traumatisierte Kinder tendieren ebenfalls dazu eine größere Bandbreite von Emotionen als Wut zu klassifizieren im Vergleich zu Kindern ohne traumatische Vorgeschichte (Pollak, Cicchetti, Hornung & Reed, 2000). Des Weiteren konnte eine atypische funktionale Verbindung des hippocampischen präfronatalen Kortex beim enkodieren von kontextuellen Informationen in gefährlichen Situationen beobachtet werden (Lambert, Sheridan, Sambrook, Rosen, Askren & McLaughlin, 2017). Dies bedeutet, dass traumatisierte Kinder den Kontext, in dem eine Gefahr entdeckt wird, nicht wahrnehmen. Was wiederrum dazu führen kann, dass diese Kinder Schwierigkeiten damit haben, erlebte Gewalt zu kontextualisieren. Letztendlich kann bei jenen Kindern Angst sehr einfach und sogar auch in gefahrlosen Situationen entstehen. Shackman und Pollak (2007) bestätigten dies. Deren Proband*innen zufolge begünstigt die Aussetzung in emotional traumatische Erfahrungen, die Entstehung von Ängstlichkeit in der Kindheit durch die Entwicklung von abnormaler Aufmerksamkeitsregulation. Die Aufmerksamkeitsverzerrung in Bezug auf Gefahren verstärkt die Assoziation zwischen Traumata durch Familiengewalt und der Entwicklung von Angststörungen schon im Jugendalter (Briggs-Gowan et al., 2015). So entstandene Verzerrungen der Informationsverarbeitung und die fehlende Fähigkeit zum richtigen Kontextualisieren stärkt die genannte Assoziation in Kombination mit späterer Ängstlichkeit, PTBS, Aggressivität oder Verhaltensproblemen (Shackman et al., 2014; Dodge et al., 1995).

3. 2. 2. Atypisches emotionales Lernen

Der folgende Mechanismus nach McLaughlin und Lambert (2017) bezieht sich auf Veränderungen im emotionalen Lernen. Dieses Gebiet ist noch nicht genügend bei Kindern untersucht worden. McLaughlin und Kollegen (2016) konnten allerdings nachweisen, dass traumatische Erfahrungen im Kindesalter mit fälschlicher Diskriminierung zwischen gefährlichen und sicheren Reizen zusammenhängen. Hierfür wurde die elektromodale Aktivität der Haut gemessen, die bei missbrauchten Kindern während eines gefährlichen Reizes geringer als bei Kindern ohne Missbrauch in der Vorgeschichte war. Zusätzlich interpretierten die Proband*innen eine größere Anzahl von Emotionen als potenzielle Bedrohung. Diese Abnormalität während der Erkennung von gefährlichen Reizen kann durch traumatische Erfahrungen

hervorgerufen werden und zu Psychopathologien wie Angstgeneralisierung oder dem Externalisieren von Problemen führen. In dieser Studie mediierte fälschliche Diskriminierung den Zusammenhang zwischen Missbrauch im Kindesalter und dem Externalisieren von Problemen.

3. 2. 3. Gesteigerte emotionale Reaktivität

Gesteigerte emotionale Reaktivität wurde ebenfalls bei Kindern mit traumatischen Erfahrungen nachgewiesen und repräsentiert somit einen weiteren Mechanismus, der psychologische Störungen begünstigt (McLaughlin & Lambert, 2017). In der Studie von Heleniak, Jenness, Vander Stoep, McCauley und McLaughlin (2016) reagierten 167 Jugendliche mit traumatischen Erlebnissen (physischem, sexuellen oder emotionalen Missbrauch) in der Vergangenheit unangemessen auf negative Emotionen, die von ihnen als mögliche Gefahr interpretiert wurden. Ebenfalls neigten sie zur Rumination, dem ständigen Grübeln über die unangenehmen Seiten eines Erlebnisses und die damit verbundenen eigenen Fehler, und internalisierten psychischen Störungen. In einer Erweiterung dieser Studie wurde eine Längsschnittuntersuchung durchgeführt. Emotionale Reaktivität sowie maladaptive Reaktionen auf Distress haben bei 439 Jugendlichen den Zusammenhang zwischen Missbrauch im Kindesalter und internalisierten sowie externalisierten psychischen Störungen mediiert (Heleniak, Jenness, Vander Stoep, McCauley & McLaughlin, 2016). Im Einklang mit diesen Ergebnissen konnte der Untersuchung von van Nierop und Kollegen (2018) nach, die an 621 Zwillingen im Erwachsenenalter durchgeführt wurde, eine erhöhte emotionale Reaktivität auf alltägliche Stresssituationen festgestellt werden. Diese Individuen berichteten in der Follow-up Untersuchung – 14 Monate später – ebenfalls stärkere Symptome in der Psychopathologie in Bezug auf Depressionen, Angsterkrankung und Psychosen im Vergleich zu Individuen, die unter keinen oder keinen komorbiden Kombinationen dieser Symptome litten. Diese Ergebnisse wurden in einer weiteren Studie bestätigt. Die Individuen mit depressiven, angst sowie psychotischen Symptomen, die emotionalen und physischen Missbrauch sowie Vernachlässigung erlitten, berichteten eine erhöhte Stresssensitivität, im Vergleich zur psychisch gesunden Kontrollgruppe (Rauschenberg, van Os, Cremers, Goedhart, Schieveld & Reininghaus, 2017). Dazu litten traumatisierte Proband*innen unter chronischem sowie aktuellem Stress und Ängstlichkeit, ebenfalls wurden bei ihnen eine Vergrößerung der Amygdala gefunden, was auf chronischen Stress hindeutet

(Cacciaglia et al., 2017). Des Weiteren zeigen Kinder, die ein Trauma erlitten, eine erhöhte Amygdala Aktivität als Reaktion auf negative Stimuli, was eine Abweichung von der Normalität darstellt und ein mögliches Risiko für die Entwicklung von Depressionen oder anderen psychischen Störungen bedeuten kann (Suzuki, Luby, Botteron, Dietrich, McAvoy & Barch, 2014).

3. 2. 4. Störung emotionaler Regulation

Als letzter Mechanismus, der die Entstehung von psychischen Störungen nach traumatischen Erlebnissen in der Kindheit begünstigt, wird von McLaughlin und Lambert (2017) die Störung der emotionalen Regulation genannt. In der psychologischen Forschung sowie in der Praxis wird zwischen verschiedenen emotionsregulatorischen Strategien unterschieden. Gemäß spezifischen Faktoren wurden in der Vergangenheit unzählige Klassifikationssysteme definiert, um diese Strategien zu organisieren. Gross und John (2003) teilten diese Strategien in antizipatorische und reaktionsfokussierte Technicken ein. Koole (2009) unterscheidet sie nach psychologischen Funktionsbereichen und schließlich nahmen Westen und Blagov (2007) ihre Klassifikation nach zwei Achsen vor. Beim zuletzt genannten System repräsentiert eine Achse den Grad der Bewusstheit, wobei die zweite zwischen adaptiven und dysfunktionalen Strategien unterscheidet. Der Forschung zufolge ist es bei bestimmten Strategien umstritten, ob diese adaptiv sind. Maladaptive Strategien zu definieren scheint dabei einfacher zu sein. Es stellt sich also die Frage, was eine adaptive oder maladaptive emotionsregulatorische Strategie ausmacht. Nach Campbell-Sills und Barlow (2007) sollten adaptive emotionsregulatorische Strategien alle Komponente einer Emotion im Sinne der langfristigen Ziele des Individuums effektiv regulieren, was sich beispielweise im Klassifikationssystem nach Koole (2009) wiederspiegelt. Gemäß dieser Einordnung sollten adaptive Strategien langfristig eine ganzheitliche positive Entwicklung der gesamten Persönlichkeit gewährleisten. Als dysfunktional können dagegen solche Strategien bezeichnet werden, die es nicht ermöglichen unangenehme Emotionen zu beenden und die den individuellen Bedürfnissen entgegenwirken. Eine zu häufige Anwendung von solchen Strategien kann im weiteren Schritt zu psychischen Störungen führen (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Westen und Blagov (2007) definierten Unterdrückung, Rumination, Vermeidung, Dissoziation und soziale Vermeidung als maladaptiv. Koole (2009) fügte

zusätzlich Denken, Reduktion der kognitiven Dissonanz, Schlussfolgern oder Stressinduziertes Essen oder Exzessiver Sport dieser Kategorie hinzu.

Bekanntlich besteht ein Zusammenhang zwischen frühkindlichem Trauma und einer erhöhten Neigung zur Rumination (Heleniak, Jenness, Vander Stoep, McCauley & McLaughlin, 2016). Rumination ist, wie bereits kurz erwähnt, durch ein wiederholtes Auftauchen von denselben Gedanken charakterisiert. Diese kreisen um ein Problem, ohne dass sie zu einer Lösung führen. Diese Strategie mit Problemen umzugehen oder Emotionen zu regulieren, erweist ein en Zusammenhang zu Depression (Olatunji, Naragon-Gainey, & Wolitzky-Taylor, 2013) und begünstigt sogar die Entstehung von Angsterkrankungen (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2010). Den Kindern, die ein Trauma erlitten haben, fällt es demnach schwer sich von negativem emotionalem Inhalt zu lösen. Zusätzlich mediiert die Neigung zur Rumination den Zusammenhang zwischen Kindheitsmissbrauch und internalisierten sowie externalisierten psychischen Störungen (Heleniak, Jenness, Vander Stoep, McCauley & McLaughlin, 2016). Huh, Kim, Lee und Chae (2017) zufolge begünstigen neben Rumination weitere maladaptive emotionsregulatorische Strategien wie Katastrophisierung und Selbstbeschuldigung die Entwicklung von Depressiviät und Ängstlichkeit nach einem emotionalen Missbrauch in der Kindheit. Zusätzlich zeigten Angstsensitivität und Depressivität stärkere Zusammenhänge mit maladaptiven als mit adaptiven emotionsregulatorischen Strategien (Loch, Hiller & Witthöft, 2011). Jedoch muss der Vollständigkeit halber auch erwähnt werden, dass Rumination eine wichtige Komponente des posttraumatischen Wachstums darstellt.

Marganskaet, Gallagher und Miranda (2013) haben in ihrer Forschung festgestellt, dass es eine Verbindung gibt, zwischen einer sicheren Bindung zwischen der Bezugsperson und ihrem Kind und besserer emotionalen Regulation, der Fähigkeit sich auf Ziele zu fokussieren, der Kontrolle impulsiven Verhaltens, sowie emotionale Erfahrungen während Stresssituationen zu differenzieren und zu akzeptieren. Diese Qualitäten zeigen sich wiederrum als Schutzfaktoren vor Depressionen und gesteigerter Ängstlichkeit. Demnach ist nicht nur die Art und Weise, wie Emotionen reguliert werden für Resilienz wichtig, sondern auch deren erlebte Valenz. Positive Emotionen sind mit einer Anzahl positiver Lebens-outcomes assoziiert, wie das Vorhandensein funktionierender interpersonaler Beziehungen (Waugh, Fredrickson, 2006) oder flexiblem, situationsangepasstem Verhalten (Tugade & Fredrickson, 2004).

Dies wiederum fällt unter die Fähigkeiten, die Resilienz repräsentieren. Der Studie von Philippe, Lecours und Beaulieu-Pelletier (2009) nach, spielt das emotionale Gedächtnis und die emotionale Regulation eine entscheidende Rolle diesbezüglich. Sie haben festgestellt, dass ein vorhandenes positives emotionales Netzwerk den Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Vorkommen von positiven Emotionen in Situationen, die Traurigkeit oder Ängstlichkeit hervorrufen, mediiert.

3. 3. Die Auswirkung von emotionalem Missbrauch in der Kindheit allgemein sowie auf Depressivität und Angsterkrankungen im Erwachsenenalter

Bei Herrmann (2005, S.6) findet sich folgende Auflistung allgemeiner Folgen emotionalen Missbrauchs:

„-Niedriges Selbstwertgefühl, negative Emotionalität und Lebenseinstellung, Angststörung, Depression, Suizidversuch- oder Gedanken.

- Störungen der emotionalen Gesundheit: Störung der Impulskontrolle, Borderline Persönlichkeiten, Reizbarkeit, emotionale Starre, physisches selbstverletzendes Verhalten.

- Soziale Störungen: antisoziales, delinquentes, kriminelles Verhalten, Bindungsprobleme, Selbstisolation, sexuelle Funktionsstörungen und Übergriffigkeit, Abhängigkeit, niedrige soziale Kompetenzen, niedrige Sympathie und Empathie für Andere.

- Niedrige akademische „Performance“, Lernstörungen, verzerrte Moralvorstellungen.

- Somatische Störungen, Gedeihstörungen, psychosomatische Störungen, erhöhte Mortalität.“

Einige Autoren behaupten, dass emotionaler Missbrauch eher mit der Entwicklung von Depressionen assoziiert ist, als andere Formen von Missbrauch oder Vernachlässigung, wie physischer oder sexueller Missbrauch. Diesbezüglich wurden in einer Metaanalyse 12 Studien mit insgesamt 4372 Proband*innen miteinander verglichen (Infurna et al., 2016). Um eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden Studien ausgewählt, die Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) als Interview verwendeten. Zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und der

späteren Entwicklung von depressiven Symptomen wurde eine stärkere Assoziation festgestellt als zwischen anderen Formen von Missbrauch und dieser affektiven psychischen Erkrankung. Solche Ergebnisse können durch die Studie von Hovens, Giltay, Spinhoven, van Hemert und Penninx (2015) unterstützt werden. In deren Untersuchung war emotionale Vernachlässigung der stärkste Prädiktor für das Vorhandensein von Depressionen und damit komorbiden Störungen im Erwachsenenalter. Dieser Studie zufolge besteht keine Assoziation weder zwischen emotionaler noch einer anderen Form von Missbrauch oder Vernachlässigung in Kindesjahren und späterer Entwicklung von Angststörung. Das Risiko eine Depression zu entwickeln war bei unter emotionalem Missbrauch leidenden Individuen dreimal höher im Vergleich zu gesunden Proband*innen. Diese Ergebnisse stammen von 1167 Befragten, wobei die Hälfte unter Depressionen oder Angststörungen litt und die andere Hälfte symptomfrei war.

In der Studie von Shapero et al. (2014) wurde bei 281 jungen Erwachsene (Alter zwischen 16-24 Jahren) herausgefunden, dass die Teilnehmer*innen bei Konfrontation mit emotionalem Missbrauch in der Kindheit, später wahrscheinlicher dazu neigten in stressvollen Situationen depressive Symptome zu zeigen, im Vergleich zu Proband*innen, die physische oder sexuelle Gewalterfahrungen erlebten.

Huh, Kim, Lee und Chae (2017) fanden bei ihrer Stichprobe (*N* = 585), die aus depressiven Patienten bestand, dass emotionaler Missbrauch im Kindesalter Depressivität sowie Angststörungen im Erwachsenenalter begünstigt. Zusätzlich mediieren maladaptive kognitive emotionsregulatorische Strategien diesen Zusammenhang.

Li, D'arcy und Meng (2016) führten eine Metaanalyse durch, in der Studien verglichen wurden, die kein retrospektives Verfahren angewendet haben um traumatische Kindheitserfahrungen zu erfassen. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und Depression (OR = 2.03) sowie Angststörungen (OR = 2.70).

Diese Studien zeigen, dass emotionaler Missbrauch weltweit eine der wichtigsten Ursachen bei Entwicklung von Depressionen und Angststörungen darstellt. Folglich stellt sich die Frage, wie verbreitet diese Form von traumatischen Erfahrungen innerhalb der Population ist. Diesbezüglich haben Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink und Van Ijzendoorn (2015) eine Metaanalyse durchgeführt, in der

244 Studien und 551 Prävalenz Raten verglichen wurden. Studien mit Selbstbeurteilungsverfahren berichten von beunruhigenden 363 von 1000 Personen, die unter emotionalen Missbrauch und von 184 von 1000 Personen, die unter emotionaler Vernachlässigung während der Kindheit litten. Andere Arten von Traumata liegen bei 127/1000 für sexuellen Missbrauch, 226/1000 für physischen Missbrauch und 163/1000 für physische Vernachlässigung. Den hier präsentierten Zahlen zufolge stellt emotionaler Missbrauch die verbreitetste Form von gegenüber Kindern ausgeübter Gewalt dar. Dies ist sehr alarmierend, da emotionaler Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung weniger thematisiert werden, im Vergleich zum physischen oder sexuellen Missbrauch. So wird zum Beispiel in einem Artikel der Zeit vom 5. Juni 2018 behauptet, dass sexueller Missbrauch die gängigste Form von Gewalt gegenüber Kindern darstellt. Solche Behauptungen entstehen anhand der einfach verfügbaren Statistiken, die aus den polizeilichen Berichten stammen. Weiter geht aus dem eben genannten Artikel hervor, dass die Polizei im Jahr 2017 13.539 Fälle von Vergewaltigungen und andere Arten sexueller Gewalt erfasste. Ein weiteres Problem ist, dass sexueller Missbrauch trotz der hohen Anzahl der nicht aufgedeckten Fälle viel eindeutiger zu definieren und zu kategorisieren ist, als beispielweise emotionaler Missbrauch (Horlich et al., 2014). Zudem ziehen alle anderen Formen vom kindlichen Missbrauch auch emotionale Folgen nach sich, was die Differenzierung nur schwieriger macht.

Die bisher aufgeführten Studien legen die Vermutung nahe, dass sexueller oder physischer Missbrauch und Vernachlässigung ganz offensichtlich thematisiertere und öfter untersuchte Arten von Gewalt darstellen als der emotionale Missbrauch.

3. 4. Resilienz als Mediator zwischen Kindheitstraumata und späteren Psychopathologien

Den vorigen Kapiteln ist zu entnehmen, dass Kindheitstraumata mit verschiedenen Psychopathologien im Erwachsenenalter assoziiert sind, wobei emotionaler Missbrauch in vielen Studien den stärksten Zusammenhang zu Depressionen und Angststörungen aufweist. Nichtsdestotrotz entwickeln nicht alle einem traumatischen Ereignis exponierte Kinder Depressionen oder Angsterkrankung oder andere Defizite, die sie im alltäglichen Leben einschränken würden. Warum dies so ist, also welche

Faktoren eine schützende Wirkung haben, soll anhand des Konzeptes Resilienz erklärt werden.

In Abhängigkeit von der Konzeptualisierung der Resilienz, können sich Kinder in Bezug auf einen Bereich zwar defizitfrei entwickeln, was allerdings nicht der Fall auf allen Lebensebenen sein muss. Es scheint demnach wichtig Kompetenzen auf verschiedenen Arealen zu prüfen, der Verhaltens-, Emotions-, Kognitions- und Bildungsebene (Walsh, Dawson & Mattingly, 2010).

Wie schon angedeutet, wurden verschiedene Faktoren definiert, welche eine fördernde Wirkung auf die Ausbildung von Resilienz nach einer traumatischen Erfahrung haben. Iacoviello und Charney (2014) fassten diese in ihrer Arbeit zusammen: Optimismus, aktive Bewältigungsstrategien, kognitive Flexibilität, ein unterstützendes soziales Netzwerk, das bewusste Hervorrufen von physischem Wohlbefinden. Über diese Fähigkeiten und Qualitäten kann ein Individuum bereits vor einem traumatischen Ereignis verfügen. Diese können allerdings genauso mit Hilfe von bestimmten Interventionen nach einem traumatischen Ereignis gezielt gefördert werden.

Außerdem mindern bestimmte Eigenschaften, die unter dem Begriff Resilienz beschrieben werden, negative Folgen von frühkindlichen traumatischen Erfahrungen oder Risiken. Diesbezüglich wurde in der Studie von Campbell-Sills und Stein (2007) eine Moderatorwirkung von Resilienz auf den Zusammenhang von Kindheitstraumata und derzeitigen psychopathologischen Symptomen gefunden. Relevanz für die vorliegende Arbeit hat zudem die Verwendung desselben Messinstruments, dem CD-RISC 10 (Connor Davidson Resilience Scale 10) zur Erfassung der Resilienz, sowie zur Messung der generellen psychischen Belastung das Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) von Derogatis. Hierbei wiesen Individuen, die ein traumatisches Ereignis erlebt hatten, eine hohe Resilienz auf und niedrige oder keine psychopathologische Symptomatik in Bezug auf Depression- und Angsterkrankungen, sowie somatische Symptome. Individuen, die an hoher Resilienz verfügten und Missbrauch erlebt hatten, unterschieden sich nicht bezüglich Depressiver- oder Ängstlichkeitssymptomatik von Personen, die kein Missbrauch erlebten und ebenfalls hohe Resilienz hatten. In dieser Studie verändert also Resilienz als Moderatorvariable den Zusammenhang zwischen dem Erleben von einem Trauma und späterer Entwicklung der psychiatrischen Symptome. Unterschied hierbei ist, dass ein Moderator den Zusammenhang zweier

Variablen verändert, wohingegen der für diese Arbeit relevante Mediator diesen Zusammenhang herstellt oder vermittelt.

Bethell et al. (2014) erweitern das Thema etwas, indem sie herausfanden, dass Resilienz eine abschwächende Wirkung auf die negativen Effekte von belastenden Kindheitserfahrungen im Kontext schulischer Leistungen hat. In ihrer Stichprobe wiesen Kinder im Alter von 6-17 Jahren mit Misshandlungserfahrungen schwächere Ergebnisse in ihrer schulischen Laufbahn auf, sowie einen schlechteren Gesundheitszustand als die Kontrollgruppe. Diese Effekte wurden vom Faktor Resilienz gemindert.

Depressivität und gesteigerte Ängstlichkeit

Untersuchungen zum Effekt von Resilienz auf den Zusammenhang von belastenden Kindheitserfahrungen und Depressionen sowie Ängstlichkeit im Erwachsenenalter gibt es bisher recht wenige. Die zu diesem Thema aktuellsten Studien sind von Poole et al. (2017), welche sich in zwei unterschiedlichen Arbeiten sowohl mit dem Krankheitsbild der Depressivität als Folge negativer Kindheitserfahrungen befassten, als auch mit Ängstlichkeit. Getestet wurden die Erfahrungen aus Kinderjahren mit dem Adverse Childhood Experiences Questionnaire, einem retrospektiven Messinstrument zur Erfassung belastender Kindheitserfahrungen.

Die hierarchische Regressionsanalyse zur Messung des Effekts von Resilienz auf den beschriebenen Zusammenhang zeigte folgende Resultate zur Depressivität: je mehr negative Ereignisse berichtet wurden, desto höher fielen die Werte im Bereich der Depressivität aus. Des Weiteren moderiert Resilienz den Zusammenhang von belastenden Kindheitserfahrungen und Depressionen im Erwachsenenalter. Und der Zusammenhang von negativen Kindheitserfahrungen und Depressivität war höher bei Individuen mit niedrigem Resilienzscores im Vergleich zu Proband*innen mit stabileren Werten zum Faktor Resilienz. Umgekehrt fungierte Resilienz als eine Art Puffer zwischen der Zunahme an belastenden Kindheitserfahrungen und Depressionen im Erwachsenenalter. Zudem war der stärkste Prädiktor für Depressivität im weiteren Lebensverlauf, das Erleben von emotionalem Missbrauch in der Kindheit.

In ihrer zweiten Studie zum Thema Ängstlichkeit kamen Pool et al. (2017) zu ähnlichen Ergebnissen: hierbei wird von einem indirekten Effekt der belastenden Kindheitserfahrungen ausgegangen, welche sich in Form von Emotionsdysregulation

wiederspiegeln. Die Stärke der Einflussnahme des Effekts variierte je nach Ausprägung der Resilienzwerte. Der Einfluss negativer Kindheitserfahrungen auf die Emotionsdysregulation der Teilnehmer*innen war bei jenen Individuen stärker, welche niedrige Level an Resilienz aufwiesen im Vergleich zu jenen mit hohen Werten. Resilienz wirkt demnach protektiv und moderierend in dem Kontext, indem dadurch adaptive Strategien der Emotionsregulation gestärkt und umgekehrt maladaptive geschwächt werden. Demzufolge steigt die Wahrscheinlichkeit von Angsterkrankungen und Emotionsdysregulation an, je mehr belastende Kindheitserfahrungen vorliegen, was nun durch den Faktor Resilienz moderiert wird. Somit kann auch hier wie in der erstgenannten Studie ein abpuffernder Effekt von Resilienz auf die Symptomatik im Erwachsenenalter (Ängstlichkeit) und auf dysfunktionale Emotionsregulation gesehen werden (Pool et al., 2017).

Diese Ergebnisse wurden so ähnlich auch 2012 von Seok et al. gefunden. Sie testeten 26 Proband*innen sowie eine geschlechts- und altersidentische Kontrollgruppe. In deren Studie kam man zu dem Resultat, dass körperlicher als auch emotionaler Missbrauch sowie Gewalt im Elternhaus signifikant mit Depressionen und deren Schweregrad positiv korreliert. Negativ fiel jedoch der Zusammenhang zu den gemessenen Resilienzfaktoren aus im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Gruppe depressiver Proband*innen erfuhr deutlich mehr Gewalt zwischen Eltern und deren Resilienz war deutlich niedriger. Besonders auffällig sind hierbei die Resilienzfaktoren Selbstwertgefühl und Fähigkeit zur Selbstkontrolle ins Gewicht gefallen. Jene waren in der Stichprobe negativ mit Depressionen korreliert. Auch hier kommt man daher zu dem Schluss, dass negative Kindheitserfahrungen Depressionen begünstigen und diese von einer guten Resilienz abgeschwächt werden können.

Die Einflussnahme von Resilienz auf Depressionen, wurde auch von Wingo et al. (2010) bestätigt. Sie untersuchten verschiedene Arten von traumatischen Erfahrungen: sexuellen, physischen und emotionalen Missbrauch sowie andere traumatische Erlebnisse, wie den Verlust von geliebten Personen oder Naturkatastrophen und deren Einfluss auf die Entwicklung von Depressionen. Hierfür rekrutierten sie 792 Proband*innen. Die Forscher beschrieben mit Hilfe einer durchgeführten linearen Regressionsanalyse die abschwächende Wirkung von Resilienz auf die Ausprägung von Depressionen zum einen und zum anderen deren moderierende Auswirkung im Kontext von traumatischen Erfahrungen. Jene bezogen

sich hierbei jedoch nicht zwangsläufig auf die Kindheit, sondern auch andere auf andere Traumatisierungen. Der Einfluss von emotionalem Missbrauch wurde nicht herausgerechnet, dieser wurde gemeinsam mit sexuellem und physischem Missbrauch erhoben und in die Berechnung einbezogen. Auch in dieser Studie konnte ein signifikanter Effekt zur negativen Wirkung aller untersuchten Traumaarten bezüglich des Schwergrades von Depressionen gefunden.

In der vorliegenden Studie wird statt einer moderierenden eine mediierende Rolle von Resilienz zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und späterer Entwicklung von Depressivität oder Angsterkrankungen angenommen. Das bedeutet, dass Resilienz hier zum Teil für den mindernden Effekt der Folgen eines traumatischen Ereignisses zuständig ist. Soweit bekannt, wurde diese Wirkung von Resilienz auf den spezifischen Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und späterer Entwicklung von Depressionen und Angsterkrankung bisher nicht erforscht. Genau dies stellt den neuen Aspekt im Bereich dieser Forschung dar, auf welchen sich die aktuelle Arbeit bezieht.

3. 5. Darstellung der Forschungsfragen und Hypothesen

Nach Darstellung der theoretischen Sachlage zum vorliegenden Themenfeld ergaben sich folgende empirisch überprüfbare Forschungsfragen und Hypothesen:

- Wie wirkt sich emotionaler Missbrauch in der Kindheit auf die Entwicklung von Psychopathologien, genauer Angst- und Depressionserkrankungen, im Erwachsenenalter aus?
- Welche Rolle spielt bei diesem prognostizierten Zusammenhang die Resilienz als Mediator?

Hypothese 1: Zusammenhang zwischen emotionaler Gewalt in der Kindheit und Depressionserkrankungen im Erwachsenenalter

H1: Durch das Erfahren von emotionalem Missbrauch in der Kindheit, steigt das Risiko im Erwachsenenalter an Depressionen zu leiden.

H0: Das Erleben von emotionalem Missbrauch in der Kindheit nimmt keinen Einfluss auf das Entstehen von Depressionserkrankungen im Erwachsenenalter.

Hypothese 2: Zusammenhang zwischen emotionaler Gewalt in der Kindheit und Angsterkrankungen im Erwachsenenalter

H1: Durch das Erfahren von emotionalem Missbrauch in der Kindheit, steigt das Risiko im Erwachsenenalter unter Angsterkrankungen zu leiden.

H0: Das Erleben von emotionalem Missbrauch in der Kindheit nimmt keinen Einfluss auf das Entstehen von Angsterkrankungen im Erwachsenenalter.

Hypothese 3: Die mediirende Wirkung von Resilienz auf Psychopathologien nach erlebtem Missbrauch

H1: Resilienz hat eine abschwächende Wirkung auf die Symptomatik einer Angst- oder Depressionserkrankung: je resilienter eine Person mit emotionaler Missbrauchserfahrung, desto weniger starke Psychopathologien weißt sie im Erwachsenenalter auf.

H0: Resilienz weißt keine signifikante Wirkung auf den prognostizierten Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und Psychopathologien im Erwachsenenalter auf.

In dieser Studie wird also untersucht ob Resilienz den genannten Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und späterer Disposition zu Depressivität und gesteigerter Ängstlichkeit mediiert. Dies stellt einen neuen, noch wenig erforschten Beitrag dar.

4 Methodik

4. 1. Partizipant*innen und Stichprobenakquise (N=772)

Die Erhebung fand auf den Stationen der Unfallambulanz, der neurologischen Ambulanz, der Hals-Nasen-Ohren Ambulanz und der Neurochirurgie des Krankenhauses in Innsbruck statt. Sowie in der Drogenfachstation des Krankenhauses Hall in Tirol. Befragt wurden Personen ab dem 18. Lebensjahr, die Teilnahme war freiwillig und anonym. Prozentual am stärksten vertreten war hierbei die HNO Ambulanz mit 57,51 %, gefolgt von der Neurochirurgie (40,28%), der neurologischen Ambulanz (1,55%), der Drogenfachstation (0,52 %) sowie der Unfallambulanz mit 0,13 Prozent der Probanden. Abbildung 1 stellt diese Verteilung noch einmal graphisch dar.

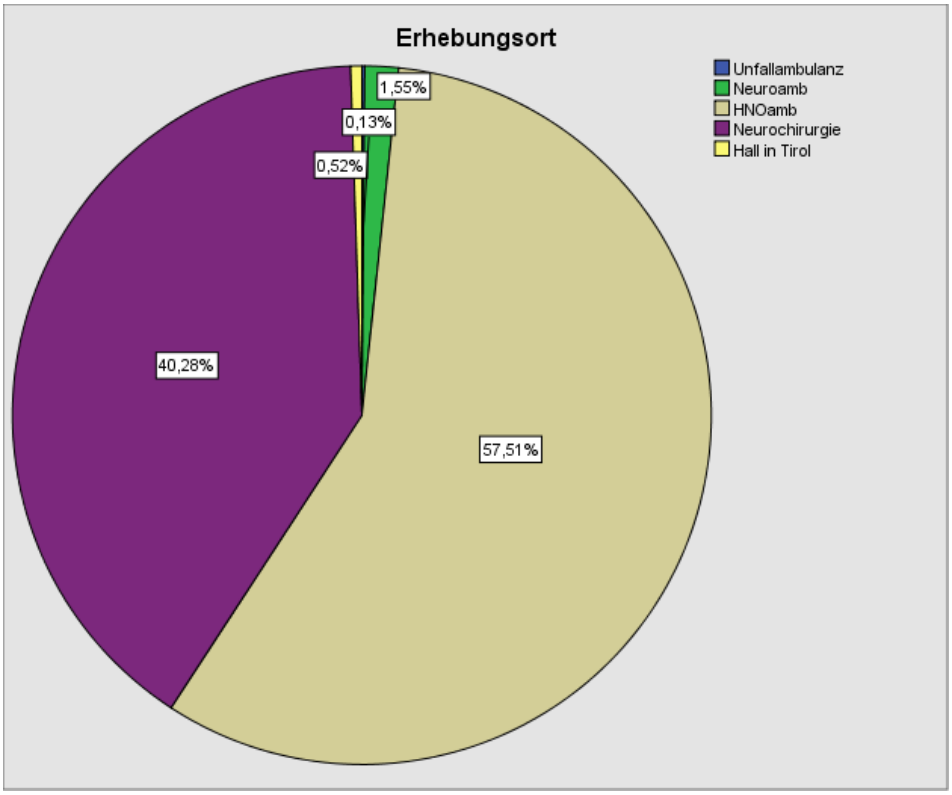


*Abbildung 1 Prozentuale Verteilung der Proband*innen nach jeweiliger Erhebungsstation; N=772*

4. 2. Ablauf der Stichprobenakquise

Untersucht wurde von Oktober 2015 bis Februar 2018. Zuerst in den Ambulanzen des Klinikums Innsbruck, anschließend in der Psychiatrie Hall. Hierbei wurden die in den Ambulanzen wartenden Patienten angesprochen und gefragt, ob diese bereit wären, an der Studie teilzunehmen und die Fragebögen auszufüllen. Im Laufe dieses Gesprächs, wurde kurz der Inhalt der Studie beschrieben und auf die freiwillige sowie anonyme Teilnahme hingewiesen. Wurde mit einer Einverständniserklärung eingewilligt, erhielt die teilnehmende Person den Fragebogen, sowie ein Klembrett und einen Stift zur Bearbeitung der Fragen. Die Bearbeitungszeit betrug im Schnitt 35 Minuten. Traten Fragen innerhalb der Bearbeitung auf, konnten diese meist zufriedenstellend beantwortet werden. Vereinzelte Personen erlebten das Ausfüllen der Fragebögen als sehr aufwühlend und belastend, weswegen hier auf das angebotene Belastungsgespräch seitens der Ambulanz der Medizinischen Psychologie hingewiesen wurde. Dies nahm jedoch vermutlich niemand in Anspruch. War die Bearbeitung der Fragebögen beendet gaben die Teilnehmer*innen die Papiere zurück, welche mit Nummern versehen wurden, um einen Überblick über die Anzahl der bereits ausgefüllten Fragebögen erhalten zu können. Zusätzlich wurde eine Liste geführt, in welche das Datum des Erhebungstages, die Anzahl der angesprochenen Menschen, die der Abweisungen und deren Grund und die Gesamtzahl eingetragen wurde.

4. 3. Vorstellung der für die aktuelle Studie relevanter Testverfahren

4. 3. 1. Fragen zur Person

Im 27 Items langen Fragebogen „Fragen zur Person“ waren die Proband*innen aufgefordert ihre soziodemographischen Daten anzugeben. Neben dem Alter, Geschlecht, dem Familienstand, der Wohn- und Arbeitssituation wurde nach dem Grund des Klinikaufenthalts, der Dauer und der Häufigkeit der letzten Ambulanzbesuche gefragt. Zudem waren die Teilnehmer*innen angehalten kund zu tun, ob sie im Krankenhaus auf häusliche Gewalt angesprochen wurden, falls ja von wem und ob sie Gesetze zum Schutz von Gewaltopfern kennen, sowie jene, welche die Täter verfolgen. Die letzten Fragen sollten in Erfahrung bringen, ob im

Bekanntenkreis der Proband*innen Menschen Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind oder Personen häusliche Gewalt ausüben.

4. 3. 2. Fragen zu Erkrankungen

Dieser Fragebogen lag mit einer Itemstückzahl von 15 vor und wurde dem Deutschen Schmerzfragebogen entnommen (Casser et al., Deutsche Schmerzgesellschaft, 2015). Hierbei wurden die eventuelle Krankenvorgeschichte oder die Folgen einer Erkrankung erfasst. Erfragt wurden dabei die Bereiche Bösartige Erkrankungen, das Nerven- und Herzkreislaufsystem, die Atemwege, Erkrankungen innerer Organe, sowie des Stoffwechsels, der Haut, des Muskelskeletts, gynäkologische Auffälligkeiten, chronische Schmerzen, seelische Leiden, Risikofaktoren und zuletzt Unverträglichkeiten. Falls in einem oder mehreren Bereichen eine Erkrankung vorlag, konnte zudem angegeben werden, wie stark die dadurch vorliegende Alltagsbeeinträchtigung eingeschätzt wurde. Diese Angabe wurde auf einer Skala von 0=keine Beeinträchtigung hin zu 3=starke Beeinträchtigung festgelegt.

4. 3. 3. Brief Symptom Inventory (BSI-18)

Das BSI-18, welches mit 18 Items die Kurzversion des von Derogatis (2001) verfassten 53 Items langen Brief Symptom Inventory darstellt, soll Probleme und Beschwerden innerhalb der letzten sieben Tage des Proband*innen erfassen. Hierbei kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala angegeben werden, ob die aufgelisteten Beschwerden überhaupt nicht (0), ein wenig (1), ziemlich (2), stark (3) oder sehr stark (4) in Erscheinung traten. Gemessen werden die Ergebnisse mit Hilfe der jeweils aus 6 Items bestehenden Skalen Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit, sowie dem globalen Kennwert GSI, welcher die allgemeine psychische Belastung, also den Gesamtwert angibt. Die gekürzte Form des Tests bietet deutlich mehr Handhabbarkeit und erfasst zugleich die am häufigsten auftretenden Beschwerden der Allgemeinbevölkerung (Spitzer et al., 2011).

Die Testung des Instruments erfolgte an N=638 Proband*innen aus klinischen und nicht klinischen Stichproben und lieferte zufriedenstellende Ergebnisse. Die Reliabilitätskoeffizienten der Skalen, gemessen via interne Konsistenz, waren stets mittel bis hoch, wobei sich für Depressivität und Ängstlichkeit ein Cronbach α von 0.84 zeigte. Für Somatisierung lag es bei 0.79 und für den GSI bei 0.91 (Franke et al. 2011).

Zwischen den verschiedenen Teilnehmer*innengruppen konnte mittels des Verfahrens gut getrennt werden und eine Übereinstimmung zwischen der Beurteilung des eigenen Zustandes durch die Proband*innen und der zusätzlich erfolgten Fremdbeurteilung durch anwesende Therapeuten war gegeben. Des Weiteren kann die Reduktion des Instruments auf 18 Items und der damit einhergehende Informationsverlust bei größeren Stichproben ignoriert werden, für individuelle Diagnostik sollte jedoch weiterhin auf die Langversion zurückgegriffen werden (Franke et al.2011).

Die Items des BSI-18 sind in folgende Skalen unterteilt: Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung. Für die vorliegende Arbeit wurden die Skalen Depressivität sowie Ängstlichkeit verwendet. Welches Item hierbei zu welcher Skala gehört wird in Tabelle 1 verdeutlicht.

Betrachtet man die für die vorliegende Arbeit benutzten Items zur Messung von Depressivität, so erscheinen die leichte sowie mittelgradige Episode als am ehesten messbar mit dem verwendeten Instrument.

Die beiden Versionen der schweren depressiven Episode müssen nach Dilling et al. (2000) stets das sogenannte somatische Syndrom beinhalten, welches jedoch aus Merkmalen besteht, die mit den aktuell verwendeten Instrumenten nicht zufriedenstellend abbildbar sind.

Tabelle 1 Relevante Skalen des BSI-18

BSI-18	
Items der Skala Depressivität	***Items der Skala Ängstlichkeit***
2. Interessenlosigkeit	3. Nervosität oder inneres Zittern
5. Einsamkeitsgefühle	6. Gefühl gespannt zu sein
8. Schwermut	9. Erschrecken ohne Grund
11. Gefühl, wertlos zu sein	12. Schreck- oder Panikanfälle
14. Gefühl der Hoffnungslosigkeit	15. Ruhelosigkeit
17. Idee, sich das Leben zu nehmen	18. Furchtsamkeit

Anmerkung. Vgl. Spitzer et. al 2011.

Nachfolgend jeweils ein Beispielitem der Skala Depressivität und Ängstlichkeit:

Depressivität: 2. Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Interessenlosigkeit?

Ängstlichkeit: 3. Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Nervosität oder inneres Zittern?

4. 3. 4. Belastende Kindheitserfahrungen (KERF)

Die Skala KERF ist ein Instrument zur umfangreichen Messung belastender Kindheitserfahrungen. Sie basiert auf dem Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) von Teicher und Parigger (2015). Jene wurde im Jahr 2011 von Isele et al. ins Deutsche übersetzt und an einzelnen Stellen sprachlich an die kulturellen Unterschiede angepasst. Der Test erfasst negative Erfahrungen, welche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres durch Eltern, andere erwachsene Bezugspersonen oder Gleichaltrige erfahren wurden mit Hilfe von 75 Items. Darunter fallen körperliche Gewalt, körperliche Vernachlässigung, sexuelle Übergriffe als auch nonverbale und emotionale Gewalt, sowie das Miterleben von körperlicher Gewalt gegenüber einer nahestehenden Person (Isele et al., 2014).

Für die Beantwortung des Fragebogens werden diverse belastende Situationen in der Kindheit beschrieben, welche der Proband bestätigen oder verneinen kann. Zudem soll für den Fall, dass jene Situationen erlebt wurden, angegeben werden, in welchem Alter (1-18 Jahre) dies geschah. Für manche Items gibt es zudem die Möglichkeit zu erfragen, ob Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen empfunden wurde und welche Person beteiligt gewesen ist.

Die psychometrische Beurteilung der KERF erfolgte an 165 weiblichen Probanden, wovon ein Teil zusätzlich mit weiteren Instrumenten wie z.B. dem CTQ (Bernstein et al., 2003; in deutscher Validierung Wingenfeld et al., 2010), welcher ebenfalls Missbrauch und Vernachlässigung misst, als auch einem Borderline Fragebogen (BSL-23; Bohus et al., 2009) sowie weiteren Messinstrumenten, getestet wurden.
Die interne Konsistenz wird hierbei nicht angegeben, da dieses Maß für die Darstellung von Eventlisten eher umstritten ist.

„Korrelationen mit Depressivität, Dissoziation und Borderline-Symptomatik belegen die divergente Validität und klinische Relevanz der konstruierten Subskalen sowie

des Gesamtinstruments“ (Isele et al., 2014, S.126). Generell lässt sich sagen, dass die KERF gegenüber anderen deutschsprachigen Instrumenten belastende Kindheitserfahrungen spezifischer und breit gefächerter abbildet und erfasst (Islele et al. 2014).

Für die vorliegende Untersuchung waren folgende bereits im Theorieteil genannte Skalen der KERF von Interesse: Verbale Gewalt durch Eltern (PVA), nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (PNVEA), Emotionale Vernachlässigung (EN) und Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige (PEERE).

Tabelle 2 zeigt die genannten Skalen mit den dazugehörigen Items und dem jeweiligen Cut-off Wert

Tabelle 2 Relevante Skalen des KERF

KERF	
PVA Skala, Cut-off: 3 von 4 Items	***EN Skala, Cut-off: 5 von 10 Items***
1. Verfluchte(n) sie Sie […].	51. […] Mutter nicht verfügbar […] neg.
2. Sagte(n) Sie verletzende Dinge […].	52. […] Vater nicht verfügbar […] neg.
3. Schrie(n) oder brüllte(n) sie Sie […].	53. […] Mutter nicht verfügbar […] pos.
5. Drohten sie fortzugehen […].	54. […] Vater nicht verfügbar […] pos.
PNVEA-Skala, Cut-off: 3 von 5 Items	56. […] keine Zeit […] zu sprechen.
4. Verhielten sie sich […] Angst […].	57. […] Gefühl geliebt zu werden
6. Schloss(en) sie Sie […] ein.	58. […] besonders zu fühlen
55. […] schwer zufrieden gestellt […].	73. […] gaben aufeinander acht
65. […] Verantwortung […].	74. […] fühlten sich einander nahe
67. […] wichtige Dinge geheim […].	75. […] Unterstützung für Sie
PEERE-Skala, Cut off: 4 von 5 Items	
39. […] beschimpfte(n) […].	
40. […] sagten(n) verletzende Dinge […]	
41. […] setzte(n) Gerüchte über Sie […].	
42. […] schloss(en) Sie […] aus […].	
43. […] Angst […] verletzt zu werden.	

Anmerkung. PVA=verbale Gewalt durch Eltern; PNVEA=nonverbale, emotionale Gewalt durch Eltern; EN=emotionale Vernachlässigung; PEERE=emotionale Gewalt durch Gleichaltrige (Vgl. Isele et al. 2014)

Nachfolgend wird je ein Beispielitem pro verwendeter Skala vorgestellt:

PVA: 1. Verfluchte(n) sie Sie, beschimpfte(n) sie Sie, sagte(n) sie beleidigende Dinge zu Ihnen, wie Sie seien „dick“, „hässlich“, „dumm“, usw. mehr als nur wenige Male im Jahr.

PNVEA: 4. Verhielte(n) sie sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden.

EN: 51. Sie hatten das Gefühl, dass Ihre Mutter (Stiefmutter, Pflegemutter oder Großmutter) zwar im Haushalt anwesend war, für Sie jedoch, aus Gründen wie Drogen- oder Alkoholkonsum, zu viel Arbeit (Workaholic/ „Arbeitstier“), einer Affäre, dem rücksichtslosen Verfolgen eigener Ziele, emotional nicht verfügbar war/Ihnen emotional nicht zugewandt war.

PEERE: 43. Die verhielt(en) sich so, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden.
Falls Ihnen obiges durch eine(n) Freund(in)/Partner(in) geschehen ist, geben Sie bitte hier an, in welchem Alter dies war.

4. 3. 5. Connor Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10)

Der Connor Davidson Resilience Scale-10, stellt die Kurzform des von Connor&Davidson 2003 entwickelten Connor Davidson Resilience Scale dar. Diese liegt für die aktuelle Studie in der deutschen Übersetzung von Krähenmann & Krauseneck (2006), vor. Die Ursprungsform welche 25 Items beinhaltet, wurde hierbei auf 10 Items gekürzt. Der CD-RISC-10 ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, welcher mit Hilfe eben dieser 10 Items das Konstrukt Resilienz misst. Hierbei soll der Proband anhand einer 5-stufigen Skala einstufen, ob die im Test beschriebenen Situationen überhaupt nicht wahr (0), selten wahr (1) manchmal wahr (2), oft wahr (3) oder fast immer wahr (4) sind. Die dargestellten Szenarien bilden auf unterschiedliche Arten ab, wie mit Stress oder unangenehmen Gefühlen umgegangen werden kann, als auch mögliche Einschätzungen von Stress als Herausforderung und nicht Überforderung.

Campbell & Stein (2007) testeten die psychometrischen Eigenschaften des CD-RISC-10 an einer N=131 großen Stichprobe. Die Ausgangsüberlegung hierbei war, dass sich negative Erfahrungen in der Kindheit auf die Entwicklung von aktuellen psychiatrischen

Erkrankungen auswirken. Es gibt jedoch bekannterweise Personen, welche trotz solcherlei Erfahrungen weniger an genannten Symptomen leiden und welche mit dem Wort „resilient“ betitelt werden. Misst der CD-RISC-10 tatsächlich valide jenes Konstrukt, sollten die vorliegenden Scores eine moderierende Wirkung auf den Zusammenhang von belastenden Kindheitserfahrungen und psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter vorweisen. Getestet wurde deshalb, ob Probanden, welche hohe Werte in Bezug auf belastende Kindheitserfahrungen, als auch im CD-RISC-10 vorwiesen, geringere psychiatrische Symptome zeigten, verglichen mit Partizipant*innen mit hohen Scores bezüglich negativer Kindheitserlebnisse und einer niedrigen Ausprägung des CD-RISC-10 (Campbell & Stein, 2007). Für die Untersuchung wurden 131 Proband*innen einer 1743 großen Stichprobe eingesetzt, welche zuvor eine Testung (CTQ und BSI 18) zu Traumata in der Kindheit sowie psychiatrische Erkrankungen durchliefen.

Die Ergebnisse gestalteten sich wie folgt: die interne Konsistenz angeben durch Cronbachs Alpha war mit einem Wert von r=.85 gut. Ebenfalls konnten signifikante Werte für die Konstruktvalidität (r=.56) gefunden werden (Campbell & Stein, 2007). Die beschriebenen Resultate legen den Verdacht nahe, dass der CD-RISC-10 ein solides Instrument ist, um zwischen einer stark und schwach ausgeprägten Resilienz zu differenzieren.

Dieser Fragebogen ging komplett in die Testung ein, da er nur das Konstrukt Resilienz misst und dies für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist.

Im Folgenden eine Darstellung eines Beispielitems des genannten Fragebogens:

9. Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeinen Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.

4. 4. Studiendesign

Das Untersuchungsdesign der vorliegenden experimentellen Studie basierte wie oben bereits erwähnt auf der Verwendung mehrerer Fragebögen (KERF, BSI-18, CD-RISC-10, Fragen zur Person und Erkrankung) und war als Feldforschung ausgelegt. Die Testung konnte als quantitative Einzel- oder auch Gruppenbefragung durchgeführt werden, da das parallele Arbeiten mehrerer Proband*innen an ihren jeweiligen

Fragebögen gut umsetzbar war. Die Befragung fand innerhalb der bereits seit geraumer Zeit laufenden groß angelegten Langezeitstudie mit immer wieder neuen Teilnehmer*innen statt, weswegen es sich um eine Querschnittstudie handelt.

4. 5. Datenanalyse

Alle Daten wurden zunächst in eine SPSS Matrix übertragen. Anschließend folgte die statistische Auswertung, wobei eine Umpolung einzelne Items vor der Berechnung stattfand.

Bevor mit den einzelnen Berechnungen gestartet wurde, fand eine Überprüfung des N=772 Teilnehmer*innen fassenden Datensatzes auf die Vollständigkeit der benötigten Angaben hin statt. Dies ergab, dass nicht alle Items oder Fragebögen, welche für die vorliegende Untersuchung notwendig waren, von der Gesamtzahl der Proband*innen beantwortet wurden. Man eliminierte deshalb die Fragebögen, welche fehlende Werte beinhalteten für die weiteren Berechnungen, wobei N=491 übrig blieben.

Nach dem Entfernen der nicht benötigten Daten, ergab sich folgende neue prozentuale Verteilung der Teilnehmer*innen pro aufgesuchter Station: HNO Ambulanz (54,99%), Neurochirurgie (41,96%), neurologische Ambulanz (2,04%), Drogenfachstation Hall in Tirol und zuletzt die Unfallambulanz mit 0,20%. Dies wird erneut in nachfolgender Abbildung 2 aufgezeigt.

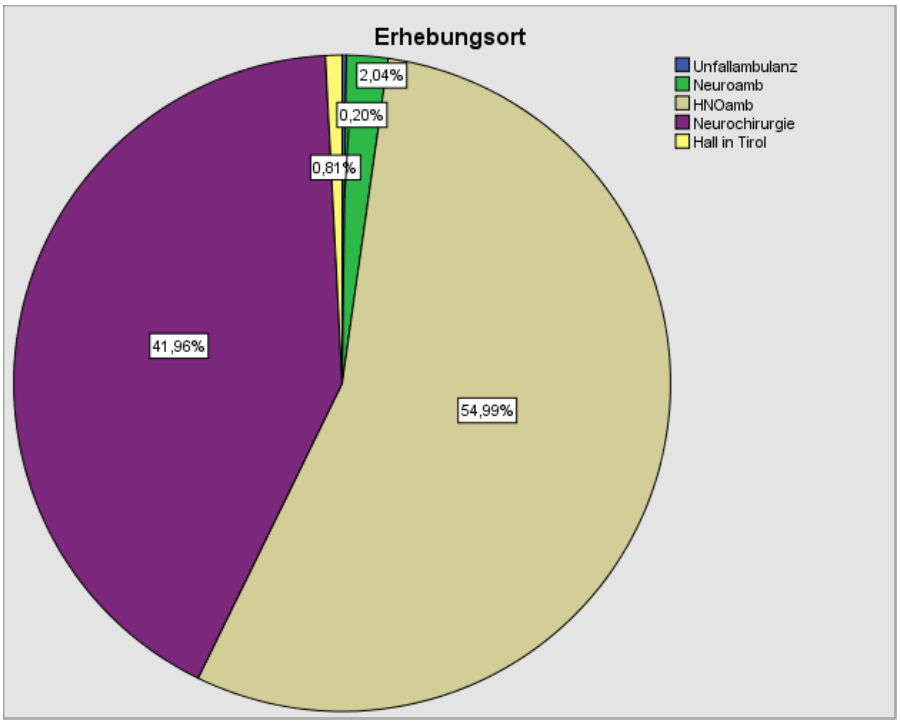


*Abbildung 2 Prozentuale Verteilung der Proband*innen nach jeweiliger Erhebungsstation, nach Eliminierung unvollständiger Daten; N=491.*

Berechnet wurden nun anschließend die Mittelwerte und Interkorrelationen der einzelnen Skalen, sowie deren Reliabilität. Für die Interkorrelationen griff man auf eine Pearson Produkt Moment Korrelation zurück. Dies stellt das am meisten verwendete Verfahren dar, um lineare Zusammenhänge zwischen zwei Variablen zu erfassen. Hierbei werden die Werte meist durch den Buchstaben p abgekürzt oder auch als Korrelationskoeffizient r angegeben. Die jeweiligen Ergebnisse können Werte zwischen -1 und +1 annehmen, wobei -1 für einen perfekten negativen und +1 für einen perfekten positiven Zusammenhang stehen. Ein Korrelationskoeffizient von Null gibt an, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den jeweiligen Variablen besteht.

Im Folgenden wurde den zuvor aufgestellten Forschungsfragen und Hypothesen statistisch nachgegangen, wofür für die einzelnen Modelle jeweils eine Mediation berechnet wurde.

Um die genannte Mediation zu erstellen, wurde das für SPSSS vorliegende Zusatzprogramm Process nach Andrew F. Hayes in der Version 2.16.1 verwendet. Zuallererst führte man jedoch eine z-Standardisierung der benötigten Skalen durch, um die einzelnen Werte vergleichbar zu machen. Somit lag das arithmetische Mittel

bei Null, sowie Standardabweichung und Varianz bei 1. Anschließend folgte die Berechnung der Mediationen mit Hilfe einer Regressionsanalyse.

Eine Mediation kennzeichnet sich dadurch aus, dass es sich um einen kausalen Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen handelt. Man geht hierbei davon aus, dass die unabhängige Variable (x) die abhängige Variable (y) nicht nur direkt beeinflusst, sondern auch indirekt über den sogenannte Mediator (m). Der Effekt wird sozusagen über den Mediator vermittelt. Somit erklärt der Mediator teilweise den Mechanismus hinter der Kausalität zwischen x und y (Leonhart, 2009).

Es besteht demnach ein kausaler Zusammenhang zwischen allen drei Faktoren. Wobei die Wirkung der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable im Mediatormodell (Mediatoreffekt) geringer ausfallen muss, als die direkte Einflussnahme (totaler Effekt).

Hierbei wird zudem zwischen einer vollständigen und teilweisen Mediation unterschieden. Bei einer vollständigen Mediation “verschwindet“ der Effekt von x auf y unter Hinzunahme des Mediators gänzlich. Reduziert er sich lediglich signifikant spricht man von einer teilweisen oder partiellen Mediation. Abbildung 3 stellt dies graphisch dar.

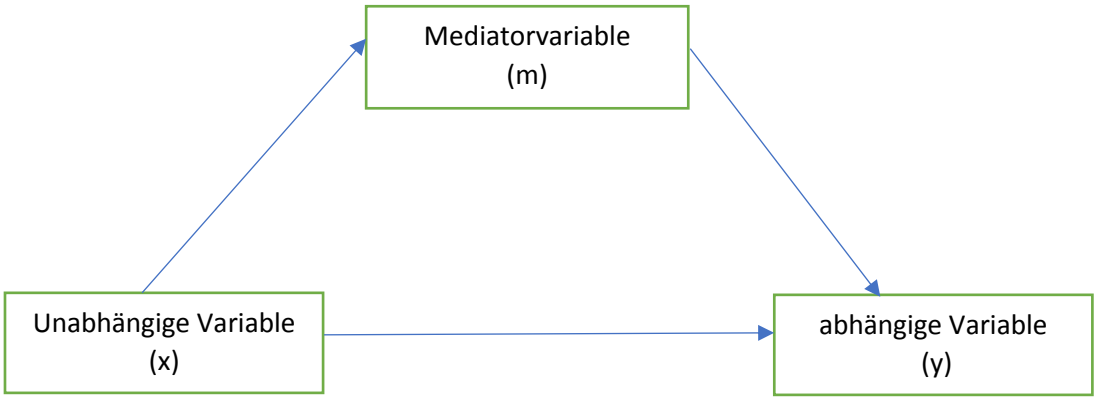


Abbildung 3 Darstellung einer klassischen Mediation.

5 Ergebnisse

Es folgt eine deskriptive Beschreibung des prognostizierten Zusammenhangs zwischen emotionalen Gewalterfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung psychopathologischer Symptome wie Depressionen und Ängsten im Erwachsenenalter. Dem schließt sich eine Vertiefung der Fragestellung mit Hilfe einer Regressionsanalyse an, welche den möglichen Mediator Resilienz beinhaltet.

5. 1 Beschreibung der Stichprobe

Der verbliebene Datensatz aus N = 491 Proband*innen setzt sich aus einer relativ homogenen Stichprobe zusammen, was die deskriptive Berechnung ergab. Die Teilnehmer*innen wiesen ein Alter zwischen 18 und 80 Jahren auf, wobei bei beiden Geschlechtern der Hauptteil in der Altersgruppe von 18-39 Jahre zu finden war. Hier lag der Frauenanteil bei N = 117 (M=42,44; SD=15,59), der der Männer bei N = 92 (M=44,95; SD=16,28). Doch auch die Gruppe der 40-59 Jährigen war stark vertreten mit 95 Frauen und 84 Männern, wie in Tabelle 3 ersichtlich wird.

Tabelle 3 Altersverteilung der Stichprobe, stratifiziert nach Geschlecht

	Frauen			**Männer**		
	N	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Alter		42,44	15,59		44,95	16,28
18-39 Jahre	117			92		
40-59 Jahre	95			84		
60- 74 Jahre	30			34		
75 Jahre und älter	8			14		

Anmerkung. N=491; M=mean; SD= sandard deviation.

Tabelle 4 zeigt die prozentuale Verteilung von Frauen und Männern bezüglich der Merkmale Nationalität, Migrationshintergrund, Familienstand, Wohnsituation, höchste abgeschlossene Ausbildung, Arbeitsstatur und dem Besitz eines Behindertenausweises.

Der Anteil der aus Österreich stammenden Frauen betrug 76,4%, der der Männer 79,8%. Und 7,5% weibliche deutsche Staatsbürger, sowie 9,2% männliche sind ebenfalls vertreten. Zudem waren diverse andere Nationen vertreten, dies jedoch nur zu sehr kleinen Anteilen, weswegen jene zur Gruppe “weitere“ zusammengefasst wurden. Hierbei lag der Ausländeranteil der Frauen bei 7,2% und der der Männer bei 3,4%. Den Migrationshintergrund betreffend lagen die weiblichen Proband*innen ebenfalls leicht vorne mit 10,2% im Vergleich zu dem der Männer von 7,0%.

Beim Familienstand gaben 25,6% der Frauen und 21,1% der Männer an, alleinstehend zu sein. Hingegen war die Anzahl der verheirateten oder in Lebensgemeinschaften lebende Personen in etwa doppelt so hoch. Demnach waren 50,4% der Frauen und 54, 4% der Männer verheiratet oder befanden sich in einer Lebensgemeinschaft. In einer festen Partnerschaft zu sein gaben 10,6% der weiblichen Teilnehmer und 12,7% der männlichen an. Eine geringe Anzahl der Proband*innen lebt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen: 0,8% der Frauen und 2,2% der Männer. 7,9% der Frauen und 6,6% der Männer gaben an getrennt zu sein, wohingegen mehr als doppelt so viele Frauen (2,8%) verwitwet sind (Männer 0,9%).

Über die Hälfte der Studienpopulation wohnen mit der eigenen Familie zusammen, Frauen 55,5% und Männer 53,2%. Allein leben 16,5%, bei der Herkunftsfamilie 12,6% und in Wohngemeinschaften 10,2% der Frauen. Auch hier scheint die Verteilung der Männer ähnlich zu sein: 16,2% leben allein, 11,8% bei der Herkunftsfamilie und 8,3% in Wohngemeinschaften.

Die stärksten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind den Punkt der Ausbildung betreffend zu finden. So weisen beispielsweise nur 2% der Frauen, jedoch 9,3% der Männer einen Meisterabschluss auf. Umgekehrt scheint die Situation des Universitätsabschlusses zu sein. Hier geben 18,5% weibliche und 14,5% männliche Partizipant*innen an, über einen solchen Abschluss zu verfügen. 26,4% Frauen schließen die Matura oder eine berufsbildende höhere Schule ab, sowie 21,9% der Männer. Die Frauen überwiegen demnach innerhalb der höheren Ausbildungen leicht. Andererseits gaben 2% der Frauen und nur 0,9% der Männer an, die Schule noch nicht beendet zu haben. Die geschlechtsspezifische Verteilung war recht ähnlich bei dem nicht Vorhandensein eines Schulabschlusses (0,4% Frauen, 0,9% Männer), bei einem Pflichtschulabschluss ohne Lehre (Frauen 10,2%, Männer 8,3%), sowie beim Pflichtabschluss mit anschließender Lehre (Frauen 34,6%, Männer 35,5%).

Den Arbeitsstatus betreffend gaben 45,7% der Frauen und 42,5% der Männer an, berufstätig zu sein. 12,2% Frauen und 12,7% Männer befinden sich hierbei in einem Angestelltenverhältnis. Zudem gibt es 5,3% Arbeiter und 2% Arbeiterinnen. In Ausbildung befinden sich 0,4% weibliche und 0,9% männliche Probanden. Ähnlich zeigen sich ebenfalls die Zahlen der Pensionisten. Hier liegen die Frauen bei 16,1% und die Männer bei 17,1%. Arbeitslose Frauen innerhalb der Population gibt es 8,3%, Männer 9,6%. Der größte Unterschied besteht in der Kategorie der Hausfrauen, welche zu 7,1% von Frauen und nur von 1,8% der Männer bestätigt wurde.

Es zeigten sich außerdem Unterschiede in der Frage nach einem Behindertenausweis Hierbei gaben 92,9% der Frauen, jedoch nur 85,5% der Männer an, keinen zu besitzen. Passend hierzu wurde 11,4% der Männer und nur 6,3% der Frauen ein solcher Ausweis ausgestellt.

Tabelle 4 Zusammensetzung der Stichprobe, stratifiziert nach Geschlecht

	Frauen		**Männer**	
	N	*%*	*N*	*%*
Nationalität				
Österreichisch	194	76,4	182	79,8
Deutsch	19	7,5	21	9,2
Weitere	18	7,2	8	3,4
Migrationshintergrund				
Ja	26	10,2	16	7,0
Nein	176	69,3	159	69,7
Familienstand				
Alleinstehend	65	25,6	48	21,1
Verheiratet/Lebensgemeinschaft	128	50,4	124	54,4
Geschieden/Getrennt	20	7,9	15	6,6
Feste Partnerschaft	27	10,6	29	12,7
Gleichgeschlechtliche Partnerschaft	2	0,8	5	2,2
Verwitwet	7	2,8	2	0,9
Wohnsituation				
Alleinlebend	42	16,5	37	16,2
Lebe mit eigener Familie	141	55,5	122	53,2
Lebe bei Herkunftsfamilie	32	12,6	27	11,8
Wohngemeinschaft	26	10,2	19	8,3
Höchste abgeschlossene Ausbildung				
Schule noch nicht abgeschlossen	5	2,0	2	0,9
Kein Schulabschluss	1	0,4	2	0,9
Pflichtschulabschluss ohne Lehre	26	10,2	19	8,3
Pflichtschulabschluss mit Lehre	88	34,6	81	35,5
Matura/berufsbildende höhere Schule	67	26,4	50	21,9
Meisterabschluss	5	2,0	21	9,3
Universität	47	18,5	33	14,5
Sonstige	13	5,1	17	7,5
Arbeitsstatus				
Berufstätig	116	45,7	97	42,5
Arbeitslos	21	8,3	22	9,6
ArbeiterIn	5	2,0	12	5,3
Angestellter	31	12,2	29	12,7
Pensioniert	41	16,1	39	17,1
Hausfrau	18	7,1	4	1,8
In Ausbildung (Schule/Studium)	1	0,4	2	0,9
BesitzerIn eines Behindertenausweises				
Ja	16	6,3	26	11,4
Nein	236	92,9	195	85,5

Anmerkung. N=491; %=Prozent

5. 2. Reliabilitätsprüfung der verwendeten Skalen

Um einen Überblick über die Messgenauigkeit der einzelnen Skalen zu erlangen, fand eine Überprüfung der Reliabilität statt, welche für die vorliegende Arbeit verwendeten Skalen anhand des Cronbach´s Alpha durchgeführt wurde. Die berechneten Werte ergaben akzeptabel und hohe Werte für die Inter-Rater Konsistenz, wie anschließend in Tabelle 5 dargestellt wird.

Das Cronbach`s Alpha für die Depressivitätsskala des BSI 18 war gut und lag bei =.89. Die interne Konsistenz des CD_RISC_10 (α =.88) und die der Skala des KERFs für verbale Gewalt durch Eltern (α =.81) wiesen ebenfalls hohe Werte auf. Akzeptabel scheint die Zuverlässigkeit der Skala emotionale Vernachlässigung (α =.79), die der Ängstlichkeit (α =.79) und die der emotionalen Gewalt durch Gleichaltrige (α =.71). zu sein. Lediglich die Skala des KERFs für nonverbale, emotionale Gewalt durch Eltern erreichte ein fragwürdiges Cronbach`s Alpha von =.65. Bei allen Skalen liegen positive Affekte vor.

Es kann demnach im Allgemeinen von einer guten internen Konsistenz der Skalen, also einer zufriedenstellenden Messung der einzelnen Konstrukte ausgegangen werden.

Tabelle 5 Reliabilitäten der verwendeten Skalen

	N, valid	*α*
BSI, Depressivität	454	.89
BSI, Ängstlichkeit	454	.79
KERF, PVA	438	.81
KERF, PNVEA	427	.65
KERF, EN	402	.79
KERF, PEERE	445	.71
CD RISK, 10	467	.88

Anmerkung. N, valid = Anzahl der verwendeten Variablen; α = Cronbach´s Alpha

5. 3. Prozentuale Verteilung der vier Gewaltformen innerhalb der untersuchten Stichprobe

Es wurde zusätzlich der Frage nachgegangen, wie häufig welche Gewaltform innerhalb der untersuchten Stichprobe vertreten war. Dabei ergaben sich folgende in Tabelle 6 nochmals aufgeführten Ergebnisse: am stärksten vertreten war mit 59,5 % die emotionale Vernachlässigung. Demnach wurden über die Hälfte der Proband*innen innerhalb ihrer ersten 18 Lebensjahren mindestens einmal auf emotionaler Ebene signifikant vernachlässigt. Gefolgt wird dies von den sehr ähnlichen Werten zu verbaler (37,5%) und nonverbaler emotionaler Gewalt (36%) durch Eltern, welche immer noch von über einem Viertel der Proband*innen erlebt werden musste. Mit 18,1% war die emotionale Gewalt durch Gleichaltrige die am seltensten vorkommende Gewaltform innerhalb der Stichprobenpopulation.

Tabelle 6 Prävalenz der vier relevanten Gewaltformen

	PVA	**PNVEA**	**EN**	**PEERE**
Prozentzahl an betroffenen Probanden	37,5 %	36 %	59,5 %	18,1 %

Anmerkung. N=491; PVA= verbale Gewalt durch Eltern, PNVEA=nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern, EN=emotionale Vernachlässigung, PEERE=emotionale Gewalt durch Gleichaltrige

5. 4. Interkorrelation der verwendeten Skalen

Um das Ausmaß herauszufinden, in welchem die einzelnen Skalen des Datensatzes die statistischen Zusammenhänge gemeinsam aufzeigen, wurde die Korrelation der Skalen untereinander überprüft. Für die hierfür notwendige Pearson Produkt Moment Korrelation, wurden die Daten zuvor auf die entsprechenden Voraussetzungen hin getestet. Das Skalenniveau lag intervallskaliert vor und die Zusammenhänge waren linear verteilt. Außerdem konnten Ausreißer ausgeschlossen und eine Normalverteilung zur Beurteilung der Signifikanz bestätigt werden. Die Voraussetzungen für die Berechnung der Korrelationen sind demnach gegeben.

Die Interkorrelationen der Skalen des KERFs, des BSI -18 und des CD - RISC -10 zeigen unterschiedliche signifikante Zusammenhänge auf, was im Anschluss in Tabelle 7 dargestellt wird. Hierbei wurde eine Pearson Produkt Moment Korrelation berechnet.

Da hier eine retrospektive Datenerhebung zugrunde liegt, wird inhaltlich von einer einseitigen Einflussnahme der KERF Skalen, welche die früher zurückliegenden Kindheitserfahrungen abbilden, auf die aktuelle Situation im Erwachsenenalter angenommen. Letztere sind durch BSI-18 und CD-RISC-10 angezeigt. Außerdem wird bei der für diese Arbeit vorgenommene Mediatoranalyse immer von einer bestimmten Wirkrichtung der Kausalität ausgegangen.

Betrachtet man die vier verwendeten Skalen des KERF im Einzelnen, so wird ersichtlich, dass es einen starken positiven Einfluss der verbalen Gewalt durch Eltern (PVA), auf die nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (PNVEA) gibt ($r = .606$, $p < .001$). Ein eher schwacher positiver Zusammenhang besteht zwischen PVA und der emotionalen Vernachlässigung (EN), sowie der emotionalen Gewalt durch Gleichaltrige (PEERE) mit den jeweiligen Werten von $r = .299$, $p < .001$ und $r = .238$, $p <.001$. Des Weiteren zeigt sich eine schwache negative Korrelation zwischen PVA und der Resilienz mit einem Ergebnis von $r = -.207$, $p <. 001$. Außerdem scheint die Skala PVA einen mittleren positiven Einfluss auf die Skalen Depressivität ($r = .351$, $p < .001$) und Ängstlichkeit ($r = .364$, $p <. 001$) aufzuweisen.

Die nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (PNVEA) steht in einem mittleren positiven Zusammenhang zur Skala der emotionalen Vernachlässigung (EN) ($r = .430$, $p < .001$), sowie zur PEERE Skala ($r = .348$, $p < .001$). Auch hier wird die Resilienz signifikant schwach negativ beeinflusst mit einem Wert von $r = -.166$, $p <.001$. Einen mittleren positiven Zusammenhang findet man hingegen erneut im Bezug zur Depressivität ($r = .325$, $p < .001$) und zur Ängstlichkeit ($r = .359$, $p < .001$).

Die Skala der emotionalen Vernachlässigung (EN) weist durchweg die schwächsten Zusammenhänge auf. So besteht zur Skala PEERE eine schwach positive Korrelation ($r = .109$, $p < .005$), zur Depressivitätsskala ($r = .154$, $p < .001$) und zu der der Ängstlichkeit ($r = .150$, $p < .001$) ebenfalls. Genauso wird die Resilienz schwach negativ durch die Skala EN beeinflusst ($r = -. 189$, $p < .001$).

Die durch Gleichaltrige erlebte emotionale Gewalt (PEERE) beeinflusst die Resilienz schwach negativ, r = -.141, p < .001). Die Entstehung von Depressionen (r = .295, p < .001) und Ängstlichkeit (r = .324, p < .001) steht ebenfalls unter einem schwachen sowie einem mittleren positiven Einfluss.

Ergänzend lässt sich feststellen, dass Resilienz die Entstehung von Depressionen (r = -.383, p < .001) und Ängstlichkeit (r = -.379, p < .001) mittelstark negativ beeinflusst und dass Ängstlichkeit und Depressionen in einem starken positiven Zusammenhang zueinanderstehen (r = .774, p < .001).

Tabelle 7 Interkorrelationsmatrix der verwendeten Skalen

		KERF_PVA, verbale Gewalt durch Eltern	KERF_PNVE, nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern	KERF_EN, emotionale Vernachlässigung	KERF_ PEERE, emotionale Gewalt durch Gleichaltrige	CD_RISC, Resilienz	BSI_ Depression	BSI_ Ängstlichkeit
KERF_PVA, verbale Gewalt durch Eltern	*Pearson* *N*	 477						
KERF_PNVEA, nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern	*Pearson* *N*	.606 ** 477	 479					
KERF_EN, emotionale Vernachlässigung	*Pearson* *N*	.299** 464	.430** 466	 466				
KERF_PEERE, emotionale Gewalt durch Gleichaltrige	*Pearson* *N*	.238** 462	.348** 464	.109* 461	 464			
CD_RISC, Resilienz	*Pearson* *N*	-.207** 477	-.166** 479	-.189** 466	-.141** 464	 491		
BSI_ Depression	*Pearson* *N*	.351** 465	.325** 467	.154** 455	.295** 453	-.383** 475	 475	
BSI_ Ängstlichkeit	*Pearson* *N*	.364** 468	.359** 469	.150** 457	.324** 455	-.379** 478	.774** 474	 478

Anmerkung. ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

5. 5. Hypothesentestung mit Hilfe von Mediationsanalysen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Mediationsanalysen dargestellt, unterteilt in die Symptomatik der Depression einerseits und der der Ängstlichkeit andererseits. Hierbei beinhaltet die Überprüfung der Hypothesen zu Depressionen und Ängstlichkeit stets die Hypothese 3, welche sich auf die Wirkung von Resilienz als Mediator im jeweiligen prognostizierten Zusammenhang bezieht. Des Weiteren sind die Überprüfungen der Hypothesen differenziert in jeweils vier Mediationsanalysen. Jene enthalten die eingangs vorgestellten Skalen zum emotionalen Missbrauch, entnommen aus der KERF.

5. 5. 1. Zusammenhang von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Depressionen im Erwachsenenalter

Alle vier hier dargestellten Modelle wiesen eine signifikante Mediation auf. Hiervon wurden drei partiell und eine vollständig über den Mediator Resilienz vermittelt. Außerdem konnte stets eine signifikante Einflussnahme der jeweiligen Gewaltform auf die Ausprägung der Depressionssymptomatik festgestellt werden.

5. 5. 1. 1. Hypothese 1: Mediationstestung verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression

Die Ergebnisse zeigen, dass die Entstehung von Depressionen mittelstark aufgrund der unabhängigen Variable der verbalen Gewalt durch Eltern beeinflusst wird (β = .35). Dieser Einfluss reduziert sich jedoch (β = .28), unter Hinzunahme des Mediators Resilienz und führt zu einer partiellen Mediation Des Weiteren besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable und dem Mediator: die Resilienz sinkt durch das Vorhandensein von verbaler Gewalt. Auf der anderen Seite übt Resilienz einen positiven, die Symptome reduzierenden Einfluss auf eine Depression aus. Da der Wert des indirekten Effekts (SE = .07) innerhalb des Bootstrapping-Konfidenzintervalls (95% [.03;.12]) liegt und keine Null vorhanden ist, weist dies auf eine signifikante Mediation hin. Ebenso darauf, dass die Hypothese unterstützt wird, dass Resilienz als Mediator zwischen verbaler Gewalt seitens der Eltern und der

Entstehung von Depressionen gesehen werden kann. Tabelle 8 enthält eben genannte Zahlen.

Tabelle 8 Mediationsanalyse: PVA → Resilienz → Depression

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	Verbale Gewalt durch Eltern → Depression	c	.35	.06	<.001	[.23;.47]
2 (X→M)	Verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz	a	-.21	.05	<.001	[-.31;-.12]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Depression	b	-.33	.06	<.001	[-.45;-.21]
	Verbale Gewalt durch Eltern → Depression	c´	.28	.06	<.001	[.16;.40]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	Verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression	a*b	.07	.02	<.001	[.03;.12] *

Anmerkung. N = 491; a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt, 95%CI = Konfidenzintervall, * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

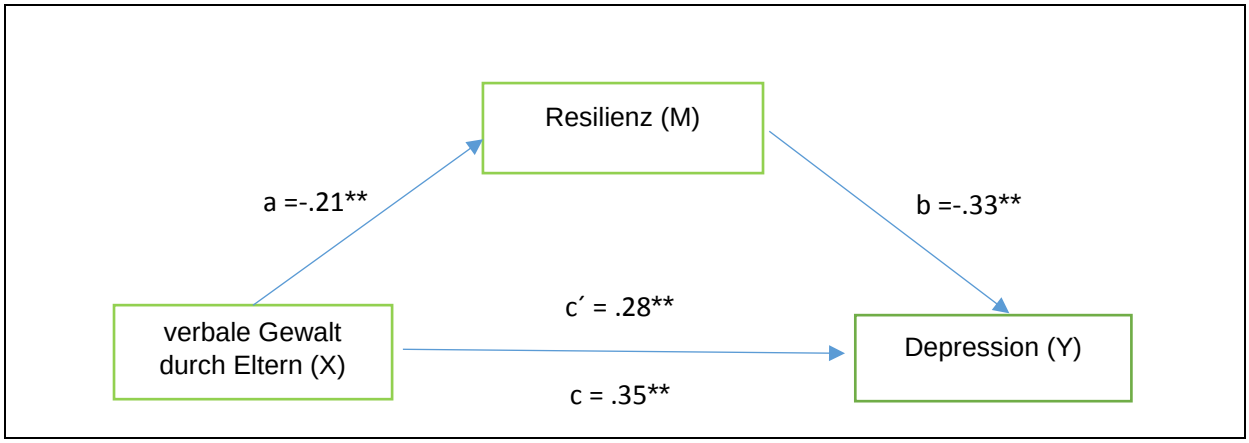


Abbildung 4 Mediation verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 1. 2. Hypothese 1: Mediationstestung nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression

Auch bei dieser Mediationsprüfung liegt eine signifikante partielle Mediation vor, da der indirekte Effekt einen Wert von .02 aufweist und sich somit innerhalb des Bootstrapping-Konfidenzintervalls (95% [.03;11]) befindet. Zudem reduziert sich der Wert des totalen Effekts von .32 beim direkten Effekt unter Hinzunahme des Mediators auf .27.

Die in der Kindheit erlebe nonverbale emotionale Gewalt im Elternhaus beeinflusst das Entstehen von Depressionen im Erwachsenenalter mit einer positiven mittelstarken Effektstärke und übt zugleich einen negativen Einfluss auf die Resilienzentwicklung aus. Dies jedoch nur schwach. In diesem Mediationsmodell steht das Verfügen über Resilienz ebenfalls in einem mittelstarken negativen Zusammenhang zur Depressionsausbildung.

Durch das oben genannte Bootstrapping-Konfidenzintervall kann auch hier die Hypothese der vermittelnden Rolle von Resilienz zwischen von Eltern eingesetzter nonverbaler, emotionaler Gewalt und Depressionen im Erwachsenenalter unterstützt werden.

Tabelle 9 Mediationsanalyse: PNVEA → Resilienz → Depression

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Depression	c	.32	.06	<.001	[.21;.43]
2 (X→M)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz	a	-.17	.05	<.001	[-.27;-.08]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Depression	b	-.34	.06	<.001	[-.46;-.23]
	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Depression	c´	.27	.05	<.001	[.16;.37]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression	a*b	.06	.02	<.001	[.03;.11] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

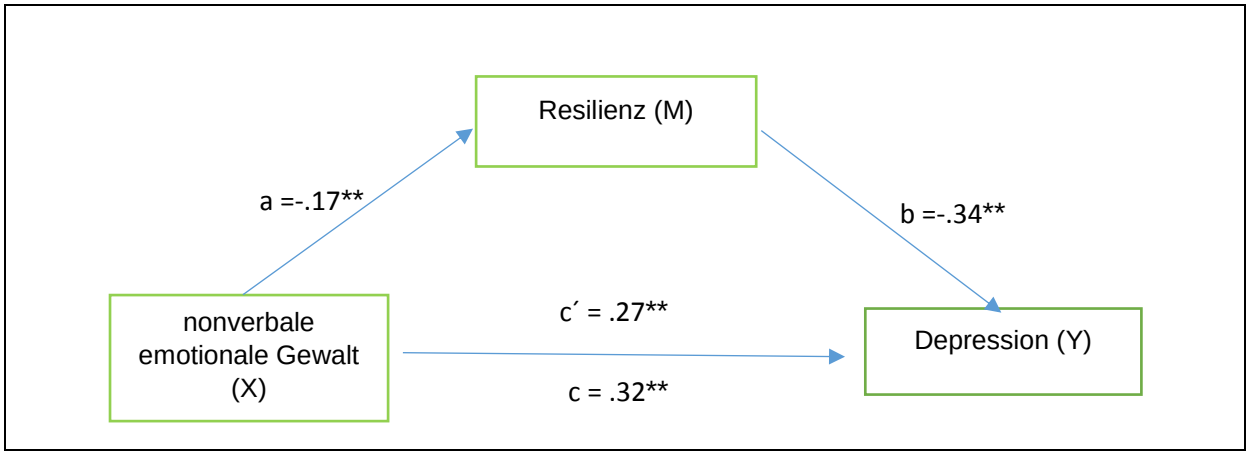


Abbildung 5 Mediation nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Depression;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 1. 3. Hypothese 1: Mediationstestung emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression

In diesem Fall ergab die Testung eine vollständige Mediation, da der totale Effekt unter Hinzunahme der Resilienz keinen signifikanten Wert mehr aufweist (p = <.061). Das Modell wird demnach komplett über den Mediator erklärt. Dies bedeutet, dass der auf Depressionen schwach wirkende positive Einfluss der emotionalen Vernachlässigung (.16), welche als Kind erlebt wurde, vollständig über den Mediator Resilienz vermittelt wird. Resilienz wirkt hierbei mit einem mittleren negativen Wert von -.38. Der indirekte Effekt liegt mit SE = .02 innerhalb des Bootstrapping Konfidenzintervalls (95% [.03;.12]), weswegen dies eine signifikante Meditation darstellt und die anfängliche Überlegung untermauert wird, dass Resilienz einen vermittelnden Einfluss auf die Wirkung von emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit, sowie auf die Symptomausbildung einer Depression im Erwachsenenalter nimmt.

Tabelle 10 Mediationsanalyse: EN → Resilienz → Depression

Schritt	Variablen	Pfad	*ß*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	emotionale Vernachlässigung → Depression	c	.16	.05	<.001	[.07;.24]
2 (X→M)	emotionale Vernachlässigung → Resilienz	a	-.19	.04	<.001	[-.28;-.11]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Depression	b	-.38	.06	<.001	[-.50;-.25]
	emotionale Vernachlässigung → Depression	c´	.08	.04	<.061	[-.00;.17]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression	a*b	.07	.02	<.001	[.03;.12] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

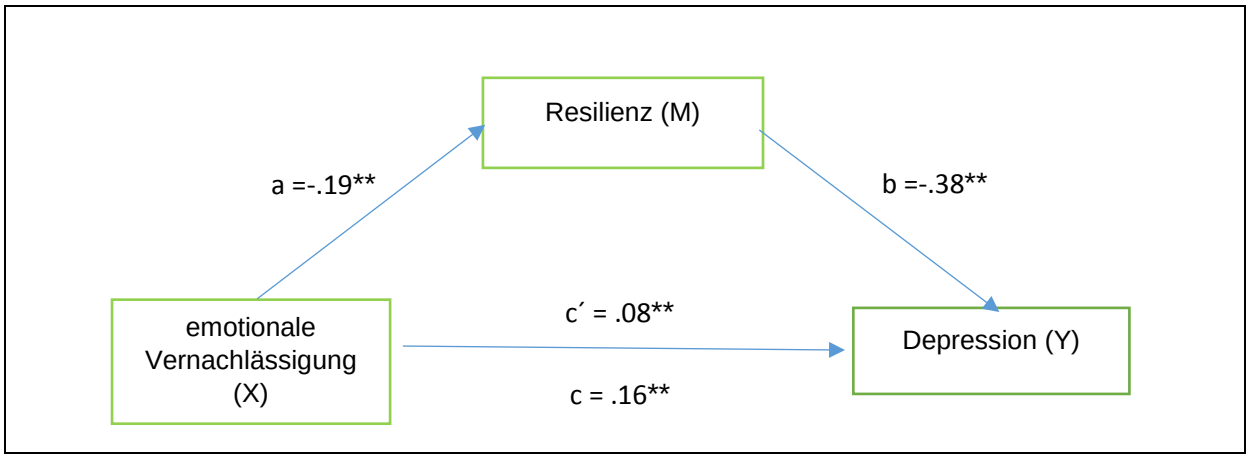


Abbildung 6 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 1. 4. Hypothese 1: Mediationstestung emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Depression

Die Testung des Einflusses von emotionaler Gewalt durch Gleichaltrige in Kombination mit dem Mediator Resilienz und der Depressionssymptomatik im Erwachsenenalter, ergab eine signifikante partielle Mediation. Der Pfad c reduziert sich hierbei von β = .29 auf β =.24 und das Bootstrapping Konfidenzintervall (95% [.01;.12]) schließt den SE Wert von .02 ein. Demnach liegt eine signifikante Mediation vor, sowie die Unterstützung der Hypothese, dass auch die durch die Peergroup erfahrene Gewalt durch den Mediator Resilienz hinsichtlich der Einflussnahme auf depressive Symptome im Erwachsenenalter mediiert wird.

Erlebt ein Heranwachsender emotionale Gewalt durch seine Peergroup, so hat dies allerdings nur einen schwachen verstärkenden Effekt auf die Entwicklung von Depressionen im Erwachsenenalter (.29). Resilienz beeinflusst die Entstehung von Depressionen innerhalb dieses Models mit einem β – Wert von -.35 mittelstark negativ, wird jedoch gleichzeitig schwach negativ (-.14) von emotional unangenehmen Erfahrungen im Umgang mit Gleichaltrigen reduziert.

Tabelle 11 Mediationsanalyse: PEERE → Resilienz → Depression

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Depression	c	.29	.08	<.001	[.14;.45]
2 (X→M)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz	a	-.14	.06	<.012	[-.27;-.02]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Depression	b	-.35	.06	<.001	[-.46;-.23]
	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Depression	c´	.24	.07	<.001	[.11;.38]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Depression	a*b	.05	.02	<.001	[.01;.12] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

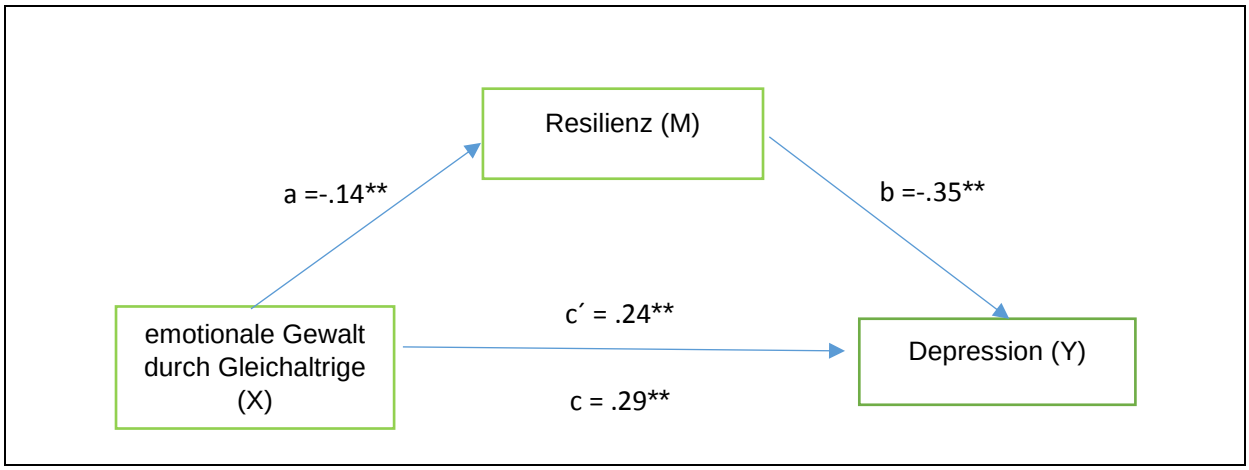


Abbildung 7 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Depression;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 2. Zusammenhang von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Ängstlichkeit im Erwachsenenalter

Auch bei den nachfolgenden Berechnungen konnte erneut bei allen vier Gewaltformen eine signifikante Mediation nachgewiesen werden. Auch hier waren drei partiell und eine vollständig über den Mediator der Resilienz vermittelt. Zudem scheint es so, als

würde die Ausprägung der genannten Symptomatik von allen vier Gewaltformen signifikant beeinflusst.

Die Ergebnisse der vier Mediationen zur Ängstlichkeit im Erwachsenenalter ähneln in ihrer Ausprägung teilweise sehr denen der Depressionsanalyse. Hierauf soll im Kapitel der Diskussion näher eingegangen werden.

5. 5. 2. 1. Hypothese 2: Mediationstestung verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit

Der totale Effekt von in der Kindheit erlebter verbaler Gewalt durch die Eltern auf die Ausbildung von Ängstlichkeitssymptomen im Erwachsenenalter, scheint mittelstark positiv zu sein mit einem Wert von β =.36. Dies reduziert sich unter Hinzunahme des Mediators Resilienz auf .29, weshalb hierbei von einer signifikanten partiellen Mediation gesprochen werden kann. Des Weiteren beeinträchtigt die erfahrene Gewalt innerhalb der Kommunikation im Elternhaus auch in diesem Modell die erfolgreiche Entwicklung von Resilienz schwach negativ (β = -.21). Auf der anderen Seite können durch das Vorhandensein von Resilienz die Symptome der Ängstlichkeit reduziert werden mit einem mittelstarken positiven Effekt von β = -.32. Auch hier liegt eine signifikante Mediation vor, der SE Wert des indirekten Effekts von .02 befindet sich ohne eine Null einzuschließen im Bootstrapping Konfidenzintervall (95% [.04;.12]). Es kann von einer Bestätigung der Hypothese des vermittelnden Effekts von Resilienz zwischen verbaler Gewalt und Ängstlichkeit ausgegangen werden.

Tabelle 12 Mediationsanalyse: PVA → Resilienz → Ängstlichkeit

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	Verbale Gewalt durch Eltern → Ängstlichkeit	c	.36	.05	<.001	[.26;.47]
2 (X→M)	Verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz	a	-.21	.05	<.001	[-.31;-.12]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Ängstlichkeit	b	-.32	.06	<.001	[-.44;-.21]
	Verbale Gewalt durch Eltern → Ängstlichkeit	c´	.29	.05	<.001	[.20;.39]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	Verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit	a*b	.07	.02	<.001	[.04;.12] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

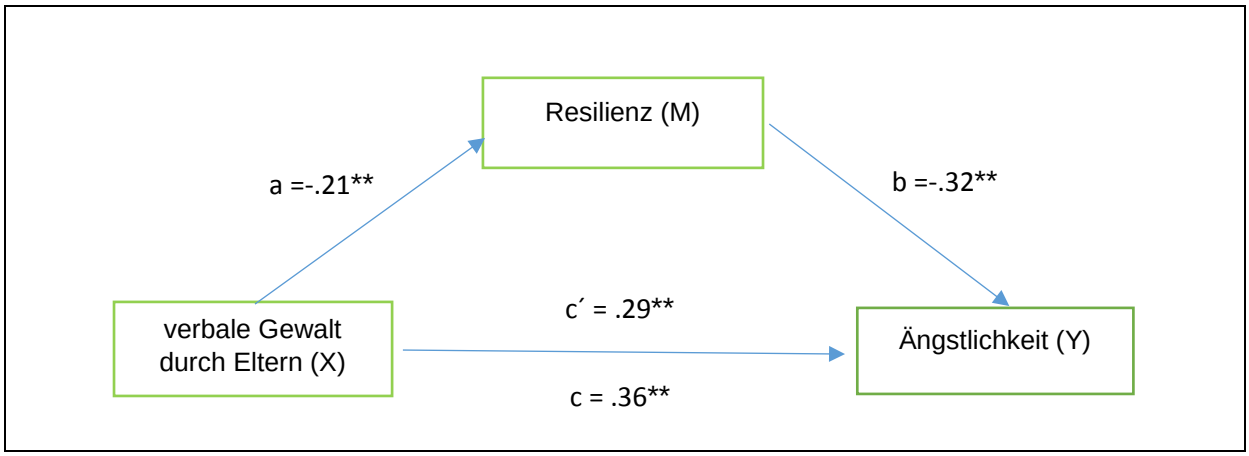


Abbildung 8 Mediation verbale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 2. 2. Hypothese 2: Mediationstestung nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit

In der Kindheit regelmäßig erlebte negative emotionale Erfahrungen im Beisammensein mit den eigenen Eltern, wirkt sich signifikant auf die Ausbildung von Ängstlichkeit im späteren Leben aus. Dies mit einem mittleren positiven Effekt von β =.36. Dieser Zusammenhang reduziert sich im vorliegenden Modell durch das Betrachten des Faktors Resilienz auf einen signifikanten Wert von β =.30, was wiederum auf eine partielle Mediation hinweist. Die Signifikanz der Mediation wird durch den innerhalb des Bootstrapping Modells (95% [.03;.10]) liegenden SE Wertes von .02 bestätigt. Des Weiteren liegen zwei signifikante negative Zusammenhänge vor. Zum einen wirkt sich nonverbale emotionale Gewalt durch die Eltern mit einem Wert von β = -.17 schwach negativ auf die Resilienz aus. Zum anderen können die zum Verhalten eines ängstlichen Menschen dazugehörigen Symptome durch das Vorhandensein von Resilienz weniger stark ausgeprägt werden (β = -.33). Die Annahme, dass Ängstlichkeit von nonverbaler, emotionaler Gewalt beeinflusst wird und zwar zum Teil über den Mediator Resilienz kann auch hier befürwortet werden.

Tabelle 13 Mediationsanalyse: PNVEA → Resilienz → Ängstlichkeit

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Ängstlichkeit	c	.36	.06	<.001	[.25;.47]
2 (X→M)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz	a	-.17	.05	<.001	[-.26;-.08]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Ängstlichkeit	b	-.33	.06	<.001	[-.45;-.22]
	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Ängstlichkeit	c´	.30	.05	<.001	[.20;.40]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit	a*b	.06	.02	<.001	[.03;.10] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

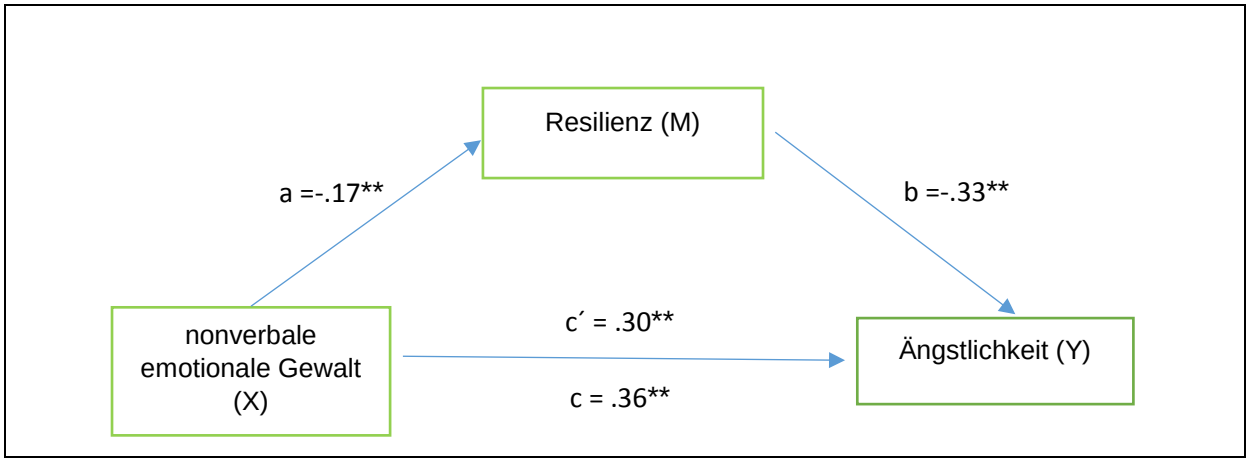


Abbildung 9 Mediation nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern → Resilienz → Ängstlichkeit;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 2. 3. Hypothese 2: Mediationstestung emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Ängstlichkeit

Ähnlich der Mediationsprüfung zur Depression, zeigen auch hier die Ergebnisse zur Auswirkung auf die Ängstlichkeit, dass es sich um eine vollständige Mediation für die Gewaltform der emotionalen Vernachlässigung handelt. Der totale Effekt ist nicht mehr signifikant, das Modell wird demnach komplett über den Mediator der Resilienz vermittelt. Abgesehen davon besteht innerhalb des Modells ein schwach positiver

Einfluss von emotionaler Vernachlässigung auf das Entstehen von Ängstlichkeit im Erwachsenenalter (β = .15), ein schwach negativer Effekt von emotionaler Vernachlässigung auf Resilienz (β = -.19), sowie ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Vernachlässigung und Ängstlichkeit (β = -.37). Das Bootstrapping Konfidenzintervall (95% [.04;12]) schließt den Wert von .05, jedoch keine Null ein, weswegen die Hypothese unterstützt wird, dass Resilienz als Mediator im vorliegenden Modell fungiert.

Tabelle 14 Mediationsanalyse: EN → Resilienz → Ängstlichkeit

Schritt	Variablen	Pfad	*ß*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	emotionale Vernachlässigung → Ängstlichkeit	c	.15	.05	<.003	[.54;.25]
2 (X→M)	emotionale Vernachlässigung → Resilienz	a	-.19	.04	<.001	[-.28;-.10]
3 (X+M→Y)	Resilienz → Ängstlichkeit	b	-.37	.06	<.001	[-.49;-.24]
	emotionale Vernachlässigung → Ängstlichkeit	c´	.08	.05	<.083	[.01;.17]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Ängstlichkeit	a*b	.02	.05	<.083	[.04;.12] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

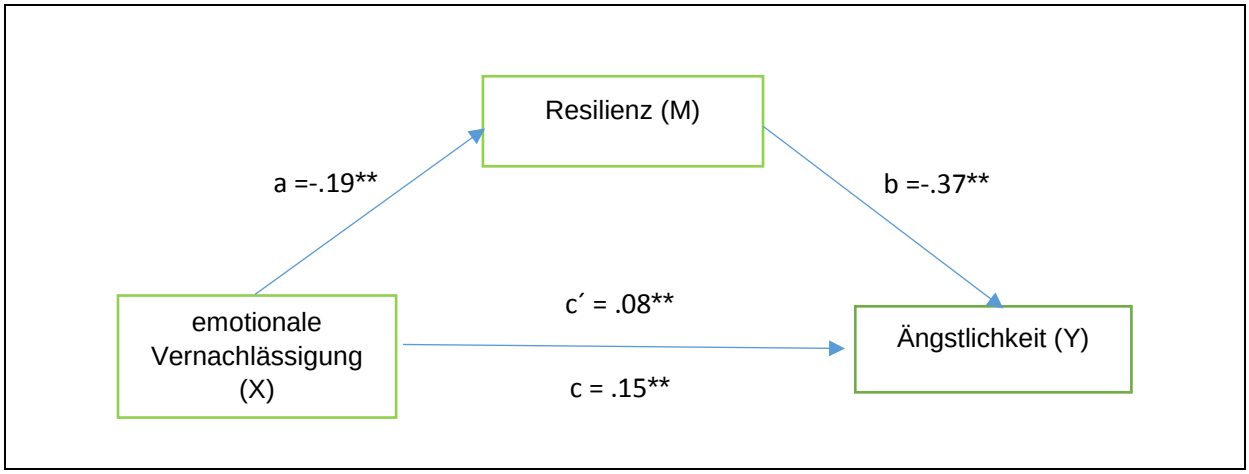


Abbildung 10 Mediation Emotionale Vernachlässigung → Resilienz → Ängstlichkeit;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 5. 2. 4. Hypothese 2: Mediationstestung emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Ängstlichkeit

Da sich der Wert des indirekten Effekts von .03 innerhalb des Bootstrapping Konfidenzintervalls (95% [.01;.12]) befindet und keine Null einschließt, kann auch in diesem Fall generell von einer signifikanten partiellen Mediation gesprochen werden. Die erlebte emotionale Gewalt durch Gleichaltrige nimmt einen mittleren positiven Einfluss auf Symptome der Ängstlichkeit im Erwachsenenalter (β = .35), was sich unter Hinzunahme des Mediators Resilienz auf .30 reduziert. Resilienz minimiert in diesem Modell die Ausprägung der abhängigen Variable mittelstark mit einem Wert von β = -.32, wird jedoch gleichzeitig durch die negativen emotionalen Erfahrungen mit Gleichaltrigen eingedämmt (β = -.16). Auch in diesem Fall kann die Hypothese gefördert werden, dass Resilienz eine mediirende Rolle zwischen der Wirkung von emotionaler Gewalt durch Gleichaltrige auf die Entwicklung von Ängstlichkeit im Erwachsenenalter einnimmt.

Tabelle 15 Mediationsanalyse PEERE → Resilienz → Ängstlichkeit

Schritt	Variablen	Pfad	*β*	*SE*	*p*	95%CI
1 (X→Y)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Ängstlichkeit	c	.35	.08	<.001	[.20;50]
2 (X→M)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz	a	-.16	.07	<.025	[-.31;-.02
3 (X+M→Y)	Resilienz → Ängstlichkeit	b	-.32	.06	<.001	[-.44;-.21]
	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Ängstlichkeit	c´	.30	.06	<.001	[.17;.42]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Ängstlichkeit	a*b	.05	.03	<.001	[.01;.12] *

Anmerkung. N = 491, a, b = indirekter Effekt; c = totaler Effekt; c´= direkter Effekt; 95%CI = Konfidenzintervall; * Bootstrapping Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

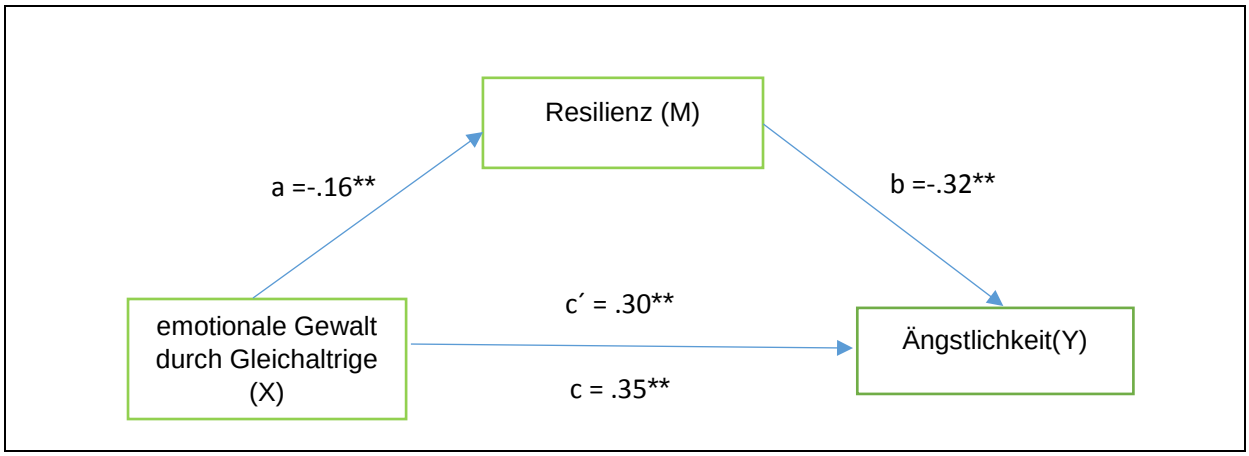


Abbildung 11 Mediation Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige → Resilienz → Ängstlichkeit;

c = Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y (totaler Effekt); Mediationseffekt: Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X, der Mediatorvariable M und der abhängigen Variable Y innerhalb des Mediatormodells. a, b = indirekter Effekt; c´= direkter Effekt von X auf Y unter Einfluss von M (vgl. Preachers & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002)

5. 6. Kurze Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Ergebnisse der statistischen Hypothesentestung dargestellt. Angefangen bei der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe, sowie der verschiedenen Skalen, über die Interkorrelation der Skalen hin zu den Überprüfungen der einzelnen Mediationen.

Hierbei konnten die anfänglichen Hypothesen unterstützt werden, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen erlebtem emotionalem Missbrauch in der Kindheit und dem Ausbilden von Symptomen von Depressionen im Erwachsenenalter einerseits und der von Ängstlichkeit andererseits. Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass sich Resilienz bezüglich aller vier hier getesteten Gewaltformen als Mediator auf den beschriebenen Zusammenhang auswirkt. Dies jedoch in unterschiedlich starkem Ausmaß. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass es neben einer starken oder schwachen Entwicklung von resilientem Verhalten noch weitere Aspekte gibt, welche sich begünstigend oder verschärfend auf das Entstehen von Depressionen oder Ängstlichkeit auswirken. Diesem Punkt soll in der nachfolgenden Diskussion thematisch weiter nachgegangen werden.

6 Diskussion und Fazit

6. 1. Diskussion und Interpretation eigener Ergebnisse, sowie theoretische Implikationen und Vergleiche mit bisheriger Forschung

Für die vorliegende Studie wurden 772 Proband*innen am Klinikum Innsbruck und in Hall in Tirol mit Hilfe einer Fragebogenbatterie zu den Themen Gewalterfahrungen in der Kindheit und Erkrankungen im Erwachsenenalter, befragt. Ziel war es herauszufinden, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erleben von emotionaler Gewalt in Kindheit und Jugend und dem Ausbilden von Psychopathologien, genauer Depressionen und Angsterkrankungen, im Erwachsenenalter gibt. Des Weiteren ging man der Frage nach, inwiefern Resilienz als Fähigkeit mit widrigen Umständen konstruktiv umgehen zu können, als Mediator zwischen den beiden genannten Variablen fungiert.

Die Auswertung der Daten zeigt, dass sich alle vier hier getesteten Gewaltformen (verbale Gewalt durch Eltern (PVA), nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (PNVEA), Emotionale Vernachlässigung (EN) und Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige (PEERE)) welche in der vorliegenden Arbeit den emotionalen Missbrauch differenziert abbildeten, negativ auf die Entwicklung der Symptomatik von Depressionen und Ängstlichkeit im Erwachsenenalter auswirken, dies allerdings meist nur in einem mittel starken Ausmaß. Die anfangs aufgestellten Hypothesen die Auswirkung der Gewalterfahrung in der Kindheit betreffend, finden aber trotzdem Bestätigung innerhalb der vorliegenden Untersuchung. Es gibt jedoch Unterschiede je nach Art und Weise der erlebten Bedrohung und je nach Krankheitsbild. Demnach nimmt verbale Gewalt durch Eltern einen verhältnismäßig besonders starken Einfluss auf die Entstehung von Depressionen. Gefolgt von nonverbaler Gewalt durch Eltern und emotionaler Gewalt durch Gleichaltrige. Am wenigsten Effekte können die emotionale Vernachlässigung betreffend gefunden werden. Die Auswirkungen der einzelnen Gewaltformen auf das Krankheitsbild erhöhter Ängstlichkeit stimmen in ihrer Reihenfolge mit denen der Depression überein, nicht jedoch in ihrer Stärke. So werden die Symptome der Ängstlichkeit generell stärker von negativen emotionalen Erfahrungen in der Kindheit beeinflusst, als die der Depression. Die gilt jedoch nicht

für die emotionale Vernachlässigung, von welcher das Krankheitsbild Depression etwas stärker tangiert wird.

Die leicht größere Effektstärke zwischen den drei verbliebenen Gewaltformen (verbale Gewalt durch Eltern, nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern und Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige) in der Kindheit und der Ängstlichkeit im Erwachsenenalter könnte ihren Ursprung in der als Heranwachsender regelmäßig erlebten Anspannung und dem Gefühl von Bedrohung und Unvorhersagbarkeit von Situationen haben. Ein Kind, welches immer wieder entweder von seinen Eltern, seiner Peergroup oder gar beiden Parteien verbal und emotional bedroht wird, lebt in ständiger Angst vor tatsächlichen oder vermeintlichen Bedrohungen, ist angespannt und in gesteigerter Alarmbereitschaft. Diese Grundhaltung wird leicht verinnerlicht, da sie in einer stark prägenden Zeit durchlebt wurde. Das wiederrum liefert eine mögliche Erklärung, für die ebenfalls im Erwachsenenalter erhöhte Alarmbereitschaft und der Tendenz zu vermehrter Ängstlichkeit (Zimmermann & Scheurer-Englisch, 2013).

Tiefenpsychologisch betrachtet, könnte auch die Art und Weise der Beziehungsgestaltung zwischen Kind und Eltern eine entscheidende Rolle spielen in der Entwicklung von Depressionen und Ängsten im Erwachsenenalter. Die Neigung zu vermehrter Ängstlichkeit kann hierbei in einer brüchigen und instabilen Beziehung begründet liegen (Zimmermann & Scheurer-Englisch, 2013). Einerseits erfährt das Kind Zuwendung, vielleicht sogar Liebe und im nächsten Moment wird ihm genau dies durch ein ihn verfluchendes, beleidigendes und erniedrigendes Verhalten entzogen. Selbes gilt für die Drohung seitens wichtiger Bezugspersonen fort zu gehen und das Kind zurück zu lassen oder im späteren Verlauf der Entwicklung wichtige Dinge geheim zu halten und somit das Gefühl zu vermitteln, es sei nicht Teil der Gemeinschaft. Durch die genannten Faktoren entstehen im Heranwachsenden Ängste, da es stets in einer undurchschaubaren Umgebung lebt und nicht weiß, woran es ist und wie sich die Beziehungen zu seinen Primärobjekten gestalten werden. Diese Themen sind auch Teil der drei Skalen, welche leicht höhere Effekte im Zusammenhang zur Angstentstehung gezeigt haben. Brisch (2007, S. 167) beschreibt hierzu: „Die Prävention von emotionalen Störungen etwa durch eine sichere Bindung an eine spezifische Bindungsperson ist ein hervorragendes Fundament für eine gesunde motorische, kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern. Es ist daher eine vordringliche Aufgabe, sichere Bindungsentwicklungen von Kindern zu fördern und

frühe Bindungsstörungen zu verhindern, weil mit solchen emotionalen Störungen Verzögerungen bis zu schwerwiegenden Störungen in der motorischen und kognitiven Entwicklung sowie auch in den empathischen Fähigkeiten der Kinder verbunden sind.“ Weiter ergänzt Brisch (2007) dass Kinder mit Bindungsstörungen später erhebliche Probleme in der Gestaltung von Beziehungen erleben. Sie neigen zu aggressivem Verhalten in Konfliktsituationen und zeigen Defizite im empathischen Einfühlen in das Gegenüber. Selbiges gilt für Gedanken und Handlungsabsichten ihrer Mitmenschen. Jene Bindungsstörungen können ohne eine neue sichere Erfahrung in Bindungssituationen oder ohne therapeutische Hilfe kaum aufgelöst werden. Findet diese Auflösung nicht statt, ist das Weitergeben dieser Verhaltensmuster an die eigenen Kinder sehr wahrscheinlich (Brisch, 2007)

Auch wenn die Effekte bei beiden untersuchten Krankheitsbildern nicht sehr stark ausgefallen sind, so werden die Symptome einer Depression dennoch etwas mehr von dem Erleben emotionaler Vernachlässigung während der Kindheit beeinflusst, als jene der Ängstlichkeit. Grund hierfür könnte die Auswirkung des emotionalen Verhungerns eines affektiv vernachlässigten Kindes sein, welches von seiner Umgebung kaum Liebe und Zuwendung empfangen hat. Es scheint logisch, dass das Entwickeln von Gefühlen wie Freude und Lebenslust unter solchen Umständen schwerer fällt, als mit dem Hintergrund gefühlsmäßig positiv durchlebter Kinderjahre. Natürlich löst ein solches Umfeld auch Angst aus, was von den vorliegenden Ergebnissen bestätigt wurde. Jedoch beeinflusst das Fehlen von emotionaler Zugewandtheit eher das Ausbilden von depressiven Symptomen da jene durch ihre Kennzeichnung (Trauer, Niedergeschlagenheit, innere Leere, etc.) wohl dem Gefühlszustand während solcher negativer Erfahrungen etwas ähnlicher sind, als die der Angst (Alarmbereitschaft, Besorgnis, Schreckhaftigkeit, etc.).

Hier zeigt sich erneut der Unterschied zwischen den begünstigenden Faktoren für eine Depression oder Angsterkrankung. Für die Entwicklung einer Depression dient demnach eher eine generelle Ablehnung des Kindes als Nährboden, welche einher geht mit emotionaler Unerreichbarkeit. Dies stellt eine schmerzhafte Erfahrung für das jeweilige Kind dar, welche tief verankert ist und bereits sehr früh zur Ausbildung von Anlagen für spätere Depressionen führen kann.

Weitergehend kann auch Seligmann (1999) genannt, der mit seiner erlernten Hilflosigkeit einen möglichen Erklärungsansatz für Depressionen liefert und sich indirekt auch mit Resilienz auseinandersetzt, wo sie doch Selbstwirksamkeit als einen ihrer Grundpfeiler nennt (Wustmann, 2011). Des Weiteren beschreibt Bowbly (1978; 2008) die Hilflosigkeit eines Kindes gegenüber seinen Eltern als Auslöser einer späteren Depression. Das betroffene Kind macht hierbei die Erfahrung, dass es keine sichere und stabile Bindung zu seinen Bezugspersonen hat, obwohl es sich regelmäßig darum bemüht und die Forderungen und unrealistischen Anliegen der Eltern erfüllt. Dies kann nach Bowbly (2008) später dazu führen, dass jeder weitere Verlust als das eigene Verschulden angesehen wird und keine befriedigende Beziehung eingegangen werden kann. Zudem wird einem solchen Kind ständig gesagt, wie wertlos, inkompetent und unliebenswürdig es sei. Dies lässt die betroffene Person ein Modell von sich entwickeln als unliebsame und ungewollte Persönlichkeit, sowie dem Modell von Beziehungen, die sich meist als unerreichbar, bestrafend oder zurückweisend herausstellen. Erfährt ein solcher Mensch Elend, erwartet er von anderen Personen Ablehnung und Feindseligkeit.

Das genannte steht weiterführend in Verbindung zu dem von McLaughlin und Lambert (2017) erstellten Konzept des atypischen emotionalen Lernens und der gesteigerten emotionalen Reaktivität. Was ebenfalls ein Indiz dafür zu sein scheint, dass sich früh erlernte Gefühls- und Verhaltensmuster auf die spätere Entwicklung von psychopathologischen Auffälligkeiten auswirken.

Weiter fällt auf, dass Resilienz einen größeren Einfluss auf die Symptomatik einer Depression nimmt, als auf die von Ängstlichkeit. Ein meist stark hervortretendes Symptom bei unter Depressionen leidenden Menschen ist die ausgeprägte Hoffnungslosigkeit oder die mehr oder weniger stark ausgeformte Tendenz zum Nihilismus sowie zum Pessimismus (Myers, 2008). Dem entgegen tritt jedoch die Wirkweise von Resilienz, welche Krisen als Entwicklungschancen sieht, hierbei die Kompetenzen der betroffenen Person ans Licht bringt, mit Hilfe von Lösungsorientiertheit und Verantwortungsübernahme, der Opferrolle weitestgehend entkommt und die genannten Symptome entschärft. Auch die Ausprägung der Symptome von Ängstlichkeit wird unter Berücksichtigung von Resilienz reduziert, allerdings stehen die Merkmale einer Depression etwas stärker mit denen von

Resilienz in Verbindung. Diese Merkmale bilden gleichsam sich gegenüberstehende Pole.

Auch die Hypothese 3, welche die Vermutung aufstellte, dass Resilienz als Mediator in dem Zusammenhang von erlebter emotionaler Gewalt im Kindes- und Jugendalter und der Entstehung von Ängsten und Depressionen im Erwachsenenalter gesehen werden kann, kann durch die vorliegenden Ergebnisse unterstützt werden. Sie war stets Teil der Berechnungen zu Hypothese 1 und 2 und fand daher indirekt ihre statistische Bestätigung. Allerdings konnten auch hier innerhalb der acht durchgeführten Mediationen unterschiedlich starke Effekte gefunden werden. Es lag nur in zwei Fällen eine vollständige Mediation vor, in welcher der propagierte Zusammenhang komplett über den Mediator Resilienz vermittelt wird Auswirkung von emotionaler Vernachlässigung (EN) auf Depressionen und auf Ängstlichkeit). Für die restlichen Mediationen bedeutet dies, dass es noch weitere Aspekte geben muss, welche innerhalb dieser Modelle, die Ausbildung von Psychopathologien wie Depressionen und ausgeprägte Ängstlichkeit positiv oder negativ beeinflussen. Dies stellt eine Limitation der aktuellen Studie dar und wird im dazugehörigen Kapitel erneut aufgegriffen. Hier kommen die oben bereits erwähnten Beziehungsstrukturen zwischen Kindern und ihren nahen Bezugspersonen infrage, als auch das Vorhandensein weiterer Personen, welche unter Umständen eine kompensierende Wirkung auf das Fehlen einer sicheren Eltern Kind Bindung haben können (Hassenstein & Hassenstein, 2003). Des Weiteren können sich genetische Veranlagungen, Stoffwechselerkrankungen, Verlusterlebnisse oder Traumata, geringe soziale Einbettung oder auch ein niedriges Bildungsniveau begünstigend auf die Entstehung von Depressionen auswirken (Myers, 2008). Ängste werden unter Umständen ebenfalls genährt durch biologische Faktoren wie Vererbung oder neurobiologische Auffälligkeiten, aber auch durch den Hintergrund lerntheoretischer Ansätze, intrapsychischer Konflikte oder das Erleben von langanhaltenden Belastungen (Hettema et al., 2001).

Vergleich mit bisheriger Forschung

Werden die Ergebnisse bisheriger Studien, mit denen der vorliegenden Arbeit verglichen, so fällt bald auf, dass sich die Resultate stark ähneln. Für die Ausgangsfragestellung bedeutet dies, dass die bisher unternommenen Untersuchungen um die aktuelle erweitert werden. Andere Forscher (u.a. Herrmann et

al., 2005; Infurna et al., 2016; Hovens et al., 2015; Huh et al, 2017) fanden bereits einen signifikanten Zusammenhang zwischen (emotionalen) Gewalterfahrungen in der Kindheit und dem Ausbilden von Psychopathologien im Erwachsenenalter. Demnach steigt das Risiko diverser Folgeerkrankungen an, wird ein Kind einer oder mehreren traumatischen Belastungen ausgesetzt. Hierbei unterscheiden sich die Effekte je nach Anzahl oder Art der erlebten Traumata. Mit steigender Anzahl nimmt auch die Menge der berichteten Gesundheitsrisiken zu (Felitti et al.,1998). Ähnlich verhält es sich mit der Art der gesundheitlichen Einschränkung: werden unterschiedliche traumatische Erfahrungen gemacht, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit diverser Folgeerkrankungen (Felitti et al.,1998). Unter anderem erhöht sich die Möglichkeit an Depressionen und generalisierter Ängstlichkeit zu erkranken. Dies ergaben sowohl bereits getane Untersuchungen (siehe Kapitel 3.3), als auch die vorliegende Arbeit. Je nach Studienaufbau mit unterschiedlich starker Ausprägung, jedoch stets signifikant.

Auch für den für diese Arbeit relevanten emotionalen Missbrauch wurden solcherlei Beschreibungen gefunden. So konnte in der Studie von Huh, Kim, Lee und Chae (2017) nachgewiesen werden, dass emotionaler Missbrauch jene Gewaltform war, welche sich negativ am stärksten auf das Ausbilden von Depressionen und Angsterkrankungen auswirkt. Uneinig scheint sich die bisherige Forschung jedoch darüber zu sein, ob stets beide, Angst- als auch Depressionserkrankungen, von (emotionalen) Gewalterfahrungen aus der Kindheit beeinflusst werden. Seok mit Kollegen (2012) fanden wenig Effekte zur Depression. Dies kann von Li, D'arcy und Meng (2016) und Ehrenstein, Grashow, Gal, Braehler und Weisskopf (2014) zu Teilen bestätigt werden. Sie berichten von signifikant höheren Effekten auf das Krankheitsbild der generalisierten Ängstlichkeit. Giltay, Spinhoven, van Hemert und Penninx (2015) meinen das Gegenteil, in dem sie angeben, dass es keine Assoziation zwischen jeglicher Form von Missbrauch und der späteren Entwicklung von Angststörungen gibt. Dies steht teilweise konträr zu den eigenen Ergebnissen, da hierbei sowohl zur Depressivität als auch zu generalisierten Ängsten signifikante Ergebnisse vorliegen. Diese jedoch nur mit mittelstarken Effekten, was wiederum eine Annäherung zur bisherigen Forschung vermuten lässt. Diese leicht konträren Resultate können unter Umständen in der Zusammensetzung des Begriffs des emotionalen Missbrauchs bestehend aus den verwendeten Skalen des KERFs begründet sein. Dies ergibt möglicherweise unterschiedliche Ergebnisse zum Zusammenhang von emotionalem Missbrauch und Psychopathologien im Erwachsenenalter, als es die

Zusammenstellung vergangener Berechnungen tat. Es liegen demnach unterschiedliche Kategorisierungen des Konstrukts der genannten Missbrauchsform vor.

Die vorliegende Arbeit ergänzt anlehnend an Isele et al. (2014) die vergangene Forschung zudem mit einer möglichen Definition oder Zusammenstellung des Begriffs des emotionalen Missbrauchs, welcher sich hier anhand der vier verwendeten Unterformen gebildet hat. Und in dieser Form bisher kaum Verwendung fand innerhalb der schwierigen Frage der Definition des emotionalen Missbrauchs.

Erweitert wird nun die Forschung um die Ergebnisse zum Faktor Resilienz welcher in jenem spezifischen Zusammenhang als Mediator fungiert. Untersucht wurde bereits, ob Gewalterfahrungen in der Kindheit in einer Wechselwirkung zur Ausprägung von Resilienz stehen. Dies wurde von einiger oben erwähnter Literatur (u.a. Fröhlich-Gildhoff et al., 2015; American Psychological Association, 2018; Wustmann et al. 2004; Walsh, 2015; Wermer & Smith, 2004; Masten et al, 2006; etc.) bestätigt. Und auch die vorliegende Arbeit schließt sich dem an: alle untersuchten Formen emotionaler Gewalt bewirkten eine Reduktion des Faktors Resilienz und umgekehrt hatte das Vorhandensein von Resilienz eine abschwächende Wirkung auf das Erscheinungsbild von Angstsymptomen oder denen einer Depression. Neu hierbei war die Funktion von Resilienz als Mediator zwischen emotionalen Gewalterfahrungen und Depressionen sowie Angsterkrankungen. Campbell-Sills und Stein (2007) fanden in ihrer Studie einen Moderatoreffekt von Resilienz. Dies bezog sich jedoch auf Psychopathologien im Allgemeinen. Ergänzt wird dies um den hier gefundenen Mediatoreffekt im speziellen auf die vorgestellten Krankheitsbilder.

Nachdem nun eine Diskussion der relevantesten Ergebnisse erfolgt ist, sollen im nächsten Schritt einzelne Aspekte der Datenanalyse, welche als interessant eingestuft wurden, beleuchtet werden.

6. 2. Auseinandersetzung mit den Skaleninterkorrelationen des KERFs

Im zuvor abgehandelten Ergebnisteil wurde beschrieben, dass aufgrund einer retrospektiven Datenerhebung und der vorgegebenen Wirkrichtung einer Mediatoranalyse, die inhaltliche Interpretation der Werte in eine Richtung ausgelegt ist. Nämlich von den vergangenen Ereignissen in der Kindheit, hin zum aktuellen Stand im Erwachsenenalter. Allerdings deuteten die Ergebnisse auf signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen des KERFs hin und diese liegen alle im selben Zeitabschnitt. Stellt sich demnach die Frage, wie es zu den genannten Korrelationen kommen kann, beschreiben die Skalen doch vier verschiedenen Formen des Missbrauchs.

So besteht zum Beispiel ein starker positiver Zusammenhang ($r = .606$, $p < .001$) zwischen den der verbalen Gewalt durch Eltern und der nonverbalen emotionalen Gewalt durch ein oder beide Elternteile. Hierbei entsteht die Vermutung, dass Eltern, welche zu verbaler Gewalt gegenüber ihren Kindern neigen, ebenfalls eine starke Tendenz haben, ihren Kindern auf nonverbaler und emotionaler Ebene negativ zu begegnen und umgekehrt.

Ein schwacher, jedoch signifikanter positiver gegenseitiger Einfluss besteht auch zwischen der bereits genannten verbalen Gewalt durch Eltern und emotionaler Vernachlässigung ($r = .299$, $p < .001$), sowie der emotionalen Gewalt durch Gleichaltrige ($r = .238$, $p < .001$). Da es sich bei der Korrelation zwischen verbaler Gewalt und emotionaler Vernachlässigung beinahe um eine mittlere Effektstärke handelt, kann auch in diesem Fall davon ausgegangen werden, dass ein negatives Umgehen auf verbaler Ebene, die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Kinder auch emotional nicht satt werden.

Der Zusammenhang von verbaler Gewalt im Elternhaus und der emotionalen Gewalt durch Gleichaltrige, lässt sich eventuell damit erklären, dass Kinder, welche zu Hause keine Stabilität und keine sichere Bindung erfahren, eher dazu neigen eine Art Opferrolle auszustrahlen. Dies könnte im Umkehrschluss eine negative Behandlung durch Gleichaltrige bedingen, da jene sich wohl meist eher schwächere Personen aussuchen.

Emotionale Vernachlässigung (EN) steht in einem mittel starken positiven Zusammenhang ($r = .430$, $p < .001$) zur nonverbalen emotionalen Gewalt durch die Eltern. Dies scheint logisch, kann doch das emotionale Vernachlässigen eines Kindes leicht mit emotionaler Lieblosigkeit und umgekehrt einhergehen.

Und auch emotionale Gewalt, welche durch dieselbe Altersgruppe erfahren wird bedingt sich gegenseitig mittelstark ($r = .348$, $p < .001$) mit der durch Eltern erlebte emotionalen Härte, sowie schwach mit zwischenmenschlicher emotionaler Ignoranz ($r = .109$, $p < .005$). Auch hier überträgt sich vermutlich ein gewisses Schema oder Verhaltensmuster auf den Umgang innerhalb unterschiedlicher Personengruppen und führt dort zu den jeweils ähnlichen Umgangsformen.

Allgemein besteht demnach vor allem die emotionale Gewalt betreffend, eine signifikante Einflussnahme der unterschiedlichen Missbrauchsformen untereinander. Die hinter diesem Phänomen stehenden psycho-mentalen Dynamiken könnten in weiteren Studien genauer erforscht und erklärt werden.

6. 3. Analyse der vollständigen Mediationen

Die beiden Mediationen zur Skala der emotionalen Vernachlässigung (EN) ergaben sowohl das Krankheitsbild Depression betreffend, als auch jenes der Ängstlichkeit, eine vollständige Mediation. Also eine gänzliche Vermittlung des Zusammenhangs zwischen emotionalen Gewalterfahrungen in der Kindheit und dem Entstehen der genannten Erkrankungen im Erwachsenenalter durch den Mediator Resilienz. Ein möglicher Erklärungsansatz für das Auftreten einer hier signifikanten vollständigen Mediation, könnte in der von Anfang an bestehenden schwach ausfallende Effektstärke zwischen der emotionalen Vernachlässigung während der Kindheit und Psychopathologien im Erwachsenenalter begründet sein. Es benötigt demnach keine große Einflussnahme anderer Faktoren um diesen Zusammenhang zu schwächen oder wie im vorliegenden Fall in seiner Signifikanz gänzlich aufzulösen.

Außerdem lässt sich generell festhalten, dass eine signifikante Mediationsanalyse nicht zwangsläufig auch auf eine signifikante Mediation hindeuten muss. Sie gibt lediglich Grund zur Annahme, dass die anfangs getätigte Vermutung bezüglich einer möglichen Mediation mit den jeweiligen Daten in Einklang zu bringen ist und es jedoch

stets weiterer in Frage kommende Faktoren und Wirkmechanismen gibt (Danner, 2011). Laut D. Danner (2011) fallen hierunter ein Rollentausch von unabhängiger Variable und Mediator oder die Tatsache, dass der Mediator in Wirklichkeit eine weitere abhängige Variable darstellt. Zudem besteht die Möglichkeit eines gemeinsamen Konstrukts, welchem alle drei Variablen angehören.

Demnach scheinen generell bei Mediationen, aber erst recht bei kleinen Effektgrößen zwischen der unabhängigen Variable und der abhängigen, alternativen Erklärungsmodelle infrage zu kommen.

6. 4. Praktische Implikationen: Schlussfolgerungen und Konsequenzen der eigenen Arbeit

In der vorliegenden Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass neben der rein körperlichen Misshandlung oder Vernachlässigung, auch die emotionale Ebene unangenehmer oder schmerzvoller Erfahrungen eine entscheidende Rolle in der Beeinflussung von Depressionen und Ängsten spielt. Dies wiederum liefert neue Anreize und Blickwinkel auf weitere oder alternative Behandlungsmethoden dieser beider Krankheiten, insofern als dass der Fokus während einer Therapie im speziellen auch auf emotional negative Kindheitserlebnisse gerichtet werden kann. Sich diese bewusst zu machen, zu bearbeiten und bestenfalls aufzulösen kann ein weiterer Lösungsansatz sein, um die beeinträchtigenden Symptome von Angst- und Depressionserkrankungen hinter sich zu lassen.

Eine weitere Konsequenz dieser Arbeit besteht darin, dass aufgezeigt werden kann, wie essentiell doch eine fürsorgliche, liebevolle und wohlwollende Grundhaltung seitens der Eltern gegenüber ihrem Kind ist. Hierbei soll erneut betont werden, wie tiefgreifend die Folgen von Ablehnung und Erniedrigung oder verbaler Gewalt sein können. Die vorliegende Arbeit hilft demnach Eltern bewusst zu machen, dass Kinder mehr benötigen als Nahrung und Kleidung für eine gesunde Entwicklung. Vielmehr benötigen sie eine sichere Bindung als Basis, das Wissen, dass sie in ihrer Einzigartigkeit geliebt und angenommen werden und auf eine achtsame Art und Weise behandelt werden. Erziehungspersonen sollten sich demzufolge konsequenterweise detailliert mit genau diesen Themen auseinandersetzen und sich Techniken aneignen,

mit welchen auch in den zur Kindererziehung gehörenden stressigen und belastenden Situationen, weitestgehend solidarisch und fair reagiert werden kann. Hierzu zählt zum Beispiel die Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg, welche das Wissen um eine verständnisvolle und gleichberechtigte Gesprächsform liefert und möglicherweise einen positiven Einfluss auf das für diese Arbeit wichtige Thema der Resilienzentwicklung nehmen kann. Dies detailliert darzustellen, würde jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Und auch bei Brisch & Hellbrügge (2015) findet sich ein Präventionsprogramm, welches auf genau diesen Themen beruht. Sie entwickelten das sogenannte SAFE (Sichere Ausbildung für Eltern) Programm, mit welchem sie einen Leitfaden für die praktische Umsetzung für Eltern und Psychologen bieten Hintergrund ist hierbei, die Vermeidung von emotionalen und Bindungsstörungen des Kindes. Gefördert werden soll die psychische Gesundheit des Heranwachsenden als auch die der Eltern. Brisch & Hellbrügge (2015, S.319) äußern weiter: „Kinder mit einer sicheren Bindungsentwicklung sind in der Lage, sich in Notsituationen Hilfe zu holen, sie haben im Verlauf ihres Lebens mehr freundschaftliche Beziehungen, ein ausgeprägtes und differenziertes Bewältigungsverhalten, sie können auf verschiedenste Bewältigungsstrategien zurückgreifen, können partnerschaftliche Beziehungen eingehen, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den Partner beinhalten und für beide Seiten befriedigend sind. In ihren kognitiven Funktionen sind Kinder mit einer sicheren Bindung kreativer, ausdauernder und differenzierter. Ihre Gedächtnisleistung und ihr Lernverhalten sind besser. Sie lösen Konflikte konstruktiver und sozialer und zeigen in Konfliktsituationen weniger aggressives Verhalten.“ Ziel einer primären Prävention wie es das SAFE Modell darstellt, ist es, die Eltern bereits vor der Geburt auf die (emotionalen) Signale ihres Säuglings zu sensibilisieren und damit die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens zu fördern, da positiv auf die Bedürfnisse des jungen Menschen eingegangen werden kann (Brisch & Hellbrügge 2015). Ein wichtiges Instrument stellt hierbei die Videoaufzeichnung der Interaktion zwischen Eltern und Kind dar, um anschließend die Sensibilisierung und die Interpretation der Signale des Säuglings zu schulen.

Werner (2000) nennt in ihrer Arbeit über die Ergebnisse der Kauai Studie sieben Lektionen, welche sich aus dem Kontakt mit resilienten Kindern, die es aus eigener Kraft schafften mit widrigen Umständen umzugehen, ergaben:

1. Es gibt große Unterschiede im Verhalten von in risikoreichen Verhältnissen aufwachsenden Kindern und deren Reaktion auf negative oder positive Umstände. Dies erfordert individuelle Hilfsangebote für das jeweilige Kind.

2. Es gilt sorgfältig auszuwählen, welche Kinder besonders hilfsbedürftig sind, da nicht jedem Kind gleich viel Hilfsangebote zuteilwerden können. Am meisten vulnerabel erscheinen hierbei Kinder, welche dauerhafte Mängel leiden. Mängel an sozialer, medizinischer oder ökonomischer Zuwendung.

3. Das Stellen von Diagnosen sollte seinen Fokus nicht nur auf die Probleme von hilfebedürftigen Kindern richten, sondern ebenfalls auf deren bereits existierende protektive Faktoren. Jene bieten den betroffenen Heranwachsenden die Möglichkeit ihre Problemlösestrategien zu erweitern, was wiederum zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls führt.

4. Forschungen zu resilienten Kindern ergaben, dass im Falle von unverfügbaren Eltern, andere Personen (Geschwister, Großeltern, Lehrer, andere Betreuungspersonen) eine entscheidende Rolle einnehmen. In vielen Situationen macht es Sinn solche bereits bestehenden Beziehungen zu stärken, anstatt bürokratisch und finanziell belastend, neue Dienstleistungen zu organisieren.

5. Für das Gelingen von frühen Förderprogrammen scheint es von besonderer Wichtigkeit zu sein, dass ein Kind eine gewisse Konsistenz und Verlässlichkeit erfährt. Untersuchungen zu resilienten Kindern, ergaben, dass jene mindestens eine nahestehende Person hatten, welche sie uneingeschränkt annimmt und akzeptiert. Unabhängig von Erscheinungsbild, Charaktereigenschaften oder Intelligenzniveau.

6. Untersuchungen ergaben außerdem, dass die Fähigkeit zu resilientem Verhalten bei Kindern von fürsorglichen Eltern, nicht zurückzuführen ist auf das Fernhalten von Stress und Widrigkeiten. Vielmehr wurde ein gesunder Umgang damit vorgelebt, um die Kompetenzen und das Vertrauen des Kindes zu fördern.

7. Solche Herausforderungen schienen am effektivsten zu sein in einem Umfeld, welches sich durch Voraussagbarkeit und Organisation kennzeichnet und in welchem

Wärme und Fürsorge mit einer klaren Struktur und eindeutigen Limits kombiniert wurde.

Die genannten Punkte stellen weitere Schritte dar, um psychische Erkrankungen wie Depressionen und Ängste zumindest was den Aspekt der fehlenden elterlichen und sozialen Fürsorge betreffend, abzuschwächen oder zu reduzieren, sowie die Entstehung von resilientem Verhalten zu fördern. Dieses Wissen könnte Psychologen in der Praxis helfen geeignete Präventions- und Förderprogramme für gefährdete Familien zu erstellen. Hierdurch könnte eine indirekte Beeinflussung von resilientem Verhalten geschehen, indem Eltern Werkzeuge an die Hand bekommen, mit denen sie die Erziehung ihrer Kinder positiv beeinflussen können.

6. 5. Limitationen und weitere Forschung

Abschließend soll die durchgeführte Untersuchung kritisch hinterfragt und reflektiert werden. Dazu kann gesagt werden, dass die verwendete Fragebogenbatterie unter Umständen zu umfangreich gestaltet war. Viele mögliche Proband*innen nahmen aufgrund der beim ersten Durchsehen festgestellten abschreckenden Länge des Fragebogens nicht an der Studie teil, was zu einem zeitlichen Mehraufwand führte, da weniger Teilnehmer*innen innerhalb einer Zeitspanne erfasst werden konnten. Willigten sie ein, so wurde teilweise die Bearbeitung nach einer Weile abgebrochen, da keine Lust mehr bestand, sich länger damit auseinanderzusetzen. Außerdem bestand ein weiteres Problem der Fragebogenlänge darin, dass die Wartezeit häufig nicht genügte, um alle Fragen beantworten zu können, was die jeweiligen Daten unvollständig werden ließ.

Ein weiteres nicht ganz optimal gelöstes Thema, war das Setting der Befragung. Es handelt sich vor allem bei den Fragen zu den belastenden Kindheitserfahrungen um sehr intime und private Sachverhalte, welche unter Umständen einige tiefsitzende Erinnerungen und Gefühle hervorrufen können. Dies jedoch zuzulassen, während andere Menschen in der Nähe sind und das Geschehen mitverfolgen können, stellte bei dem ein oder anderen Probanden ein Problem dar und wurde als unangenehm empfunden. Hier wäre eine Befragung in einem separaten Raum günstiger gewesen. Am ehesten natürlich als Einzelbefragung, jedoch würde das eine sehr lange

Befragungsgesamtdauer der Studie mit sich bringen. Die Befragung in einem extra dafür eingerichteten Raum, hätte allerdings das organisatorische Problem, der erschwerten Erreichbarkeit, um zum eigentlichen Termin aufgerufen zu werden.

Des Weiteren ergibt sich bei retrospektiven Befragungen stets das Problem der Korrektheit der gemachten Angaben, da unter Umständen einige Zeit seit dem Erlebten und der Bearbeitung des Fragebogens vergangen ist. Möglicherweise bestehen auch Erinnerungslücken, weswegen nicht alle Fragen in ihrer Gänze beantwortbar sind. Dies stellt jedoch ein in Kauf genommenes und auch kaum vermeidbares Hindernis einer solchen Untersuchung dar. Allerdings kann wohl davon ausgegangen werden, dass essentielle Erfahrungen in der Erinnerung haften bleiben, es sei denn sie wurden aus Selbstschutzgründen verdrängt. Stellt sich in diesem Kontext die Frage nach der Einflussnahme solcher verdrängter Erlebnisse auf die Entstehung von Psychopathologien im weiteren Lebensverlauf und wie sich die vorliegenden Ergebnisse möglicherweise in ihrer Effektstärke gesteigert hätten, hätte auf all jene Erinnerungen zurück gegriffen werden können. Eine Technik zu entwickeln, um bei dazu bereiten Teilnehmer*innen auf tiefer liegende Erinnerungsebenen zugreifen zu können, wäre ein interessanter Ansatz für weitere Forschung und könnte unter Umständen mit Hilfe von speziellen Frage- oder Hypnosetechniken umgesetzt werden. Abgesehen davon besteht stets weiterhin Bedarf an guter Forschung, die sich der Frage annimmt, welche Bedingungen vorliegen sollten, um ein gesundes Entwickeln eines Kindes zu unterstützen. Zudem sollte Augenmerk auf die Frage gerichtet werden, welche genauen Wirkmechanismen hinter der Ausbildung einer starken Resilienz liegen und wodurch jene gefördert werden können, um betroffenen Personen gezielt Hilfsangebote hierfür bieten zu können.

Interessant im Kontext der vorliegenden Arbeit scheint zudem, dass die emotionale Vernachlässigung jene Gewaltform darstellt, welche am häufigsten innerhalb der untersuchten Stichprobe vorkam und über die Hälfte der Proband*innen betraf. Jedoch war es zeitgleich wie bereits erwähnt diejenige mit der kleinesten Effektstärke in Bezug auf psychopathologische Symptome wie Depressionen oder ein gesteigertes Angstempfinden im Erwachsenenalter. Was eine bisher nicht gänzlich beantwortbare Frage aufwirft, wo doch gerade die Krankheitsbilder Depression und Ängstlichkeit stark von affektiven Grunderfahrungen geprägt und genährt werden. Wie also kann es sein, dass gerade diejenige Gewalterfahrung, welche sinnbildlich für emotionale Gewalt

steht, am wenigsten negativ ins Gewicht fällt. Dieses Thema wirft unter Umständen Anregungen für weitere Forschung auf, da es durchaus von Interesse sein könnte, die genauen Mechanismen hinter der Einflussnahme von emotionalen Gewalterfahrungen in der Kindheit und psychopathologischen Erkrankungen im Erwachsenenalter zu erforschen. Möglicherweise kann dann der Sachverhalt und die exakte Wirkweise eben genannter Erfahrungen genauer erklärt und dargestellt werden. Dies wiederum hätte zum einen positive Auswirkungen auf die spezifischere und individuellere Behandlung der aufgeführten Erkrankungen und zum anderen könnten so erfolgreichere Präventionsprogramme oder Unterstützungen für Eltern angeboten werden.

Wie oben bereits erwähnt besteht eine weitere Limitation darin, dass nicht genügend Aussagekraft darüber möglich ist, welche weiteren Aspekte positiven oder negativen Einfluss auf die Ausbildung von Psychopathologin nehmen. Es kann nicht klar definiert werden, worin resilientes Verhalten genau besteht und wie es sich die Probanden aneigneten.

6. 6. Konklusion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten mit dem neu hierfür eingesetzten Instrument des KERFs erfolgreich aufzeigen, dass sich emotionale Gewalterfahrungen in der Kindheit negativ auf das Ausbilden psychopathologischer Symptome wie Ängste und Depressionen im Erwachsenenalter auswirken. Dies mit einem meist mittelstarken Effekt, sodass Grund zur Annahme besteht, dass alternative Faktoren vorliegen, welche diesen Zusammenhang zusätzlich beeinflussen. Eine Einflussnahme geht in jedem Fall von dem hier getesteten Aspekt der Resilienz aus, welche bei allen in dieser Studie durchgeführten Mediationen eine Effekt vermittelnde Rolle einnimmt. Demnach konnten die anfangs gestellten Fragen insofern beantwortet werden, als dass sowohl der prognostizierte Zusammenhang zwischen durchlebter affektiver Gewalt in der Kindheit und Erkrankungen im Erwachsenenalter, als auch die Einnahme der Rolle als Mediator durch die Resilienz unterstützt werden können. Offen blieb jedoch, was genau hinter den bereits erwähnten zusätzlichen Faktoren stecken könnte. Eine weitere sich aus der durchgeführten Forschung ergebende Frage, bezieht sich auf den verhältnismäßig schwachen Effekt der emotionalen Vernachlässigung auf die

Krankheitsbilder von Angst- und Depressionserkrankungen, wo doch dies ebenfalls eine sehr destruktive und negative Verhaltensform darstellt und den Verdacht nahelegt, dass spätere Erkrankungen stark davon beeinflusst werden können. Hier könnte weitere Forschung anknüpfen.

Laut den vorliegenden Daten kann demnach festgehalten werden, dass emotionale Gewalterfahrungen häufiger vorkommen, als möglicherweise angenommen wird und es daher umso präsenter erscheint den gesundheitsschädlichen Folgen genauer nachzugehen und bestenfalls zeitgleich an weiteren Präventionsprogrammen zu arbeiten.

Abschließend bleibt zu sagen, dass nach wie vor die Erforschung negativer Erfahrungen innerhalb der Kindheit, welche umgangssprachlich häufig als überaltertes Steckenpferd der Psychologie bezeichnet wird, ihre gute Berechtigung hat und wichtige Dienste leistet in der Prävention von psychischen Erkrankungen unserer Gesellschaft. Anlehnend an die vorliegende Arbeit und ihren Ergebnissen könnten Präventionsprogramme zur gezielten Förderung von Resilienz erarbeitet werden. Und dies nicht nur im Zuge von elterlicher Kindererziehung, sondern im Kontext globalerer gesellschaftlicher und politischen Themen. Dies hätte möglicherweise einen gewinnbringenden Effekt auf das Wohlbefinden des von der immer schnelllebiger werdenden Welt und zunehmenden Stressoren geplagten Menschen. Und in der Folge würde sich dies unter Umständen auf diverse Bereiche des täglichen Lebens auswirken. Denn sind es nicht diejenigen Menschen, welche ihr Leben als sinnvoll und lebenswert und sich selbst als selbstwirksam und resilient empfinden, welche die meisten Erfolge erzielen? Sei es auf familiärer, beruflicher oder zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Ebene.

Literaturverzeichnis

Ackner, S., Skeate, A., Patterson, P., & Neal, A. (2013). Emotional abuse and psychosis: A recent review of the literature. Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 22(9), 1032–1049.

Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

American Psychological Association. (2018). The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association. *https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx*

American Professional Society on the Abuse of Children. (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents: Practice guidelines*. The Society.

Anlı, İ., & Karslı, T. A. (2010). Perceived parenting style, depression and anxiety levels in a Turkish late-adolescent population. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *2*(2), 724-727.

Antonovsky, A. (1991). Meine odyssee als stressforscher. *Jahrbuch für kritische Medizin*, *17*, 112-130.

Armony, J. L., Quirk, G. J., & LeDoux, J. E. (1998). Differential effects of amygdala lesions on early and late plastic components of auditory cortex spike trains during fear conditioning. *Journal of Neuroscience*, *18*(7), 2592-2601.

Avaz, S. (2011). *The influence of perceived maternal rejection, perceived paternal rejection and father involvement on young women's psychological adjustment and depression* (Doctoral dissertation, İstanbul Bilgi Üniversitesi).

Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *Journal of psychiatric research*, *77*, 92-108.

Ballard, E. D., Van Eck, K., Musci, R. J., Hart, S. R., Storr, C. L., Breslau, N., & Wilcox, H. C. (2015). Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. Psychological medicine, 45(15), 3305-3316.

Bailey Smith, L., Lenz, A.S. & Strohmer, D. (2017) Differential Prediction of Resilience Among Individuals with and Without a History of Abuse. In: *Counseling and Values, April 2017, Volume 62*, 106-12

Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, *14*(1), 103-114.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development andvalidation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. In *Child Abuse & Neglect, 27,* 169-190.

Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs*, *33*(12), 2106-2115.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L. et al. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. In *Psychopathology, 42* (1), 32 –39

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, *59*(1), 20.

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, *75*(5), 671.

Bowlby J. (1978). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. Penguin Books: London

Bowlby, E. J. M. (2008). *Loss-Sadness and Depression: Attachment and Loss* (Vol. 3). Random House.

Bräutigam, W., Christian, P., & von Rad, M. (1992). *Psychosomatische Medizin: ein kurzgefaßtes Lehrbuch; 10 Tabellen*. Georg Thieme Verlag.

Briggs-Gowan, M. J., Pollak, S. D., Grasso, D., Voss, J., Mian, N. D., Zobel, E., ... & Pine, D. S. (2015). Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(11), 1194-1201.

Brisch, K. H. (2007). Prävention von emotionalen und Bindungsstörungen. *Prävention von Entwicklungsstörungen*, 167-181.

Brisch, K. H., & Hellbrügge, T. (Eds.). (2015). *Der Säugling–Bindung, Neurobiologie und Gene: Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie*. Klett-Cotta.

Cacciaglia, R., Nees, F., Grimm, O., Ridder, S., Pohlack, S. T., Diener, S. J., ... & Flor, H. (2017). Trauma exposure relates to heightened stress, altered amygdala morphology and deficient extinction learning: implications for psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*, *76*, 19-28.

Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*, *20*(6), 1019-1028

Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, C. Y., & Muller, V. R. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: A structural equation model. *Rehabilitation psychology*, *56*(3), 200.

Chamberland, C., Fallon, B., Black, T., & Trocmé, N. (2011). Emotional maltreatment in Canada: Prevalence, reporting and child welfare responses (CIS2). *Child Abuse & Neglect*, *35*(10), 841-854.

Chamberland, C., Fallon, B., Black, T., Trocmé, N., & Chabot, M. (2012). Correlates of substantiated emotional maltreatment in the second canadian incidence study. *Journal of Family Violence*, *27*(3), 201-213.

Chapman, D. P., Dube, S. R., & Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, *37*(5)

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. In. *Child abuse & neglect*, *31*(3), 211-229.

Crow, T., Cross, D., Powers, A., & Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. In: *Child abuse & neglect*, *38*(10), 1590-1598.

Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child development*, *77*(1), 44-58.

Derogatis, L. R. (2001). Brief symptom inventory 18. Johns Hopkins University.

Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18.

deRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D., & Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation psychology*, *55*(1), 1.

Dias, A. Sales, L. Hessen, D.J. & Kleber, R. J. (2015) Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry (2015) 24*:767–778

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien

Dodge KA, Petit GS, Bates JE, Valente E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. Journal of Abnormal Psychology.; 104:632–643. [PubMed: 8530766]

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child abuse & neglect, 28(7), 771-784.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, *111*(3), 564-572.

Dunn, E. C., Nishimi, K., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood?. *Journal of psychiatric research*, *84*, 119-127.

Egle, U., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (2015) Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer GmbH, 24 - 40

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4): 245–258.

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 130-155.

Fingerle, M. (2011). Resilienz deuten–Schlussfolgerungen für die Prävention. In *Handbuch Resilienzförderung* (pp. 208-218). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Finzi-Dottan, R., & Karu, T. (2006). From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. In: *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(8), 616-621.

Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C., & Frommer, J. (2011). Der Einsatz des brief symptom inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *61*(02), 82-86.

Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönnau-Böse, M. (2015). *Resilienz* (Vol. 3290). UTB.
Garbarino J, Guttman E, Seeley JW (1987) *The Psychologically Battered Child.* California: Jossey-Bass Publishers

Glaser, D. (2002) Emotional abuse and neglect (psychological maltratment): A conceptual framework. In: *Child, Abuse Negl 26*:697-714

Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child abuse & neglect*, *35*(10), 866-875.

Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and anxiety*, *24*(4), 256-263.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes:implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348-362.

Haddadi, P., & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 639-642.

Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Dtsch Arztebl*, *108*(17), 287-94.

Hassenstein, B., & Hassenstein, H. (2003). *Kindern geben, was sie brauchen: Entwicklungsphasen erkennen-Entwicklung fördern*. Herder.

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive therapy and research*, *40*(3), 394-415.

Herrmann, B. (2005) Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. In*: Kinder und Jugendarzt. Fortbildungsschwerpunkt: Gewalt gegen Kinder. 36.Jg.(2005) Nr.6; Nr. 3376*, 1-7

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1568-1578.

Hill, J. (2003). Childhood trauma and depression. *Current Opinion in Psychiatry*, *16*(1), 3-6.

Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and evaluation in Counseling and Development*, *39*(2), 84-96.

Horlich, J., Dehmel, S., Sierau, S., White, L., & von Klitzing, K. (2014). Das Maltreatment Classification System (MCS)–Ein Modell zur Kategorisierung von Kindesmisshandlung und-vernachlässigung (Teil 1). *Soziale Arbeit*, 202-210.

Hovens, J. G., Giltay, E. J., Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2015). Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. J Clin Psychiatry, 76(7), 931-938.

Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. Journal of affective disorders, 213, 44-50.

Huang, L. & Mossige, S. (2015) Resilience in young people living with violence and self-harm: evidence from a Norwegian national youth survey. In: *Psychology Research and Behavior Management, 2015:8* 231–238

Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European journal of psychotraumatology*, *5*(1), 23970.

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis. Journal of affective disorders, 190, 47-55.

Isele, D., Teicher, M. H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I. T., Schury, K., & Schauer, M. (2014). KERF–ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.

Iwaniec, D. Larkin, E. & Higgins, S. (2006) Research Review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. In: *Child and Family Social Work 2006, 11*, 73–82

Jansen, K., Cardoso, T. A., Fries, G. R., Branco, J. C., Silva, R. A., Kauer-Sant'Anna, M., ... & Magalhaes, P. V. S. (2016). Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. Acta Psychiatrica Scandinavica, 134(4), 281-286.

Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, *48*(3), 179-186.

Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical psychology review*, *31*(4), 563-591.

Kairys, S. W., Johnson, C. F., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, *109*(4), e68-e68.

Kaufman, J., & Henrich, C. (2000). Exposure to violence and early childhood trauma. In C. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 195–207). New York: Guilford

Khaleque, A. (2013). Perceived parental warmth, and children's psychological adjustment, and personality dispositions: A meta-analysis. *Journal of child and Family studies*, *22*(2), 297-306.

Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. In: *Frontiers in psychiatry, 6,* 42

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. In *Cognition and emotion* (pp. 138-177). London:Psychology press.

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *25*(4), 467-473.

Laucht, M. (2003). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*, 53-71.

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, *29*(4), 246-262.

Lambert, H. K., Sheridan, M. A., Sambrook, K. A., Rosen, M. L., Askren, M. K., & McLaughlin, K. A. (2017). Hippocampal contribution to context encoding across development is disrupted following early-life adversity. *Journal of Neuroscience*, *37*(7), 1925-1934.

Lee, T. Y., Cheung, C. K., & Kwong, W. M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal*, *2012*.

Leonhart, R., & Lichtenberg, S. (2009). *Lehrbuch Statistik*. H. Huber.

Levitan, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Depression and anxiety*, *17*(1), 34-42.

Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine*, *46*(4), 717-730.

Lila, M., Garcia, F., & Gracia, E. (2007). Perceived paternal and maternal acceptance and children's outcomes in Colombia. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *35*(1), 115-124.

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, *59*(2), 359-372.

Loch, N., Hiller, W., & Witthöft, M. (2011). Der cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.

Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Mann, J. J. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World psychiatry*, *12*(2), 149-154.

Lorenz, E. (2013). Traumagedächtnis bei Kindern mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*.

Lösel, F., & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, *1*, 37-58.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, *83*(1), 131.

Masten, A. S. (2016). *Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie: Das ganz normale Wunder entschlüsselt*. Junfermann Verlag GmbH.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, *2*(4), 425-444.

Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of positive psychology*, *74*, 88.

Masten, A. S. & Obradovi´c, J., (2006) Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1094, pp. 13–27.

Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., ... & Monk, C. S. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child abuse & neglect*, *32*(1), 139-153.

Masten, W., & Wright, M. O. (2009). Resilience over the lifespan. *Handbook of adult resilience*, 213-237.

Mathews, S., Abrahams, N., & Jewkes, R. (2013). Exploring mental health adjustment of children post sexual assault in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, *22*(6), 639-657.

McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and psychopathology*, *13*(4), 1021-1038.

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, *49*(3), 186-93.

McLaughlin KA, Sheridan MA, Gold AL, Lambert HK, Heleniak C, Duys A, Shechner T, Wojcieski Z, Pine DS (2016) Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children. Neuropsychopharmacology. 41:1956–1964

McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current opinion in psychology*, *14*, 29-34.

Mikulincer M, Shaver PR (2016) Attachment in adulthood structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press

Moulton, S.J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. & Day, K. (2015) NeglectChildhood trauma and eating psychopathology: A mediatingrole for dissociation and emotion dysregulation? In: *Child Abuse & Neglect 39 (2015)* 167–174

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child abuse & neglect*, *20*(1), 7-21.

Myers, D. G. (2008). Psychologie. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. *Heidel berg: Springer*.

Naderi, H., Akbari, A., & Abbasi-Asl, R. (2016). Mediating role of resilience in relationship between attachment style dimensions and quality of life in high school students. *International Journal of School Health*, *3*(4).

Neumann, E. (2017). Recollections of emotional abuse and neglect in childhood as risk factors for depressive disorders and the need for psychotherapy in adult life. In: *The Journal of nervous and mental disease*, *205*(11), 873-878.

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *PLOS Medicine November 2012, Volume 9, Issue 11*, 1-31

Olatunji, B. O., Naragon-Gainey, K., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(3), 225-257.

Oliver, K. G., Collin, P., Burns, J., & Nicholas, J. (2006). Building resilience in young people through meaningful participation. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *5*(1), 34-40.

Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2017). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Springer-Verlag.

Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie.* 3. überarb. Aufl. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Philippe, F. L., Lecours, S., & Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and positive emotions: Examining the role of emotional memories. *Journal of personality*, *77*(1), 139-176.

Philippe, F. L., Laventure, S., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S., & Lekes, N. (2011). Ego-resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(6), 583-598.

Plener, P.L., Ignatius, A., Huber-Lang, M. & Fegert, J.M. (2017) Auswirkung von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. In: *Nervenheilkunde 3/2017, Schattauer 2017,* 161-167

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, *36*(5), 679.

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*, *217*, 144-152.

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*, *64*, 89-100.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, *40*(3), 879-891.

Pynoos, R., Steinberg, A., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 72–95). New York: Wiley

Rauschenberg, C., van Os, J., Cremers, D., Goedhart, M., Schieveld, J. N. M., & Reininghaus, U. (2017). Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(4), 373-388.

Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *140*(1), 140.

Rohner, R. P. (2004). The parental" acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American psychologist*, *59*(8), 830.

Rosenkranz, S. E., Muller, R. T., & Henderson, J. L. (2012). Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse & Neglect*, *36*(5), 438-448.

Sart, Z. H., Börkan, B., Erkman, F., & Serbest, S. (2016). Resilience as a mediator between parental acceptance–rejection and depressive symptoms among University students in Turkey. *Journal of Counseling & Development*, *94*(2), 195-209.

Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity

of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. In: *BMC psychiatry*, *16*(1), 295.

Scharfetter, C. (1991). *Allgemeine Psychopathologie*. 3. überarbeitete Auflage; Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schierholz A, Krüger A, Barenbrügge J, Ehring T (2016) What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation, attachment, and attributional style. Eur J Psychotraumatol. 7:32652.

Schmahl, C., & Herzog, J. I. (2014). Neurobiologische Folgen sexueller Traumatisierung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, *15*(01), 86-89.

Seligman, M. E., & Petermann, F. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit* (Vol. 16). Beltz.

Seok, J. H., Lee, K. U., Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., ... & Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei medical journal*, *53*(6), 1093-1098.

Shackman, J. E., Shackman, A. J., & Pollak, S. D. (2007). Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*, *7*(4), 838.

Shackman JE, Pollak SD. (2014) Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. Development and Psychopathology. 26:1021–1033

Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. In: *Journal of clinical psychology*, *70*(3), 209-223.

Sherrieb, K., Norris, F. H., & Galea, S. (2010). Measuring capacities for community resilience. *Social indicators research*, *99*(2), 227-247.

Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological methods*, *7*(4), 422.

Soffer, N., Gilboa–Schechtman, E., & Shahar, G. (2008). The Relationship of Childhood Emotional Abuse and Neglect to Depressive Vulnerability and Low Self–Efficacy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(2), 151-162.

Sollberger, D., Kapfhammer, H. P., Boehlke, E., Hoff, P., & Stompe, T. (Eds.). (2015). *Bilder der Schizophrenie* (Vol. 34). Frank & Timme GmbH.

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, *5*(1), 25338.

Spertus I.L., Yehuda, R., Wong, C., Halligan, S. & Seremetis, S. (2003) Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. In: *Child Abuse & Neglect 27 (2003)* 1247–1258.

Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M., ... & Franke, G. H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, *79*(09), 517-523.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37-50.

Suzuki, H., Luby, J. L., Botteron, K. N., Dietrich, R., McAvoy, M. P., & Barch, D. M. (2014). Early life stress and trauma and enhanced limbic activation to emotionally valenced faces in depressed and healthy children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *53*(7), 800-813.

Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child abuse & neglect*, *59*, 1-12.

Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure'(MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS one*, *10*(2), e0117423.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, *86*(2), 320-333.

Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA psychiatry*, *72*(11), 1135-1142.

van Nierop, M., Lecei, A., Myin-Germeys, I., Collip, D., Viechtbauer, W., Jacobs, N. & van Winkel, R. (2018). Stress reactivity links childhood trauma exposure to an admixture of depressive, anxiety, and psychosis symptoms. Psychiatry research, 260, 451-457.

Voellmin, A., Winzler, K., Hug, E., Wilhelm, F.H., Schaefer, V., Gaab, J., La Marca, R., Pruessner, J.C. & Bader, K. (2015) Blunted endocrine and cardiovasculare activity in young healthy women reporting a history of childhood adversity. In: *Psychoneuroendocrinology (2015) 51*, 58—67

Walsh, W. A., Dawson, J., & Mattingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy?. Trauma, Violence, & Abuse, 11(1), 27-41.

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. Guilford Publications.

Werner, E. E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel*, 25-36

Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, *114*(2), 492-492.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention*, *2*, 115-132.

Westen, D. & Blagov, P. S. (2007). A Clinical-Empirical Model of Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 373–392). New York: Guilford Press.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., ... & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *60*(11), 442-450.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, *126*(3), 411-414.

Wolfe, J. & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of porttraumatic stress disorder.

Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). Springer, Boston, MA.

Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2009). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive behaviors*, *35*(1), 68-71.

Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik–Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In *Handbuch Resilienzförderung* (pp. 350-359). VS Verlag für Sozialwissenschaften

Wustmann, C. & Fthenakis,W.E. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen Verlag GmbH

Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, *38*(8), 1369-1381.

Zakeri, H., Jowkar, B., & Razmjoee, M. (2010). Parenting styles and resilience. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 1067-1070.

Zakeri, H., & Karimpour, M. (2011). Parenting styles and self-esteem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *29*, 758-761.

Zander, M. (2011). *Handbuch Resilienzförderung*. M. Roemer (Ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zimmermann, P., & Scheuerer-Englisch, H. (2013). Unterschiede in Bindung und Persönlichkeit bei Kindern in Erziehungsberatung, in Kinder-und Jugendpsychiatrie und in Kontrollfamilien.

Online Quellen:

Statistik Guru: http://bit.ly/2tl4O9O

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen: https://bit.ly/2oJZlDh

PDF Daniel Danner, Uni Heidelberg, 2011 Mediatoranalyse & Mderatoranalyse; How to do: https://bit.ly/1Ub2lG1

Anleitung für SPSS: https://bit.ly/2IVuG0H

Sieben Säulen der Resilienz: https://bit.ly/2xu1nRN

WHO: https://bit.ly/2Kk6JFh

Our world in data: https://bit.ly/2mnyVZ6

Die Zeit: https://bit.ly/2V6ScSJ

Leopold-Franzens-Universität Innsbruck



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.

Datum	Unterschrift