

The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead

Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei

Von Vincent J. Felitti¹

Summary

The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study is a long term, in-depth analysis of over 17,000 adult Americans, matching their current health status against adverse childhood experiences that occurred on average a half-century earlier.

We found that such adverse childhood experiences are quite common although typically concealed and unrecognized; that they still have a profound effect a half century later, although now transmuted from psychosocial experience into organic disease; and that they are the main determinant of the health and social well-being of the nation.

Our findings are of direct importance to the everyday practice of medicine and psychiatry because they indicate that much of what is recognized as common in adult medicine is the result of what is not recognized in childhood.

The ACE Study challenges as superficial the current conceptions of depression and addiction, showing them to have a very strong dose-response relationship to antecedent life experiences.

Z Psychosom Med Psychother 48/2002, 359–369

<http://www.vandenhoeck-ruprecht.de/zfpm/0204/felitti.pdf>

Keywords

Child Abuse – Sexual Abuse – Depression – Addiction – Chronic Disease – Suicide – Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Hepatitis – Smoking – Drug Abuse

Zusammenfassung

Die Adverse Childhood Experiences (ACE) Studie ist eine ausführliche Verlaufsun-
tersuchung von über 17.000 erwachsenen Amerikanern. Es wird der aktuelle Gesund-

¹ Department of Preventive Medicine, Southern California Permanente Medical Group, San Diego, California (USA).

heitszustand zu belastenden Kindheitsfaktoren in Beziehung gesetzt, die im Mittel ein halbes Jahrhundert früher auftraten.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, daß belastende Kindheitserfahrungen häufig sind, obwohl sie im allgemeinen verborgen und unerkannt bleiben; dennoch haben sie auch fünfzig Jahre später tiefgreifende Folgen, die psychosozialen Erfahrungen haben sich mittlerweile in eine körperliche Erkrankung umgewandelt. Diese belastenden Kindheitserlebnisse sind eine der wesentlichen Determinanten der Gesundheit und vor allem des Wohlbefindens der Nation. Die Ergebnisse sind von direkter Bedeutung für die Praktische Medizin und Psychiatrie. Sie belegen, daß vieles bei Erwachsenen Unerkanntes das Ergebnis von unerkannten Ereignissen der Kindheit ist.

Die ACE-Studie ist eine Herausforderung, die gegen die derzeitigen oberflächlichen Konzeptionen von Depression und Suchterkrankung gerichtet ist. Sie zeigt, daß diese Störungen in einem klaren und eindeutigen Dosis-Wirkungsverhältnis zu früheren Lebensereignissen stehen.

In allen Ländern der Erde wird der Frage nachgegangen, was das Wohlbefinden und die Gesundheit Erwachsener bestimmt. Die *Adverse Childhood Experiences-Studie* (ACE, psychosoziale Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend, Felitti et al. 1998) ist ein großangelegtes amerikanisches Forschungsprojekt, das die Frage stellt, ob und wie Kindheitsbelastungen die Gesundheit Erwachsener Jahrzehnte später beeinflussen. Diese Frage wird derzeit in der laufenden Zusammenarbeit mit Robert Anda am Center for Disease Control (CDC) und der Untersuchung von 17.421 Erwachsenen am Zentrum für Präventive Medizin des Kaiser Permanente Department in San Diego, Kalifornien, beantwortet. Kaiser Permanente ist eine allgemeine, private Gesundheitsversicherung bzw. eine Health Maintenance Organisation (HMO), d.h. die dort Versicherten nehmen spezielle Ärzte und Krankenhauseinrichtungen in Anspruch und werden rundum von dieser Organisation versorgt. Die Ergebnisse unserer ACE-Studie ermöglichen einen bemerkenswerten Einblick in unser persönliches Erwachsenwerden und unser Werden als Nation. Sie sind medizinisch, sozialpolitisch und wirtschaftlich von größter Bedeutung (Foege 1998). Die Ergebnisse veranlassen uns, die bisherigen Versorgungsstrukturen der primären medizinischen Versorgung in Amerika zu überdenken.

Die ACE-Studie enthüllt die ausgeprägte Beziehung zwischen unseren emotionalen Erfahrungen und Erlebnissen als Kinder und unserer körperlichen und seelischen Gesundheit als Erwachsene und darüber hinaus den Zusammenhang mit den wichtigsten Mortalitätsursachen Erwachsener in den Vereinigten Staaten. Die Studie dokumentiert den Zusammenhang von traumatischen Belastungen in der Kindheit mit organischen Störungen im späteren Leben. Wie kann diese falsche Alchemie, die das Gold eines neugeborenen Kindes in das Blei eines depressiven, kranken Erwachsenen verwandelt, geschehen? Die Studie verdeutlicht, daß die Zeit nicht die Wunden der psychosozialen Belastungen der Kindheit heilt, Belastungen, die wir so häufig in der Kindheit großer Populationen von Amerikanern mittleren Alters und mittlerer

sozialer Schicht gefunden haben. Die Ereignisse „vergehen“ nicht einfach, nicht einmal fünfzig Jahre später (*Weiss u. Wagner 1998*).

Die ACE-Studie ist das Ergebnis von Beobachtungen, die wir Mitte der achtziger Jahre in einem Adipositas-Programm machten; dieses Programm hatte hohe Drop-out-Raten. Das erste Unerwartete war, daß die Mehrheit der Drop-outs erfolgreich Gewicht verlor. Zufällig und zu unserer Überraschung erfuhren wir aus den detaillierten biographischen Interviews von 286 adipösen Teilnehmern, daß Mißbrauch in ihrer Kindheit bemerkenswert häufig war und, wenn vorhanden, immer ihrer Übergewichtigkeit voranging. Kein Arzt hatte vorher diese Informationen von diesen Patienten erhoben, trotzdem waren sich viele Patienten des Zusammenhangs zwischen ihrem Mißbrauch und dem Übergewicht klar bewußt. Einige berichteten von ärztlichen Kontakten, in denen sie die Geschichte des Mißbrauchs thematisiert hatten – nur um vom behandelnden Arzt in Schranken verwiesen zu werden, daß dies ferne Vergangenheit sei und daher keine Bedeutung für die jetzigen Probleme habe.

Wider Erwarten war für viele Betroffene ihr Übergewicht überhaupt nicht das Problem; es war ihre protektive Lösung für Probleme, die in der Vorgesichte von niemandem anerkannt worden waren. Eine bemerkenswerte Einsicht stammte von einer Frau, die im Alter von 23 Jahren vergewaltigt worden war, und im folgenden Jahr 105 Pfund an Gewicht zunahm. „Wer Übergewicht hat, wird übersehen, und das ist für mich der Weg, den ich gehen muß.“ Der Widerspruch zwischen dieser Aussage und ihrem Wunsch, Gewicht zu verlieren, war offensichtlich. Ähnlich wurden zwei Männer, die als Wachbeamte in einer Justizvollzugsanstalt arbeiteten, sehr ängstlich, nachdem jeder über 100 Pfund an Gewicht verloren hatte. Sie brachten zum Ausdruck, daß sie sich in der Arbeit viel sicherer gefühlt hatten mit ihrem Übergewicht, sicherer als mit normalem Gewicht und normaler Größe. Ganz allgemein fanden wir bei unseren übergewichtigen Patienten das Vorherrschen von starken, dem Abnehmen entgegenstehenden Kräften. Im übertragenen Sinne gaben sie mit einem Fuß Gas und mit dem anderen bremsten sie, mit dem Wunsch, Gewicht zu verlieren, aber voller Angst vor den Veränderungen, die der Gewichtsverlust in sozialen und sexuellen Bereichen bewirken würde.

Die Forscher am Center for Disease Control (CDC) erkannten die Bedeutung dieser klinischen Beobachtungen und unterstützten uns bei der Planung einer großen epidemiologischen Studie zur Untermauerung und endgültigen Absicherung dieser Beobachtungen. Die ACE-Studie wurde an der Abteilung für Präventive Medizin des Kaiser Permanente in San Diego durchgeführt. Dies war ein idealer Rahmen, da an der dortigen Abteilung für Präventive Medizin seit vielen Jahren ausführliche biomedizinische und psychosoziale (bio-psycho-soziale) Untersuchungen von über 55.000 erwachsenen Mitgliedern des Kaiser Health Plan im Jahr durchgeführt worden waren. Die Mehr-

zahl der Untersuchten stammte aus der typischen amerikanischen Mittelschicht. Im Rahmen der Studie wurden 26.000 konsekutive Patienten befragt und ihr „informed consent“ bezüglich der Bereitschaft eingeholt, uns bei der Frage zu helfen, ob und wie Kindheitsbelastungen die Gesundheit Erwachsener beeinflussen können. Von den Befragten stimmten 71 % einer Teilnahme zu.

Wir befragten diese 18.000 Freiwilligen bezüglich acht unterschiedlicher Kategorien des kindlichen Mißbrauchs und der elterlichen Belastungsfaktoren (Dysfunktionen). Die Mißbrauchskategorien waren: wiederholter körperlicher Mißbrauch, wiederholter emotionaler Mißbrauch und sexueller Mißbrauch. Die fünf Bereiche der familiär-elterlichen Belastung (Dysfunktionen), die der Betroffene erfahren hatte, waren:

- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis,
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt,
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank,
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal,
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache.

Ein Individuum, das keine dieser Kategorien erfüllte, hatte einen ACE-Wert von null. Ein Individuum, das vier Bedingungen ausgesetzt war, hatte einen ACE-Wert von vier und so fort. Zusätzlich wurde in einer prospektiven Studie eine Kohorte zumindest fünf Jahre weiter beobachtet, um die Belastungen der Kindheit zu späteren Notfallaufnahmen, der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, Kosten von Medikamenten, Krankenhausaufnahmen und Sterblichkeit in Beziehung zu setzen.

Dr. Anda, der vom CDC als Wissenschaftler mitwirkte, bearbeitete mit hervorragenden Fähigkeiten die riesigen Informations- und Datenmengen der retrospektiven und prospektiven Erhebung. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patienten war 57 Jahre. Wir untersuchten also die Auswirkungen von widrigen Kindheitserfahrungen auf den Gesundheitszustand Erwachsener ein halbes Jahrhundert später! Der vollständige Text unserer initialen Studienberichte ist einsehbar unter

http://www.meddevel.com/site.mash?left=/library.exe&m1=4&m2=1&right=/library.exe&action=search_form&search.mode=simple&site=AJPM&jcode=AMEPRE

Unsere beiden wichtigsten Ergebnisse sind, daß psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit

- viel häufiger vorhanden sind als üblicherweise im medizinischen System angenommen wird und

- eine eindeutige Beziehung zur Gesundheit Erwachsener 50 Jahre später besteht.

Dieser eindeutige Zusammenhang macht die psychosozialen Belastungsfaktoren der Kindheit für die Gesundheit der Nation und die ärztliche Versorgung bedeutsam. Etwas mehr als die Hälfte unserer Mittelschicht-Patienten erlebte Belastungen aus einer oder mehreren Kategorien der ACE. Etwa ein Viertel war zwei dieser Belastungskategorien ausgesetzt und einer von 16 erlebte vier belastende Bereiche während seiner Kindheit. Wenn eine Belastungsform auftrat, liegt eine Wahrscheinlichkeit von 80 % vor, daß es auch in einem anderen Bereich zu Belastungen kam. Natürlich ist dies durch soziale Tabus gut abgeschirmt. So könnte man den Wald auch vor lauter Bäumen übersehen, wenn man diese Kategorien nur einzeln abfragen und untersuchen würde. Sie treten nicht isoliert auf: Ein Kind wächst beispielsweise nicht mit einem alkoholkranken Elternteil oder mit häuslicher Gewalt in einem sonst wohlfunktionierenden Haushalt auf. Die Frage, die zu stellen ist: Wie werden sich diese Belastungsfaktoren der Kindheit Jahrzehnte später in der Arztpraxis zeigen? Um das zu beantworten, können wir die Ergebnisse in körperliche und seelische Störungen unterteilen.

Körperliche Erkrankungen

Als erstes betrachten wir die Auswirkungen von psychosozialen Belastungsfaktoren der Kindheit auf den späteren Nikotinkonsum (Anda et al. 1999). Rauchen ist ein wesentlicher Risikofaktor für viele lebensbedrohliche Erkrankungen. In Kalifornien gab es große Anstrengungen in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, das Rauchen einzuschränken. Trotz anfänglicher Erfolge mit Abnahme der Anzahl der Raucher gab es in den letzten Jahren keinen weiteren Rückgang, obwohl die Bemühungen im öffentlichen Gesundheitswesen weiter bestanden. In Kalifornien wird Rauchen mit starkem sozialen Druck oft sogar als „Sucht“ angesehen. Das medizinische Konzept der Nikotinsucht geht davon aus, daß diese psychische und körperliche Sucht auf die intrinsischen, molekularen Eigenschaften des Nikotins zurückzuführen ist. Wir fanden jedoch, dass die Wahrscheinlichkeit des derzeitigen Nikotinkonsums mit der Höhe der ACE-Werte ansteigt (Abbildung 1). Oder, um es anders auszudrücken, der derzeitige Nikotinkonsum steht in einer strengen Dosis-Wirkungs-Relation zu den Ereignissen in der Jahrzehnte zurückliegenden Kindheit. Dies stellt das konventionelle medizinische Konzept der Sucht mehr als in Frage. Die psychoaktive Wirkung des Nikotins wird in der medizinischen Literatur gut beschrieben, jedoch in der Suchtentstehung wenig berücksichtigt. Sind Nikotinkonsum und die daraus folgenden Erkrankungen das

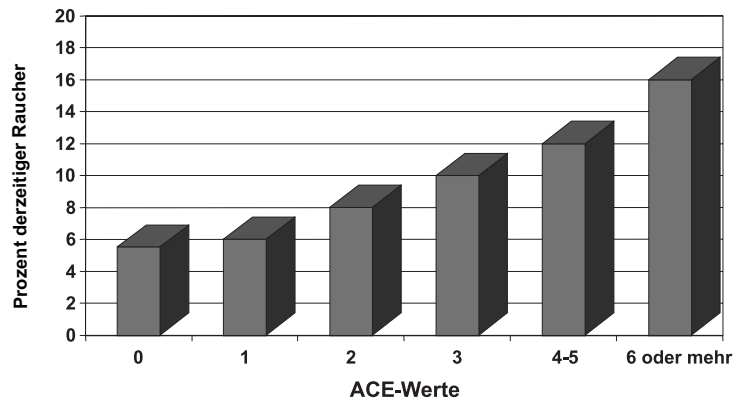


Abbildung 1: ACE-Werte und Rauchen

Ergebnis einer „Selbstbehandlung“ von verborgenen Problemen, die sich in der Kindheit ereigneten?

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) weist eine genauso starke Beziehung zu den ACE-Werten auf wie sie in eindeutigem Zusammenhang mit dem frühen Beginn von regelmäßigem Nikotinkonsum steht. Ein Individuum, das einen ACE-Wert von vier aufweist, hat ein 390 % höheres Risiko, eine COPD zu erleiden als eine Person mit einem ACE-Wert von null. Diese signifikante Beziehung weist denselben graduierten Dosis-Wirkungs-Effekt auf, der in allen untersuchten Zusammenhängen nachweisbar ist. Alle statistisch überprüften Beziehungen zeigen eine Signifikanz von $p = .001$ oder noch höher. Wenn die Belastungen aus der frühen Kindheit und Jugend eine COPD vorhersagen, ist dann die COPD besser als psychosomatische Erkrankung zu verstehen?

Als wir bei Patienten mit einem ACE-Wert von null und mit einem ACE-Wert von vier die Häufigkeit von Hepatitiserkrankungen untersuchten, fanden wir einen Zuwachs in der Häufigkeit von Hepatitis um 240 %. Eine zunehmende Dosis-Wirkung war bei jeder einzelnen Punkterhöhung des ACE-Werts vorhanden. Dem entsprechen die Ergebnisse bezüglich der sexuell übertragbaren Erkrankungen: der Vergleich der Patienten mit einem ACE-Wert von null und einem ACE-Wert von vier zeigte bei einem „adjusted odds ratio“ eine Zunahme der Häufigkeit um 250 %.

In den Vereinigten Staaten ist wie in vielen westlichen Ländern der intravenöse Drogenmißbrauch ein besonderes Problem des öffentlichen Gesundheitswesens, mit wenig Behandlungs- und Vorsorgefortschritten. Intravenöser Drogenmißbrauch ist Ursache von vielen lebensbedrohlichen Erkrankungen. Unsere Ergebnisse belegen, daß die Beziehung von intravenösem Drogenmißbrauch und den psychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit hochsi-

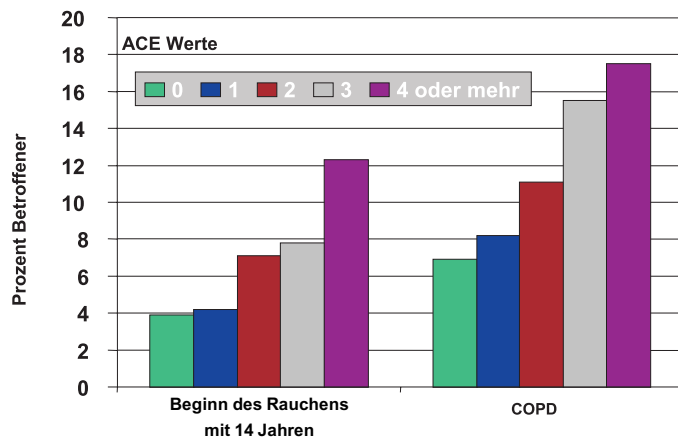


Abbildung 2: ACE-Werte und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

gnifikant ist und wiederum mit jedem Punktwert ansteigt. Auch hier besteht eine perfekte Dosis-Wirkungs-Kurve (Abbildung 3).

In der allgemeinen epidemiologischen Forschung sind diese Ergebnisse fast einzigartig in ihrer Eindeutigkeit und Größe. So besitzt beispielsweise ein männliches Kind mit einem ACE-Wert von sechs eine um 4600% erhöhte Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben ein Drogenbenutzer zu werden – verglichen mit einem männlichen Kind mit einem ACE-Wert von null. Da niemand der Drogenpatienten sich Heroin injiziert, um an einer Endokarditis oder an Aids zu erkranken, warum tut er dies? Wird Heroin benutzt, um sich Erleichterung von diesen Qualen, die aus der Kindheit herrühren, zu verschaffen? Ist es in dieser sozialen Umgebung die beste Bewältigungsmöglichkeit, die ein Individuum finden kann? Ist der intravenöse Drogengebrauch besser als eine persönliche *Bewältigung* von Problemen anzusehen? Probleme, die durch soziale Angepaßtheit und Tabus gut verborgen sind? Wenn dies zu-

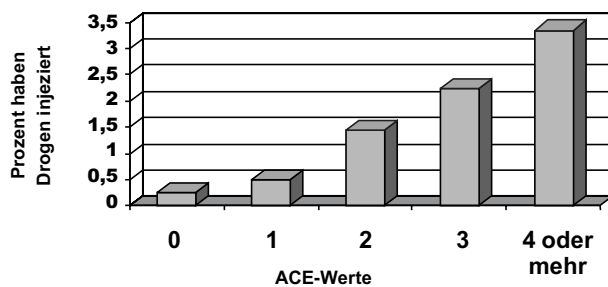


Abbildung 3: ACE-Werte und intravenöser Drogengebrauch

trifft, ist dann intravenöser Drogenmißbrauch ein öffentliches Gesundheitsproblem oder eine persönliche Lösung? Oder ist es beides? Wie oft sind öffentliche Gesundheitsprobleme persönliche Lösungen? Ist Drogenmißbrauch selbsterstörerisch oder ist es ein verzweifelter Versuch der Selbstheilung, Gesundheitsrisiken in Kauf nehmend? Dies sind wichtige Fragen in Anbetracht der Schwierigkeiten, die einer primären Prävention entgegenstehen, Schwierigkeiten, die wesentlich größer sind als bisher erwartet. Liegen diese Schwierigkeiten darin, daß bisher der persönliche Gewinn dieses risikoreichen Verhaltens nicht anerkannt wurde und demzufolge als irrational und nur schädigend bewertet wurde? Ergehen wir uns deswegen möglicherweise in Gemeinplätzen, anstatt die wirklichen Ursachen dieser unbehandelbaren öffentlichen Gesundheitsprobleme zu erfassen?

Seelische Störungen

Wenn wir die seelischen Folgewirkungen, wie zum Beispiel die derzeitige selbsteingeschätzte depressive Stimmung oder Suizidversuche, heranziehen, finden wir ebenso signifikante und eindeutige Effekte. Patienten mit einem ACE-Wert von vier oder mehr besitzen ein um 460 % höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken, als diejenigen mit einem ACE-Wert von null. Sollten Zweifel an der Reliabilität dieses Ergebnisses bestehen – es fand sich eine um 1220 % erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs unter diesen beiden Gruppen! Bei höheren ACE-Werten steigt die Häufigkeit eines Selbstmordversuchs auf das 30- bis 51fache (3000–5000 %, *Dube et al. 2001*). Bei Anwendung der statistischen Methode der Populations-Risiko-Verteilung ergab sich, daß zwischen einem Drittel und 80 % aller Selbstmordversuche auf die psychosozialen Belastungsfaktoren der Kindheit zurückzuführen waren (Abbildung 4).

Zusätzlich zu den hier geschilderten Beispielen fanden sich ähnlich signifikante Beziehungen zwischen dem, was in der Kindheit geschah, und der späteren Gesundheit des Erwachsenen: Herzerkrankungen, Frakturen, Diabetes, Adipositas, unerwünschte Schwangerschaft (*Dietz et al. 1999*), sexuell übertragene Krankheiten (*Hillis et al. 2000*) und Alkoholerkrankungen nahmen bei zunehmenden ACE-Werten signifikant zu. Die Arbeitsfähigkeit und Leistung im Beruf verschlechterten sich signifikant mit jeder Erhöhung der ACE-Werte. Einige dieser Befunde und Ergebnisse müssen noch aufgearbeitet und publiziert werden, ebenso wie die Ergebnisse der prospektiven Kohorten-Untersuchung, in denen die psychosozialen Belastungsfaktoren der Kindheit zu den medizinischen Kosten und den Erkrankungsverläufen bis hin zur Mortalität in Beziehung gesetzt werden.

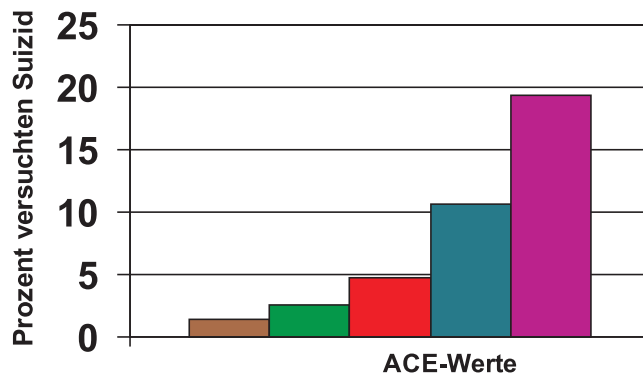


Abbildung 4: ACE-Werte und Suizidversuche

Unsere Ergebnisse belegen eindeutig, daß psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit häufig zerstörerisch sind und lebenslange Folgewirkungen besitzen. Sie sind der wichtigste Faktor, der Gesundheit und Wohlbefinden unserer Nation bestimmt. Leider sind diese Probleme schmerzhaft anzuerkennen und schwierig zu behandeln. Die meisten Ärzte behandeln viel lieber klassische organische Erkrankungen. Natürlich ist dies leichter, aber diese Herangehensweise führt auch zu besorgniserregendem Therapieversagen und zur Enttäuschung über teure diagnostische Verfahren, mit denen alles ausgeschlossen, aber wenig geklärt wird. Das übliche medizinische Herangehen an viele chronische Erkrankungen des Erwachsenenalters erinnert an das Gleichnis von Rauch und Feuer: Für einen nicht mit Feuer vertrauten Menschen ist es anfänglich verführerisch, den Rauch zu behandeln, da er das am einfachsten Erkennbare des gesamten Problems ist. Glücklicherweise hat die Feuerwehr seit langem gelernt, Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Ansonsten würden sie Ventilatoren anstelle von Wasserschläuchen mit sich führen. Aus der ACE-Studie haben wir gelernt, das zugrundeliegende Feuer in der ärztlichen Praxis zu erkennen. In der Praxis werden jedoch oft Symptome anstelle von zugrundeliegenden Ursachen behandelt. Diese Implikationen der ACE-Studie für die Behandlung sind weitreichend, die Präventionsaspekte sind im eigentlichen Sinne erschreckend. Die Natur der Befunde ist dazu angetan, Gefühle des Unwohlseins hervorzurufen. Warum sollte die Medizin die relative Sicherheit des traditionellen Verständnisses organischer Erkrankungen aufgeben und in dieses Feld der bedrohlichen Unsicherheiten eintreten, ein Feld, in dem die meisten Ärzte nicht ausgebildet wurden? Und dennoch, beim Schreiben dieser Worte werde ich unterbrochen, um eine 70 Jahre alte Frau mit Diabetes und Hochdruck zu beraten. Die initiale Befund Schilderung, die mir überreicht wird, hat die Tatsache vernachlässigt, daß sie krankhaft übergewichtig ist

(man befaßt sich nicht mit etwas, was man nicht meistern kann). Ein Überblick über ihre Krankengeschichte weist sie als chronisch depressiv, nie verheiratet aus, und – da wir routinemäßig diese Fragen an alle 57.000 Patienten im Jahr richten – sie wurde von ihrem älteren Bruder vor 60 Jahren ab ihrem zehnten Lebensjahr sexuell mißbraucht. Dieser Bruder belästigte auch ihre Schwester, von der sie angibt, daß sie ebenfalls ein sehr schwieriges Leben habe.

Nach unseren Ergebnissen wurden 22 % der Mitglieder von Kaiser als Kinder sexuell mißbraucht. Zu welchen Folgen führt dies für die Betroffenen im späteren Leben? Wie zeigt es sich in unseren Praxen? Was bedeutet es, daß in unseren Praxen zu wenig oder gar nicht darüber gesprochen wird? Die meisten von uns sind anfänglich sehr beunruhigt, solche Informationen zu erhalten oder zu benutzen, wir halten es jedoch für außerordentlich nützlich, solche Fragen routinemäßig an alle Patienten zu stellen. Die Anzahl der Ja-Antworten ist, wie die ACE-Studie zeigt, sehr hoch. Im Wissen um die Bedeutung solcher Kindheitserfahrungen fragen wir anschließend unsere Patienten: „Wie wirkten sich diese Erlebnisse auf ihr späteres Leben aus?“ Diese Frage ist einfach zu stellen und weder verurteilend noch bedrohlich. Die Frage bietet wichtige Informationshilfen, ist präzise, zeitigt gute Ergebnisse und verschafft dem Untersucher oft eine Vorstellung davon, in welche Richtung die Behandlung gehen sollte.

Wie könnte nun die Diagnose dieser Frau zusammengefaßt werden? Ist sie eine der vielen hypertensiven, diabetischen, älteren Frauen oder stellt sie eine andere Herausforderung für die Praktische Medizin dar? Hier ist unser Vorschlag, diese Probleme diagnostisch zu konzeptualisieren:

Sexueller Mißbrauch

Chronische Depression

Krankhaftes Übergewicht

Diabetes mellitus

Hochdruck

Hyperlipädemie

Koronare Herzerkrankung

Makuladegeneration

Psoriasis

Dies ist keine bequeme diagnostische Formulierung, da sie darauf hinweist, daß unsere Aufmerksamkeit üblicherweise auf tertiäre Konsequenzen gerichtet ist. Sie enthüllt, daß die primären Anliegen durch soziale Konventionen und Tabus gut geschützt sind. Diese diagnostische Formulierung zeigt, daß wir Ärzte uns auf den kleinsten Teil des Problems begrenzt haben, den Teil, in dem wir uns als Verordner von medizinischen Leistungen und Medikamen-

ten wohlfühlen. Welche diagnostische Wahl sollten wir treffen? Wer sollte sie treffen, und wenn nicht jetzt, wann dann?²

Literatur

- Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W.H., Williamson, D.F., Giovino, G.A. (1999): Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 282, 1652–1658.
- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamson, D.F., McMahon, P.M., Santelli, J.S., Nordenberg, D.F., Felitti, V.J., Kendrick, J.S. (1999): Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA* 282, 1359–1364.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., Giles, W.H. (2001): Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *JAMA* 286, 3089–3096.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med* 14, 245–258.
- Foege, W.H. (1998): Adverse childhood experiences: A public health perspective. *Am J Prev Med* 14, 354–355.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Marchbanks, P.A. (2000): Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* 106(1), E11.
- Weiss, J.S., Wagner, S.H. (1998): What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research. *Am J Prev Med* 14, 356–360.

Anshr. d. Verf.: Vincent J. Felitti, M.D., F.A.C.P., Department of Preventive Medicine, Southern California Permanente Medical Group, 7060 Clairemont Mesa Boulevard, San Diego, CA 92111, Fax: (858) 573 – 5666, E-Mail: Vincent.J.Felitti-MD@kp.org

² Der Beitrag wurde aus dem Englischen übersetzt von Prof. Dr. Gerhard Schüßler, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Innsbruck, Österreich.