

((Thema fK 1-17))

Kinder aus Suchtfamilien Die ökonomische Dimension eines kaum beachteten Problems

Von Tobias Effertz

Die Qualität der Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern ist von fundamentaler Bedeutung für die eigene Entwicklung. Auch in vielen wirtschaftswissenschaftlichen Publikationen hat sich mittlerweile die Erkenntnis niedergeschlagen, dass eine von Fürsorge geprägte Kindheit insbesondere der frühen Lebensabschnitte einen essentiellen Faktor für seelische Gesundheit und Stabilität im Leben darstellt (Cunha & Heckman 2007). Umgekehrt können sich traumatische Ereignisse in der Kindheit bis zum Lebensende negativ auswirken und teilweise sogar auf nachfolgende Generationen übertragen (Wittekind et al. 2010; Young 2008). Dies gilt insbesondere bei Kindern, deren Eltern suchtkrank sind und für die daher ein unbeschwertes Aufwachsen meist unmöglich ist.

Der in diesem Zusammenhang genutzte Begriff der „allostatischen Last“ (Barboza Solis et al. 2015), der das Ausmaß der Anpassung und „physiologischen Abnutzung“ bei Personen als Reaktion auf widrige und stressvolle Lebensabschnitte meint, steht in direktem Zusammenhang zu der Anzahl an negativen Kindheitserlebnissen und wird auch mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im späteren Leben in Verbindung gebracht. Es ist wissenschaftlich recht gut nachgewiesen, dass Suchterkrankungen der Eltern zu starkem seelischem Leid des Kindes führen: So zeigt sich beispielsweise, dass Kinder von Alkoholikern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst Alkoholiker zu werden (Schuckit & Smith 1996, LoCastro et al. 2000). Alkoholismus hat einen negativen Einfluss auf das familiäre Zusammenleben sowie das Funktionieren wichtiger familiärer Interaktionen (Wolock & Magura 1996). Das Ausmaß negativer Konsequenzen scheint noch einmal deutlich anzusteigen, wenn nicht nur ein, sondern beide Elternteile alkoholkrank sind (Yoon et al. 2015).

Kinder in Suchtfamilien sind in einer chronischen Stresssituation, die durch Übergriffe, Gewalt bis hin zu körperlichem und seelischem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung charakterisiert werden kann (Klein 1998, 2003). Hinzu kommen die eigenen Coping-Anstrengungen der Kinder, mit der Suchterkrankung der Eltern z. B. durch Co-Alkoholismus oder „Parentifizierung“ umzugehen. Dass dies schwerwiegendste Entwicklungsstörungen nach sich ziehen kann, zeigte etwa die Situation von Kindern in rumänischen Heimen nach der Öffnung des „Eisernen Vorhangs“ in Europa (Nelson et al. 2007).

Obwohl es sich bei dem Phänomen der Kinder mit suchtkranken Eltern um ein gesundheitspolitisch sehr emotionales Thema bei einer besonders vulnerablen und schützenswerten Gruppe handelt, dessen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und dessen Vermeidung ein hohes Interesse zufallen müsste, ist hierzu leider nur wenig bekannt. Vereinzelt weisen Befunde auf die systematisch niedrigeren akademischen Leistungen von Kindern aus Suchtfamilien hin (Sher et al 1991). Studien zu den psychischen Auswirkungen sind aber teilweise nicht konsistent und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So werden meist, aber nicht immer, Depressionen und Angststörungen im späteren Leben des Kindes mit elterlichen Suchterkrankungen in Verbindung gebracht (Chassin et al. 1999; Merinkangas et al. 1998). Man gewinnt damit teilweise den Eindruck, dass das Phänomen „Kindheit mit suchtkranken Eltern“ als ein zu vernachlässigen Randproblem wahrgenommen wird, da anscheinend die Fallzahl betroffener Kinder als zu gering oder die Auswirkungen als zu unwesentlich eingeschätzt werden.

Das Ausmaß durch suchtkranke Eltern betroffener Kinder in Deutschland

Etwa 3,3 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung missbräuchlich Alkohol oder sind alkoholabhängig. Über die Anzahl an Kindern, die in Familien mit mindestens einem Elternteil leben, der alkoholkrank ist, gibt es verschiedene Schätzungen. Lange Zeit galt die von Klein (1998, 2003, 2005) ermittelte Zahl von 2,65 Millionen Kindern, die alkoholkrane Eltern haben, als wesentlicher Indikator. Allerdings ist zu beachten, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Zahl der Kinder in Deutschland deutlich abnahm und sich daher auch die Anzahl betroffener Kinder verändert haben mag. Da gleichzeitig der riskante Alkoholkonsum in Deutschland in vielen Altersgruppen über die vergangenen zehn Jahre hinweg deutlich zugenommen hat, ist das Vorzeichen des Gesamteffektes nicht eindeutig.

Eine aktuelle Schätzung des Robert Koch Instituts kam in einer auf Befragungsdaten beruhenden Analyse auf etwa 6,6 Millionen Kinder, die mit einem Elternteil zusammenleben, der zumindest riskant Alkohol konsumiert (Manz et al. 2016). Das Problem bei dieser Zahl liegt darin, dass nicht deutlich wird, inwiefern bereits ein „riskanter“ Alkoholkonsum, d.h. ein die Referenzwerte von 24 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. 12 Gramm pro Tag Reinalkohol bei Frauen übersteigender Konsum, bereits zu negativen Auswirkungen bei Kindern führt und gegebenenfalls in welcher Form sich diese äußern und damit auch messbar und ökonomisch relevant werden.

In einer ebenfalls neueren Untersuchung von Effertz (2015) wird eine Zahl von 1,039 Millionen Kindern in Deutschland ermittelt, die mit einem Elternteil zusammenleben, der mindestens einen Wert von 7 auf der AUDIT-C Skala zur Erfassung schädlichen Alkoholkonsums aufweist. Dies entspricht momentan 10,27 Prozent aller Kinder in Deutschland. Diese grobe Festlegung führt bei Übertragung auf die Gesamtbevölkerung zu den eben genannten Fallzahlen von Alkoholkrankheit und kontinuierlichem Alkoholmissbrauch, so dass man von 1,039 Mio. Kindern in Deutschland als Untergrenze ausgehen kann, für die der Alkoholkonsum ihrer Eltern zu einer ernststen Belastung wird.

Weiterhin rauchen ca. 20 Millionen erwachsene Personen in Deutschland, in deren Haushalten ca. 1,34 Millionen minderjährige Kinder passiv mitrauchen, darunter etwa 126.000 Kleinkinder unter drei Jahren. Etwa 50.000 schwangere Frauen rauchen ebenfalls jedes Jahr (Effertz 2015). Laut Drogen- und Suchtbericht sind weiterhin ca. 1,5 Millionen Menschen tablettenabhängig, sowie etwa je 300.000 Personen drogen- oder glücksspielabhängig. Wie viele Kinder solchen Haushalten zuzuordnen sind, ist bislang, gerade im Hinblick auf die früher nicht im Fokus stehenden Suchterkrankungen „Glücksspiel“ und „Medikamentenabhängigkeit“, nicht erfasst worden. Allerdings wird als frühere Abschätzung häufig von 40.000 Kindern in Deutschland ausgegangen, deren Eltern von illegalen Drogen abhängig sind.

Bemerkungen zur ökonomischen Bewertung von Schmerz, Leid und Gesundheit

Nach der Krankheitskostenrechnung von Rice (1966) ergeben sich die ökonomischen Auswirkungen durch Krankheit aus den direkten Kosten, d.h. Aufwendungen für ärztliche Dienstleistungen, Medikamente und Krankenhausentgelte, sowie den indirekten Kosten in Form von Produktivitätsverlusten durch Krankheit, z.B. Frühverrentung, erhöhte Mortalität, temporäre Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Die jährlichen Kosten des schädlichen Alkoholkonsums in Deutschland beispielsweise betragen jährlich insgesamt etwa 39 Milliarden Euro (Effertz et al. 2016) und verteilen sich gemäß Abbildung 1 entsprechend auf einzelne Kostenkomponenten:

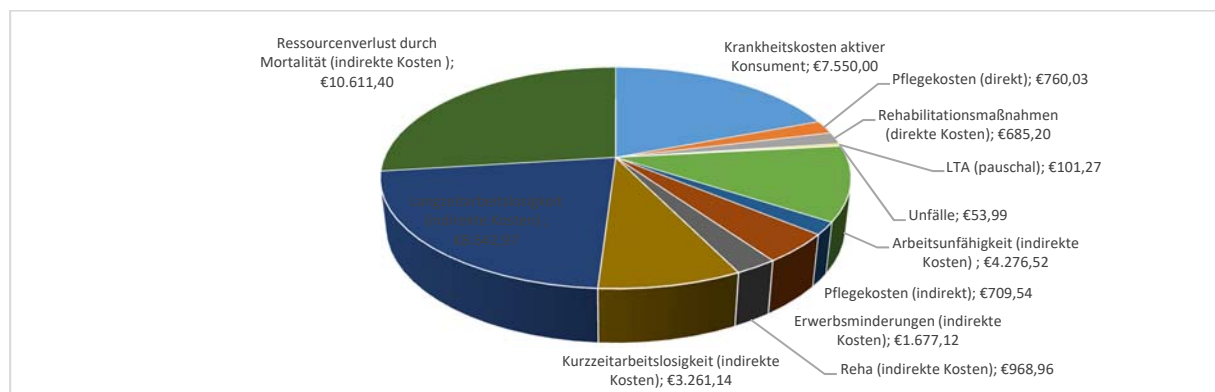


Abbildung 1: Kosten des schädlichen Alkoholkonsums in Deutschland – Werte in Millionen Euro

In dieser Kostenaufstellung sind die sogenannten externen ökonomischen Kosten, d.h. solche direkten und indirekten Kosten, die betroffene Angehörige wie Kinder und Ehepartner des Alkoholkonsumenten zu tragen haben, nicht aufgeführt. Ebenfalls ist durch Alkoholkonsum verursachter Schmerz und verursachtes Leid nicht explizit berücksichtigt. Diese, auch als „intangible Kosten“ bezeichnete Kostenart wird in der Regel nicht zu den ökonomischen Kosten gezählt; es werden jeweils nur die am Markt gezahlten Geldbeträge für medizinische Versorgung im Gesundheitssektor zusammengerechnet, die zur Heilung eines gesundheitlichen Schadens, hier der Behandlung missbräuchlichen Alkoholkonsums, notwendig sind. Gerade aber die intangiblen Beeinträchtigungen sind bei der Erfassung von negativen Konsequenzen durch Alkohol von besonderer Wichtigkeit.

Ein großer Teil der Bevölkerung wird es aus ethischen Überlegungen ablehnen, Schmerz, Leid oder dem menschlichen Leben einen Geldbetrag zuzuweisen. Diskussionen über die Höhe der Kompensationszahlungen für erlittenen Missbrauch in der katholischen Kirche oder der Entschädigungszahlungen an Angehörige des Germanwings-Absturzes 2015 in den französischen Alpen zeigen dies sehr deutlich. In der Konsequenz führen solche Überlegungen in gesundheitsökonomischen Debatten dann allerdings häufig zu einer impliziten Wertbeimessung von Null; einer fatal falschen Berücksichtigung, die entsprechende notwendige Anstrengungen und Priorisierungen in der Gesundheitspolitik verzögern oder verhindern kann.

Erfolgt trotzdem eine Wertzumessung für intangible Schäden, etwa bei Schadensersatzzahlungen in Form von Schmerzensgeld oder der Bewertung von körperlicher Funktionalität durch Gliedertaxen bei Unfallversicherern, erscheinen die ermittelten Geldbeträge als teils unangemessen niedrig. Verschiedene nichtmonetäre Messkonzepte von Schmerz und Leid sind zwar verfügbar (Effertz 2015), weisen allerdings teils große konzeptionelle und ethische Probleme auf. Das US-amerikanische Gesundheitsministerium etwa greift bei der Planung von Budgetzuweisungen für medizinische Forschung auf das DALY-Konzept zurück, einem Ausmaß in verminderter Lebensqualität verbrachter Lebenszeit, welches dann für verschiedenen Krankheiten und Beeinträchtigungen ermittelt wird. In diese Größe gehen Werturteile von Experten ein, aus der letztlich eine Rangordnung dringender medizinischer Probleme abgeleitet werden kann. Für die intangiblen Einbußen von Kindern in Suchtfamilien existieren solche Expertenurteile allerdings nicht.

Ökonomische Bewertung des Einflusses suchtkranker Eltern auf Kinder

Die ökonomischen Auswirkungen durch suchtkranke Eltern auf Kinder lassen sich in kurzfristige und langfristige Konsequenzen aufteilen. Unter kurzfristigen Effekten sollen solche negativen Auswirkungen bei Kindern verstanden werden, die resultieren, wenn das Kind noch unter dem unmittelbaren Einfluss der meist noch im selben Haushalt lebenden suchtkranken Eltern steht. Langfristige Effekte meinen Auswirkungen, die noch im späteren erwachsenen Leben des betroffenen Kindes auftreten.

In einer großangelegten Studie zu gefährlichen Konsummustern in Deutschland (Effertz 2015) wurden mithilfe von Krankenkassendaten auch Kosten von Kindern analysiert, deren Elternteile alkoholrelevante oder auf weitere Substanzabhängigkeiten hindeutende Diagnosen aufwiesen. Hierbei konnten je nach Schätzmodell allerdings nur sehr geringe zusätzliche Krankheitskosten gemessen werden, die bei ca. 50 Euro pro Quartal und Kind bzw. insgesamt somit 207 Millionen Euro pro Jahr lagen. Diese Zusatzkosten schienen sehr stark von den individuellen Gegebenheiten in den Haushalten abzuhängen. Man könnte hierzu mutmaßen, dass viele Kinder im Bestreben, mit der Situation der suchtkranken Eltern umzugehen, eine besondere Resilienz und Souveränität vorspielen und dadurch die Gesundheitskosten entsprechend gering sind.

Das wirkliche Ausmaß der negativen Effekte durch suchtkranke Eltern kommt dann auch in anderen Größen zum Ausdruck: Söhne von Alkoholikern wiesen eine 15 Prozent bzw. Töchter eine 12,7 Prozent niedrigere Wahrscheinlichkeit auf, das Abitur zu erlangen. Ebenso konnte festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, direkt nach der schulischen Ausbildung in Arbeitslosigkeit zu fallen, bei Kindern von Alkoholikern um 24 Prozent höher lag (die Fallzahlen bei Kindern mit drogenabhängigen Eltern waren teilweise für statistische Aussagen nicht ausreichend hoch genug). Weiterhin zeigten sich deutlich höhere Wahrscheinlichkeiten für psychische Erkrankungen bei Kindern aus Suchtfamilien: bei Kindern von Alkoholikern war die Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie um 116 Prozent, für Affektstörungen und Neurosen um 25 Prozent und für Persönlichkeitsstörungen um 61 Prozent höher, als bei Kindern der Kontrollgruppe. Kinder von Drogenabhängigen wiesen teils noch deutlich höhere Werte auf; so lag etwa die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsstörungen während der Jugend um 90 Prozent höher. Vor dem Hintergrund, dass sich eine Vielzahl mentaler Störungen mehrheitlich vor dem 20. Lebensjahr manifestiert (Jacobi et al. 2004) sowie der hohen Behandlungskosten im psychiatrischen Bereich bedeutet dies, dass ein großer Anteil der ökonomischen Auswirkungen erst nach einer langen Latenzzeit sichtbar wird.

Man kann das Ausmaß von Schmerz und Leid der Kinder aus Suchtfamilien auch mit der nachstehenden Abbildung (Effertz 2015) verdeutlichen, die nur eine Auswertung zur ICD-Diagnose T 74 („Missbrauch von Personen“) bei Kindern mit alkoholabhängigem Elternteil beinhaltet:

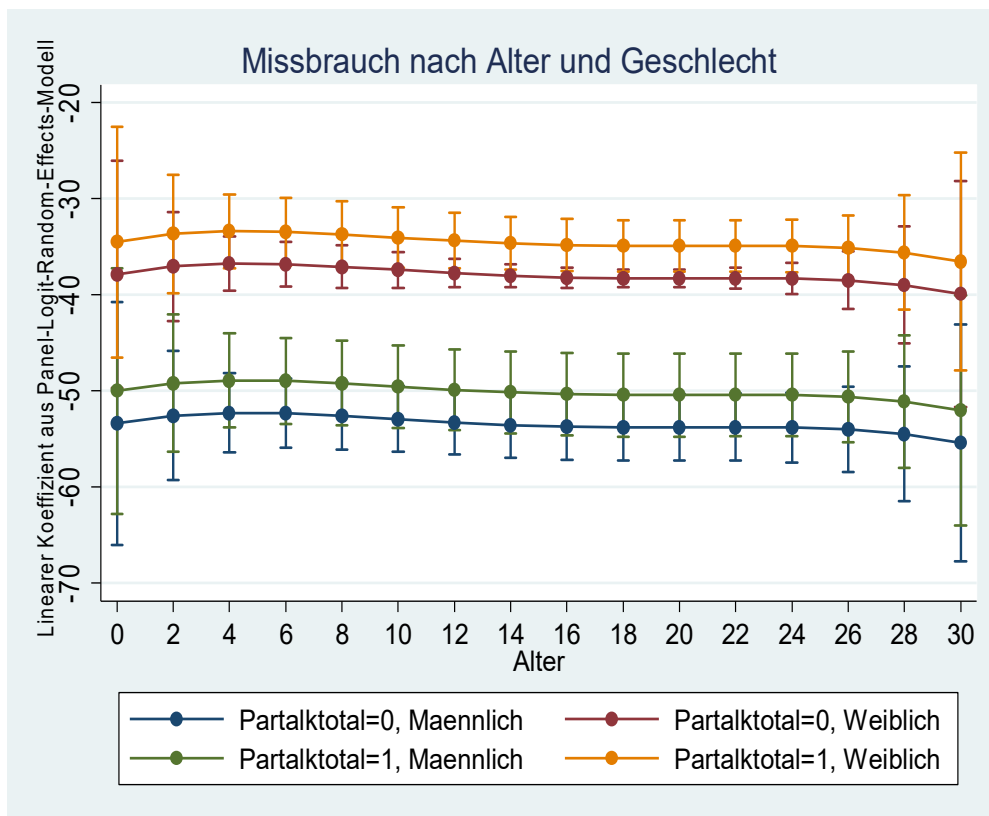


Abbildung 2: Verlauf der geschätzten Effektgrößen für Missbrauch während der Kindheit

Die abgebildeten geschätzten Effektkoeffizienten einer Wahrscheinlichkeit für Missbrauch bei Kindern sind im Rahmen des zugrundeliegenden statistischen Modells so zu interpretieren, dass insgesamt die Wahrscheinlichkeit eines ärztlich dokumentierten Missbrauchs in Deutschland zwar nahe Null liegt, allerdings die Wahrscheinlichkeit für Missbrauch sowohl für Jungen als auch Mädchen durch einen alkoholkranken Elternteil signifikant erhöht ist. Die Koeffizienten sind aufgrund des Verlaufs der genutzten Verteilungsannahmen im (Logit-)Modell negativ und zeigen damit nur einen nahe Null liegenden, aber bei den einzelnen Gruppen unterschiedlich großen Effekt an. Die Variable „Partalktotal“ zeigt hierbei an, ob ein Elternteil alkoholkrank ist, die Kategorie „männlich/weiblich“ entsprechend das Geschlecht des Kindes.

Bei dieser Abbildung ist einschränkend zu berücksichtigen, dass nur das im Gesundheitssektor in Erscheinung getretene Ausmaß an Missbrauch mit der entsprechenden Diagnose zugrunde liegt. Vielfach kann Missbrauch erst gar nicht erkannt oder mit anderen Diagnosen erfasst werden, so dass die Dunkelziffer wahrscheinlich sehr hoch ausfällt. Dies kann genau genommen auch zu Verzerrungen im obigen Ergebnis führen. Trifft man aber die Annahme, dass Ärzte nicht systematisch verschieden die T 74 Diagnose für Missbrauch verwenden und die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen von Jungen und Mädchen annähernd gleich ist, bleibt der Befund zum erhöhten Missbrauchsrisiko durch alkoholkrane Eltern bestehen.

Langfristige negative Beeinträchtigungen sind in den bisherigen Überlegungen noch nicht berücksichtigt worden. Dass diese nicht nur bei erwachsen gewordenen Kindern aus Suchfamilien subjektiv spürbar existieren, sondern auch messbar zu ökonomischen Kosten im späteren Leben führen, ist aus den genannten höheren Wahrscheinlichkeiten für ungünstigere Erwerbsbiographien und psychischen Erkrankungen direkt ableitbar. Damit bleiben Kinder aus Suchfamilien nicht nur ein Leben lang unter ihrem beruflichen Entfaltungspotenzial, sondern erleben auch langfristige Einbußen in der eigenen Lebensqualität. Leider fehlen bislang genauere Befunde, die das Wohlbefinden der Betroffenen in Langzeitstudien systematisch erheben und mit konkreten Kosten im Gesundheitssektor in Verbindung bringen. Hier besteht ein dringender Forschungsbedarf. Wichtig hierbei ist es insbesondere, mildernde oder verschärfende Faktoren der Situation im Elternhaus zu identifizieren, aus denen sich Ansatzpunkte für Therapie und Prävention eröffnen.

Ausblick

Die Ausführungen zu den ökonomischen Konsequenzen bei Kindern aus Suchtfamilien haben deutlich gemacht, dass eine Kindheit unter einem Dach mit suchtkranken Eltern den Lebensweg nachhaltig negativ beeinflussen und damit zu deutlichen Produktivitätseinbußen im späteren Leben führen kann. Direkt in der Kindheit anfallende Ressourcenverbräuche im Gesundheitssektor in Form medizinischer Behandlungen können zwar in Einzelfällen hoch ausfallen, in ihrer Gesamtheit spielen sie aber eine untergeordnete Rolle. Diese eher geringen medizinischen Kosten in der Kindheit sind wahrscheinlich der Ausdruck einer kindlichen Coping-Strategie, mit den suchtkranken Eltern umzugehen; das wahre Ausmaß des erlebten Leids der Kinder in Suchtfamilien tritt dann ökonomisch messbar erst im weiteren Lebensverlauf auf, wenn schulischer Erfolg ausbleibt, sich psychische Erkrankungen entwickeln und Behandlungskosten anfallen.

Kinder aus Suchtfamilien sind aus ökonomischer Sicht daher ein ernstzunehmender Faktor, der sich nicht nur in von den Betroffenen selbst zu tragenden Kosten und Beeinträchtigungen äußert, sondern über die sozialen Sicherungssysteme die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Es liegt daher im Interesse aller Beteiligten, die Situation von Kindern in Suchtfamilien möglichst früh zu verbessern, um Kosten und Gesundheitseinbußen zu verhindern, auch wenn diese nach außen hin noch nicht sichtbar in Erscheinung treten. Ein zweiter wichtiger und längst überfälliger Schritt in der deutschen Gesundheitspolitik wäre es auch, die Steuern auf alkoholische Getränke deutlich zu erhöhen. Über den resultierenden Rückgang im Alkoholkonsum würden auch Kinder in Suchtfamilien profitieren.

PD Dr. Tobias Effertz ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Recht der Wirtschaft, Arbeitsbereich Zivilrecht, der Universität Hamburg.

Literatur

Barboza, S.C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T., Delpierre, C. (2015): Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort PNAS 112 (7) E738-E746; published ahead of print February 2, 2015, doi:10.1073/pnas.1417325112.

Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C., Todd, M. (1999): A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Use Disorders, Anxiety, and Depression, Journal of Abnormal Psychology, 1999, 108(1), 106-119.

Cunha, F., Heckman, J. (2007): The Economics of Human Development – The Technology of Skill Formation, American Economic Review, 97(2), 31-47.

Effertz, T. (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Frankfurt am Main.

Effertz, T., Linder, R., Verheyen, F. (2016): The costs of hazardous alcohol consumption in Germany, European Journal of Health Economics, DOI: 10.1007/s10198-016-0822-1.

Jacobi, F., Wittchen, H.U., Lting, C.H., Fler, M.H., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004), Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS), Psychological Medicine, 2004, 34, 597-611. f 2004 Cambridge University Press.

Kenneth, J., Kimberly, S., Walitzer, Wood, P.K., Brent, E.E. (1991): Characteristics of Children of Alcoholics: Putative Risk Factors, Substance Use and Abuse, and Psychopathology, Journal of Abnormal Psychology 1991 100 (4), 427-448.

Klein, M. (1998): Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten Zusammenhänge. In: Diözesan-Caritasverband für das Bistum Köln e.V. (Hrsg.). „Wenn Mama und Papa high sind – bin ich down“. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Köln: Nau, S. 8-31 (Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes Köln; Heft 43).

Klein, M. (2003): Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen. In: Familiengeheimnisse – wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden. Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.).

Klein, M. (2005): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalysen, Konsequenzen. Regensburg.

LoCastro, J., Spiro, A., Monnelly, E., Ciraulo, D. (2000): Personality, Family History, and Alcohol Use Among Older Men: The VA Normative Aging Study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(4), 501-512.

Manz, K., Varnaccia, G., Zeiher, J. (2016): Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien - Kurzbericht, download unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Kurzbericht/Kurzbericht_bundesweit_aussagekraeftige_Kennziffern.pdf, abgerufen am 06.02.2017

Merinkangas, K.R., Dierker, L.C., Szatmari, P. (1998): Psychopathology among Offsprings of Parents with Substance Abuse and/or Anxiety Disorders: A high risk study, *J Child Psychiat.* 39(5): 711-720.

Nelson, III C.A., Zeanah, C.H., Fox, N.A., Marshall, P.J., Smyke, A.T., Guthrie, D. (2007): Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project, *Science*, 318, 1937-1940.

Rice, D.P. (1966): Estimating the cost of illness. *Health Economics Series*; Vol. 6, Department of Health Education and Welfare, Rockville.

Schuckit, M.A., Smith, T.L. (1996): An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 53:202-210.

Wittekind, C.E., Jelinek, L., Kellner, M., Moritz, S., Muhtz, C. (2010): Intergenerational transmission of biased information processing in posttraumatic stress disorder (PTSD) following displacement after World War II. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 953-957.

Wolock, I., Magura, S. (1996): Parental Substance Abuse as a Predictor of Child Maltreatment Reports, *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1183-1193, 1996.

Yoon, G., Westermeyer, J., Kuskowski, M.A., Nesheim, L. (2013): Impact of the number of parents with alcohol use disorder on alcohol use disorder in offspring: a population-based study. *J Clin Psychiatry*. 2013 Aug;74(8):795-801.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E., Kierdorf, T. (2008): Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn.