

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. Fritz Hohagen

Childhood Trauma Questionnaire

Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei
psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelten Patienten

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von

Hella Wulff

aus Horst / Holstein

Lübeck 2006

1. Berichtstatter: Prof. Dr. med. Martin Driessen
 2. Berichtstatterin: Fr. Prof. Dr. med. Ute Thyen
- Tag der mündlichen Prüfung: 23.4.2007
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 23.4.2007

Häufig benutzte Abkürzungen

AMOS	Analysis of Moment Structures
BPS	Borderline - Persönlichkeitsstörung
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association, derzeit DSM-IV
EM	Emotionaler Missbrauch
EV	Emotionale Vernachlässigung
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
ICD	International Classification of Diseases, derzeit ICD-10
IES – R	Impact of Event Scale – Revidierte Fassung
KM	Körperlicher Missbrauch
KV	Körperliche Vernachlässigung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RMSEA	Root mean square error of approximation
ROC	Receiver Operating Characteristic
SM	Sexueller Missbrauch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TLI	Tucker–Lewis–Index

Vorwort

In den USA kam es ab den 70er Jahren zunehmend zu einer öffentlichen Auseinandersetzung mit den psychischen Folgen des Vietnamkrieges einerseits und mit Gewalterfahrungen bei Frauen andererseits (Herman, 1992). In der sich anschließenden wissenschaftlichen Aufarbeitung stellten sich rasch methodische Probleme unter anderem bei der Erhebung traumabezogener Daten dar. Die Studien beschäftigten sich zunächst überwiegend mit den Folgen des Kriegseinsatzes bei Männern und mit den Folgen von Vergewaltigungen bei Frauen, später auch mit den Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit. Dabei wurden ältere Konzepte für die beobachteten Symptome wie z.B. das Syndrom der Kriegsneurose (Kardiner, 1941) wieder aufgenommen und neue entwickelt, z.B. das Vergewaltigungstraumasyndrom (Burgess und Holmstrom, 1974). Als Ergebnis dieses Prozesses fand die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung erstmals 1980 Eingang in die dritte Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM III). In den letzten Jahren wird wissenschaftlich intensiv diskutiert, ob die Etablierung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung als eigenständiges Krankheitsbild berechtigt ist. (Sack, 2004).

Diese Entwicklung war erst möglich, nachdem sich der Blick auch auf andere Formen traumatischen Stresses gerichtet hatte, wie etwa auf körperliche oder emotionale Misshandlung oder Vernachlässigung in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter. Aus den unterschiedlichen Blickrichtungen der Forschungsansätze ergaben sich sehr unterschiedliche Erhebungsmethoden, mit denen solche Traumaerfahrungen erfragt wurden. Diese unterschieden sich hinsichtlich der zugrunde gelegten Traumadefinition, der Anzahl der erfragten Traumata, der Altersgrenzen, der Befragungsart und der einbezogenen Datenquellen. Da diese Befragungen häufig nicht standardisiert und die verwendeten Fragen nicht validiert waren, entstand die Notwendigkeit, standardisierte Fragebögen zu entwickeln und ihre Testgütekriterien zu überprüfen. 1993 veröffentlichten Bernstein und Fink den aus 70 Items bestehenden Childhood Trauma Questionnaire als validiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung traumatischer Ereignisse in der Kindheit, welcher nachfolgend in mehreren Studien eingesetzt

werden konnte. 1998 erschien eine Kurzfassung mit 28 Items (Bernstein und Fink, 1998).

Da für den deutschsprachigen Raum bislang kein entsprechendes Instrument existiert, welches an einer vergleichbar großen Stichprobe evaluiert werden konnte, entwickelte eine Arbeitsgruppe um Driessen, Gast, Hill und der Autorin (Lübeck, Hannover, Bielefeld) eine deutsche Übersetzung des Childhood Trauma Questionnaire, dessen Überprüfung Gegenstand der vorliegenden Untersuchung bei psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelten Patienten ist.

Inhaltsverzeichnis

Häufig benutzte Abkürzungen	3
Vorwort	4
Inhaltsverzeichnis.....	6
1.1 Frühe Theoriebildung und erste empirische Grundlagen.....	9
1.2 Posttraumatische Belastungsstörung	10
1.3 Traumatischer Stress und andere psychische Störungen	11
1.3.1 Trauma und psychische Symptome	11
1.3.2 Trauma und psychische Störungen (DSM Achse I).....	12
1.3.3 Trauma und Persönlichkeitsstörung (DSM Achse II).....	14
1.4 Reviktimisierung	16
1.5 Erfassung traumatischer Ereignisse.....	16
1.6 Ethische Fragen.....	18
2 ENTWICKLUNG DER AMERIKANISCHEN ORIGINALFASSUNG DES CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ).....	21
2.1. Die 70-Item Version des CTQ.....	21
2.2 Weitere Studien und Itemreduktion	23
3 FRAGESTELLUNGEN UND ZIELE	29
4 METHODE.....	30
4.1 Durchführung.....	30
4.2 Vorarbeiten.....	31
4.3 Die deutsche Fassung des Childhood Trauma Questionnaire	31
4.4 Weitere Instrumente	32
4.5 Statistische Methoden	34
4.5.1 Datenerfassung und Auswertung	34
4.5.2 Verfahren zur Bestimmung der Reliabilität	35
4.5.3 Verfahren zur Bestimmung der Validität.....	35
4.6 Stichprobe	36

4.6.1	Ein- und Ausschlusskriterien	36
4.6.2	Stichprobenbeschreibung	37
4.6.3	Repräsentativität.....	39
4.6.4	Ergänzende Stichprobe für die konfirmatorische Faktorenanalyse	40
5	ERGEBNISSE	42
5.1	Auswertung von CTQ und IES–R nach Vorgaben der Autoren.....	42
5.2	Itemselektion.....	42
5.2.1	Schwierigkeitsindex - Popularitätsindex.....	42
5.2.2	Trennschärfe.....	45
5.3	Exploratorische Faktorenanalyse.....	48
5.3.1	Ergebnisse der exploratorische Faktorenanalyse	48
5.3.2	Faktorendeutung und erste Hypothese	51
5.4	Konfirmatorische Faktorenanalyse.....	52
5.4.1	Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse.....	52
5.4.2	Zweite Hypothese.....	54
5.4.3	Überprüfung der Hypothesen an einer erweiterten Stichprobe.....	55
5.5	Reliabilität.....	58
5.5.1	Interne Konsistenz.....	58
5.5.2	Test –Retest Reliabilität	59
5.6	Validitätsüberprüfung	59
5.6.1	Kriterienbezogene Validität	59
5.6.2	Konvergente und diskriminante Validität	63
5.7	Sensitivität und Spezifität.....	65
6	DISKUSSION	66
6.1	Methodendiskussion.....	66
6.2	Ergebnisdiskussion.....	67
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	77
8	LITERATUR	79
9	ANHANG	90
9.1	Childhood Trauma Questionnaire	90
9.2	Auswertungshinweise für den CTQ	93

9.3	Guidelines for Classification of CTQ Scale Total Scores	95
9.4	Auswertungsbogen des CTQ.....	96
10	LEBENS LAUF.....	97
11	DANKSAGUNG.....	98

1 STAND DER FORSCHUNG

1.1 Frühe Theoriebildung und erste empirische Grundlagen

Eine entscheidende Frage in der Ätiologie- und Pathogeneseforschung ist, wie bedeutsam traumatischer Stress in der Kindheit und Jugend für die Entwicklung psychischer Störungen im späteren Leben sind. Bereits im 19. Jahrhundert wurde die Frage nach der ätiologischen Rolle von Realtraumata in der Kindheit insbesondere für die Hysterie gestellt (Janet 1889). Sigmund Freud ging in seinen Studien zur Hysterie 1896 zunächst davon aus, dass eine reale traumatische Erfahrung, insbesondere sexuelle Verführung von Kindern („Verführungstheorie“) der hysterischen Störung des Erwachsenen regelhaft zugrunde liegt. Später revidierte er diese Auffassung, wenngleich er 1905 in seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ weiterhin an einer realen Verführung als möglicher Ursache späterer Störungen festhielt: „...ich kann nicht zugestehen, dass ich in meinen Abhandlungen 1896 ‚Über die Ätiologie der Hysterie‘ die Häufigkeit oder die Bedeutung derselben überschätzt habe, wenngleich ich damals noch nicht wusste, dass normal gebliebene Individuen in ihren Kinderjahren die nämlichen Erlebnisse gehabt haben können, und darum die Verführung höher wertete als die in der sexuellen Konstitution und Entwicklung gegebenen Faktoren“ (Freud, 1905d, 91).

Die späteren Forschungen von Anna Freud (Freud, A. 1963) lieferten ebenso wichtige Beiträge zur Theorie der Traumawirkung bei Kindern und Säuglingen wie die Säuglingsforschung und die Bindungstheorie von Bowlby (Bowlby 1976, 1987). In den Blickwinkel gerieten dabei besonders der Stand der kindlichen kognitiven, affektiven, psychosexuellen und sozialen Entwicklung sowie das Bindungsverhalten und die vorhandenen Bindungen als protektive Faktoren oder Vulnerabilitätsfaktoren im Zusammenhang mit realen Kindheitstraumata (Übersicht in Fischer und Riedesser 1999, S. 248 ff).

Erst umfangreichere epidemiologische Studien in den USA (z.B. Russell 1986) zeigten empirisch belegte hohe Raten sexueller Missbrauchserfahrungen in der Bevölkerung und trugen dazu bei, dass das Thema traumatische Kindheitser-

fahrungen neben den Traumaerfahrungen des Erwachsenenalters (Vietnamkrieg, Vergewaltigung) vermehrt wissenschaftliche Beachtung fand.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Mit der Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in das amerikanische Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen DSM III (American Psychiatric Association, APA, 1980), später DSM III-R (APA, 1987) und DSM IV (APA, 1994) wurde erstmals eine spezifische psychiatrische Traumafolgeerkrankung diagnostisch abgebildet. Mittlerweile stellt die PTBS die klassische Form einer Traumafolgestörung dar. Dabei ist das Eingangskriterium für ein psychisches Trauma insbesondere in der vierten Revision eng gefasst und beschreibt ein typisches Typ-I-Trauma (zeitlich eingegrenzt, Terr 1991) sowie die unmittelbare Reaktion des Opfers.

Seit Anfang der 90er Jahre beschäftigten sich mehrere epidemiologische Studien mit der Prävalenz traumatischer Erlebnisse und PTBS. Hierbei wurden in Amerikanischen Bevölkerungsstudien Lebenszeitprävalenzraten für Traumaerfahrungen von 31% - 41% für Frauen und 14% - 61% für Männer gefunden (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1991). Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS nach den Kriterien des DSM III - R wurden mit 10% - 11% für amerikanische Frauen und von 5% - 6% für amerikanische Männer angegeben. Die Gesamtprävalenz betrug 7,8% (Kessler et al., 1995). In einer kanadischen Studie fanden Stein et al. (1997) eine Lebenszeitprävalenzrate für DSM IV–PTBS von 2,7% für Frauen und 1,2% für Männer. In einer deutschen Studie an 3021 jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren gaben 26% der Männer und 18% der Frauen Traumaerfahrungen an. Allerdings erfüllten nur 1% der Männer und 2,2% der Frauen die Kriterien einer PTBS nach DSM IV-Kriterien (Perkonigg et al., 2000).

Somit fallen die Lebenszeitprävalenzraten in der deutschen und der kanadischen Studie, die Kriterien des DSM IV anlegten, geringer aus als in amerikanischen Studien nach DSM III-R-Kriterien. Es zeigt sich aber übereinstimmend dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.

In einer australischen Bevölkerungsstudie (Creamer et al. 2001) wurden 10641 Personen nach Traumaerfahrungen und PTBS-Symptomen während der letzten 12 Monate befragt. 65% der Männer und fast 50% der Frauen gaben mindestens eine Traumaerfahrung an. Signifikant mehr Frauen (13%) als Männer (3%) gaben interpersonelle Traumata wie Vergewaltigung und andere sexuelle Übergriffe an. Die 12-Monats-Prävalenzrate für PTBS lag bei 1,3% mit nur geringem Unterschied zwischen Männern (1,2%) und Frauen (1,4%). Sowohl für Frauen als auch für Männer waren Vergewaltigung und sexuelle Nötigung wie schon in vorangegangenen Studien (Kessler et al, 1994, 1999b; Breslau et al., 1991) die Traumaerlebnisse, die am häufigsten mit einer PTBS-Symptomatik assoziiert waren.

Erst im DSM III-R wurde auch für Kinder und Jugendliche die Diagnose PTBS abgebildet. Giaconia et al. (1995) zeigten in einer Longitudinalstudie mit Untersuchungen im 15. und im 21. Lebensjahr, dass Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren zu etwa 43% ein Trauma wie Vergewaltigung, Überfall oder plötzliche schwere Verletzung erlitten hatten, davon etwa ein Viertel (12%) bis zum Alter von 14 Jahren. 80% der Traumatisierten erfüllten im Alter von 21 Jahren die Kriterien für mindestens eine Diagnose psychischer Störungen nach DSM III-R.

1.3 Traumatischer Stress und andere psychische Störungen

In aktuelleren Studien seit 1991 wurden Zusammenhänge zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und späteren psychischen Symptomen oder Störungen untersucht.

1.3.1 Trauma und psychische Symptome

So beschrieben van der Kolk et al. (1991) einen Zusammenhang mit späterem selbstdestruktivem Verhalten und Suizidalität. Fergusson et al. (2000) erforschten in einer prospektiven Längsschnittstudie an 1265 neuseeländischen Personen aus der Allgemeinbevölkerung, dass insbesondere sexuelle Missbrauchser-

fahrungen, Inkonsistenzenerfahrungen in der Familie und emotionale Vernachlässigung als signifikante Faktoren für späteres selbstdestruktives Verhalten angesehen werden konnten. Die Prävalenz von Suizidgedanken bis zum Alter von 21 Jahren lag für Traumatisierte bei 28%, von Suizidversuchen bei 7,5%. Auf symptomatischer Ebene fanden sich ebenfalls hohe korrelative Zusammenhänge zwischen dissoziativem Erleben und traumatischen Kindheitserfahrungen bei Stichproben mit unterschiedlichen Diagnosen. So berichteten Bowmann und Markland (1996) bei 45 erwachsenen Patienten mit nachgewiesenen, im Mittel seit 8,3 Jahren bestehenden pseudoepileptischen Anfällen und unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen ein Trauma bei 84% (davon sexueller Missbrauch in 47%, körperlicher Missbrauch in 67%, andere Traumata in 73%). Für 290 Patienten mit einer Borderline - Persönlichkeitsstörung wurden in einer Studie von Zanarini et al (2000) im Vergleich zu Patienten mit einer DSM IV Achse I-Störung 4 Faktoren ermittelt, die eng mit dem Ausmaß von dissoziativen Symptomen verknüpft waren: 1. Inkonsistente Betreuung durch Erziehungsberechtigte, 2. Sexueller Missbrauch durch Erziehungsberechtigte, 3. Als Kind Zeuge sexueller Gewalt gewesen sein, 4. Vergewaltigung als Erwachsene.

1.3.2 Trauma und psychische Störungen (DSM Achse I)

Zum Zusammenhang von Traumatisierung und schizophrenen Erkrankungen oder bipolaren affektiven Psychosen existieren bislang nur wenige Daten. 1995 erschien eine Studie der französischen Arbeitsgruppe um Darves-Bornoz, die 64 schizophren erkrankte Frauen und 26 Frauen mit einer bipolaren Störung im Alter von 18 – 45 Jahren mittels eines etwa einstündigen Interviews untersuchte. Schweren sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt erlebten 36% der schizophrenen Frauen und 28% der bipolar erkrankten Frauen. In der Gruppe der Schizophrenen fand sich zusätzlich ein Zusammenhang von sexueller Traumatisierung und Suchtmittelabhängigkeit, Suizidversuchen, früher Hospitalisierung und Chronizität des Krankheitsverlaufs.

Gearon et al. (2003) untersuchten 54 ambulant behandelte an Schizophrenie oder an einer schizoaffektiven Störung erkrankte Frauen mit zusätzlicher Drogenabhängigkeit. Insgesamt gaben 96% mindestens ein traumatisches Erlebnis

an. 61% berichteten einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit, 48% einen körperlichen Missbrauch und 65% gaben an, in der Kindheit Zeuge von familiärer Gewalt gewesen zu sein. 59% gaben an, Opfer sexueller Gewalt als Erwachsene geworden zu sein, 82% Opfer körperlicher Gewalt. 46% erfüllten auch die Kriterien einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Autoren postulieren ein erhöhtes Risiko der Reviktimisierung insbesondere für körperliche Gewalt in dieser Patientengruppe.

Im Jahr 2001 erschien eine Studie von Lysaker et al., in der ein signifikant schlechteres funktionales Outcome von Patienten mit einer Schizophrenie festgestellt wurde, die einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlitten hatten. Outcome war definiert als Qualität der Beziehungsaufnahme. Die Traumatisierten zeigten ein gestörteres privates und berufliches Rollenverhalten, weniger Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung von Intimität und eine höhere emotionale Instabilität und Anspannung. Die Anzahl und Häufigkeit der interpersonellen Kontakte unterschied sich nicht von denjenigen der Gruppe ohne Traumatisierung in der Kindheit. In der niederländischen NEMESIS-Studie (Janssen et al. 2004), einem großen epidemiologischen Projekt in der Allgemeinbevölkerung (n = 4045) zeigte sich, dass Kindesmissbrauch mit einem 7,5fach erhöhten Risiko (Odds Ratio) verbunden war, an einem behandlungsbedürftigen psychotischen Syndrom zu erkranken. Noch eindrucksvoller war, dass sich auch eine Dosis - Wirkungsbeziehung zeigen ließ: Während der Schweregrad 1 nicht mit einem erhöhten Risiko verbunden war, war dieses bei Schweregrad 2 bereits um den Faktor 11,5 und bei Schweregrad 3 um den Faktor 31,7 erhöht.

Brodsky et al. (2001) fanden bei depressiven Erwachsenen, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit unabhängig von aktueller Aggressivität, Impulsivität und Depressivität einen signifikanten Risikofaktor für spätere Suizidversuche darstellt: Sexuell Traumatisierte unternahmen häufiger und in jüngerem Alter Suizidversuche als die Kontrollprobanden. Levitan et al. (1998) untersuchten in der Allgemeinbevölkerung 8116 Personen in Ontario im Alter von 15 – 64 Jahren bezüglich sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit, Major Depression, neurovegetativen Symptomen und manischen Episoden. 653 Personen erfüllten die Kriterien einer Major Depression. Sexueller oder körperli-

cher Missbrauch war in dieser Gruppe mit neurovegetativen Symptomen wie Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust assoziiert. Zudem fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperlichem Missbrauch in der Kindheit und dem Auftreten von manischen Episoden.

Kendler et al. (2000) untersuchten 1411 eineiige weibliche Zwillingspaare zu frühen Traumaerfahrungen und psychischen Störungen (jeweils ein Zwilling mit, ein Zwilling ohne Traumatisierung). Daneben fanden auch Interviews mit den Eltern statt. Für 6 Diagnosegruppen nach DSM IV Achse I (Major Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Bulimia nervosa, Alkohol- und Drogenabhängigkeit) und psychiatrische Komorbidität identifizierte die Arbeitsgruppe sexuellen Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr als Risikofaktor (Odds Ratios zwischen 1,9 und 5,7), für alle Diagnosegruppen - außer für Bulimia nervosa - unabhängig von anderen familiären oder demographischen Risikofaktoren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die Arbeitsgruppe um Dinwiddie, die in einer gemischtgeschlechtlichen australischen Zwillingstudie bei vor dem 18. Lebensjahr sexuell Missbrauchten Frauen eine Odds Ratio von 3,1 für Suizidgedanken, von 7,7 für schwerwiegende Suizidversuche, von 5,5 für Verhaltensstörungen, von 3,5 für Panikstörungen, von 3,4 für Soziale Phobie, von 2,8 für Alkoholabhängigkeit und von 2,2 für Depression fand. In der Untergruppe männlicher Zwillinge waren Verhaltensstörungen bei traumatisierten Männern häufiger (Odds Ratio 3,3) ebenso Depressionen (Odds Ratio 3,4) und Panikstörungen (Odds Ratio 5,0). Die Aussagekraft war allerdings hier wegen der lediglich aus einer Frage bestehenden Traumaerfassung limitiert (Dinwiddie, 2000).

1.3.3 Trauma und Persönlichkeitsstörung (DSM Achse II)

Personen mit Persönlichkeitsstörungen wurden wiederholt untersucht (DSM IV Achse II). Insbesondere solche mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) geben gehäuft Traumaerlebnisse in der Kindheit an (Paris, 1995, 2000). Auch bei 129 Jugendlichen einer deutschen Jugendpsychiatrischen Klinik, bei denen eine BPS diagnostiziert worden war, wurde eine Häufung traumatischer Erfahrungen wie sexueller Missbrauch (62,5%), körperliche Misshandlung (46,9%)

und emotionale Vernachlässigung (81,3%) festgestellt. Die traumatisierten Jugendlichen wiesen signifikant häufiger dissoziative Symptome auf (Brunner et al. 2001).

Sachsse et al. kamen 1997 in ihrer Analyse von 9 amerikanischen und einer australischen Studie zu einer breit streuenden Prävalenz sexuellen Missbrauchs von 19% bis 84% in dieser Gruppe. Die Varianz der Ergebnisse war auf die zugrunde gelegte Traumadefinition, die Befragungsmethode und die Stichprobenauswahl zurückzuführen.

1999 erschien die erste prospektive Studie zu diesem Thema (Johnson et al., 1999). Die Autoren werteten die Angaben von 639 Familien zu traumatischen Kindheitserlebnissen aus und ergänzten diese durch Dokumentationen des New York State Central Registry for Child Abuse and Neglect. Das Risiko, im jungen Erwachsenenalter die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM IV zu erfüllen, war darin bei Menschen, die einen körperlichen oder sexuellen Missbrauch oder eine Vernachlässigung in der Kindheit erlitten hatten, unabhängig vom Geschlecht, vom Alter, von einem schwierigen Temperament des Kindes, von der elterlichen Erziehung und von elterlichen psychischen Störungen um das 4fache erhöht (Odds ratio). Dabei war körperlicher Missbrauch assoziiert mit einer erhöhten Anzahl an Symptomen für antisoziale und depressive Persönlichkeitsstörungen, sexueller Missbrauch mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse unterstreichen besonders, dass neben dem sexuellen oder körperlichen Missbrauch auch die emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung im Kindesalter eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen spielt.

Zusammenfassend zeigen die Studien der letzten 10 Jahre vielfältige Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychischen Syndromen und Erkrankungen und dem – offenbar unspezifischen - Risikofaktor psychotraumatischer Stress. Es fehlen allerdings zurzeit noch langfristige prospektive Untersuchungen und detaillierte Kenntnisse über pathogenetische Prozesse.

1.4 Reviktimisierung

1988 wurden beim US National Center for Child Abuse and Neglect etwa 150 000 Kinder pro Jahr gemeldet, die einen sexuellen Missbrauch erlitten hatten. Junge Frauen, die in der Kindheit oder Jugend sexuell missbraucht worden waren, hatten ein 2,5 – 3,1 fach erhöhtes Risiko, erneut Opfer sexueller Gewalt im Erwachsenenalter zu werden (Davis und Siegel, 2000). Dieses bestätigte sich in der Londoner Studie von Coid et al. (2001). Sie befragten 1207 Frauen in Allgemeinarztpraxen. Erlittener sexueller Missbrauch in der Kindheit mit oder ohne erzwungenen Geschlechtsverkehr und körperlicher Missbrauch waren assoziiert mit einem signifikant erhöhten Risiko der Reviktimisierung im Erwachsenenalter: Erzwungener Geschlechtsverkehr vor dem 16. Lebensjahr erhöhte das Risiko, häusliche Gewalt als Erwachsene zu erleben, um das 3,5 fache, Opfer einer Vergewaltigung zu werden um das 2,8 fache. Körperlicher Missbrauch durch Eltern oder Erziehungsberechtigte erhöhte das Risiko für spätere häusliche Gewalt um das 3,6 fache, für spätere Vergewaltigung um das 2,7 fache und für andere traumatische Erfahrungen um das 3,9 fache.

1.5 Erfassung traumatischer Ereignisse

Die oben referierten klinischen und epidemiologischen psychotraumatologischen Untersuchungen weisen zum Teil inkonsistente Ergebnisse auf, die auf verschiedene methodische Probleme hinweisen. Eines dieser Probleme ist die Art und der Umfang der Erhebung traumabezogener Daten, die mehrere Schwierigkeiten aufweisen:

Als „underreporting“ wird die Annahme bezeichnet, dass Traumaopfer zu einem Teil falsch negative Antworten in Befragungen geben. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Opfer ihre schambesetzten Erlebnisse nicht offenbaren möchten. Eventuell wurde ein Schweigegebot durch die Täter ausgesprochen, wodurch das Opfer negative Konsequenzen nach einer Offenlegung der Tat befürchtet. Erfahrungen, dass dem Opfer nicht geglaubt wurde, dissoziative Amnesien bezüglich des traumatischen Ereignisses, psychologisch bedingte Verleugnung des Traumas, Vermeidung von Triggern, d.h. Auslösern, die schmerzhaft Erinnerungen an das Trauma bewirken, fehlende Möglichkeiten zur Objektivie-

rung des Erlebten und Wahrnehmung des Traumas als Normverlängerung können weitere Gründe dafür sein (Heynen 2001).

Der lange Zeitraum zwischen Ereignis und Befragung bei retrospektiven Erhebungen, die häufig starke emotionale Färbung der Erinnerung mit mangelnder Verbalisierungsmöglichkeit, bruchstückhafte und ungenaue Erinnerungen sowie Erinnerungen aus der vorsprachlichen Erlebniswelt können die Ergebnisse ebenfalls verfälschen. In diesem Zusammenhang ist auch die vor allem in den USA sehr kontrovers geführte Diskussion um das „false memory syndrome“, also eine Form des „overreporting“ zu verstehen, die nicht nur wissenschaftliche und klinische Fragen berührt sondern auch juristische (Loftus et al. 1994, Loftus 1997). Die derzeitigen Kenntnisse zum Traumagedächtnis legen nahe, dass traumatische Ereignisse insbesondere bei Vorliegen einer PTBS häufig nicht detailgenau deklarativ und damit verbalisierbar erinnert werden können, während hoch emotional besetzte aber fragmentarische sensorische bzw. implizite traumatische Gedächtnisinhalte übergenau erinnert werden. Diese Beobachtungen haben unter anderem zu den Konzepten eines „hot and cold memory system“ bzw. „situationally and verbally accessible memory system“ in der Psychotraumatologie geführt (Metcalf und Jacobs 1995, Brewin 2001 und 2003).

Für wissenschaftliche und klinische Untersuchungen sind daher standardisierte, praktikable, reliable und valide Instrumente notwendig, die zumindest für den deutschen Sprachraum fehlen. Aber auch die Vergleichbarkeit der vorhandenen internationalen Testinstrumente und Interviews wird durch die zugrunde gelegten unterschiedlichen Traumadefinitionen (z.B. wird Exhibitionismus zu sexueller Traumatisierung gezählt oder nicht, Problem der „Randunschärfe“) oder die Begrenzung auf nur einige Traumaarten oder die unterschiedliche Altersgrenze sehr eingeschränkt. Zudem muss beachtet werden, ob traumatische Ereignisse selbst, die unmittelbare Reaktion des Opfers oder die kurz-, mittel-, und langfristigen psychischen Folgen oder gar Diagnosen erfasst werden sollen. Im Folgenden geht es nur um den ersten Punkt, die Erfassung traumatischer Ereignisse.

Als Erhebungsmethoden werden in der Literatur genannt:

persönliches Interview: frei, semistrukturiert oder strukturiert
telefonische Befragung: frei, semistrukturiert oder strukturiert
Fragebogen
Aktendurchsicht
Fremdanamnese
Archive, Gerichtsakten, andere Publikationen (Zeitung)

Auf die Fülle international publizierter Instrumente soll hier nicht weiter eingegangen werden. Für zahlreiche Instrumente liegen keine zitierfähigen deutschen Übersetzungen und/oder keine Überprüfung von Validität und Reliabilität vor. Zusammenfassungen finden sich bei Maercker (2003) und in der Leitlinie PTBS Nr. 051/010 vom Januar 2004 der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (Flatten et al. 2004; www.awmf.de). Eine Übersicht der international verfügbaren Instrumente zu Traumatisierung in Kindheit und Jugend und ihre psychometrischen Qualitäten wurde kürzlich von Roy und Perry (2004) publiziert, eine kritische Gesamtübersicht unter Beteiligung der Autorin liegt in deutscher Sprache vor (Driessen et al. 2006 in Schäfer und Krausz 2006).

1.6 Ethische Fragen

Die Erinnerung an traumatische Kindheitserlebnisse kann schmerzhaft sein, weshalb im Vorfeld dieser Arbeit ein besonderes Augenmerk auf mögliche Belastungen durch das Ausfüllen des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) gelegt wurde. Allgemein wird unter einem freiwilligen Einverständnis zu einer wissenschaftlichen Untersuchung nicht nur verstanden, dass einerseits kein Zwang zur Teilnahme ausgeübt wird, sondern auch, dass die mit der Teilnahme verbundenen Vorteile und Risiken von den Probanden abgeschätzt werden können, dass die datenschutzrechtliche Anonymität gewährleistet wird und der allgemeine Zweck der Studie verstanden wurde (Newman, 1999).

Spezifischer wurde für die hier zu diskutierende Belastung durch Fragen nach traumatischen Erfahrungen und eine dadurch potenziell ausgelöste Destabilisierung bzw. Reviktimisierung eine Befragung von Walker et al. (1997) durchgeführt. Sie untersuchten die Reaktionen von 330 ambulanten Patientinnen auf mehrere verschickte Fragebögen, u.a. eine 34-Item Version des CTQ. Hieraus ergab sich, dass nur 12,8% der Befragten durch das Ausfüllen der 22-seitigen Fragebogensammlung mehr aus der Fassung geraten waren, als sie vorher angenommen hatten. Die positive Beantwortung der Frage hiernach wies eine signifikante Korrelation mit dem CTQ-Gesamtscore ($r = 0.30$) sowie den CTQ-Subscores Sexueller Missbrauch ($r = 0.21$), Emotionaler Missbrauch ($r = 0.29$), Körperliche Vernachlässigung ($r = 0.18$) und Emotionale Vernachlässigung ($r = 0.27$) auf. Von den Patientinnen, die unerwartet belastet waren, bedauerten nur 1,2% ihre Teilnahme an der Studie. Insgesamt bedauerten 5,2% der Patientinnen ihre Teilnahme. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass für eine Traumaerhebung per Fragebogen eine Einverständniserklärung ausreichend ist und die Probandinnen die zu erwartende Belastung durch die Befragung realistisch antizipieren konnten (Walker et al., 1997).

In einer nachfolgenden Studie gingen Newman et al. (1999) einer ähnlichen Fragestellung nach. In ihrer Untersuchung von 1174 Frauen eines HMO Centers, denen eine Fragebogensammlung einschließlich der 28-Item Version des CTQ vorgelegt wurde, wurden zusätzlich anschließend diejenigen Frauen, die im CTQ-Subscore Sexueller Missbrauch einen Punktwert von mindestens 8 angaben ($n = 305$, 26%), zu einem traumabezogenen Interview eingeladen. Es konnten 152 der sexuell traumatisierten Frauen interviewt werden. Eine Kontrollgruppe von 155 Frauen, die geringere Punktwerte angegeben hatten konnte ebenfalls für ein Interview rekrutiert werden. Allen Teilnehmerinnen wurden nach Fragebogenbearbeitung, nach dem Interview sowie 48 Stunden später telefonisch 3 Fragen zu ihrer subjektiven Einschätzung der Belastung durch die Studie vorgelegt. Sie wurden befragt, ob sie subjektiv etwas Positives durch die Studienteilnahme erlebt hatten, ob sie sich belasteter gefühlt hatten als erwartet und ob sie bedauerten teilgenommen zu haben. Auch hier ergab die Auswertung, dass fast ein Viertel der Befragten nach den Fragebögen einen Nutzen

durch die Studieangaben und sogar 86% nach den Interviews und noch 74% 48 Stunden später. Nur 16% gaben nach den Fragebögen, keine der Befragten nach dem Interview an, keinen Nutzen aus der Studie zu ziehen. 5% berichteten, die Teilnahme am Ausfüllen der Fragebögen im Nachhinein zu bedauern, 77% verneinten dies. Keine Probandin bedauerte die Teilnahme am Interview zu beiden Befragungszeitpunkten. Nur 1,1% der Frauen, die sich unerwartet belasteter fühlten als sie vorher angenommen hatten, berichteten auch, die Teilnahme später bedauert zu haben. In Bezug auf die Traumaerfahrungen ließ sich auch hier nachweisen, dass die Frauen mit im CTQ nachgewiesenen Missbrauchserfahrungen, insbesondere sexueller Traumatisierung, eher dazu neigten, die mögliche Belastung im Vorfeld geringer einzuschätzen. Trotzdem gaben sie zu 98% an, von der Studie profitiert zu haben (Newman et al., 1999).

2 Entwicklung der amerikanischen Originalfassung des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2.1. Die 70-Item Version des CTQ

Im August 1993 stellten Bernstein und Fink auf dem jährlichen Meeting der American Psychological Association in Toronto, Kanada erstmals den von ihnen entwickelten Fragebogen Childhood Trauma Questionnaire vor, das Manual wurde im gleichen Jahr publiziert. Den Selbstbeurteilungs-Fragebogen mit 70 Items zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit validierten sie zunächst an einer Stichprobe von 152 drogen- oder alkoholabhängigen Patienten. Die Items wurden nach Durchsicht der Literatur zu Missbrauch und Vernachlässigung entworfen. Der Fragebogen kann nach einer kurzen verbalen oder schriftlichen Einleitung in einer Gruppen- oder Einzelsitzung in 10 bis 15 Minuten unter Anleitung durch ausgebildetes oder angelerntes Personal ausgefüllt werden. Von Beginn an war daran gedacht, dass den Probanden die Möglichkeit einer Nachbesprechung eingeräumt wird, wobei darauf geachtet werden sollte, dass auf traumatische Erlebnisse nur auf Wunsch des Probanden und in supportiver, empathischer Weise ohne tiefere Exploration eingegangen wird.

Die Faktorenanalyse des Tests ergab eine 4 Faktorenlösung mit den Subskalen 1) Körperlicher und Emotionaler Missbrauch, 2) Emotionale Vernachlässigung, 3) Körperliche Vernachlässigung, 4) Sexueller Missbrauch. In der Faktorenanalyse hatte sich ergeben, dass 53 der 70 Items mindestens auf einem der vier Faktoren mit mehr als .40 laden. Der Test enthält drei Fragen zur Aufdeckung von Bagatellisierung und Verleugnung (Items 35A, 53A und 59A).

Ein CTQ-Gesamtscore kann nach zwei Möglichkeiten berechnet werden. Die erste Berechnung stützt sich auf die Summe der ungewichteten Subskalen - Scores, d.h. für jeden der o.g. Faktoren wird aus Punktwerten der zugehörigen Items eine Summe, der Subskalen-Score, addiert. Die Summe der so ermittelten ungewichteten Subskalen-Scores bildet den CTQ-Gesamtscore (Rohwert). Subscores und Gesamtscore können zudem gewichtet werden (Division durch Anzahl der Items). In einer zweiten möglichen Lösung wird der CTQ-

Gesamtscore aus den Subskalenscores gebildet, nachdem diese in z-Scores transformiert und nach ihren jeweiligen Faktorenkoeffizienten gewichtet wurden. Der CTQ–Gesamtscore ist dann der Mittelwert der vier Subskalenscores und wird wie die Subskalenscores als z-Score angegeben. Zwar erscheint die zweite Lösung akkurater, insbesondere für die genaue Überprüfung von differenziellen Effekten zwischen den Faktoren, die Berechnung ist aber aufwändiger und somit weniger praktikabel. Nachdem sich in der Originalstichprobe gute Korrelationen zwischen beiden Methoden ergeben hatten ($r = .85$ bis $r = .95$), wurde von den Autoren die erste Lösungsmöglichkeit bevorzugt.

Es wurde eine hohe interne Konsistenz und Test–Retest Reliabilität ermittelt, ebenso eine gute konvergente Validität mit Tests zur Messung von PTBS, Dissoziation, Alexithymie und Depression und eine gute diskriminante Validität gegenüber Testverfahren zur Erfassung von Sprachvermögen und sozialer Erwünschtheit. Zusätzlich untersuchten die Autoren die klinische Stichprobe auf das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen nach DSM III-R. Generell war die Schwere der Persönlichkeitsstörung höher und konsistenter assoziiert mit körperlichem und emotionalem Missbrauch als mit anderen Traumaarten. Bei weiblichen Probanden fanden sich signifikante Beziehungen zu vermeidender, histrionischer und schizotyper Persönlichkeitsstörung (Bernstein und Fink 1993).

1994 erschien eine weitere Studie von Bernstein und Fink zur Validierung des 70-Item CTQ an 286 amerikanischen drogen- und alkoholabhängigen Patienten verschiedener stationärer und ambulanter Einrichtungen (Bernstein et al., 1994). Nach Itemreduktion auf 60 Items ergab die Faktorenanalyse eine 4–Faktorenlösung und gute Ergebnisse der Testgütekriterien.

Im Anschluss daran untersuchten Bernstein, Ahluvalia et al. (1997) die Validität des CTQ an einer Stichprobe von 398 Jugendlichen und Adoleszenten (12–17 Jahre, Median 14,9; 43 % männlich, 57% weiblich) in stationärer psychiatrischer Behandlung. Zur Validierung des CTQ wurden die Ergebnisse von 190 Jugendlichen mit einem Therapeutenrating verglichen, zu welchem als Informations-

quellen klinische Interviews von Therapeuten mit den Jugendlichen, die Fremdanamnese der Eltern und Jugendeinrichtungen, deren Akten sowie Gerichtsakten genutzt wurden. Es wurde eine 5–Faktorenlösung ausgewählt, die 55% der Varianz aufklärte. Die Faktoren wurden analog zur Studie von Bernstein und Fink benannt, wobei Körperlicher Missbrauch und Emotionaler Missbrauch auf separaten Faktoren luden. Die Prävalenzraten für traumatische Erfahrungen in der Stichprobe betragen im Therapeutenrating: 39% sexueller Missbrauch, 44,7% körperlicher Missbrauch, 45,5% emotionaler Missbrauch, 48,9% körperliche Vernachlässigung. 71,9% hatten mindestens eine Traumaart erlebt, 51,3% zwei oder mehr Traumaarten. Frauen hatten häufiger sexuellen (47,8% Frauen, 27,4% Männer, $p < .001$, $\chi^2 = 16.77$, $df = 1$) und emotionalen Missbrauch (51,8% Frauen, 37,1% Männer, $p < .01$, $\chi^2 = 8,47$, $df = 1$) erlebt. Die Häufigkeit körperlichen Missbrauchs und Vernachlässigung war bei beiden Geschlechtern gleich. Der Vergleich mit den Ergebnissen des CTQ zeigten hohe Korrelationen für die jeweiligen Subskalen. In der ROC-Analyse konnten Aussagen über die Sensitivität und Spezifität der Ergebnisse getroffen werden und cutoff–Werte festgelegt werden. Der Test eigne sich als Screeninginstrument zur Erfassung traumatischer Kindheitserfahrungen bei Jugendlichen und könne zu weiteren Explorationen des Themas hinleiten.

2.2 Weitere Studien und Itemreduktion

In der vorgenannten Studie wurde bereits der Versuch unternommen, die Items zu reduzieren. Hieraus entwickelte sich eine Version mit 50 Items (+ 3 Items der Validitätsskala): Emotionaler Missbrauch (12 Items), Körperlicher Missbrauch (7), Sexueller Missbrauch (7), Emotionale Vernachlässigung (16), Körperliche Vernachlässigung (8). Die Subscores wurden aus der Summe der ungewichteten Itemwerte gebildet.

Rosen und Martin (1996) überprüften den CTQ an 1365 Soldaten der U.S. Army im Vergleich mit 4 Fragen zu Sexuellem Missbrauch, die für eine nationale Studie an amerikanischen Erwachsenen (Finkelhor et al., 1990) ermittelt worden waren, sowie mit dem Brief Symptom Inventory. Es wurde eine 30-Item

Version verwendet, indem nur diejenigen Items ausgewählt wurden, die in drei Subskalen Faktorladungen von 0.6 oder höher aufwiesen. Für die Subskala körperliche Vernachlässigung wurden Faktorenladungen von 0.5 und höher akzeptiert. Es wurde eine 4 Faktoren-Lösung berechnet. Die Version enthielt alle 5 Items für Sexuellen Missbrauch, 9 Items für Emotionale Vernachlässigung, 11 Items für Körperlichen und Emotionalen Missbrauch und 5 Items für Körperliche Vernachlässigung. Die Testgütekriterien waren mit der Originalstudie von Bernstein und Fink vergleichbar. Der Gesamtscore wurde nicht berechnet.

9% der Männer und 28% der Frauen dieser Studie erfüllten die Kriterien für einen sexuellen Missbrauch im CTQ, kombiniert mit den Screening-Fragen waren es 17% der Männer und 51% der Frauen. Somit gaben signifikant mehr Frauen als Männer sexuellen Missbrauch an, ebenso körperlich-emotionalen Missbrauch ($t = 2.43, p < 0.05$). Keine Unterschiede zeigten sich bei den anderen beiden Subskalen. 50% der Männer und 48% der Frauen gaben einen körperlichen Missbrauch an. 39% der Männer und 14% der Frauen hatten ausschließlich einen körperlichen Missbrauch, 5% der Männer und 17% der Frauen ausschließlich einen sexuellen Missbrauch erlebt. 34% der Frauen und 11% der Männer erlebten beide Missbrauchsarten. Somit war die Prävalenz von sexuellem Missbrauch unter Soldaten besonders bei weiblichen Soldaten höher als in den epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung. Soldaten mit Missbrauchserfahrung berichteten signifikant mehr psychologische Symptome als Soldaten ohne diese Erfahrungen, Soldaten mit kombiniertem Missbrauch mehr als Soldaten mit einer Traumaerfahrung.

Zur Validierung des Trauma History Screen wurde der CTQ zusammen mit der Impact of Event Scale (IES, Weiss und Marmar 1997) und der Dissociative Experiences Scale (DES, Carlson and Putnam 1993) an 102 traumatisierten weiblichen Patienten in spezialisierter Therapie für traumaassoziierte Erkrankungen eingesetzt (Allen et al., 1999). Es wurde die revidierte 53-Item Fassung (Bernstein und Fink 1995) verwendet und nach der 5-Faktorenlösung ausgewertet. In dieser Stichprobe zeigen sich für alle Subskalen außer für die Skala Körperliche Vernachlässigung Punktwerte, die um eine Standardabweichung

höher liegen als in den Studien von Bernstein und Fink. Dieses wird von den Autoren erklärt durch die Erkrankung der Patienten an dissoziativen Störungen und PTBS, die zur Aufnahme in ihrer Spezialklinik für die Behandlung von traumaassoziierten Erkrankungen führte.

Die Hypothese, dass die Scores zu interpersonellen Traumatisierungen in dieser Stichprobe am höchsten liegen sollten, bestätigte sich. Dieses Ergebnis stand im Einklang mit den Ergebnissen des CTQ. Zusätzlich bestätigte sich die Hypothese, dass eine interpersonelle Traumatisierung mit signifikant höheren Werten in IES und DES korreliert sein sollten. Die Höhe der Korrelationen war aber nur mäßig. Dieses wurde auf die Homogenität der Stichprobe zurückgeführt. Der Trauma History Screen wird ebenfalls als Screeninginstrument empfohlen, das zu einer genaueren Befragung im Interview hinleiten könnte.

In einer mittels Telefoninterview durchgeführten Bevölkerungsstudie testeten Scher et al. (2001) den CTQ und fanden in der exploratorischen Faktorenanalyse an 257 Probanden zunächst eine 4-Faktorenlösung, die eine Gesamtvarianz von 55,1% aufklärte, entschieden sich in der anschließenden Konfirmatorischen Faktorenanalyse (n = 1007) aber für eine 5-Faktoren Lösung. Die Korrelationen zwischen den Subskalen lagen zwischen .48 und .86, die interne Konsistenz war akzeptabel (Cronbach's α für die Subskalen zwischen .58 – .94). Der CTQ wurde als geeignet für Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung beurteilt.

In dem Manual zum CTQ von 1998 beschreiben Bernstein und Fink insgesamt sieben Studien mit N = 2201 Patienten/Probanden, anhand derer der CTQ validiert wurde. Die wichtigsten klinischen Gruppen wurden oben bereits dargestellt. Eine Studie an 1225 Frauen, die randomisiert aus den Mitgliedern der Group Health Cooperative einer Health Maintenance Organization (HMO) im Nordwesten der USA, stellt eine wichtige Bevölkerungsuntersuchung dar. Die meisten Frauen waren weiß, gehörten der Mittelklasse an und waren für eine Studie über Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den Einfluss von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen rekrutiert worden (Bernstein und Fink 1998, Walker et al. 1999).

Die Prüfung der internen Validität über alle Studien ergab zufrieden stellende bis sehr gute Ergebnisse, die für die Skala Sexueller Missbrauch (Median = .92) am höchsten und für die Skala Körperliche Vernachlässigung am niedrigsten ausfielen (Median = .66). Die Validitätsprüfung ergab eine gute inhaltliche Validität, da der CTQ im Vergleich zu anderen Testverfahren die in der Literatur beschriebenen Traumaarten umfassender abbildet.

Die Test–Retest Reliabilität wurde an einer Stichprobe von 40 drogenabhängigen Patienten eines ambulanten Methadonprogramms mit einem Intervall von 1,6 bis 5,6 Monaten (MW = 3,6 Monate, SD = 1,0) untersucht. Die Korrelationen zwischen erster und zweiter Testung waren hoch, was für eine stabile Angabe von Traumaerfahrungen im CTQ auch in einem relativ unkontrollierten Setting und bei einem großen Zeitintervall spricht (EM $r = .80$, KM $r = .80$, SM $r = .81$, EV $r = .81$, KV $r = .79$, gesamt $r = .86$).

Die Konstruktvalidität wurde in einer ersten explorativen Faktorenanalyse anhand der ersten beiden Stichproben (drogen- und alkoholabhängige Erwachsene und jugendliche Psychatriepatienten) mit der 70 Item–Version bestimmt. Dabei wurde eine schiefe Rotation verwendet und angenommen, dass die Faktoren interkorrelieren und nicht orthogonal sind. Items, die reproduzierbare und unterscheidbare Faktoren entsprechend den hypothetischen Dimensionen bildeten und nicht hoch auf andere Faktoren luden wurden beibehalten. Insgesamt wurden für jede der 5 Faktoren pro Skala fünf Items ausgewählt, um den Gesamtumfang des CTQ zu reduzieren. 2002 veröffentlichten Bernstein et al. eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Validierung der Kurzversion des CTQ mit 28 Items.

Eine weitere Arbeit beschäftigt sich mit der Faktorenanalyse des CTQ in einer männlichen und einer weiblichen Stichprobe (Wright et al., 2001). Hierin wurde die 28–Item Version des CTQ mittels einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse an einer weiblichen (N = 636) und einer männlichen Stichprobe (N = 280) von Collegestudenten überprüft. Die Überprüfung der 5–Faktorenlösung von Bernstein und Fink zeigte aber, dass die Items des Faktors für Körperlichen Missbrauch keinen eigenen stabilen Faktor ergaben. Die Autoren schlossen daher

auf eine unsichere Konstruktvalidität dieses Faktors und favorisierten eine 4-Faktorenlösung für die weibliche Stichprobe bei Entfernen der Items zum körperlichen Missbrauch. Für die männliche Stichprobe fanden die Autoren ebenfalls zunächst nur eine schwache Abbildung der 5-Faktorenlösung, da einige Items auf andere Faktoren luden.

In den letzten Jahren wurde der CTQ seit 1998 in verschiedenen Studien eingesetzt, wobei unterschiedliche Versionen des Tests verwendet wurden. Walker et al. (1999) fanden einen Zusammenhang zwischen erhöhten Gesundheitskosten und früher Traumatisierung in der o.g. Stichprobe von 1225 weiblichen HMO Mitgliedern. Der Frage einer Retraumatisierung bei einem Rendezvous („dating violence“), Anpassungsproblemen und Traumatisierung in der Allgemeinbevölkerung gingen Wolfe et al. (2001) in ihrer Untersuchung an 1419 jugendlichen Schülern einer High School nach. Ein Drittel der Schüler (N = 462) gaben im CTQ Traumaerfahrungen an. Die betroffenen Mädchen zeigten vermehrt Symptome von Ängstlichkeit, Ärger und Depressivität oder Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung und hatten ein 2,7fach erhöhtes Risiko, Opfer erneuter gewalttätiger und nichtgewalttätiger Übergriffe bei einer Verabredung zu werden. Die betroffenen Jungen berichteten 2,5 bis 3,5fach häufiger klinisch relevante Symptome von Depressivität, Posttraumatischer Belastungsstörung und Dissoziationen. Ihr Verhalten während einer Verabredung war 2,8mal häufiger von Gewalttätigkeit und 3,4fach häufiger von körperlichem Missbrauch gegenüber ihrer Partnerin geprägt

Mehrere Untersuchungen bestätigten einen Zusammenhang von Depression und Traumatisierung. Bernet et al. (1999) fokussierten dabei auf den ätiologischen Zusammenhang, Kaplan et al. (2000) auf die Behandlungsresistenz. Suchterkrankungen wurden ebenfalls mit Traumaerfahrungen in Verbindung gebracht. Die Prävalenz von Traumaerfahrungen untersuchten Medrano et al. (1999) an 181 intravenös drogenabhängigen Frauen einer Gemeindestichprobe. Mehrere Studien zur Frage der Traumatisierung bei suchtkranken Patienten legte Roy vor. 1999 untersucht er die Beziehung von depressiver Störung, Traumaerfahrungen und Alkoholabhängigkeit an 43 alkoholabhängigen Mitglie-

dem des Departments of Veteran Affairs (Roy 1999). 2001 berichtete er einen signifikanten Zusammenhang von verschiedenen Kindheitstraumatisierungen und suizidalem Verhalten bei 100 männlichen kokainabhängigen Patienten (34-Item Version des CTQ) und Suizidversuchen bei 200 Alkoholkranken (Roy 2001).

Dissoziative Symptome oder Dissoziative Identitätsstörungen wurden in mehreren Studien mit Traumaerfahrungen in Verbindung gebracht (Irwin, 2001; Scropo 1998; Carrion 2000; Gast 2001). Weitere Studienthemen waren Essstörungen (Grilo 2001), Feindseligkeit und suizidales Verhalten (Roy 2001) und geschlechtsspezifische Persönlichkeitsmerkmale (Rosen 1998).

3 Fragestellungen und Ziele

Obwohl die Psychotraumatologie in den letzten Jahren auch in Deutschland einen erheblichen Aufschwung genommen hat, fehlen nach wie vor für den deutschsprachigen Sprachraum überprüfte Instrumente, die auch im klinischen Bereich breit einsetzbar sind. Dies gilt insbesondere für Instrumente, die traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend erfassen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es nun, die deutsche 28-Item Version des Childhood Trauma Questionnaire an einer gemischten klinischen Stichprobe psychisch Kranker in stationärer oder teilstationärer Behandlung empirisch zu überprüfen. Im Einzelnen sollten folgende Fragen beantwortet werden:

Lässt sich für die deutsche Version eher eine Faktorenstruktur mit vier oder mit fünf Faktoren ermitteln (Konstruktvalidität)? Entsprechen diese Faktoren inhaltlich der amerikanischen 28-Item Version?

Entspricht der CTQ insgesamt Validitäts- und Reliabilitätskriterien? Entsprechen die einzelnen Items den zu fordernden Gütekriterien?

Bestehen grundlegende Unterschiede zwischen einer männlichen und einer weiblichen Stichprobe?

Lässt sich der Fragebogen in einer psychiatrischen Versorgungsklinik einsetzen? Sind die Patienten in der Lage, ihn unter Anleitung angemessen zu bearbeiten?

Kommt es in der Folge zu aversiven Reaktionen?

4 Methode

Im ersten Abschnitt wird die Durchführung der Studie beschrieben und zu Besonderheiten einzelner Items Stellung bezogen. Anschließend werden die Vorarbeiten zur Entwicklung der deutschsprachigen Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) dargestellt und der Test selbst dargestellt. Danach folgt die Beschreibung der weiteren in dieser Studie eingesetzten Fragebögen. Die zur Bestimmung der Testgütekriterien und Testauswertung verwandten statistischen Methoden werden in Abschnitt 4.5. dieses Kapitels erläutert.

4.1 Durchführung

Die deutschsprachige Version des CTQ wurde zusammen mit der deutschsprachigen Version der Impact of Event Scale–Revidierte Fassung (IES-R, Maercker und Schützwohl 1997) an 215 stationäre und ambulante Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB) ausgegeben. Einbezogen wurden die Stationen A1 bis A6 der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I (Schwerpunkt psychotische Störungen), die Stationen A7 bis A9 der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II (Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen, Depression und Angststörungen), die Stationen B1 bis B3 und B5 der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (alkohol- und drogenbezogene Störungen) sowie die jeweils zugehörigen Tageskliniken und die Psychiatrische Institutsambulanz.

Die Fragebögen wurden entweder in Gruppensitzungen oder im Einzelkontakt mit den Patienten durch Mitarbeiter oder die Autorin selbst ausgeteilt. Die Patienten erhielten eine kurze mündliche Instruktion zum Ausfüllen der Fragebögen mit der Bitte diese selbständig auszufüllen und anschließend abzugeben. Es bestand die Möglichkeit, sich für Rückfragen an Mitarbeiter zu wenden. Den Teilnehmern wurde angeboten, das Testergebnis auf Wunsch mit ihren Therapeuten zu besprechen.

Einem Teil der Patienten wurde der Test im Abstand von 1 bis 6 Monaten nochmals während eines stationären Aufenthaltes oder eines ambulanten Kontaktes vorgelegt.

4.2 Vorarbeiten

Nach der Sichtung der internationalen Literatur durch die eigene Arbeitsgruppe erschien der CTQ als das am besten überprüfte Fragebogeninventar zur Erfassung traumatischer Erfahrungen in Kindheit und Jugend. In Absprache mit David Bernstein, Professor für Psychologie wurde die seit 1993 von ihm und L. Fink entwickelte amerikanische Fassung des Childhood Trauma Questionnaire mit 70 Items im Rahmen einer Studie zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen an der Medizinischen Universität Lübeck von M. Driessen, A. Hill und der Autorin ins Deutsche übersetzt. Anschließend erfolgte eine Kontrolle und Rückübersetzung durch eine aus den USA stammende Diplom-Psychologin. Hieraus wurde nach Erscheinen der amerikanischen Kurzfassung des CTQ mit 28 Items die deutsche Version ebenfalls auf diese 28 Items gekürzt. In einer Reihe von Studien bei Borderline-Patienten wurden die deutschen Versionen eingesetzt (Driessen et al. 2000, 2004). Nachdem sich zeigte, dass die Hannoveraner Arbeitsgruppe um U. Gast ebenfalls eine Übersetzung erarbeitet hatte (Gast et al. 2001), wurden die beiden Fassungen (der 28-Itemversion) in einer Konsensuskonferenz unter inhaltlichen Gesichtspunkten angeglichen und von einer muttersprachig amerikanischen Wissenschaftlerin, die nicht in das Projekt involviert war, zurück übersetzt. Diese Version wurde in der vorliegenden Studie überprüft.

4.3 Die deutsche Fassung des Childhood Trauma Questionnaire

Der Childhood Trauma Questionnaire ist ein retrospektives Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von interpersonellen Traumaerfahrungen in Kindheit und Jugend. Es besteht aus 28 Items, die in der deutschen Version jeweils mit der Formulierung „Als ich aufwuchs...“ beginnen (amerikanische Version: „When I was growing up ...“). Die Reihenfolge der Items wurde nicht geändert. Die Antwortmöglichkeiten werden wie in der Originalversion als fünfstufige

Likert-Skala von „überhaupt nicht“, „sehr selten“, „einige Male“, „häufig“ bis „sehr häufig“ vorgegeben.

Besonderheiten und Schwierigkeiten einzelner Items:

Die Items 1 („... hatte ich nicht genug zu essen“) und 10 („... gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte“) besteht das Problem der doppelten Verneinung, wenn die Frage mit „...überhaupt nicht“ beantwortet wird. Die Verneinung der Frage setzt eine gedankliche Umformulierung der Frage-Antwort Kombination z.B. in den Satz „Als ich aufwuchs / In meiner Kindheit hatte ich genug zu essen“ voraus. In den praktischen Vortests zeigte sich, dass einigen Teilnehmern dies nicht gelingt. Um dieses Problem zumindest etwas abzumildern wurden über die Antwortspalte, d.h. einmal pro Seite die Worte „Trifft auf mich zu ...“ eingefügt.

4.4 Weitere Instrumente

Der CTQ wurde ergänzt durch eine einführende Aufklärung über die Studie und die datenschutzrechtliche Verwendung personenbezogener Daten. Eine eigene Einverständniserklärung wurde nicht verlangt, da es sich einerseits um Fragen handelt, die prinzipiell auch bei der klinischen Anamneseerhebung gestellt werden können und das Einverständnis mit der statistischen Auswertung solcher Angaben bereits mit dem Krankenhausaufnahmevertrag gegeben wurden. Zur statistischen Überprüfung der Testgütekriterien des CTQ wurde ein Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Kindern, Schul- und Berufsabschluss sowie der derzeitigen beruflichen Situation der Patienten vorangestellt.

Die von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen angegebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Studie bezogen sich auf die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, Kapitel V von 1993 (ICD-10, Dilling et al. 1993).

Zusätzlich wurde die Impact of Event Scale–Revidierte Fassung (IES-R) ausgegeben. Es handelt sich um ein retrospektives Selbstbeurteilungsinstrument zu traumatischen Erfahrungen und dadurch ausgelösten Reaktionen sowie

aktuellen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die englische Erstversion der Impact of Event Scale wurde 1979 von Wilner und Alvarez veröffentlicht und 1991 und 1994 von Ferring und Filip ins Deutsche übersetzt. Die revidierte Fassung von Weiss und Marmar (1996) umfasste neben den Subskalen zu Intrusionen und zu Vermeidungssymptomen eine zusätzliche Skala zu Symptomen einer posttraumatischen Übererregung (Hyperarousal). Die IES-R erfasst zunächst das Vorliegen eines Traumas entsprechend den Eingangskriterien des DSM (A1 Kriterium: Trauma ja / nein, A2 Kriterium: Von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen geprägte Reaktion in der Situation). In 22 Items werden dann die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfasst, die mittels einer vierfach gestuften Likert-Skala beantwortet werden können („überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“, „oft“). Nach der Untersuchung von Weiss und Marmar (1996) wurden hohe interne Konsistenzen für die Subskalen angegeben (Cronbachs Alpha = .79 bis .92). In einer faktorenanalytischen Untersuchung von Maercker und Schützwohl (1997) fanden sie in einer Stichprobe von 128 politisch Inhaftierten der DDR und an 30 Opfern krimineller Gewalttaten in der Reliabilitätsprüfung eine hohe interne Konsistenz der Subskalen (Cronbach's α = .90 für Intrusion, .71 - .79 für Vermeidung, .90 für Übererregung). In der Test-Retest Reliabilitätsprüfung ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede nach dreimonatigem Intervall und Korrelationen von $r = .80$ für Intrusionen, $r = .66$ für Vermeidung und $r = .79$ für Übererregung. In der varimaxrotierten Faktorenanalyse konnten 4 Faktoren 63,8% der Varianz aufklären. Während die ersten drei Faktoren auf die Subskalen luden, wurde der 4. Faktor durch zwei Vermeidungsitems (Item 7 und Item 13) bestimmt. Zur diagnostischen Sensitivität wurde mittels Regressionsgleichung ein diagnostischer Testwert X ermittelt, der eine Sensitivität der diagnostischen Zuordnung zur Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung von .76 und eine Spezifität von .88 ermöglichte (Maercker und Schützwohl, 1997).

4.5 Statistische Methoden

4.5.1 Datenerfassung und Auswertung

Die von den Patienten ausgefüllten Fragebögen wurden in ein Datenblatt des Programms Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Version 10 für Windows, Bühl und Zöfel 2000) eingegeben und die meisten Analysen (Mittelwert und Medianberechnungen, Kolmogorov–Smirnov Test, Trennschärfebestimmung, Exploratorische Faktorenanalyse, Konsistenzanalyse, Berechnung des Intra–Class–Coefficient, Rangkorrelation nach Spearman, Mann–Whitney U–Test, Varianzanalyse, T–Test, ROC-Analyse) mit dem Programm berechnet. Nur für die Berechnungen der Konfirmatorischen Faktorenanalyse wurde das statistische Programm AMOS 4.0 (Arbuckle und Wothker 1995-1999) herangezogen. Während bei der exploratorischen Faktorenanalyse in einem datengeleiteten Verfahren die Dimensionen, d.h. die latenten Variablen gesucht werden und die Faktorenanzahl erst durch die Analyse bestimmt wird, setzt die konfirmatorische Faktorenanalyse als hypothesenprüfendes Verfahren ein theoretisches Modell voraus und setzt damit a priori fest, welche Variablen eindeutig als Messungen der postulierten Faktoren gelten. Die Faktorenzahl wird somit als hypothetisches Modell à priori festgelegt und die Korrelationen zwischen den Faktoren zugelassen oder nicht zugelassen. Eine Rotation erübrigt sich somit durch die im Modell enthaltenen Beschränkungen. Während in der exploratorischen Faktorenanalyse die Qualität der ausgegebenen Lösung nur deskriptiv beschrieben werden kann, lässt sie sich bei der konfirmatorischen Faktorenlösung schätzen und es lassen sich mehrere Modelle gegeneinander testen (Bortz 1993).

Die folgenden inversen Items wurden entsprechend der amerikanischen Version als umkodierte Werte erfasst (d.h. 5 = 1, 4 = 2 etc.): Items 2, 7, 13, 19, 26 und 28. Bei den Items zur Bagatellisierung/Verleugnung erhielten die markierten Werte 1–4 den Itemscore 0 und der Wert 5 den Itemscore 1.

4.5.2 Verfahren zur Bestimmung der Reliabilität

Die Reliabilität misst den Grad der Genauigkeit, mit dem der Test ein bestimmtes Merkmal misst. Sie kann durch verschiedene Methoden ermittelt werden (Lienert & Raatz, 1998): In dieser Untersuchung wurde die innere Konsistenz berechnet. Sie kann durch die Methoden der Testhalbierung oder der Konsistenzanalyse bestimmt werden. Mit der hier verwandten Konsistenzanalyse wird jedes einzelne Item des Tests als einzelner Test betrachtet, der das gleiche messen soll, wie der gesamte Test bzw. der Untertest. Mit dem errechneten Alpha-Wert nach Cronbach wird die Messpräzision angegeben, die von der Höhe der Interkorrelationen, der Homogenität des Tests und der Anzahl der Items abhängt.

Zur Beurteilung von Gruppendifferenzen sind Tests mit einer Reliabilität von mindestens $r = 0.5$ verwendbar, für die Beurteilung von individuellen Differenzen sollte der Reliabilitätskoeffizient mindestens $r = 0.7$ betragen.

In dieser Arbeit wird die innere Konsistenz für die einzelnen Subskalen des Childhood Trauma Questionnaire mit der Konsistenzanalyse bestimmt und eine Test-Retest Analyse mittels Intraclass Correlation Coefficient (ICC) durchgeführt.

4.5.3 Verfahren zur Bestimmung der Validität

Die Validität oder Gültigkeit als Maß für die Genauigkeit, mit der der Test dasjenige Konstrukt, das er zu messen vorgibt, tatsächlich misst, wird durch die verschiedenen Aspekte der inhaltlichen Validität, der Konstruktvalidität und der kriterienbezogenen Validität bestimmt.

Die inhaltliche Validität des CTQ bezieht sich auf die in der deutschen und internationalen Literatur beschriebenen und auf westeuropäische Lebensverhältnisse ausgerichteten Merkmale traumatischer Kindheitserfahrungen, insbesondere emotionalen, körperlichen und sexuellen Missbrauchs sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung.

Bei der Konstruktvalidierung geht man von einer theoretischen Annahme, dem Konstrukt aus, welche zu Hypothesen führt, die durch den Test empirisch überprüft werden sollen. Die zu errechnenden Korrelationen geben Aufschluss über

den Zusammenhang von theoretischem Konstrukt und Test. In diesem Falle liegt dem CTQ die Annahme zugrunde, dass bestimmte Erlebnisse in der Kindheit als traumatisch erlebt werden und sich auf den CTQ–Subskalen unter den Bezeichnungen Sexueller, Körperlicher, Emotionaler Missbrauch bzw. Körperliche und Emotionale Vernachlässigung abbilden lassen. Die Konstruktvalidität wird hier mit folgenden Verfahren (nach Lienert & Raatz, 1998) überprüft:

Korrelation des Tests mit mehreren Außenkriterien, hier soziodemographischen Daten und klinischen Diagnosen

Korrelation des Tests mit Tests ähnlichen Validitätsanspruchs, hier dem IES-R Faktorenanalyse des zu validierenden Tests zur Bestimmung der Itemkonsistenz und Ladung auf die Subfaktoren, welche dann mit den Subskalen der Originalversion verglichen werden können. Es wird eine Hauptfaktorenanalyse mit Varimax–Rotation durchgeführt.

Die hieraus gewonnene Hypothese der Faktorenstruktur des Tests wird mittels einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse zusammen mit einer weiteren Stichprobe geprüft.

4.6 Stichprobe

4.6.1 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen wurden Probanden und Probandinnen im Alter zwischen 18 und 77 Jahren, die in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB) behandelt wurden. Alle teilnehmenden Patienten sollten subjektiv in der Lage sein, den Fragebogen auszufüllen, über ausreichende Lese– und Schreibfähigkeiten in der deutschen Sprache verfügen und mündlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben. Die Diagnose der Teilnehmer sollte einer der fünf unten genannten Diagnosegruppen nach ICD-10 entsprechen:

F1 Störungen durch psychotrope Substanzen

F2 Schizophrene und wahnhaftige Störungen

F3 Affektive Störungen einschließlich schizoaffektive Störungen (F25)

F4 Neurotische-, Belastungs- und Anpassungsstörungen

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Als Ausschlusskriterien wurden wie in dem Manual zur amerikanischen Originalversion definiert: Derzeit akute psychotische oder manische Symptome, Demenz, eine klinisch bekannte Intelligenzminderung (IQ kleiner als 80) oder eine klinisch deutliche Einschränkung der kognitiven Funktionen aufgrund psychoorganischer Erkrankungen, z.B. Delir.

4.6.2 Stichprobenbeschreibung

Es erklärten sich 215 Patienten und Patientinnen zur Teilnahme an der Studie bereit. Bei 6 Patienten waren die Fragebögen wegen Unvollständigkeit nicht auszuwerten, da unbeantwortete Fragen nicht nacherhoben werden konnten. Bei allen andern konnten fehlende Werte durch Nachfrage ergänzt werden. Somit standen 209 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung. Zusätzlich füllten für die Überprüfung der Test-Retest Reliabilität 38 Patienten der Psychotherapiestationen A7 und A8 nach 1 bis 6 Monaten (Median 6,25 Wochen) erneut die Fragebögen aus.

Es wurden 98 (46,9%) männliche und 111 (53,1 %) weibliche Patienten im Alter zwischen 18 und 77 Jahren (Mittelwert 40,7; Standardfehler 0,8; Median 40 Jahre) befragt. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Altersgruppen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tab.1 Geschlechterverteilung innerhalb der Altersgruppen (Jahre)

	18 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 - 71 Jahre	Gesamt
Männlich	15 (7,2%)	27 (12,9%)	29 (13,9%)	24 (11,5%)	3 (1,4%)	98 (46,9%)
Weiblich	25 (12,0%)	32 (15,3%)	33 (15,8%)	13 (6,2%)	8 (3,8%)	111 (53,1,%)
Gesamt	40 (19,1%)	59 (28,2%)	62 (29,7%)	37 (17,7%)	11 (5,3%)	209 (100%)

In der Gruppe der 18-29 Jährigen und der 60-71 Jährigen überwiegen die weiblichen Patienten, in der Gruppe der 50-59 Jährigen die männlichen Patienten. Die übrigen Gruppen zeigen einen geringeren Unterschied zugunsten der weiblichen Patienten.

84 (40,2%) der Teilnehmer und Teilnehmerinnen lebten allein. 73 Personen (34,9%) lebten in einer festen Partnerschaft oder Ehe, 43 (20,6%) gaben an, geschieden zu sein oder von ihren Partnern getrennt zu leben. Nur 9 (4,3%) waren verwitwet. Die Hälfte der Befragten (n = 104; 49,8 %) hatte Kinder, die andere Hälfte (n = 105; 50,2 %) war kinderlos.

Nur 4 Patienten (1,9%) gaben an, keinen Schulabschluss zu haben, 16 (7,7%) hatten einen Sonderschulabschluss. Die meisten Patienten gaben einen Hauptschulabschluss an (n = 65; 31,1%), gefolgt von der Mittleren Reife (n = 55, 26,3%). Jeweils 15,3% bzw. 17,7% (n= 32, n=37) hatten die Fachoberschulreife oder das Abitur abgeschlossen.

Einen Beruf abgeschlossen hatten insgesamt 157 Patienten (75,1%), davon 126 eine Lehre, 11 zusätzlich eine Meisterprüfung und 20 ein Hochschulstudium. 52 (24,9%) gaben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. Zu ihrer derzeitigen beruflichen Situation befragt gaben 41 (19,6%) an, zurzeit nicht berufstätig zu sein, 30 (14,4%) bezogen eine Rente, 59 (28,2%) waren arbeitslos. Einer Teilzeitbeschäftigung gingen 26 (12,4%) nach, einer Vollzeitbeschäftigung 53 (25,4%). Somit standen insgesamt nur 79 Patienten (37,8%) zur Zeit der Befragung im Berufsleben, 130 (62,2%) gingen aktuell keiner beruflichen Tätigkeit nach.

Alle 209 Patienten erhielten nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen mindestens eine Diagnose nach ICD-10. 69 Patienten (33 %) erhielten 2 Diagnosen zugeordnet und bei 18 Patienten (8,6 %) wurden 3 psychiatrische Diagnosen gestellt.

Tab. 2 Diagnosengruppen innerhalb der Stichprobe (N = 209) und in der Klinik

Diagnosen nach ICD–10	Stichprobe N = 209	Klinik gesamt ¹ N = 2317
F1 Störung durch psychotrope Substanzen	73 (34,9%)	36,4%
F2 Schizophrene und wahnhaftige Störungen	18 (8,6%)	21,6%
F3 Affektive Störungen (inc. schizoaffektiv, F25)	47 (22,5%)	13,3%
F4 Neurotische-, Belastungs-, Anpassungsstörungen	37 (17,7%)	10,4%
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	34 (16,3%)	4,3%
F0 Psychoorganische Störungen	Ausschluss- diagnosen	8,5%
F7 Intelligenzminderung u.a.		5,5%

¹ Personenbezogene Angaben

4.6.3 Repräsentativität

Ausgehend von den Daten der Basisdokumentation der Klinik für das Jahr 2001 konnten die Daten der Stichprobe mit den Angaben zu Alter, Geschlecht, Diagnosen und Stationen aller behandelten Patienten der Klinik verglichen werden.

Das durchschnittliche Alter aller aufgenommenen Patienten und Patientinnen der Klinik betrug den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie 39,6 Jahre (Median) und in der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen 42,3 Jahre (Median). Die Zusammensetzung der Stichprobe mit einem Altersmedian von 40 Jahren entspricht somit annähernd dem Altersdurchschnitt aller Patienten.

In der Gesamtstichprobe der Klinik überwiegen in der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen die männlichen Patienten (72,7%) gegenüber den weiblichen Patienten (27,3%) deutlich, in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie überwiegen die weiblichen Patienten (54,5%) gegenüber den männlichen Patienten (45,5%). Die Geschlechterverteilung ist in dieser Untersuchung insgesamt gering zugunsten der weiblichen Teilnehmerinnen verteilt (männlich 46,9%, weiblich 53,1%). Die Abweichung in dieser Stichprobe ist durch die höhere

Anzahl von Teilnehmerinnen der Psychotherapiestationen mit höherem Anteil weiblicher Patientinnen und einem vergleichsweise niedrigeren Teilnehmeranteil männlicher Patienten der Suchtabteilung erklärbar:

64,1% (n = 134) der Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie einschließlich der Psychotherapiestationen und den dazugehörigen Tageskliniken sowie der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz rekrutiert. Dagegen entfielen auf die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen einschließlich Ambulanz 35,9% (n = 75).

Der Vergleich der personenbezogenen (nicht fallbezogenen) Diagnosenhäufigkeit von Gesamtklinik (stationär) und untersuchter Stichprobe (Tab. 2) ergab eine Überrepräsentation von affektiven und schizoaffektiven Störungen (ICD-10 F3 und F25), neurotischen Störungen (F4) und Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie eine Unterrepräsentation von schizophrenen und wahnhaften Störungen (F2). Dieses letzte Ergebnis ergab sich aus den Einschlusskriterien, da viele akut psychotische Patienten entweder subjektiv und/oder nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen nicht in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen. Ähnliche Erfahrungen wurden auch von Bernstein und Fink berichtet. Patienten mit substanzbezogenen Störungen waren dagegen angemessen repräsentiert.

Mit Einschränkungen repräsentiert die untersuchte Stichprobe also ein ausreichendes Spektrum von Patienten einer Psychiatrischen Versorgungsklinik.

4.6.4 Ergänzende Stichprobe für die confirmatorische Faktorenanalyse

Um die weiter unten erläuterten Probleme durch zu kleine Teilstichproben auszugleichen und die Ergebnisse der confirmatorischen Faktorenanalyse zu überprüfen, wurde die klinische Stichprobe für diesen Analyseschritt durch eine Stichprobe Strafgefangener ergänzt, die durch eine andere Arbeitsgruppe der eigenen Klinik untersucht worden war. Die Stichprobenbeschreibung ist ausführlich publiziert (Driessen, Schröder et al., 2006, in press). Es handelt sich um

139 Insassen der JVA Bielefeld, darunter 78 Männer und 63 Frauen im Alter von 19 bis 68 Jahren ($MW = 34,0$; $SD = 9,8$; Median 33). 2 Probanden, die aus der Analyse der Autoren ausgeschlossen werden mussten, könnten hier mit berücksichtigt werden ($n = 141$). Die Stichprobe erschien m.E. deswegen als Ergänzung geeignet, da 88,2% der Untersuchten eine oder mehrere aktuelle psychische Störungen aufwiesen. In dieser Studie kam die hier vorliegende deutsche Version ebenfalls zum Einsatz.

5 Ergebnisse

5.1 Auswertung von CTQ und IES–R nach Vorgaben der Autoren

Eine vorläufige deskriptive Auswertung der Daten erfolgt zur Übersicht nach den Angaben der Autoren, d.h. für den CTQ nach der 5–Faktorenlösung der amerikanischen Version, für die IES–R nach den Angaben von Märcker und Schützwohl:

Tab.3 Schweregrad der kindlichen Traumatisierung im CTQ (Auswertung nach der amerikanischen Originalversion). N = 209

	Kein (oder minimal)	Niedrig (bis moderat)	Moderat (bis schwer)	Schwer (bis extrem)
EV	48 (23%)	68 (32,5%)	22 (10,5%)	71 (34%)
SM	143 (68,4%)	17 (8,1%)	26 (12,4%)	23 (11%)
KM	138 (66%)	15 (7,2%)	26 (12,4)	30 (14,4%)
KV	84 (40,2%)	44 (21,1%)	46 (22%)	35 (16,7%)
EM	86 (41,1%)	50 (23,9%)	18 (8,6%)	55 (26,3%)

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; KV = Körperliche Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Insgesamt gaben in der vorliegenden Studie 93 (44,5%) der Patienten eine moderaten bis schweren emotionale Vernachlässigung, 49 (23,4%) einen moderaten bis schweren sexuellen Missbrauch, 56 (26,4%) einen moderaten bis schweren körperlichen Missbrauch, 81 (38,7%) eine moderate bis schwere körperliche Vernachlässigung und 73 (34,9%) einen moderaten bis schweren emotionalen Missbrauch in der Kindheit an.

5.2 Itemselektion

5.2.1 Schwierigkeitsindex - Popularitätsindex

Der Schwierigkeitsindex einer Aufgabe ist das Prozentverhältnis der mittleren Punkte-Bewertung der Probanden einer Analysenstichprobe zur maximal möglichen Punkte-Bewertung in dieser Aufgabe. Er differenziert zwischen Pro-

banden, die der Aussage zustimmen und denen, die sie ablehnen. Die Items sollten nach Möglichkeit eine mittlere Popularität aufweisen, da sie in diesem Bereich am besten differenzieren (Klapprott 1975). Für psychologische Tests wird meist der Begriff Popularitätsindex verwendet, da die Fragen nicht im eigentlichen Sinne leicht oder schwer zu beantworten sind, sondern Items mit hohem Popularitätsindex von vielen Probanden bejaht und Items mit niedrigen Werten von vielen abgelehnt werden. Die Berechnung des Schwierigkeitsindex ist für den CTQ nicht sinnvoll. Zum einen ist eine Normalverteilung der Antworten nicht beabsichtigt und nicht zu erwarten, zum anderen ist aus der Itemkonstruktion mit einer intervallskalierten Antwort keine sinnvolle Dichotomisierung abzuleiten. Tabelle 4 zeigt die schiefe Verteilung durch Berechnung des Kolmogorov–Smirnov-Tests. Eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung besteht bei $p < .05$, alle gefundenen Werte liegen bei $p < .001$.

Tab. 4 Anteil der negativen Antworten im CTQ und Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests

Item	% der negativen Antworten ²	Kolmogorov-Smirnov-Z ³
1	72,1%	6,233
2 (R) ¹	74,0%	3,434
3	95,0%	3,896
4	73,2%	6,208
5 (R)	31,0%	2,568
6	80,9%	6,784
7 (R)	39,0%	3,213
8	57,9%	4,933
9	84,2%	7,063
11	60,8%	5,091
12	53,1%	4,464
13 (R)	24,4%	3,398
14	22,0%	2,616
15	67,0%	5,650
17	83,7%	7,050
18	45,9%	3,947
19 (R)	18,2%	2,747
20	75,6%	6,422
21	87,1%	7,266
23	78,9%	6,678
24	76,1%	6,428
25	48,8%	4,303
26 (R)	32,1%	3,306
27	81,8%	6,924
28 (R)	18,7%	2,938

¹Bei den mit (R) gekennzeichneten Items handelt es sich um invertierte Kodierungen (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). ²als negative Antwort gilt die Antwort „überhaupt nicht“. ³alle $p < .001$

5.2.2 Trennschärfe

Die Trennschärfe eines Items ist die Korrelation des Itemwertes einer Frage mit dem Gesamtwert des Fragebogens (oder einer Subskala) eines jeden Probanden und wird durch den Trennschärfekoeffizienten charakterisiert. Dieser drückt aus, ob das einzelne Item etwas Ähnliches misst wie der gesamte Test, bzw. ob das Item zwischen Probanden mit hohem und niedrigem Testrohwert unterscheidet. Der Gesamtskalenwert wird dabei als Summe aller Items berechnet. Die Trennschärfe ist in der Praxis das wichtigste Kriterium zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items (Klapprott 1975).

Sie wurde als Trennschärfeindex T analysiert und auf den CTQ-Gesamtwert (= Summe aller ungewichteten Antworten der Subskalen) bezogen.

Tab. 5 Trennschärfeindex T für die Items des CTQ

Item	Fragentext Als ich aufwuchs ...	T
1	...hatte ich nicht genug zu essen.	0,18
2	...wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	-0,64
3	...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“.	0,71
4	...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	0,52
5	...gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	-0,59
6	...musste ich dreckige Kleidung tragen	0,38
7	...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden	-0,75
8	...glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	0,73
9	...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.	0,46
11	...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	0,62
12	...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	0,52
13	...gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht.	-0,74
14	...sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	0,73
15	Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	0,69
17	...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	0,48
18	...hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	0,74

Fortsetzung Tab.5 Trennschärfeindex T			
Item	Fragentext	Als ich aufwuchs...	T
19	...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.		-0,74
20	...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.		0,54
21	...drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.		0,46
23	...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.		0,51
24	...belästigte mich jemand sexuell.		0,50
25	Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.		0,74
26	...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.		-0,54
27	Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.		0,50
28	...war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.		-0,80

Einzig für das Item 1 lässt sich ein Trennschärfekoeffizient von 0,18 ermitteln, der somit den Grenzwert von $>0,3$ nicht erreicht. Da ein zu niedriger Trennschärfeindex mit einer nicht ausreichenden Faktorladung einhergeht, ist das Item 1 zur Berechnung der Faktorenanalyse auszuschließen. Der niedrige Trennschärfekoeffizient des Item 1 lässt sich als Formulierungsschwäche des Items interpretieren.

Die hier nicht aufgeführten Items 10,16 und 22 gehören zur Bagatellisierungsskala und gehen nicht in die Berechnung des CTQ-Gesamtwertes ein.

5.3 Exploratorische Faktorenanalyse

5.3.1 Ergebnisse der exploratorische Faktorenanalyse

Nachdem durch die Trennschärfenbestimmung das Item 1 aus dem Itempool entfällt, ergibt die Faktorenanalyse mit Varimaxrotation über 24 Items 4 Faktoren mit einem Eigenwert >1 . Die erklärte Gesamtvarianz beträgt 68,64% (Tab. 6).

Tab. 6 Exploratorische Faktorenanalyse, $n = 209$

	Eigenwert	Erklärte Varianz
Faktor 1	10,51	18,6 %
Faktor 2	2,89	18,2 %
Faktor 3	1,87	16,8 %
Faktor 4	1,21	15,1 %

Die einzelnen Items laden wie folgt auf die Faktoren, wobei in dieser Darstellung die Items demjenigen Faktor zugeordnet wurden, für den sie die höchste Faktorenladung aufweisen.

Tab. 7 Faktorladungenanalyse der exploratorischen Faktorenanalyse

Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4	
Item	Ladung	Item	Ladung	Item	Ladung	Item	Ladung
2	.66	20	.90	4	.41	3	.73
5	.74	21	.78	6	.54	8	.54
7	.74	23	.88	9	.76	14	.75
13	.74	24	.90	11	.75	18	.71
19	.76	27	.89	12	.68	25	.70
26	.56			15	.69		
28	.70			17	.80		

Für diese Faktorenlösung ergeben sich keine Faktorenladungen unter 0.4, so dass alle Items für die inhaltliche Auswertung zugelassen werden können.

Der Faktor 1 umfasst nach dieser Lösung die folgenden Items:

Nr. Fragentext: Als ich aufwuchs ...

2. ... wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte. (R)
5. ... gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein. (R)
7. ... hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden. (R)
13. ... gaben meine Familienangehörigen auf einander acht. (R)
19. ... fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah. (R)
26. ... gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte. (R)
28. ... war meine Familie eine Quelle der Kraft und Unterstützung für mich. (R)

Der Faktor 2 umfasst die folgenden Items:

Nr. Fragentext: Als ich aufwuchs ...

20. versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.
21. ... drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.
23. ... versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.
24. ... belästigte mich jemand sexuell.
27. ... ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.

Der Faktor 3 umfasst die Items:

Nr. Fragentext: Als ich aufwuchs ...

4. ... waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.
6. ... musste ich dreckige Kleidung tragen.
9. ... wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.
11. ... schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.
12. ... wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.
15. Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.
17. ... wurde ich so stark geschlagen, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.

Der Faktor 4 umfasst diese Items:

Nr. Fragentext: Als ich aufwuchs ...

3. ... bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“.
8. ... glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre niemals geboren.
14. ... sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.
18. ... hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand aus meiner Familie.
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.

5.3.2 Faktorendeutung und erste Hypothese

Im Vergleich zu den Ergebnissen von Bernstein und Fink, die eine 5 Faktorenlösung verschlugen, verteilt sich der von ihnen als Körperliche Vernachlässigung gekennzeichnete Faktor auf den Faktor 1 (Items 2 und 26) und den Faktor 3 (Items 4 und 6). Abgesehen davon wurde die inhaltliche Deutung der 4 Faktoren unter Berücksichtigung der Vorschläge von Bernstein und Fink ausgewählt. Inhaltlich lässt sich das Konstrukt der körperlichen Vernachlässigung dem Faktor 3 eindeutiger zuordnen als dem Faktor 1.

Die Items des 1. Faktors erfassen inhaltlich das Ausmaß der emotionalen Versorgung. Da es aber in diesem Fragebogen um die Frage des kindlichen Missbrauchs (bzw. Traumatisierung) durch fehlende emotionale Versorgung gehen soll, gehen sämtliche Antworten als invertierte Codierung in die Auswertung ein. Die von Bernstein und Fink vorgeschlagene Bezeichnung des Faktors als „Emotionale Vernachlässigung“ wurde als Erstbezeichnung beibehalten, obwohl es eigentlich um das Fehlen bzw. den Mangel an emotionaler Fürsorge geht.

Aus der explorativen Faktorenanalyse ergibt sich demnach die erste Hypothese: Der CTQ besitzt in der deutschen Übersetzung eine 4-Faktoren Struktur mit den Faktoren/Subskalen:

- Faktor 1 (7 Items) Emotionale Vernachlässigung
(Mangel an emotionaler Fürsorge)
- Faktor 2 (5 Items) Sexueller Missbrauch
- Faktor 3 (7 Items) Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung
- Faktor 4 (5 Items) Emotionaler Missbrauch.

5.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse

5.4.1 Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse

Im nächsten Schritt wird die oben formulierte Hypothese der Faktorenstruktur mit einer konfirmatorischen Faktorenanalyse an der gleichen Stichprobe überprüft. Für eine Stichprobe dieser Größe sind die Indices RMSEA (root means square error of approximation) und TLI (Tucker-Lewis-Index) aussagekräftig, weniger der CHI^2 -Test. Die hier durchgeführte Analyse ergibt mit .081 einen RMSEA-Index, der geringgradig zu hoch ist (optimal $<.08$), während der TLI mit .960 den Ansprüchen genügt ($>.95$, optimal wäre $>.98$). Der CHI^2/df Quotient bleibt wie gefordert mit 2,34 unter 3.0 ($\text{CHI}^2 = 580,1$, $\text{df} = 240$). Insgesamt ergibt sich eine ausreichend gute Abbildung der Faktorenstruktur durch die Hypothese einer 4-Faktoren Lösung für den deutschsprachigen CTQ.

Tab. 8 Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse, N = 209

Zugehörige Items	Faktorladungen	Geschätzte Reliabilität
Faktor 1: Emotionale Vernachlässigung (Mangel an emotionaler Fürsorge)		
Item 2	.66	.44
Item 5	.65	.42
Item 7	.79	.63
Item 13	.83	.68
Item 19	.82	.68
Item 26	.56	.32
Item 28	.84	.71
Faktor 2: Sexueller Missbrauch		
Item 20	.96	.92
Item 21	.75	.56
Item 23	.88	.77
Item 24	.94	.88
Item 27	.88	.78
Faktor 3: Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung		
Item 4	.51	.26
Item 6	.47	.22
Item 9	.65	.42
Item 11	.89	.80
Item 12	.79	.63
Item 15	.90	.82
Item 17	.75	.56
Faktor 4: Emotionaler Missbrauch		
Item 3	.79	.62
Item 8	.78	.61
Item 14	.78	.61
Item 18	.82	.68
Item 25	.76	.58

Zu erwarten wäre, dass sich die Konstrukte Emotionale Vernachlässigung und Emotionaler Missbrauch teilweise überschneiden und auch eine Nähe zu dem Konstrukt Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung besteht, so dass sich in der konfirmatorischen Faktorenanalyse hohe Korrelationen der Subskalen ergeben. Eine genauere Abgrenzung sollte sich für die Subskala Sexueller Missbrauch ergeben.

Tab. 9 Korrelationen zwischen den Faktoren bzw. Subskalen des CTQ, n = 209

	EV	SM	KM + KV	EM
EV	-	.42	.63	.78
SM	.42	-	.43	.49
KV + KM	.63	.43	-	.76
EM	.78	.49	.76	-

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Wie erwartet ist die Subskalenkorrelation zwischen den Subskalen Emotionale Vernachlässigung und Emotionaler Missbrauch mit .78 am höchsten, gefolgt von der Korrelation zwischen Emotionaler Vernachlässigung und der Subskala Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung mit .63; die Subskala Sexueller Missbrauch grenzt sich mit Korrelationswerten von .42 bis .49 am besten ab.

5.4.2 Zweite Hypothese

Als weitere der Literaturdurchsicht entnommene Hypothese wird anschließend geprüft, ob sich Geschlechtsunterschiede in der Faktorenstruktur ergeben. Die Arbeit von Wright et al. (2001) hatte nahegelegt, dass sich in der amerikanischen Version Geschlechterunterschiede bezüglich der Faktorenstruktur darstellen. Sie fanden für die weibliche Stichprobe eine 4-Faktoren Lösung und für die männliche Stichprobe eine 5-Faktoren Lösung. Der Faktor Körperlicher Missbrauch ergab sich nur für die männliche Stichprobe.

Als Hypothese 2 wird daher für die vorliegende Untersuchung angenommen, dass sich auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede für die Ladungen der Items des Faktors 3 darstellen (Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung).

5.4.3 Überprüfung der Hypothesen an einer erweiterten Stichprobe

Da eine geschlechtergetrennte Analyse auch aufgrund der dann relativ kleinen Teilstichproben z.T. unbefriedigende Ergebnisse erbrachte (RMSA $>.09$ für beide Teilstichproben; TLI = $.94$ für die männliche Stichprobe), wurde eine Stichprobenerweiterung auf $n = 350$ (siehe Abschnitt 8.6.4.) vorgenommen. Die Ergebnisse der Konfirmatorischen Faktorenanalyse für die erweiterte Stichprobe zeigt die Tabelle 10.

Tab. 10 Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen für die gesamte erweiterte Stichprobe ($n = 350$) und für die männliche ($n = 174$) und weibliche ($n = 176$) Teilstichprobe getrennt

Zugehörige Items	Faktorladungen		Geschätzte Reliabilität	
	gesamt	m / w	Gesamt	m / w
Faktor 1: Emotionale Vernachlässigung (Mangel an emotionaler Fürsorge)				
Item 2	.63	.59 / .69	.40	.48 / .34
Item 5	.64	.64 / .65	.41	.42 / .41
Item 7	.81	.78 / .84	.65	.70 / .61
Item 13	.82	.81 / .82	.67	.68 / .66
Item 19	.83	.84 / .82	.69	.67 / .71
Item 26	.61	.60 / .62	.37	.39 / .36
Item 28	.85	.85 / .85	.72	.72 / .73
Faktor 2: Sexueller Missbrauch				
Item 20	.96	.91 / .96	.92	.83 / .92
Item 21	.78	.76 / .81	.61	.57 / .65
Item 23	.90	.81 / .93	.80	.66 / .86
Item 24	.95	.94 / .94	.90	.89 / .89
Item 27	.89	.78 / .90	.80	.61 / .82

Zugehörige Items	Faktorladungen		Geschätzte Reliabilität	
	gesamt	m / w	Gesamt	m / w
Faktor 1: Emotionale Vernachlässigung (Mangel an emotionaler Fürsorge)				
Item 2	.63	.59 / .69	.40	.48 / .34
Item 5	.64	.64 / .65	.41	.42 / .41
Item 7	.81	.78 / .84	.65	.70 / .61
Item 13	.82	.81 / .82	.67	.68 / .66
Item 19	.83	.84 / .82	.69	.67 / .71
Item 26	.61	.60 / .62	.37	.39 / .36
Item 28	.85	.85 / .85	.72	.72 / .73
Faktor 2: Sexueller Missbrauch				
Item 20	.96	.91 / .96	.92	.83 / .92
Item 21	.78	.76 / .81	.61	.57 / .65
Item 23	.90	.81 / .93	.80	.66 / .86
Item 24	.95	.94 / .94	.90	.89 / .89
Item 27	.89	.78 / .90	.80	.61 / .82
Faktor 3: Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung				
Item 4	.50	.38 / .60	.25	.14 / .36
Item 6	.42	.32 / .54	.18	.11 / .29
Item 9	.71	.72 / .71	.51	.52 / .50
Item 11	.90	.88 / .90	.81	.78 / .82
Item 12	.79	.76 / .81	.62	.57 / .65
Item 15	.87	.87 / .87	.75	.76 / .76
Item 17	.76	.82 / .72	.58	.68 / .52
Faktor 4: Emotionaler Missbrauch				
Item 3	.72	.61 / .79	.52	.37 / .63
Item 8	.76	.74 / .77	.58	.55 / .59
Item 14	.81	.77 / .83	.66	.60 / .69
Item 18	.84	.86 / .84	.71	.75 / .71
Item 25	.75	.75 / .75	.57	.56 / .56

Die Faktorenladungen der Gesamtstichprobe liegen mit zwei Ausnahmen für alle Items über .6. Item 4 und Item 6 (Faktor 3) erreichen mit .50 und .42 eine niedrigere Ladung. In der geschlechtergetrennten Auswertung zeigt sich, dass dies auf die männliche Stichprobe zurückgeht (.38 und .32), während in der weiblichen Stichprobe höhere Ladungen erreicht werden (.60 und .54).

Tab. 11 Indices der konfirmatorischen Faktorenanalysen

	Gesamt n = 350	Männlich n = 174	Weiblich n = 176	Sollwerte der Indices
RMSEA	.71	.86	.82	< 0,8
TLI	.969	.955	.960	>.95, besser >.98
CHI ²	684,781	567,012	528,803	-
Df	246	246	246	-
CHI ² / df	2,784	2,305	2,150	< 3,0

RMSEA= root mean square error of approximation ; TLI= Tucker-Lewis-Index

Für die Gesamtstichprobe von n = 350 liegen alle Indices der konfirmatorischen Faktorenanalysen in einem zufriedenstellenden Bereich, für die Teilstichproben liegt der RMSEA-Wert gering zu hoch (Tab. 11).

In der erweiterten Stichprobe n = 350 lassen sich folgende Korrelationen der Subskalen ermitteln:

Tab. 12 Korrelationen der Subskalen in der Stichprobe n = 350

	EV	SM	KM / KV	EM
EV	-	.38	.58	.70
SM	.38	-	.42	.48
KV + KM	.58	.42	-	.78
EM	.70	.48	.78	-

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Insgesamt bestätigt sich das Ergebnis der ersten Stichprobe.

Zusammenfassend lässt sich die 4–Faktoren Lösung (Hypothese 1) an der erweiterten Stichprobe sowohl in der Gesamtauswertung als auch für die geschlechtergetrennten Auswertungen bestätigen. Die Hypothese 2 bestätigt sich nur insofern, als in der männlichen Stichprobe zwei Items auf den Faktor Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung nur schwach laden und in der weiblichen Stichprobe etwas höhere Faktorladungen erreicht werden.

5.5 Reliabilität

5.5.1 Interne Konsistenz

Mit der Konsistenzanalyse kann der Homogenitätsindex bestimmt werden. Er ist gewissermaßen ein Maß für die instrumentale Reliabilität und kennzeichnet die Leistungsfähigkeit des Tests (Lienert und Raatz 1994). Man betrachtet jedes Item als einzelnen Test, der das gleiche messen soll wie der Gesamttest bzw. der Untertest. Den errechneten Koeffizienten bezeichnet man nach Cronbach als α -Koeffizienten (Klapprott 1975). Er kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei die negativen Werte testtheoretisch unsinnig sind. Die Höhe von α hängt ab von der Höhe der Interkorrelation, der Homogenität des Tests und der Anzahl der Items und gibt ausschließlich die Messpräzision wieder. Für die Beurteilung von Gruppendifferenzen sind Tests mit einer Reliabilität von $r = .5$ verwendbar, für die Beurteilung individueller Differenzen sollte der Reliabilitätskoeffizient mindestens $r = .7$ betragen (Lienert und Raatz 1994).

Für die ermittelten 4 Subskalen der Stichprobe $N = 209$ ergeben sich folgende Werte (Cronbach's α):

Emotionale Vernachlässigung	.75
Sexueller Missbrauch	.82
Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung	.77
Emotionaler Missbrauch	.76
CTQ Gesamtwert	.82

Mit diesen Ergebnissen bestätigt sich eine gute interne Konsistenz der Subskalen, insbesondere der Subskala Sexueller Missbrauch, sowie des CTQ Ge-

samtwertes. Für die einzelnen Items ergeben sich sehr gute Werte für Cronbach's α (.93 bis .94).

5.5.2 Test –Retest Reliabilität

Zur Berechnung der Test-Retest Reliabilität wurden die Fragebögen an 38 Patienten der Psychotherapiestationen im Abstand von 4 bis 23,5 Wochen (Median 6,25 Wochen) erneut ausgeteilt. Geprüft wird mit der Testwiederholungsmethode die zeitliche Stabilität der Testaussage. Dazu wurde der Intra-class Correlation Coefficient (ICC) als Zusammenhangsmaß berechnet. Er kann theoretische Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen.

Tab.12 Test-Retest Reliabilität des CTQ (n = 38)

	EV	SM	KM + K V	EM	CTQ gesamt
ICC	.58	.76	.73	.81	.77
95%-CI	.33 - .76	.59 - .87	.54 - .85	.67 - 90	.61 - .88

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Die ICC-Werte (Tab. 12) sind relativ hoch für den CTQ Gesamtwert und für die Subskalen Sexueller Missbrauch, Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung und Emotionaler Missbrauch, geringer für die Subskala Emotionale Vernachlässigung. Diese Ergebnisse zeigen eine recht gute Stabilität der Traumaangaben im CTQ über diesen Zeitraum.

5.6 Validitätsüberprüfung

5.6.1 Kriterienbezogene Validität

In der kriterienbezogenen Validität werden die Testergebnisse mit mehreren Außenkriterien, hier Alter, Geschlecht, Diagnosegruppen und Anzahl der Diagnosen verglichen.

Der Zusammenhang zwischen den Merkmalen Alter bzw. Geschlecht und den Subskalen des CTQ wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman berechnet.

Tab. 13 Zusammenhang zwischen CTQ Skalen und Alter (Spearman's r)
N = 209

	EV	SM	KM + K V	EM	CTQ gesamt
R	-.083	-.087	.05	-.26	-.15
P	.23	.21	.43	<.001	.026

r = Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman; EV = Emotionale Vernachlässigung;

SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung

EM = Emotionaler Missbrauch

Es besteht demnach ein mäßiger aber hoch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Alter und der Subskala Emotionaler Missbrauch und ein geringer für die CTQ Gesamtskala.

Die Zusammenhangsanalysen zwischen CTQ Skalen und Geschlecht (Tab. 14) zeigen für alle Subskalen negative Z-Werte im Mann-Whitney U-Test und somit höhere Werte für die Frauen an. Im Gruppenvergleich sind die Subskalenwerte der Frauen für die Skala Sexueller Missbrauch signifikant höher als die der Männer. Für die Subskala Emotionaler Missbrauch ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede.

Tab. 14 Zusammenhang zwischen den CTQ Skalen und Geschlecht (Mann-Whitney U-Test, 2-seitige Signifikanztestung), n = 209

	EV	SM	KM + K V	EM	CTQ gesamt
Männlich					
Median	18	5	9	9	6,81
MW (SD)	18,77 (7,00)	5,86 (2,68)	11,24 (5,48)	10,52 (5,52)	6,39 (16,70)
Weiblich	1				
Median	17	5	8	11	7,43
MW (SD)	9,01 (7,53)	8,40 (5,52)	11,23 (6,29)	12,54 (6,05)	51,18 (21,28)
Z	-0,149	-4,345	-0,529	-2,476	-1,594
P	.881	.000	.554	.013	.111

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Eine Varianzanalyse zwischen den CTQ Subskalen bzw. dem CTQ Gesamtwert und den Hauptdiagnosen ermittelt den Zusammenhang zwischen den CTQ Scores und den Diagnosegruppen

F1 (Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10) mit n = 73,

F2 (Schizophrene und schizoaffektive Erkrankungen nach ICD-10) mit n = 18,

F3 (Affektive Störungen nach ICD-10) mit n = 47,

F4 (Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen nach ICD-10) mit n = 37 und

F6 (Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10) mit n = 34.

Tab.15 Varianzanalyse zwischen CTQ Subskalen und CTQ Gesamtwert und den Hauptdiagnosen, N = 209

	EV	SM	KM + KV	EM	CTQ gesamt
MW (SD)	18,89 (7,27)	7,21 (4,59)	11,24 (5,91)	11,59 (5,88)	48,93(19,37)
F1	18,53	6,36	11,93	10,41	47,23
F2	18,72	6,56	10,50	10,44	46,22
F3	17,38	7,02	9,72	9,91	44,04
F4	18,95	7,81	10,59	12,38	49,73
F6	21,79	8,97	12,94	16,21*)	59,91 ^{*)}
Df	4	4	4	4	4
F	1,941	2,198	1,944	8,283	3,933
P	.105	.070	.105	.000	.004

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade, F = F –Wert, p = Wahrscheinlichkeit, EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

*) Im post hoc Scheffé - Test signifikante Unterschiede für EM zwischen den Gruppen F1 < F6 (p<.001), F2 < F6 (p=.014), F3 < F6 (p<.001); für den CTQ Gesamtwert: F1 < F6 (p=.036), F3 < F6 (p=.009).

Somit wird deutlich, dass zwischen den Diagnosegruppen und dem CTQ Gesamtwert sowie den Subskalen Sexueller Missbrauch und Emotionaler Missbrauch ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Bezüglich der Anzahl der Diagnosen 1 (eine Diagnose, n = 140), 2 (zwei Diagnosen, n = 51) und 3 (drei Diagnosen, n = 18) führt die Varianzanalyse zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 16 Varianzanalyse der CTQ Subskalen und des CTQ Gesamtwertes und der Anzahl der Diagnosen, n = 209

	EV	SM	KM + KV	EM	CTQ gesamt
MW	18,89	7,21	11,24	11,59	48,93
(SD)	(7,27)	(4,59)	(5,91)	(5,88)	(19,37)
Df	2	2	2	2	2
F	1,059	0,326	0,321	3,164	1,866
P	.349	.040	.726	.044	.157

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade, F = F – Wert, p = Wahrscheinlichkeit

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Zwischen der Anzahl komorbider Diagnosen und den Subskalen Sexueller und Emotionaler Missbrauch besteht demnach ein signifikanter Zusammenhang.

5.6.2 Konvergente und diskriminante Validität

Zur Prüfung der Konstruktvalidität soll der theoretisch erwartete Zusammenhang mit Messungen anderer Messinstrumente, hier des IES–R, berechnet werden. Dabei misst die konvergente Validität den zu erwartenden Zusammenhang mit Indikatoren, die das gleiche Konstrukt messen, die diskriminante Validität wird bestimmt über den Zusammenhang mit Indikatoren des anderen Messinstrumentes, die davon abweichende Konstrukte messen.

Die folgende Analyse (t–Test) zeigt das Ausmaß der konvergenten Validität für die Subskalen Sexueller Missbrauch und Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung, die im IES–R ebenfalls abgefragt werden, und das Ausmaß der diskriminanten Validität bezüglich der Subskalen Emotionale Vernachlässigung und Emotionaler Missbrauch, die im IES–R nicht erfragt werden.

Die ersten beiden Items des IES–R beschreiben zusammen das A-Kriterium für ein Trauma nach DSM IV und werden jeweils mit Ja oder Nein beantwortet. 125 Patienten gaben an, in ihrem bisherigen Leben ein Trauma nach diesem Krite-

rium erlebt zu haben (davon bei n = 3 nur Angabe des Traumaereignisses (Kriterium A1) ohne Angabe der Reaktion mit Furcht und Ohnmacht (Kriterium A2)), 84 Patienten gaben kein solches Erlebnis an.

Tab.17 Konvergente und divergente Validität : Traumakriterium im IES–R und CTQ Ergebnisse, n = 209, MW (SD)

	EV	SM	KM + KV	EM	CTQ Gesamt
Kriterium erfüllt	19,45 (7,67)	8,25 (5,40)	12,44 (6,84)	12,90 (6,84)	53,04 (21,94)
Kriterium nicht erfüllt	18,07 (6,60)	5,65 (2,27)	9,45 (3,50)	9,64 (4,47)	42,82 (12,57)
Df	207	207	207	207	207
Sig. (2-seitig)	.180	.000	.000	.000	.000
Mittlere Differenz (SdF)	1,38 (1,02)	2,59 (0,62)	2,99 (0,81)	3,26 (0,80)	10,22 (2,65)
95% - Konfidenzintervall	-,64 - 3,40	1,36 - 3,82	1,39 - 1,68	4,58 - 4,84	5,00 - 15,44

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Der t–Test zeigt, dass die Ergebnisse der CTQ Subskalen außer der Subskala Emotionale Vernachlässigung eine signifikante Unterscheidung hinsichtlich des im IES–R angegebenen Traumakriteriums erlauben. Hiermit bestätigt sich m.E. die konvergente Validität des CTQ im Vergleich mit dem IES–R und die diskriminante Validität bezüglich der Subskala Emotionale Vernachlässigung. Die Subskala Emotionaler Missbrauch ist zu den Ergebnissen des IES–R nicht diskriminant sondern konvergent.

5.7 Sensitivität und Spezifität

Die Sensitivität eines Tests gibt Auskunft über die Anzahl der falsch positiv zugeordneten Fälle, die Spezifität über die falsch negativ zugeordneten Fälle und wird in Prozentzahlen angegeben. Eine ROC-Analyse lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht durchführen, da der CTQ und die IES-R keine ausreichende Vergleichbarkeit der zugrunde liegenden Traumadefinitionen erlauben.

5.8 Deskriptive Statistik

Für die Auswertung des CTQ in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Stichprobe ($n = 209$) wurden die Subskalen nach der oben beschriebenen 4-Faktoren Lösung berechnet. In der amerikanischen Originalversion wurde zwar für die 70-Item Version des CTQ eine Berechnung des Gesamtscores beschrieben, diese fand aber in den Arbeiten zur Validierung der 28-Item Version keine Erwähnung mehr. Da viele der oben genannten Studien für die 28-Item Version einen CTQ Gesamtwert angeben, ist dieser auch hier aus den ungewichteten Subskalen-Scores addiert worden und in Tabelle 20 wiedergegeben.

5.8.1 Ergebnisse der Auswertung des CTQ

Die Mittelwerte der Subskalen und des Gesamtwertes des CTQ, der Median und die niedrigsten sowie die höchsten erzielten Werte sind der Tabelle zu entnehmen:

Tab. 20 Ergebnisse der Auswertung des CTQ, $n = 209$

N = 209	EV	SM	KM / KV	EM	CTQ Gesamtwert
MW (SD)	18,89 (7,27)	7,21 (4,59)	11,24 (5,91)	11,59 (5,88)	48,93 (19,37)
Median	18	5	9	10	43
Minimum	7	5	7	5	24
Maximum	35	25	35	25	120

EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM + KV = Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

6 Diskussion

6.1 Methodendiskussion

Der Aufbau der Arbeit folgt der klassischen Testanalyse wie sie auch in den statistischen Lehrbüchern gefordert wird. Die Stichprobengröße erschien zur Berechnung der Testgütekriterien zunächst ausreichend, für eine geschlechtsbezogenen Auswertung aber zu gering, so dass für die Überprüfung der Hypothese eine erweiterte Stichprobe herangezogen wurde, die auch eine geschlechtsbezogenen Auswertung ermöglichte. Bezüglich der Ergebnisse der Konfirmatorischen Faktorenanalyse war zu erwarten, dass sich die Indices in einer größeren Stichprobe verbessern würden, so dass die bereits in der eigenen Stichprobe erzielten Indices eher eine Unterbewertung des Tests darstellen. Andererseits ist kritisch einzuwenden, dass die der Erweiterung dienende Stichprobe aus inhaftierten Personen bestand, die nicht mit einer psychiatrischen Klinikpopulation gleichzusetzen ist. Da die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Stichprobe nach sorgfältiger standardisierter Diagnostik aber bei ca. 90% lag, schien das Vorgehen m.E. gerechtfertigt (Driessen et al., 2006 im Druck).

Da im deutschsprachigen Raum keine vergleichbaren standardisierten Messinstrumente für die retrospektive Erfassung psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend existieren, bleibt die Bestimmung der konvergenten und diskriminanten Validität kritisch zu bewerten. Die in der Impact of Event Scale (IES-R) erfragten Traumaarten bilden die im CTQ erfragten Erlebnisse nicht in gleicher Weise ab. Zum Beispiel fragt der IES-R nicht nach emotionalem Missbrauch, der CTQ dagegen nicht nach Zeugenschaft von Gewalt oder Unfällen. Eine optimalere Vergleichbarkeit ließe sich nur über ein Interview zu Kindheits-traumata herstellen. Auch hierzu gibt es derzeit kein deutschsprachiges validiertes klinisches Interview, welches die im CTQ erfragten Ereignisse abbildet. Im Strukturierten Klinischen Interview (SKID I) wird im Abschnitt zur Posttraumatischen Belastungsstörung zwar nach Traumata gefragt, diese beziehen sich aber zum einen wie im IES-R auf die gesamte Lebensspanne, zum anderen wird z.B. emotionaler Missbrauch ebenfalls nicht erfasst. Andere semistruktu-

rierte Interviews, wie z.B. die von Brunner und Parzer verwandte eigene Trauma-Checkliste, sind nicht publiziert und nicht validiert (Brunner und Parzer, 2001; Parzer, eigene Mitteilung 2001). Die Entwicklung eines zu den erfragten Traumaarten des CTQ passenden Interviews oder die Übersetzung und Validierung des Trauma Childhood Interviews von Fink et al. wären wünschenswert und könnte Aufgabe einer weiteren Studie sein. Da sich auch Interviewdaten nur schwer validieren lassen wäre eine Korrelation mit objektiven Daten, wie z.B. Gerichtsakten optimal, wie dies in Amerika anhand der Daten des US National Center for Child Abuse and Neglect teilweise möglich war.

Trotzdem erschien uns der IES-R geeignet, da er ein gut validiertes Testinstrument ist und in Deutschland bereits in vielen klinischen Studien eingesetzt wurde. Auch die einfache Handhabung des Tests sprach für seine Verwendung in unserer Stichprobe von Probanden mit meist erheblichen psychischen Störungen. Aus dem Fehlen von passenden Vergleichsinstrumenten und den erwähnten Einschränkungen des IES-R ergibt sich, dass die von uns berechnete ROC-Analyse zur Ermittlung von Sensitivität und Spezifität des CTQ keine verwertbaren Ergebnisse erbringen konnte und somit Aussagen hierzu und zu Cut-off Werten nicht getroffen werden können.

Bezüglich der Inhaltlichen Validität bildet der CTQ mit seiner umfangreichen Erhebung von Daten zu sexuellem, emotionalem und körperlichem Missbrauch sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung diese wichtigen Traumakonstrukte gut ab. Er fragt aber nicht nach Zeugenschaft von Gewalt, häuslicher Gewalt und Erlebnissen schwerer Unfälle oder körperlicher Erkrankungen, die in der Literatur ebenfalls als Ereignisse gewertet werden, die mit traumatischem Stress einhergehen. Eine derartige Erweiterung des CTQ ist wünschenswert.

6.2 Ergebnisdiskussion

Insgesamt haben sich die Testgütekriterien einer deutschen Version des CTQ in einer klinisch-psychiatrischen Population recht eindrucksvoll bestätigen lassen. Nachdem sich - wie bei der Thematik des Tests zu erwarten war - eine schiefe Verteilung der Daten auf Itemebene bestätigte, erübrigte sich die Bestimmung des Schwierigkeitsindex. Lediglich das Item 1 („als ich aufwuchs

hatte ich nicht genug zu essen“) erreichte in der Trennschärfebestimmung den geforderten Grenzwert von $>0,3$ nicht, alle anderen Items konnten für die Faktorenanalyse verwendet werden. Hierbei liegt neben einer Formulierungsschwäche des Item 1 (mit doppelter Verneinung bereits in der amerikanischen Originalfassung) in der deutschen Übersetzung eine unklare Zuordnung zu einem der Faktoren vor. Auch in dem Manual von Bernstein und Fink zu den amerikanischen Validierungsstudien der 28-Item Version erreichte das Item 1 mit .41, .44 und .57 nur geringe Faktorladungen. Hintergrund dieser Befunde könnte neben der Formulierungsschwäche auch der Umstand sein, dass der Inhalt (keine ausreichende Nahrung) in Deutschland ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts selten auf eine Person zugetroffen hat. Da der CTQ aber international einsetzbar sein soll und vermutlich künftig auch in ärmeren Ländern eingesetzt werden wird, sollte das Item der besseren Vergleichbarkeit halber im Test erhalten bleiben, wenn auch besser formuliert.

Sowohl in der Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation als auch in der konfirmatorischen Faktorenanalyse stellte sich eine stabile 4–Faktoren Lösung dar, die sich ebenso an der erweiterten Stichprobe nachvollziehen ließ. Mit einer Aufklärung der Gesamtvarianz von 68,64% ist diese Faktorenstruktur sehr gut, die Studien von Bernstein und Fink 1994 und die Studie von Bernstein, Ahluwalia et al. 1997 beschreiben eine Varianzaufklärung von 47,6% bzw. 55%, die von Scher von 55,1%. Alle Einzelfaktorenladungen der Items erreichten $> 0,4$, mit 0,9 z.T. deutlich darüber.

Insgesamt bietet diese Lösung eine ausgeglichene Itemverteilung auf 4 Subskalen mit 5 bzw. 7 Items. Im Vergleich zur amerikanischen Originalversion verteilte sich der dort als „Körperliche Vernachlässigung“ bezeichnete Faktor mit seinen verbliebenen 4 Items auf die Faktoren Emotionale Vernachlässigung und Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung.

Dabei wird deutlich, dass sich die Einzelitems im deutschsprachigen Kontext recht nachvollziehbar in diese Faktoren einfügen. Das Item 2 („Als ich aufwuchs wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte“) ist ebenso wie das Item 26 (Als ich aufwuchs gab es jemanden, der mich zum Arzt brach-

te, wenn ich es brauchte“) invers formuliert und passt damit zu den ebenfalls inversen Formulierungen der anderen Items des 1. Faktors. Er ist inhaltlich am ehesten als Beschreibung des Mangels an emotionaler Fürsorge verstehbar. Zu bedenken ist, dass es möglich ist die Formulierung des Items 2 im Deutschen ebenso auf eine körperliche wie auf eine emotionale Versorgung zu beziehen. Das Item 26 wird wahrscheinlich auch durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme des amerikanischen bzw. deutschen Kulturkreises mitbestimmt. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist in den USA weit mehr von der ökonomischen Situation der Familie abhängig als in Deutschland, wo durch die gesetzliche Krankenversicherung der zumindest prinzipiell unbegrenzte Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ermöglicht wird. Die Items 4 und 6 laden auf den Faktor 3: Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung. Sie waren mit Faktorladungen $< .6$ auffällig (.50 und .42), was ich auf die männliche Teilstichprobe (.38 und .32) zurückführen konnte. Die niedrigsten Faktorladungen mit $< .6$ wurden auch in dem Manual von Bernstein und Fink neben dem Item 1 für die Items 4 und 6 festgestellt (Item 4: .42, .49 und .58; Item 6: .61, .58 und .45). Hier bleibt zu diskutieren, ob sich das Konstrukt der körperlichen Vernachlässigung geschlechtsspezifisch unterscheidet.

Auch in 4 von 8 Studien (Bernstein 1994, 70-Item Version; Bernstein und Fink 1994, 70-Item Version; Rosen und Martin 1996, 30-Item Version und Wright 2001 für die weibliche Stichprobe, 28-Item Version) wurde eine 4-Faktoren Lösung favorisiert. Hierbei bildete sich aus den Items zum Emotionalen Missbrauch und zum Körperlichen Missbrauch ein gemeinsamer Faktor, bei Wright et al. entfiel der Faktor Körperlicher Missbrauch für die weibliche Teilstichprobe. In der Bevölkerungsstudie von Scher (Scher 2001) ergab sich zunächst eine 4-Faktoren Lösung in der exploratorischen Faktorenanalyse ($n = 257$). Auf der Datenbasis der größeren Stichprobe ($n = 1007$) wurde in der Konfirmatorischen Faktorenanalyse aber eine 5-Faktoren Lösung favorisiert. Hier diskutieren die Autoren beide Lösungen gegenüber einer nicht interkorrelierenden 5-Faktoren Lösung und entscheiden sich schließlich für eine interkorrelierende 5-Faktoren Lösung. Die Fit-Indices der gerechneten Modelle lagen dicht beieinander (z.B. 4 Faktoren: $\chi^2/df = 1,41$, RMSEA = .06; 5 Faktoren interkorreliert: $\chi^2/df =$

1.22, RMSEA = .05; 5 Faktoren nicht interkorreliert: $\chi^2/df = 1.26$, RMSEA = .05). Die Korrelationen lagen zwischen .48 und .89, die Interne Konsistenz für die Subskalen war ausreichend (Cronbach's α .58 - .94).

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ihrer exploratorischen Faktorenanalyse berichteten Bernstein und Ahluvalia (1997) in ihrer Studie an 398 stationär behandelten Jugendlichen. Die Faktoren des CTQ wurden mit einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation berechnet. Dabei wurden die 4-5- und 6-Faktoren Lösung getrennt untersucht. In der 4-Faktoren Lösung luden die Items für körperlichen und emotionalen Missbrauch hoch auf einen einzigen großen Faktor, während sich in der 6-Faktoren Lösung die Items zur körperlichen Vernachlässigung auf zwei kleine Faktoren aufteilten. Die 5-Faktoren Lösung wurde wegen ihrer evidenten inhaltlichen Validität ausgewählt, die 55% der Varianz aufklärte und deren Faktoren als Emotionaler, Körperlicher und Sexueller Missbrauch und Emotionale und Körperliche Vernachlässigung bezeichnet wurden. Es konnte eine hohe interne Konsistenz der Faktoren sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in Teilstichproben (Geschlecht, Alter) ermittelt werden. Die Korrelationen zwischen den 5 Faktoren betragen zwischen $r = .34$ bis $r = .75$ mit einem Median von $r = .51$.

Tab. 21 Studien zur Faktorenstruktur des CTQ

Studie	N	Itemzahl	Anzahl der Faktoren	Faktorbezeichnung	Aufgeklärte Varianz
Bernstein u. Fink 1993	152	70	4 Faktoren	KM+EM, EV, KV, SM	Nicht angegeben
Bernstein und Fink 1994	286	70 (60)	4 Faktoren	KM+EM, EV, SM, KV	47,6%
Bernstein, Ahluvalia et al. 1997	398	70 (50)	5 Faktoren	EM, KM, SM, EV, KV	55,1%
Rosen und Martin 1996	1365	30	4 Faktoren	EV, KM+EM, SM, KV	Nicht angegeben
Bernstein (Manual) 1998	2201	70 – 28 (versch. Studien)	5 Faktoren	EV, EM, SM, KM, KV	Nicht angegeben
Scher et al. 2001	257 (EF) 1007 (KF)	28	(EF) = 4 Faktoren (KF) = 5 Faktoren	(EF) = EM, EV+KV, SM, KM (KF) = EV, SM, KM, KV, EM	55,1% (EF)
Wright et al. 2001	636 (w) 280 (m)	28	1) Frauen = 4 Faktoren 2) Männer = 5 Faktoren	EM, SM, EV, KV EM, KM, SM, EV, KV	Nicht angegeben
Eigene Studie	304	28	4 Faktoren	EV, SM, KM+KV, EM	68,64%

EF = Exploratorische Faktorenanalyse; KF = Konfirmatorische Faktorenanalyse; EV = Emotionale Vernachlässigung; SM = Sexueller Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; KV = Körperliche Vernachlässigung; EM = Emotionaler Missbrauch

Die Korrelationen der einzelnen Subskalen sind in der vorliegenden Untersuchung erwartungsgemäß hoch, da sich traumatische Erlebnisse häufig aus mehreren Komponenten, z.B. Beschimpfungen und Schlägen, zusammensetzen und im Rahmen einer gestörten familiären Interaktion stattfinden, die meist mehrere Verhaltensbereiche umfasst. Die höchsten Korrelationen fanden sich für die Skalen Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung mit Emotionalen Missbrauch (Gesamtstichprobe, Konfirm. Faktorenanalyse: .78), die geringste Korrelation für die Skala Sexueller Missbrauch mit den drei anderen Skalen (Gesamtstichprobe, Konfirm. Faktorenanalyse: SM/EV .38; SM/KM+KV .42; SM/EM .48). Dieses erscheint nachvollziehbar, da im Kontext familiärer körperlicher Gewalt häufig zeitgleich verbale Beschimpfungen, Entwertungen und Herabsetzungen zu erwarten sind. Ein sexueller Missbrauch findet dagegen häufiger im Kontext von Heimlichkeit, Schweigegeboten, Umdeutung als vermeintliche „Liebesbeweise“ und Isolation des Opfers bei nach außen hin möglicherweise unauffälligem familiärem Umgang statt. Die zum Beispiel in der Literatur zur Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutierte ätiologische Kombination aus traumatischen Erlebnissen in der Kindheit (z.B. körperlicher oder sexueller Missbrauch) und einem nonvalidierenden Umfeld (Linehan, 1996) könnte sich neben den Skalen zum körperlichen oder sexuellen Missbrauch sowohl auf die Skala Emotionale Vernachlässigung als auch auf die Skala Emotionaler Missbrauch beziehen. Es bleibt abzuwarten, ob sich in weiteren Studien durch ein genaueres Bild der Traumakombinationen Rückschlüsse auf erhöhte Odds ratios für bestimmte psychische Störungen finden lassen. Insgesamt bestätigt sich mit den Ergebnissen der Faktorenanalysen die Konstruktvalidität der deutschen Fassung des CTQ.

Die Interne Konsistenz der Subskalen lässt sich als gut bewerten (Cronbach's $\alpha = .75 - .82$) und liegt in dem Bereich der in den vorangegangenen Studien erzielten Werte (Bernstein 1994 $\alpha = .79-.94$; Bernstein 1997 $\alpha = .81-.95$, Bernstein Manual 1998 $\alpha = .60-.95$). Damit zeigt sich der Test auch bei psychisch Kranken recht stabil. Nach den vorliegenden Ergebnissen ist zu erwarten, dass sich diese Stabilität auch über mehrere Stichproben hinweg in der deutschen

Übersetzung ebenso findet wie bei der amerikanischen Version. Weitere Studien zur Stabilität des Fragebogens in diversen Stichproben sind bereits begonnen worden und werden in Zusammenarbeit mit unserer Arbeitsgruppe ausgewertet werden (Reinhold, 2006 unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologische Fakultät der Universität Bielefeld).

Die Reliabilitätsprüfung ergab im Test–Retest Vergleich zufrieden stellende Ergebnisse (ICC = .58 - .81, N= 38, Median = 6,25 Wochen). Die in der Literatur genannte Stichprobe von 40 Probanden eines Methadonprogramms (ICC = .79 - .81, N = 40, Median = 3,6 Monate (SD 1,0) zeichnete sich im Gegensatz zur vorliegenden Reteststichprobe durch eine höhere Homogenität der klinischen Diagnosen aus. Möglicherweise war durch das ambulante Setting ein längerer Beobachtungszeitraum möglich als in unserem zeitlich begrenzten stationären Setting. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für über mehrere Wochen relativ konstante Angaben von frühen Traumatisierungen im CTQ.

Der Vergleich mit der Impact of Event Scale-Revidierte Fassung zeigt, dass die konvergente Validität mit diesem ebenfalls nach Traumatisierungen fragenden Instrument theoretisch am ehesten auf die Subskalen Sexueller Missbrauch und Körperlicher Missbrauch sowie den CTQ Gesamtwert bezogen werden kann. Eine diskriminante Validität lässt sich wie zu erwarten für die Subskala Emotionale Vernachlässigung erheben ($p = .180$). Die Subskala Emotionaler Missbrauch ist zur Bestimmung der diskriminanten Validität nicht geeignet, obwohl dieses Traumakonstrukt im IES–R nicht explizit erfragt wird, da die Korrelation mit der Subskala Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung sehr hoch ist (Konfirmatorische Faktorenanalyse .78). Die Gründe hierfür wurden bereits erörtert.

Für die Kriterienorientierte Validität wurde neben der Faktorenanalyse der Zusammenhang der Ergebnisse mit dem Alter, dem Geschlecht, den Hauptdiagnosen und der Anzahl der Diagnosen der Patienten ermittelt. In der Literatur ist eine höhere Lebenszeitprävalenz insbesondere des sexuellen Missbrauch bei Frauen bekannt, insbesondere bei Frauen mit psychischen Störungen.

Dieses lässt sich im statistischen Vergleich der vorliegenden Stichprobe bestätigen ($z = -4,345$, $p = .000$). Zudem gaben signifikant mehr Frauen einen emotionalen Missbrauch an ($z = -2,476$, $p = .013$). Da es in der Literatur zum emotionalen Missbrauch kaum vergleichbare Daten gibt, lässt sich dieses Ergebnis bisher nur mit den Daten von Bernstein und Fink vergleichen, die für stationär psychiatrisch behandelte Patienten ($N = 398$) in dieser Subskala ebenfalls erhöhte Werte der weiblichen Teilstichprobe ergaben. Das Alter korrelierte in der vorliegenden Untersuchung mäßig negativ mit der Subskala Emotionaler Missbrauch ($r = -.26$, $p = .000$). Vergleichbare Angaben fehlen in der amerikanischen Literatur.

Sensitivität und Spezifität lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht ausreichend bestimmen, so dass eine Vergleichsstudie mit einem Interview wünschenswert wäre. Leider liegt zurzeit in deutscher Sprache kein evaluiertes Interview vor, das die Traumakonstrukte Emotionaler Missbrauch und Emotionale Vernachlässigung ausreichend abbildet. Wie in den amerikanischen Vergleichsstudien könnte eine Übersetzung des Childhood Trauma Interviews von Fink (Fink 1994) hierzu hilfreich sein. In der Vergleichsstudie von Bernstein und Fink (CTQ versus Childhood Trauma Interview, CTI) waren die CTQ Subskalen Sexueller Missbrauch, Körperlicher und Emotionaler Missbrauch signifikant mit dem CTI Rating für körperlichen und für sexuellen Missbrauch korreliert. In der multiplen Regressionsanalyse klärten zwei Sets der CTI Vorhersagevariablen (Set A: Schwere und Häufigkeit körperlichen und sexuellen Missbrauchs, Set B: Interaktion zwischen diesen Dimensionen) 26% der Varianz der CTQ-Subskala Körperlicher und Emotionaler Missbrauch ($r = 0.51$; $F = 7.57$; $df = 3, 4$, $p < 0.001$) und 48% der Varianz der CTQ Subskala Sexueller Missbrauch ($R = 0.70$; $F = 21.21$; $df = 3, 64$, $p < 0.001$) auf. Sowohl der Haupteffekt des CTI Schwere- und Häufigkeitsratings (R^2 Veränderung für Set A) als auch die Interaktion von Schwere und Häufigkeit (R^2 Veränderung für Set B) bestimmte einen signifikanten Anteil der Varianz der CTQ-Subskalen Körperlicher und Emotionaler Missbrauch und Sexueller Missbrauch. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Antworten der Patienten im CTQ auf der Interaktion zwischen der Schwere- und Häufigkeitsdimension basieren (Bernstein und Fink, 1994).

Die bisherigen Studien belegten in der Stichprobe an 190 jugendlicher Psychiatriepatienten (Bernstein, Ahluvalia et al. 1997) eine gute Korrelation der CTQ Ergebnisse mit Therapeutenratings, woraus eine Zuordnung der Subskalenwerte zum Schweregrad der Traumatisierung erfolgen und Cutoff–Werte in der ROC–Analyse ermittelt werden konnten. Die angegebenen Werte der amerikanischen Originalversion für eine 5–Faktoren Lösung sind im Anhang aufgeführt und können zunächst für die Auswertung des CTQ herangezogen werden, bis weitere Studien diese Berechnung auch für die deutsche Version ermöglichen.

In der vorliegenden Studie wurde für die Schweregradberechnung auf die amerikanische Einteilung zurückgegriffen. Die Patienten zeigten demnach hohe Prävalenzraten für die Gruppe moderater bis schwerer Traumatisierungen in der Kindheit an: Emotionale Vernachlässigung 44,5%, Sexueller Missbrauch 23,4%, Körperlicher Missbrauch 26,4%, Körperliche Vernachlässigung 38,7%, Emotionaler Missbrauch 34,4%.

Die Daten der deskriptiven Statistik zeigen, dass die Lifetime–Prävalenz für Traumaerfahrungen in unserer Stichprobe mit 59,8% auch in der IES–R sehr hoch ist. Die Angaben zu Traumaerlebnissen in der Kindheit mit hohen CTQ Subskalenwerten besonders in den Subskalen Emotionale Vernachlässigung (MW 18,89), Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung (MW 11,24) und Emotionaler Missbrauch (MW 11,59) sowie des CTQ Gesamtwertes (MW 48,93) unterstreichen eindrücklich die Häufigkeit bzw. Schwere solcher Erlebnisse in einer Stichprobe von psychiatrisch stationär behandlungsbedürftigen Menschen. Es bleibt auch in der Literatur noch offen, welche Wertigkeit Traumaerlebnisse für die Ätiologie und die Ausprägung psychischer Störungen haben. Der CTQ könnte als Screeninginstrument einen Beitrag zur Erfassung traumabezogener Daten leisten und zur weiteren Befragung zu diesem Thema hinleiten. Das klinische Interview kann und sollte durch den Test allerdings nicht ersetzt werden.

Die Einsetzbarkeit des CTQ bei psychiatrisch stationär oder teilstationär behandelten Patienten hat sich eindrücklich erwiesen. Die Patienten füllten den Test selbständig aus, fehlende Angaben konnten durch einfache Nachfrage bei den

Patienten problemlos von mir ergänzt werden. Eine übermäßige Belastung durch die Befragung wurde von den Teilnehmern der Studie oder den behandelnden Ärzten nicht rückgemeldet. Wie Walker et al. (1997) und Newman et al. (1999) berichteten, können Patienten die Belastungen durch eine solche Befragung gut antizipieren und schätzen den Nutzen höher ein als die Belastung. Auch in der Studie von Kendler et al. (2000), in der die Probanden die Erhebungsmethode wählen konnten, entschieden sich mehr Befragte für einen Fragebogen zu traumatischen Kindheitserlebnissen als für ein persönliches oder telefonisches Interview (persönliches Interview $n = 108$, Telefoninterview $n = 229$, Fragebogen $n = 1000$). Offenbar schätzen die meisten Personen standardisierte Selbststratinginstrumente mit Ankreuzverfahren bei diesem schwierigen Thema als weniger belastend ein.

7 Zusammenfassung

Hintergrund: Die Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren auch in Deutschland einen erheblichen Aufschwung in Forschung und Klinik genommen. Dennoch fehlt es noch erheblich an Wissen über die Folgen traumatischen Stresses in Kindheit und Jugend. Im deutschsprachigen Sprachraum existiert z.Zt. kein auf Reliabilität und Validität geprüftes Instrument zur Erfassung dieser frühen Traumatisierungen, das als Screeningverfahren auch im klinischen Bereich breit einsetzbar ist.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine deutsche Version des 28 Items umfassenden Childhood Trauma Questionnaire von Bernstein und Fink zu erstellen und an einer gemischten klinischen Stichprobe psychisch Kranker in (teil)stationärer Behandlung empirisch zu überprüfen. Neben der praktischen Anwendbarkeit sollte überprüft werden, ob sich eine Faktorenstruktur mit vier oder mit fünf Faktoren ermitteln lässt (Konstruktvalidität), ob diese Faktoren inhaltlich der amerikanischen Version entsprechen, ob ausreichende Gütekriterien erzielt werden können (Validität, Reliabilität), und ob sich geschlechterspezifische Unterschiede ergeben. Lässt sich der Fragebogen in einer psychiatrischen Versorgungsklinik einsetzen? Sind die Patienten in der Lage, ihn unter Anleitung angemessen zu bearbeiten?

Methodik: Nach Übersetzung und Reübersetzung wurde die deutschsprachige Version bei einer Stichprobe von n=209 psychiatrisch (teil)stationär behandelten Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen eingesetzt. Für die Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität wurden n=35 Patienten nach durchschnittlich 6,5 Wochen erneut befragt. Zur Überprüfung geschlechterspezifischer Unterschiede wurde eine weitere Stichprobe der eigenen Arbeitsgruppe (n=141) hinzugezogen. Die Testgütekriterien wurden in Anlehnung an die klassische Testtheorie überprüft, neben der explorativen Faktorenanalyse wurden confirmatorische Faktorenanalysen für die Gesamtstichprobe und geschlechtergetrennte Teilstichproben berechnet. Zudem erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten.

Ergebnisse: Die deutsche Fassung des Childhood Trauma Questionnaire hat sich in der vorliegenden Untersuchung als problemlos einsetzbares und ver-

ständliches Instrument zur retrospektiven Erhebung von Daten zu traumatischen Ereignissen in Kindheit und Jugend bestätigt. Eine 4–Faktoren Lösung erscheint nach den Testgütekriterien und inhaltlich sinnvoll. Es ergeben sich die Subskalen Emotionale Vernachlässigung, Sexueller Missbrauch, Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung und Emotionaler Missbrauch. Eine Prüfung der Faktorenstruktur im Hinblick auf geschlechtsbezogene Unterschiede erfolgte in der erweiterten Stichprobe ($n = 350$) und bestätigte die ermittelte 4–Faktoren Lösung.

Diskussion: Der Fragebogen ist reliabel und valide und stellt damit im deutschen Sprachraum ein Screeninginstrument zur Erfassung von traumabezogenen Daten aus der Kindheit und Jugend dar. Es kann im klinischen Alltag zu einer erweiterten Diagnostik hinführen und bildet auch emotionalem Missbrauch und emotionale Vernachlässigung ab. Wünschenswert wäre eine Ergänzung des Fragebogens um die Traumakonstrukte Zeugenschaft von (häuslicher) Gewalt, Unfälle oder schwere körperliche Erkrankung, um ein möglichst umfassendes Bild von traumatisierenden Erlebnissen in der Kindheit zu erhalten. Die Erhebung traumabezogener Daten mittels eines einheitlichen und validen Screeningtests hat Relevanz für die ätiopathogenetische Forschung und das Verständnis psychischer Störungen, aber auch für therapeutische Ansätze.

8 Literatur

Allen, J.G., Huntoon J., Evans, R.B. (1999). A self-report measure to screen for trauma history and its application to women in inpatient treatment for trauma-related disorders. *Bull Menninger Clin*, 63, (3), 429–442

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*. Am Psychiatr Assoc, Washington DC

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. Am Psychiatr Assoc, Washington DC

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Am Psychiatr Assoc, Washington DC

Arbuckle, J.L., Wothker W. (1995-1999). *AMOS 4.0 User's guide*. Smallwaters Corporation, USA

Bernet, C.Z., Stein, M.B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9 (4), 169–174

Bernstein, D.P., Fink, L. (1993). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. Manuskript.

Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, B.A., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136

- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., Handelsmann, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 340–348
- Bernstein, D.P., Fink, L. (1998). CTQ Childhood Trauma questionnaire. A retrospective self-report. Manual. San Antonio. The Psychological Corporation
- Bernstein, D.P., Stein, J., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Negl*, 27, 169-190
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Kindler, München
- Bowlby, J. (1987). *Verlust, Trauer und Depression*. Fischer Verlag Frankfurt am Main
- Bowman, E.S., Markand, O.N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153 (1) 57–63
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* , 48, 216–222
- Brewin, C.R. (2001). Memory process in post- traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 159–163
- Brewin, C.R., Holmes E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*, 23 (3), 663-76

Brodsky, B.S., Quendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.L., Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877

Brunner, R., Parzer, P. (1994). Checkliste zur Erhebung traumatischer Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend. (Eigene Mitteilung, unveröffentlicht). Abteilung Kinder und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg

Brunner, R., Parzer, P. (2001). Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen*, 5, 4–12

Burgess A.W., Holmstrom L.L. (1974). Rape-trauma-syndrome. In: Turner, J.(Eds.) *Interpersonal issues. Differential diagnosis and treatment in social work*. 4. Auflage Free Press, New York

Bühl, A., Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 10. Einführung in die moderne Datenanalyse unter windows*. Addison-Wesley Scientific Computing

Carrion, V.G., Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 3

Coid, J., Petruckevich, A., Felder, G., Chung, W.S., Richardson, J., Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 358, 450-454

Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237–1247

Darves–Borno, J.-M., Lempérière, T., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1995). Sexual victimisation in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 30, 78–84

Davis, L. Siegel, L.J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (3), 135–154

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte – Markwort, E. (1993). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD–10, Kapitel V (F), 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber

Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Slutske, W.S., Bierut, L.J., Statham, D.B., Martin, N.G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychoathology : a co–twin–control study. *Psychological Medicine*, 30, 41–52

Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M., Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1115–1122

Driessen, M., Schröder, T., Widmann, B., von Schönfeld, C.E., Schneider, F. (2006). Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behaviour in prisoners: A comparative study in incarcerated women and men. *Journal of Clinical Psychiatry* in press

Driessen, M., Schulte, S., Wulff, H., Sutmann, F. (2006): Diagnostische Aspekte bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In: Schäfer, I. und Krausz, M. Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik - Behandlung. Klett-Cotta Verlag Stuttgart

Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkötter, N., Silva-Saavedra, A., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H.J., Wulff, H., Lange, W., Woermann, F. (2003). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with Borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*, 55 (6), 603-611

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl.*, 14, 19-28

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage. Schattauer Verlag Stuttgart

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., Horwood, L.J. (2000). Risk factor and life process associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23–39

Fink, L.A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1329–1335

Fischer, G., Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 2. Auflage. UTB für Wissenschaft Ernst Reinhard Verlag München und Basel

Freud, S., (1905d). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW Bd. 10*, 27-146

Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *Psychoanalyt Child Study*, 8, 245-265

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., Emrich, H.M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nerv Ment Dis*, 189 (4) , 249–257

Gearon J.S., Kaltman S.I., Brown C., Bellack, A.S. (2003). Traumatic life events and PTSD among women with substance abuse and schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, No. 4

Giaconia, R.M., Reinherz H.Z., Silvean A.B., Pakiz B., Frost A.K., Cohen E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (10), 1369-1380

Grilo, C.M., Masheb, R.M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge–eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating–related psychopathology. *Obes Res*, 9 (5), 320–325

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Book

Heynen,S. (2001). *Vergewaltigt. Die Bedeutung subjektiver Theorien für Bewältigungsprozesse nach einer Vergewaltigung*. Juventa Verlag Weinheim und München

Irwin, H.J. (2001). The relationship between dissociative tendencies and schizotypy: an artefact of childhood trauma? *Journal of Clin Psychol*, 57 (3), 331–342

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: Essay de la psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Félix Alcan, Paris

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600–606

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 38-45

Kardiner A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Paul B. Hober, New York

Kaplan, M.J., Klinetob, N.A. (2000). Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *Journal of Nerv Ment Dis* 188 (9), 596–601

Kendler, K.S., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953–959

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 52, 8–19

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C., Breslau, N. (1999b). Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. In *Risk factors for Posttraumatic stress disorder* (ed. R. Yehuda). Pp. 23–59. American Psychiatric Press: Washington DC

Klapproth, J. (1975). *Einführung in die psychologische Methodik*. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Levitan, R.D., Parikh, S.V., Lesage A.D., Hegadoren, K.M., Adams, M., Kennedy, S.H., Goering, P.N. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1746–1752

Lienert G.A., Raatz U. (1998). Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union

Loftus, E.F., Polonski, S., Fullilove M.T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: remembering and repressing. *Psychol Quart*, 18

Loftus, E.F. (1997). Creating false memories. *Sci Am*, 50-55

Linehan, M.M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München

Lysaker, P.H., Meyer, P.S., Evans, J.D., Clements, C.A., Marks, K.A. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, Vol. 52, No.11, 1485-1488

Medrano, M.A., Zule, W.A., Hatch, J., Desmond, D.P. (1999). Prevalence of childhood trauma in a community sample of substance-abusing women. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 25 (3) , 449–462

Maercker, A., Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES–R). *Diagnostica*, 44, 130-141

Maerker, A. (2003). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. 2. Auflage. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York

- Metcalfe, J., Jacobs, W.J. (1995): Emotional memory. The effects of stress on „cool“ and „hot“ memory systems. *The Psychology of Learning and Motivation*, 38, 187-222
- Newman, E., Walker, E.A., Gefland, A. (1999). Assessing the ethical costs and benefits of trauma-focused research. *Gen Hosp Psychiatry*, 21 (3), 187–196
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23, 77-88
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post – traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk faktors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 46–59
- Rosen, L.N., Martin, L. (1996). The measurement of childhood trauma among male and female soldiers in the U.S. Army. *Military Medicine*, 161 (6), 342–345
- Rosen, L.N., Martin, L. (1998). Long-term effects of childhood maltreatment history on gender-related personality characteristics. *Child Abuse Negl*, 22 (3), 197-211
- Roy, A. (1999). Childhood trauma and depression in alcoholics: relationship to hostility. *Journal of Affect Disord*, 56 (2-3), 215–218
- Roy, A. (2001). Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav*, 31 (2), 194–196
- Roy, A. (2001). Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. *Psychiatry Res*, 102 (1), 97–101
- Roy, C.A., Perry J.C. (2004). Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis*, 192 (5), 343-351

Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, Basic Books

Reinhold, H. (2006). *Faktorenstruktur der Übersetzung einer Kurzform des Fragebogens Childhood Trauma Questionnaire*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Fachbereich Psychologie

Sachsse, U., Eßlinger, K., Schilling, L. (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundamenta Psychiatrica*, 11, 12–20

Sack M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 75, 451-9

Scher, C.D., Stein, M.B., Asmundson, G.J., McCreary, D.R., Forde, D.R. (2001). The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. *Journal of Trauma Stress*, 14 (4), 843–857

Scropo, J.C., Drob, S.L., Weinberger, J.L., Eagle, P. (1998). Identifying dissociative identity disorder: a self-report and projective study. *J Abnorm Psychol*, 107 (2), 271-284

Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114–1119

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–19

v.d. Kolk, B.A., Hostetler, A., Herron, N., Fidler, R.E. (1994). Trauma and the development of borderline disorder. *Borderline Personality Disorder / Psychiatric Clinics of North America*, 17 (4), 715–730

Walker, E.A., Newman, E., Koss, M., Bernstein, D. (1997). Does the study of victimization revictimize the victims ? *General Hosp Psychiatry*, 19 (6), 403–410

Walker, E.A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., von Korff, M., Koss, M.P., Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a story of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56 (7), 609–613

Wolfe, D.A., Scott, K., Wekerle, C., Pittman, A.L. Child maltreatment. Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of American Acad Child Adolesc Psychiatry* 40, (3), 282–289

Wright, K.D., Asmundson, G.J., McCreary, D.R., Scher, C., Hami, S., Stein, M.B. (2001). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in men and women. *Depress Anxiety*, 13, 179–183

Zanarini, M.C., Ruser, T.F., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (1), 26–30

9 Anhang

9.1 Childhood Trauma Questionnaire

Childhood Trauma Questionnaire

Anleitung

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Antwortbeispiel: 1 2 3 4 5

Als ich aufwuchs...

Trifft auf mich zu...

über- Sehr einige häufig sehr
haupt selten Male häufig
nicht

	1	2	3	4	5
1. ...hatte ich nicht genug zu essen.	1	2	3	4	5
2. ...wußte ich, daß sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	1	2	3	4	5
3. ...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „häßlich“.	1	2	3	4	5
4. ...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	1	2	3	4	5
5. ...gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	1	2	3	4	5
6. ...mußte ich dreckige Kleidung tragen.	1	2	3	4	5
7. ...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	1	2	3	4	5
8. ...glaubte ich, daß meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	1	2	3	4	5
9. ...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.	1	2	3	4	5
10. ...gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	1	2	3	4	5
11. ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	1	2	3	4	5

Als ich aufwuchs...**Trifft auf mich zu...**

über- Sehr einige häufig sehr
haupt selten Male häufig
nicht

	1	2	3	4	5
12. ...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	1	2	3	4	5
13. ...gaben meine Familienangehörigen auf einander acht.	1	2	3	4	5
14. ...sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	1	2	3	4	5
15. Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
16. ...hatte ich eine perfekte Kindheit.	1	2	3	4	5
17. ...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	1	2	3	4	5
18. ...hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	1	2	3	4	5
19. ...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	1	2	3	4	5
20. ...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	1	2	3	4	5
21. ...drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	1	2	3	4	5
22. ...hatte ich die beste Familie der Welt.	1	2	3	4	5
23. ...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	1	2	3	4	5
24. ...belästigte mich jemand sexuell.	1	2	3	4	5
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
26. ...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	1	2	3	4	5
27. Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
28. ...war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	1	2	3	4	5

9.2 Auswertungshinweise für den CTQ

Anleitung zur Auswertung :

Bei den mit (R) gekennzeichneten Items handelt es sich um invertierte Codierungen, d.h. die markierten Werte sind vor der Auswertung umzukehren (aus 1 wird 5 usw.).

Die zu jedem Item einer Subskala markierten Zahlen werden zum Subskalenscore aufaddiert. Das Item 1 entfällt in der deutschen Version.

Bei der Skala Bagatellisierung/Verleugnung erhalten Markierungen der Werte 1 - 4 den Itemscore 0 und eine Markierung des Wertes 5 den Itemscore 1. Auch hier Aufaddieren zur Subskala.

Subskalenzuordnung der Items

Emotionale Vernachlässigung

- 2. wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte. (R)
- 5. gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein. (R)
- 7. hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden. (R)
- 13. gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht. (R)
- 19. fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.(R)
- 26. gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte. (R)
- 28. war meine Familie eine Quelle der Kraft und Unterstützung für mich.(R)

Sexueller Missbrauch

- 20. versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.
- 21. drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.
- 23. versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.
belästigte mich jemand sexuell.
Ich glaube, ich bin sexuell mißbraucht worden, als ich aufwuchs.

Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung

4. waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.
6. musste ich dreckige Kleidung tragen.
9. wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.
11. schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.
12. wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.
15. Ich glaube, ich bin körperlich mißhandelt worden, als ich aufwuchs.
17. wurde ich so stark geschlagen, daß es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.

Emotionaler Missbrauch

3. bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“.
8. glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre niemals geboren.
14. sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.
18. hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand aus meiner Familie.
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.

Bagatellisierung/Verleugnung

10. Gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.
16. Hatte ich eine perfekte Kindheit.
22. Hatte ich die beste Familie der Welt.

9.3 Guidelines for Classification of CTQ Scale Total Scores

Auswertung des CTQ in der amerikanischen Version :

Scale	None (or minimal)	Low (to moderate)	Moderate (to severe)	Severe (to extreme)
Emotional Abuse	5 – 8	9 – 12	13 – 15	≥ 16
Physical Abuse	5 – 7	8 – 9	10 - 12	≥ 13
Sexual Abuse	5	6 – 7	8 – 12	≥ 13
Emotional Neglect	5 – 9	10 – 14	15 – 17	≥ 18
Physical Neglect	5 – 7	8 – 9	10 – 12	≥ 13

Aus: Bernstein und Fink, 1998, Manual zum Childhood Trauma Questionnaire

9.4 Auswertungsbogen des CTQ

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: __.__.__

ausgefüllt am: __.__.__

Auswertung

Bei den mit (R) gekennzeichneten Items handelt es sich um invertierte Codierungen, d.h. die markierten Werte sind vor der Auswertung umzukehren (aus 1 wird 5 usw.).

Die zu jedem Item einer Subskala markierten Zahlen werden zum Subskalenscore aufaddiert. Das Item 1 entfällt in der deutschen Version.

Bei der Skala Bagatellisierung/Verleugnung erhalten Markierungen der Werte s 1 - 4 den Itemscore 0 und eine Markierung des Wertes 5 den Itemscore 1.

Vergleich der Subskalenscores mit den im Manual angegebenen Normwerten (für deutsche Fassung noch nicht vorhanden, kann in Anlehnung an das amerikanische Manual ausgewertet werden).

Subskala: Emotionale Vernachlässigung

2 (R)	5 (R)	7 (R)	13 (R)	19 (R)	26 (R)	28 (R)	Summe

Subskala: Sexueller Missbrauch

20	21	23	24	27	Summe

Subskala: Körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung

4	6	9	11	12	15	17	Summe

Subskala: Emotionaler Missbrauch

3	8	14	18	25	Summe

Subskala: Bagatellisierung/Verleugnung (0 - 1)

10	16	22	Summe

10 Lebenslauf

Name	Hella Wulff
Geburtsdatum	20.10.1963
Geburtsort	Horst/Holstein
Eltern	Heinz und Maria Wulff
1970 – 1974	Grundschule Horst/Holstein
1974 – 1983	Gymnasium Bismarckschule Elmshorn
1983 – 1991	Studium der Humanmedizin an der Universität Lübeck
1991 – 1993	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum an der Universität Lübeck Klinik für Neurochirurgie, Prof. Dr. Arnold
1993 – 1998	Tätigkeit als Assistenzärztin am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg, Klinik für Neurologie, Prof. Dr. Vogel
1998 – 1999	Tätigkeit als Assistenzärztin am Universitätsklinikum Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dilling, seit 1.4.1999 Prof. Hohagen
Seit 1999	Tätigkeit als Assistenzärztin am Evangelischen Kranken- haus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeu- tische Medizin, Prof. Driessen Mitarbeit im Forschungsprojekt zu Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung
12.02.2000	Fachärztin für Neurologie
09.10.2004	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie seit 2003 Tätigkeit als Funktionsoberärztin seit 15.3.2007 als Ärztliche Abteilungsleiterin

11 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Martin Driessen für die großzügige Bereitstellung des Themas und seine stets wertschätzende, fachkompetente und hilfreiche Unterstützung bei der Umsetzung der Studie. Seine Begeisterung für die Thematik der Psychotraumatologie ist stets sehr inspirierend.

Bei Herrn Dr. David Bernstein, Professor of Psychiatry der Mount Sinai School of Medicine, New York bedanke ich mich für die Erlaubnis zur Übersetzung des CTQ. Bei Frau PD Dr. Ursula Gast, Bielefeld, bedanke ich mich für die Kooperation bei der deutschen Übersetzung des CTQ.

Ich danke den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Forschungsabteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, besonders Herrn PD Dr. Thomas Beblo, Frau Susanne Ratzka und Frau Anamaria Silva Saavedra, die sich für meine Fragen stets Zeit genommen haben und mir kompetent und ermutigend zur Seite standen. Bei Herrn Christoph Mensebach bedanke ich mich für seine geduldige Einführung in das AMOS-Programm und seine Anregungen zur Konfirmatorischen Faktorenanalyse.

Ich danke meiner Familie für ihre Rücksichtnahme und Geduld bei der Fertigstellung der Arbeit.