

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber

## **Einfluss früher Traumatisierungen auf den Krankheitsverlauf bei alkoholabhängigen Patienten – eine Clusteranalytische Untersuchung**

**Dissertation**

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin an der medizinischen Fakultät der Universität  
Hamburg

vorgelegt von:

Lena Haupt, geb. Landwehr  
aus Münster

Hamburg 2010

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 14.02.2012**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. C. Haasen**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. G. Romer**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. J. Reimer**

## **Abstract**

**Einleitung:** Patienten mit Suchterkrankungen weisen häufig frühe traumatische Erfahrungen, wie sexuellen Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung auf. Klinisch zeigt sich, dass diese Erfahrungen in verschiedenen Kombinationen auftreten. Zudem scheinen unterschiedliche Cluster früher Traumatisierungen bei Suchtkranken mit differenziellen Folgen in Verbindung zu bringen sein (Ruggiero et al., 1999). Bei alkoholabhängigen Patienten liegen dabei zu dieser Fragestellung bislang keine systematischen Untersuchungen vor.

**Material und Methoden:** Es wurden 347 stationär behandelte Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (71,2% männlich) anhand des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) untersucht. Weiter wurden Daten zur Soziodemografie, sowie anhand des EuropASI (Gsellhofer et al., 1994) und des SKID II (Wittchen et al., 1997 a,b) zum klinischen Verlauf erhoben. Unterschiedliche Kombinationen früher Traumatisierungen wurden anhand einer Clusterzentrenanalyse ermittelt und klinische Unterschiede zwischen den einzelnen Clustern untersucht.

**Ergebnisse:** Etwa die Hälfte der Patienten (50,4%) berichtete frühe Traumatisierungen. Diese Patienten konnten 6 überwiegend homogenen Clustern zugeordnet werden (A: „keine oder minimale Traumatisierung“, N=146; B: „moderate Vernachlässigung“, N=106; C: „schwerer emotionaler Missbrauch“, N=44; D: „schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“, N=24; E: „schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“, N=14; F: „schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“ N=13). Schwer körperlich und/oder sexuell traumatisierte Patienten (Cluster D, E und F) wiesen ein jüngeres Alter bei Beginn der Abhängigkeit auf. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Clustern fanden sich in Bezug auf Suizidgedanken und -versuche, Alkoholabhängigkeit der Eltern und Persönlichkeitsstörungen.

**Diskussion:** Frühe Traumatisierungen treten bei Suchtkranken in verschiedenen Kombinationen auf, die teilweise stark unterschiedliche Formen einschließen. Aufgrund der klinischen Besonderheiten, die mit verschiedenen Clustern früher Traumatisierungen assoziiert scheinen, sollten diese systematisch erhoben und in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

1	Einleitung.....	7
1.1	Problemstellung.....	7
1.2	Theoretischer Teil.....	7
1.2.1	Interpersonale Traumatisierung.....	7
1.2.1.1	Definition Trauma .....	7
1.2.1.2	Interpersonale Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter.....	8
1.2.1.3	Prävalenz interpersonaler Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter.....	14
1.2.2	Cluster früher Traumatisierungen.....	18
1.2.2.1	Allgemeinbevölkerung.....	18
1.2.2.2	Patienten mit Suchterkrankungen.....	24
1.2.3	Klinische Folgen kindlicher Traumatisierungen bei suchtkranken Patienten .....	29
1.3	Fragestellungen und Hypothesen.....	31
2	Material und Methoden.....	33
2.1	Wahl des Forschungsdesigns.....	33
2.2	Wahl der Untersuchungszeitpunkte und des Datenerhebungs- verfahrens.....	34
2.3	Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche.....	34
2.3.1	Soziodemografische Daten.....	34
2.3.2	Kindliche Traumatisierung.....	35
2.3.3	Klinische Verlaufsparemeter.....	35
2.4	Operationalisierung der Merkmalsbereiche.....	36
2.4.1	Soziodemografische Daten.....	36
2.4.1.1	Allgemeiner Fragebogen zur Soziodemografie.....	36
2.4.1.2	European Addiction Severity Index (EuropASI).....	36
2.4.2	Kindliche Traumatisierung.....	36
2.4.2.1	Childhood Trauma Questionnaire.....	36
2.4.3	Klinische Verlaufsparemeter.....	39
2.4.3.1	European Addiction Severity Index (EuropASI).....	39

2.4.3.2	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID).....	41
2.5	Stichprobenansatz.....	42
2.6	Vorgehen bei der Datenerhebung.....	43
2.6.1	Durchführung des klinischen Interviews.....	43
2.7	Analyseverfahren.....	44
3	Ergebnisse.....	45
3.1	Art der Ergebnisdarstellung.....	45
3.2	Darstellung der Stichprobe.....	45
3.2.1	Stichprobengröße und Teilnehmerquote.....	45
3.3	Ergebnisse der Merkmalsbereiche.....	46
3.3.1	Soziodemografische Daten.....	46
3.3.2	Kindliche Traumatisierung.....	48
3.3.2.1	Auswertung des Childhood Trauma Questionnaire.....	48
3.3.2.2	Bildung einer Trauma- und einer Nicht-Trauma-Gruppe.....	52
3.3.2.3	Bildung von Traumatisierungsclustern.....	53
3.3.2.4	Die 6-Cluster-Variante.....	55
3.3.3	Klinische Verlaufsparemeter.....	63
3.3.3.1	Alter bei Beginn der Abhängigkeit.....	63
3.3.3.2	Suizidgedanken und Suizidversuche.....	64
3.3.3.3	Alkoholabhängigkeit der Eltern.....	65
3.3.3.4	Persönlichkeitsstörungen .....	67
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	69
4	Diskussion.....	71
4.1	Diskussion der gewählten Methodik.....	71
4.1.1	Studiendesign und Datenerhebung.....	71
4.1.2	Erheben der Traumaanamnese.....	73
4.1.3	Bildung der Trauma-Gruppe.....	74
4.1.4	Bildung der Traumatisierungscluster.....	75
4.2	Diskussion der Ergebnisse.....	76
4.2.1	Die 6-Cluster-Variante.....	76
4.2.2	Geschlechtsunterschiede innerhalb der Gruppen.....	81

4.2.3	Klinische Verlaufparameter.....	83
4.2.3.1	Alter bei Beginn der Abhängigkeit.....	83
4.2.3.2	Suizidgedanken und Suizidversuche.....	84
4.2.3.3	Alkoholabhängigkeit der Eltern.....	86
4.2.3.4	Persönlichkeitsstörungen.....	87
5	Zusammenfassung.....	88
6	Literaturverzeichnis.....	90
7	Danksagung.....	102
8	Lebenslauf.....	103
9	Eidesstattliche Erklärung.....	104

# **1 Einleitung**

## **1.1 Problemstellung**

Es ist gut belegt, dass verschiedene Arten interpersonaler Traumatisierung in der Kindheit - wie sexuelle oder körperliche Gewalt, aber auch emotionale oder körperliche Vernachlässigung - einen entscheidenden Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf von Suchterkrankungen haben. Betroffene zeigen ein jüngeres Alter bei Erstkonsum, einen früheren Beginn der Abhängigkeit sowie eine größere Anzahl an somatischen und psychischen Begleiterkrankungen (Schäfer & Reddemann, 2005). Es wurde jedoch bisher nicht untersucht, ob es bei alkoholabhängigen Patienten verschiedene Traumatisierungsmuster gibt und inwiefern sich diese auf den Verlauf der Erkrankung auswirken. Eine solche Untersuchung haben Ruggiero et. al (1999) für drogenabhängige männliche Patienten anhand des Childhood Trauma Questionnaire durchgeführt. Es fanden sich sechs unterschiedliche Cluster früher traumatischer Erfahrungen (z.B. „isolierter sexueller Missbrauch“ oder Kombinationen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung). Weiter konnte gezeigt werden, dass signifikante Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Clustern und klinischen Parametern vorlagen. Bei alkoholabhängigen Patienten stehen differenzierte Untersuchungen, die den Einfluss unterschiedlicher Missbrauchscluster auf die Symptomatik und den Verlauf der Suchterkrankung untersuchen, noch aus.

## **1.2 Theoretischer Teil**

### **1.2.1 Interpersonale Traumatisierung**

#### **1.2.1.1 Definition Trauma**

Der Traumabegriff wird in der Literatur unscharf begrenzt und uneinheitlich verwendet. Von verschiedenen Autoren wird er in abweichender Weise definiert. Im alltäglichen Sprachgebrauch tauchen die Worte „Trauma“ oder „traumatisch“ für nahezu jegliche Beschreibung unangenehmer Erlebnisse auf. Daher erscheint es sinnvoll, hier einige der gebräuchlichen Definitionen vorzustellen.

Die erste stammt aus dem in Deutschland hauptsächlich verwendeten internationalen Diagnosesystem, der ICD-10 (WHO, 2005). Hier wird das Trauma als ein „kurz- oder langfristiges Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ beschrieben, „welches bei nahezu jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“. Diese Definition wird allerdings in den letzten Jahren kritisch betrachtet, da sie kulturelle und zeitgeschichtliche Unterschiede außer Acht lässt. So sind zum Beispiel Hunger und Waffengewalt für uns eine außergewöhnliche Bedrohung, in einigen anderen Ländern dagegen sind dies zwar schreckliche, jedoch alltägliche Situationen (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008). Im DSM-IV, dem amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen, beinhaltet die Definition neben der Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis (persönlich betroffen oder als Zeuge) auch die Reaktion der Person mit intensiver Furcht, Hilfslosigkeit oder Entsetzen (APA, 1994). Hier wird also neben der objektiven Einschätzung der Situation auch die subjektive Wahrnehmung betrachtet, was im Hinblick auf die Definition des ICD-10 einen entscheidenden Unterschied ausmacht.

Eine weitere interessante Definition ist die von Fischer und Riedesser (2003), welche auch die möglichen langfristigen Folgen eines erlebten Traumas betrachtet. Diese Autoren betrachten ein Trauma als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. In dieser Definition kommt des Weiteren zum Ausdruck, dass die Bewältigung eines Traumas bzw. die Entstehung eines dauerhaften Schadens von den jeweiligen aktuell verfügbaren individuellen Ressourcen eines Menschen abhängig ist (Schäfer & Krausz, 2006).

#### **1.2.1.2 Interpersonale Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter**

Eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung späterer psychischer Störungen spielen traumatische Erfahrungen, welche im Kindes- und Jugendalter gemacht

werden. Gravierende Einzelereignisse, wie z.B. der Verlust einer Bezugsperson, stellen zwar eine psychosoziale Belastung dar und können im ungünstigen Fall zu chronischen Beeinträchtigungen führen, ziehen aber selten nachhaltige Folgestörungen nach sich (Ernst et al., 1993). Im Gegensatz dazu stehen traumatische Erfahrungen durch enge Bezugspersonen (die sogenannten „interpersonalen Traumatisierungen“), bei welchen es sich zumeist nicht um einmalige Ereignisse handelt. Oft erstrecken sich diese Erfahrungen über die gesamte Kindheit und Jugendzeit. Lange Zeit wurde im Wesentlichen nur der körperlichen Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch Beachtung geschenkt. Inzwischen wird deutlich, dass es auch passive Formen der Kindesmisshandlung gibt (wie z.B. emotionale oder körperliche Vernachlässigung), welche allein oder in Kombination mit aktiven Formen des Missbrauchs (hier sei auch der emotionale Missbrauch genannt) auftreten können. Eine einheitliche Definition von Kindesmisshandlung fehlt bisher, die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation; WHO, 1999) macht folgenden Vorschlag: „Kindesmissbrauch oder -misshandlung umfasst alle Formen der körperlichen und/oder emotionalen groben Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs, der Verwahrlosung, der Vernachlässigung oder der kommerziellen bzw. anderweitigen Ausbeutung, die zu einer tatsächlichen oder möglichen Gefährdung der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes führen.“. Um die unterschiedlichen Arten der Traumatisierung zu klassifizieren, wird heute zumeist zwischen körperlichem, sexuellen und emotionalen Missbrauch sowie körperlicher und emotionaler Vernachlässigung unterschieden (Manly, 2005). Allerdings existieren auch innerhalb dieser Untergruppen keine einheitlichen oder allgemeingültigen Definitionen.

Insbesondere bei dem sexuellen Missbrauch an Kindern gibt es sehr große Unterschiede, was sich auch an den verschiedenen Ausdrücken wie „sexuelle Misshandlung“, „Vergewaltigung“, „sexuelle Gewalt“ oder „sexueller Missbrauch“ zeigt. Diese Termini werden im Großen und Ganzen parallel verwendet, der am häufigsten verwendete ist jedoch der des „sexuellen

Missbrauchs“. Dieser Begriff soll auch im Folgenden Verwendung finden. Im Allgemeinen wird von sexuellem Missbrauch immer dann gesprochen, wenn eine Person von einer oder mehreren anderen Personen zu sexuellen Handlungen gezwungen wird oder ein deutliches Gefälle bezüglich Alter, Reife und Macht besteht (Engfer, 2005). Allerdings kann sich auch diese Definition als problematisch erweisen, da es fließende Übergänge zwischen normalen Erziehungs- bzw. Beziehungsverhalten (zwischen Eltern und Kind) und sexuellen Handlungen geben kann. Gerade vor dem Hintergrund verschiedener Kulturen ist es nahezu unmöglich, eine einheitliche Grenze zu setzen. Man kann allerdings die unterschiedlichen Umschreibungen des sexuellen Missbrauchs in sogenannte „enge“ und „weite“ Definitionen unterteilen, da sie sich deutlich in Bezug auf die Art der vorgenommenen Handlungen, der Altersgrenze und auch durch das Vorkommen von Gewalt oder Zwang voneinander unterscheiden. Die „engen“ Definitionen beinhalten zumeist direkten körperlichen Kontakt zwischen einem Täter und einem minderjährigen Opfer. Dieser kann z.B. in Form von oralem, analen oder genitalen Geschlechtsverkehr stattfinden. Die „weiten“ Definitionen betrachten den sexuellen Missbrauch im Gesamtkontext, hier werden auch Vorkommnisse ohne Körperkontakt wie pornografisches Fotografieren, Exhibitionismus oder sexualisierte Gespräche erfasst. An diesen definitorischen Unterschieden lässt sich erkennen, dass hier auch der Grund für die, je nach Autor, großen Unterschiede in der Prävalenz des sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter liegt (vgl. Abschnitt 1.2.1.3).

Auch in den anderen Bereichen wie der körperlichen Misshandlung ergeben sich ähnliche Schwierigkeiten. Dubowitz und Bennett (2007) definieren körperliche Misshandlung als Schlagen („beating“), Schütteln („shaking“), Verbrühen („scalding“) oder Beißen („biting“) durch die Eltern oder Erziehungsberechtigten. Goodman et al. (1997) unterscheiden dagegen zwischen geringfügiger Gewalt („minor violence“), welche Werfen von Gegenständen, Schubsen („pushing“), Drängeln („shoving“) und Schlagen („slapping“) umfasst, und schwerer Gewalt („severe violence“). Unter schwerer

Gewalt wird in diesem Fall Treten („kicking“), Schlagen mit der Faust oder mit Gegenständen, Verbrennen, Beißen und das Benutzen oder die Bedrohung durch eine Waffe verstanden. Gemeinsames Kriterium dieser beiden und anderer Definitionen ist, dass es sich bei den Tätern um die Eltern (oder Personen in ähnlicher Position wie Erziehungsberechtigte) und bei den Opfern um minderjährige Kinder bzw. Jugendliche handelt. Des Weiteren liege eine willentliche Handlung mit dem Ziel vor, dem Kind Schaden zuzufügen oder es zumindest der Gefahr auszusetzen, Schaden zu nehmen.

Eine weitere Form der schädigenden Verhaltensweisen ist die körperliche Vernachlässigung. Dubowitz (2000) beschreibt diese in seinem Buch als die Unterlassung von Fürsorge. Diese beinhalte Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge, Aufsichtsfürsorge, Schutz vor Umweltgefahren, das Vorhandensein von Nahrung und Kleidung, aber auch emotionaler Rückhalt. In einigen anderen Definitionen wird außerdem herausgestellt, dass dieses Verhalten zu einer Schädigung und Gefährdung des Kindes führe (Sedlak & Broadhurst, 1996).

Neben dem sexuellen Missbrauch und den körperlichen Misshandlungsformen (körperlicher Missbrauch und körperliche Vernachlässigung) gibt es noch den großen Bereich der emotionalen Traumatisierungsformen. Hier kann man zwischen emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung unterscheiden. Lange Zeit wurde dieser Art des Kindesmissbrauchs wenig Beachtung geschenkt, inzwischen gewinnt sie jedoch weiter an Bedeutung. In neueren Studien wurde sogar gezeigt, dass der emotionale Missbrauch heute die häufigste Form der Misshandlung von Kindern darstellt (Kaplan et al., 1999). Seitdem viele Untersuchungen gezeigt haben, dass ein Großteil der Kinder, welche z.B. körperlich misshandelt wurden, auch Anzeichen für emotionalen Missbrauch bieten (z.B. Herrenkohl, Herrenkohl & Egolf, 1983; Claussen & Crittenden, 1991) und inzwischen nachgewiesen werden konnte, dass sich auch emotionaler Missbrauch auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirkt und Einfluss auf das Auftreten späterer psychischer Erkrankungen sowie die

Persönlichkeitsentwicklung haben kann (Hart, Binggeli & Brassard, 1998), nimmt die Relevanz dieses Bereiches weiterhin zu. Jedoch gibt es auch bei den emotionalen Misshandlungsformen bis heute keine klaren Definitionen, und es ist schwierig, sie von tolerierten oder sogar üblichen Erziehungspraktiken abzugrenzen (Engfer, 2005). Es ist nicht einfach, emotionalen Missbrauch zu identifizieren, da es keine sichtbaren Folgen, wie z.B. Hämatome bei körperlicher Misshandlung, gibt. Ausserdem ist es sehr unwahrscheinlich, dass sich misshandelte Kinder anderen gegenüber öffnen oder sich jemandem anvertrauen, wie es bei sexuellem Missbrauch oder auch bei körperlicher Misshandlung durchaus möglich ist. Einige Autoren geben in ihrer Definition Beispiele für entsprechende Verhaltensweisen. Demnach beinhaltet emotionaler Missbrauch unter anderem die Ablehnung oder Abstoßung („rejecting“), die Isolation, die soziale Abschottung („missocializing“), das Ausnutzen oder die Ausbeutung („exploiting“), die Degradierung und das Leugnen emotionaler Verantwortung (Garbarino & Garbarino, 1986). Glaser (2002) benennt dagegen Kriterien, welche die Situation des emotionalen Missbrauchs erfordern. Demnach beschreibe emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung die Beziehung zwischen Eltern und Kind, nicht ein Ereignis oder eine Folge von Ereignissen. In dieser Beziehung verhalten sich die Eltern potentiell schädigend, es bestehe die Gefahr der Beeinträchtigung der emotionalen Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Es könne sich sowohl um Unterlassung sowie um Überprotektion handeln („omission and comission“) und es erfordere keinen körperlichen Kontakt. Im Folgenden beschreibt Glaser fünf Kategorien der emotionalen Misshandlung. Zusammengefasst genannt sind diese die emotionale Verantwortungslosigkeit, also das Nicht-reagieren auf die seelischen Bedürfnisse des Kindes, Ablehnung und Feindseligkeit gegenüber dem Kind, dem Entwicklungsstand des Kindes unangemessene Interaktionen und unbeständige Verhaltensweisen sowie die Missachtung der kindlichen Individualität, die Überschreitung seiner psychischen Grenzen und die fehlende Unterstützung zur sozialen Adaptation des Kindes. Thompson und Kaplan betonen 1996 in ihrer Arbeit zusätzlich die kindliche Verletzlichkeit

(„vulnerability“) und spezifische Gegebenheiten oder Eigenschaften, welche das Kind anfälliger für emotionalen Missbrauch machen. Diese seien unter anderem ein niedriger Intelligenzquotient, die Abwesenheit von Erziehungspersonen und der individuelle Entwicklungsstand des Kindes, wobei unklar sei, ob einzelne Faktoren eine größere Rolle spielen als andere.

Eine weitere Definition ist die der „American Professional Society on the Abuse of Children“ (APSAC, 1995). Diese stellt die Eltern-Kind-Beziehung in den Vordergrund und betont das wiederholte Verhaltensmuster der Erziehungspersonen, welche dem Kind das Gefühl gebe, es sei wertlos, ungeliebt, fehlerhaft, gefährdet, ungewollt oder nur nützlich, um die Bedürfnisse der anderen zu befriedigen. Als Beispiele der psychologischen Misshandlung nennen sie die verbale und nonverbale Verachtung und Degradierung des Kindes, Verängstigung und Einschüchterung, Ausbeutung, das Leugnen der emotionalen Verantwortung (z.B. fehlendes Zeigen von Emotionen im Kontakt mit dem Kind und Ignoranz der kindlichen Bedürfnisse zu Interagieren), Isolation und die Vernachlässigung der geistigen, gesundheitlichen und erzieherischen Fürsorgepflicht. Glaser (2002) kritisiert jedoch, dass in dieser Definition nicht alle Aspekte des emotionalen Missbrauchs beachtet seien. Insgesamt zeigt sich also, dass es gerade im Bereich des emotionalen Missbrauchs und der emotionalen Vernachlässigung schwierig ist, eine einheitliche Definition zu finden, da der Übergang zu „normalem“ oder akzeptiertem elterlichen Verhalten fließend ist.

All diese Traumatisierungsformen können natürlich einen unterschiedlichen pathogenen Einfluss haben. Es scheint sowohl protektive Faktoren, wie z.B. günstige Rahmenbedingungen und das Vorhandensein externer Unterstützung) und zusätzlich belastende Entwicklungsbedingungen (z.B. chronische familiäre Disharmonie, körperliche oder psychische Erkrankung der Eltern, finanzielle Probleme) zu geben (Schäfer & Krausz, 2006).

Zusammenfassend hat sich jedoch in verschiedenen Studien gezeigt, dass negative Beziehungserfahrungen oder auch „Bindungstraumata“ die

Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigen und so Einfluss auf die Gesamtpersönlichkeit sowie die Entwicklung psychischer Störungen nehmen (z.B. Bernstein et al., 1998; Kaplan und Klinetob, 2000).

### **1.2.1.3 Prävalenz interpersonaler Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter**

Aufgrund der verschiedenen Definitionen der einzelnen Formen kindlicher Misshandlung finden sich in der Literatur auch sehr unterschiedliche Zahlen zu den Prävalenzen. Des Weiteren liegen große Unterschiede zwischen den einzelnen Stichproben vor. So lässt sich leicht nachvollziehen, dass sich andere Zahlen ergeben, wenn man Schüler der 9. Klasse zu elterlicher Gewalt befragt oder Erwachsene Menschen zu jeglicher Gewalt im Kindes- und Jugendalter interviewt. Die meisten Untersuchungen gibt es zur körperlichen Misshandlung, sehr wenige Angaben finden sich dagegen zum emotionalen Missbrauch und zur emotionalen sowie körperlichen Vernachlässigung.

In einer groß angelegten repräsentativen Befragung von 44.610 Schülern der 9. Klasse hat das kriminologische Institut Niedersachsen (KFN, 2009) unter anderem Daten zur Prävalenz elterlicher Gewalt erhoben. Es wurde zwischen leichter Gewalt (mit der flachen Hand schlagen, hart anfassen, stoßen und mit Gegenständen werfen), schwerer Gewalt (mit Gegenständen schlagen) und Misshandlung (mit der Faust schlagen, Treten, Prügeln, Zusammenschlagen) unterschieden. Bei insgesamt bis zu 12 Vorkommnissen wurden sie als „selten“ gewertet, ab mehrmals pro Monat galten sie als „häufig“. Die Jugendlichen wurden zu Geschehnissen vor ihrem 12. Lebensjahr (definiert als „in der Kindheit“) und in den letzten 12 Monaten („in der Jugend“) befragt. Demnach erfuhren 57,9% der Befragten jegliche Gewalt seitens der Eltern in der Kindheit, in den letzten 12 Monaten waren es noch 26,6%. 15,3% der Jugendlichen wurden vor ihrem 12. Lebensjahr mit schwerer Gewalt konfrontiert, 12,3% selten und 3,0% häufig. Misshandelt wurden 9% der Befragten in ihrer Kindheit, 2% häufig. Die Zahlen nahmen in der Jugend ab (5,7% erfuhren schwere Gewalt, 4,1% wurden misshandelt). Hier muss allerdings beachtet werden, dass

die Befragten durchschnittlich 15,3 Jahre alt waren. Die Jugendzeit war somit noch nicht abgeschlossen, es wurde nur ein Zeitraum von einem Jahr betrachtet. Andere Formen der Misshandlung wurden in dieser Studie nicht erfragt.

In der Untersuchung von Hussey, Chang und Kotch (2006) wurden 10.828 Schüler in den USA zu drei Zeitpunkten zu Misshandlungen in der Kindheit (vor der 6. Klasse) befragt. Es wurden Daten erhoben zur Vernachlässigung der Aufsichtspflicht („Wie oft wurdest du, bevor du in die 6. Klasse gekommen bist, zu Hause allein gelassen, obwohl eigentlich jemand hätte auf dich aufpassen müssen?“), zur körperlichen Vernachlässigung („Wie oft haben sich deine Eltern nicht um deine Grundbedürfnisse wie saubere Kleidung, Essen und körperliche Reinigung gekümmert?“), zur körperlichen Misshandlung („Wie oft wurdest du von deinen Eltern geschlagen, getreten oder hast Ohrfeigen bekommen?“) und schließlich zum sexuellen Missbrauch mit Kontakt („Wie oft wurdest du von deinem Vater oder deiner Mutter im sexuellen Sinne angefasst oder wurdest gezwungen, sie/ihn anzufassen?“). Die Antworten wurden in die Kategorien „nie“, „einmalig“, „zweimal“ und „drei oder mehr“ eingeteilt. Demnach wurde bei 41,5% der Befragten die Aufsichtspflicht mindestens einmalig verletzt, bei fast einem Fünftel (19,1%) geschah dies häufig. 28,4% haben körperliche Gewalt durch die Eltern oder Erziehungsberechtigten erlebt, 14,2% zu drei oder mehr Zeitpunkten. Aspekte der körperlichen Vernachlässigung kannten 11,8% der Befragten, bei 5% gab es 3 oder mehr solcher Ereignisse. Zu sexuellem Missbrauch durch ein Elternteil kam es bei 4,5% der Interviewten, häufiger als 3 mal bei 1,6%.

Wetzels (1997) führte am kriminologischen Institut Niedersachsen eine bundesweite repräsentative schriftliche Befragung an 3.249 Personen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren zu strafrechtlich relevanten Opfererfahrungen in der Kindheit durch. Insgesamt gaben 74,9% der Befragten an, körperliche Gewalthandlungen seitens der Eltern erlebt zu haben (77,9% der Männer und 71,9% der Frauen). Opfer elterlicher Misshandlung (hier definiert als mit der

Faust schlagen, treten, prügeln, würgen, Verbrennungen zufügen und mit einer Waffe drohen oder eine Waffe benutzen) wurden 10,6% (11,8% der Männer und 9,9% der Frauen). Des Weiteren ergab die Untersuchung, dass die körperliche Misshandlung der Kinder in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kein „einmaliger Ausrutscher“ einer ansonsten gewaltfreien Erziehung war, sondern körperliche Züchtigung unterhalb der Schwelle zur Misshandlung in höherer Frequenz vorgekommen ist.

Allerdings scheint sich die Einstellung der Eltern gegenüber körperlicher Gewalt in der Erziehung der Kinder in den letzten 20 bis 30 Jahren zu wandeln. So berichtet Bussmann (2002), dass im Jahre 1996 noch 83% der Eltern leichte körperliche Züchtigung für rechtlich zulässig hielten, 2001 waren es dagegen „nur“ noch 61%. Bei schwerer körperlicher Gewalt (die Eltern hielten es für rechtlich in Ordnung, den Kindern den „Po zu versohlen“) gingen die Zahlen noch deutlicher von 35% 1996 auf 19% im Jahre 2001 zurück. Diese Zahlen zeigen einen Wandel in der Erziehungseinstellung der Eltern und scheinen sich auch im Erziehungsalltag widerzuspiegeln (Bussmann, 2002).

In der Studie von Wetzels (1997) wurden auch Fragen zu sexuellem Kindesmissbrauch gestellt. Dieser wurde als „sexuelle Instrumentalisierung eines Kindes oder Jugendlichen durch eine Erwachsene oder bedeutend ältere Person, bei welcher der Erwachsene seine Überlegenheit – ungeachtet des Willens oder des Entwicklungsstandes eines Kindes – im Interesse der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach Intimität oder Macht ausnutzt“ definiert. Es wurde mit drei Schutzaltersgrenzen gearbeitet, es wurden also jeweils Zahlen für unter 14 Jahren, unter 16 Jahren und vor Vollendung des 18. Lebensjahres angegeben. Demnach kam es bei 4,3% der Jungen und 13,8% der Mädchen vor dem 16. Lebensjahr und bei 4,7% der Jungen und 15,3% der Mädchen vor dem 18. Lebensjahr zu sexuellem Missbrauch ohne Körperkontakt (inklusive Exhibitionismus). Sexuellen Missbrauch mit Kontakt erlebten 2,8% der Jungen und 8,6% der Mädchen vor dem 16. Lebensjahr sowie 3,2% der Jungen und 9,6% der Mädchen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

Allerdings wurde hier, wie oben beschrieben, eine „enge Definition“ zugrunde gelegt.

Zusammenfassend muss beim sexuellen Missbrauch in Deutschland, in Abhängigkeit von der jeweiligen Definition, von einer Prävalenz bei Mädchen zwischen 6% und 25% und bei Jungen zwischen 2% und 8% ausgegangen werden (Engfer, 2005).

Die wenigsten Daten gibt es zur emotionalen oder seelischen Misshandlung und zur körperlichen und seelischen Vernachlässigung. Letztlich gibt es keine hinreichenden empirisch erhobenen Daten (Deegener, 2005). In einer Broschüre des niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales sowie des deutschen Kinderschutzbundes (2002) heißt es: „Wie viele Kinder in der Bundesrepublik von Vernachlässigung betroffen sind, lässt sich nur schwer ermitteln. Als Untergrenze wird geschätzt, dass mindestens 50.000 Kinder unter erheblicher Vernachlässigung leiden, nach oben hin schwanken die Zahlen von 250.000 bis 500.000.“ An diesen Zahlen lässt sich leicht erkennen, dass es nur wenige kleinere Studien mit sehr unterschiedlichen Zahlen gibt. So schreiben Frank und Kopecky-Wenzel (2002), dass 1-2% der stationär aufgenommenen Kinder vernachlässigt oder misshandelt würden und es einen hohen Grad an Überlappung zwischen Vernachlässigung und Misshandlung gebe. Sie beziehen sich auf eine Untersuchung von Frank (1993), bei welcher Ärzte und Schwestern 3 Monate lang an einer deutschen Universitätsklinik alle dort aufgenommene Kinder (N = 1.399) untersuchten.

In den USA wertet die „National Incidence Study of Child Abuse and Neglect“ (NIS) in regelmäßigen Abständen ihre Daten im Hinblick auf emotionale Vernachlässigung („emotional neglect“) und emotionalen Missbrauch („emotional abuse“) aus. Dabei stiegen die auf drei Monate bezogenen Inzidenzraten bezüglich emotionalen Missbrauchs von 2,1 Fälle (1980) auf 3,0 Fälle (1993) und bezüglich emotionaler Vernachlässigung von 0,9 Fälle (1980) auf 3,2 Fälle (1993), jeweils bezogen auf 1.000 Kinder (Sedlak & Broadhurst, 1996). In einem ersten Überblick des NIS-4 (Sedlak et al., 2010) wird vom U.S.

Departement of Health and Human Services (2010) ein Rückgang der Fälle von emotionalem Missbrauch im Vergleich zu 1993 (NIS-3) um 33% beschrieben. Die Inzidenz emotionaler Vernachlässigung zeige keine statistisch relevante Veränderung zu 1993.

Abschließend zeigt sich, dass in allen Bereichen der kindlichen Traumatisierung aufgrund unterschiedlicher Definitionen und zum Teil fehlender repräsentativer Untersuchungen sehr große Spannweiten in den Daten vorliegen und man so nur eine grobe Einschätzung der Prävalenz geben kann.

## **1.2.2 Cluster früher Traumatisierungen**

### **1.2.2.1 Allgemeinbevölkerung**

Insgesamt liegen wenige Studien vor, welche die Zusammenhänge verschiedener Formen von interpersonalen Traumatisierungen untersuchen, obwohl es inzwischen viele Indizien und einige wissenschaftliche Belege dafür gibt, dass die verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung nicht unabhängig voneinander auftreten (Higgins & McCabe, 2001). Die meisten Studien bieten Daten zu einzelnen Formen der Misshandlung. Am häufigsten werden sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung behandelt. Im Folgenden werden einige Studien vorgestellt, in welchen Zusammenhänge einzelner Traumatisierungsformen herausgestellt werden. In vielen dieser Untersuchungen werden auch die Folgen dieser Misshandlungen betrachtet, in diesem Abschnitt soll es jedoch hauptsächlich um die verschiedenen Traumatisierungsmuster gehen.

Higgins und McCabe haben 2001 ein kritisches Review über einige bis dahin existierenden Studien geschrieben, in welchen retrospektiv Daten zu multiplen Formen der Kindesmisshandlung („multi-type maltreatment“) erhoben wurden. In ihrer Betrachtung bedeutet dies die Koexistenz einer oder mehrerer der folgenden Formen kindlicher Misshandlung: sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, psychologische bzw. emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und Zeugenschaft familiärer Gewalt. Die für das Review gewählten Studien sind empirische Untersuchungen, welche in der englischen

Sprache in einem internationalen Journal veröffentlicht wurden und mehr als eine Form der Kindesmisshandlung untersuchen. Insgesamt wurden 29 Untersuchungen von Higgins und McCabe analysiert. Die wichtigsten Befunde zu multiplen Formen der Kindesmisshandlung werden im folgenden beschrieben. Bagley et al. (1994) untersuchten 750 kanadische Männer und fanden eine starke Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und einem zusammengefassten Maß von emotionalem und physischem Missbrauch ( $r = .41$ ). Varia et al. (1996) konnten zeigen, dass 11% ihrer Stichprobe (aus der Allgemeinbevölkerung) eine Kombination aus sexueller, körperlicher und verbaler Traumatisierung erlebten. Briere und Runtz untersuchten 1988 an 251 Studentinnen verschiedene Faktoren, welche mit mütterlicher und/oder väterlicher emotionaler oder körperlicher Gewalt zusammenhingen. Es wurden relativ hohe Korrelationen zwischen emotionaler und körperlicher Gewalt mütterlicherseits ( $r = .56$ ) und väterlicherseits ( $r = .56$ ) gefunden. Die Autoren interpretierten diese Daten dahingehend, dass diese Arten der kindlichen Traumatisierung häufig innerhalb ein und derselben Familie stattfinden. Wind und Silvern (1994) konnten zeigen, dass 3,1% ihrer Stichprobe (Angestellte der Universität) eine Kombination aus intrafamiliärer sexueller und körperlicher Gewalt erlebten. Higgins und McCabe (1994) haben ebenfalls selbst Daten zu den Beziehungen oder Zusammenhängen zwischen verschiedenen Traumatisierungsformen erhoben. Sie konnten zeigen, dass sexuell missbrauchte Studentinnen auch signifikant höhere Werte im Bereich der „familiären Gewalt“ (eine Variable, welche das eigentliche Erleben und das Bezeugen körperlicher und verbaler Gewalt in der Familie kombiniert) aufwiesen. Insgesamt konnte in dieser Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und anderen Formen der kindlichen Traumatisierung aufgezeigt werden. Die gleichen Autorinnen (Higgins & McCabe, 2000) konnten einige Jahre später in einer Studie mit 175 Männern und Frauen zeigen, dass 43% der Probanden moderate bis hohe Werte auf mehr als einer der fünf Traumatisierungsskalen hatten. Daraus schlossen die Autorinnen, dass eine hohe Überlappung zwischen den einzelnen Formen der

Traumatisierung bestand. Weitere Daten kommen von Bryant und Range (1995 a,b). Sie konnten zeigen, dass 7,9% der Studenten sexuellen Missbrauch in Kombination mit entweder physischer Gewalt oder emotionalem Missbrauch erlebten. 64,3% der sexuell traumatisierten Studenten sind Opfer verschiedener Formen von Gewalt gewesen („multi-type maltreatment“) und 11,4% der Befragten erlebten eine Kombination aus körperlicher und emotionaler Gewalt.

Auch Claussen und Crittenden (1991) haben die Beziehungen zwischen verschiedenen Formen der kindlichen Traumatisierung analysiert. Untersucht wurden insgesamt 390 Kinder. 175 Kinder (alle zwei bis sechs Jahre alt) stammten aus Familien, welche wegen Verdachts der Kindesmisshandlung bei einem staatlichen Kinderschutzverband bekannt waren (im folgenden Gruppe A). Die restlichen 215 Kinder kamen aus Familien der Allgemeinbevölkerung, welche sich freiwillig bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen (Gruppe B). Für die Gruppe A konnte gezeigt werden, dass ein gleichzeitiges Auftreten von emotionaler und physischer Misshandlung sehr wahrscheinlich war ( $p < .001$ ). In 89% der Fälle von körperlicher Misshandlung wurden die Kinder auch emotional/ psychologisch misshandelt. Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass 86% der emotional misshandelten Kinder ebenfalls körperlich misshandelt wurden. Die Wahrscheinlichkeit, im Zusammenhang von körperlicher Vernachlässigung auch emotional misshandelt zu werden, lag ebenfalls bei 89%. Die Wahrscheinlichkeit dagegen, bei emotionaler Misshandlung auch körperlich vernachlässigt zu werden, lag bei 75%. Etwas anders stellten sich die Zahlen für die Gruppe B (Allgemeinbevölkerung) dar. Hier waren zwar 90% der Fälle von körperlicher Misshandlung auch Fälle von emotionalem Missbrauch, andersherum wurden jedoch nur 25% der emotional misshandelten Kinder auch Opfer von körperlicher Gewalt. In dieser Gruppe zeigten 91% der körperlich vernachlässigten Kinder auch Anzeichen für emotionale Misshandlung, allerdings nur 14% der emotional misshandelten Kinder auch Anzeichen für körperliche Vernachlässigung. Für beide Gruppen wurde herausgefunden, dass die Schwere der körperlichen Gewalt nicht im Zusammenhang stand mit der Schwere der anderen Formen von kindlicher Misshandlung. In dieser Studie

konnte also gezeigt werden, dass in den Familien, welche wegen Verdachts der Kindesmisshandlung schon bekannt waren, körperliche und emotionale Traumatisierung der Kinder häufig parallel auftraten. In der Gruppe der Allgemeinbevölkerung dagegen traten diese beiden Formen der Kindesmisshandlung auch durchaus getrennt voneinander auf.

Zu ebenfalls interessanten Ergebnissen kamen Dong et al. (2004). Sie analysierten die Daten von 8.629 Erwachsenen, welche Fragebögen zu kindlicher Misshandlung und Vernachlässigung und weiteren negativen Kindheitserlebnissen ausgefüllt hatten (zusammengefasst zu „ACEs“: adverse childhood experiences). Ziel ihrer Untersuchung war es, die Zusammenhänge zwischen einzelnen Formen der kindlichen Traumatisierung zu untersuchen und herauszufinden, zu welchem Grad einzelne Missbrauchsformen nebeneinander existieren. 67% der Teilnehmer erlebten mindestens ein ACE und das Vorhandensein von einem ACE erhöhte signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass auch ein zweites ACE vorlag. Es wurden auch die Wahrscheinlichkeiten ermittelt, dass bei Vorliegen eines bestimmten ACEs ein anderes auch vorlag. So konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit bei 80,5% lag, körperlich misshandelt worden zu sein, wenn auch emotionale Misshandlung vorlag. Bei gleicher Ausgangslage (emotionaler Missbrauch) betrug die Wahrscheinlichkeit, emotional oder physisch vernachlässigt zu werden jeweils 58,9%. Bei sexuellem Missbrauch wurden 40,7% der Betroffenen auch physisch misshandelt. Ähnlich hohe Werte konnten auch für die Zusammenhänge zwischen emotionaler bzw. körperlicher Vernachlässigung und körperlichem Missbrauch gefunden werden sowie zwischen körperlicher Vernachlässigung und emotionaler Vernachlässigung. Die Autoren zogen die Schlussfolgerung, dass die einzelnen ACEs eher in einer Wechselbeziehung zueinander standen als dass sie unabhängig voneinander auftraten.

Eine sehr spannende Untersuchung wurde 2005 von Arata et al. vorgestellt. Ziel der Studie war es, die Langzeitfolgen verschiedener Formen kindlicher Misshandlung zu untersuchen, vor allem im Hinblick auf multiple

Misshandlungen unterschiedlicher Art im Gegensatz zu „einfacher“ Misshandlung. 384 College Studenten (69,5% weiblich) füllten Fragebögen aus, in Bezug auf die kindliche Traumatisierung wurde in dieser Untersuchung wie in der vorliegenden Studie die Short-Form des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; siehe Abschnitt 2.4.2.1) verwendet. Des Weiteren wurden Fragebögen zu depressivem Verhalten, Suizidalität, Selbstwert, Sexualverhalten, Drogen- und Alkoholgebrauch und delinquenten Verhalten ausgefüllt. Auf die klinischen Folgen der Traumatisierung soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, jedoch wurden im Rahmen dieser Untersuchung auch unterschiedliche Cluster oder Gruppen verschiedener Traumatisierungsformen gebildet, welche im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen. Es wurden die von Bernstein und Fink (1998) vorgeschlagenen Cut-Off-Werte verwendet (siehe Abschnitt 2.4.2.1), um eine Einordnung der Schwere des Traumas vorzunehmen. Insgesamt wurden neun Gruppen gebildet. Die mit 49,7% der Teilnehmer größte Gruppe war die der „Nicht-Misshandelten“. Dieser Gruppe wurden diejenigen Studenten zugeteilt, welche in allen 5 Skalen unter dem Cut-Off-Wert für „Keine oder minimale“- Misshandlung blieben. Im Folgenden wurde weiterhin der Cut-Off-Wert für „Keine oder minimale“- Misshandlung verwendet. Personen, welche im Bereich der emotionalen oder der körperlichen Vernachlässigung über dem Cut-Off lagen, jedoch weder sexuellen noch körperlichen Missbrauch angaben (also hier unter dem Cut-Off-Wert „Keine oder minimale“ Misshandlung blieben), wurden der Gruppe „Vernachlässigung“ zugeteilt. Diese Gruppe wurde von 59 Studenten, entsprechend 15,4%, gebildet. Die Personen in der dritten Gruppe („emotionaler Missbrauch“) hatten Werte über dem Cut-Off-Wert für emotionalen Missbrauch, die Werte für jegliche Form von Vernachlässigung lagen jedoch darunter (2,3% der Stichprobe). Die Gruppe „Körperlicher Missbrauch“ (4,4%) hatte entsprechend hohe Werte im Bereich des körperlichen Missbrauchs, sexueller Missbrauch lag nicht vor. Umgekehrt waren die Verhältnisse in der Gruppe „Sexueller Missbrauch“ (ebenfalls 4,4%), hier lag also keine körperliche Misshandlung vor. Personen, die in diesen beiden

Bereichen über dem Cut-Off-Wert lagen, wurden der Gruppe „körperlicher und sexueller Missbrauch“ zugeteilt (1,0%). Des Weiteren wurden folgende Gruppen gebildet: „körperliche Misshandlung und Vernachlässigung“ (6,0%), „sexueller Missbrauch und Vernachlässigung“ (7,0%) sowie „körperlicher und sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung“ (9,6%). Bedeutsam war bei dieser Betrachtung, dass emotionaler Missbrauch hier in allen Gruppen (außer der „Vernachlässigung“-Gruppe) vorhanden sein konnte. Insgesamt konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass alle fünf Arten der Traumatisierung signifikant korrelierten. Die höchste Korrelation zeigten emotionaler Missbrauch und körperliche Misshandlung ( $r = .78$ ). Außerdem wurde herausgestellt, dass das Vorliegen multipler Misshandlungsformen durchaus üblich war: 25% der Gesamtstichprobe erlebten zwei oder mehr Formen der Misshandlung, 5% berichteten sogar von allen 5 Misshandlungsformen.

In einer aktuellen Studie von Hahm et al. (2010), bei welcher 7.576 Frauen unter anderem zu kindlicher Misshandlung befragt wurden, zeigte sich, dass 48,4% der Befragten Erfahrungen mit Misshandlungen in der Kindheit gemacht hatten. In dieser Studie wurden Fragen zu körperlichem und sexuellem Missbrauch sowie zu Vernachlässigung gestellt. 31,6% der Frauen gaben an, eine Form von Misshandlung erlebt zu haben, zwei verschiedene Formen wurden von 14,3% angegeben. Alle drei Formen des kindlichen Missbrauchs erlebten 2,6% der Stichprobe. Etwa 20% der misshandelten Frauen gaben an, in der Kindheit nur körperlich misshandelt worden zu sein, 1,3% wurden ausschließlich sexuell missbraucht. Bei den kombinierten Missbrauchsformen überwog die Kombination zwischen Vernachlässigung und physischer Misshandlung (27,1% der misshandelten Frauen). Auch in dieser Studie wurde also deutlich, dass die Kombination verschiedener Missbrauchsformen durchaus üblich war und dass es möglich zu sein scheint, verschiedene Missbrauchscluster zu bilden, in denen gemeinsam auftretende Formen der Misshandlung kombiniert werden.

In einer etwas älteren Studie von Ney et al. (1994) wurde untersucht, welche

Kombinationen von kindlicher Misshandlung die schlimmsten Folgen für die Kinder haben und welche Formen des Missbrauchs am häufigsten miteinander assoziiert sind. Befragt wurden 167 Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 18 Jahren zu physischer Misshandlung und Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch, emotionaler Vernachlässigung und verbalem Missbrauch. Signifikant korrelierten bei dieser Untersuchung unter anderem der verbale Missbrauch mit der körperlichen Misshandlung ( $r=.564$ ), die emotionale Vernachlässigung mit dem körperlichen Missbrauch ( $r=.378$ ), dem verbalen Missbrauch ( $r=.481$ ) und der körperlichen Vernachlässigung ( $r=.262$ ) sowie der sexuelle Missbrauch mit der körperlichen Vernachlässigung ( $r=.468$ ). Auch an diesen Zahlen wurde sichtbar, dass einzelne Formen der Traumatisierung nicht einzeln auftraten, sondern dass eine Kombination von Missbrauchsformen durchaus üblich zu sein schien. Nachdem diese Korrelationen bekannt waren, wurden Cluster gebildet, um die Gruppierungen mit dem schlechtesten Outcome für die Kinder zu suchen. Die Kinder wurden zum Beispiel danach gefragt, wie groß ihre Lebensfreude sei, ob sie einen Sinn im Leben sähen, ob sie glauben, dass sie später einen guten Arbeitsplatz bekommen würden und ob sie später glücklich verheiratet sein und Kinder haben würden. Daraufhin stellte sich heraus, dass eine Kombination aus körperlicher Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung und verbalem Missbrauch in dieser Hinsicht die schlechteste Kombination war. Auf dem nächsten Rang folgte die Kombination aus körperlichem und sexuellem Missbrauch sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung. Die Autoren zogen die Schlussfolgerung, dass eine Kombination aus Vernachlässigung und Missbrauch die Kinder besonders angreifbar zu machen schien. Auch in dieser recht alten Studie mit kleiner Fallzahl zeigte sich also die Tendenz, dass es unterschiedliche Traumatisierungsmuster mit verschiedenem klinischen Folgen zu geben scheint.

#### **1.2.2.2 Patienten mit Suchterkrankungen**

Eine ähnliche clusteranalytische Untersuchung, wie sie in der vorliegenden

Arbeit vorgestellt wird, führten Ruggiero et al. (1999) durch. Ziel der Studie war es zu analysieren, ob Personen mit bestimmten Missbrauchsmustern oder -konstellationen in der Kindheit auch unterschiedliche Symptome von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zeigen. 200 drogenabhängige und/oder alkoholabhängige männliche Personen wurden anhand des originalen 70-Item Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998; siehe Abschnitt 2.4.2.1) zu Traumatisierungen (körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und emotionale Misshandlung) in der Kindheit befragt sowie anhand des „Personality Diagnostic Questionnaire – Revised“ (PDQ-R; Hyler et al., 1988) zur Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen interviewt. In diesem Abschnitt soll die Bildung der Missbrauchscluster im Vordergrund stehen, die klinischen Folgen der kindlichen Traumatisierungen werden im nächsten Abschnitt beschrieben. Aus Vorerfahrungen wurde von den Autoren vermutet, dass eine vier- bis acht-Cluster-Lösung sinnvoll sei. Da bei der vier- und der fünf-Cluster-Lösung mehr als 75% der Stichprobe in nur zwei Clustern gewesen wäre und bei der sieben- und acht-Cluster-Lösung alle bis auf zwei Cluster weniger als 20 Personen beinhaltet hätten, entschieden sich die Autoren für die sechs-Cluster-Lösung. Die Cluster wurden von Cluster A bis Cluster F betitelt. Jede dieser Gruppen war charakterisiert durch ein dominantes Traumatisierungsmuster, welches in den meisten Fällen mehrere Formen der kindlichen Misshandlung beinhaltete. Das Cluster A („minimale Misshandlung“) bestand aus 92 Patienten (46% der Stichprobe), welche keine oder nur eine minimale Misshandlung erlebten. Die Mittelwerte der fünf CTQ-Skalen lagen in dieser Gruppe alle unter denen der Gesamtstichprobe. Die restlichen Patienten wurden in Gruppen aufgeteilt, welche jeweils ein unterschiedliches Traumatisierungsprofil aufwiesen. Das Cluster B („schwere Vernachlässigung“) wurde aus 12 Patienten gebildet, bei denen die Werte in allen fünf CTQ-Bereichen mindestens eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Gesamtstichprobe lag und dessen größte Abweichung nach oben im Bereich der emotionalen Vernachlässigung lag. Im Cluster C („moderate

Vernachlässigung“) waren 41 Patienten. Sie hatten zum einen ein Profil von geringerer körperlicher und emotionaler Vernachlässigung als die Patienten im Cluster B, zum anderen wurden diese Patienten in der Kindheit nicht misshandelt. Im Cluster D („schwerer sexueller Missbrauch“) befanden sich diejenigen sechs Patienten, welche in ihrer Kindheit schwerst sexuell missbraucht wurden (die Werte lagen mehr als vier Standardabweichungen über denen der Gesamtstichprobe). In etwas geringerem Umfang wurden diese Personen auch körperlich und emotional misshandelt sowie emotional vernachlässigt. 30 Patienten bildeten sodann das Cluster E („moderater sexueller Missbrauch“). Sie wurden weniger schwer sexuell missbraucht und erlebten keine andere Misshandlung. Zu guter Letzt setzte sich das Cluster F („schwere körperliche und emotionale Misshandlung“) aus 19 Patienten zusammen, welche durch extrem hohe Level an physischem und emotionalen Missbrauch charakterisiert wurden. Körperliche und emotionale Vernachlässigung lagen in moderater Form auch vor. Die Autoren sahen vorherige Untersuchungen bestätigt, in denen vermutet wurde, dass einzelne Formen der Traumatisierung selten isoliert auftreten. Viel eher ließen sich unterschiedliche Muster von Misshandlungen bilden, welche sich hier in den einzelnen Clustern widerspiegelten.

Eine interessante türkische Studie wurde im Jahr 2006 von Evren et al. veröffentlicht. Sie untersuchten insgesamt 132 Suchtpatienten (66 alkoholabhängige Patienten und 66 drogenabhängige Patienten) im Hinblick auf Traumatisierungen in der Kindheit und deren Auswirkungen auf psychische Probleme im Erwachsenenalter (Achse I-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angstsymptome und Depressionen). Wie auch bei der oben beschriebenen Untersuchung von Ruggiero et al. (1999) soll an dieser Stelle nicht auf die klinischen Folgen eingegangen werden (diese werden im folgenden Abschnitt beschrieben), vielmehr werden die Zahlen für die einzelnen Formen der Traumatisierungen im Kindesalter vorgestellt. Die Traumatisierung wurde anhand des „Childhood Abuse and Neglect Questionnaire“ (CANQ; Yargig et al., 1994) erhoben. Betrachtet man die alkoholabhängigen Patienten getrennt

von den drogenabhängigen Patienten, ergaben sich folgende Verhältnisse. 42,4% der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit erlebten mindestens eine Form von Kindesmisshandlung, wobei 33,3% körperlich misshandelt wurden, 22,7% der Patienten wurden emotional missbraucht. Sexuell missbraucht wurden 10,6% der Patienten und eine Form von Vernachlässigung erlebten 24% der Patienten in ihrer Kindheit. In jeder der Kategorien ergaben sich bei den drogenabhängigen Patienten höhere Zahlen. Insgesamt wurden 69,7% dieser Patienten in einem der Bereiche missbraucht (körperliche Misshandlung: 47,0%, emotionaler Missbrauch: 42,4%, sexueller Missbrauch: 13,6% und Vernachlässigung: 48,5%). An den Zahlen lässt sich erkennen, dass es auch hier hohe Überschneidungen der einzelnen Formen der Misshandlung in der Kindheit gegeben haben muss. Ausgehend von der Gesamtstichprobe erlebten 56,1% der Patienten mindestens eine Form der Kindesmisshandlung. Von diesen Patienten erlebten 32,4% nur eine Form des Missbrauchs. 25,7% gaben zwei Formen an, 35,1% drei und 6,8% dieser Patienten sogar alle vier Formen. Auch in dieser Studie zeigten sich also die großen Überschneidungen zwischen den einzelnen Formen der Traumatisierung und das seltene isolierte Auftreten einzelner Formen konnte auch hier bestätigt werden.

In einer aktuellen Studie aus Brasilien (Tucci et al., 2010) wurde die Häufigkeit und Intensität von kindlicher Traumatisierung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen und Depressionen anhand des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) untersucht. Insgesamt nahmen 295 Männer und Frauen an der Studie teil, davon waren 85 alkoholabhängige Patienten, 70 drogenabhängige Patienten, 70 Patienten mit Depressionen und 70 Personen einer gesunden Kontrollgruppe. Um die Vergleichbarkeit mit den anderen vorgestellten Studien zu wahren werden im Folgenden ausschließlich die Suchtpatienten betrachtet. In der Gruppe der alkoholabhängigen Patienten wurden 49,2% emotional missbraucht (drogenabhängige Patienten 64,3%), 57,3% wurden körperlich misshandelt (61,5%) und sexuell missbraucht wurden 23,4% (32,9%). Im Bereich der emotionalen Vernachlässigung lagen die Zahlen bei 73,6% (77,2%), dahingegen wurden 59,8% der Patienten körperlich

vernachlässigt (50,0%). In allen Bereichen lagen also die Zahlen für die drogenabhängigen Patienten höher als die der alkoholabhängigen Patienten. Im Bereich des emotionalen und des sexuellen Missbrauchs waren die Frauen signifikant häufiger betroffen als die Männer. In allen fünf Bereichen waren die Zahlen für die beiden Suchtgruppen signifikant höher als die der Kontrollgruppe. Leider wurde in dieser Untersuchung keine Auswertung im Hinblick auf das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Formen der Kindesmisshandlung gemacht. Betrachtet man jedoch die hohen Zahlen in den einzelnen Bereichen, so müssen auch hier häufig Multitraumatisierungen vorgelegen haben. Auffallend waren vor allem die hohen Werte der emotionalen Vernachlässigung, diese scheint häufig gleichzeitig mit einer anderen Traumatisierung vorgelegen zu haben.

Kausch et al. (2006) führten eine Studie zu Traumaerfahrungen an 111 spielsüchtigen Patienten durch (102 Männer und 9 Frauen). Die Traumaerfahrungen wurden anhand des Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1992) ermittelt. 64,0% der Patienten gaben mindestens eine Form der Misshandlung an. Emotional missbraucht wurden 56,8% der Patienten, 40,5% der Patienten wurden körperlich misshandelt und eine Form des sexuellen Missbrauchs erlebten 24,3% der Patienten. 39,2% der Männer und 77,8% der Frauen gaben an, zwei oder mehr Formen der Misshandlung erlebt zu haben. Die Kombination zwischen körperlichem und sexuellen Missbrauch erlebten 12,7% der Männer und 44,9% der Frauen. Frauen wurden signifikant häufiger emotional und sexuell misshandelt, außerdem waren die Raten an multipler Traumatisierung bei Frauen signifikant höher. Die Zahlen zur körperlichen Misshandlung unterschieden sich im Vergleich zwischen den Geschlechtern nicht signifikant. Des Weiteren ist untersucht worden, wie viele der Patienten zusätzlich alkohol- und/oder drogenabhängig waren und wie bei diesen Teilstichproben die Prävalenzen von Traumaerfahrungen waren. So wurden 62,5% der alkoholabhängigen Patienten emotional traumatisiert (69,7% der drogenabhängigen), 54,4% dieser Teilstichprobe ist körperlich misshandelt worden (60,6%) und sexuell traumatisiert wurden 35,4% (33,3%). Es zeigten

sich also auch in dieser Untersuchung hohe Raten an Polytraumatisierungen bei suchtkranken (teilweise mehrfach suchtkranken) Patienten. Allerdings ist bei dieser Studie zu beachten, dass es sich nicht um eine Untersuchung reiner Kindheitstraumatisierungen handelt. Die Traumaerfahrungen wurden anhand des Addiction Severity Index (ASI) ermittelt, welcher auch Erfahrungen im Erwachsenenalter mit einschließt. Da jedoch eine große Mehrheit der Patienten (91,5%) angab, es habe sich bei den beschriebenen Misshandlungen um Erfahrungen in der Kindheit gehandelt, wird die Untersuchung an dieser Stelle trotzdem vorgestellt.

Abschließend zeigt sich, dass es sehr wenige Untersuchungen gibt, in welchen Suchtpatienten im Hinblick auf die Art der Traumatisierung genauer untersucht werden. Es gibt viele weitere Studien zu den Prävalenzen der verschiedenen Formen des Kindesmissbrauchs bei suchtkranken Patienten (z.B. Cohen & Densen-Gerber, 1982; Dom et al., 2007; Langeland et al., 2004; Lundgren et al., 2002; Mirsal et al., 2004; Ouimette et al., 2000; Sheridan, 1995; Windle et al., 1995; Zlotnick et al., 2006), jedoch wird in all diesen Untersuchungen nicht auf Kombinationen zwischen verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung eingegangen. Mit dieser Arbeit soll versucht werden, einen weiteren Schritt in diese Richtung zu tun.

### **1.2.3 Klinische Folgen kindlicher Traumatisierungen bei suchtkranken Patienten**

Ein Großteil der im Abschnitt 1.2.2.2 beschriebenen Studien, welche Cluster früher Traumatisierungen bei suchtkranken Personen untersuchen, gehen auch auf klinische Folgen dieser unterschiedlichen Formen von kindlichen Traumaerfahrungen ein.

So untersuchten Ruggiero et al. (1999) in ihrer clusteranalytischen Untersuchung an 200 drogen- und/ oder alkoholabhängigen Patienten die unterschiedliche Häufigkeit des Auftretens von Persönlichkeitsstörungen in den einzelnen Traumatisierungsclustern. Es zeigten sich signifikante Unterschiede

zwischen einzelnen Clustern in den Bereichen der schizoiden, schizotypischen, antisozialen, selbstunsicheren und negativistischen Persönlichkeitsstörung. Die Autoren konnten zeigen, dass die schizoide Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger bei Patienten auftrat, welche dem Cluster B („schwere Vernachlässigung“) oder dem Cluster F („schwere körperliche und emotionale Misshandlung“) zugeteilt wurden als bei Patienten des Clusters A („minimale Misshandlung“), des Clusters C („moderate Vernachlässigung“) oder des Clusters E („moderater sexueller Missbrauch“). Die antisoziale sowie die negativistische Persönlichkeitsstörung traten signifikant häufiger bei Patienten mit schwerem sexuellen Missbrauch (Cluster D) als bei Patienten mit minimaler Misshandlung (Cluster A) auf. Des Weiteren fiel in dieser Studie auf, dass Patienten, welche in der Kindheit schwer körperlich und emotional misshandelt wurden (Cluster F) ein signifikant niedrigeres Alter bei Beginn der Abhängigkeit zeigten als Patienten, welche minimal oder gar nicht traumatisiert wurden (Cluster A) oder moderat sexuell misshandelt wurden (Cluster E).

Auch Evren et al. (2006) untersuchten verschiedene Formen kindlicher Traumatisierungen bei 132 suchtkranken Patienten und deren klinische und soziale Folgen. Sie konnten zeigen, dass Suizidversuche in der Vergangenheit und selbstschädigendes Verhalten signifikant häufiger bei Patienten auftraten, welche in ihrer Kindheit mindestens eine Form von Missbrauch oder Vernachlässigung erlebten. In dieser Studie ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen traumatisierten bzw. nicht traumatisierten Patienten im Hinblick auf das Alter bei erstem Substanzmissbrauch. Es zeigte sich jedoch, dass Patienten mit kindlichen Traumaerfahrungen im Erwachsenenalter signifikant häufiger Depressionen, spezifische Phobien und Persönlichkeitsstörungen entwickeln sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.

Kausch et al. (2006) untersuchten ihre Stichprobe (111 spielsüchtige Patienten) im Hinblick auf Suizidversuche in der Vergangenheit und auf die Composite Scores des Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1992). Insgesamt

berichteten 38,7% der Studienteilnehmer von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit. 46,5% von ihnen erlebten einen Suizidversuch und 53,5% mehr als einen. Des Weiteren wurde beschrieben, dass Patienten, welche emotional oder körperlich misshandelt wurden signifikant häufiger einen Suizidversuch unternahmen als Patienten, welche sexuell traumatisiert wurden. Es zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Suizidversuche bei traumatisierten Patienten. Im ASI ( McLellan et al., 1992) zeigten sich nur signifikante Unterschiede im Bereich des psychischen Status der Patienten, hier waren die Patienten mit Traumatisierungen in allen hier untersuchten Bereichen (emotional, physisch und sexuell) signifikant schwerer betroffen als Patienten ohne entsprechende Erfahrungen.

### **1.3 Fragestellungen und Hypothesen**

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, gibt es bisher sehr wenige Untersuchungen zu Patienten mit einer Alkoholkrankheit, welche verschiedene Traumatisierungscluster bilden und so häufige Kombinationen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit herausarbeiten. Die einzige Studie dieser Art ist von Ruggiero et al. (1999) und untersucht, ob drogen- und/oder alkoholabhängige Patienten mit verschiedenen Missbrauchsmustern in der Kindheit auch unterschiedliche Symptome von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zeigen. In den wenigen anderen Studien zu Kombinationen von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit werden Zahlen genannt, wie viele verschiedene Arten der Misshandlung erlebt wurde, es werden jedoch keine konkreten Kombinationen genannt (z.B. Evren et al., 2006). In anderen Studien kann allein durch die Höhe der prozentualen Anteile in den einzelnen Missbrauchsbereichen davon ausgegangen werden, dass auch hier in den meisten Fällen von Kombinationen von Missbrauch ausgegangen werden muss (z.B. Tucci et al., 2010). So zeigt sich der Bedarf an einer Studie, welche für alkoholabhängige Patienten unterschiedliche Missbrauchcluster herausarbeitet und untersucht, ob diese einen Einfluss auf den Verlauf ihrer Erkrankung haben.

### Fragestellungen:

1. Lassen sich bei alkoholabhängigen Patienten in stationärer Behandlung verschiedene Cluster früher traumatischer Erfahrungen abgrenzen?
2. Finden sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Clustern und klinischen Parametern (z.B. Alter bei Beginn der Abhängigkeit, Suizidgedanken und -versuche, weitere psychische Probleme)?

### Hypothesen:

zu Fragestellung 1.:

Auch bei alkoholabhängigen Patienten finden sich unterschiedliche Cluster früher traumatischer Erfahrungen, die neben isolierten Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung auch Kombinationen dieser Erlebnisse einschließen.

zu Fragestellung 2.:

Der gegenwärtige Forschungsstand lässt die Ableitung gut begründeter Hypothesen bei alkoholabhängigen Patienten nicht zu, dieser Teil der Untersuchung hat explorativen Charakter.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Wahl des Forschungsdesigns**

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer umfassenden Querschnittsstudie zur Untersuchung interpersonaler Traumatisierungen bei alkoholabhängigen Patienten.

Die konsekutiv auf die Suchtstation des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) aufgenommenen Patienten wurden zu drei Zeitpunkten untersucht.

Zu zwei Zeitpunkten wurden verschiedene Merkmale wie zum Beispiel depressive Symptomatik (BDI: Beck Depression Inventory; Beck & Steer, 1999), Ängstlichkeit (STAI: State-Trait Anxiety Inventory ; Spielberger, 1983), Craving (OCDS-d: Obsessive Compulsive Drinking Scale; Anton et al., 1995) sowie neuroendokrinologische Parameter (Plasma-ACTH, Plasma-Cortisol) untersucht. Dadurch zeigt die Untersuchung zum Teil auch längsschnittlichen Charakter. Dies bietet den Vorteil, dass Veränderungen in den Individualdaten eines Patienten erkannt werden können und so die Möglichkeit besteht, kausale Zusammenhänge darzustellen. Die für andere Auswertungen relevanten neuroendokrinologischen Parameter wurden in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

Des Weiteren wurden anhand eines klinisch-diagnostischen Interviews weitere querschnittliche Daten erhoben. Inhalt dieses Interviews waren die psychiatrische Komorbidität (SKID-I, SKID-II: strukturiertes klinisches Interview für DSM IV I und II; Wittchen et al., 1997 a,b), Traumatisierungen im Kindes- und Erwachsenenalter (CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein & Fink, 1998; STI: strukturiertes Trauma Interview; Draijer, 1989; deutsche Übersetzung: Schäfer, 2004), Schwere der Alkoholabhängigkeit (EuropASI: European Addiction Severity Index; Gsellhofer et al., 1994) sowie ein Fragebogen zu allgemeinen soziodemografischen Angaben.

## **2.2 Wahl der Untersuchungszeitpunkte und des Datenerhebungsverfahrens**

Zu zwei Zeitpunkten wurde eine venöse Blutentnahme durchgeführt, um die neuroendokrinen Messungen durchführen zu können. Diese Blutentnahmen fanden zwischen 8.00 und 9.00 Uhr (nach einem standardisiertem Frühstück) an Tag 2 des stationären Aufenthaltes sowie ab Tag 10 des stationären Aufenthaltes statt. So wurde sichergestellt, dass die ersten Werte während und die zweiten Werte nach vollständigem Ablauf des körperlichen Entzuges entnommen wurden. Nach diesen Blutentnahmen füllten die Patienten Selbstbeurteilungsfragebögen zur aktuellen depressiven Symptomatik (BDI), zum Craving (OCDS-d) sowie zur Ängstlichkeit aus. Das klinische Interview fand immer mindestens 1 Tag nach der 2. Blutentnahme statt, um die sensiblen neuroendokrinen Parameter der HHNA-Achse (ACTH, Cortisol) nicht durch eventuell verursachten Stress zu beeinflussen. Zugleich war gewährleistet, dass zu diesem Zeitpunkt der körperliche Entzug abgeschlossen war.

Das klinische Interview beinhaltete sowohl Selbstbeurteilungsfragebögen als auch strukturierte Fragebögen durch den Untersucher. Diese insbesondere bei Interviews zu Traumaerfahrungen bewährte Kombination bietet einerseits den Vorteil, dass offene Fragen oder Verständnisprobleme mit dem Interviewer geklärt werden können und so Fehler in den Daten vermieden werden. Andererseits kommen auch die Vorteile eines Selbstbeurteilungsfragebogens zum Tragen: Häufig können durch Summenscores auch graduelle Abstufungen der Symptome gewertet und so quantifiziert werden. Außerdem zeigt die klinische Erfahrung, dass es gerade im Bereich der Befragung zu Traumaerfahrungen durch Selbstratinginstrumente seltener zu „Retraumatisierungen“ kommt (Driessen et al., 2006).

## **2.3 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche**

### **2.3.1 Soziodemografische Daten**

Mit einem allgemeinen Fragebogen wurden soziodemografische Daten

erhoben. Diese bilden die Grundlage einer jeden Untersuchung, nur anhand dieser Daten kann nachher ein übersichtliches und gut strukturiertes vergleichbares Bild entstehen. Weitere Angaben zur Soziodemografie und zur allgemeinen Lebenssituation wurden mit dem EuropASI (European Addiction Severity Index; Gsellhofer et al., 1994) erhoben, dieser Fragebogen geht einerseits auf die Schwere der Abhängigkeit ein, andererseits aber erfragt er auch fünf weitere Problembereiche, die dem Untersucher ein differenzierteres Verständnis der Lebensumstände des Suchtkranken geben sollen (siehe Abschnitt 2.4.1.1).

### **2.3.2 Kindliche Traumatisierung**

Die Erfassung der kindlichen Traumatisierung bildet das Grundgerüst dieser Untersuchung. Das Vorhandensein und das Ausmaß der kindlichen Traumatisierung wurde anhand des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) erfasst. Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen geht auf die 5 allgemein anerkannten verschiedenen Bereiche der kindlichen Traumatisierung ein: körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung sowie Vernachlässigung und sexueller Missbrauch.

### **2.3.3 Klinische Verlaufparameter**

Zur Erhebung dieses Merkmalsbereiches kamen mehrere strukturierte Fragebögen zum Tragen.

Es wurden Teile des EuropASI (European Addiction Severity Index; Gsellhofer et al., 1994) ausgewertet. So wurde dem EuropASI das Alter bei Beginn der Abhängigkeit, das Vorhandensein von Suizidgedanken und/oder -versuchen sowie die Alkoholabhängigkeit der Eltern entnommen.

Anhand des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-II; Wittchen et al., 1997 a, b) wurden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert und in die Auswertung integriert.

## **2.4 Operationalisierung der Merkmalsbereiche**

### **2.4.1 Soziodemografische Daten**

#### **2.4.1.1 Allgemeiner Fragebogen zur Soziodemografie**

Zur Erhebung der soziodemografischen Daten wurde ein Interview eingesetzt, welches eigens für den Zweck der Studie zusammengestellt wurde. Es wurde im Rahmen des klinischen Interviews in Form eines strukturierten Fragebogens durch den Untersucher durchgeführt. Im ersten Teil beinhaltet dieser Fragen zu Geschlecht und Alter des Patienten, sowie zu Familienstand, fester Partnerschaft, Kindern, der aktuellen Wohnsituation und der Anzahl guter Freunde. Der darauf folgende Teil beschäftigt sich mit der beruflichen Laufbahn des Patienten. So wurde nach dem höchsten Schulabschluss gefragt und nach dem Vorhandensein einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Außerdem wurde die aktuelle Erwerbssituation erfragt und die Anzahl der Monate im vorangegangenen Jahr, in welchen der Patient erwerbstätig bzw. in welchen er arbeitsunfähig gewesen ist. Abschließend wurde nach dem monatlichen Haushaltseinkommen gefragt.

#### **2.4.1.2 European Addiction Severity Index (EuropASI)**

Einzelne Items zur Soziodemografie (z.B. die Nationalität des Patienten) wurden auch dem EuropASI (Gsellhofer et al., 1994) entnommen, eine genaue Beschreibung dieses Fragebogens findet sich in Abschnitt 2.4.3.1.

### **2.4.2 Kindliche Traumatisierung**

#### **2.4.2.1 Childhood Trauma Questionnaire**

Eine zentrale Rolle bei der vorliegenden Untersuchung spielt das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) von Bernstein und Fink (1998), mit welchem die Daten zur Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter erhoben wurden. Anhand dieser Daten wurden später die verschiedenen Missbrauchscluster gebildet. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument kann ab dem 12. Lebensjahr angewandt werden und erfasst retrospektiv körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie körperlichen, emotionalen und sexuellen Missbrauch.

In dieser Untersuchung wurde die 28 Item umfassende Kurzfassung des CTQ (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003) verwendet, welche ausgehend von der mit 70 Items relativ langen amerikanischen Originalversion mittels explorativer Faktorenanalyse entwickelt wurde. Ziel war es, eine schneller durchzuführende, also kürzere und einfacher zu interpretierende Fragebogenform zu entwickeln. Und so hat diese Kurzform des CTQ in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung zwischen den vielen Instrumenten zur Erhebung kindlicher Traumatisierung erfahren (Wingenfeld et al., in Druck). Sowohl die amerikanische Lang- als auch die Kurzfassung haben in testatischen Überprüfungen eine hohe innere Konsistenz gezeigt (Cronbach's  $\alpha$  zwischen .79 und .94 für die einzelnen Subskalen). Auch die Validität der Kurzversion des Fragebogens konnten Bernstein et al. (2003) sowohl für klinische Populationen als auch für die Allgemeinbevölkerung nachweisen. In einer aktuellen Untersuchung von Wingenfeld et al. (in Druck) konnten auch für die deutsche Version des CTQ-SF in allen Skalen hohe innere Konsistenzen gezeigt werden (Cronbach's  $\alpha \geq .89$ ). So konnte die etablierte Skalenstruktur (sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung) mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse auch für die deutsche Fassung bestätigt werden.

Der CTQ-SF umfasst für jede der fünf Skalen fünf Items. Des Weiteren gibt es drei Items, welche überprüfen sollen, ob die Befragten zur Bagatellisierung oder Verleugnung von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit tendieren (z.B. „Als ich aufwuchs, gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte“). So ergeben sich die 28 Items (siehe Tabelle 1). Die Aussagen werden jeweils mit der Formulierung „Als ich aufwuchs...“ eingeleitet und sind anhand einer fünfstufigen Likertskala zu beantworten, welche von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr häufig“ (5) reicht. Somit ergeben sich für jede der fünf Subskalen Summenscores zwischen 5 (kein Missbrauch/ Vernachlässigung) und 25 (schwerster Missbrauch/ Vernachlässigung).

**Tabelle 1. Skala und Items des CTQ-SF (Einleitung: Als ich aufwuchs...)**

---

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

---

<b>Körperliche Misshandlung</b>	
Item 9	...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste
Item 11	...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug
Item 12	...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft
Item 15	Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs
Item 17	...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel

---

<b>Sexueller Missbrauch</b>	
Item 20	...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren
Item 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
Item 23	...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen
Item 24	...belästigte mich jemand sexuell
Item 27	Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs

---

<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	
Item 5	...gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein (R)
Item 7	...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden (R)
Item 13	...gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht (R)
Item 19	...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah (R)
Item 28	...war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung (R)

---

<b>Körperliche Vernachlässigung</b>	
Item 1	...hatte ich nicht genug zu essen
Item 2	...wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte (R)
Item 4	...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen
Item 6	...musste ich dreckige Kleidung tragen
Item 26	...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte (R)

---

Anmerkung: (R): Diese Items werden invers kodiert

Es liegen für jede der verschiedenen Misshandlungsformen Cut-off-Werte vor,

um die Schwere der Traumatisierung einzuschätzen. Diese Schweregradeinteilung geht von „keine oder minimal“ über „niedrig bis mäßig“ und „mäßig bis schwer“ bis hin zu „schwer bis extrem“ (Bernstein und Fink, 1998). Tabelle 2 zeigt die dazu von Bernstein und Fink (1998) vorgeschlagenen Cut-off-Werte, welche auch hier verwendet wurden, um die gruppierten Werte der einzelnen Traumatisierungsformen darzustellen.

**Tabelle 2. Cut-off-Werte für die Klassifizierung der einzelnen Traumatisierungsformen**

Skala	Klassifizierung			
	keine (oder minimal)	wenig (bis moderat)	moderat (bis schwer)	schwer (bis extrem)
em. Missbr.	5-8	9-12	13-15	≥ 16
körp. Missbr.	5-7	8-9	10-12	≥ 13
sex. Missbr.	5	6-7	8-12	≥ 13
em. Vern.	5-9	10-14	15-17	≥ 18
körp. Vern.	5-7	8-9	10-12	≥ 13

*Anmerkungen:* em. Missbr.: emotionaler Missbrauch, körp. Missbr.: körperlicher Missbrauch, sex. Missbr.: sexueller Missbrauch, em. Vern.: emotionale Vernachlässigung, körp. Vern.: körperlicher Vernachlässigung

In der vorliegenden Untersuchung wurde der CTQ-SF verwendet, um mit den Werten der einzelnen Items (jeweils ein Wert zwischen 1 und 5) eine Clusterzentrenanalyse durchzuführen (siehe Abschnitt 2.7). So konnten Missbrauchscluster gebildet werden, in denen jeweils unterschiedlich hohe Summenscores der einzelnen Missbrauchsformen vorliegen (jeweils zwischen 5 und 25).

### 2.4.3 Klinische Verlaufparameter

#### 2.4.3.1 European Addiction Severity Index (EuropASI)

Der EuropASI (Gsellhofer et al., 1994) wurde den Patienten im Rahmen des wissenschaftlichen Interviews vorgelegt. Es handelt sich bei diesem Fragebogen um ein semistrukturiertes klinisches Instrument, welches einerseits die direkt mit dem Substanzkonsum in Zusammenhang stehenden Aspekte erfragt. Andererseits soll mit dem Fragebogen aber auch ein allgemeines Bild der Lebenssituation des Suchtpatienten abgebildet werden. Folgende

Problembereiche sind neben dem Drogen- und Alkoholgebrauch inkludiert: Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen sowie der psychische Status des Patienten.

Als Grundlage für die deutsche Version des EuropASI von Gsellhofer et al. (1994) dienen sowohl die 5. Auflage der ursprünglich 1980 in den USA eingeführten amerikanischen Version (McLellan et al., 1992), als auch die europäische Version von Kokkevi et al. (1993). In einigen klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass auch die deutsche Version des EuropASI gute psychometrische Kennwerte besitzt und so als Instrument zur Verlaufskontrolle gut geeignet ist (Scheurich et al., 2000; Schmidt et al., 2007).

Der Fragebogen ist in sieben Problembereiche unterteilt (die sechs oben genannten plus allgemeine Angaben), welche anhand von 150 Items abgefragt werden. Im Anschluss an die objektiven Fragen zu jedem Bereich wird jeweils sowohl eine subjektive Einschätzung des Patienten als auch des Interviewers zu der Schwere der Probleme des Patienten in diesem Bereich erfragt. Dazu werden zwei unterschiedliche Skalen verwendet. Der Patient nutzt eine Skala von 0 (gar kein Problem) bis 4 (extremes Problem), auf welcher er die Problembelastung und den Wunsch nach Beratung und/oder Behandlung quantifizieren soll. Dem Interviewer steht eine Skala von 0-1 (kein Problem, keine Behandlung erforderlich) bis 8-9 (extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich) zur Verfügung, auf jener er die Schwierigkeiten des Patienten einschätzen soll. Die Auswertung erfolgt daraufhin nach Koeter und Hartgers (1997) mit dem „vorläufigen Verfahren für die Errechnung der EuropASI Composite Scores“. Auf diese Weise werden für jeden der 7 Problembereiche Scores errechnet, welche den Behandlungsbedarf des Patienten abbilden. Allerdings fließen in die Berechnung nur Angaben ein, welche die letzten 30 Tage betreffen. So wird gewährleistet, dass die aktuelle Situation des Patienten abgebildet wird. Außerdem ist es so möglich, zum Beispiel durch Befragungen vor und nach der Behandlung, mögliche Behandlungserfolge zu quantifizieren.

In der vorliegenden Untersuchung werden einzelne Items des ASI wie das Alter

bei Beginn der Abhängigkeit, das Vorhandensein von Suizidgedanken und/oder -versuchen sowie die Alkoholabhängigkeit der Eltern verwendet.

#### **2.4.3.2 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID)**

Das SKID (Wittchen et al., 1997 a,b), unterteilt in SKID-I und SKID-II, ist ein Instrument zur standardisierten Erhebung psychischer Störungen nach DSM-IV. Das SKID-I erfasst Achse-I Störungen (u.a. affektive Syndrome, psychotische Symptome, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Angststörungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, etc.), während das SKID-II den Bereich der Persönlichkeitsstörungen abdeckt. In der vorliegenden Arbeit wurde die deutsche Version von Wittchen et al. (1997a,b) verwendet.

Im Rahmen des klinischen Interviews wurden sowohl das SKID-I als auch das SKID-II als strukturiertes Interview mit den Patienten durchgeführt, im Rahmen der Auswertung dieser Untersuchung findet jedoch in Anlehnung an Ruggiero et al. (1999) nur das SKID-II Verwendung.

Das SKID-II setzt sich aus 131 Items zusammen, welche gemeinsam die zehn Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV sowie zwei im Anhang des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen genannten Persönlichkeitsstörungen abbilden. Dabei handelt es sich um folgende Störungen: die Selbstunsichere, die Dependente, die Zwanghafte, die Negativistische, die Depressive, die Paranoide, die Schizotypische, die Schizoide, die Histrionische, die Narzistische, die Borderline und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Beantwortet werden die Fragen jeweils mit 1 = „Kriterium nicht erfüllt“, 2 = „Kriterium teilweise erfüllt“ oder 3 = „Kriterium erfüllt“. Aus der Summe der Antworten mit „Kriterium erfüllt“ wird ein Score gebildet und anhand unterschiedlicher Cut-Off-Werte für die einzelnen Störungen kann daraufhin bei entsprechenden Werten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden.

## 2.5 Stichprobenansatz

In der vorliegenden Studie wurden konsekutiv Patienten eingeschlossen, welche stationär auf die Suchtstation der psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aufgenommen wurden, sofern sie folgende Kriterien erfüllten:

### Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (nach DSM-IV)

### Ausschlusskriterien:

- andere Substanzbezogene Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit)
- mangelnde Deutschkenntnisse, welche eine sinnvolle Durchführung des Interviews und Beantwortung der Fragebögen unmöglich machten
- schwere kognitive Störungen
- Einnahme von Medikamenten, welche die HHNA-Achse beeinflussen könnten (Ausnahme: orale Kontrazeptiva)
- Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn, etc.)
- Vorliegen einer körperlichen Erkrankung, welche Einfluss auf das Hormonsystem der HHNA-Achse haben könnte oder welche das klinische Interview nicht zulassen würde

## 2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde in zwei grundsätzliche Bereiche unterteilt: Einerseits die beiden Blutentnahmen sowie das Ausfüllen der Fragebögen durch den Patienten am selben Tag und andererseits das strukturierte klinische Interview. Folgende Daten wurden zu dem jeweiligen Zeitpunkt erhoben:

**Tabelle 3. Untersuchungen zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten**

Zeitpunkt	Untersuchung
Tag 2	Blutentnahme und CIWA, MADR, OCDS-d, STAI, BDI
Tag 10	Blutentnahme und OCDS-d, STAI, BDI, Screening SKID-2
Interview	Fragebogen zur Soziodemographie, BSI, EuropASI, SKID-1, SKID-2, CTQ, FEBS, STI, PDS-d, Zusatzfragebogen Typ A/B (Auszug aus SIGAD), pseudoMAST und TPQ

### 2.6.1 Durchführung des klinischen Interviews

Zu einem vereinbarten Termin folgte sodann ein umfassendes Interview mit einem geschulten Mitarbeiter im Einzelgespräch. Dieses Gespräch fand grundsätzlich in einer geschützten Atmosphäre statt. Es wurde also ein Raum gewählt, in welchem größtmögliche Ruhe herrschte und es zu keinen Störungen kam. Das Interview dauerte in der Regel zwischen 3 und 5 Stunden und beinhaltete sowohl strukturierte Interviews sowie Selbstbeurteilungsfragebögen.

Zu Beginn wurde der Patient darüber aufgeklärt, dass eine Unterbrechung des Interviews sowie eine Pause jederzeit möglich sei. Des Weiteren wurde ihm erklärt, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig sei und er jederzeit auch einzelne Fragen überspringen könne, sofern er sich nicht in der Lage fühle, sie zu beantworten. Wenn keine weiteren Fragen mehr aufkamen, wurde dann mit dem Interview begonnen.

Anfangs wurden allgemeine soziodemografische Inhalte erfragt. Darauf folgend wurde mit dem EuropASI zum einen noch einmal genauer auf die Alkoholabhängigkeit eingegangen, zum anderen wurden in diesem Fragebogen auch Einzelheiten zu körperlichen Erkrankungen sowie die soziale, rechtliche,

familiäre und psychische Situation erfragt. Anschließend lag der Schwerpunkt mit dem SKID-I und SKID-II auf der genauen psychiatrischen Diagnostik, bevor zu potentiellen Traumatisierungen übergegangen wurde (CTQ, STI, pds-d, PTBS-Teil aus dem SKID-I).

Abschließend bekam der Patient Zeit, weitere Fragen zu stellen und seine Gefühle und Gedanken zu dem Gespräch zu äußern. Bei Bedarf (z.B. schwere psychische Belastung durch Traumatisierung in der Kindheit) wurde ihm ein Gespräch mit dem Studienleiter oder den Psychologinnen der Station angeboten. Zudem wurde das Pflorgeteam über das Interview informiert, um eine optimale weitere Betreuung zu gewährleisten.

## **2.7 Analyseverfahren**

Die Rechnungen wurden mit SPSS 17.0 für Windows durchgeführt.

Zur Identifizierung der Cluster hinsichtlich der Traumatisierung wurde die Clusterzentrenanalyse verwendet, in welche die Gesamtscores der CTQ-Subskalen eingingen. Nach 10 Iterationen wurden die 6 Cluster mit ihren Clusterzentren definiert.

Um die gefundenen Cluster hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale zu vergleichen wurden Mittelwertvergleiche (T-Test bzw. einfaktorielle ANOVA mit Post Hoc Test nach Bonferroni) sowie bei kategorialen Daten Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Für sämtliche statistischen Auswertungen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von „ $p < .05$ “ festgelegt. Bei multiplen Testungen wurde eine Adjustierung des Alphafehlers nach folgender Formel vorgenommen:  $.05/\text{Anzahl Post-hoc Tests}$ .

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Art der Ergebnisdarstellung**

In einem ersten Kapitel wird auf die Stichprobe sowie die Teilnehmerquote eingegangen. Im darauf folgenden Teil werden die Ergebnisse anhand der oben beschriebenen Merkmalsbereiche dieser Untersuchung dargestellt.

Im ersten Abschnitt werden die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe beschrieben.

Die Auswertung des Childhood Trauma Questionnaire sowie die Ergebnisse der clusteranalytischen Untersuchung werden in dem folgenden Teil wiedergegeben. Im Vordergrund steht die Auswahl der sechs-Cluster-Lösung sowie die Beschreibung der einzelnen Cluster.

Daraufhin wird auf die zweite Fragestellung dieser Arbeit eingegangen. Es werden die Unterschiede der Cluster im Hinblick auf klinische Parameter (wie zum Beispiel das Ersterkrankungsalter oder die Suizidversuche in der Vorgeschichte) hervorgehoben.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf eine Nachkommastelle gerundet.

### **3.2 Darstellung der Stichprobe**

#### **3.2.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote**

Bei der vorliegenden Studie erfüllten im Untersuchungszeitraum 752 Patienten die Einschlusskriterien. Diese Patienten bekamen ein Angebot zur Studienteilnahme. Die Daten von 347 Patienten (46,1%) konnten in die clusteranalytische Untersuchung eingehen. Bei 405 Patienten (53,9%) musste aus verschiedenen Gründen auf die vollständige Datenerhebung verzichtet werden. Ein Teil der Patienten hat die Teilnahme an der Untersuchung verweigert, andere wurden frühzeitig entlassen oder haben die Therapie abgebrochen. Ein weiterer Anteil der Stichprobe musste nachträglich aus der Studie ausgeschlossen werden, Gründe hierfür konnten z.B. eine neu aufgetretene Erkrankung, eine Medikamentenumstellung oder ein Rückfall sein.

Somit hatten sie im Verlauf der Therapie ein Ausschlusskriterium erfüllt. Bei wenigen konnte ein Interview aufgrund von Terminproblemen nicht stattfinden.

### 3.3 Ergebnisse der Merkmalsbereiche

#### 3.3.1 Soziodemografische Daten

Die Gesamtstichprobe dieser Untersuchung setzt sich zusammen aus 100 Frauen (28,8%) und 247 Männern (71,2%). Die Teilnehmer waren im Durchschnitt etwa 43 Jahre alt, das Minimum lag bei 18 Jahren, das Maximum bei 65 Jahren. Tabelle 4 zeigt die Altersangaben (inklusive Lage- und Streuungsmaße) getrennt nach Geschlecht. Die Altersunterschiede zwischen den Geschlechtern waren nicht signifikant ( $p = .11$ ).

**Tabelle 4. Alter der Stichprobe in Jahren getrennt nach Geschlecht**

	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gesamt	42,9	9,7	18	65
Frauen	44,2	10,3	18	65
Männer	42,4	9,4	20	65

*Anmerkungen:*  $t_{df345} = -1,617$ ;  $p = .11$

93,7% der Stichprobe besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit (entsprechend 325 Personen). Die überwiegende Mehrheit hatte einen Schulabschluss (95,7%), 4,3% hatten keinen Abschluss. 37 Patienten (10,7%) besaßen einen Hochschulabschluss. Eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 264 Patienten (76,1%). Bei etwa einem Viertel der teilnehmenden Patienten (85 Patienten; 34,4%) lag das Haushaltseinkommen unter 500€ monatlich, 49 Patienten (14,1%) hatten dagegen mehr als 3000€ im Monat zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 116 Patienten (33,4%) ganztätig berufstätig, Teilzeit arbeiteten 29 Patienten (8,3%). Arbeitslos waren bei der Befragung 172 Patienten (49,6%). Mit 205 Personen (59,1%) war die Mehrheit der Patienten verschuldet.

Bei der Betrachtung des Familienstandes und der Wohnsituation zeigten sich folgende Zahlen: Ungefähr die Hälfte der Patienten (170 Patienten; 49,0%)

gaben an, ledig zu sein, ein ähnlich großer Anteil lebte auch allein in eigener Wohnung (181 Patienten; 52,2%). Ein Viertel der teilnehmenden Patienten waren geschieden (84 Patienten; 24,4%), nur 61 Patienten (17,6%) waren verheiratet. 169 Patienten (48,7%) hatten Kinder, dagegen wohnten nur 44 Patienten (12,7%) mit ihren Kindern zusammen. Eine differenziertere Betrachtung der soziodemografischen Angaben bietet Tabelle 5.

**Tabelle 5. Weitere soziodemografische Angaben der Stichprobe**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Geschlecht	weiblich	100	28,8
	männlich	247	71,2
Nationalität	Deutsch	325	93,7
	Andere	22	6,3
Schulabschluss	Hochschulabschluss	37	10,7
	Abitur/ Fachabitur	90	25,9
	mittlere Reife	99	28,5
	Hauptschulabschluss	106	30,5
	keinen Abschluss	15	4,3
Berufsausbildung	ja	264	76,1
	nein	83	23,9
Haushaltseinkommen (in Euro)	< 500	85	24,5
	500-1000	73	21,0
	1000-1500	42	12,1
	1500-2000	33	9,5
	2000-2500	33	9,5
	2500-3000	25	7,2
	> 3000	49	14,1
	keine Angabe	7	2,0
Familienstand	verheiratet	53	15,3
	wieder verheiratet	8	2,3
	verwitwet	7	2,0
	getrennt lebend	25	7,2
	geschieden	84	24,4

	ledig	170	49,0
Kinder	ja	169	48,7
	nein	178	51,3
Wohnsituation	mit Partner und Kindern	34	9,8
	mit Partner allein	65	18,7
	ohne Partner mit Kindern	10	2,9
	bei Eltern	14	4,0
	mit Familienangehörigen	9	2,6
	mit Freunden/ in WG	19	5,5
	allein in eigener Wohnung	181	52,2
	in Einrichtung	2	0,6
	keine feste Wohnung	3	0,9
	Hotel/ Pension	4	1,2
	Wohnungslos/ obdachlos	6	1,7
Schulden	ja	205	59,1
	nein	142	40,9
Berufstätigkeit	ganztätig	116	33,4
	Teilzeit	29	8,3
	Schüler/ Student/ Azubi	4	1,2
	Rentner/ Frührentner	19	5,5
	arbeitslos	172	49,6
	Institution	3	0,9
	Hausfrau/ Hausmann	2	0,6
	keine Angabe	2	0,6

### 3.3.2 Kindliche Traumatisierung

#### 3.3.2.1 Auswertung des Childhood Trauma Questionnaire

Betrachtet man die gruppierten Werte (siehe Abschnitt 2.4.2.1) der einzelnen Traumatisierungsformen, ergaben sich folgende Verhältnisse: fast ein Drittel der Stichprobe (31,4%) wurde in der Kindheit emotional vernachlässigt, wenn man den Cut-off-Wert „moderat bis schwer“ zugrunde legte. Betrachtet man jegliche Erfahrung mit emotionaler Vernachlässigung (also mindestens „wenig bis moderat“), so waren es 64,8%. Die zweit häufigste Form der Misshandlung war

die körperliche Vernachlässigung, 28,2% der Patienten wurden auf diese Weise traumatisiert (mit einem Cut-off-Wert bei „moderat bis schwer“). Betrachtet man bei dieser Gruppe diejenigen, welche jemals Erfahrungen mit körperlicher Vernachlässigung gemacht haben (Cut-off-Wert bei „wenig bis moderat“), lag der Wert bei 44,7%. Eine weitere häufige Misshandlungsform war in der vorliegenden Stichprobe die körperliche Misshandlung. 20,2% der Patienten wurden mindestens „moderat bis schwer“ körperlich misshandelt. 43 Patienten (12,4%) machten in dieser Hinsicht schwere bis extreme Erfahrungen, jegliche Erfahrungen mit körperlicher Gewalt machten 28,2% der Patienten. Wenn man im folgenden weiterhin die Grenze bei „moderat bis schwer“ zieht, wurden in dieser Stichprobe 15,3% der Patienten sexuell missbraucht, emotional missbraucht wurden 27,1%.

Auffallend ist weiterhin, dass der prozentuale Anteil der traumatisierten Patienten in allen fünf Kategorien bei den Frauen höher lag als bei den Männern. Geht man davon aus, dass eine Traumatisierung ab dem Wert „moderat bis schwer“ vorliegt, sind 26,7% der Männer und 43,0% der Frauen emotional vernachlässigt worden. Bei dem emotionalen Missbrauch lagen die Werte bei 20,2% (Männer) und 44,0% (Frauen). Der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern lag im Bereich des sexuellen Missbrauchs. 10,9% der Männer wurden sexuell traumatisiert, bei den Frauen lag dieser Wert bei 26,0%. In den genannten drei Bereichen zeigten die Frauen jeweils nach Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests signifikant höhere Werte als die Männer ( $p=.000$  für emotionalen und sexuellen Missbrauch,  $p=.003$  für emotionale Vernachlässigung). Auch in den Bereichen der körperlichen Traumatisierung lagen die Werte bei den Frauen höher. 18,6% der Männer wurden gegenüber 24,0% der Frauen körperlich misshandelt. Bei der körperlichen Vernachlässigung lagen die Werte bei 25,5% (Männer) und 35,0% (Frauen). Bei der Durchführung des Chi-Quadrat-Tests zeigten sich hier jedoch keine signifikanten Unterschiede ( $p=.258$ ;  $p=.075$ ).

Bei dem T-Test für die Mittelwertgleichheit ergeben sich dahingehend folgende

Verhältnisse. Neben dem emotionalen Missbrauch ( $t_{df345} = -4,495$ ,  $p=.000$ ), dem sexuellen Missbrauch ( $t_{df345}=-4,288$ ,  $p=.000$ ) und der emotionalen Vernachlässigung ( $t_{df345}=-2,721$ ,  $p=.007$ ) unterschied sich auch die körperliche Vernachlässigung ( $t_{df345}=-2,495$ ,  $p=.013$ ) signifikant zwischen den Geschlechtern. Bei der körperlichen Misshandlung gab es keinen signifikanten Unterschied ( $t_{df345}=-1,141$ ,  $p=.255$ ). Tabelle 6 zeigt die Werte für die Gesamtstichprobe, sowie für Männer und Frauen getrennt.

**Tabelle 6. Häufigkeitstabelle der Missbrauchsformen (gruppiert) für Männer und Frauen**

	Gesamt n (%)	Frauen n (%)	Männer n (%)
<b>emotionale Vernachlässigung</b>			
gar nicht bis minimal	122 (35,2)	29 (29,0)	93 (37,7)
wenig bis moderat	116 (33,4)	28 (28,0)	88 (35,6)
moderat bis schwer	44 (12,7)	16 (16,0)	28 (11,3)
schwer bis extrem	65 (18,7)	27 (27,0)	38 (15,4)
<b>körperliche Vernachlässigung</b>			
gar nicht bis minimal	192 (55,3)	46 (46,0)	146 (59,1)
wenig bis moderat	57 (16,4)	19 (19,0)	38 (15,4)
moderat bis schwer	49 (14,1)	14 (14,0)	35 (14,2)
schwer bis extrem	49 (14,1)	21 (21,0)	28 (11,3)
<b>emotionale Misshandlung</b>			
gar nicht bis minimal	181 (52,2)	40 (40,0)	141 (57,1)
wenig bis moderat	72 (20,7)	16 (16,0)	56 (22,7)
moderat bis schwer	34 (9,8)	13 (13,0)	21 (8,5)
schwer bis extrem	60 (17,3)	31 (31,0)	29 (11,7)
<b>körperliche Misshandlung</b>			
gar nicht bis minimal	249 (71,8)	69 (69,0)	180 (72,9)
wenig bis moderat	28 (8,1)	7 (7,0)	21 (8,5)
moderat bis schwer	27 (7,8)	8 (8,0)	19 (7,7)
schwer bis extrem	43 (12,4)	16 (16,0)	27 (10,9)
<b>sexueller Missbrauch</b>			
gar nicht bis minimal	273 (78,7)	68 (68,0)	205 (83,0)
wenig bis moderat	21 (6,1)	6 (6,0)	15 (6,1)
moderat bis schwer	23 (6,6)	6 (6,0)	17 (6,9)
schwer bis extrem	30 (8,6)	20 (20,0)	10 (4,0)

Des Weiteren ist es hilfreich, die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Dimensionen des CTQ zu betrachten. Mit diesem Wissen ist es in dem nächsten Abschnitt, bei der Betrachtung der Clusteranalyse, einfacher, die Werte der einzelnen Cluster einzuordnen. Tabelle 7 gibt eine Übersicht über diese Werte für die Gesamtstichprobe sowie für Frauen und Männer getrennt.

**Tabelle 7. Lage- und Streuungsmaße der CTQ-Kategorien getrennt nach dem Geschlecht**

	<b>Mittelwert</b>	<b>Standard- abweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>emotionaler Missbrauch</b>				
Gesamt (N=347)	9,95	5,33	5,00	25,00
Frauen (N=100)	11,92	6,07	5,00	25,00
Männer (N=247)	9,16	4,78	5,00	25,00
<b>körperliche Misshandlung</b>				
Gesamt (N=347)	7,70	4,46	5,00	25,00
Frauen (N=100)	8,13	5,01	5,00	22,00
Männer (N=247)	7,53	4,22	5,00	25,00
<b>sexueller Missbrauch</b>				
Gesamt (N=347)	6,50	3,95	5,00	25,00
Frauen (N=100)	7,90	5,46	5,00	25,00
Männer (N=247)	5,94	2,98	5,00	25,00
<b>emotionale Vernachlässigung</b>				
Gesamt (N=347)	12,34	5,32	5,00	25,00
Frauen (N=100)	13,55	5,83	5,00	25,00
Männer (N=247)	11,85	5,03	5,00	25,00
<b>körperliche Vernachlässigung</b>				
Gesamt (N=347)	8,30	3,82	5,00	25,00
Frauen (N=100)	9,10	4,42	5,00	24,00
Männer (N=247)	7,98	3,50	5,00	25,00

### **3.3.2.2 Bildung einer Trauma- und einer Nicht-Trauma-Gruppe**

In einem ersten Schritt wurde die Gesamtstichprobe in eine Trauma- und eine Nicht-Trauma-Gruppe unterteilt. In der Trauma-Gruppe wurden diejenigen Patienten zusammengefasst, welche in einer der Subskalen des CTQ mindestens im Bereich „moderat bis schwer“ lagen. So ergab sich eine Gruppe mit 172 Patienten (49,6%), die keine traumatischen Erfahrungen machten. Die Trauma-Gruppe bestand aus 175 Patienten (50,4%).

In der untersuchten Stichprobe bestehend aus 247 Männern und 100 Frauen gehörten 46,6% der Männer und 60,0% der Frauen der Trauma-Gruppe an, das heißt sie hatten in einer der fünf CTQ-Dimensionen mindestens „moderat

bis schwere“ Werte erreicht. Damit waren signifikant mehr Frauen in der Kindheit traumatisiert worden als Männer ( $\chi^2_{df=1}=5,144$ ;  $p=.023$ ).

Die dahingehende Auswertung für die einzelnen Dimensionen wurde bereits im vorigen Abschnitt beschrieben.

### **3.3.2.3 Bildung von Traumatisierungsklustern**

Mittels der Clusterzentrenanalyse wurde nach unterschiedlichen Clusterlösungen gesucht. Bei der Clusterzentrenanalyse müssen vorher die Anzahl der Cluster festgelegt werden. Es wurde eine Analyse für drei, vier, fünf, sechs und sieben Cluster durchgeführt. Eine zwei-Cluster-Lösung wurde von vornherein ausgeschlossen, da diese zu geringe Informationen (traumatisiert/nicht traumatisiert) bieten würde. Ziel ist es ja gewesen, verschiedene Traumatisierungsmuster hervorzuheben, dies ist mit nur zwei Clustern nicht möglich.

Die 3-Cluster-Lösung zeigte eine Gruppe mit 215 nicht traumatisierten Patienten. Daneben gab es ein Cluster mit 91 Patienten, welche im „moderaten bis schweren“ Umfang emotional vernachlässigt und missbraucht sowie körperlich vernachlässigt wurden. Die dritte Gruppe mit 41 Patienten hatte in allen fünf Traumatisierungsformen Werte im „schweren bis extremen“ Bereich. Aus verschiedenen Gründen wurde diese Lösung nicht gewählt. Einerseits waren 88,1% der Patienten auf 2 Gruppen verteilt, es hätten also wenig Schlussfolgerungen aus dieser Lösung gezogen werden können. Andererseits boten die drei Cluster auch inhaltlich wenig weiterführende Informationen über unterschiedliche Traumatisierungsmuster.

Folgende Konstellationen ergaben sich bei der Variante mit vier Clustern. Wie zu erwarten gab es weiterhin eine große Gruppe von 173 Patienten, welche in keiner der fünf Misshandlungsformen erhöhte Werte aufzeigte. Hier lagen die Werte also alle im Bereich von „keine oder minimale“ Misshandlung. In einer zweiten Gruppe mit 111 Patienten befanden sich diejenigen, welche „wenig bis moderat“ emotional sowie körperlich vernachlässigt und emotional missbraucht wurden. Des Weiteren zeigten sich bei dieser Lösung zwei Gruppen mit schwer

traumatisierten Patienten. In der ersten dieser beiden Gruppen waren diejenigen, welche in den vier Bereichen der emotionalen und körperlichen Misshandlungsformen „schwere bis extreme“ Werte erreichten. Sexuell wurden diese Patienten nicht traumatisiert. Diese Gruppe bestand aus 40 Patienten. Die letzte Gruppe (23 Patienten) bildete sich sodann aus denjenigen Patienten, welche in allen fünf Bereichen „schwer bis extrem“ traumatisiert wurden. Auch diese Lösung wurde nicht gewählt, da sich auch hier noch über 80% der Patienten auf zwei Gruppen aufteilten, es hätten sich so nur sehr wenig spezielle Aussagen über die unterschiedlichen Cluster machen lassen.

Ähnliche Befunde zeigten sich bei der Betrachtung der 5-Cluster-Lösung. Auch hier waren über dreiviertel der Patienten auf nur zwei Gruppen aufgeteilt, aus diesem Grunde wurde auch diese Variante letztendlich nicht gewählt. In der ersten und größten Gruppe waren erwartungsgemäß die nicht traumatisierten Patienten, diese wurde von 169 Personen gebildet. Etwa 30% der Stichprobe (104 Patienten) wurde zu einer Gruppe zusammengefasst, in welcher die Personen, vergleichbar mit der zweiten Gruppe der 4-Cluster-Lösung, „wenig bis moderat“ emotional vernachlässigt und missbraucht sowie körperlich vernachlässigt wurden. In dem dritten Cluster zeigten sich „extreme“ Werte in den Bereichen der emotionalen Misshandlungsformen. Des Weiteren bestand eine „moderate bis schwere“ Ausprägung der beiden körperlichen Traumatisierungsarten ohne sexuelle Traumatisierung. Diese Gruppe bestand aus 41 Patienten. Im Gegensatz dazu bestand bei der vierten Gruppe (17 Patienten) auch ein moderater bis schwerer sexueller Missbrauch, alle anderen Misshandlungsformen lagen im „extremen“ Bereich. Die 16 Patienten, welche das fünfte Cluster bildeten, wurden in allen fünf Bereichen „extrem“ traumatisiert. Aus den oben genannten Gründen wurde auch diese Lösung nicht gewählt.

Die im nächsten Abschnitt (3.3.2.3) genauer beschriebene 6-Cluster-Lösung wurde aus verschiedenen Gründen für die Analyse der unterschiedlichen Traumatisierungsformen gewählt. In den beiden größten Gruppen befanden

sich zusammen nur 72,5% der Patienten, also weniger als dreiviertel. Außerdem gab es nur 2 Cluster mit weniger als 20 Teilnehmern. Dies machte eine Auswertung realistisch und verwertbar.

Bei der Version mit sieben verschiedenen Gruppen beinhalteten die beiden größten Gruppen zusammen nur 73,7% der Patienten, allerdings hatten vier von den sieben Clustern in dieser Variante weniger als 20 Patienten. Dieser Zustand machte die Auswertung schwierig, da die Vergleichbarkeit durch die geringe Gruppengröße infrage gestellt war. Der Vollständigkeit halber wird aber auch diese Lösung im Folgenden kurz vorgestellt. 147 Patienten gehörten in dieser Variante dem Cluster ohne Traumatisierung an. In der nächstgrößeren Gruppe mit 109 Patienten bestand ein „wenig bis moderater“ Wert bei der emotionalen Vernachlässigung, die anderen 4 Misshandlungsformen lagen nicht vor. 38 Teilnehmer fielen in Cluster drei, diese Personen waren in der Kindheit im „schweren bis extremen“ Bereich emotional misshandelt und vernachlässigt worden, auch eine körperliche Vernachlässigung lag vor. Die nun folgenden vier Cluster beinhalteten alle weniger als 5% der Stichprobe. Die erste dieser Gruppen wurde aus Patienten gebildet, welche „extreme“ Werte in allen Bereichen außer dem sexuellen Missbrauch hatten. Daraufhin folgt eine Gruppe, welche auch, wie in dem vorherigen Cluster, in vier Bereichen „extreme“ Werte aufwies, hier allerdings bestanden auch „moderate bis schwere“ Zahlen im Bezug auf den sexuellen Missbrauch. Im Gegensatz dazu waren in der sechsten Gruppe Patienten, die nicht körperlich misshandelt wurden, aber in allen anderen Bereichen (auch sexueller Missbrauch) „extreme“ Werte auswiesen. In dem fehlenden siebten Cluster waren die Zahlen aller fünf Traumatisierungsformen im „extremen“ Bereich. Wie oben bereits beschrieben wurde jedoch die 6-Cluster-Lösung bevorzugt.

### 3.3.2.4 Die 6-Cluster-Variante

Im ersten Teil dieses Abschnittes wird die 6-Cluster-Variante, wie im vorherigen Abschnitt die anderen Varianten, kurz inhaltlich beschrieben. Darauf folgend wird auch auf die Geschlechtsunterschiede innerhalb der einzelnen Cluster eingegangen.

Die einzelnen Cluster werden nach Cluster A bis F benannt. Sie sind nach der Größe (Patientenanzahl innerhalb der Cluster) geordnet, beginnend mit der größten Gruppe. Der Übersicht halber wurden sie nach der herausragenden, also die Gruppe definierenden, Art der kindlichen Traumatisierung benannt. Die genauen Zahlen lassen sich Tabelle 8 entnehmen. Es folgt nach einer Übersicht die genaue Beschreibung der Cluster:

- Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“)
- Cluster B („moderate Vernachlässigung“)
- Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“)
- Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“)
- Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“)
- Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“)

Das Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) bestand aus 146 Patienten (42,1% der Gesamtstichprobe), welche im CTQ „keine oder minimale“ Misshandlung angaben. Die Werte waren hier in allen fünf Bereichen niedriger als der jeweilige Mittelwert der Gesamtstichprobe. Die anderen Patienten teilten sich auf fünf Gruppen mit einem variierenden Traumatisierungsprofil auf. Wie in der Tabelle 8 ersichtlich, ist jede dieser weiteren Gruppen durch mindestens zwei erhöhte Werte in den verschiedenen CTQ-Dimensionen charakterisiert. Cluster B („moderate Vernachlässigung“) setzte sich zusammen aus 106 Patienten (30,5% der Gesamtstichprobe), welche „moderat“ emotional sowie körperlich vernachlässigt wurden. Im Cluster C („schwerer emotionaler

Missbrauch“) befanden sich diejenigen 44 Patienten (12,7% der Gesamtstichprobe), welche in der Kindheit vor allem emotional missbraucht wurden. Die Zahlen zeigten „extreme“ Werte im Bereich des emotionalen Missbrauchs (mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Stichprobe) sowie „moderat bis schwere“ Werte bei der emotionalen Vernachlässigung. Im Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“) befanden sich 24 Patienten (6,9% der Gesamtstichprobe). Diese Personen gaben an, in „extremer“ Weise in ihrer Kindheit sowohl emotional und körperlich misshandelt als auch emotional und körperlich vernachlässigt worden zu sein. Für die körperliche Misshandlung lagen hier die Werte über zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Stichprobe, bei den anderen drei Misshandlungsformen waren es fast zwei Standardabweichungen. Eine sexuelle Traumatisierung lag derweil nicht vor. Die letzten beiden Gruppen umfassen die sexuell misshandelten Patienten. Das Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) wurde gebildet aus 14 Patienten (4,0% der Gesamtstichprobe), welche in ihrer Kindheit neben schwerem sexuellen Missbrauch (drei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Stichprobe) auch „extreme“ Formen der emotionalen Vernachlässigung (mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert) erlebt haben. Die Werte für den emotionalen Missbrauch sowie die körperliche Vernachlässigung lagen im „moderaten bis schweren“ Bereich. Eine körperliche Misshandlung lag nicht vor. Im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“), welches von 13 Personen (3,7% der Gesamtstichprobe) gebildet wurde, waren die Zahlen in allen fünf Kategorien des CTQ im „extremen“ Bereich. Die Werte lagen hier in allen Bereichen mindestens zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Stichprobe, bei der sexuellen Misshandlung waren es sogar über drei.

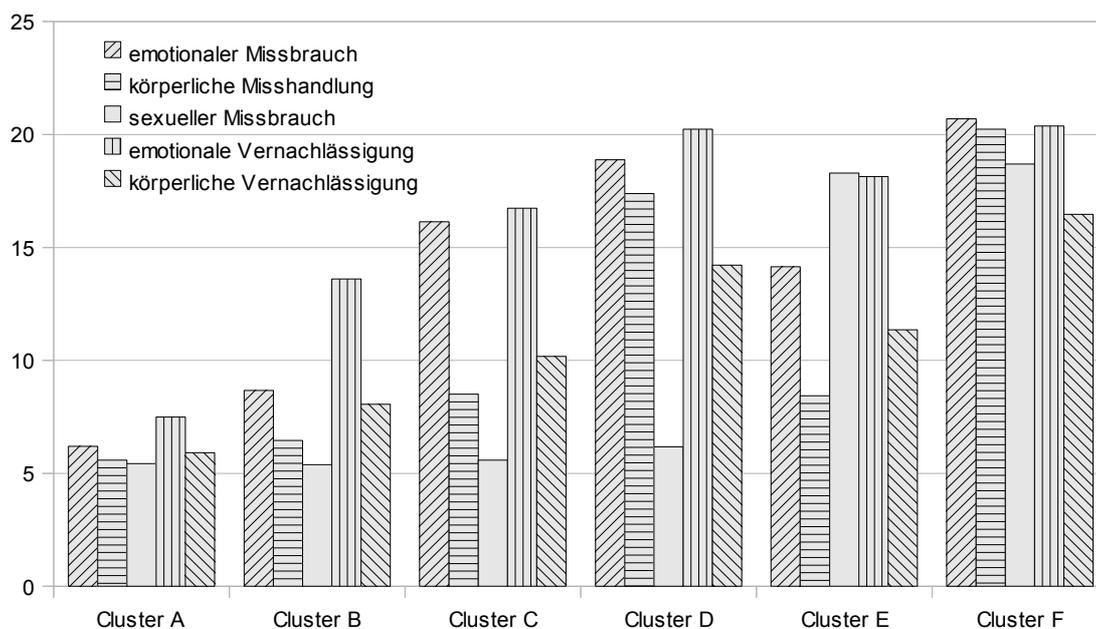
Tabelle 8 zeigt die finalen Clusterzentren nach 10 Iterationen.

**Tabelle 8. Die finalen Clusterzentren bei sechs Clustern (CTQ-Scores)**

Cluster	A	B	C	D	E	F
emotionaler Missbrauch	6,2	8,7	16,1	18,9	14,1	20,7
körperliche Misshandlung	5,6	6,5	8,5	17,3	8,4	20,2
sexueller Missbrauch	5,4	5,4	5,6	6,2	18,3	18,7
emotionale Vernachlässigung	7,5	13,6	16,7	20,4	18,1	20,4
körperliche Vernachlässigung	6,0	8,0	10,1	14,2	11,4	16,5
Anzahl der Personen je Cluster	146	106	44	24	14	13

Das Diagramm 1 veranschaulicht die Ergebnisse der 6-Cluster-Lösung graphisch.

**Diagramm 1. Profile der 6 Missbrauchscluster.**



Wurde eine Einfaktorielle Anova sowie einen Post-Hoc-Test nach Bonferroni durchgeführt, ergaben sich für die sechs Cluster folgende Verhältnisse. Im Bereich des emotionalen Missbrauchs unterschieden sich bis auf die Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“) und F („schwere sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) sowie C („schwerer emotionaler Missbrauch“) und E („schwerer sexueller und emotionaler

Missbrauch“) alle untereinander signifikant. Bei diesen beiden Paarungen war  $p \geq .05$ , bei allen anderen (im Bereich des emotionalen Missbrauchs) war  $p \leq .05$ . Bei der körperlichen Misshandlung waren nur die Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) und E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) nicht signifikant unterschiedlich ( $p = 1.000$ ), alle anderen Cluster hatten in diesem Bereich signifikant unterschiedliche Werte ( $p \leq .05$ ). Betrachtet man den sexuellen Missbrauch, waren die Verhältnisse relativ klar. Es gab zwei Cluster, in welchen ein hoher sexueller Missbrauch vorlag (Cluster E und Cluster F). Diese unterschieden sich von allen anderen signifikant ( $p = .000$ ), untereinander waren sie nicht signifikant verschieden ( $p = 1.000$ ). Auch die Cluster A bis D unterschieden sich im Bereich des sexuellen Missbrauchs untereinander nicht ( $p \geq .05$ ). Der nächste Bereich ist der der emotionalen Vernachlässigung. Hier unterschieden sich Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und Cluster B („moderate Vernachlässigung“) jeweils von allen anderen signifikant mit  $p \leq .05$ . Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“), E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und F („schwere sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) unterschieden sich in diesem Bereich nicht signifikant voneinander ( $p \geq .05$ ). Des Weiteren unterschied sich Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) mit  $p = 1.000$  nicht signifikant von Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“). Im Feld der körperlichen Vernachlässigung unterschieden sich bis auf zwei Paarungen alle anderen signifikant mit  $p \leq .05$ . Das Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) unterschied sich, wie auch im Bereich der emotionalen Vernachlässigung, mit  $p = 1.000$  nicht signifikant vom Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“). Außerdem waren die Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“) und Cluster F („schwere sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit  $p = .162$  nicht signifikant verschieden.

Um die Homogenität der gefundenen Cluster zu überprüfen, wurde für die fünf Missbrauchsformen der F-Wert ermittelt. Dieser berechnet sich, indem die Varianz der Variablen (die verschiedenen Formen der Traumatisierung) in den

einzelnen Clustern geteilt wird durch die Varianz der entsprechenden Variablen in der Erhebungsgesamtheit (Backhaus, 2008). So ist ein Cluster als vollkommen homogen anzusehen, wenn die F-Werte sämtlich kleiner als 1 sind. Übersteigt der F-Wert den Wert 1, bedeutet dies, dass in diesem Fall die entsprechende Variable in der Gruppe eine größere Streuung aufweist als in der Erhebungsgesamtheit. Tabelle 9 zeigt die Varianzen der Erhebungsgesamtheit sowie die F-Werte für die entsprechenden Variablen in den einzelnen Clustern.

**Tabelle 9. Varianzen und F-Werte der fünf Traumatisierungsformen in den 6 Clustern**

	<b>Varianz der Erhebungsgesamtheit</b>	<b>F-Wert</b>
<b>Cluster A</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,1
körperliche Misshandlung	19,9	0,1
sexueller Missbrauch	15,6	0,7
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,1
körperliche Vernachlässigung	14,6	0,2
<b>Cluster B</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,2
körperliche Misshandlung	19,9	0,2
sexueller Missbrauch	15,6	0,1
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,3
körperliche Vernachlässigung	14,6	0,5
<b>Cluster C</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,4
körperliche Misshandlung	19,9	0,5
sexueller Missbrauch	15,6	0,1
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,4
körperliche Vernachlässigung	14,6	0,5
<b>Cluster D</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,5
körperliche Misshandlung	19,9	0,8
sexueller Missbrauch	15,6	0,3
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,6
körperliche Vernachlässigung	14,6	0,9
<b>Cluster E</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,7
körperliche Misshandlung	20,0	0,6
sexueller Missbrauch	15,6	1,6
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,3
körperliche Vernachlässigung	14,6	1,0
<b>Cluster F</b>		
emotionaler Missbrauch	28,4	0,3
körperliche Misshandlung	19,9	0,6
sexueller Missbrauch	15,6	0,9
emotionale Vernachlässigung	28,3	0,4
körperliche Vernachlässigung	14,6	2,0

Wie der Tabelle zu entnehmen, konnten also insgesamt sehr homogene Cluster gefunden werden. Drei der 25 F-Werte waren größer eins, diese Werte befanden sich alle drei in den Clustern mit weniger als 20 Patienten. Demzufolge waren Cluster A bis D als vollkommen homogen anzusehen, in den beiden Cluster E und F waren einzelne Werte inhomogen.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverhältnisse innerhalb der Cluster ergaben sich folgende Zahlen (Tabelle 10).

**Tabelle 10. Geschlechterverhältnisse innerhalb der Cluster**

	<b>Gesamt n (%)</b>	<b>Frauen n (%)</b>	<b>Männer n (%)</b>
<b>Gesamtstichprobe</b>	347 (100,0)	100 (28,8)	247 (71,2)
<b>Cluster A</b>	146 (100,0)	34 (23,3)	112 (76,7)
<b>Cluster B</b>	106 (100,0)	20 (18,9)	86 (81,1)
<b>Cluster C</b>	44 (100,0)	21 (47,7)	23 (52,3)
<b>Cluster D</b>	24 (100,0)	7 (29,2)	17 (70,8)
<b>Cluster E</b>	14 (100,0)	10 (71,4)	4 (28,6)
<b>Cluster F</b>	13 (100,0)	8 (61,5)	5 (38,5)

Bei der Analyse dieser Zahlen war auffällig, dass vor allem in den Clustern E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) die Zahlenverhältnisse zwischen den Geschlechtern stark zugunsten der Frauen verschoben waren. Im Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) waren über 70% der Patienten Frauen. Nicht ganz so extreme, aber ähnliche Verhältnisse zeigten sich in Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“). Im Gegensatz dazu stand das Cluster B („moderate Vernachlässigung“), hier waren über 80% der Patienten Männer. Wurde dazu einen Chi-Quadrat-Test nach Pearson durchgeführt, um die Geschlechterverhältnisse der einzelnen Cluster jeweils untereinander zu vergleichen, bestätigten sich oben genannte Verhältnisse. Das Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) beinhaltete signifikant weniger Frauen als das Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“ mit  $p = .002$ ), das Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“ mit  $p < .001$ ) und das Cluster

F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“ mit  $p = .003$ ). Das Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) hatte auch einen signifikant höheren Frauenanteil als das Cluster B („moderate Vernachlässigung“ mit  $p < .001$ ). Außerdem war der Anteil der Frauen in Cluster B („moderate Vernachlässigung“) signifikant niedriger als in Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“ mit  $p < .001$ ) und Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“ mit  $p = .001$ ). Ein Trend zeigte sich auch im Vergleich der Cluster mit sexueller Traumatisierung (Cluster E und F) mit dem Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“), in welchem der Anteil der Frauen deutlich geringer war (D und E:  $p=.011$ ; D und F:  $p=.056$ ). Die übrigen Cluster unterschieden sich im Hinblick auf die Geschlechter untereinander nicht signifikant.

### **3.3.3 Klinische Verlaufsparemeter**

#### **3.3.3.1 Alter bei Beginn der Abhängigkeit**

Dieses Item wurde anhand des Addiction Severity Index (ASI) ausgewertet (Item: Alter beim ersten übermäßigen Gebrauch).

Betrachtet man die Gesamtstichprobe und teilt diese in zwei Gruppen (Gruppe 1: keine Traumaerfahrungen, Gruppe 2: in mindestens einer Kategorie des CTQ mindestens „moderat bis schwer“ traumatisiert), so unterschieden sich diese hinsichtlich des mittleren Alters bei Beginn der Abhängigkeit nicht signifikant ( $t_{df315}=0,842$ ;  $p=.401$ ). Das mittlere Alter war jedoch tendenziell in der Gruppe der traumatisierten Patienten niedriger (26,1 Jahre gegenüber 27,1 Jahre).

Auch bei Betrachtung der gefundenen Cluster fanden sich keine signifikanten Unterschiede, doch ließ sich erkennen, dass in den Clustern D, E und F (also den Clustern mit schwerer körperlicher und/oder sexueller Misshandlung) das Alter deutlich niedriger ist als im Cluster A, B oder C (siehe Tabelle 11), was als Trend in diese Richtung zu werten sein könnte.

**Tabelle 11. Lage- und Streuungsmaße des Alters bei Beginn der Abhängigkeit innerhalb der 6 Cluster**

	Mittelwert	Standard- Abweichung	Minimum	Maximum
Cluster A	26,961	10,2022	13	54
Cluster B	27,052	10,3696	11	56
Cluster C	27,273	10,440	15	53
Cluster D	23,714	8,8552	12	40
Cluster E	24,286	9,8405	13	47
Cluster F	23,923	13,1115	12	53

### **3.3.3.2 Suizidgedanken und Suizidversuche**

Bei 346 von den 347 Patienten lagen die Daten zu ernsthaften Suizidgedanken und -versuchen in der Vergangenheit vor. Betrachtet man die gesamte Stichprobe, bejahten 121 Patienten (34,9%) die Frage nach ernsthaften Selbstmordgedanken in der Vergangenheit, 66 Patienten (19,0%) berichteten von bereits mindestens einem Suizidversuch.

Wurde die Gruppe der Patienten, die mindestens eine Form der Traumatisierung in der Kindheit angab, mit der ohne Traumaerfahrungen verglichen, zeigten sich folgende statistisch signifikante Unterschiede. In der Trauma-Gruppe berichteten 42,9% der Patienten von ernsthaften Suizidgedanken in der Vergangenheit gegenüber 26,9% der Patienten in der Nicht-Trauma-Gruppe ( $\chi^2_{df1}=9,683$ ;  $p=.002$ ). Suizidversuche in der Vergangenheit bejahten 24,0% der Trauma-Gruppe gegenüber 14,9% der Nicht-Trauma-Gruppe ( $\chi^2_{df1}=5,564$ ;  $p=.018$ ).

In einem weiteren Schritt wurde hinsichtlich der Suizidalität analysiert, inwiefern sich die gefundenen Cluster voneinander unterschieden. Ein signifikanter Unterschied wurde bei  $p<.003$  angenommen (nach folgender Formel:  $p=.05/\text{Anzahl der Post-Hoc-Tests}$ ). So unterschieden sich die Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und B („moderate Vernachlässigung“) in beiden Bereichen nicht voneinander (Suizidgedanken:  $p=.941$ , Suizidversuche:  $p=.269$ ). Jedoch gaben die Patienten im Cluster A signifikant weniger

Suizidgedanken an als diejenigen des Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“;  $p=.002$ ). Ein deutlicher Trend in die gleiche Richtung war auch im Hinblick auf die Suizidversuche zu erkennen ( $p=.023$ ). Ebenfalls signifikant weniger Selbstmordgedanken hatten die Cluster A-Patienten („keine oder minimale Misshandlung“) gegenüber den Cluster D-Patienten („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“;  $p=.000$ ), auch hier war ein deutlicher Trend zu häufigeren Selbstmordversuchen sichtbar ( $p=.006$ ). Weniger deutliche Zahlen ergaben sich bei einem Vergleich zwischen Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“; Selbstmordgedanken:  $p=.144$ , Selbstmordversuche:  $p=.007$ ) sowie Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“; Suizidgedanken:  $p=.005$ , Suizidversuche:  $p=.930$ ), wobei jeweils im Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) die niedrigeren Werte lagen. Ein deutlicher Trend war zu erkennen, wenn man das Cluster B („moderate Vernachlässigung“) mit den anderen Clustern verglich. So ergab sich im Vergleich mit Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“)  $p=.029$  für die Selbstmordgedanken und  $p=.028$  für die Selbstmordversuche. Im Vergleich zu Cluster D („schwerer körperlicher und emotionaler Missbrauch“) war der Unterschied bei den Suizidgedanken signifikant ( $p=.001$ ), bei den Suizidversuchen zeigte sich ein Trend ( $p=.008$ ). Auch im Vergleich zu Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“; Suizidgedanken:  $p=.379$ ; Suizidversuche:  $p=.008$ ) und Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“; Selbstmordgedanken:  $p=.029$ ; Selbstmordversuche:  $p=.905$ ) zeigten sich zum Teil deutliche Trends. Im Cluster B („moderate Vernachlässigung“) lagen jeweils die niedrigeren Werte, es gab also weniger Patienten mit Suizidgedanken und/oder Suizidversuchen. Zwischen den übrigen Clustern gab es keine signifikanten Unterschiede.

### **3.3.3.3 Alkoholabhängigkeit der Eltern**

24,2% der Mütter und 48,1% der Väter waren nach Angaben der Patienten

alkoholabhängig (erfasst anhand des EuropASI). Signifikante Unterschiede ergaben sich auch in dieser Kategorie bei dem Betrachten der Trauma- und der Nicht-Trauma-Gruppe. Bei 56 Patienten (32,2%) mit Traumaerfahrungen waren die Mütter alkoholkrank, da hingegen waren nur 16,3% (28 Patienten) der Mütter von Patienten ohne Traumaerfahrungen betroffen ( $\chi^2_{df3}=12,722$ ;  $p=.005$ ). Bei den Vätern ergaben sich folgende Verhältnisse: Die Väter von 56,3% (98 Patienten) der Patienten mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit waren gegenüber 39,6% (67 Patienten) der Patienten ohne Traumaerfahrungen alkoholabhängig ( $\chi^2_{df3}=13,266$ ;  $p=.004$ ).

Auch bei der Betrachtung der einzelnen Cluster ließen sich wieder Unterschiede erkennen (Signifikanzgrenze auch hier wiederum bei  $p=.003$ ). Die Mütter der Patienten im Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) waren signifikant seltener von der Alkoholkrankheit betroffen als diejenigen der Patienten im Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“ mit  $p<.001$ ). Eine deutliche Tendenz ließ sich auch zwischen Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.022$ ) und Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.008$ ) erkennen, hier waren ebenfalls die Mütter der Patienten des Cluster A seltener betroffen. Gleichfalls ergaben sich signifikante Unterschiede bei dem Vergleich der leicht betroffenen Patienten des Cluster B („moderate Vernachlässigung“) mit den anderen Clustern. Im Vergleich zu Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) gab es keinen Unterschied ( $p=.736$ ) und auch im Vergleich zu Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) war der Unterschied nicht signifikant ( $p=.841$ ). Signifikant häufiger alkoholabhängig waren jedoch die Mütter der Patienten des Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“ mit  $p=.002$ ) im Vergleich zu Cluster B („moderate Vernachlässigung“), ein deutlicher Trend zeigte sich im Vergleich mit Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.030$ ) und mit Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“  $p=.007$ ). Betrachtet man das Cluster A („keine

oder minimale Misshandlung“) im Hinblick auf die von Alkoholabhängigkeit betroffener Väter der Patienten, so ergaben sich im Vergleich zu den anderen Clustern auch Unterschiede. Die Väter der Patienten in diesem Cluster waren signifikant seltener alkoholabhängig als diejenigen im Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.002$ ). Ein Trend war sichtbar im Vergleich mit Cluster B („moderate Vernachlässigung“ mit  $p=.06$ ), Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“ mit  $p=.015$ ), Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.022$ ) und Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“ mit  $p=.082$ ).

### 3.3.3.4 Persönlichkeitsstörungen

Für 203 der 347 untersuchten Patienten liegen auch Angaben zum Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, erhoben durch das SKID-II, vor. Tabelle 12 zeigt die Zahlen für die Gesamtstichprobe sowie für die Trauma- und Nicht-Trauma-Gruppe.

**Tabelle 12. Häufigkeitstabelle der Persönlichkeitsstörungen**

	Gesamtstichprobe n (%)	Nicht-Trauma-Gruppe n (%)	Trauma-Gruppe n (%)
Selbstunsichere P.	18 (8,9)	7 (7,6)	11 (11,1)
Dependente P.	4 (2,0)	1 (1,0)	3 (3,0)
Zwanghafte P.	10 (5,0)	5 (4,9)	5 (5,1)
Negativistische P.	3 (1,5)	1 (1,0)	2 (2,0)
Depressive P.	6 (3,0)	3 (2,9)	3 (3,0)
Paranoide P.	7 (3,5)	1 (1,0)	6 (6,1)
Schizotypische P.	1 (0,5)	1 (1,0)	0 (0,0)
Schizoide P.	6 (3,0)	3 (2,9)	3 (3,0)
Histrionische P.	2 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
Narzistische P.	1 (0,5)	1 (1,0)	0 (0,0)
Borderline P.	20 (9,76)	3 (2,9)	17 (16,8)
Antisoziale P.	25 (12,2)	11 (10,6)	14 (13,9)

*Anmerkungen:* P. = Persönlichkeitsstörung

Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle nur eine deskriptive Darstellung der Ergebnisse, eine statistische Berechnung war aufgrund der

wenigen Fälle in den einzelnen Gruppen nicht zulässig.

Dabei ließ sich der Trend erkennen, dass in der Trauma-Gruppe deutlich mehr Patienten von der paranoiden Persönlichkeitsstörung und der Borderline Persönlichkeitsstörung betroffen waren als in der Nicht-Trauma-Gruppe (6,1% vs. 1,0% bzw. 16,8% vs. 2,9%).

Wurden hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen die gefundenen Cluster miteinander verglichen, zeigte sich, dass die Patienten im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit 66,7% hinsichtlich der Borderline Persönlichkeitsstörung deutlich höhere Fallzahlen aufwiesen als diejenigen im Cluster A („keine oder minimale Traumatisierung“; 5,4%) und B („moderate Vernachlässigung“; 3,5%). Weiterhin ließ sich erkennen, dass die Patienten im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) scheinbar häufiger eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (66,7%) sowie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (50,0%) hatten als diejenigen im Cluster A („keine oder minimale Traumatisierung“; 14,8% bzw. 13,0%) und B („moderate Vernachlässigung“; 7,0% bzw. 1,8%). Die Patienten im Cluster B („moderate Vernachlässigung“) waren hinsichtlich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung weniger häufig betroffen (1,8%) als diejenigen im Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“; 18,5%) und D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“; 21,4%).

### 3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zunächst wurde die Stichprobe anhand des CTQ Cut-Off „moderat bis schwer“ in eine Trauma-Gruppe (50,4%) und eine Nicht-Trauma-Gruppe (49,6%) geteilt. Es zeigte sich, dass signifikant mehr Frauen als Männer in der Kindheit traumatisiert wurden (60% vs. 46,6% mit  $\chi^2_{df1}=5,144$ ;  $p=.023$ ). Bei der Analyse der einzelnen Dimensionen des CTQ stellte sich heraus, dass signifikant mehr Frauen sexuell und emotional missbraucht sowie emotional vernachlässigt wurden. Bei den körperlichen Traumatisierungsformen zeigte sich dahingehend kein signifikanter Unterschied.

Die Gesamtstichprobe konnte anhand einer Clusterzentrenanalyse in 6 überwiegend homogene Cluster verschiedener Traumatisierungsmuster unterteilt werden. So fanden sich das Cluster A („keine oder minimale Traumatisierung“) mit 146 Patienten, das Cluster B („moderate Vernachlässigung“) mit 106 Patienten, das Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“) mit 44 Patienten, das Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“) mit 24 Patienten sowie das Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und das Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit 14 bzw. 13 Patienten.

Es stellte sich heraus, dass der Frauenanteil in den Clustern E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“; 71,4%) und F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“; 61,5%) signifikant höher war als in den Clustern A („keine oder minimale Traumatisierung“ mit 23,3%) und B („moderate Vernachlässigung“; 18,9%). Außerdem waren im Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“; 47,7%) signifikant mehr Frauen als im Cluster B („moderate Vernachlässigung“; 18,9%). Für alle genannten Vergleiche gilt  $p<.003$ . Ein Trend zeigte sich auch im Vergleich der Cluster mit sexueller Traumatisierung (Cluster E mit 71,4% und F mit 61,5%) mit dem Cluster D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“; 29,2%), in welchem der Anteil der Frauen deutlich geringer war (D und E:  $p=.011$ ; D und F:  $p=.056$ ).

Im Hinblick auf das Alter bei Beginn der Abhängigkeit zeigte sich zwischen den

Gruppen und den Clustern kein signifikanter Unterschied. Allerdings war zu erkennen, dass die Gruppen mit den schwer körperlich und/oder sexuell traumatisierten Patienten (Cluster D, E und F) ein geringeres Alter aufwiesen.

Es zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Clustern im Bereich der Suizidgedanken und -versuche, der Alkoholabhängigkeit der Eltern und der Persönlichkeitsstörungen. So berichteten Patienten der Trauma-Gruppe signifikant häufiger von ernsthaften Suizidgedanken (42,9% vs. 26,9% mit  $\chi^2_{df1}=9,683$ ;  $p=.002$ ) sowie von Suizidversuchen (24,0% vs. 14,9% mit  $\chi^2_{df1}=5,564$ ;  $p=.018$ ) in der Vergangenheit als Patienten der Nicht-Trauma-Gruppe. Ebenso waren signifikant mehr Mütter von Patienten mit Traumaerfahrungen alkoholabhängig (32,2%) als diejenigen der Patienten ohne solche Erlebnisse (16,3%;  $\chi^2_{df3}=12,722$ ;  $p=.005$ ). Bei den Vätern ergaben sich ähnliche Verhältnisse (56,3% vs. 39,6% mit  $\chi^2_{df3}=13,266$ ;  $p=.004$ ).

## **4 Diskussion**

### **4.1 Diskussion der gewählten Methodik**

#### **4.1.1 Studiendesign und Datenerhebung**

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen zunächst einige methodische Aspekte kritisch hinterfragt werden. Betrachtet man das Studiendesign, so wurde hinsichtlich des Verlaufes der Abhängigkeit sowie der Traumaerfahrungen eine retrospektive Befragung durchgeführt. Die Angaben der Patienten müssen also als gegeben hingenommen werden und können im Hinblick auf Wahrheitsgehalt nicht kontrolliert werden. So können Schwächen von retrospektiven Studien sein, dass Patienten sich nicht genau an einzelne Ereignisse erinnern, Teile oder auch ganze Erlebnisse können verdrängt werden. Insbesondere bei traumatische Erfahrungen kann es aus Gründen des Selbstschutzes zu Unterdrückung oder Verleugnung der Erlebnisse kommen (Briere & Runtz, 1987). Andere Patienten zeigen dissoziative Symptome oder leiden an Amnesie. Des Weiteren ist es möglich, dass einige Patienten nicht über das Erlebte sprechen möchten oder Schwierigkeiten haben, sich dem Interviewpartner anzuvertrauen. Die genannten Probleme zeigen sich vor allem bei traumatischen Erlebnissen und könnten zu falsch negativen Angaben führen. Dies führt eher zu einer Unter- als zu einer Überschätzung der Traumaraten, falsch positive Angaben werden im Gegensatz zu falsch negativen Angaben als selten angesehen (Fergusson et al., 2000; Hardt & Rutter, 2004; Widom & Morris, 1997). Sollten also in der vorliegenden Untersuchung Patienten die Fragen nach kindlicher Traumatisierung fälschlicherweise verneint haben, sind sie der Nicht-Trauma-Gruppe bzw. dem Cluster A zugeteilt worden. Da aber dennoch in vielen Bereichen der klinischen Vergleichsparameter signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. den Clustern gefunden wurden, könnte der Unterschied zwischen den Gruppen tendenziell noch größer sein.

Des Weiteren muss die Stichprobenselektion sowie die Rekrutierung der Patienten kritisch betrachtet werden. So wurden nur Patienten eingeschlossen,

welche freiwillig zum qualifizierten Entzug im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf aufgenommen wurden. Die Patienten kamen entweder über die Notaufnahme der Klinik oder nahmen Kontakt zur Suchtambulanz auf, um einen stationären Aufenthalt zu planen. Einerseits sind diese Patienten also so stark von der Alkoholsucht betroffen, dass sie die Krankheit alleine nicht in den Griff bekommen und professionelle Hilfe suchen. Suchtkranke Menschen, welche den Alltag noch gut alleine bewältigen können und einen Entzug alleine oder ambulant schaffen, werden in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt. Andererseits werden auch diejenigen Patienten nicht erreicht, welche so schwer von der Alkoholsucht betroffen sind, dass sie den Anschluss an das Suchthilfesystem nicht finden. Es kann also in dieser Untersuchung nur bedingt die vollständige heterogene Gruppe der alkoholabhängigen Menschen in Deutschland repräsentiert werden.

Auch die Ausschlusskriterien beeinflussen die Rekrutierung und führen zu Selektionseffekten. So konnten Patienten, die schwere Folgeerkrankungen der Alkoholsucht hatten, wie z.B. eine dekompensierte Leberzirrhose, nicht eingeschlossen werden. Ebenso mussten Patienten mit anderen körperlichen Begleiterkrankungen ausgeschlossen werden, weil z.B. entweder das Hormonsystem durch die Krankheit beeinflusst wurde oder weil den Patienten das lange Interview nicht zuzumuten gewesen wäre. Das führt unter Umständen dazu, dass gerade die schwer betroffenen Patienten ausgeschlossen wurden und nur die etwas leichter betroffenen Patienten an der Studie teilnahmen. Da durch zahlreiche Studien (z.B. Dube et al., 2003; Duncan et al., 1996) belegt werden konnte, dass kindliche Traumatisierung den Verlauf der Suchterkrankung negativ beeinflusst (z.B. früherer Beginn der Erkrankung, größere Trinkmenge), muss also davon ausgegangen werden, dass die Traumaraten in der vorliegenden Untersuchung eher als zu niedrig anzusehen sind. Weiterhin gab es Patienten, welche nach der Aufklärung über das Ziel und den Inhalt der Studie die Teilnahme verweigerten. Einige dieser Patienten berichteten von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, aus Angst vor Gesprächen über diesen Zusammenhang verweigerten sie die Teilnahme. Auch

dieser Aspekt führt zu der Annahme, dass der Anteil der traumatisierten Patienten in der Realität höher liegt als es die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen.

Ebenfalls muss in Betracht gezogen werden, dass einige Angaben durch das Vorliegen eines Alkoholentzugssyndroms verfälscht worden sein könnten. Um diesen Einflussfaktor möglichst gering zu halten, wurden die Interviews alle nach dem 10. Tag des stationären Aufenthaltes geführt. Man geht davon aus, dass der körperliche Entzug zu diesem Zeitpunkt vollständig abgeschlossen ist. Auf diesem Wege wurde versucht, die Qualität der Daten in dieser Hinsicht zu garantieren.

Die Interaktion zwischen Untersucher und Patient kann auch einen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben (Rosenthal-Effekt). Um diesen so gering wie möglich zu halten, wurden die Rahmenbedingungen für die Interviews möglichst konstant gehalten. So wurden grundsätzlich die Instrumente in der gleichen Reihenfolge erfragt, es wurden die gleichen Instruktionen gegeben und, sofern möglich, wurden auch die äußeren Bedingungen, wie z.B. die Raumwahl, nicht verändert.

#### **4.1.2 Erheben der Traumaanamnese**

Um das Vorliegen einer kindlichen Traumatisierung zu überprüfen, wurde die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) verwendet. In der klinischen Erfahrung hat sich gezeigt, dass solche Selbstratinginstrumente seltener zu Reaktionen im Sinne einer Retraumatisierung führen (Driessen et al., 2006). Außerdem wird angenommen, dass die Erinnerungen an traumatische Ereignisse bezüglich der Frage, ob ein Ereignis stattgefunden hat oder nicht, mit retrospektiven Befragungen valide erfasst werden können, Details werden dagegen häufig verändert erinnert (Hardt, 2004). Da die Validität der amerikanischen Version von Bernstein et al. (2003) nachgewiesen werden konnte und Wingenfeld et al. (in Druck) auch für die deutsche Version hohe innere Konsistenzen der einzelnen Skalen zeigen und so die Skalenstruktur der amerikanischen Version bestätigen konnten, erscheint der CTQ als ein

sinnvolles Instrument zur Erhebung kindlicher Traumatisierung. Dennoch bleibt die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, ein Selbstratinginstrument mit einem strukturierten Interview zur Traumatisierung (z.B. dem Childhood Trauma Interview; Fink et al., 1995) zu kombinieren. Da jedoch in Studien eine große Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen dieser Fragebögen gezeigt werden konnte (z.B. Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995), scheint es zulässig, sich auf den CTQ zu beschränken und den Patienten eine zeitaufwändigere und belastendere Methode zu ersparen.

#### **4.1.3 Bildung der Trauma-Gruppe**

In einem ersten Schritt wurde die Stichprobe in eine Trauma- und eine Nicht-Trauma-Gruppe unterteilt, bevor sie später in Gruppen unterschiedlicher Traumatisierungsprofile eingeteilt wurde (siehe Abschnitt 4.1.4). Diese Einteilung soll einen ersten Überblick geben und unterscheidet noch nicht zwischen den einzelnen Arten der Traumatisierungen. Ein Patient wurde der Trauma-Gruppe zugeteilt, sofern er in einer der fünf Subskalen einen Wert von mindestens „moderat bis schwer“ (nach Bernstein & Fink, 1998; siehe Abschnitt 2.4.2.1) erreichte. In anderen Arbeiten wird der Cut-Off bereits bei „wenig bis moderat“ gesetzt (z.B. Arata et al., 2005) oder sogar sobald ein Item dieser Kategorie bejaht wurde (Gerke et al., 2006). Wie jedoch auch Baker & Maiorino (2010) in ihrem Artikel schreiben, scheint es sinnvoll, die von Bernstein & Fink (1998) vorgeschlagenen Cut-Off-Werte zu verwenden, um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu wahren. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Untersuchung der von Bernstein & Fink (1998) vorgeschlagene Cut-Off gewählt. Dieser wurde nicht bei „wenig bis moderat“ gesetzt, da die gewählte eher konservative Lösung der Unterteilung zwischen „gar nicht oder wenig“ traumatisierten und „schwer“ traumatisierten Patienten dieser Untersuchung eher entsprach. Da die gefundenen Prävalenzen sich außerdem gut mit denen in der Literatur bekannten Zahlen für suchtkranke Menschen (z.B. Schäfer et al., 2010) decken, zeigte sich die hier verwendete Lösung bestätigt.

#### **4.1.4 Bildung der Traumatisierungscluster**

Um die Patienten aufgrund ihres Traumatisierungsprofils in unterschiedliche Gruppen einzuordnen, wurde eine Clusterzentrenanalyse durchgeführt. In diese gingen die Scores der fünf CTQ-Subskalen ein. Ziel sollte es sein, Gruppen zu bilden, welche in sich möglichst homogen sind, die Gruppen untereinander sollten jedoch möglichst heterogen sein.

Nachteil der Clusterzentrenanalyse (z.B. gegenüber der für große Stichproben eher ungeeigneten hierarchischen Clusteranalyse) ist, dass die Anzahl der Cluster vorgegeben werden müssen. Dieses Problem wurde in der vorliegenden Untersuchung dahingehend gelöst, dass die Clusterzentrenanalyse für alle als sinnvoll erachteten Anzahlen durchgeführt wurde. Eine Analyse für zwei Cluster wurde nicht durchgeführt, da sie zu wenig Informationen geboten hätte. Bei der 7-Cluster-Lösung wurden die einzelnen Gruppen schon zu klein, so dass auch eine Lösung mit einer höheren Anzahl von Clustern nicht in Betracht gezogen wurde. Letztendlich wurde die Lösung mit sechs Gruppen gewählt, da in allen anderen entweder über 75% der Stichprobe auf nur zwei Gruppen verteilt waren oder mindesten vier Cluster jeweils weniger als 5% der Stichprobe beinhalteten. Ein ähnliches Ausschlussverfahren nutzten auch Ruggiero et al. (1999) in ihrer Arbeit. Sie vermuteten von vornherein, dass eine 4- bis 8-Cluster-Lösung sinnvoll sei und schlossen die Möglichkeiten mit vier und fünf Clustern letztendlich aus, da auch hier zwei der Cluster zusammen mehr als 75% der Stichprobe beinhalteten. Die 7- und 8-Cluster-Lösungen wurden nicht gewählt, da in diesen alle bis auf zwei Gruppen weniger als 20 Mitglieder hatte. So wurde in dieser Untersuchung auf einem ähnlichen Wege letztendlich auch die 6-Cluster-Lösung gewählt.

Um die Homogenität der gefundenen Cluster zu überprüfen, wurde für die einzelnen Missbrauchsformen in jedem Cluster der F-Wert berechnet. Demnach sind Cluster A bis D als vollkommen homogen anzusehen. In den Clustern E und F sind die F-Werte für die körperliche Vernachlässigung  $>1$ , was gegen

eine vollkommene Homogenität spricht. Einerseits könnte dies an der geringen Größe der beiden Cluster liegen (mit 14 bzw. 13 Patienten). Andererseits zeigt sich auch bei den ersten Befunden zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version des CTQ (Wingenfeld et al, in Druck), dass z.B. die Itemtrennschärfe und die interne Konsistenz bei der körperlichen Vernachlässigung im Gegensatz zu den anderen Skalen schlechtere Werte aufweist. Die Autoren erklären diese vergleichsweise schlechteren psychometrischen Kennwerte mit den teilweise mehrdeutigen Itemformulierungen bei den Items der körperlichen Vernachlässigung (so beziehen sich beispielsweise Items 2 und 4 auf „sorgende und schützende Angehörige“, diese Aussagen sind nicht eindeutig der Dimension „körperliche Vernachlässigung“ zuzuordnen, sondern könnten auch „emotionale Vernachlässigung“ oder „emotionalen Missbrauch“ widerspiegeln). Diese Befunde decken sich außerdem mit denen, welche für das amerikanische Original veröffentlicht wurden (Bernstein et al., 2003), und auch bei der Überprüfung der schwedischen Version des CTQ sind die schlechtesten psychometrischen Kennwerte bei der körperlichen Vernachlässigung zu finden (Lundgren et al., 2002).

## **4.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **4.2.1 Die 6-Cluster-Variante**

Die erste Hypothese dieser Arbeit besagte, dass sich auch für alkoholabhängige Patienten verschiedene Cluster früher traumatischer Erfahrungen abgrenzen lassen. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Wie auch bei Ruggiero et al. (1999) wurden 6 Cluster gefunden, welche jeweils unterschiedliche Traumatisierungsprofile aufweisen. Eine dieser Gruppen (Cluster A) wird wie erwartet aus Patienten gebildet, welche keine oder nur minimale traumatische Erfahrungen gemacht haben. Alle anderen Gruppen sind durch erhöhte Scores in jeweils mehreren CTQ-Dimensionen charakterisiert. Dieser Zustand unterstützt die vorausgegangene Annahme, dass verschiedene Formen von Misshandlung häufig gleichzeitig auftreten (z.B. Claussen &

Crittenden, 1991).

Betrachtet man die Cluster im Überblick, so fällt erst einmal auf, dass in jedem der Cluster B-F (also denen mit Traumatisierungen) auch eine Form von emotionaler Traumatisierung vorhanden ist. Dieser Zustand bestätigt die Vermutung, dass emotionaler Missbrauch neben isoliertem Auftreten auch nahezu grundsätzlich begleitend zu anderen Missbrauchsformen auftritt. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Claussen und Crittenden (1991), Hahn et al. (2010) und Arata et al. (2005). Aus methodischen Gründen ist es jedoch schwierig, wie auch in Abschnitt 1.2.1.3 beschrieben, die Daten zu emotionalen Traumatisierungen zu vergleichen (Kaplan et al., 1999). Gerade in Anbetracht der durch einige Studien bestätigten schweren Folgen emotionaler Traumatisierung (z.B. Teicher et al., 2006; Baker & Maiorino, 2010) scheinen hier weitere Untersuchungen notwendig, welche sowohl das isolierte Auftreten emotionaler Traumatisierung als auch Kombinationen von Traumaerfahrungen untersuchen. Nur so scheint es möglich, die Formen der emotionalen Traumatisierung von Kindern mehr ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und die Allgemeinbevölkerung dahingehend zu sensibilisieren.

Des Weiteren wurde in der vorliegenden Untersuchung ein Cluster aus moderat emotional und körperlich vernachlässigten Patienten gebildet, diese machten 30,5% der Stichprobe aus. Eine entsprechende Gruppe fanden auch Arata et al. (2005) mit 15,4% (an dieser Stelle sei zu beachten, dass es sich hier um eine Gruppe der Allgemeinbevölkerung handelt, vermutlich deswegen die deutlich niedrigere Prozentzahl) und Ruggiero et al. (1999) mit 20,5% der Stichprobe. Damit konnten in der vorliegenden Studie die Vermutungen bestätigt werden, dass ca. 40% der Formen von kindlicher Traumatisierung eine Form von Vernachlässigung ist (Deegener, 2001).

Ein weiteres Cluster bildet sich aus den körperlich misshandelten Patienten, gleichzeitig liegt wie oben beschrieben eine emotionale Traumatisierung vor. Hier bestätigen sich die Zahlen von z.B. Claussen und Crittenden (1991). Sie beschreiben, dass ca. 90% der körperlich misshandelten Menschen auch

emotional traumatisiert werden. Auch andere Studien konnten hohe Korrelationen zwischen diesen beiden Formen der Misshandlung zeigen (z.B. Arata et al., 2005; Ney et al., 1994). In der untersuchten Stichprobe wurden 24 Patienten diesem Cluster zugeordnet (6,9% der Stichprobe). Allerdings betrifft dies nur die schwer körperlich misshandelten Personen. Etwas verwunderlich scheint auf den ersten Blick, dass es kein Cluster mit mäßig schwer körperlich misshandelten Patienten gibt. Leichte Formen der körperlichen Misshandlung („wenig bis moderat“) treten auch in den Clustern C („schwerer emotionaler Missbrauch“) und E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) auf, allerdings liegen diese Werte unter dem in dieser Arbeit zugrunde gelegtem Cut-Off von „moderat bis schwer“. Eine ähnliche Gruppe wurde von Arata et al. (2005) gebildet, hier waren 4,4% der Stichprobe von körperlichem Missbrauch ohne anderweitige Misshandlung betroffen. Auch bei Ruggiero et al. (1999) wurde ein entsprechendes Cluster mit körperlich und emotional misshandelten Patienten gebildet (9,5% der Stichprobe). Ebenfalls gibt es in dieser Untersuchung keine Gruppe von mäßig schwer körperlich misshandelten Patienten. Es zeigt sich also, dass körperliche Misshandlung in der Kindheit bei suchtkranken Menschen in der Regel schwere Formen annimmt. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass, wie sich im Ergebnisteil zeigt, auch die Eltern der misshandelten Patienten signifikant häufiger alkoholkrank sind als die der nicht traumatisierten Patienten. Im alkoholisierten Zustand kann es eher zum Kontrollverlust und so zu schwerer körperlicher Misshandlung der Kinder kommen (Holder, 2008).

Letztendlich ließen sich noch zwei Cluster mit Patienten abgrenzen, welche in der Kindheit schwer sexuell missbraucht worden sind. Sie unterscheiden sich dahingehend, dass die Patienten des einen Clusters (F) auch schwerst physisch misshandelt wurden. In diesem Cluster liegen die Werte für den emotionalen Missbrauch sowie für die emotionale und körperliche Vernachlässigung ebenfalls noch einmal höher als in dem Cluster E, in welchem der sexuelle Missbrauch jedoch nahezu identische Werte aufweist. Zum einen ist bemerkenswert, dass scheinbar ganz klar zwischen Patienten

getrennt werden kann, welche nur sexuell missbraucht wurden und welchen, die zudem körperlich misshandelt wurden. Das bestätigt die Ergebnisse von Dong et al. (2004), auch diese Arbeitsgruppe hat sexuell traumatisierte Patienten in eine Gruppe mit und eine ohne körperlicher Misshandlung unterteilt. 40,7% der sexuell missbrauchten Personen wurden in der Untersuchung auch physisch misshandelt. In der von uns untersuchten Stichprobe waren es 48,1%. Eine ähnliche Aufteilung konnte bei Arata et al. (2005) gemacht werden, wobei hier zusätzlich unterschieden wurde, ob eine Vernachlässigung vorlag oder nicht. Diese lag in der von uns untersuchten Stichprobe in beiden Gruppen vor, im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit einem Mittelwert von 20,4 jedoch noch deutlicher als im Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) mit einem Mittelwert von 18,1. Zum anderen zeigt sich auch hier, dass es keinen sexuellen Missbrauch ohne emotionalen Missbrauch gibt. Allerdings scheint das zusätzliche Vorliegen von körperlicher Traumatisierung auch das Maß an emotionaler Traumatisierung zu erhöhen (die Werte für den emotionalen Missbrauch sind im Cluster F mehr als eine Standardabweichung höher als im Cluster E). Diese hohe Korrelation zwischen emotionalem Missbrauch und körperlicher Misshandlung konnte auch in anderen Studien gezeigt werden. So fanden Briere & Runtz (1988) die höchste Korrelation zwischen diesen beiden Traumatisierungsformen mit  $r=.56$ . Claussen & Crittenden (1991) fanden in ihrer Untersuchung ebenso heraus, dass körperliche und emotionale Traumaerfahrungen häufig parallel auftreten, und auch bei Arata et al. (2005) sowie bei Ney et al. (1994) korrelierten diese beiden Formen des Missbrauchs am höchsten miteinander ( $r=.78$  bzw.  $r=.546$ ). Die Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und emotionaler Traumatisierung ist dagegen in allen oben genannten Studien deutlich geringer oder nicht signifikant. Ein derartiger Vergleich ist mit den von Ruggiero et al. (1999) gefundenen Clustern nicht möglich, da bei dieser Untersuchung der körperliche und emotionale Missbrauch zu einer Dimension vereint wurden. Die Autoren bildeten auch hier zwei Cluster mit sexuellem Missbrauch. Im ersten handelt es

sich um Patienten, welche schwer sexuell missbraucht wurden, in dieser Gruppe liegen auch die Werte für die gemeinsame Dimension „physischer und emotionaler Missbrauch“ im hohen Bereich. Das zweite Cluster wird gebildet aus Patienten, welche moderat sexuell missbraucht wurden, also in dieser Hinsicht weniger schwer betroffen sind, auch die Werte für den physischen und emotionalen Missbrauch sind moderat erhöht. Dieser Unterschied hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs zwischen denen von uns und denen von Ruggiero et al. (1999) gefundenen Clustern könnte daran liegen, dass Ruggiero et al. (1999) nur männliche Patienten untersuchten. Bei der von uns untersuchten Stichprobe wurden 53 Patienten (27 Männer und 26 Frauen) mindestens „moderat bis schwer“ sexuell missbraucht. Davon wurden 17 Männer und 6 Frauen „moderat bis schwer“ und 10 Männer und 20 Frauen „schwer bis extrem“ sexuell missbraucht. Nach Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests zeigt sich, dass die Frauen signifikant häufiger „schwer bis extrem“ sexuell missbraucht wurden als die Männer ( $\chi^2_{df1}=8,578$ ;  $p=.003$ ). Dieser Zustand könnte erklären, warum sich bei der rein männlichen Stichprobe von Ruggiero et al. (1999) auch ein gesamtes Cluster mit leichter sexuell misshandelten Patienten bildet, bei der hier untersuchten geschlechtergemischten Stichprobe dagegen nicht. Um dahingehend eine verlässliche Aussage treffen zu können, wären weitere Untersuchungen mit einer größeren Stichprobenzahl notwendig.

Grundsätzlich sind die in dieser Arbeit gefundenen Cluster also mit den von Ruggiero et al. (1999) gefundenen Gruppen vergleichbar. Ruggiero et al. (1999) vereinen den körperlichen und emotionalen Missbrauch zu einer Dimension und machen so hinsichtlich dieser Aspekte weniger differenzierte Aussagen. Es ist z.B. keine Aussage darüber möglich, ob ein emotionaler Missbrauch auch ohne eine körperliche Misshandlung vorliegt (wie bei den Patienten im Cluster C dieser Untersuchung), und auch der oben diskutierte Zusammenhang zwischen körperlicher und emotionaler Traumatisierung kann hier nicht betrachtet werden. Die Autoren haben allerdings auch mit einer etwas kleineren Stichprobe von 200 Patienten gearbeitet, evtl. liegt hier die Begründung für die Zusammenlegung der beiden Traumatisierungsformen. Um an dieser Stelle

genauer differenzieren zu können, wurden die fünf Dimensionen des CTQ in der vorliegenden Arbeit einzeln betrachtet.

#### **4.2.2 Geschlechtsunterschiede innerhalb der Gruppen**

Die Verteilung der Geschlechter auf die Trauma-/Nicht-Trauma-Gruppe und auf die einzelnen Cluster sollte ebenfalls diskutiert werden. In der von uns untersuchten Stichprobe bestehend aus 247 Männern und 100 Frauen gehören 46,6% der Männer und 60% der Frauen der Trauma-Gruppe an, das heißt sie haben in einer der fünf CTQ-Dimensionen mindestens „moderat bis schwere“ Werte erreicht. Damit gaben signifikant mehr Frauen an, in der Kindheit traumatisiert worden zu sein ( $\chi^2_{df1}=5,144$ ;  $p=.023$ ).

Bei der Betrachtung der einzelnen Dimensionen des CTQ zeigt sich, dass Frauen in ihrer Kindheit signifikant häufiger emotional misshandelt ( $\chi^2_{df1}=20,341$ ;  $p<.001$ ), emotional vernachlässigt ( $\chi^2_{df1}=8,756$ ;  $p=.003$ ) und sexuell missbraucht wurden ( $\chi^2_{df1}=12,490$ ;  $p<.001$ ), bei der körperlichen Vernachlässigung und dem körperlichen Missbrauch zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Diese Ergebnisse bestätigen die bisherigen Erkenntnisse der Forschung im Suchtbereich. So wurden auch in der Untersuchung von Tucci et al. (2010) die suchtkranken Frauen signifikant häufiger in ihrer Kindheit sexuell missbraucht sowie emotional traumatisiert als die Männer. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Kausch et al. (2006). Sie untersuchten die Traumaerfahrungen in der Kindheit von spielsüchtigen Patienten und konnten zeigen, dass Frauen signifikant häufiger emotional sowie sexuell missbraucht wurden. Außerdem zeigten sich bei den Frauen signifikant höhere Werte an multipler Traumatisierung. Da sich die Verhältnisse aber auch für Stichproben der Allgemeinbevölkerung ähnlich darstellen (z.B. Wetzels, 1997), scheint es so zu sein, dass Mädchen generell häufiger sexuell und emotional misshandelt werden.

Wie zu erwarten ergaben sich ebenfalls Geschlechtsunterschiede bei einem Vergleich der einzelnen Cluster untereinander. Der Anteil der männlichen Patienten ist in den Clustern A („keine oder minimale Misshandlung“) mit 76,7%, B („moderate Vernachlässigung“) mit 81,1% und D („schwere körperliche und

emotionale Traumatisierung“) mit 70,8% deutlich höher als der Frauenanteil in den jeweiligen Clustern. Dementsprechend haben die Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“), E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) einen signifikant höheren Frauenanteil als das Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und das Cluster B („moderate Vernachlässigung“). Außerdem zeigt sich mit  $\chi^2_{df1}=6,388$  und  $p=.011$  der Trend, dass im Cluster D („schwerer körperlicher und emotionaler Missbrauch“) der Anteil der Männer deutlich höher ist als im Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“). Dieser Zustand spiegelt auch den oben genannten Befund wider, dass der Anteil sexuell missbrauchter Männer deutlich niedriger ist, eine körperliche Misshandlung bei Männern jedoch häufiger oder zumindest gleichhäufig vorkommt wie bei Frauen. Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich allerdings zwischen dem Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und dem Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit  $\chi^2_{df1}=0,297$ ;  $p=.586$ . Hier wurde im Vorfeld erwartet, dass der Anteil der Männer in dem Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) höher ist, da in diesem Cluster eine Kombination des sexuellen Missbrauchs mit einer körperlichen Misshandlung vorliegt. Der Anteil der Männer ist mit 38,5% im Gegensatz zu 28,6% im Cluster E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) auch höher als im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“), die beiden Cluster sind allerdings mit einer Patientenzahl von 13 bzw. 14 Patienten zu klein, als dass man hier eine zuverlässige Aussage bezüglich Signifikanz machen könnte. An dieser Stelle wäre es also wünschenswert, eine entsprechende Untersuchung mit einer größeren Stichprobe durchzuführen und so herausfinden zu können, ob bei Männern eher eine Kombination zwischen sexuellem und körperlichem Missbrauch vorliegt als bei Frauen.

Insgesamt haben sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung in der Trauma-/ Nicht-Trauma-Gruppe sowie in den Clustern die Erwartungen bestätigt. Da in

der Literatur bisher keine entsprechende Untersuchung vorliegt, können an dieser Stelle keine weiteren Vergleiche zu anderen Studien vollzogen werden. Das unterstreicht jedoch erneut die Notwendigkeit einer entsprechenden Untersuchung mit einer möglichst großen Stichprobe von Suchtpatienten, um Vergleiche zwischen den Geschlechtern sinnvoll durchführen und so valide Aussagen machen zu können.

### **4.2.3 Klinische Verlaufparameter**

#### **4.2.3.1 Alter bei Beginn der Abhängigkeit**

In zahlreichen Studien konnte bisher belegt werden, dass in der Kindheit traumatisierte Patienten bei Beginn der Abhängigkeit ein niedrigeres Alter vorweisen als Patienten ohne Traumaerfahrungen (z.B. Hussey & Singer, 1993; Krausz & Briken, 2002). Dass sich dieser Unterschied in der vorliegenden Untersuchung nicht zeigen lässt, könnte daran liegen, dass der ASI in dieser Hinsicht nicht sehr spezifisch ist, gefragt wird nach dem Alter beim ersten übermäßigen Konsum (= 3 oder mehr alkoholische Getränke an 3 oder mehr Tagen oder an zwei aufeinander folgenden Tagen in der Woche). In anderen Studien wurden zum Feststellen des Alters bei Beginn der Abhängigkeit zum Teil andere Fragebögen wie „The Adolescent Drug and Alcohol Inventory“ (Hussey & Singer, 1993) verwendet.

Bei der Betrachtung der einzelnen Cluster konnte, vermutlich auch aufgrund der teilweise geringen Gruppengröße, kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Alters bei Beginn der Abhängigkeit festgestellt werden. Es zeigt sich jedoch, dass in den Clustern mit Kombinationen von Traumatisierungen (Cluster D bis F) ein deutlich geringeres Alter vorliegt als in den Clustern A („keine oder minimale Misshandlung“), B („moderate Vernachlässigung“) und C („schwerer emotionaler Missbrauch“). Auffallend ist weiterhin, dass das Alter im Cluster F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) mit 23,923 Jahren über drei Jahre geringer ist als im Cluster C („schwerer emotionaler Missbrauch“). Hier scheint sich also ein Trend dazu zu zeigen, dass multiple Traumatisierungsformen einen Einfluss auf das Alter bei Einstieg in die

Suchterkrankung haben. Eine Kombination, welche körperliche und emotionale Traumatisierung beinhaltet, scheint zu dem geringsten Einstiegsalter in die Sucht zu führen. Da es bisher keine vergleichbaren Studien zu dieser Thematik gibt, ist es nicht möglich, die vorliegenden Ergebnisse einzuordnen bzw. einzuschätzen. Wünschenswert wäre in dieser Hinsicht eine weitere Untersuchung mit einer größeren Stichprobe, um die Ergebnisse zu verifizieren oder gegebenenfalls zu falsifizieren.

#### **4.2.3.2 Suizidgedanken und Suizidversuche**

Es ist bekannt, dass das Risiko für suizidales Verhalten bei alkoholabhängigen Patienten erhöht ist (Schuckit, 1986). Des Weiteren konnte durch zahlreiche Studien belegt werden, dass kindliche Traumatisierung ein Risikofaktor für suizidales Verhalten ist (Moscicki, 1997). Um die Auswirkungen aufeinander genauer zu untersuchen, gibt es auch Studien zu den Zusammenhängen von Sucht, kindlicher Traumatisierung und Suizidversuchen (z.B. Roy, 2001). In einer Untersuchung von Roy (2002) wurden 280 alkoholranke Menschen mit dem CTQ zu Traumaerfahrungen in der Kindheit sowie anhand des Eysenck Personality Questionnaires (EPQ) zu suizidalem Verhalten in der Vergangenheit befragt. 42,9% der Stichprobe hatten in ihrem Leben schon mindestens einen Suizidversuch begangen. Außerdem wurden die Mittelwerte der einzelnen Dimensionen des CTQ anhand eines T-Tests verglichen mit Patienten, welche schon einen Suizidversuch begangen hatten bzw. noch keinen begangen hatten. In allen 5 Dimensionen waren die Mittelwerte im CTQ bei den Patienten mit Suizidversuch signifikant höher. In der von uns untersuchten Stichprobe haben 19,0% der Patienten bereits einen Suizidversuch begangen. Diese deutlich niedrigere Zahl könnte sich dadurch erklären, dass die sehr schwer von der Alkoholkrankheit betroffenen Patienten (welche somit auch ein höheres Risiko für Suizidversuche haben), wie in Abschnitt 4.1.1 beschrieben, zum Teil aus der Studie ausgeschlossen werden mussten. Da bei Roy (2002) der Anteil der Patienten mit suizidaler Vergangenheit eher hoch ist (wie er auch selbst in der Diskussion beschreibt), scheint der wahre Wert in der Mitte zu liegen. Auch

in unserer Stichprobe konnte erwartungsgemäß gezeigt werden, dass der Anteil der Patienten mit Suizidversuch in der Trauma-Gruppe mit 24,0% signifikant höher ist als in der Nicht-Trauma-Gruppe mit 14,9% ( $\chi^2_{df=1}=5,564$ ;  $p=.018$ ). Entsprechende Ergebnisse zeigten sich auch bei den ernsthaften Suizidgedanken. In der im Abschnitt 1.2.2.2 beschriebene Untersuchung von Evren et al. (2006) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Prävalenz von Suizidversuchen bei Patienten mit Traumaerfahrungen in der Kindheit signifikant höher ist als bei Patienten ohne derartige Erfahrungen. In dieser Hinsicht konnten also die Resultate von Roy (2002) und Evren et al. (2006) bestätigt werden.

Bei der Betrachtung der einzelnen Cluster konnte im Wesentlichen gezeigt werden, dass die Prävalenz von Suizidgedanken und -versuchen im Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und Cluster B („moderate Vernachlässigung“) geringer ist als in den anderen Clustern. Es zeigte sich der Trend, dass in den Clustern mit multiplen und schweren Traumatisierungsformen (Cluster D, E und F) die Rate generell höher ist als in den Clustern ohne oder mit geringer Traumatisierung. Aufgrund der teilweise sehr geringen Clustergröße lässt sich jedoch keine zuverlässige Aussage machen. Ein Vergleich mit anderen Studien ist aufgrund der fehlenden Daten bisher nicht möglich. Umso wünschenswerter wäre es, diese Problematik an einer größeren Stichprobe zu untersuchen, um Aussagen zu den einzelnen Clustern machen zu können.

Insgesamt konnte der Zusammenhang zwischen Traumaerfahrungen in der Kindheit und späteren Suizidversuchen bestätigt werden. Es zeigte sich ein Trend dahingehend, dass die Gefahr des Suizids höher ist, je schwerer die Traumatisierung bzw. je mehr Traumatisierungen parallel vorhanden waren. Für die Klinik sollte dies bedeuten, dass gerade die Anamnese zu Traumaerfahrungen nicht unterschätzt wird und auch das Thema Suizidalität mit den suchtkranken Patienten grundsätzlich angesprochen werden muss. Nur so ist es möglich, die individuelle Gefahr eines jeden Patienten einzuschätzen und

unter Umständen weitere Suizidversuche vorzubeugen.

#### **4.2.3.3 Alkoholabhängigkeit der Eltern**

Auch bei der Alkoholabhängigkeit der Eltern der Patienten konnten signifikante Unterschiede zwischen der Trauma- und der Nicht-Trauma-Gruppe gezeigt werden. Sowohl die Väter als auch die Mütter der Patienten mit Traumaerfahrungen waren signifikant häufiger alkoholabhängig. Dieser Zustand lässt wie zuvor erwartet darauf schließen, dass es durch alkoholabhängige Eltern häufiger zu häuslicher Gewalt und Missbrauch kommt. Auch Berger (1993) geht davon aus, dass bei 30% der Vater-Tochter-Inzestfälle und bei 75% der Fälle von häuslicher Gewalt ein alkoholabhängiges Familienmitglied involviert ist. Auch Sheridan (1995) kommt in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass bei vernachlässigten oder misshandelten Kindern der Anteil an alkohol- oder drogenabhängigen Eltern bei 54,3% liegt.

Bei einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Cluster zeigte sich, dass die Eltern der Patienten in den Clustern C („schwerer emotionaler Missbrauch“), D („schwere körperliche und emotionale Traumatisierung“), E („schwerer sexueller und emotionaler Missbrauch“) und F („schwerer sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch“) tendenziell häufiger alkoholabhängig sind als diejenigen der Patienten im Cluster A („keine oder minimale Misshandlung“) und B („moderate Vernachlässigung“). Zum Teil zeigen sich signifikante Unterschiede, zum Teil lassen sich (vermutlich auch hier wieder aufgrund der geringen Gruppengröße der Cluster D bis F) zumindest Tendenzen ausmachen. Es lässt sich jedoch erkennen, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern deutlich gefährdeter sind, kindliche Traumatisierungen zu erleiden. Auch in dieser Hinsicht wäre eine größere Stichprobe notwendig, um eine differenzierte Aussage zu den einzelnen Clustern machen zu können. Interessanterweise zeigt sich jedoch auch schon bei dieser relativ kleinen Stichprobe die Tendenz, dass die Eltern von gar nicht oder auch moderat misshandelten Kindern seltener alkoholabhängig sind, dass es aber keinen Unterschied in der Häufigkeit zwischen den verschiedenen Arten schwerer Misshandlung zu geben

scheint. Das lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass Eltern, die betrunken sind, Gefahr laufen, die Kinder in diesem Moment deutlich emotional (sowie unter Umständen auch körperlich) zu vernachlässigen. Außerdem kann es durch Kontrollverlust möglicherweise schneller zu emotionaler und körperlicher Misshandlung kommen. Des Weiteren kann es alkoholisierten Menschen schwerer fallen, Grenzen zu erkennen. So lässt sich erklären, dass es auch häufig zu einer schweren Traumatisierung kommt und nicht bei leichteren Formen bleibt. Dieser Zustand würde erklären, dass die Kinder alkoholkranker Eltern häufig vielseitig und schwer traumatisiert sind und sich so kein großer Unterschied zwischen den Clustern C bis F ausbildet, ein klarer Unterschied jedoch zwischen den Clustern A bzw. B und dem Rest zu erkennen ist.

#### **4.2.3.4 Persönlichkeitsstörungen**

Aufgrund der kleinen Fallzahl in den einzelnen Gruppen lässt sich hier keine statistisch zu belegende Aussage machen. Interessant ist jedoch, dass sich auch in dieser recht kleinen Stichprobe herausstellt, dass traumatisierte Patienten deutlich häufiger eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie eine paranoide Persönlichkeitsstörung zu entwickeln scheinen und dass sie ebenfalls häufiger Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit aufweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Evren et al. (2006). Sie konnten zeigen, dass traumatisierte alkohol- und/oder drogenabhängige Patienten signifikant häufiger eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung haben als nicht traumatisierte Patienten.

## 5 Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit zum Einfluss früher Traumatisierungen auf den Krankheitsverlauf bei alkoholabhängigen Patienten (N=347) wurde eine clusteranalytische Untersuchung durchgeführt. Die erste Hypothese dieser Arbeit konnte bestätigt werden. Es fanden sich sechs Cluster früher traumatischer Erfahrungen, welche verschiedene Kombinationen von Missbrauch und Vernachlässigung widerspiegeln.

Die sechs Gruppen unterteilten sich in eine große Gruppe von Patienten ohne oder mit nur minimaler Misshandlung (42,1%), eine zweite Gruppe mit moderaten Formen der emotionalen Vernachlässigung (30,5%) und eine Gruppe mit schwerem emotionalem Missbrauch (12,7%). Des Weiteren wurde ein Cluster abgegrenzt, welches die schwer körperlich und emotional misshandelten Patienten vereint (6,9%). Das fünfte Cluster beinhaltet schwer sexuell und emotional missbrauchte Patienten (4,0%), die Patienten der sechsten Gruppe wurden zusätzlich körperlich misshandelt (3,7%).

Es zeigte sich, dass signifikant mehr Frauen angaben, in der Kindheit traumatisiert worden zu sein (60,0% der Frauen gegenüber 46,6% der Männer). Frauen wurden signifikant häufiger emotional misshandelt ( $p=.000$ ), emotional vernachlässigt ( $p=.003$ ) und sexuell missbraucht ( $p=.000$ ). Dementsprechend wurden auch den Clustern mit schwerem emotionalem und/ oder sexuellem Missbrauch (Cluster C, E und F) signifikant mehr Frauen zugeteilt als dem Cluster ohne Misshandlung (Cluster A) oder auch dem Cluster mit moderater Vernachlässigung (Cluster B).

Weiterhin konnten interessante Zusammenhänge zwischen der Clusterzugehörigkeit und dem klinischen Verlauf sowie weiteren Parametern wie der Alkoholabhängigkeit der Eltern aufgezeigt werden. So zeigt sich die Tendenz, dass in den Clustern mit schweren körperlichen und/oder sexuellen Traumatisierungen das Alter bei Beginn der Abhängigkeit geringer ist. Ebenso ist die Prävalenz von Suizidgedanken und -versuchen in den Clustern mit verschiedenen Kombinationen schweren Missbrauchs höher als in dem Cluster

ohne Missbrauchserfahrungen und dem Cluster mit moderater Vernachlässigung. Ähnliche Zusammenhänge konnten für die Alkoholabhängigkeit der Eltern gezeigt werden.

Es konnte die Vermutung bestätigt werden, dass es sich bei einer großen Mehrheit der Patienten häufiger um eine Kombination verschiedener Missbrauchserfahrungen handelt als um isolierte Erlebnisse. Ebenfalls werden die gravierenden Auswirkungen der interpersonellen Traumatisierung in der Kindheit auf den Verlauf der Suchterkrankung und deren weiteren klinischen Folgen in dieser Arbeit erneut bekräftigt.

Nachdem mit dieser Arbeit gezeigt werden konnte, dass sich auch bei suchtkranken Patienten Cluster früher Traumaerfahrungen finden lassen, wäre es wünschenswert, eine ähnliche Untersuchung an einer deutlich größeren Stichprobe durchzuführen. Nur so könnten die klinischen Folgen der verschiedenen Misshandlungsmuster genau analysiert werden. Angesichts der hohen Komorbiditätsraten von Traumaerfahrungen in der Kindheit und Suchterkrankungen im Erwachsenenalter scheint es schon jetzt notwendig, dem Themengebiet der interpersonellen Traumatisierungen innerhalb der stationären Entzugsbehandlung mehr Platz zu geben. So könnte auf die individuellen Erfahrungen der Patienten reagiert und die Therapie angepasst werden.

## 6 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.

Anton R. F., Moak D. H., Latham, P. (1995): The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19: 92–99.

Arata C. M., Langhinrichsen-Rohling J., Bowers D., O`Farrill-Swails L. (2005): Single versus Multi-Type Maltreatment: An Examination of the Long-Term Effects of Child Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 11 (4): 30-52.

Backhaus K., Erichson B., Plinke W., Weiber R. (2008): *Multivariate Analysemethoden*. 12. Auflage, Berlin: Springer.

Bagley C., Wood M., Young L. (1994): Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect* 18: 683-697.

Baker A. J. L., Maiorino E. (2010): Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review* 32: 740–748.

Beck A. T., Steer R. A. (1993): *Manual for the Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation. San Antonio, Texas.

Berger, G. (1993): *Alcoholism and the family*. New York: Franklin Watts.

Bernstein D. P., Fink L., Handelsman L., Foote J., Lovejoy M., 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 (8): 1132-1136.

Bernstein D. P., Fink L. (1998): Manual for the Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report. The psychological Corporation. Harcourt Brace, New York.

Bernstein D. P., Stein J. A., Handelsman L. (1998): Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. Addictive Behaviors 23(6): 855-868.

Bernstein D. P., Stein J. A., 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 Neglect 27: 169-190.

Briere J., Runtz M. (1987): Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. Journal of interpersonal violence 2: 367-379.

Briere J., Runtz M. (1988): Multivariate Correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. Child Abuse and Neglect 12: 331-341.

Bryant S. L., Range L. M. (1995a): Suicidality in college women who report multiple versus single types of maltreatment by parents: a brief report. Journal of Child Sexual Abuse 4: 87-94.

Bryant S. L., Range L. M. (1995b): Suicidality in college women who were sexually and physically punished by parents. Violence Victims 10: 195-201.

Bussmann K.-D. (2002): Schlussbericht. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne „Mehr Respekt vor Kindern“. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät.

Claussen A. H., Crittenden P. M. (1991): Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 15: 5-18.

Clemmons J. C., DiLillo D., Martinez I. G., DeGue S., Jeffcott M. (2003): Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse and Neglect* 27: 751-767.

Cohen F. S., Densen-Gerber J. (1982): A Study of the Relationship between Child Abuse and Drug Addiction in 178 Patients: Preliminary Results. *Child Abuse and Neglect* 6 (4): 383-387.

Deegener G. (2001): Child abuse. In: Smelser N.J., Baltes P.B. (Hrsg.): *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences*. 3. Aufl., Oxford: Elsevier.

Deegener G. (2005): Formen der Kindesmisshandlung. In: Körner W., Deegener G. (Hrsg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. 1. Aufl., Göttingen: Hogrefe.

Dom G., de Wilde B., Hulstijn W., Sabbe B. (2007): Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive psychiatry* 48: 178-185.

Dong M., Anda R. F., Felitti V. J., Dube S. R., Williamson D. F., Thompson Th. J., Loo C. M., Giles W. H. (2004): The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect* 28: 771-784.

Draijer N. (1989): *Structured Trauma Interview*. Amsterdam: Department of Psychiatry, Free University.

Driessen M., Schulte S., Wulff H., Sutmann F. (2006): *Diagnostische Aspekte*

bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In: Schäfer I., Krausz M. (Hrsg.): Trauma und Sucht - Konzepte, Diagnostik, Behandlung. 1. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag, S. 108-126.

Dubowitz H. (2000): What is Child Neglect?. In: Dubowitz H, DePanfi D. (Hrsg.): The Handbook for Child Protection. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dubowitz H., Bennett S. (2007): Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 369: 1891-1899.

Duncan R. D., Saunders B. E., Kilpatrick D. G., Hanson R. F., Resnick H. S. (1996): Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry* 66: 437-448.

Engels M., Moisan D., Harris R. (1994): MMPI indices of childhood trauma among 110 female outpatients. *Journal of personality assessment* 63: 135-147.

Engfer A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U., Hoffmann S., Joraschky P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.

Ernst C., Angst J., Földeny M. (1993): The Zürich Study, XVII: Sexual abuse in childhood: frequency and relevance for adult morbidity. Data of a longitudinal epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 242: 293-300.

Evren C., Kural S., Cakmak D. (2006): Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* 31: 475-485.

Fergusson D. M., Horwood L., Woodward L. (2000): The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults.

Psychological Medicine 30: 529-544.

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: 1329-1335.

Fischer G., Riedesser P. (2003): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 3. Aufl., München, Basel: Reinhardt.

Frank R. (1993): *Kinderärztlich-kinderpsychiatrische Untersuchungen an misshandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien*. Universität München: Habilitationsschrift.

Frank R., Kopecky-Wenzel M. (2002): Vernachlässigung von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150 (11): 1339-1343.

Garbarino J., Garbarino A. C. (1986): *Emotional maltreatment of children*. Chicago: National Committee of Prevention of Child Abuse.

Gerke C. K., Mazzeo S. E., Kliewer W. (2006): The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse and Neglect* 30 (10): 1161–1172.

Gil-Rivas V., Fiorentine R., Anglin M. D., Taylor E. (1997): Sexual and physical abuse: do they compromise drug treatment outcomes?. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14: 351-358.

Glaser D. (2002): Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse and Neglect* 26: 697-714.

Goodman L. A., Dutton M. A., Harris M. (1997): The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill

women. *Journal of Traumatic Stress* 10: 51-70.

Gsellhofer B., Fahrner E. M., Platt J. (1994): European Addiction Severity Index EuropASI (German version). München: IFT Institute for Therapy Research.

Hahm H. C., Lee Y., Ozonoff A., van Wert M. (2010): The Impact of Multiple Types of Child Maltreatment on Subsequent Risk Behaviours Among Women During the Transition from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 39: 528-540.

Hardt J. (2004): Retrospektive Erfassungen von Kindheitsbelastungen bei Erwachsenen. In: Egle U. T., Hoffmann S. O., Joraschky P. (2004): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Aufl., Stuttgart: Schattauer.

Hardt J., Rutter M. (2004): Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of child psychology and psychiatry* 45: 260-273.

Hart S., Binggeli N., Brassard M. (1998): Evidence of the effects of psychological maltreatment. *Journal of emotional abuse* 1: 27-58.

Herrenkohl R. C., Herrenkohl E. C., Egolf B. P. (1983): Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 424-431.

Higgins D. J., McCabe M. P. (1994): The relationship of child sexual abuse and family violence to adult adjustment: toward an integrated risk-sequelae model. *J Sex Res* 31: 255-266.

Higgins D. J., McCabe M. P. (2000): Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review* 9: 6-18.

Higgins D. J., McCabe M. P. (2001): Multiple Forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior* 6: 547-578.

Holder H. G. (2008): Alcohol and Violence: A complex Nexus of Drinking Environment and Drinking Pattern. *Addiction* 103: 78-79.

Hussey D. L., Singer, M. (1993): Psychological Distress, Problem Behaviors, and Family Functioning of Sexual Abused Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 (5): 954-961.

Hussey J. M., Chang J. J., Kotch J. B. (2006): Child maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics* 118 (3): 933-942.

Hylar S. E., Rieder R. O., Williams J. B. W., Spitzer R. L. (1988): The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders* 2: 229-237.

Kaplan M., Klinetob N. A. (2000): Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188(9): 596-601.

Kaplan S. J., Pelcovitz Ph. D., Labrunda V. (1999): Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38 (10): 1214-1222.

Kausch O., Rugle L., Rowland D. Y. (2006): Lifetime Histories of Trauma among Pathological Gamblers. *The American Journal of Addictions* 15: 35-43.

Koeter M., Hartgers C. (1997): Preliminary procedure for the computation of the EuropASI composite scores. The Amsterdam Institute for Addiction Research.

Kokkevi A., Hartgers C., Blanken P., Fahrner E., Pozzi G., Tempesta E., Uchtenhagen A. (1993): Europäische Version des ASI.

Krausz M., Briken P. (2002): Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen

in Relation zu biographischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. Suchttherapie 3: 178-183.

Kriminologisches Institut Niedersachsen (2009): Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt – erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministerium des Innern und des KFN. Hannover: Forschungsbericht Nr. 107 des KFN.

Langeland W., Van den Brink W., Draijer N. (2002): Trauma, Trauma-Related Distress, and Perceived Parental Dysfunction: Associations with Severity of Drinking Problems in Treated Alcoholics. The Journal of Nervous and Mental Disease 190 (5): 337-340.

Langeland W., Draijer N., Van den Brink W. (2004): Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcoholics: The Role of Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 28 (3): 441-447.

Lundgren K., Gerdner A., Lundqvist L-O. (2002): Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. International Journal of Social Welfare 11: 219-227.

Manly J. T. (2005): Advances in research definitions of child maltreatment. Child Abuse and Neglect 29: 425-439.

McLellan A. T., Kushner H, Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., Pettinati H., Argeriou M. (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment 9: 199-213.

Mirsal H., Kalyoncu A., Pektas Ö., Tan D., Beyazyürek M. (2004): Childhood Trauma in Alcoholics. Alcohol and Alcoholism 39 (2): 126-129.

Moscicki E. (1997): Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatric Clinics of North America* 20: 499– 517.

Ney Philip G., Fung T., Wickett Adele R. (1994): The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 18 (9): 705-714.

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sowie deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen e.V. (Hrsg.) (2002): Kindesvernachlässigung. Erkennen. Beurteilen. Handeln. Hannover.

Ouimette P. C., Kimerling R., Shaw J., Moos R. H. (2000): Physical and Sexual Abuse Among Women and Men with Substance Use Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly* 18 (3): 7-17.

Roy A. (2001): Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 189: 120–121.

Roy A. (2002): Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders* 77: 267–271.

Ruggiero J., Bernstein D. P., Handelsman L. (1999): Traumatic Stress in Childhood and Later Personality Disorders: A Retrospective Study of Male Patients With Substance Dependence. *Psychiatric Annals* 1999: 713-721.

Schäfer I. (2004): Strukturiertes Trauma Interview, dt. Übersetzung. Universität Hamburg.

Schäfer I., Homann K., Schulze-Thüsing J., Teske L., Reimer J., Haasen C., Hissbach J., Wiedemann K. (2010): Impact of childhood trauma on Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical (HPA) activity in alcohol dependent patients. *European Addiction Research* 16: 108-114.

Schäfer I., Krausz M. (2006): Trauma und Sucht - Konzepte, Diagnostik, Behandlung. 1. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

Schäfer I., Reddemann L. (2005): Traumatisierung und Sucht – eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 3(3): 9-18.

Scheurich A., Müller M. J., Wetzel H., Anghelescu I., Klawe C., Ruppe A., Lörch B., Himmerich H., Heidenreich M., Schmid G., Hautzinger M., Szegedi A. (2000): Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). Journal of Studies on Alcohol 61(6): 916-919.

Schmidt P., Küfner H., Hasemann S., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M. (2007): Ist der European Addiction Severity Index ein sinnvolles Diagnoseinstrument bei Alkoholabhängigkeit?. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie FDN 75: 541-548.

Schuckit, M. (1986): Primary men alcoholics with histories of suicide attempts. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 47: 78– 81.

Sedlak A. J., Broadhurst D. D. (1996): The third national incidence study of child abuse and neglect. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Sedlak A. J., Mettenberg J., Basena M., Petta I., McPherson K., Greene A., Li S. (2010): Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress, Executive Summary. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.

Sheridan M. J. (1995): A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. Child Abuse and Neglect 19: 519-530.

Simons M., Herpertz-Dahlmann B. (2008): Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen - eine kritische Übersicht zu Klassifikationen und diagnostischen Kriterien. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36(3): 151-161.

Spielberger C. D. (1983): Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.

Teicher M. H., Samson J. A., Polcari A., McGreenery C. (2006): Sticks, Stones and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry* 163: 993-1000.

Thompson A. E., Kaplan C. A. (1996): Childhood emotional abuse. *British Journal of Psychiatry* 168: 143-148.

Tucci A. M., Kerr-Correra F., Souza-Formigoni M. L. O. (2010): Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse and Neglect* 34: 95-104.

Varia R., Abidin R., Dass P. (1996): Perceptions of abuse: effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse and Neglect* 6: 511-526.

Wetzels P. (1997): *Gewalterfahrungen in der Kindheit – sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden: Nomos.

WHO (World Health Organisation) (1999): *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva, World Health Organisation.

WHO (World Health Organisation) (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Widom C., Morris S. (1997): Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment* 9 (1): 34-46.

Wind T. W., Silvern L. (1994): Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse and Neglect* 18: 439-453.

Windle M., Windle R. C., Scheidt D., Miller GB (1995): Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *The American Journal of Psychiatry* 152: 1322-1328.

Wingenfeld K., Spitzer C., Mensebach C., Grabe H., Hill A., Gast U., Schlosser N., Höpp H., Beblo T., Driessen M. (in Druck): Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten.

Wittchen H.-U., Zaudig M., Fydrich T. (1997a): SKID-I/II: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen, Hogrefe.

Wittchen H.-U., Zaudig M., Fydrich T. (1997b): SKID – Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV – Achse I und II; Handanweisung. Göttingen, Hogrefe.

Yargic L. I., Tutkun H., Sar V. (1994): Childhood trauma and dissociative symptoms in adult life. *Journal of Psychiatry Psychology and Psychopharmacology* 2: 338–347.

Zlotnik C., Johnson D. M., Stout Robert L., Zywiak W. H., Johnson J. E., Schneider R. J. (2006): Childhood Abuse and Intake Severity in Alcohol Disorder Patients. *Journal of Traumatic Stress* 19 (6): 949-959.

## 7 Danksagung

Im Folgenden möchte ich mich bei all denjenigen Menschen bedanken, mit deren Hilfe und Unterstützung es mir gelungen ist, diese Dissertation zu schreiben.

Allen voran möchte ich Prof. Dr. Christian Haasen für die freundliche Überlassung des interessanten Promotionsthemas danken.

Ganz besonders danke ich Dr. Ingo Schäfer. Als Betreuer meiner Dissertation und Leiter der Studie war er stets präsent und konnte bei vielen Fragen weiterhelfen. Dank Ingo konnte ich einen spannenden Einblick in das wissenschaftliche Arbeiten gewinnen und mich für das wissenschaftliche Betrachten klinischer Themen begeistern.

Außerdem möchte ich mich ganz herzlich bei Heike Menger, Daniel Lüdecke und Meike Marzock für das gemeinsame Durchführen der Studie und die vielen motivierenden Worte bedanken. Ein besonderer Dank geht auch an Jule Schulze-Thüsing für das Begleiten der Studie und die vielen hilfreichen Tipps bei dem Verfassen der Arbeit. Bedanken möchte ich mich auch bei Katja Wingenfeld, die mir bei allen statistischen Fragen zur Seite stand.

Ein ganz besonderer Dank geht natürlich auch an die Patienten und Patientinnen der Suchtstation des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf, welche sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen und uns dadurch erst deren Durchführung ermöglichten. Für die vielen aufmunternde Worte, das nette Beisammensein und die vielen Liter Tee danke ich dem gesamten Team der Suchtstation der psychiatrischen Klinik des UKE.

Besonders am Herzen liegt es mir, meinen Eltern und meinem Mann Andreas zu danken. Ich danke Euch für die Unterstützung in den letzten Jahren und dafür, dass ihr immer für mich da seid, wenn ich Euch brauche!

Dankeschön!

## **8 Lebenslauf**

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

## **9 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: .....