

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Zentrum für Innere Medizin,  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Professor Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe

## **Reliable und ökonomische Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung: die deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)**

### **Dissertation**

zur Erlangung eines Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Heike Grabski

aus Bremen

Hamburg 2012

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:  
09.08.2013**

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

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. B .Löwe**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. K. Wingenfeld**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. C. Spitzer**

Meinen Eltern und meiner Großmutter  
Dr. med. Margarete Ried  
gewidmet.

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>VI</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Problemstellung</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Theoretischer Hintergrund</b>	<b>2</b>
1.2.1 Trauma: allgemeine Definition	2
1.2.2 Trauma im Kindesalter	4
1.2.3 Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch	4
1.2.4 Vernachlässigung	8
<b>1.3 Epidemiologie früher Traumatisierung</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Strukturierte Erfassung früher Traumatisierung</b>	<b>13</b>
1.4.1 Internationale Erfassung von traumatischen Erfahrungen	14
1.4.1.1 Early Trauma Inventory (ETI)	14
1.4.1.2 Biographisches Risikoinventar für Kindheit und Jugend (BRIS-K)	15
1.4.1.3 Trauma-assessment for adults (TAA)	15
1.4.1.4 Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)	15
1.4.2 Ursprung der ACE Studie	16
1.4.3 ACE Studien von Dong et al. 2003/2004	17
<b>1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Studie</b>	<b>19</b>
<b>2. Material und Methoden</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Durchführung der Untersuchung</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Beschreibung der Messinstrumente</b>	<b>22</b>
2.2.1 Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)	22
2.2.2 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	23
2.2.3 Hospital Anxiety Depression Scale (HADS-D)	24
2.2.4 Die Freiburger Beschwerdenliste revidierte Form (FBL-R)	24
<b>3. Statistische Analyse</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Art der Ergebnisdarstellung</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Stichprobenbeschreibung</b>	<b>26</b>
3.2.1 Soziodemographische Daten	26

3.2.2	Klinische Hauptdiagnosen der Patienten	28
<b>3.3</b>	<b>Allgemeine Ergebnisse</b>	<b>29</b>
<b>3.4</b>	<b>Überprüfung Fragestellung 1: Reliabilität des ACE</b>	<b>33</b>
3.4.1	Cronbachs Alpha Berechnung und Trennschärfekoeffizienten	33
3.4.2	Ergebnisse der Iteminterkorrelation	34
<b>3.5</b>	<b>Überprüfung der Fragestellungen 2 &amp; 3: Validität des ACE</b>	<b>35</b>
3.5.1	Überprüfung der Fragestellung 2	36
3.5.2	Überprüfung der Fragestellung 3	37
3.5.3	Konvergente und divergente Validität	40
<b>3.6</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>41</b>
<b>4.</b>	<b>Diskussion:</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Diskussion der Methodik</b>	<b>42</b>
4.1.1	Fragebogen vs. Interview	42
4.1.2	Diskussion des ACE Fragebogens als „Screeninginstrument“	43
4.1.3	Die retrospektive Erfassung des Traumas	45
4.1.4	Diskussion der gewählten Stichprobe	46
4.1.5	Generelle Methodenkritik am ACE	46
<b>4.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>Ökonomische Betrachtung</b>	<b>51</b>
<b>4.4</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	<b>53</b>
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>55</b>
<b>7.</b>	<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	<b>69</b>
<b>8.</b>	<b>Danksagung</b>	<b>70</b>
<b>9.</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>71</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang</b>	<b>72</b>
<b>11.</b>	<b>Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>82</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ACE	Adverse Childhood Experiences Questionnaire
etc.	et cetera
ANOVA	analyses of variance
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRIS-K	Biographisches Risikoinventar für Kindheit und Jugend
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzw.	beziehungsweise
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
df	degrees of freedom (Freiheitsgrad)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM	Emotionaler Missbrauch
ETI	Early Trauma Inventory
ETI-KJ	Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche
EV	Emotionale Vernachlässigung
FBL-R	Freiburger Beschwerdenliste-Revision
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety
ICD-10	International Classification of Diseases
KM	Körperlicher Missbrauch
KV	Körperliche Vernachlässigung
M	Mittelwert
N	number (Anzahl)
p	probability (Signifikanz)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
r	Korrelationskoeffizient
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SM	Sexueller Missbrauch
StGB	Strafgesetzbuch
TAA	Trauma-assessment for adults
vs.	versus (gegen)
z.B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

### 1.1 Problemstellung

Körperlicher und emotionaler Missbrauch in der Kindheit haben eine große Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung körperlicher, psychosomatischer und psychischer Erkrankungen, die sich im Erwachsenenalter manifestieren können (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998, Anda et al. 2008, Arnow 2004, Dube et al. 2009, Dubowitz und Bennett 2007, MacMillan et al. 2001). Aus diesem Grund ist eine reliable und valide Erfassung von stattgehabter Traumatisierung in der Kindheit notwendig, welche über verschiedene Fragebögen oder Interviews möglich ist. Im anglo-amerikanischen Raum wurden mehrere Instrumente entwickelt (Kappis und Hardt 2005, Roy und Perry 2004). Derzeit gibt es jedoch für die retrospektive Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung nur wenige gut evaluierte Screeninginstrumente in deutscher Sprache (Maercker und Bomberger 2005). Im internationalen Gebrauch wird als Messinstrument am häufigsten der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) zur Erfassung von Misshandlungen in Kindheit und Jugend bis zum 18. Lebensjahr eingesetzt. Erst kürzlich wurde der CTQ für den deutschsprachigen Raum evaluiert (Wingenfeld et al. 2010). Dabei zeigten sich ähnlich gute teststatistische Kennwerte wie für die amerikanische Originalversion.

In der vorliegenden Arbeit wurden teststatistische Kennwerte der deutschen Übersetzung des Adverse Childhood Experiences (ACE) überprüft. Ziel dieser Studie ist, für den deutschsprachigen Raum ein Messinstrument bereit zu stellen, welches retrospektiv, also im Erwachsenenalter, die Erhebung belastender Erfahrungen in der Kindheit und Jugend ermöglicht und zugleich besonders ökonomisch ist.

Mit Hilfe von statistischen Analyseverfahren soll überprüft werden, ob der ACE ähnlich gute teststatistische Kennwerte aufweist wie der CTQ und damit ebenfalls als validierter Fragebogen zur Erfassung von Kindesmisshandlungen für den deutschsprachigen Raum zur Verfügung stehen kann.

### 1.2 Theoretischer Hintergrund

Sowohl in der medizinischen Fachpresse als auch in allgemeinen Veröffentlichungen wird derzeit häufig über Fälle von Traumatisierung und Kindesmisshandlung berichtet. Für die vorliegende Arbeit wird zunächst eine Klärung und Erläuterung der Begrifflichkeiten von Trauma, Kindheitstrauma und Vernachlässigung durchgeführt. Weiter werden Studien zur Prävalenz und einige beispielhaft ausgewählte Studien, in denen sich der Einsatz des ACE bewährt hat, vorgestellt.

#### 1.2.1 Trauma: allgemeine Definition

Bereits 1871 beschrieb der amerikanische Militärarzt Da Costa eine abnorme psychische Reaktion, die nach seelischen Belastungen aufgetreten war. Auch heute noch findet sich die Bezeichnung des „irritable heart“, „effort syndrom“ oder „Da Costa-Syndrom“ in diversen Lehrbüchern (Harrison 1980). Der deutsche Neurologe Oppenheim bezeichnete 1889 das Trauma als „traumatische Neurose“. Er war der Meinung, dass das Trauma kombiniert sein könne sowohl mit einem organischen Nervenleiden als auch mit einer Neurose (Oppenheim 1889). In der Gesellschaft fielen Traumasymptome nach dem Ersten Weltkrieg auf, als es zum vermehrten Auftreten von sogenannten „Kriegszitterern“ kam (Shepard 2001). Besonders intensiv wurde nach dem Krieg in Vietnam geforscht, als psychisch gesunde Soldaten mit erheblichen psychischen Störungen heimkehrten (Kulka et al. 1990). Zu dieser Zeit begannen die Erforschung der „posttraumatischen Belastungsstörung“ und damit auch eine Beschäftigung mit der Terminologie des Begriffes „Trauma“.

Das amerikanische DSM definiert traumatische Ereignisse als: “[...] tatsächlich(er) oder drohende(r) Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen [...]“, die mit “intensive(r) Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ einhergehen (Saß et al. 1996).

Auch eine Klassifikation des Traumabegriffs kann durchgeführt werden: So wird zur Klassifikation verschiedener Traumata der Vorschlag von Terr (1991)

berücksichtigt. Terr unterscheidet im Bereich der kindlichen Traumatisierung den Trauma Typ-I und den Trauma Typ-II. Unter Typ-I Traumata versteht die Autorin Traumareaktionen, welche die Folge eines unerwarteten einzelnen Ereignisses sind. Zu diesen zählen unter anderem Vergewaltigung, Unfall, Überfall, Naturkatastrophen oder Unglücksfälle. Typ-II Traumata beschreibt Terr als mehrmalige, andauernde oder sich wiederholende Traumata. Dazu zählen z. B. längere Kriegsgefangenschaft, andauernder sexueller Missbrauch oder andauernde körperliche Gewalt in Form von Kindesmisshandlung. Die beschriebenen Typ-II Traumatisierungen führen in besonderem Maße zu stärkerer Beeinträchtigung und dauerhaften psychischen Folgeerkrankungen (Maercker 1997, Orr et al.1998). Heute existieren unter anderem folgende Definitionen: Nach Dilling et al. (1993) wird das Trauma bezeichnet als „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Fischer und Riedesser (2009) schließen in ihrer klinisch sehr gebräuchlichen Definition des Traumas als [...]„ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser 2009) die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums mit ein. Die Autoren charakterisieren das Trauma als eine Bedrohung von außen durch ein Erlebnis, welches die Bewältigungsmöglichkeit überfordert. Auf diese Diskrepanz zwischen der Bedrohung und der Bewältigungsmöglichkeit folgt eine nachhaltige Erschütterung des Selbst- und Weltbildes. Allgemein wird unter einem Trauma also ein von außen auf das Individuum einwirkender Schaden oder eine Verletzung verstanden, die bei diesem eine mehr oder weniger lang anhaltende Verzweiflung, Schädigung körperlicher oder seelischer Art und Erschütterung der eigenen Integrität bewirkt.

### **1.2.2 Trauma im Kindesalter**

Im Besonderen soll für die vorliegende Arbeit der Traumabegriff in Bezug auf Traumatisierung im Kindesalter anhand von Beispielen erörtert werden. Fischer und Riedesser (2009) kritisieren in ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie“, dass die psychische Traumatisierung bei Kindern lange Zeit übersehen wurde. Anna Freud, die nach dem Zweiten Weltkrieg traumatisierte Kinder und Kriegswaisen betreute und untersuchte, lieferte historische Beispiele für die Traumatisierung im Kindesalter (Freud 1963). Für ihre Arbeit schaute sich Freud unter anderem Kleinkinder in London an, die einen Luftangriff zusammen mit ihren Eltern im Luftschutzkeller erlebten und verglich sie mit den Kleinkindern, welche die Zeit der Bombenangriffe getrennt von ihren Eltern auf dem Land verbrachten. Das Ergebnis der Studie von Freud war, dass eine Bombennacht für die Kleinkinder, die bei ihren psychisch einigermaßen stabilen Eltern blieben, weniger belastend war, als für solche, die zwar körperlich in Sicherheit gebracht wurden, aber dennoch einen Trennungsschock erlitten. Diesen Trennungsschock von den primären Bezugspersonen beschreibt Bowlby (1976) als Separationstrauma. Das körperliche Trauma bei Kindern rückte – 1962 von Kempe et al. als “battered-child syndrome“ beschrieben – zunehmend in den Blickpunkt der wissenschaftlichen Forschung.

Bei Kindern hat sich die Unterteilung belastender Ereignisse in Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen (aktive Form) und Vernachlässigung (passive Form) als nützlich erwiesen und durchgesetzt. Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über die genaueren Definitionen.

### **1.2.3 Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch**

Berichte über sexuellen Missbrauch an Kindern in Heimen, Internaten oder sogar in kirchlichen Einrichtungen sind in letzter Zeit zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses geraten. Doch trotz der zunehmenden Sensibilisierung der Gesellschaft stellen Kindesmisshandlungen und Kindesmissbrauch überall auf der Welt ein immenses gesundheitliches und soziales Problem dar. Gerade beim sexuellen Missbrauch von Kindern handelt

es sich um ein „emotionsgeladenes Thema“ (Dölling 1999). Die Autoren Deegener und Körner (2006) sehen als einen entscheidenden Unterschied zwischen sexuellem Missbrauch an Kindern und allen anderen Misshandlungsformen an Kindern an, dass noch bis vor etwa 30 Jahren eine Tabuisierung in der Fachwelt und Öffentlichkeit bestanden habe. Außerdem sei der Geheimhaltungsdruck der Opfer sexueller Gewalt höher als bei anderen Misshandlungsformen (Deegener 2004). Auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt spricht Sigusch (2011) in Bezug auf den Umgang mit sexuellem Missbrauch von den „Kartellen des Schweigens“. Eine Enttabuisierung wird angestrebt. Im Allgemeinen versteht man unter Kindesmisshandlung die körperliche und die emotionale Misshandlung sowie den sexuellen Missbrauch (Bürgin und Rost 2000). Es gibt jedoch keine allgemein gültige Definition für den Begriff Kindesmisshandlung. Zur Operationalisierung von Kindesmisshandlung schlägt die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) für die Gesundheitswissenschaften folgende Definition vor (Übersetzung Bundesärztekammer<sup>1</sup>): „Kindesmissbrauch oder -misshandlung umfasst alle Arten von körperlicher und/oder seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder nachlässiger Behandlung oder eine kommerzielle oder eine andere Art der Ausbeutung, die die Gesundheit, das Überleben, die Entwicklung oder die Würde des Kindes schädigen oder schädigen können und im Rahmen eines auf Verantwortung, Vertrauen und Macht basierenden Verhältnisses erfolgen“. Das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)<sup>2</sup> verwendet als Begriffsbestimmung für physische Kindesmisshandlung den Vorschlag von Kindler et al. (2006). Demnach können unter dem Begriff der physischen (körperlichen) Kindesmisshandlung „alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner

---

<sup>1</sup>[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Expertise\\_Kindesvernachl.\\_Nagel\\_Wohlgemuth.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Expertise_Kindesvernachl._Nagel_Wohlgemuth.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.fruehehilfen.de/wissen/daten-und-fakten-kindesvernachlaessigung-und-misshandlung/definitionen-kindesvernachlaessigung-kindesmisshandlung>

Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ (BMFSFJ zitiert nach Kindler 2006). Den Begriff der psychischen Kindesmisshandlung definiert das Bundesministerium nach der American Professional Society on Abuse of Children. So lässt sich die psychische Misshandlung charakterisieren als „wiederholte Verhaltensmuster der Betreuungsperson oder Muster extremer Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen“ (American Professional Society on Abuse of Children/APSAC 1995). Die US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definieren Misshandlungen in Kindheit und Jugend als (Übersetzung: Häuser et al. 2011): „[...] jede Handlung(en) oder Unterlassung(en) von Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten, die zu einem möglichen, drohenden oder tatsächlichen Schaden des Kindes führen.“

Folgende Definitionen gibt die Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) für Misshandlung und sexuellen Kindesmissbrauch:

1.) „Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes. Emotionale Kindesmisshandlung ist unzureichend definiert und zeigt Überschneidung mit emotionaler Vernachlässigung [...]“.

2.) „Sexuelle Handlungen mit Körperkontakt (insbesondere Brust- und Genitalbereich; sog. Hands-on-Taten) sowie das Vorzeigen von pornographischem Material bzw. das Herstellen von pornographischen Fotos, Filmen etc. und der Exhibitionismus (Hands-off-Taten) durch eine wesentlich ältere jugendliche oder erwachsene Person. Besonders zu berücksichtigen sind Handlungen unter Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen. Ausgenommen sind gleichrangige Liebesbeziehungen unter Jugendlichen und Heranwachsenden“.

Die verschiedenen Formen von Misshandlung führen bei den Betroffenen häufiger zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen. Während der Kindheit traumatisierte Menschen wurden lebensgeschichtlich

früher abhängig, wurden häufiger zu Gewaltopfern, unternahmen wesentlich mehr Suizidversuche und wiesen eine höhere psychische Komorbidität auf (Kemmner et al. 2004, Schäfer et al. 2007). Die Folgen dieser Erkrankungen bestehen oftmals bis ins Erwachsenenalter hinein. Häuser et al. (2011) sehen als Missbrauch Handlungen oder Worte an, durch welche dem Kind ein Schaden drohe. Unter Kindesmisshandlung und -missbrauch ergibt sich ein umfassender Bereich von sowohl körperlicher Gewalt als auch emotionaler Misshandlung. Zu beachten ist, dass seelische Misshandlungen häufig zu ähnlich schwerwiegenden Folgen führen wie körperliche Misshandlungen. Zu den seelischen Misshandlungen zählen nach Remschmidt (2011):

- „tätliche Auseinandersetzung Erwachsener vor den Augen der Kinder“
- „Ausschluss aus der Gemeinschaft“
- „Einsperren“
- „Zerstörung von Eigentum eines Kindes“
- „Erniedrigung“
- „Demütigung“

Kritisch warnen die Autoren Fischer und Riedesser (2009) davor, die Begriffe „Missbrauch“ und „Misshandlung“ in der Kindheit „inflationär“ zu verwenden. Die Autoren betonen, dass sich unterhalb dieser Kategorie zahlreiche Fälle befänden, in denen der Dialog zwischen Eltern und Kindern „entgleist“ oder nicht hinreichend zustande gekommen sei. In diesem Zusammenhang stellen Fischer und Riedesser dar, dass das Gelingen eines entwicklungsfördernden „Dialogs“ etwa in der präverbalen Mutter-Kind-Interaktion nicht selbstverständlich sei und es für die Eltern schwierig sein könne „in der Entwicklungslinie von Separation und Individuation des Kindes das richtige Maß an entwicklungsfördernder „Aggressivität“ bzw. Konsequenz zu verwirklichen und angemessene Verhaltensanforderungen zu stellen, um übermäßige Verwöhnung, sozial-emotionale Verwahrlosung und dissoziale Entwicklungen zu vermeiden“ (Fischer und Riedesser 2009).

### 1.2.4 Vernachlässigung

Schwieriger zu definieren ist der Begriff der „Vernachlässigung“ (Deegener 2005, Dubowitz und Black 2001). Auch hierfür gibt es keine einheitliche Bestimmung des Begriffes. Aufgrund der Hilfsbedürftigkeit des Kindes galt es zu allen Zeiten als Pflicht der Eltern, für das Wohl des Kindes zu sorgen. In Bezug auf das körperliche Wohl fielen darunter die Sorge um Nahrung, Unterkunft, Kleidung, Krankenpflege sowie Hygiene und in Bezug auf das seelische und geistige Wohl die Sorge um Liebe und Geborgenheit ebenso wie die Möglichkeit zu haben, die Welt spielerisch zu erkunden und dem Kind das „Erlernen der jeweiligen Kulturtechnik zu bieten“ (Kröner 2008). Eine Bestimmung des Begriffs der Vernachlässigung ist relativ, da die Definition abhängig ist von „gesellschaftlichen Maßstäben eines angemessenen oder geforderten Elternverhalten“ (Engfer 2000). Nach Engfer wird bei Kindern dann von Vernachlässigung gesprochen, „wenn sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden“ (Engfer 2000). Das BMFSFJ <sup>3</sup> nimmt folgende Bestimmung für den Begriff Kindesvernachlässigung vor: „Andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns (bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln) durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet“. Zu den verschiedenen Formen der Vernachlässigung zählt das Bundesministerium die körperliche Vernachlässigung, die kognitive und erzieherische Vernachlässigung, die emotionale Vernachlässigung sowie die unzureichende Beaufsichtigung. Am schwierigsten stellt sich die Definition der emotionalen und sozialen Seite der Vernachlässigung dar (Jakobi 2008).

In den Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) wird der Begriff der Vernachlässigung wie folgt definiert:

---

<sup>3</sup> <http://www.fruehehilfen.de/wissen/daten-und-fakten-kindesvernachlaessigung-und-misshandlung/definitionen-kindesvernachlaessigung-kindesmisshandlung/>

- „Körperliche Vernachlässigung: Nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs).
- Emotionale Vernachlässigung (Deprivation): Ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot“.

2003 befassten sich die Autoren Behl et al. mit über 2000 wissenschaftlichen Artikeln aus sechs Fachzeitschriften über Kindesmisshandlung von 1977 bis 1998. Darunter fanden sie nur sehr wenige von Artikeln über Vernachlässigung. Dieser geringe Anteil sei nach Meinung der Autoren sogar so niedrig, dass man in diesem Gebiet von einem Anfang der wissenschaftlichen Betrachtung (Entwicklung) sprechen könne. Die Autoren erachten die Veröffentlichung von weiteren wissenschaftlichen Werken über Vernachlässigung als notwendig. Auch die Autoren Deegener und Körner (2006) wollen zur Diskussion über die Probleme der Definition der Kindesvernachlässigung sowie der Operationalisierung davon anregen. Ihnen geht es unter anderem auch um die Ergänzung von weiteren standardisierten Screeningmethoden sowohl für die Forschung als auch für die Praxis. Im Erwachsenenalter wird der Begriff Vernachlässigung verwendet, wenn eine mangelhafte und unzureichende Betreuung und Versorgung beispielsweise von hilfsbedürftigen Kranken, Altenheimbewohnern, Demenzkranken oder Behinderten nachweisbar ist. Diese Vernachlässigung dürfte im großen und ganzen in unserem Gesundheitssystem durch die allgemein gute ärztliche Versorgung, die Pflegedienste und nicht zuletzt durch die Kontrollen der Krankenhäuser und Altenheime durch die Medizinischen Dienste erfasst und beseitigt werden. Vernachlässigung von Kindern wird in vergleichbarer Form nicht bemerkt und erfasst. Insofern erscheint besonders notwendig, eine gut zu handhabende Methode zur Erfassung von Kindheitstraumatisierungen wie den ACE zu erforschen und zu evaluieren.

### 1.3 Epidemiologie früher Traumatisierung

Bis vor kurzer Zeit lagen in der Bundesrepublik Deutschland keine aktuellen Studien und Zahlen zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung vor (Burger 1997 im Auftrag des BMFSFJ, Häuser et al. 2011). Zwar kann die Prävalenz durch registrierte Fälle beim Bundeskriminalamt oder in Kinderkliniken erfasst werden, zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die Prävalenz durch die hohe Dunkelziffer als zu niedrig eingeschätzt wird (Landgraf et al. 2010). Die offiziellen Zahlen des Bundeskriminalamtes gäben nur einen Trend an (Jacobi 2008). Eine gute Möglichkeit zur Feststellung von Kindesmisshandlung bietet die in dieser Studie durchgeführte retrospektive Befragung von Personengruppen. In den 70er Jahren wurden basierend auf Berechnungen vieler Autoren (Hartung 1977) 10 Kinder (ab dem 14. Lebensjahr) pro 100.000 Einwohner in der gesamten Bundesrepublik Deutschland misshandelt. 2003 wurden in der offiziellen Kriminalstatistik in Berlin 361 Fälle von Kindesmisshandlung vermerkt, 2005 waren es 472 und 2006 563 Fälle. 2003 galten in Berlin 255 Kinder als vernachlässigt, 2005 waren es 314 und 2006 582. 1995 führte Wetzels die bisher einzige Studie zur Prävalenz von Kindesmisshandlungen mithilfe eines selbstkonstruierten Fragebogens durch (Häuser et al. 2011). In seiner repräsentativen Bevölkerungsstichprobe wurden 3289 Personen zwischen 16 und 59 Jahren befragt. Fast drei Viertel der Studienteilnehmer gaben an, physische Gewalthandlungen durch die Eltern erlitten zu haben, annähernd 11% der Befragten waren Opfer körperlicher Misshandlungen und 6% der Studienteilnehmer berichteten, vor dem 16. Lebensjahr sexuell missbraucht worden zu sein (Wetzels 1997). Einschränkend muss hier jedoch erwähnt werden, dass für den hohen Prozentanteil von 74,9% an körperlicher Gewalterfahrung durch die Eltern beispielweise die Frage nach einer Ohrfeige verantwortlich gemacht werden kann. So bejahten 36% der Studienteilnehmer die Frage, ob ihnen „eine runtergehauen“ wurde. Als körperlicher Missbrauch waren demgegenüber Handlungen definiert, welche die Grenzen elterlichen Züchtigungsrechts durch allgemein geltendes Recht überschritten. Aus diesem Grund fiel hierfür der Prozentanteil mit 10,6% auch deutlich geringer aus.

Insgesamt hat die Zahl der misshandelten Kinder in der Bundesrepublik Deutschland um 50% zugenommen (Jacobi 2008).

Das BMFSFJ<sup>4</sup> liefert folgende Daten bezüglich

a.) der Vernachlässigung:

- keine repräsentativen Daten in der Bundesrepublik Deutschland
- häufigste „Gefährdungsform“

b.) der Erziehungsgewalt / der körperlichen Misshandlung:

- die Mehrheit der Eltern wende zumindest minderschwere Formen physischer Erziehungsgewalt an, wie etwa eine Ohrfeige oder einen Klaps (zitiert nach Bussmann 2002, 2003, 2005, Pfeiffer et al. 1997, 1999, Baier et al. 2009).
- 10-15 % der Eltern wendeten schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen an (zitiert nach Engfer 2005).
- Abnehmende Tendenz

Bedacht werden muss bei diesen Zahlen die Methodik der Erfassung. Bei den Angaben der polizeilichen Kriminalstatistik handelt es sich um Missbrauchsfälle, die z. B. bei stationären Kindern oder auch in Heimen aufgedeckt wurden. Sehr gering ist der bisherige Forschungsstand zur retrospektiven Erfassung von Missbrauchsfällen, insbesondere der Vernachlässigung. Im April 2010 führten Häuser et al. eine repräsentative Studie zur Misshandlung in der Kindheit und Jugend in Deutschland durch. In die Studie konnten 2504 Teilnehmer ab dem 14. Lebensjahr eingeschlossen werden. Folgende Ergebnisse wurden beobachtet: Bezüglich des Missbrauchs gaben 15 % der Probanden emotionalen, 12% körperlichen und 12,6 % sexuellen Missbrauch an. 49,5 % der Gesamtstichprobe berichtete über emotionale und 48,4 % über körperliche Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend. 1,6 % der Studienteilnehmer der Gesamtstichprobe waren Opfer von schwerem emotionalen Missbrauch, 2,8 % von schwerem körperlichen und 1,9 % von schwerem sexuellen Missbrauch in

---

<sup>4</sup> <http://www.fruehehilfen.de/wissen/daten-und-fakten-kindesvernachlaessigung-und-misshandlung/daten-und-fakten>

der Kindheit und Jugend. 6,6 % der Personen berichteten über schwere emotionale und 10,8 % über schwere körperliche Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend. Hinsichtlich der Epidemiologie des sexuellen Kindesmissbrauchs legen die Autoren Fischer und Riedesser (2009) dar, dass in den USA und in anderen westlichen Ländern ca. 30 % der Frauen und 10 % der Männer darüber berichten, vor dem 18. Lebensjahr unfreiwilligen sexuellen Kontakt gehabt zu haben. Der Autor Ernst (2005) nennt geringere Prozentsätze für den durch Gewalt erzwungenen sexuellen Körperkontakt. Ernst geht davon aus, dass bei den Frauen 10 % bis 15 % und bei den Männern 5 % bis zum 14. oder 16. Lebensjahr mindestens einmal betroffen waren. Das Bundeskriminalamt <sup>5</sup> berichtete 2008 von insgesamt 19719 sexuellen Missbrauchsoffern im Jahre 2000, während die Opferzahl im Jahre 2007 auf 15935 sank. Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl der Opfer sexueller Gewalt, die jünger als 6 Jahre waren, jedoch von 1475 im Jahre 2000 auf 1849 im Jahre 2007. Die Aussagen über die Prävalenz von Vernachlässigung in Deutschland bleiben insgesamt sehr allgemein (Deegener und Körner 2006). Sowohl in Deutschland als auch in den USA kann davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche häufiger vernachlässigt als misshandelt oder missbraucht werden (Engfer 2000, US Department of Health and Human Services 2004). 2004 wurden in den USA emotionale und körperliche Vernachlässigung als häufigste Form der Kindesmisshandlung festgestellt (US Department of Health and Human Services 2004). Wie in den vorausgegangenen Kapiteln aufgezeigt, bestehen keine einheitlichen Definitionen für Trauma, Kindesmissbrauch und vor allem für die Vernachlässigung. Dies führt zu unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen zur Erfassung dieser Thematik. So gibt es beispielsweise die retrospektive Befragung, die Befragung des Kindes selbst bezüglich der Vernachlässigung (Kaufmann Kantor et al. 2004), die Befragung der Eltern oder sogar die von den Autoren Grietens et al. (2004) konzipierte Scala zur Befragung von Pflegekräften im Rahmen von Hausbesuchen bei Müttern mit Neugeborenen. Auch besteht keine Einigkeit darüber, ab wann das elterliche

---

<sup>5</sup>[https://www.bka.de/nn\\_196810/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Pressearchive/Presse\\_2008/pm080827\\_\\_presseinformation\\_\\_ok\\_\\_infofolie\\_\\_sex\\_\\_missbrauch\\_\\_kinder.html?\\_\\_nnn=true](https://www.bka.de/nn_196810/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Pressearchive/Presse_2008/pm080827__presseinformation__ok__infofolie__sex__missbrauch__kinder.html?__nnn=true)

Verhalten als seelische Misshandlung eingestuft werden muss. Deutlich wird, dass die bestehenden Definitionen im gesellschaftlichen Kontext zu sehen sind. Aufgrund dieser Problematik entstehen bezüglich der Prävalenz kaum vergleichbare Zahlen. Generell befände sich die Traumadiagnostik noch in der Entwicklungsphase (Fischer und Riedesser 2009).

### **1.4 Strukturierte Erfassung früher Traumatisierung**

Immer wieder werden neue Erhebungsmessinstrumente konzipiert, die nur gewisse Teilbereiche der Thematik erfassen. Gut validierte Instrumente stehen für die Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zur Verfügung. Dazu zählen die deutsche Version der Revision der Impact of Event Scale (IES-R; Maercker und Schützwohl 1998) und die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa 1995, Foa et al. 1997). Deshalb besteht der Bedarf nach einem standardisierten Messinstrument zur strukturierten Erfassung traumatischer Ereignisse in der Kindheit und Jugend wie etwa dem ACE, mit dessen Hilfe eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erreicht werden kann. Derzeit stehen zur Erfassung traumatischer Ereignisse, die in der Kindheit und Jugend stattgefunden haben, lediglich ein Selbstbeurteilungsfragebogen, nämlich der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein und Fink 1998, Bernstein et al. 1994, Wingenfeld 2010) sowie ein aus 55 Items bestehendes evaluiertes halbstrukturiertes Interview in Form des Early Trauma Inventory (ETI; Bremner et al. 2000, Wingenfeld et al. 2011a) zur Verfügung. Eine Tabelle der international eingesetzten Messmethoden zur Erfassung von Kindheitstraumatisierung bietet zum Beispiel das National Center for PTSD<sup>6</sup> (2011, siehe Anhang). Maercker und Bromberger (2005) liefern eine Übersicht über verschiedene Checklisten, Fragebogen und Interviews, welche in deutscher Sprache traumatische Lebensereignisse erfassen. Im Einzelnen werden von Maercker und Bromberger Instrumente vorgestellt, welche allgemein traumatische Ereignisse über die gesamte Lebensspanne erfassen sowie Instrumente wie der CTQ (Bernstein und Fink 1998, Gast et al. 2001) und der ETI (Bremner et al. 2000, Heim 2000), welche sich auf traumatische

---

<sup>6</sup> Quelle: <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/child-measures.asp>

Erfahrungen in der Kindheit beziehen. Zu den erstgenannten zählen der Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Maercker 1995, Mollica et al.1992), der Trauma History Questionnaire (THQ; Green 1996, Maercker 2002b), der Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany et al. 2000, Teegen 2003), das Peritraumatic Distress Inventory (PDI; Brunet et al. 2001, Maercker 2002a) , die Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al 1995, Blake et al. 2000, Karl 2000) und die DIA-X Traumaliste (CID1; Wittchen und Pfister 1997). Bisherige Fragebogen – mit Ausnahme des CTQ – sowie andere Instrumente (Interviews, Direktbefragung von Kindern) zur Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung wurden noch nicht evaluiert und konnten sich in der klinischen Anwendung nicht durchsetzen. In den folgenden Studien hat sich der ACE bewährt, da er einfach zu handhaben und anzuwenden ist – auch für große Studien. Eine strukturierte Erfassung konnte hier mittels der amerikanischen Version des ACE durchgeführt werden und soll mit Hilfe der Evaluation der deutschen Version des ACE nun auch im deutschsprachigen Raum möglich sein.

### **1.4.1 Internationale Erfassung von traumatischen Erfahrungen**

#### **1.4.1.1 Early Trauma Inventory (ETI)**

Bei dem Early Trauma Inventory (ETI) handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview, welches mit Hilfe von 55 Items die Dimensionen „Generelle Traumata“ (z.B. Naturkatastrophen), „Erzieherische/körperliche Bestrafung“, „Emotionale Erfahrungen“ und „Sexuelle Erlebnisse“ erfasst (Bremner et al. 2000). Der Vorteil dieses Verfahrens liegt darin, dass Kindestraumatisierungen relativ genau und differenziert auch außerfamiliär erfasst werden können. Als Nachteil des ETI gilt jedoch, dass seine 45-minütige Durchführung relativ aufwendig erscheint und nur für den psychiatrisch erfahrenen Interviewer ein hohes Maß an Validität und Reliabilität (Wingenfeld et al. 2011a) bieten kann.

### **1.4.1.2 Biographisches Risikoinventar für Kindheit und Jugend (BRIS-K)**

Dieses Verfahren erfasst mit 51 Items allgemeine Traumata, psychische und physische Misshandlungen. Darüberhinaus werden mit diesem Fragebogen die Beziehung zu nahen Bezugspersonen, sozioökonomischer Status und prä-perinatale Belastung der Mutter erfasst. Bis 2004 lagen hierfür jedoch keine empirischen Ergebnisse der aktuellen Version des BRIS-K vor (Schmidt 2004).

### **1.4.1.3 Trauma-assessment for adults (TAA)**

Bei dem TAA handelt es sich um ein Interview, welches mit Hilfe einer Liste Traumata erfasst. Abgefragt werden Ereignisse, die erst seit Beginn der Pubertät erlebt wurden. Damit bietet das Verfahren nicht die Möglichkeit, Traumatisierungen in der Kindheit zu erfassen. Weiter standen empirische Daten zur Einschätzung der Gütekriterien lange Zeit (Resnick et al. 1993) aus. 2009 fanden Gray et al. keinen Vorteil für die Anwendung dieses Verfahrens gegenüber anderen Maßnahmen.

### **1.4.1.4 Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)**

Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ) ist ein aus 53 Items bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher psycho-traumatische Erfahrungen und posttraumatische Störungen erfasst. Anzuwenden ist der Fragebogen bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr. Es handelt sich also nicht um eine retrospektive Erfassungsmöglichkeit. Für die Durchführung werden 10 bis 15 Minuten vorgesehen. Derzeit stehen Validierungsergebnisse des ETI-KJ noch aus. Erste Zwischenergebnisse konnten eine gute Reliabilität und Validität dieses Fragebogens zeigen (Tagay et al. 2011).

### 1.4.2 Ursprung der ACE Studie

In den USA wurde eine große ACE (Adverse Childhood Experiences) Studie durchgeführt<sup>7</sup>. Dabei handelte es sich um eine Zusammenarbeit zwischen dem Kaiser Permanente (San Diego) und den Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta). 1985 veröffentlichte Felitti eine Studie mit Übergewichtigen, in der er herausfand, dass die meisten seiner Studienteilnehmer unbewusst das Übergewicht als eine Form der Abwehr vor körperlicher Gewalt nutzten und dass viele von ihnen in ihrer Kindheit sexuell oder psychisch missbraucht worden waren. Die Prävalenz und Ernsthaftigkeit dieser Probleme, die bei der Studie herauskamen, waren unerwartet, da z. B. sexueller Missbrauch in der Kindheit als soziales Tabuthema galt und es darüber nicht zu einer offenen Diskussion in der Gesellschaft gekommen war – noch nicht einmal in medizinischen Bereichen. Außerdem zeigte sich, dass viele übergewichtige Patienten früher versucht hatten durch hohen Alkoholkonsum oder Rauchen, Gefühle wie Stress und Verzweiflung zu mildern, bevor sie das Essen als Ersatzbefriedigung nutzten. Während der Studie zeigte sich, dass das Übergewicht bei mehreren Studienteilnehmern nicht als vorrangiges Problem angesehen wurde. Wichtiger schienen andere Belastungen wie ein traumatisches Erlebnis in der Kindheit, welches jedoch weniger offensichtlich war. Das Anliegen von weiteren Studien dieser Zusammenarbeit war, die langwierige Beziehung zwischen schlechten Kindheitserfahrungen und einer Vielfalt von Gesundheitsverhalten und gesundheitlichen Auswirkungen zu untersuchen. Als eine zentrale These galt, dass eine stressige und traumatische Kindheit zu einer Belastung für die gesamte Lebenszeit führt und zu einem erhöhten Risiko für verschiedene gesundheitliche und soziale Probleme. In den verschiedenen Studien des Kaiser Permanente und des Centers for Disease Control and Prevention, bei denen der ACE Fragebogen eingesetzt wurde, konnte gezeigt werden, dass er sich als psychometrisches Messinstrument bewährt.

---

<sup>7</sup> <http://www.acestudy.org/files/ARV1N1.pdf>

### **1.4.3 ACE Studien von Dong et al. 2003/2004**

In diversen Studien kam der ACE Fragebogen bis jetzt zum Einsatz. Dong et al. (2003) untersuchten in San Diego erstmalig den Zusammenhang zwischen schlechten Kindheitserfahrungen und der späteren Entwicklung von Lebererkrankungen. Die retrospektive Studie schloss fast 10000 Frauen (N = 9367) und fast 8000 Männer (N = 7970) ein. Die Studienteilnehmer wurden körperlich und mittels des ACE Fragebogens untersucht. In der Studie zeigte die Auswertung des ACE Fragebogens einen Zusammenhang zwischen einer traumatischen Kindheit und dem Risiko des Entstehens einer Lebererkrankung sowie Verhaltensweisen, die das Risiko für sowohl viral als auch alkoholisch bedingte Lebererkrankungen ansteigen lassen. Die Autoren konnten darstellen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen schlechten Kindheitserfahrungen und der Gefahr von Lebererkrankungen, verursacht durch Alkoholmissbrauch oder ein mit einem hohen Risiko behafteten Sexualverhalten. Das Ergebnis der Studie war, dass jeder der 10 ACE Items das Risiko für Lebererkrankungen um 1.2 bis 1.6 mal ( $p < 0,001$ ) ansteigen ließ. Mit Hilfe des ACE Fragebogens kann die Entwicklung der Verhaltensweisen, die ein erhöhtes Risiko für Lebererkrankungen nach sich ziehen, aufgedeckt werden, da schlechte Kindheitserfahrungen, die mit dem ACE erfasst werden, einen Einblick in die Kausalkette geben, die zur Entstehung der Lebererkrankungen beiträgt. Die Autoren stellten dar, dass der routinemäßige Einsatz des ACE Fragebogens im klinischen Alltag helfen könnte, gesundheitliche Risiken wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch, die aus traumatischen Kindheitserfahrungen resultierten, vorzubeugen und zu kontrollieren. Damit plädieren die Autoren für den Einsatz des ACE Fragebogens zur Verbesserung von Präventivmaßnahmen, die gegen die Entwicklung von Lebererkrankungen ergriffen werden können.

In einer weiteren von Dong et al. (2004) durchgeführten Studie war das Ziel, das Verhältnis von negativen Kindheitserfahrungen und dem Risiko für ischämische Herzerkrankungen zu untersuchen, welches sich durch die psychologischen und traditionellen Risikofaktoren wie bestehender Nikotinabusus, Bewegungsarmut, Adipositas, Diabetes mellitus und Hypertonus

ergibt. Dong et al. kamen zu dem Resultat, dass die Prävalenz und Wahrscheinlichkeit, eine ischämische Herzerkrankung zu entwickeln, bei Menschen mit schlechten Kindheitserfahrungen anstieg. Auch in dieser Studie fanden die Autoren eine positive Beziehung zwischen dem ACE Gesamtwert und der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer ischämischen Herzerkrankung, die wesentlich vermittelt wird entweder durch traditionelle oder psychologische Risiken. Diese Untersuchung war die erste Studie, die die Assoziation zwischen einer Breite von stressigen und traumatischen Kindheitserfahrungen und ischämischen Herzerkrankungen im Erwachsenenalter zeigen konnte. Psychologische Faktoren schienen schwerwiegender zu sein als die traditionellen Risikofaktoren für die Entwicklung ischämischer Herzerkrankungen. Nach dieser Studie stellten die Autoren zur Diskussion, dass die Ergebnisse öffentliche gesundheitliche präventive Maßnahmen unterstützen könnten, wenn der ACE Fragebogen verstärkt zur Erfassung belastender Lebenserfahrungen eingesetzt werden würde.

### 1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Studie

Für den deutschsprachigen Raum ist es nötig, Messinstrumente zur Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung zu entwickeln und zu evaluieren. In der vorliegenden Dissertation soll überprüft werden, ob sich der ACE Fragebogen durch ähnlich gute Gütekriterien wie der CTQ auszeichnet. Mit Hilfe von Korrelationsberechnungen zwischen dem ACE, dem CTQ, der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Bjelland et al. 2002, Hermann-Lingen et al. 2011) sowie der Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R; Fahrenberg 1994) soll der ACE untersucht werden. Der CTQ erfasst mit Hilfe von 28 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung (Wingenfeld et al. 2010). Mit seinen 10 prägnanten Items und einem dichotomen Antwortformat ist der ACE deutlich kürzer, lässt sich schneller und einfacher beantworten und bietet in Bezug auf die Anwendungsökonomie eine wünschenswerte Alternative. Zu erwarten wäre eine hohe Korrelation zwischen dem Gesamtwert des ACE und des CTQ. Weiter sind höhere Korrelationen zwischen den Items zu erwarten, die sowohl im ACE als auch im CTQ abgebildet sind, als zwischen den ACE Items, für die eine inhaltliche Entsprechung im CTQ fehlt. Weiterhin wird eine niedrigere Korrelation zwischen dem ACE und dem HADS-D sowie zwischen dem ACE und der FBL-R erwartet.

#### **Fragestellungen:**

- 1.a Wie hoch ist die interne Konsistenz des ACE (Cronbachs Alpha)?
- 1.b Wie homogen sind die Items (Trennschärfe)?
2. Wie hoch sind die Korrelationen zwischen der Gesamtscore des ACE und des CTQ bzw. zwischen den Items beider Testinstrumente (Konvergente Validität)?
3. Wie sind die Korrelationen zwischen inhaltlich nicht übereinstimmenden Items des ACE und des CTQ und wie verhält sich die Gesamtscore des ACE in Korrelation zu Angst, Depressivität und körperlichen Beschwerden (Divergente Validität)?

## 2. Material und Methoden

### 2.1 Durchführung der Untersuchung

Ein positives Votum der Ethikkommission lag für diese Studie vor. Die Gesamtstichprobe schloss 301 Probanden ein und setzte sich zusammen aus 99 Studenten, 100 Kontrollprobanden aus der Allgemeinbevölkerung und 102 stationären Patienten aus der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Schön Klinik Hamburg-Eilbek.

Zur Vereinfachung werden für die Gruppe der Patienten, der Studenten und der Nicht-Studenten folgende Abkürzungen verwendet:

Patienten = PAT

Studenten = STU

Nicht-Studenten = KG

Die Datenerfassung fand von Januar bis April 2010 statt. Folgende Parameter wurden in einem soziodemographischen Fragebogen erfasst:

- Alter,
- Geschlecht,
- Familienstand,
- höchster Schulabschluss.

Alle Studienteilnehmer wurden mit der deutschen Fassung des Adverse Childhood Experiences (ACE) Fragebogens untersucht. Dieser wurde nach der Übersetzung der amerikanischen Originalversion bezüglich des Ausdrucks und semantischer Eindeutigkeit diskutiert und verbessert (Wingenfeld et al. 2011b).

Folgende Fragebögen wurden ebenfalls für die Studie eingesetzt:

- der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ),
- die Hospital Anxiety Depression Scale- Deutsche Version (HADS-D; zur Erfassung von Angst und depressiven Symptomen) und
- die Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R; zur Erfassung verschiedener körperlicher Symptome).

### **2.2 Beschreibung der Messinstrumente**

Im nächsten Kapitel werden die in dieser Studie eingesetzten verschiedenen Screeningmethoden beschrieben.

#### **2.2.1 Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)**

Der ACE Fragebogen wurde in vielen anglo-amerikanischen Studien angewendet und konnte dort den Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und einer Vielzahl somatischer Erkrankungen und psychosozialen Problemen im Erwachsenenalter aufdecken. Der ACE setzt sich aus 10 Items zusammen. Mittels der 10 Items werden folgende Erlebnisse erfasst:

1. emotionaler Missbrauch,
2. physischer Missbrauch,
3. sexueller Missbrauch,
4. emotionale Vernachlässigung,
5. physische Vernachlässigung
6. Trennung von einem Elternteil
7. Gewalt gegenüber der Mutter,
8. Substanzabhängigkeit eines Haushaltsmitgliedes,
9. psychische Erkrankung eines Haushaltsmitgliedes und
10. Gefängnisaufenthalt eines Haushaltsmitgliedes.

Sämtliche Fragen können mit dem dichotomen Antwortformat (ja / nein) einfach beantwortet werden. Alle Fragen beziehen sich auf die Kindheit und Jugend des

Probanden bis zum 18. Lebensjahr. Die Summenscore, die zur Auswertung des Fragebogens berechnet wird, gibt die Anzahl der belastenden Ereignisse wieder. Für die amerikanische Originalversion konnte eine gute Reliabilität gezeigt werden (Dong et al. 2003). Die untersuchte Test-Retest-Reliabilität lag mit Cohen's-Werten zwischen .46 und .86 in einem guten Bereich (Dube et al. 2004).

### **2.2.2 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Der CTQ (Bernstein und Fink 1998) in der deutschen Version von Wingefeld et al. (2010) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 28 Items, welches retrospektiv Misshandlungen in der Kindheit und Jugend erfassen kann. Der Fragebogen wird bei Kindern ab dem 12. Lebensjahr eingesetzt und beginnt mit einer Einleitung, die den Probanden angesichts der sehr persönlichen Fragen versucht zu motivieren, so ehrlich wie möglich zu antworten. Alle Items werden folgendermaßen eingeleitet: „Als ich aufwuchs [...]“. Der CTQ differenziert in Bezug auf den Missbrauch zwischen emotional, körperlich und sexuell und erfasst Vernachlässigung mittels der Subskalen emotional und körperlich. Diese insgesamt fünf Skalen emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung werden auf einer fünffach gestuften Likert-Skala mit den Polen 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr häufig“) beantwortet. Es können pro Skala 5 bis 25 Punkte erreicht werden. Ein größeres Maß an Misshandlungen äußert sich damit durch höhere Werte. Die amerikanische Originalversion des CTQ weist gute interne Konsistenzen und Retest-Reliabilitäten auf sowie eine gute Kriteriumsvalidität (Bernstein und Fink 1998). Über verschiedene Stichproben erreicht der Median des Reliabilitätskoeffizienten Werte von .66 (für körperliche Vernachlässigung) bis .92 (für sexuellen Missbrauch). Die deutsche Version des CTQ zeigt ähnlich gute teststatistische Kennwerte wie das amerikanische Original (Wingefeld et al. 2010). So zeigen alle Skalen (mit Ausnahme der körperlichen Vernachlässigung) hohe interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha  $\geq$  .89) und die einzelnen Items korrigierte Trennschärfen von  $\text{rit} > .60$  (Wingefeld et al. 2010).

### **2.2.3 Hospital Anxiety Depression Scale (HADS-D)**

Der Selbstbeurteilungsfragebogen HADS-D (Herrmann et al. 1995, Hermann-Lingen et al. 2011) ist die deutsche Version der HADS (Zigmond und Snaith 1983) und wurde zur Erfassung einer Angstsymptomatik und Depressivität konzipiert. Der Fragebogen setzt sich zusammen aus den beiden Subskalen HADS-D/A (Angstskala) und HADS-D/D (Depressionsskala) mit jeweils sieben Items. Diese sieben Items sind vierfach gestuft. Durch Addition wird pro Subskala ein Wertebereich von 0-21 berechnet. Als unauffällig gelten Werte im Bereich beider Subskalen von sieben oder weniger, Werte zwischen acht und zehn gelten als grenzwertig und Werte von elf und mehr können als auffällig betrachtet werden (Zigmont und Snaith 1994). Die interne Konsistenz lag für den HADS-D/A bei  $\alpha = .83$  und für den HADS-D/D bei  $\alpha = .82$  (Bjelland et al. 2002).

### **2.2.4 Die Freiburger Beschwerdenliste revidierte Form (FBL-R)**

Bei der Freiburger Beschwerdenliste revidierte Form (Fahrenberg 1994) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinventar, welches aktuelle, situativ bedingte und chronisch habituelle somatische Beschwerden erfasst. Der erste Teil erfragt die Häufigkeit somatischer Beschwerden, der zweite Teil erfasst die Intensität der körperlichen Beschwerden. Durch Addition der Antwortmöglichkeiten ergeben sich die Skalenwerte. Diese Antwortmöglichkeiten sind fünffach kodiert und zwar von „fast täglich“ (5) bis „praktisch nie“ (1) hinsichtlich der Häufigkeit und von „sehr stark“ (5) bis „praktisch nicht“ (1) bezüglich der Intensität.

Der FBL-R umfasst 71 Items. Diese werden eingeteilt in die folgenden 9 Subskalen:

1. Allgemeinbefinden,
2. Müdigkeit,
3. Herz-Kreislauf-Beschwerden,
4. Magen-Darm-Beschwerden,
5. Kopf-Hals-Reizsyndrom,
6. Anspannung,
7. Emotionale Reaktivität,
8. Schmerz und
9. Sensorik.

In der Skala Beschwerdensumme wird der Belastungsgrad ermittelt. Bezüglich der Reliabilität ergaben sich für die einzelnen FBL-R Skalen Cronbachs Alpha Werte zwischen .73 (Allgemeinbefinden) und .90 (Herz-Kreislauf). Der Konsistenzkoeffizient der Skala Beschwerdensumme liegt bei .95 (Cronbachs Alpha).

### **3. Statistische Analyse**

Die statistische Auswertung geschah mit Hilfe des Computerprogrammes "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS, Version 17.0). Graphische Darstellungen wurden ebenfalls mit SPSS generiert. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Die klinischen Daten der Untersuchungsgruppen wurden mittels des Fishers Exact Test für kategoriale Daten (Geschlecht etc.) und mittels einfaktorieller ANOVA oder T-Test der STU für die kontinuierlichen Variablen (ACE Gesamtwert, CTQ Gesamtwert, FBL-R- Gesamtwert, HADS-A Gesamtwert und HADS-D Gesamtwert) analysiert. Für die Analyse des ACE wurden die Häufigkeit, der Mittelwert und die Standardabweichung der einzelnen Items des ACE berechnet. Weiter wurden die Gütekriterien

Reliabilität und Validität für den ACE überprüft: Zur Charakterisierung der Items und Skalen wurden als Reliabilitätsmaße Itemtrennschärfen und Cronbachs Alpha für die Gesamtscore des ACE berechnet. Als Itemkennwerte wurden jeweils Mittel- und Standardabweichung sowie korrigierte Trennschärfekoeffizienten (Item-Skala-Korrelationen) errechnet. Bei den korrigierten Trennschärfekoeffizienten handelt es sich jeweils um die Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Itembeantwortung und der Summe der Antworten auf die übrigen Items (Diel und Staufenberg 2007).

Zur Einschätzung der Konstruktvalidität erfolgten Korrelationsberechnungen (Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen) zwischen dem ACE und dem CTQ sowie dem ACE und den anderen Fragebögen. Es wird sowohl über die konvergente als auch über die divergente (diskriminante) Validität berichtet.

#### **3.1 Art der Ergebnisdarstellung**

Zunächst folgt eine Beschreibung der Stichprobe. Im darauffolgenden Kapitel werden die allgemeinen Ergebnisse dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der im Abschnitt 1.5 konzipierten Fragestellungen aufgezeigt.

#### **3.2 Stichprobenbeschreibung**

##### **3.2.1 Soziodemographische Daten**

Bei den Probanden aus der Kontrollgruppe wurde auf ein möglichst breites Altersspektrum geachtet. Die Gesamtstichprobe wies ein durchschnittliches Alter von 38,18 Jahren auf. Die Studenten der Kontrollgruppe waren mit durchschnittlich 24 Jahren jünger als die Gruppe der Patienten und die in die Studie eingeschlossenen Nicht-Studenten. Eine Darstellung der soziodemographischen Daten findet sich in Tabelle 1.

**Tabelle 1:** Charakteristika der Stichprobe

	PAT N=101	STU N=99	KG N=100	ANOVA
Alter SD	39,0 11,5	24,0 3,4	51,4 17,2	$F_{df\ 2.299}=127,13$ $p<0,001$ STU>PAT>KG
Geschlecht w m	71 30	72 27	59 41	$\chi^2=4,87$ $p=0,09$
Schulabschluss kein H R F A	0 18 42 6 33	0 0 0 0 99	1 26 44 0 27	$\chi^2=9,28$ $p=0,09$

PAT = Patienten; STU = Kontrollgruppe Studenten; KG = Kontrollgruppe Nicht-Studenten; Chi-Quadrat nur für Patienten vs. Nicht-Studenten; N = Anzahl; SD = Standardabweichung; kein, H; R, F, A = kein Abschluss, Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachabitur, Abitur; ANOVA = (Bonferroni post hoc Test) bzw. Chi-Quadrat Test

Unter den Studienteilnehmern in der Gesamtstichprobe lagen der Anteil der Frauen bei 67,3 % (N 202) und der der Männer bei 32,7 % (N 98), was als signifikanter Unterschied gewertet werden kann. In der PAT Gruppe und in der STU Gruppe war der Anteil der Frauen signifikant höher als in der Gruppe KG, während in der KG Gruppe fast ein Gleichgewicht zwischen Männern und Frauen herrschte (41,0 % vs 59,9 %). Bezüglich des Schulabschlusses verhielt es sich in der Stichprobe wie folgt: Erwartungsgemäß hatten alle Studenten Abitur, circa ein Drittel der PAT Gruppe gab an, das Abitur absolviert zu haben und in der KG Gruppe hatten nur 27 Teilnehmer Abitur. Fachabitur hatten 6 Patienten. 42 PAT und 44 Studienteilnehmer aus der KG gaben einen Realschulabschluss an. Der Anteil der Studienteilnehmer mit einem Hauptschulabschluss war in der KG Gruppe höher als in der PAT Gruppe. Nur

ein Studienteilnehmer der KG gab keinen Schulabschluss an. Bezüglich des aktuellen Familienstandes wurden in der Gesamtstichprobe folgende Angaben gemacht: Etwa die Hälfte der Teilnehmer (51,2 %) gab an ledig zu sein, verheiratet war etwa ein Drittel (32,0 %) und getrennt lebend/verwitwet oder geschieden zu sein gaben die wenigsten Teilnehmer an (16,8 %). In der STU Gruppe war der Anteil der Teilnehmer, die angaben, ledig zu sein, signifikant höher als in der PAT und in der KG Gruppe. In der KG Gruppe war der Anteil der Verheirateten am höchsten. Etwa jeder fünfte Teilnehmer in der Gruppe PAT und KG lebte getrennt, war verwitwet oder geschieden (21,4 % vs. 21,2 %).

#### **3.2.2 Klinische Hauptdiagnosen der Patienten**

Für die klinischen Hauptdiagnosen der PAT wurde der ICD-10 (Graubner 2009) genutzt. Eine Vielzahl von Studienteilnehmern aus der Gruppe der PAT wies mehrere Diagnosen auf: Bei insgesamt 86 (84,31 % aller Patienten) Personen der PAT lag eine Störung aus dem affektiven Formenkreis vor. Diese 86 Patienten wiesen eine leichte (ICD10: F32.0), mittelgradige (ICD10: F32.1) oder schwere depressive Episode (ICD10: F32.2) auf, litten an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD10:F33) oder zeigten eine anhaltende affektive Störung (ICD10: F34). Fast die Hälfte der Studienteilnehmer der PAT (46,1% aller Patienten) hatte eine Angst- oder Zwangsstörung. Darunter waren Patienten mit einer Agoraphobie ohne (ICD10: F40.0) und mit einer Panikstörung (ICD10: F40.01), Patienten mit einer sozialen Phobie (ICD10: F40.1) oder einer spezifisch isolierten Phobie (ICD10: F40.2). Weiter wiesen die Patienten eine Panikstörung (ICD10: F41.0) oder eine generalisierte Angststörung auf (ICD10: F41.1), Zwangsgedanken (ICD10: F42.0) oder eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD10: F43.1). Circa ein Drittel der PAT (34,31% aller Patienten) gab an, unter einer dissoziativen Störung (ICD 10: F44) oder einer somatoformen Störung (ICD10: F45) zu leiden, annähernd 10 % der Patienten (8,82 % aller Patienten) litten an einer Essstörung wie der Anorexia nervosa (ICD10: F50.0), der Bulimia nervosa (ICD10: F50.2) oder an Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD10: F50.4).

Tabelle 2 bietet eine Übersicht über die klinischen Diagnosen der Gruppe der Patienten.

**Tabelle 2:** Klinische Hauptdiagnosen der Patienten nach ICD-10

Diagnosen:	N
Affektive Störung (F 32, F 33, F 34)	86
Zwangs- oder Angststörung (F 40, F 41, F 42, F 43)	47
Dissoziative oder somatoforme Störung (F 44, F 45)	35
Essstörung (F 50)	9

ICD -10 Diagnosen aus dem affektiven Formenkreis:

- F32 = depressive Episode
- F33 = Rezidivierende depressive Störung
- F34 = Anhaltende affektive Störung

ICD -10 Diagnosen der Angst- und Zwangsstörungen:

- F40 = Phobische Störungen ,
- F41 = Andere Angststörungen,
- F42 = Zwangsstörung,
- F43 = Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

ICD -10 Diagnosen der dissoziativen Störungen und der somatoformen Störungen:

- F44 = Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen),
- F45 = Somatoforme Störungen

ICD-10 Diagnosen der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:

- F50 = Essstörungen

### 3.3 Allgemeine Ergebnisse

Bei der Auswertung zeigte sich, dass in allen in Kapitel 3 beschriebenen Verfahren die Gruppe der Patienten erwartungskonform die höchsten Werte aufwies. Der Mittelwert der ACE Gesamtscore in der Gruppe PAT lag mit  $M = 4,1$  fast doppelt so hoch wie in der KG Gruppe. In der STU Gruppe lag der Mittelwert der ACE Gesamtscore mit  $M = 1,2$  am niedrigsten. Diese Unterschiede können als hochsignifikant gewertet werden. Für die Gesamtsumme des CTQ wurde in der Gruppe PAT der höchste Mittelwert von

### 3. Statistische Analyse

M = 45,5 berechnet. Ein ähnlich hoher Wert von M = 39,5 ergab sich in der Gruppe KG und den niedrigsten Mittelwert mit M = 31,1 wiesen die STU auf.

**Tabelle 3:** Übersicht Mittelwerte ACE, CTQ, HADS-D, HADS-A, FBL-R

	PAT	STU	KG	ANOVA (+Bonferroni post-hoc Test)
ACE- Summe				$F_{df\ 2.300} = 20,38$
M	4,1	1,2	2,27	$p < 0,001$
SD	4,0	2,0	3,1	PAT>KG>STU
CTQ- Summe				$F_{df\ 2.300} = 28,29$
M	45,5	31,1	39,5	$p < 0,001$
SD	17,9	6,9	13,7	PAT>KG>STU
HADS-D				$F_{df\ 2.300} = 105,73$
M	9,3	2,7	4,21	$p < 0,001$
SD	4,3	2,1	3,2	PAT>KG>STU
HADS-A				$F_{df\ 2.300} = 55,34,$
M	10,0	5,3	5,7	$p < 0,001$
SD	4,0	2,9	3,5	PAT>STU,PAT>KG, STU = KG
FBL-R				$F_{df\ 2.300} = 55,84$
M	196,1	139,9	148,7	$p < 0,001$
SD	48,1	30,4	41,1	PAT>STU,PAT>KG, STU = KG

PAT = Patienten, STU = Kontrollgruppe Studenten; KG = Kontrollgruppe Nicht-Studenten; ACE = Adverse Childhood Experiences; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression; HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-Angst; FBL-R = Freiburger Beschwerdenliste-Revision

Bei der Auswertung des HADS ergab sich für die Subskala HADS-D mit  $M = 9,3$  der höchste Mittelwert in der Gruppe PAT, deutlich geringer war der Mittelwert in der Gruppe KG und mit einem Mittelwert von  $M = 2,7$  war dieser am geringsten in der Gruppe STU. Ebenso wurde in der Subskala HADS-A der höchste Mittelwert in der PAT Gruppe berechnet, während sich für die Gruppe STU und KG ähnlich niedrige Werte ergaben. Bei der Auswertung der Freiburger Beschwerdenliste wiesen ebenfalls die PAT den signifikant höchsten Mittelwert auf, während der geringste Mittelwert für die studentische Kontrollgruppe berechnet wurde. Zudem unterschieden sich die Kontrollgruppe KG und die Studenten STU in Bezug auf die berichtete Traumatisierung sowie bezüglich der Depressivität. Für beide Kriterien lag eine signifikant stärkere Belastung unter den nichtstudentischen Kontrollprobanden vor. Wie erwartet unterschieden sich die Summenscore des ACE, die CTQ Gesamtscore, die FBL-R Summenscore und die Summenscores der HADS-A und HADS-D erheblich bei den drei Gruppen. In allen Summenscores zeigten die Patienten die signifikant höchsten Werte. Mittelwerte, Standardabweichung und statistische Kennwerte sind in Tabelle 3 angegeben.

Tabelle 4 stellt die Häufigkeitsanalyse der ACE Einzelitems dar. Jedes Einzelitem wurde von der PAT Gruppe signifikant häufiger bejaht als von der STU Gruppe (Fishers Exact Test, alle  $p < 0,05$ ). Weniger deutlich ausgeprägt waren die Unterschiede zwischen der KG und den PAT. Es zeigten sich zwischen den PAT und der KG hinsichtlich Item 1 (emotionaler Missbrauch), Item 5 (physische Vernachlässigung), Item 6 (Trennung von einem Elternteil) und Item 7 (Gewalt gegenüber der Mutter) keine Unterschiede. Signifikante Häufigkeitsunterschiede wurden jedoch hinsichtlich der anderen Items gefunden (Fishers Exact Test, alle  $p < 0,05$ ). Weiter wurden signifikante Unterschiede zwischen den STU und der KG bezüglich der Items 1, 2, 4, 6 und 7 festgestellt (Fishers Exact Test, alle  $p < 0,05$ ).

**Tabelle 4:** Häufigkeitsanalyse der ACE Einzelitems

ACE Einzelitems		PAT	STU	KG
1. emotionaler Missbrauch	j	36	11	26
	n	66	88	74
2. physischer Missbrauch	j	28	5	17
	n	74	94	83
3. sexueller Missbrauch	j	27	9	7
	n	75	90	93
4. emotionale Vernachlässigung	j	50	14	26
	n	52	85	74
5. physische Vernachlässigung	j	11	4	10
	n	91	95	90
6. Trennung von einem Elternteil	j	36	17	32
	n	64	81	65
7. Gewalt gegenüber der Mutter	j	19	5	13
	n	82	94	87
8. Substanzabhängigkeit eines Haushaltsmitgliedes	j	36	11	18
	n	55	88	82
9. psychische Erkrankung eines Haushaltsmitgliedes	j	35	22	16
	n	66	77	84
10. Gefängnisaufenthalt eines Haushaltsmitgliedes	j	13	4	4
	n	89	95	96

j = ja; n = nein; PAT = Patienten; STU = Studenten; KG = Nicht-Studenten

### 3.4 Überprüfung Fragestellung 1: Reliabilität des ACE

#### 3.4.1 Cronbachs Alpha Berechnung und Trennschärfekoeffizienten

Zur Charakterisierung wurde die Reliabilität des ACE Fragebogens überprüft. Die interne Konsistenz wurde für die Gesamtskala des ACE berechnet. Die Reliabilität des ACE über alle Items lag mit Cronbachs Alpha = .76 in einem als zufriedenstellend anzusehenden Bereich, was in Tabelle 5 dargestellt ist. Die korrigierten Itemtrennschärfen (korrigierte Item-Skala-Korrelationen) lagen zwischen .30 und .65. Zu beachten ist dabei, dass jedes einzelne Item des ACE Fragebogens eine Dimension traumatischer Erfahrungen erfasst.

**Tabelle 5:** Charakterisierung der einzelnen Items des ACE

ACE Items	M	SD	rit	Cronbachs Alpha
Item 1	0,24	0,43	.65	.71
Item 2	0,16	0,37	.45	.74
Item 3	0,14	0,34	.30	.76
Item 4	0,29	0,46	.60	.71
Item 5	0,08	0,27	.42	.74
Item 6	0,29	0,45	.31	.76
Item 7	0,13	0,33	.47	.74
Item 8	0,22	0,41	.49	.73
Item 9	0,24	0,43	.31	.76
Item 10	0,07	0,25	.33	.75

ACE = Adverse Childhood Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; rit = korrigierter Trennschärfekoeffizient; Cronbachs Alpha der Skala, wenn das Item weggelassen wird.

### 3.4.2 Ergebnisse der Iteminterkorrelation

Zur weiteren Itemanalyse und damit zur Überprüfung der Reliabilität als Testgütekriterium wurden die einzelnen Items des ACE Fragebogens untereinander korreliert.

Die Iteminterkorrelationen (Phi-Koeffizienten) variieren zwischen  $\Phi = .10$  und  $.58$ , wodurch untermauert wird, dass jedes Item nach einer Dimension traumatischer Erlebnisse fragt. Die Items 6 (Trennung von einem Elternteil), 9 (psychische Erkrankung im Haushalt) und 10 (Gefängnisaufenthalt eines Haushaltmitgliedes) korrelieren nur sehr gering bis gar nicht mit den anderen Dimensionen des ACE. Die Iteminterkorrelationen des ACE zeigt Tabelle 6.

**Tabelle 6:** Iteminterkorrelationen des ACE Fragebogens

ACE Items	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 1	.58	.32	.56	.31	.27	.36	.36	.28	.18*
Item 2		.16*	.35	.16*	.12	.41	.31	.12**	.16*
Item 3			.30	.26	.07#	.20	.18*	.15#	.11#
Item 4				.37	.27	.31	.31	.29	.22
Item 5					.10#	.22	.21	.22	.30
Item 6						.21	.28	.10#	.22
Item 7							.23	.15**	.16**
Item 8								.23	.24
Item 9									.24
Item 10									

Alle  $p < 0,001$  außer: \* $p < 0,01$ , \*\* $p < 0,05$ , # nicht signifikant, ACE = Adverse Childhood Experiences

### 3.5 Überprüfung der Fragestellungen 2 & 3: Validität des ACE

Es wurde sowohl die konvergente als auch die divergente Validität überprüft. Gemäß des Validierungsvorgehens wurden Vergleiche mit konstrukt nahen und konstruktfernen Merkmalen durchgeführt.

So wurden zur Überprüfung der Konstruktvalidität Korrelationen zwischen dem ACE Gesamtwert und den anderen Fragebögen sowie zwischen den Subskalen des CTQ und den einzelnen Items des ACE berechnet. In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der Überprüfung der Fragen 2 und 3 dargestellt werden. Abbildung 1 stellt graphisch die Konstruktvalidität dar.

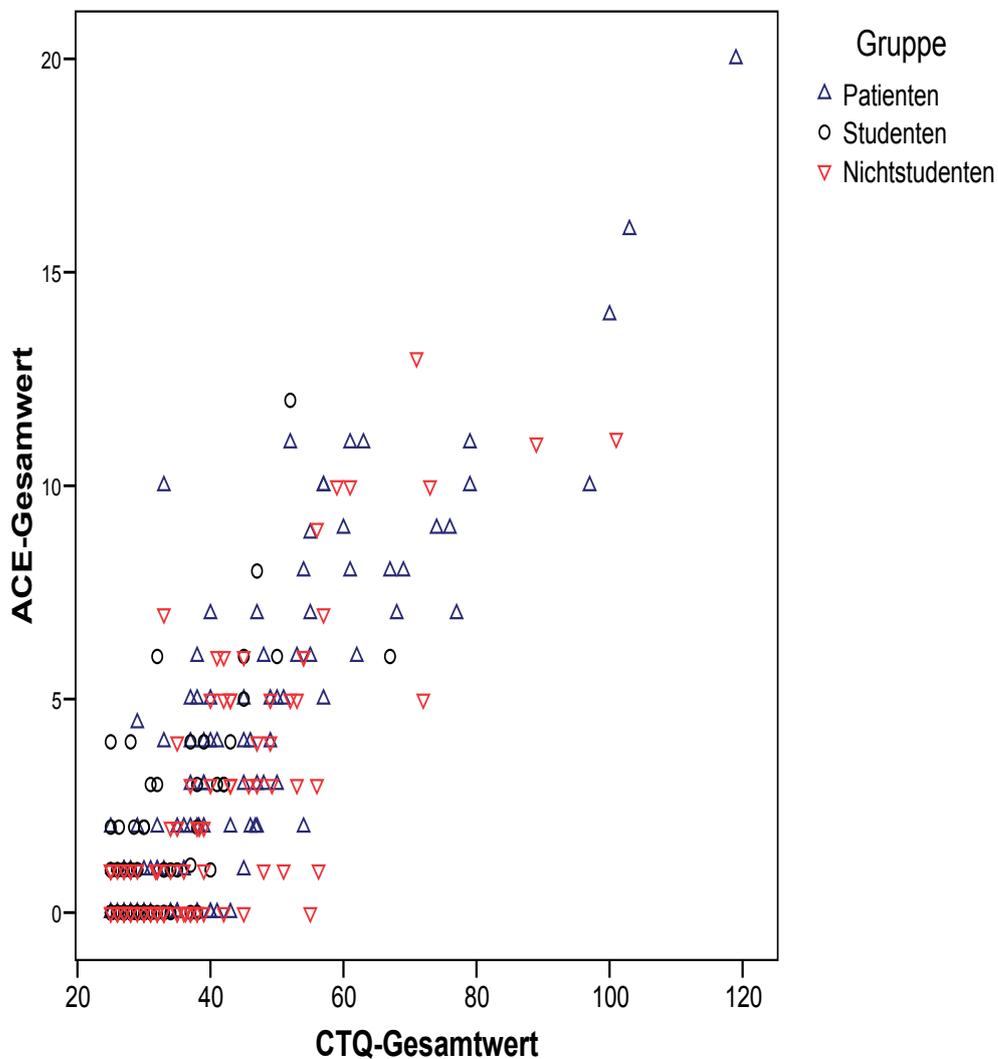


Abbildung 1: Beziehung des CTQ-Gesamtwertes zum ACE-Gesamtwert

### 3.5.1 Überprüfung der Fragestellung 2

Zur Überprüfung der Fragestellung 2, wie hoch die Gesamtscore des ACE mit der Gesamtscore des CTQ korreliert bzw. wie hoch die Korrelationen zwischen den Items der beiden Testinstrumente sind, wurden Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen betrachtet. Tabelle 7 zeigt diese Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen für den Gesamtwert des ACE und den CTQ Gesamtwert sowie für die Subskalen des CTQ.

**Tabelle 7:** Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation für den Gesamtwert ACE - Sum und die Subskalen des CTQ sowie den CTQ Gesamtwert

	CTQ-EM	CTQ-KM	CTQ-SM	CTQ-EV	CTQ-KV	CTQ-ges
ACE-Sum	.76	.72	.56	.67	.54	<b>.83</b>
CTQ-EM		.70	.45	.65	.46	.86
CTQ-KM			.38	.50	.47	.76
CTQ-SM				.37	.37	.64
CTQ-EV					.66	.86
CTQ-KV						.75
CTQ-ges						

ACE = Adverse Childhood Experiences; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; EM = Emotionaler Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; SM = Sexueller Missbrauch; EV = Emotionale Vernachlässigung; KV = Körperliche Vernachlässigung.

Der Korrelationskoeffizient zwischen dem ACE und CTQ Gesamtwert ist fett markiert.

Wie in der Tabelle 7 deutlich wird, besteht zwischen dem ACE Gesamtwert und dem CTQ Gesamtwert sowie den Subskalen des CTQ und dem ACE Gesamtwert ein signifikanter Zusammenhang. Der ACE Gesamtwert ist konvergent zum CTQ Gesamtwert und den Subskalen emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung. Am stärksten korrelieren der ACE Gesamtwert und die Subskalen emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch und emotionale Vernachlässigung. Geringere Korrelation zeigten sich zwischen dem ACE Gesamtwert und den Subskalen sexueller Missbrauch und körperliche Vernachlässigung.

#### **3.5.2 Überprüfung der Fragestellung 3**

Für die Überprüfung der Fragestellung 3, wie inhaltlich nicht übereinstimmende Items des ACE und des CTQ bzw. wie die Gesamtscore des ACE und Angst, Depressivität und körperliche Beschwerden korrelieren, wurden ebenfalls Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen durchgeführt. Die Berechnung konnte das Ausmaß der diskriminanten Validität zeigen. Die Ergebnisse dieser Berechnungen waren alle hochsignifikant (alle  $p < .001$ ). Bei den Korrelationsberechnungen (Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen) zwischen der Gesamtscore des ACE Fragebogens und den anderen Fragebögen der Studie (CTQ, HADS-D, HADS-A, FBL-R) lag die höchste Korrelation zwischen dem ACE und dem CTQ vor ( $r = .84$ ). Dies spricht für eine gute Konstruktvalidität. Zwischen dem ACE und Depression (HADS-D:  $r = .37$ ), ACE und Angst (HADS-A:  $r = .30$ ) sowie dem ACE und körperlichen Beschwerden (FBL-R:  $r = .40$ ) waren die Korrelationen geringer. Mit ihren niedrigen Korrelationen verhielten sich die Fragebögen, welche Depression (HADS-D), Angst (HADS-A) sowie körperliche Beschwerden (FBL-R) erfassen, diskriminant zu dem Gesamtwert des ACE. Tabelle 8 zeigt die Pearsons-Produkt-Moment-Korrelationen für den Gesamtwert des ACE und die anderen Fragebögen, womit die Fragestellung 3 in Bezug auf die anderen Fragebögen beantwortet werden kann.

**Tabelle 8:** Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation für den Gesamtwert ACE Sum und die Gesamtwerte der anderen Fragebögen

	FBLR-Sum	HADS-D	HADS-A
ACE-Sum	.40	.37	.30
FBL-R-Sum		.64	.69
HADS-D		1	.64
HADS-A			

ACE = Adverse Childhood Experiences Questionnaire; FBL-R = Freiburger Beschwerdenliste Revision; HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression; HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-Angst; alle  $p < 0,001$ .

Um den ACE Fragebogen und den CTQ Fragebogen genauer vergleichen zu können, wurden punktbiserale Korrelationen zwischen den Einzelitems 1 bis 10 des ACE und den Subskalen emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung des CTQ gerechnet. Eine graphische Abbildung davon liefert Tabelle 9. Es konnte gezeigt werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den ACE Items und den Subskalen des CTQ bestand, welche inhaltlich gleiche Konstrukte messen. Nicht signifikant war dagegen der Zusammenhang zwischen Item 6 des ACE und den Subskalen SM und EV des CTQ sowie Item 9 des ACE und den Subskalen EV und KV des CTQ. Hiermit bestätigt sich die diskriminante Validität der Items 6 und 9 sowie die konvergente Validität der ACE Items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 und 10 im Vergleich mit den Subskalen des CTQ.

**Tabelle 9:** Korrelationen zwischen den einzelnen Items des ACE und den Subskalen des CTQ

ACE Items	CTQ-Subskalen				
	EM	KM	SM	EV	KV
1.emotionaler Missbrauch	<b>.72</b>	.63	.47	.62	.46
2.physischer Missbrauch	.59	<b>.79</b>	.39	.51	.48
3.sexueller Missbrauch	.49	.35	<b>.73</b>	.43	.38
4.emotionale Vernachlässigung	.64	.43	.34*	<b>.73</b>	.53
5.physische Vernachlässigung	.51	.47	.46	.66	<b>.65</b>
6.Trennung von einem Elternteil	.36*	.29**	.25#	.33#	.31**
7. Gewalt gegenüber der Mutter	.48	.49	.37	.47	.38
8.Substanzabhängigkeit im Haushalt	.42	.42	.35	.48	.44
9.psychische Erkrankung im Haushalt	.41	.29	.34	.35#	.24#
10.Gefängnisaufenthalt eines Haushaltsmitgliedes	.44	.49	.41	.51	.54

Alle Korrelationen waren signifikant  $p < 0,001$  außer \*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , # nicht signifikant; Korrelationen zwischen inhaltlich übereinstimmenden Items/Skalen sind fett gekennzeichnet; ACE = Adverse Childhood Experiences; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; EM = Emotionaler Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; SM= Sexueller Missbrauch; EV = Emotionale Vernachlässigung; KV = Körperliche Vernachlässigung.

#### 3.5.3 Konvergente und divergente Validität

Im Einzelnen wird auf die konvergente und die divergente Validität eingegangen. Um die konvergente Validität des ACE zu überprüfen, wurden Zusammenhänge mit den Subskalen des CTQ, die inhaltlich ähnliche Konstrukte erfassen, untersucht. Die Ergebnisse in Tabelle 7 zeigen, dass der ACE Gesamtwert die höchsten Korrelationen mit  $r = .76$  zur Subskala emotionaler Missbrauch und mit  $r = .72$  zur Subskala körperlicher Missbrauch des CTQ aufweist. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Berechnung der punktbiseralen Korrelation zwischen den einzelnen Items des ACE und den Subskalen des CTQ ersichtlich. Wie erwartet zeigten sich die höchsten Korrelationen zwischen den Skalen bzw. Items, welche inhaltlich exakt dieselben Konstrukte erfassen: ACE Item 2 physischer Missbrauch und CTQ-Subskala körperlicher Missbrauch ( $r = .79$ ), ACE Item 3 sexueller Missbrauch und CTQ Subskala sexueller Missbrauch ( $r = .73$ ), ACE Item 4 emotionale Vernachlässigung und CTQ-Subskala emotionale Vernachlässigung ( $r = .73$ ), ACE Item 5 physische Vernachlässigung und CTQ-Subskala körperliche Vernachlässigung ( $r = .65$ ). Die geringsten Korrelationen wurden zwischen den Items 6 (Trennung von einem Elternteil) und 9 (psychische Erkrankung im Haushalt) und dem CTQ errechnet. Diese Items des ACE Fragebogens erfassen Ereignisse, die im CTQ nicht erfragt und abgebildet werden. Die Korrelationen waren statistisch teils nicht signifikant, was in der Tabelle 9 gekennzeichnet ist. Bezüglich der divergenten Validität ergaben sich damit die geringsten Korrelationen sowohl zwischen dem ACE Item 6 (Trennung von einem Elternteil) und dem CTQ als auch dem ACE Item 9 (psychische Erkrankung im Haushalt) und dem CTQ. Weiter ergaben sich deutlich geringere Korrelationskoeffizienten zwischen dem ACE und dem HADS-D, dem HADS-A und der FBL-R, was in Tabelle 8 ersichtlich ist. Hinweise auf eine gute Konstruktvalidität zeigten sich also durch signifikante Korrelationen des ACE und den inhaltlich übereinstimmenden Skalen des CTQ sowie durch das Ausmaß der diskriminanten Validität, das bestimmt wurde über die inhaltlich abweichenden Konstrukte.

#### 3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Stichprobe – bestehend aus 102 Patienten psychosomatischer Kliniken, 99 Studenten und 100 Kontrollprobanden aus der Allgemeinbevölkerung – wies ein durchschnittliches Alter von 38 Jahren auf. 67,3 % der Probanden waren weiblich und 32,7 % der Probanden waren männlich. Bei einer Vielzahl der Patienten lagen mehrere Diagnosen nach ICD-10 vor, wobei die meisten Patienten Affektstörungen (F32, F33 oder F34) aufwiesen. 47 Patienten hatten eine Zwangs- oder Angststörung (F40, F41, F42, F43.1), 35 eine dissoziative oder somatoforme Störung (F44, F45) und 9 Patienten hatten eine Essstörung (F50). Bei der Berechnung der Mittelwerte aller Fragebögen konnten bei den Patienten die höchsten Werte gezeigt werden. Jedes einzelne Item des ACE Fragebogens wurde von den PAT signifikant häufiger mit „ja“ beantwortet als von den STU. Zwischen der KG und den PAT waren die Unterschiede geringer. Zwischen den PAT und der KG gab es hinsichtlich der Items 1 (emotionaler Missbrauch), Item 5 (physische Vernachlässigung), Item 6 (Trennung von einem Elternteil) und Item 7 (Gewalt gegenüber der Mutter) keine Unterschiede, während sich bei den zwei Gruppen bezüglich der anderen Items signifikante Häufigkeitsunterschiede zeigten. Im Hinblick auf die Items 1, 2, 4, 5, 7 unterschieden sich die Studenten und die Kontrollprobanden signifikant voneinander. Mit einem Cronbachs Alpha von .76 konnte eine Reliabilität des ACE über alle 10 Items festgestellt werden, die in einem zufriedenstellenden Bereich lag. Die Trennschärfekoeffizienten befanden sich in einem Bereich zwischen .30 und .65. Die Iteminterkorrelationen (Phikoeffizienten) variierten zwischen  $\Phi = .10$  und .58. Bei den Items 6, 9 und 10 bestanden nur schwache Korrelationen mit den anderen Dimensionen des ACE Fragebogens. Um das Gütekriterium der Validität zu überprüfen, wurden Korrelationsberechnungen (Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation) zwischen der Gesamtsumme des ACE und den anderen Fragebögen durchgeführt. Dabei konnte die höchste Korrelation zwischen dem CTQ und dem ACE errechnet werden ( $r = .84$ ), woraus eine gute Konstruktvalidität gefolgert werden kann. Deutlich geringere Korrelationen zeigten sich zwischen dem ACE und Depression (HADS-D:  $r = .37$ ,  $p < 0,001$ ), dem ACE und Angst (HADS-A:  $r = .30$ ,

$p < 0,001$ ) und ebenso zwischen dem ACE und körperlichen Beschwerden (FBL-R:  $r = .40$ ,  $p < 0,001$ ). Wie erwartet wurden bei der gegenüberstellenden Untersuchung vom ACE und CTQ die höchsten Korrelationen zwischen den Skalen des CTQ und den Items des ACE gefunden, welche inhaltlich dieselben Konstrukte abbilden. Nur sehr geringe und teilweise statistisch nicht signifikante Korrelationen wurden bei den Items 6 und 9 berechnet, da diese inhaltlich Konstrukte erfassen, für die es im CTQ keine Entsprechung gibt.

## 4. Diskussion:

Es werden drei Aspekte diskutiert: Im ersten Teil geht es um die Methodik der Studie. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der in Kapitel 1.5 aufgestellten Fragestellungen diskutiert. Anschließend folgt eine ökonomische Betrachtung.

### 4.1 Diskussion der Methodik

Bei der vorliegenden Studie wurden psychometrische Messverfahren als Befragungstechnik eingesetzt. Einige Aspekte der Methodik müssen kritisch reflektiert werden.

#### 4.1.1 Fragebogen vs. Interview

Grundsätzlich kann es durch den klaren Fragenkatalog des ACE oder auch des CTQ zu einem Informationsverlust kommen. Beispielsweise würden genauere Informationen im Rahmen eines offenen Gesprächs zwischen Arzt und Patient erfasst werden können. Ein gutes und vertrauensvolles Verhältnis zwischen dem Untersucher und dem Probanden führt möglicherweise zu einer höheren Motivation an der Studie teilzunehmen und könnte Einfluss auf die Genauigkeit der Angaben des Probanden haben. Auch ein halbstrukturiertes Interview würde eventuell zuverlässiger sicherstellen, dass beispielsweise durch eine Wiederholung der Fragen der Patient diese auch richtig verstehen würde. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass es sich bei dem Thema der

Traumatisierung um ein Gebiet handelt, welches in der Gesellschaft teilweise noch sehr mit Scham und bei einzelnen Personen mit Schuldgefühlen behaftet ist. Ein Vorteil des Fragebogens gegenüber einem Interview stellt dar, dass eine gewisse Distanz geschaffen wird. In einer persönlichen Befragung kann einerseits die Konfrontation mit dem kindlichen Missbrauch als sehr belastend empfunden werden, andererseits können Fragen besonders nach sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend in Form eines Interviews und als Gesprächsmöglichkeit von den Betroffenen als befreiend erlebt werden. Die Belastung des Probanden wird angesichts der Kürze des ACE in Grenzen gehalten. An dieser Stelle ist kritisch anzumerken, dass jedoch, wie anfangs ausgeführt, keine einheitlichen Definitionen für die Begriffe „Trauma“, „Kindesmisshandlung“ und „Kindesmissbrauch“ existieren, so dass jeder Fragebogen nur einen gewissen Bereich dieser Thematik erfasst und die Definitionen selbst einen Gegenstand zur Diskussion darstellen. Ein psychometrisches Messverfahren wie die Verwendung des ACE bietet in Bezug auf die Auswertung einen hohen Grad an Standardisierung und die Ergebnisse ermöglichen eine gute Vergleichbarkeit zu ähnlichen Studien. Aus diesem Grund stellt der Fragebogen eine einfache und vor allem diskrete Möglichkeit dar, Traumatisierungen zu erfassen. Grundsätzlich besitzt das strukturierte Interview gegenüber beispielsweise dem ACE Fragebogen den Vorteil, dass die Schwere der emotionalen Traumatisierung genauer und differenzierter erfasst werden kann. Während bei einem offenen Gespräch zwischen Untersucher und Proband dem Probanden die Möglichkeit gegeben wird, seine Traumatisierung subjektiv zu schildern, ist der Proband bei der Untersuchung mit einem Fragebogen gezwungen, auf klar vorgegebene Fragen zu antworten.

### **4.1.2 Diskussion des ACE Fragebogens als „Screeninginstrument“**

Bei dem ACE Fragebogen ist das Antwortspektrum mit „ja“ und „nein“ eingeschränkt und lässt keine ausweichende Antwort wie etwa ein „vielleicht“ zu. Damit wird bei manchen Fragen auf eine Abstufung des

Schweregrades verzichtet. Berücksichtigt werden muss, dass der ACE „extreme“ Lebenssituationen erfragt wie Item 10 „War ein Familienmitglied im Gefängnis?“ oder Item 7 „Wurde Ihre Mutter beziehungsweise Stiefmutter jemals mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?“. Betrachtet man nicht den einzelnen Probanden sondern eine größere Stichprobe, bei der Traumatisierung erfasst werden soll, dann bietet sich der ACE Fragebogen sehr gut zum Screening von Traumatisierung an, da jeder Proband auf konkrete Fragen schnell und einfach antworten kann. Der ACE Fragebogen ist als Screeninginstrument zur Erfassung von stattgehabter Kindesmisshandlung gut geeignet, da viele Probanden ohne großen Aufwand erreicht und befragt werden können. Gerade für Forschungszwecke ist wichtig, eine Vielzahl von Probanden problemlos in Studien einbeziehen zu können. Für den klinischen Bereich, in dem es um die Behandlung psychiatrisch und psychisch Kranker geht, ist außer dem Screening ein vertiefendes Interview zur genaueren Eruierung der kindlichen Traumatisierung angebracht. Betont werden muss, dass der ACE als Screeningverfahren konzipiert wurde. Als Screening wird ein etwas gröberer „Auswahlprozess“ bezeichnet, bei dem es gewöhnlich nur darum geht, in einer Gruppe oder bei einem einzelnen Menschen bestimmte Eigenschaften oder ein bestimmtes Verhalten zu identifizieren. Das Screeningverfahren stellt also keinen diagnostischen Test dar. Demnach kann durch ein Screeninginstrument auch keine ärztliche, psychologische oder psychotherapeutische Diagnose ersetzt werden. Der Autor Milner (1980) stellt das Screening (erste Stufe) an den Anfang eines fünfstufigen Beurteilungsprozesses, der mit dem Screening beginnt und nach einem Interview (zweite Stufe), Tests (dritte Stufe), Fallbesprechung (vierte Stufe) mit der Diagnose (fünfte Stufe) endet. Wichtig ist beim Screening eine möglichst hohe Sensitivität und Spezifität des Messverfahrens. Diese hierfür erforderlichen Berechnungen wurden für diese Studie nicht vorgenommen und könnten in einer weiteren Studie ausstehen. Da der Fragenkatalog des ACE sehr kurz gehalten ist und er ohne Untersucher vom Probanden wie ein Anamnesebogen ausgefüllt werden kann, eignet er sich gut zum Einsatz in der Klinik. Berücksichtigt man aber, dass in der Forschung eventuell genauere

Angaben zur Thematik der Traumatisierung gemacht werden sollten, um beispielsweise Präventionsarbeit daraus entwickeln zu können, so offenbart sich hier eine Schwäche des ACE oder generell solcher Fragebögen im Allgemeinen. Eingeschränkt wird die Genauigkeit dieser retrospektiven Erfassung von Traumatisierung auch dadurch, dass traumatische Erlebnisse aufgrund von Verleugnung und Unterdrückung gar nicht vom Probanden geäußert werden (Briere und Runtz 1987). Bei sowohl der klinischen als auch der wissenschaftlichen Anwendung aller Fragebögen ist zu berücksichtigen, dass viele Probanden bei diesen Themen, die stark in die Intimsphäre des einzelnen eingreifen, zu Simulations- und Dissimulationstendenzen neigen.

### **4.1.3 Die retrospektive Erfassung des Traumas**

Bei der retrospektiven Erfassung von traumatischen Kindheitserlebnissen bei Erwachsenen ist mit Suggestibilität, Fehlattritionen und Verzerrungen zu rechnen. Hardt und Rutter (2004) diskutieren, dass Probanden falsch negative Antworten geben können. Dies geschehe aufgrund von Verdrängung, die unbewusst geschieht, oder aus wissentlichem Verschweigen, welches aus Schamgefühlen resultiert. Verleugnungstendenzen müssen in der durchgeführten Studie berücksichtigt werden, da einige Probanden nach objektiven Gesichtspunkten als misshandelt gelten würden, sie selbst diese aber nicht ehrlich zugeben. Darüber hinaus können unterschiedliche gesellschaftliche Normen und verschiedene soziokulturelle Hintergründe dazu führen, dass sich einige Personen nicht als misshandelt einstufen, da in dem entsprechenden Umfeld Kindesmisshandlungen durchaus üblich waren (Fondacaro et al. 1999, Spitzer et al. 2006) Diese verzerrte Selbstwahrnehmung kann in einem strukturierten Interview wie etwa dem Early Trauma Inventory besser erfasst werden als mit Hilfe eines Fragebogens (Wingenfeld et al. 2011a).

### 4.1.4 Diskussion der gewählten Stichprobe

In der Stichprobe lag ein sehr hoher Frauenanteil vor. Gerade bei den STU lag das Verhältnis zwischen Frauen und Männern bei 72,2 % vs. 27,3 %. Dies liegt daran, dass es sich bei den Studenten vorwiegend um Medizinstudenten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf handelte, bei denen ein höherer Frauenanteil vorliegt. Wünschenswert wäre ein ausgeglicheneres Verhältnis, da gerade beim Thema der Kindestraumatisierung, insbesondere des sexuellen Missbrauchs (Ernst 2005), erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren. Berücksichtigt werden müssen auch die Altersunterschiede zwischen den Gruppen. So waren die Probanden aus der Allgemeinbevölkerung mit durchschnittlich 51 Jahren mehr als doppelt so alt wie die Studenten mit durchschnittlich 24 Jahren. So verwundert es auch nicht, dass bei der KG der Gesamtwert des ACE höher war und beispielsweise Item 2, welches nach körperlicher Gewalt fragt, von diesen wesentlich häufiger bejaht wurde. Vermutlich ist dies zurückzuführen auf das gesellschaftliche Klima in der Kindheit und Jugend der KG, in dem eine „Ohrfeige“ oder eine „Tracht Prügel“ als gängige Erziehungsmaßnahmen angesehen wurden. Erst seit 2000 wurde das Recht auf gewaltfreie Erziehung etabliert. So garantiert § 1631 Abs. 2 Satz 1 BGB allen Kindern ein „Recht auf gewaltfreie Erziehung“. Ebenfalls werden erst seit November 2000 durch § 1631 Abs. 2 Satz 2 BGB »körperliche Bestrafungen«, »seelische Verletzungen« sowie »andere entwürdigende Maßnahmen« für unzulässig erklärt (Bundesministerium der Justiz<sup>8</sup>).

### 4.1.5 Generelle Methodenkritik am ACE

Zusammenfassend ist kritisch anzumerken, dass Fragebögen als alleiniges Untersuchungsverfahren zur Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung nur bedingt geeignet sind. Für genauere Untersuchungen sollte ein ausführlicheres strukturiertes Interview durchgeführt werden. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Forschung ist der Einsatz von Fragebögen

---

<sup>8</sup>[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/index.html#BJNR111630990BJNE003906308](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html#BJNR111630990BJNE003906308)

jedoch notwendig, da durch sie die Möglichkeit besteht, an objektiv vergleichbare Daten zu gelangen. Aufgrund seiner zufriedenstellenden Reliabilitäts- und Validitätswerte ist der Einsatz des ACE auch in diesem Gebiet gerechtfertigt. Die Ergebnisse des ACE Fragebogens sind aber nicht mit einer individuellen Diagnose gleichzusetzen. Sie dienen lediglich als Screening und damit für den Untersucher zur „Orientierung“. Ein sich anschließendes Gespräch würde die Möglichkeit bieten, potentielle Risikofaktoren in der Kindheit zu eruieren (Hofmann et al. 2001). Das dichotome Antwortformat (ja/nein) des ACE ermöglicht eine sehr ökonomische Erfassung, die für die Untersuchung einer größeren Stichprobe besonders nützlich ist. Aus entwicklungspsychologischer Sicht hat sich gezeigt, dass bei der Traumatisierung das Alter, die Häufigkeit und die Schwere des Ereignisses eine entscheidende Rolle spielen und insofern wichtige Determinanten darstellen. Auch wenn ein Fragebogen, der wie der in der Studie eingesetzte CTQ ein gestuftes Antwortverhältnis wählt und damit die Häufigkeit der Ereignisse berücksichtigt wird, erfasst er nicht, wie bedeutsam und schwerwiegend das erlebte Geschehen für die Person zu werten ist. Interviews, die halbstrukturiert sind wie das Early Trauma Inventory (ETI), bieten jedoch die Möglichkeit, diese zusätzlichen Kriterien zu erfassen und frühere Belastungen genauer zu beschreiben und zu charakterisieren. Im klinischen Alltag jedoch scheint der Einsatz des einfach zu handhabenden ACE sehr vorteilhaft.

### 4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Studie untersuchte die psychometrischen Gütekriterien der deutschen Version des Adverse Childhood Questionnaire (ACE). Es wurde bezüglich der Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von .76 ein Wert ermittelt, der als zufriedenstellend angesehen werden kann. Ein ähnlich guter Wert von Cronbachs Alpha  $\geq$  .89 existiert auch für den CTQ. Im Hinblick auf die Itemtrennschärfekoeffizienten des ACE Fragebogens zeigten sich Werte in einem mittleren bis niedrigen Bereich. Bedacht werden muss dabei, dass jedes Item ein Gebiet traumatischer Erfahrungen aufzudecken versucht. Hieraus folgt,

dass verschiedene Items existieren, die keinen oder nur einen geringen Zusammenhang besitzen wie etwa Item 9 (psychische Erkrankung im Haushalt), Item 6 (Trennung von einem Elternteil) sowie Item 3 (sexueller Missbrauch). Die Ergebnisse der Konstruktvalidität sprechen für eine hohe Güte des ACE. Insgesamt korrelierte die Gesamtscore des ACE hoch mit der Summenscore des CTQ. Zwischen den Items, welche inhaltlich im CTQ und im ACE exakt dasselbe erfassen, zeigten sich numerisch hohe Korrelationskoeffizienten. Dagegen konnten bei den ACE Items und CTQ Skalen, welche unterschiedliche inhaltliche Konstrukte abbilden, nur niedrigere Korrelationen dargestellt werden, die teilweise nicht signifikant waren. Diese hohen Korrelationen zwischen dem ACE und den inhaltlich korrespondierenden Skalen des CTQ untermauern die guten Gütekriterien des ACE. Aus teststatistischer Sicht wäre zu überprüfen, ob aus diesem Grund einzelne Items ausgeschlossen oder überarbeitet werden sollten. Bezogen auf die Konstruktvalidität kann zusammenfassend bei der Analyse des ACE eine gute konvergente Validität festgestellt werden. Mit Hilfe des ACE werden im Gegensatz zum CTQ zusätzlich Ereignisse erfasst, welche höchstwahrscheinlich die Entwicklung eines Kindes beeinflussen. Dazu zählen Item 6 (Trennung von einem Elternteil) und Item 9 (psychische Erkrankung im Haushalt). Dies kann zu den Vorteilen des ACE Fragebogens gezählt werden, da er weitere wichtige Informationen im Zusammenhang mit dem Trauma liefert. Bei der Betrachtung des ACE muss auf die einzelnen Items fokussiert werden und nicht nur auf den Gesamtwert. Hier zeigt sich der CTQ vorteilhaft, da die Subskalen emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung zur Erfassung unterschiedlicher traumatisierender Erfahrungen errechnet werden können. Dadurch wird jedoch auch die Auswertung komplizierter als die des ACE. Hinsichtlich der divergenten (dichotomen) Validität ergaben sich wie erwartet mittlere bis niedrigere Korrelationen bezüglich Depressivität und Ängstlichkeit. Dies stellten auch Wingenfeld et al. (2011) in ihrer Studie über den CTQ fest. Für die deutsche Version des ACE konnten bei dieser Stichprobe aus Patienten aus psychosomatischen Kliniken, Kontrollprobanden aus der Allgemeinbevölkerung und Studenten gute teststatistische Kennwerte gezeigt werden. Bezüglich der

internen Konsistenz wurden befriedigende bis gute Werte für die einzelnen Items errechnet. Die Korrelationswerte mit den anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten zur Erfassung von Angst, Depressivität und somatischen Beschwerden waren überwiegend signifikant, jedoch numerisch eher niedrig, was den Befunden der Evaluierung des CTQ entspricht. Unter klinischen Gesichtspunkten konnte dargestellt werden, dass die PAT in allen Selbstbeurteilungsverfahren die höchsten Werte zeigten, während sich die niedrigsten Werte bei den STU ergaben. Zwischen den PAT und der KG aus der Allgemeinbevölkerung bestanden teilweise keine statistisch signifikanten Unterschiede. Wingenfeld et al. teilen beim CTQ aufgrund ihrer Itemkorrelationsanalysen die Meinung mehrerer Autoren (Bernstein und Fink 1998, Scher et al. 2001), dass die „Skalen des CTQ als distinkte, aber miteinander korrelierende Faktoren zu verstehen seien“ (Wingenfeld et al. 2010). Aufgrund der in Tabelle 6 dargestellten Interkorrelationsanalysen kann diese Sichtweise für den ACE ebenfalls angenommen werden. Die einzelnen Items des ACE zeigten numerisch eher niedrige Korrelationskoeffizienten untereinander, teilweise erreichten die Korrelationskoeffizienten das Signifikanzniveau nicht. Die einzelnen Items korrelierten miteinander maximal mit bis zu  $r = .58$ . Dies bestätigt, dass die Items auch unterschiedliche Formen und Geschehnisse von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlungen erfassen. Trotz der hier dargestellten psychometrischen Evaluation der deutschen Version des ACE stehen noch Studien zur Test-Retest-Reliabilität aus. Weiter stehen Analysen zur Übereinstimmung der Angaben zu Kindesmisshandlungen aus, die im ACE gemacht und die während eines Interviews oder eines therapeutischen Gesprächs erhoben wurden. Anbieten würde sich beispielsweise eine Studie mit dem ACE und dem Early Trauma Inventory (ETI). Eine ähnliche Studie zwischen dem CTQ und dem ETI zur Evaluierung des ETI liegt bereits vor (Wingenfeld et al. 2011a). Bei 220 Probanden, von denen sich etwa die Hälfte in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befand, konnte bezüglich der emotionalen Vernachlässigung, die sich mit beiden Verfahren messen lässt, ein numerisch hoher Korrelationskoeffizient von  $r = .72$  errechnet werden. Weiter ergab sich bei der inhaltlich übereinstimmenden

Dimension sexueller Missbrauch sogar ein noch höherer Wert von  $r = .82$ . In der hier vorliegenden Studie konnte hinsichtlich der emotionalen Vernachlässigung ein ähnlich hoher Korrelationskoeffizient von  $r = .72$  zwischen der CTQ Subskala und dem ACE Item gezeigt werden. Auch wurde für den sexuellen Missbrauch ein guter Korrelationskoeffizient von  $r = .73$  berechnet. Alle inhaltlich übereinstimmenden Items des CTQ und des ACE zeigten gute Korrelationskoeffizienten (siehe Tabelle 9) wie in der ETI Studie, so dass eine weitere Studie mit dem ETI und dem ACE interessant erscheint. Bei genauer Betrachtung des ACE und des CTQ können folgende Unterschiede beobachtet werden: Während der ACE die Fragen sehr zielführend und prägnant hinsichtlich früher Kindesmisshandlung stellt, findet im CTQ teilweise eine dialektisch angeordnete Befragung statt. So folgt nach dem Item 1: „Als ich aufwuchs, hatte ich genug zu essen“, welches körperliche Vernachlässigung erfasst, das protektive und invers kodierte Item 2: „Als ich aufwuchs, wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte“. Diese gegensätzliche Fragemethodik erfährt im CTQ eine gewisse Steigerung und Deutlichkeit, z. B. bei Item 15: „Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs“ und dem gleich darauffolgenden Item 16: „Als ich aufwuchs, hatte ich eine perfekte Kindheit“. Der Proband wird also im Gegensatz zum ACE, in dem sich die Fragen ausschließlich auf schlechte Kindheitserfahrungen beziehen, dazu veranlasst, sich zu sowohl einer positiven als auch einer negativen Beurteilung seiner Kindheit zu äußern. Wie im Kapitel zur Epidemiologie von Kindesmisshandlung ausgeführt, ist die Erfassung aufgrund unterschiedlicher Methoden und Herangehensweisen sowie nicht eindeutiger Begriffsbestimmungen und Einordnungen schwierig. Im ACE sind die Fragen nach körperlicher Gewalt klar formuliert, so dass anzunehmen ist, dass tatsächliche Gewalterfahrungen bejaht werden und nicht wie in der Studie von Wetzels (Wetzels 1997) beispielsweise eine Ohrfeige als körperliche Misshandlung angesehen würde. So lautet Item 1: „Hat einer Ihrer Eltern oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt oft oder sehr oft... Sie beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?“, oder Item 2: „Hat einer Ihrer Eltern oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft gestoßen,

gepackt, geschlagen oder einen Gegenstand nach Ihnen geworfen?“. Diese Items zielen klar auf Gewalterfahrungen ab, die nicht mehr als gesellschaftlich tolerierte Erziehungsmaßnahmen angesehen und gewertet werden können. Im CTQ wird in Item 9: „Als ich aufwuchs, wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste“ eindeutig unzulässige Gewaltanwendung abgebildet. Die emotionale Vernachlässigung wird sowohl im ACE als auch im CTQ abgebildet. Betrachtet man die Iteminterkorrelation des ACE, dann kann festgestellt werden, dass nicht alle Items numerisch hohe Korrelationskoeffizienten aufweisen. Ein Beispiel hierfür ist die eher niedrige Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung. Anzunehmen ist, dass viele der misshandelten Erwachsenen nicht nur Gewalthandlungen von den Tätern, sondern auch emotionale Zuwendung erfuhren, wodurch in Familien das Abhängigkeitsverhältnis des misshandelten Kindes und seine Wehrlosigkeit verstärkt wurde. Schlechte Kindheitserfahrungen können zu einem breiten Spektrum an psychischen oder auch somatischen Krankheitsbildern im Erwachsenenalter führen. Im Umkehrschluss ergibt sich die Schwierigkeit, dass kein spezifisches psychisches oder somatisches Krankheitsbild Rückschlüsse zulässt auf eine lebensgeschichtlich frühe Traumatisierung, so dass sich bei einer Vielzahl dieser Erkrankungen der Einsatz des ACE zu einer gezielten Anamneseerhebung und besseren Diagnostik anbietet.

### **4.3 Ökonomische Betrachtung**

Bei ökonomischer Betrachtungsweise stellt sich nachfolgende Frage: Welchen Vorteil bringt der ACE bei der Erfassung von lebensgeschichtlich früher Traumatisierung? Gerade der klinische Alltag macht eine möglichst ökonomische Erfassung einer Vielzahl von potentiell relevanten Variablen, darunter auch dem Kindesmissbrauch, nötig, so dass bei der Wahl der diagnostischen Methode in der Klinik das Kriterium der Ökonomie in besonderem Maße im Vordergrund stehen muss. Dies scheint mit Hilfe des ACE möglich, da er vom Patienten selbstständig ausgefüllt werden kann und

durch seine guten teststatistischen Kennwerte zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führt. Grundsätzlich ist es im klinischen Bereich sinnvoll, mittels solch eines einfach anzuwendenden Fragebogen Kindheitstraumatisierungen zu erfassen, da die oftmals später auftretenden psychischen und somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter wesentliche Therapiezeiten von Arbeitsunfähigkeit, Rehamaßnahmen und vorgezogene Berentung verursachen können. In diesem Zusammenhang ist ein Screeninginstrument hilfreich, um frühzeitig weitere Diagnostik und Therapie einleiten zu können. Ökonomisch gesehen ist es wichtig, ein Messinstrument zu verwenden, bei dem der Anteil der falsch positiven und der Anteil der Personen, deren Traumatisierung nicht erfasst wird, reduziert wird. Beide vermeidbaren unerwünschten Ereignisse führen später zu zusätzlichen Behandlungskosten, da beispielsweise die Schwere einer Erkrankung, die bedingt wurde durch die Traumatisierung im Laufe der Jahre, in denen die Ursache nicht erfasst und damit nicht therapiert werden konnte, weiter zunehmen kann. Zur Betrachtung dieses Aspektes erscheint eine weitere Studie sinnvoll.

### 4.4 Schlussfolgerung

Insgesamt zeigten sich bei der Untersuchung des ins Deutsche übersetzten ACE Fragebogens Gütekriterien, die als gut zu bewerten sind. Wünschenswert wäre eine Wiederholung der Studie an einer größeren Stichprobe. Außerdem ist der ACE Fragebogen auf die Test-Retest-Reliabilität zu untersuchen. Weiter steht ein Vergleich mit einem Screeninginstrument zur Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung aus.

Zusammenfassend stellt der ACE Fragebogen neben dem CTQ ein weiteres Screeninginstrument zur Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung dar. Vorteilhaft am ACE scheint mit seinen 10 Items zum einen die Kürze des Fragebogens und zum anderen sein einfach zu beantwortendes und auszuwertendes dichotomes Antwortformat zu sein. Weiter werden im Gegensatz zum CTQ zusätzliche Informationen erfasst. Allerdings gereicht dem CTQ zum Vorteil, dass er mit Hilfe von mehreren Items die fünf Subskalen emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale sowie körperliche Vernachlässigung erfasst. Vorteilhaft scheint auch die mehrstufige Likert-Skala des CTQ zu sein, mit deren Hilfe die Schwere der Traumatisierung besser beurteilt werden kann. Zur Untersuchung und als Screeningmethode besonders für eine größere Stichprobe bietet der ACE eine ökonomische Alternative zum CTQ, da er wegen seiner Kürze relativ problemlos bei einer Vielzahl von Probanden oder Patienten wie ein Anamnesebogen angewendet werden kann.

Trotz der oben dargestellten Schwächen und Nachteile des ACE Fragebogens stellt er zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein gutes Messinstrument zur Erfassung kindlicher Traumatisierung auch unter ökonomischen Gesichtspunkten dar.

### 5. Zusammenfassung

**Einleitung:** Traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit haben eine große Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung körperlicher, psychosomatischer und psychischer Erkrankungen. Aus diesem Grund ist eine reliable und valide Erfassung verschiedener Bereiche des frühen Missbrauchs und der Vernachlässigung notwendig. Dafür stehen im deutschsprachigen Raum jedoch zurzeit nur wenige evaluierte Screeninginstrumente zur Verfügung wie der Early Trauma Inventory (ETI; Wingenfeld et al. 2011a) oder der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al. 2010). International wird sehr häufig der CTQ eingesetzt. Dieser erfasst 28 Items und besitzt als Antwortformat eine fünfstufige Likert-Skala. Mit 10 Items und einem dichotomen Antwortformat ist der Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE) deutlich kürzer und einfacher auszuwerten als der CTQ. Alle Fragen des ACE beziehen sich auf Ereignisse vor dem 18. Lebensjahr. Ziel dieser Studie war es, eine Überprüfung der Reliabilität und Validität des ACE vorzunehmen. **Methode:** Der ACE Fragebogen wurde an einer Stichprobe aus 102 Patienten mehrerer psychosomatischer Kliniken, 99 Studenten und 100 Kontrollprobanden der Allgemeinbevölkerung evaluiert. **Ergebnisse:** Es konnte eine zufriedenstellende interne Konsistenz des ACE gefunden werden und eine hohe Korrelation mit dem CTQ. Die Beziehungen zwischen dem ACE und anderen Fragebögen, welche Angst, Depression und körperliche Beschwerden erfassen, wiesen niedrigere Korrelationskoeffizienten auf. Insgesamt ergab diese Studie als gut zu bewertende Gütekriterien für den ACE. **Schlussfolgerung:** Der ACE Fragebogen stellt unter Berücksichtigung einer ökonomischen Anwendung ein reliables und valides Messinstrument zum retrospektiven Screening von schlechten und belastenden Erfahrungen – insbesondere von Missbrauch und Misshandlungen – vor dem 18. Lebensjahr dar.

## 6. Literaturverzeichnis

ACE Reporter (2003) Origins and Essence of the Study. [Online im Internet.]  
URL: <http://www.cestudy.org/files/ARV1N1.pdf> [Stand 14.10.2011, 11:44].

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37: 4-26.

American Professional Society on Abuse of Children (APSAC) (1995). Guidelines for the Psychosocial Evaluation of Suspected Psychological Maltreatment in Children and Adolescents. Chicago: APSAC.

Anda RF, Brown DW, Dube SR, Bremner JD, Felitti VJ, Giles WH (2008) Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *Am J Prev Med* 34: 396-403.

Arnow BA (2004) Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 65 (Suppl12): 10-15.

Baier D, Pfeiffer C, Simonson J, Rabold S (2009) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen. (Forschungsbericht Nr. 107). Hannover.

Behl LE, Conyngham HA, May PF (2003) Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse Negl* 27: 215-229.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K et al. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151 (8): 1132-1136.

Bernstein DP & Fink L (1998) *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 52: 69-77.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM (1995) The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 8: 75-90.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, Keane TM, Buckley TC (2000) *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. Instruction manual. Boston/ West Haven: National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division/Neuroscience Division.

Bowlby J (1976) *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Kindler, München.

Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM (2000) Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety* 12 (1): 1-12.

Briere J & Runtz M (1987) Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Violence* 2: 367-379.

Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, Fagan J, Marcmar CR (2001) The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry* 158: 1480-1485.

Bundesärztekammer (2011) Expertise Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen? [Online im Internet.] URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Expertise\\_Kindesvernachl.\\_Nagel\\_Wohlgemuth.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Expertise_Kindesvernachl._Nagel_Wohlgemuth.pdf) [Stand 04.11.2011, 11:54].

Bundeskriminalamt (2008)

Info-Folie Sexueller Missbrauch von Kindern. [Online im Internet.] URL: <sup>1</sup>[https://www.bka.de/nn\\_196810/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Press\\_earchiv/Presse\\_\\_2008/pm080827\\_\\_presseinformation\\_\\_ok\\_\\_infolie\\_\\_sex\\_\\_missbrauch\\_\\_kinder.html?\\_\\_nnn=true](https://www.bka.de/nn_196810/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Press_earchiv/Presse__2008/pm080827__presseinformation__ok__infolie__sex__missbrauch__kinder.html?__nnn=true) [Stand 04.02.2012, 17:16].

Bundesministerium der Justiz [Online im Internet.] URL:

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/index.html#](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html#BJNR111630990BJNE003906308)

BJNR111630990BJNE003906308 [Stand 09.09.2011, 11: 09].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2012) Daten und Fakten: Kindesvernachlässigung und -misshandlung. [Online im Internet.] URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/daten-und-fakten-kindesvernachlaessigung-und-misshandlung/definitionen-kindesvernachlaessigung-kindesmisshandlung/> [Stand 14.02.2012, 11: 14]

Burger E, Reiter K, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1997) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Intervention und Prävention. 2. unveränderte Auflage des Bandes 19 der Schriftenreihe des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren, Kohlhammer, Stuttgart.

Bürgin D & Rost B (2000) Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Sexueller Missbrauch Misshandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart.

Busmann KD (2002) Das Recht auf gewaltfreie Erziehung aus juristischer und empirischer Sicht. In: Familie-Partnerschaft-Recht 7: 289-293.

Busmann KD (2003) Erste Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Familie. Vergleich der Studien 2001/2002 und 2005 – Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung, Berlin.

Busmann K (2005) Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005 – Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung, Berlin.

Deegener G (2004) Verantwortungs-Abwehr-System der Täter. In: Sexueller Missbrauch. Körner W & Lenz A (Hrsg.). Band 1: Grundlagen und Konzepte, Hofgrefe, Göttingen, 487-497.

Deegener G (2005) Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Deegener G & Körner W (Hrsg.). Hofgrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag, 37-58.

Deegener G & Körner W (2006) Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis und Materialien. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, 423-435.

Diel JM & Staufenbiel T (2007) Statistik mit SPSS für Windows Version 15.0. 1. Auflage, Frankfurt am Main.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikationen psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien: ICD-10, 2. Auflage, Huber, Bern.

Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF (2003) Adverse Childhood experiences and self-reported liver-disease: new insights into causal pathway. Arch Intern Med. 163: 1949-1956.

Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF (2004) Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. Circulation 110: 1761-1766.

Dölling D (1999): Sexueller Missbrauch von Kindern Entwicklung der Gesetzgebung und Aufgaben der Kriminologie. In : Sexueller Missbrauch von Kindern Täter und Opfer. Kriminologische Zentralstelle e.V., Wiesbaden, 19-41.

Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF (2004) Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. Child Abuse Negl 28 (7): 729-737.

Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB (2009) Cumulative childhood stress and autoimmune disease in adults. Psychosom Med 71: 243-250.

Dubowitz H & Black MM (2001) Child neglect. In: Reece RM, Ludwig S (eds.) Child Abuse, Medical Diagnosis and Management. 2<sup>nd</sup> ed., Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Lipincott, Williams & Wilkins, 339-369.

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

Engfer A (2000) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Sexueller Missbrauch Misshandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.), 2. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Engfer A (2005) Formen der Misshandlungen von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, Stuttgart, 3-19.

Ernst C (2005) Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Missbrauchs. In: Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Amann G & Wipplinger R (Hrsg.). Dgvt-Verlag, Tübingen, 61-80.

Fahrenberg J (1994) Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Handanweisung. Hofgreffe, Göttingen.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences Study. Am J Prev Med 14: 245-258.

Fischer G & Riedesser P (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München.

EB (1995) Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: PSD. Manual. National Computer Systems, INC, Minneapolis.

Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale, *Psychol Assess* 9: 445-451.

Fondacaro KM, Holt JC, Powell TA (1999) Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: the importance of perception. *Child Abuse Negl* 23: 361-369.

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

Gast U, Rodewald F, Benecke H-H & Driessen M (2001) Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert). Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.

Graubner B ICD-10-GM (2010) Systematisches Verzeichnis, 10. Revision, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Gray MJ, Elhai JD, Owen JR, Monroe R (2009) Psychometric properties of the Trauma Assessment for Adults. *Depress Anxiety* 26 (2): 190-5.

Green BL (1996) Trauma History Questionnaire. In: Stamm BH (Ed.) *Measurement of stress, trauma and adaption*, Stamm BH (Ed.) (pp. 366-369). Lutherville, MD: Sidran Press

Grietens H, Geeraert L, Hellinckx W (2004) A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse Negl* 28: 321-337.

Hardt J & Rutter M (2004) Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 260-73.

Harrison T (1980): *Principles of Internal Medicine*, 9. Auflage. McGraw Hill, Auckland.

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Maltreatment in childhood and adolescence – results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int* 108 (17): 287-294.

Hartung K (1977) Kindesmisshandlung – ein vernachlässigtes ärztliches Problem. *Diagnostik* 10: 390-393.

Herrmann Ch, Buss U, Snaith RP (1995) *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version*. Testdokumentation und Handanweisung, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP (2011) *Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version (HADS-D)*. 3. Auflage, Manual, Hans Huber, Bern.

Heim C (2000) *Deutsche Version des Early Trauma Inventory: Inventar zur Erfassung früher traumatischer Lebensereignisse (IFTL)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA. Zitiert nach Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284: 592-597.

Hofmann A, Liebermann P, Flatten G (2001) Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinie und*

Quelltext. Flatten G, Hofmann A, Liebermann P (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.

Jacobi G (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hofgrete AG, Bern.

Kappis B & Hardt J (2005) Standardisierte Verfahren zur retrospektiven Erfassung von Kindheitsbelastungen. In: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart: 211-226.

Karl A (2000) Klinische PTB-Skala für DSM-IV (KPS-TX) Unveröffentlichtes Manuskript, Technische Universität Dresden, Abteilung für Biopsychologie.

Kaufmann Kantor G, Holt MK, Mebert CJ, Straus MA, Drach KM, Ricci LR, Mac Allum CA, Brown W (2004) Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report. *Child Maltreatment*, 9 (5): 409-428.

Kemmner C, Klein M, Zemlin U (2004) Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. *Suchttherapie* 5: 124-131.

Kempe HC, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The Battered-Child Syndrome. *JAMA* 181: 17-24.

Kindler H (2006) Was ist unter physischer Misshandlung zu verstehen? In: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Werner A, Rummel C (Hrsg.), München.

Kröner HP (2008) Kindesmisshandlung in historischer Perspektive. In: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen, Jacobi G (2008), 1. Auflage Verlag Hans Huber, Hofgrete AG, Bern.

Kubany ES, Leisen MB, Kaplan AS, Watson SB, Haynes SN, Owens JA, Burns K (2000) Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Trauma Life Events Questionnaire. *Psychol Assess* 12: 210-224.

Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS (1990). Trauma and the vietnam war generation. Report of findings from the national vietnam veterans readjustment study. Brunner, New York.

Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, Schwanitz N, Gausche R, Schmutzer G, Brähler E, Kiess W (2010) Kindesmisshandlung. Soziografie, Ausmaß und medizinische Versorgung – Retrospektive Analyse von 59 Patienten/-innen. *Monatsschr Kinderheilk* 158: 149-156.

MacMillan HL, Flemming JE, Streiner DL et al. (2001) Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 158: 1878-1883.

Maercker A (1997) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg.

Maercker A (1995) Harvard Trauma Questionnaire – deutsche Übersetzung. Unveröffentlichtes Manuskript. Technische Universität Dresden. Zitiert nach Maercker A & Karl A (2003) Lifespan-developmental differences in physiologic reactivity to loud tones in trauma victims: A pilot study. *Psychological Reports* 93: 941-948.

Maercker A & Schützwohl (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 3: 130-141.

Maercker A (2002a) Der PeriTraumaBelastungs-Fragebogen – deutsche Übersetzung. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Zürich.

Maercker A (2002b) Deutsche Übersetzung des Trauma History Questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Zürich.

Maercker A & Bromberger F (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*, 32 (2).

Milner JS (1980) *The Child Abuse Potential Inventory*. Manual, 2nd Edition. Webster, NC: Psytec Corporation.

Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S & Lavelle J (1992) The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis* 180: 111-116.

Oppenheim H (1889) *Die traumatischen Neurosen: nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Hirschwald, Berlin.

Orr SP, Lasko NB, Metzger LJ, Berry NJ, Ahern CE & Pitman RK (1998) Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *J Consult and Clin Psychol* 66 (6): 906-913.

Pfeiffer C & Wetzels P (1997) Kinder als Täter und Opfer. Eine Analyse auf der Basis der PKS und einer repräsentativen Opferbefragung. Forschungsbericht Nr. 68, Hannover.

Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D (1999) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Forschungsbericht Nr. 80, Hannover.

Remschmidt H (2011) Misshandlungsfolgen: Seelische Belastungen und Spuren im Gehirn, Editorial in: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H, Dtsch Arztebl Int 108 (17): 287-294.

Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 61 (6): 984-991.

Roy CA & Perry JC (2004) Instruments for assessment of childhood trauma in adults. J Nerv Ment Dis 192: 343-351.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV, Hofgreffe, Göttingen.

Schäfer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C, Karow A (2007) Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. Compr Psychiatry 48: 539-545.

Scher CD, Stein MB, Asmundson GJ, McCreary DR, Forde DR (2001) The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. J Trauma Stress 14: 843-857.

Schmidt, Iris (2004) Die Folgen früher Gewalterfahrungen Eine Untersuchung der Schreckreiz-Reaktivität bei lebensgeschichtlich früh traumatisierten Frauen, Naturwissenschaftliche Dissertation, Cuvillier Verlag, Göttingen.

Shepard B (2001) A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Harvard University Press, Cambridge.

Sigusch V (2011) Sexueller Kindesmissbrauch Zum Stand von Forschung und Therapie, Dtsch Arztebl 2011 108(37): A 1898-1902.

Spitzer C, Chevalier C, Gillner M, Freyberger HJ, Barnow S (2006) Complex posttraumatic stress disorder and child maltreatment in forensic infants. J Forensic Psychiatry Psychol 17: 204-216.

Tagay S, Düllmann S, Hermans E, Repic N, Hiller R, Senf W (2011) Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 39 (5): 323-340.

Teegen F (2003) Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz-Prävention-Behandlung. Huber, Bern.

Terr LC (1991) Childhood Traumas. An outline and overview, Am J Psychiatry 148 (1): 10-20.

US Department of Health and Human Services (2004). Child maltreatment, Washington : US Government Printing Office.

Wetzels P (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Normos, Baden-Baden.

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

Wingenfeld K, Driessen M, Mensebach C, Rullkoetter N, Schaffrath C, Spitzer C, Schlosser N, Beblo T, Heim C (2011a) Die deutsche Version des „Early Trauma Inventory“ (ETI) Erste psychometrische Charakterisierung eines Interviews zur Erfassung traumatischer Lebensereignisse in der Jugend und Kindheit. *Diagnostica* 57 (1): 27-38.

Wingenfeld K, Schäfer I, Terfehr K, Grabski H, Driessen M, Grabe H, Löwe B, Spitzer C (2011b) Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung. Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychother Psych Med* 61: 42-45.

Wittchen HU & Pfister H (1997) Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIA-X), Frankfurt a. M.: Swets & Zeitlinger.

WHO (2002): Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: WHO [Hrsg.]: World report on violence and health, Geneva, S. 57-86.

Zigmond AS & Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67: 361-370.

## 7. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Charakteristika der Stichprobe	27
<b>Tabelle 2:</b>	Klinische Hauptdiagnosen der Patienten nach ICD-10	29
<b>Tabelle 3:</b>	Übersicht Mittelwerte ACE, CTQ, HADS-D, HADS-A, FBL-R	30
<b>Tabelle 4:</b>	Häufigkeitsanalyse der ACE Einzelitems	32
<b>Tabelle 5:</b>	Charakterisierung der einzelnen Items des ACE	33
<b>Tabelle 6:</b>	Iteminterkorrelationen des ACE Fragebogens	34
<b>Tabelle 7:</b>	Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation für den Gesamtwert ACE Sum und die Subskalen des CTQ sowie den CTQ Gesamtwert	36
<b>Tabelle 8:</b>	Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation für den Gesamtwert ACE Sum und die Gesamtwerte der anderen Fragebögen	38
<b>Tabelle 9:</b>	Korrelationen zwischen den einzelnen Items des ACE und den Subskalen des CTQ	39
<b>Abbildung 1:</b>	Beziehung des CTQ-Gesamtwertes zum ACE-Gesamtwert	35

## 8. Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. Bernd Löwe für die Bereitstellung des Promotionsthemas und die gute Betreuung bei der Fertigstellung der Dissertation.

Danken möchte ich Herrn Professor Dr. Carsten Spitzer für die Durchführung der Studie in der Schön Klinik Hamburg-Eilbek sowie für die freundliche und wertschätzende Betreuung vor Ort.

Ein ganz besonderer Dank gebührt Frau Priv.-Doz. Dr. Katja Wingenfeld, die mich während der gesamten Erstellungsphase zuverlässig und umfassend betreut, mich kompetent bei der statistischen Auswertung unterstützt hat und mir beim Korrekturlesen unverzüglich zielgerichtete Verbesserungsvorschläge geben konnte, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Für die Hilfe beim Verteilen des Fragebogenpakets danke ich meinem Bruder Folker Grabski und meiner Kommilitonin Olga Becker.

Meinem Freund Dr. Cyril Niederquell danke ich von ganzem Herzen für die teilnahmsvolle Motivation und die unermüdliche Unterstützung während des Schreibens.

Ich danke meinen Eltern Dr. Hedda und Eckbert Grabski ganz herzlich für die liebevolle und verlässliche Unterstützung während des Studiums, das Interesse an meiner Dissertation und das sorgfältige Korrekturlesen.

## **9. Lebenslauf**

**Der Lebenslauf darf aus datenschutzrechtlichen Gründen entfallen.**

## 10. Anhang

ACE

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Kindheit und Jugend bis zu Ihrem **18. Lebensjahr**. Treffen eine oder mehrere der folgenden Aussagen für diese Zeit auf Sie zu?

- |  |   |
|--|---|
| 1. Hat einer Ihrer Eltern oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> ...                         | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| Sie beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| sich so verhalten, dass Sie Angst hatten, körperlich verletzt zu werden?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat einer Ihrer Eltern oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie   | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| (1) <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> gestoßen, gepackt, geschlagen oder einen Gegenstand nach Ihnen geworfen?                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) <b>jemals</b> so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens fünf Jahre älter war als Sie, <b>jemals</b> ...                              | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| (1) Sie mit sexuellen Absichten angefasst oder gestreichelt?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) Sie genötigt, eine andere Person in sexueller Weise zu berühren?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (3) versucht, mit Ihnen oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr zu haben?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (4) tatsächlich mit Ihnen oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr gehabt?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> das Gefühl, dass ...   | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| (1) niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder niemand dachte, Sie seien wichtig und wertvoll?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander achteten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> den Eindruck, dass ...   | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| (1) Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte?                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn es nötig war?           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Verloren Sie einen Ihrer biologischen Eltern durch Scheidung, Trennung oder aus anderen Gründen?                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurde Ihre Mutter bzw. Stiefmutter  | <b>Ja</b> <b>Nein</b>                             |
| (1) <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen?                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) <b>manchmal</b> , <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (3) <b>jemals</b> über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (4) <b>jemals</b> mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatte ein Mitglied Ihres Haushalts Depressionen, war psychisch krank oder hat einen Selbstmordversuch unternommen?                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. War ein Familienmitglied im Gefängnis?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## CTQ

### Anleitung

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

Antwortbeispiel:            1   **2**   3   4   5

#### Als ich aufwuchs...

#### Trifft auf mich zu...

über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
-------------------------	----------------	----------------	--------	----------------

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

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

Dieser Fragebogen bezieht sich auf Ihr Befinden in der vergangenen Woche. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif.

➤ **Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage. Lassen Sie bitte keine Frage aus!**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. <b>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</b></p> <p>③ meistens<br/>② oft<br/>① gelegentlich<br/>④ überhaupt nicht</p>   | <p>8. <b>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</b></p> <p>③ fast immer<br/>② sehr oft<br/>① manchmal<br/>④ überhaupt nicht</p>  |
| <p>2. <b>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</b></p> <p>④ ganz genau so<br/>① nicht ganz so sehr<br/>② nur noch ein wenig<br/>③ kaum oder gar nicht</p>  | <p>9. <b>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b></p> <p>④ überhaupt nicht<br/>① gelegentlich<br/>② ziemlich oft<br/>③ sehr oft</p>  |
| <p>3. <b>Mich überkommt eine schreckliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</b></p> <p>③ ja, sehr stark<br/>② ja, aber nicht zu stark<br/>① etwas, aber es macht mir keine Sorgen<br/>④ überhaupt nicht</p> | <p>10. <b>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b></p> <p>③ ja, das stimmt genau<br/>② ich kümmere mich nicht so darum wie ich sollte<br/>① evtl. kümmere ich mich zu wenig darum<br/>④ ich kümmere mich so viel darum wie immer</p> |
| <p>4. <b>Ich kann lachen und die lustigen Dinge sehen</b></p> <p>④ ja, so viel wie immer<br/>① nicht mehr ganz so viel<br/>② inzwischen viel weniger<br/>③ überhaupt nicht</p>   | <p>11. <b>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</b></p> <p>③ ja, tatsächlich sehr<br/>② ziemlich<br/>① nicht sehr<br/>④ überhaupt nicht</p>   |
| <p>5. <b>Mir gehen beunruhigende Dinge durch den Kopf</b></p> <p>③ einen Großteil der Zeit<br/>② verhältnismäßig oft<br/>① von Zeit zu Zeit, aber nicht zu oft<br/>④ nur gelegentlich/ nie</p>                                 | <p>12. <b>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</b></p> <p>④ ja, sehr<br/>① eher weniger als früher<br/>② viel weniger als früher<br/>③ kaum bis gar nicht</p>   |
| <p>6. <b>Ich fühle mich glücklich</b></p> <p>③ überhaupt nicht<br/>② selten<br/>① manchmal<br/>④ meisten</p>   | <p>13. <b>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</b></p> <p>③ ja, tatsächlich sehr oft<br/>② ziemlich oft<br/>① nicht sehr oft<br/>④ kaum bis gar nicht</p>  |
| <p>7. <b>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</b></p> <p>④ ja, natürlich<br/>① gewöhnlich schon<br/>② nicht oft<br/>③ überhaupt nicht</p>   | <p>14. <b>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</b></p> <p>④ oft<br/>① manchmal<br/>② eher selten<br/>③ sehr selten</p>  |

Sie werden auf den folgenden Seiten nun eine Reihe von Fragen nach verschiedenen **körperlichen Vorgängen und Beschwerden** finden. Antworten Sie bitte, wie Sie sich während der letzten Zeit gefühlt haben.

Es wird jeweils nach der Häufigkeit der Beschwerden gefragt. Die Antwortmöglichkeiten, die zur Vereinfachung bereits vorgedruckt sind, lauten:

fast täglich	etwa 3 mal in der Woche	etwa 2 mal im Monat	etwa 2 mal im Jahr	praktisch nie
-----------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------

Bei einigen Beschwerden wird nach der Intensität gefragt:

sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
------------	-------	--------	------	--------------------

Natürlich können in diesen Antworten nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer einen Antwort-Kreis an, und zwar den, der noch am ehesten für Sie zutrifft.** Beantworten Sie bitte die Fragen hintereinander, ohne eine Frage auszulassen oder zu überspringen.

Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern **die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten.**

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?	fast tägl.	etwa 3x in der Woch e	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	prak- tisch nie
1. Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. haben Sie Schwierigkeiten, durchzuschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ermüden Sie schnell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wird Ihnen schwindlig, wenn Sie sich nach dem Liegen aufrichten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fühlen Sie sich benommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben Sie Appetitmangel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Schlägt Ihr Herz unregelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?	FBL-R				
	fast tägl.	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	prak- tisch nie
11. Haben Sie das Gefühl, Ihr Herz würde aussetzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Haben Sie Blutdrang zum Kopf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haben Sie ein Gefühl der Schwere in der Herzgegend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. haben Sie Herzschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bekommen Sie beim Treppensteigen Atemnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Haben Sie das Gefühl erstickender Enge in der Brust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Haben Sie einen empfindlichen Magen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Haben Sie Völlegefühle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Haben Sie Sodbrennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Haben Sie Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Haben Sie Blähungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Haben Sie Verstopfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Haben Sie Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Haben Sie ein Druckgefühl im rechten Oberbauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Juckt Ihre Nase, auch wenn Sie nicht erkältet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Niesen Sie, auch wenn Sie nicht erkältet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Haben Sie Halsschmerzen, auch wenn Sie nicht erkältet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Haben Sie das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Räuspern Sie sich, auch wenn Sie nicht erkältet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Husten Sie, auch wenn Sie nicht erkältet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Juckt Ihre Kopfhaut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Haben Sie feuchte Hände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?	FBL-R				
	fast tägl.	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	prak- tisch nie
35. Schwitzen Sie auch an kühlen Tagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Haben Sie plötzlich Schweißausbrüche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Spüren Sie Druck hinter den Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Haben Sie Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Haben Sie Schulterschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Haben Sie Kreuzschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Haben Sie Schmerzen in den Armen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Haben Sie Missempfindungen an Ihren Armen oder Händen (z.B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Haben Sie Missempfindungen an Ihren Beinen oder Füßen (z.B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Haben Sie Schmerzen in den Beinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Spüren Sie, dass Ihr ganzer Körper verkrampft ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Stellen Sie fest, dass Sie sich während des Arbeitens verkrampfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Verkrampfen Sie sich beim Schreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Stellen Sie fest, dass Sie ungeschickt hantieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Sind Ihre Hände häufig zitterig, z.B. beim Anzünden einer Zigarette oder beim Halten einer Tasse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Bemerkten Sie, dass Ihre Hände ruhelos sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Bemerkten Sie, dass ihre Füße ruhelos sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Bemerkten Sie unwillkürliches Zucken um Ihr Auge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Bemerkten Sie unwillkürliches Zucken um Ihren Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Kommt es vor, dass Sie unwillkürlich auf die Lippen beißen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Bemerkten Sie unwillkürliches Zucken Ihrer Schultern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie stark sind folgende körperlichen Beschwerden?	FBL-R				
	sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
56. Sind Sie wetterfühlilig?	<input type="radio"/>				
57. Spüren Sie es am ganzen Körper, wenn Sie sich über etwas aufregen?	<input type="radio"/>				
58. Kommen Ihnen in bestimmten Situationen die Tränen?	<input type="radio"/>				
59. Kommt es vor, dass Sie in bestimmten Situationen zu stottern beginnen	<input type="radio"/>				
60. Erröten Sie?	<input type="radio"/>				
61. Bleibt Ihnen in aufregenden Situationen die Luft weg, so dass Sie erst wieder ganz tief Atem holen müssen?	<input type="radio"/>				
62. Spüren Sie bei Aufregung Herzklopfen?	<input type="radio"/>				
63. Pfllegt sich bei Ihnen in aufregenden Situationen Stuhldrang einzustellen?	<input type="radio"/>				
64. Beginnen Sie bei Aufregung zu zittern oder bekommen Sie „weiche Knie“?	<input type="radio"/>				
65. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber Kunstlicht oder hellem Sonnenlicht?	<input type="radio"/>				
66. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber Flackerlicht oder wiederholtem Wechsel von hell zu dunkel?	<input type="radio"/>				
67. Sind Sie farbenempfindlich auf grelle Farben oder Farbengegensätze?	<input type="radio"/>				
68. Sind Sie geräuschempfindlich für laute Geräusche und Töne?	<input type="radio"/>				
69. Sind Sie geruchsempfindlich gegenüber bestimmten Gerüchen?	<input type="radio"/>				
70. Riechen Sie Gerüche, die andere nicht wahrnehmen?	<input type="radio"/>				
71. Sind Sie geschmacksempfindlich, so dass Sie Ihr Essen nur schwach würzen?	<input type="radio"/>				
72. Sind Sie empfindlich gegenüber unbequemer, enger Kleidung?	<input type="radio"/>				
73. Sind Sie empfindlich gegen Kälte?	<input type="radio"/>				
74. Haben Sie selbst bei warmer Witterung kalte Hände?	<input type="radio"/>				
75. Haben Sie empfindliche Haut?	<input type="radio"/>				

Wie stark sind folgende körperlichen Beschwerden?	FBL-R				
	sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
76. Haben Sie trockene Haut?	<input type="radio"/>				
77. Reagieren Sie empfindlich auf Blütenpollen, Hausstaub oder andere Stoffe?	<input type="radio"/>				
78. Sind Sie schmerzempfindlich?	<input type="radio"/>				
79. Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?	<input type="radio"/>				
80. Haben Sie sich in der letzten Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?	<input type="radio"/>				

Spezielle Beschwerden während der letzten Zeit (Art? Häufigkeit? Dauer? Intensität?)

---



---

Wie schätzen Sie Ihren **Gesundheitszustand** während der letzten Zeit ein?

Mein Gesundheitszustand ist

Sehr gut      schlecht

Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim	etwa 1x die Woche	etwa 1x im Monat	etwa 1x im Halbjahr	etwa 1x im Jahr	praktisch nie
Hausarzt?	<input type="radio"/>				
Facharzt?	<input type="radio"/>				
Zahnarzt?	<input type="radio"/>				

Wie oft waren Sie bisher im Krankenhaus? (ohne Unfälle, bei Frauen ohne Entbindungen)

---

Wie oft waren Sie zu einer Kur? (in einer Klinik von der Kasse finanziert/ bezuschusst)

---

Haben Sie eine chronische, behandlungsbedürftige Krankheit? ja  nein

## Chart - Child Measures

Child Measures	Target Age Group	Format	# of items	Time to Admin. (min.)	Allows Multiple Trauma	Corresponds to DSM-IV Criteria
Child PTSD Reaction Index*(CPTS-RI)	6-17	Interview	20	15-20	No	No
Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	8-18	Self-Report	26	10-15	Yes	Yes
Childhood PTSD Interview	n.s.	Interview	93/1	15-20	Yes	Yes
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-2)	6-18	Interview	78	30-45	Yes	Yes
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory (CPTSDI)	7-18	Interview	43/1	15-20	Yes	Yes
Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA)	7-18	Interview	33/2	30-120	Yes	Yes
CPTS-RI Revision 2 (aka PTSD Index for DSM-IV)	6-17	Interview	20	15-20	No	No
Dimensions of Stressful Events (DOSE)	n.s.*	Interview	24/varies	15-30	Yes	Yes
My Worst Experiences Survey	9-18	Self-Report	105	20-30	No	Yes
Parent Report of Child's Reaction to Stress	n.s.	Parent Report	79	30-45	Yes	No
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	6-17	Interview	54/1	10-20	Yes	No
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)	3-12	Caregiver-report	54/1	20-30	Yes	No
Traumatic Events Screening Inventory*(TESI)	4 and up	Interview	18/varies	10-30	Yes	Yes
UCLA PTSD Index for DSM-IV	7-12 child, 13+ adol	Self-Report	48	15-20	Yes	Yes
When Bad Things Happen Scale (WBTH)	8-13	Self-Report	95/1	10-20	No	Yes

\*n.s. - not specified

## **11. Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig 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: .....