

MICHAEL KRAUSZ^{1,2,3}
 VERENA STREHLAU^{1,3}
 CHRISTIAN SCHÜTZ^{1,3}
 IRIS TORCHALLA^{1,3}

Frühe Traumatisierung bei Menschen in Wohnungslosigkeit und Armut

Ergebnisse aus einer kanadischen Studie

Zusammenfassung

Die hohe psychische Belastung Wohnungsloser ist gut belegt, wobei die Qualität der Diagnostik meistens nicht modernen Standards genügt. Insbesondere traumatische Erfahrungen werden trotz ihrer Häufigkeit selten standardisiert erfasst. In der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang verschiedener Kindheitstraumata mit zwei relevanten Faktoren untersucht, die eine erhöhte Vulnerabilität zu verschiedenen Lebenszeitpunkten reflektieren: 1) das Alter, in dem unsere Studienteilnehmer zum allerersten Mal wohnungslos wurden, und 2) ihr aktuelles Suizidrisiko. Dazu wurden 500 wohnungslose Personen aus drei kanadischen Städten umfassend in den Bereichen Psychopathologie (MINI-Plus) und frühkindliches Trauma (Childhood Trauma Questionnaire) untersucht. Verschiedene Formen von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung sowie ihre kumulierten Erfahrungen waren signifikant assoziiert mit einer frühen Wohnungslosigkeit und aktueller Suizidalität.

Wohnungslose in dieser Untersuchung wurden demnach früh belastet durch Traumatisierungen, die möglicherweise gravierende Auswirkungen auf die weitere Lebensentwicklung hatten. Intensive und integrierte traumabezogene Behandlungen im Rahmen einer Housing-First Intervention könnten helfen, die Situation Wohnungsloser zu verbessern.

Schlüsselbegriffe

Frühes Trauma, Wohnungslosigkeit, Armut, psychische Störungen, Suizidalität

Hintergrund

Wohnungslosigkeit ist ein internationales Problem. Neben der sozialen Benachteiligung geht es einher mit akuten und chronischen gesundheitlichen Belastungen wie z. B. körperlichen Krankheiten, psychischen Störungen und schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen (Hwang, 2001; Martens, 2001) – Ergebnisse, die auch in deutschen Studien gefunden wurden (z. B. Fichter et al., 1996; Salize et al., 2001; Torchalla et al., 2004). Eine Meta-Analyse von 29 Studien unter Wohnungslosen aus sieben westlichen Industriestaaten ergab kombinierte Prävalenzraten von 37,9 % für Alkoholabhängigkeit, 24,4 % für Drogenabhängigkeit, 12,7 % für Psychosen und 11,4 % für depressive Erkrankungen, wobei die Raten zwischen den einzelnen Studien und Ländern erheblich schwankten (Fazel et al., 2008). Das Ausmaß der psychischen Belastung spiegelt sich in den hohen Suizidraten wider, die

¹ University of British Columbia, Department of Psychiatry; Detwiller Pavilion, 2255 Westbrook Mall, Vancouver, BC, V6T 2A1, Canada.

² University of British Columbia, School of Population and Public Health; James Mather Building, 5804 Fairview Avenue, Vancouver, BC, V6T 1Z3, Canada.

³ Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences (CHEOS); St. Paul's Hospital, 588–1081 Burrard Street, Vancouver, BC, V6Z 1Y6, Canada.

Eingegangen: 03. 05. 2013
 Angenommen: 07. 05. 2013

**Psychosocial responders.
Training, stress and consequences**

Summary

Despite the fact that for more than 15 years psychosocial responders have been assisting victims (emergency carers, crisis intervention teams, emergency companion etc.) little is understood about their education, the burden of their work and the consequences of their actions. This paper will examine the training of psychosocial emergency workers, how they deal with stress and other negative consequences such as burnout and positive consequences, differences between different groups of psychosocial emergency workers and the relationship with other measures will be examined. For this an interview guide was developed and used the STQ and MBI. In this test 70 employees from 20 different organizations were interviewed, namely 45 emergency carers, 17 members in an emergency companion and 8 people of crisis intervention teams. The results are presented and discussed.

Keywords

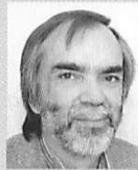
Emergency, emergency psychology, stress, impact, helpers

Zur Person



Kathrin Volmert ist Diplompsychologin und in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Derzeit arbeitet sie in der LWL-Klinik Paderborn.

Zur Person



Prof. Dr. Frank Lasogga, Jahrgang 1951, Studium der Psychologie an der Universität Hamburg. Lehrt und forscht an der TU Dortmund. Hauptarbeitsgebiet: Notfallpsychologie. Seit 1988 zahlreiche Bücher und Artikel zur Notfallpsychologie.

Kontaktadresse

*Prof. Dr. Frank Lasogga
TU Dortmund
Fakultät 12, Institut für Psychologie
Raum 2.327
Emil-Figge-Str. 50
44221 Dortmund
Tel.: 0231/755-2834
frank.lasogga@tu-dortmund.de*

Literatur

Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 25–43). Berlin: Springer.

Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.

Heidt, M. (1996). *Psychische Belastungsgrößen bei Krisenhelfern und Notfallseelsorgern im Rettungsdienst*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Landau.

Koordinierungsstelle Einsatznachsorge (Hrsg.) (2002). *Hilfe für Helfer. Einsatznachsorge nach dem ICE-Unglück in Eschede. Dokumentation – Modelle – Konsequenzen*. Hannover: Druckhaus Pinkvoss.

Lasogga, F. (2011) *Psychosoziale Notfallhelfer*. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis* (S. 228–243). Heidelberg: Springer.

Lasogga, F. & Munker-Kramer, E. (2009). *Psychosoziale Notfallhilfe*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.

Motta, R.W. & Joseph, J. M. (1998). *The Secondary Trauma Questionnaire*. Unpublished Scale. New York: Hofstra University.

Motta, R. W., Kefer, J. M., Hertz, M. D. & Hafeez, S. (1999). *Initial Evaluation of the Secondary Trauma Questionnaire*. *Psychological Reports*, 85, 997–1002.

Teegen, F. & Yasui, Y. (2000). *Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörung bei dem Personal von Rettungsdiensten*. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 21, 65–83.

Warger, R. (2007). *Kriseninterventionsdienst. Unterschiede zwischen aktiven Mitarbeitern und Aussteigern hinsichtlich Trauma Symptomen, Burnout Symptomen und chronischem Stress*. Unveröffentlichte Magisterarbeit, Universität Innsbruck.

Waterstraat, F. (2011). *Notfallseelsorge*. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis* (S. 228–243). Heidelberg: Springer.

Zehentner, P. (2011). *Das Kriseninterventions-team (KIT) München*. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis* (S. 228–243). Heidelberg: Springer.

FRÜHE TRAUMATISIERUNG BEI MENSCHEN IN WOHNUNGSLOSIGKEIT UND ARMUT

2- bis 6-mal höher sind als in der Allgemeinbevölkerung (Hwang et al., 2009; Nordentoft & Wandall-Holm, 2003), sowie in der Häufigkeit von Suizidgedanken und -versuchen, die in dieser Population zu beobachten sind (Prigerson et al., 2003).

Außerdem berichtet ein erheblicher Anteil Wohnungsloser von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, wie z.B. sexuellem Missbrauch, körperlicher Gewaltanwendung usw. (Blankertz, Cnaan & Freedman, 1993; Ryan et al., 2000; Stein, Leslie & Nyamathi, 2002). Traumatische Kindheitserlebnisse wurden in Zusammenhang gebracht mit einer Reihe unmittelbarer sowie langfristiger psychosozialer und gesundheitlicher Folgeerscheinungen (Gilbert et al., 2009). Mit Bezug auf die Wohnungslosigkeit wurde in einem »Risiko-Verstärkungsmodell« (Whitbeck, Hoyt & Yoder, 1999) postuliert, dass Kindheitstraumata zunächst die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass junge Menschen wohnungslos werden. Ein Vergleich wohnungsloser Erwachsener und Jugendlicher ergab z.B., dass die Erwachsenen eine Reihe sehr unterschiedlicher Ursachenangaben für ihre Wohnungslosigkeit (z.B. ökonomische Schwierigkeiten, Lebenskrisen, Alkohol- oder Drogenprobleme), wohingegen die Jugendlichen körperlichen und sexuellen Missbrauch, Gewalt in der Familie, strenge Erziehungsmethoden der Eltern und einen Mangel an Zuwendung als die primären Gründe dafür angaben, ihr Zuhause verlassen zu haben (Whitbeck & Simons, 1993). Das Leben auf der Straße birgt wiederum die Gefahr, dass Jugendliche Risikositua-



Foto: Michael Krausz

Wohnungsloser in Vancouvers Downtown Eastside

tionen (z.B. Gewalt, Illegalität) ausgesetzt sind bzw. riskante Verhaltensweisen (z.B. Drogenkonsum, Prostitution) an den Tag legen, die die Folgeschäden der Kindheitstraumata verstärken, wodurch sich ihre psychische Verfassung weiter verschlechtert (Whitbeck, Hoyt & Yoder, 1999). Somit stören sowohl traumatische Kindheitserlebnisse als auch eine frühe Wohnungslosigkeit nachhaltig die gesunde Entwicklung junger Menschen (Whitbeck, 2009).

Wohnungslose Personen mit Kindheitstrauma-Erfahrungen haben aufgrund ihrer vielfältigen und früh einsetzenden Belastungen möglicherweise spezifische Risikoprofile, die bei der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigt wer-

den sollten. Deshalb war das erste Ziel der vorliegenden Studie, die Prävalenzraten für verschiedene Arten von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung in einer Stichprobe wohnungsloser Männer und Frauen zu erfassen. Obwohl bereits Studien dazu vorliegen, ist es aufgrund methodischer Probleme schwierig, sichere Schlussfolgerungen aus ihnen zu ziehen. Zum einen wurden diese Variablen oft mit nur einer einzigen Frage erfasst, was ihre Validität erheblich einschränken kann. Zum anderen haben sich viele Studien auf eine oder zwei Arten von Kindheitserfahrungen konzentriert, üblicherweise auf sexuellen Missbrauch und

körperliche Gewalt. Kindesmiss-handlung kann jedoch verschiedene Formen annehmen und schließt neben körperlichen und sexuellen Übergriffen auch emotionale Miss-handlung sowie Vernachlässigung mit ein. Inzwischen ist man zudem zu der Erkenntnis gelangt, dass die verschiedenen Formen von Misshandlung häufig gemeinsam auftreten. Als Konsequenz haben Wissenschaftler daraufhin begonnen, dies in ihren Studien zu berücksichtigen, zumindest in Befragungen der Allgemeinbevölkerung (Edwards et al., 2003; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Allerdings sind umfassende Untersuchungen zur Erfassung verschiedener Arten von Kindesmissbrauch mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten bei Wohnungslosen bisher selten durchgeführt worden. Das ist insofern problematisch, als auch Misshandlungsformen ohne Gewaltanwendung für die Entwicklung schädlich sind. Das »Self-Trauma-Model« geht z. B. davon aus, dass jegliche Form von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit psychischen Stress produziert und sich sehr ungünstig auf das Bindungsverhalten der Kinder auswirkt, ihr Bild von sich selbst und anderen Menschen negativ beeinflusst, die Entwicklung gesunder Emotionsregulationsstrategien behindert und somit ihr Leben bis weit ins Erwachsenenalter stark beeinträchtigt (Briere, 2002). Außerdem postulieren Wissenschaftler, dass das Erleben vielfältiger Formen von Kindesmiss-handlung schwerere Folgeschäden nach sich zieht als die Erfahrung einer einzigen Form von Misshandlung (Higgins & McCabe, 2001).

Aufgrund unserer Literaturrecherche interessierte uns deshalb die Frage, inwiefern die Erfahrung verschiedener Kindheitstraumata (sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung) mittel- und langfristig das Leben von Menschen beeinflusst hat, die aktuell wohnungslos sind. In der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang dieser Kindheitserfahrungen zu zwei relevanten Faktoren untersucht, die wir ausgewählt haben, weil sie eine erhöhte Vulnerabilität zu verschiedenen Lebenszeitpunkten (jedoch einige Zeit nach der Misshandlung) reflektieren: 1) das Alter, in dem unsere Studienteilnehmer zum allerersten Mal wohnungslos wurden, und 2) ihr aktuelles Suizidrisiko zum Zeitpunkt der Befragung.

Folgende Hypothesen wurden getestet: 1) Jede einzelne Form von Kindesmisshandlung ist assoziiert mit einem jüngeren Alter zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit; 2) diese Assoziation ist umso stärker, je mehr Formen von Misshandlung erfahren wurden. 3) Jede Form von Misshandlung ist assoziiert mit einem erhöhten aktuellen Suizidrisiko; 4) die Assoziation ist umso stärker, je mehr Formen von Misshandlung erfahren wurden.

Methoden

Teilnehmer

Der British Columbia Health of the Homeless Survey (BCHOHS) wurde von Mai bis September 2009 in drei verschiedenen Städten in British Columbia (Kanada) durchgeführt: Vancouver, Victoria, und Prince George. Dazu wurden 500 wohnungslose

Männer und Frauen rekrutiert, wobei darauf geachtet wurde, dass die Endstichprobe eine relevante Anzahl an Frauen, jungen Erwachsenen, Aboriginals und Personen, die auf der Straße lebten, beinhaltete. Zur Teilnahme geeignet waren Personen, die mindestens 19 Jahre alt waren, in englischer Sprache kommunizieren konnten, bereit und in der Lage waren, nach erfolgter Aufklärung ihre informierte Einwilligung zu geben, und sich selbst als wohnungslos bezeichneten. Letzteres bedeutete, dass sie innerhalb der letzten 30 Tage in einer Unterkunft für Wohnungslose oder auf der Straße übernachtet hatten (z. B. im Freien, in verlassenen oder öffentlichen Gebäuden oder in Fahrzeugen). Die soziodemographischen Informationen und Prävalenzraten psychischer Störungen für die Gesamtstichprobe wurden bereits ausführlich beschrieben (Krausz et al., 2012). Kurz zusammengefasst war das Durchschnittsalter der Teilnehmer 37.9 Jahre (SA=11.0); 15.0 % waren zwischen 19 und 24 Jahre alt, und der Frauenanteil betrug 39.2 %. 39.8 % der Teilnehmer waren Aboriginals; 56.0 % waren Weiße, und die übrigen gehörten diversen anderen ethnischen Gruppen an. 63.6 % der Personen hatten keinen Schulabschluss. Exakt die Hälfte lebte auf der Straße; die übrigen 50 % übernachteten in Wohnungslosenunterkünften.

Vorgehensweise

Zu Beginn der Studie wurde eine Liste zusammengestellt, die sämtliche Hilfeangebote für Wohnungslose in allen drei Städten enthielt. Um Teilnehmer zu rekrutieren, such-

ten die Interviewer die Straßen, Plätze und Parks auf, in denen sich die Zielpersonen üblicherweise aufhielten, sowie sämtliche Hilfeinrichtungen für Wohnungslose. Deren Mitarbeiter wurden ebenfalls gebeten, uns bei der Rekrutierung zu unterstützen. Außerdem besuchten die Interviewer alle vorhandenen Unterkünfte in Victoria und Prince George sowie ausgewählte Unterkünfte in Vancouver. Geeignet erscheinende Personen erhielten Informationen über die Ziele der Studie, die Teilnahmebedingungen und ihre Rechte als Teilnehmer. Personen, die ihre informierte Zustimmung gaben, nahmen an einem strukturierten klinischen Interview teil, das von Mitarbeitern durchgeführt wurde, die bereits Erfahrung in der wissenschaftlichen und/oder klinischen Arbeit mit der Zielgruppe hatten und vor der Studie einem gesonderten Training zur Durchführung des Interviews unterzogen worden waren. Die Studienteilnehmer erhielten 30 Dollar an Aufwandsentschädigung. Die Studie war vom Behavioural Research Ethics Board der Universität von British Columbia und vom Providence Health Care Research Institute genehmigt worden.

Messinstrumente

Der *demographische Fragebogen* enthielt Informationen zu aktuellem Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, Schulbildung, aktueller Wohnsituation und die Angabe, ob die Person jemals in einer Pflegefamilie untergebracht worden war.

Das *Alter zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit* wurde ebenfalls erfragt. In den statistischen Mo-

dellen, die den Zusammenhang der Altersangabe mit Kindesmisshandlung berechneten, wurde sie als abhängige Variable verwendet. Dazu wurde sie dichotomisiert: Den Definitionen der Vereinten Nationen entsprechend (United Nations General Assembly and Economic and Social Council 2004) gelten Personen bis zum Alter von 24 Jahren als Kinder und Jugendliche, Personen ab dem Alter von 25 Jahren hingegen als Erwachsene. Darauf bezogen bildeten wir zwei Kategorien: »frühe Wohnungslosigkeit« (erste Wohnungslosigkeit ≤ 24 J.) und »spätere Wohnungslosigkeit« (erste Wohnungslosigkeit > 25 J.). Das entsprach auch der bimodalen Verteilung dieser Variable in unserer Stichprobe.

Erfahrungen von Kindesmisshandlung wurden mit der Kurzversion des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003) erfasst. Der retrospektive Fragebogen umfasst fünf Unterskalen: körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung. Jede Unterskala besitzt 5 Fragen, die auf einer 5-stufigen Likertskala beantwortet werden. Außerdem gibt es noch eine Minimierungs- und Verleugnungsskala mit 3 Fragen. Sind ihre Antworten auffällig, sollten die Ergebnisse der jeweiligen Person nicht verwendet werden. Für jede Unterskala wird der Schweregrad der Misshandlung je nach Punktzahl klassifiziert als »nicht«, »gering«, »mittelschwer«, und »schwer«. Für die aktuelle Studie wurden die Daten dichotomisiert in Personen ohne Erfahrungen (»nicht« oder »gering«) und mit Erfahrungen

(»mittelschwer« oder »schwer«) in der jeweiligen Form von Misshandlung. Der CTQ hatte in unserer Stichprobe eine gute interne Konsistenz ($\alpha=0.81$).

Das *aktuelle Suizidrisiko* wurde mit der Suizidalitätsskala des MINI International Neuropsychiatric Interview Plus, Version 5.0.0 (MINI-Plus; Sheehan et al. 1998) gemessen. Das MINI-Plus ist ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen, das auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und des ICD-10 basiert. Es werden aktuelle und Lebenszeitprävalenzen für psychische Störungen und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit erfasst. Die Suizidalitätsskala erhebt das Suizidrisiko anhand von 11 Fragen in Bezug auf momentane und frühere Suizidgedanken, -pläne, und -versuche sowie selbstverletzendes Verhalten. Es können 0–50 Punkte erreicht werden. Der Schweregrad wird eingeteilt in kein (0 P.), geringes (1–8 P.), mittelschweres (9–16 P.) und hohes (≥ 17 P.) Suizidrisiko. Für unsere Studie wurden Teilnehmer mit mittelschwerem und hohem Risiko in einer Kategorie zusammengefasst. Die interne Konsistenz in der Stichprobe war gut ($\alpha=0.81$).

Psychische Störungen wurden ebenfalls mit dem MINI-Plus erhoben und als Kovariaten in die statistischen Modelle zum Suizidrisiko mit eingeschlossen. Für die aktuelle Studie wurden die folgenden Diagnosen verwendet: aktuelle Drogenabhängigkeit, aktuelle Alkoholabhängigkeit, Lebenszeitprävalenz für eine depressive Episode, Psychose und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD).

Statistische Analysen

Zuerst wurden bei dichotomisierten Variablen die Anzahl und Prozentzahlen berechnet und bei kontinuierlichen Variablen die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SA). Die kontinuierlichen Daten für die Hauptvariablen dieser Studie – also die CTQ-Skalen, die Suizidalitätsskala und das Alter zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit – waren alle nicht normalverteilt und ließen sich mit den üblichen statistischen Verfahren (Quadratwurzel- bzw. logarithmische Transformation) nicht transformieren. Deshalb wurden sie kategorisiert wie oben beschrieben (s. Messinstrumente).

Im ersten Schritt wurden univariate Zusammenhänge ermittelt zwischen den unabhängigen (d. h. den CTQ-Skalen) und den beiden abhängigen Variablen. Mit Chi-Quadrat Tests wurde der Zusammenhang zwischen den CTQ-Skalen und dem Alter bei der ersten Wohnungslosigkeit getestet. Cochran-Armitage Trend Tests wurden verwendet im Fall der 3-stufigen Suizidalitätsvariable. Diese Berechnungen wurden für jede einzelne CTQ-Skala durchgeführt. Außerdem wurde für jeden Teilnehmer ein Summenwert berechnet für die Anzahl der erlebten Formen von Misshandlung (0, 1, 2, 3, 4 oder 5).

In multivariaten Analysen wurde der spezifische Zusammenhang der CTQ-Skalen mit dem Alter der ersten Wohnungslosigkeit bzw. dem aktuellen Suizidrisiko berechnet, indem verschiedene Kovariaten in die Modelle aufgenommen wurden, die den Zusammenhang konfundieren können. Dies waren soziodemographische Variablen, psychische und Substanzkonsum-Störungen (nur in



Kindesmissbrauch und -vernachlässigung gehen einher mit dem Risiko, die erste Wohnungslosigkeit vor dem 25. Lebensjahr zu erleben.

den Modellen zur Suizidalität) und ein Pflegefamilien-Hintergrund (nur in den Modellen zum Alter bei der ersten Wohnungslosigkeit). Mittels logistischer Regressionsmodelle wurden Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenzintervalle (CI) ermittelt für die Wahrscheinlichkeit, zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit 24 Jahre oder jünger gewesen zu sein. Für die 3-stufige Suizidalitätsvariable wurden Ordinale Logistische Regressionsmodelle verwendet; die ORs ermittelten das ansteigende Suizidrisiko – d. h., Personen mit einem OR > 1.0 befanden sich mit größerer Wahr-

scheinlichkeit in einer der beiden höheren Suizidrisikokategorien (anstatt in der Kategorie »kein Suizidrisiko«) und auch in der allerhöchsten Risikokategorie (anstatt in einer der beiden geringeren). Zuvor wurde mit Score-Tests untersucht, ob jedes Modell die Voraussetzung proportionaler Odds erfüllte. Für jede abhängige Variable wurden sechs Modelle berechnet: je ein individuelles pro CTQ-Skala und ein Summenmodell für die Summe der erlebten Formen von Misshandlung (0–5). In den Summenmodellen waren Personen ohne jegliche Miss-

FRÜHE TRAUMATISIERUNG BEI MENSCHEN IN WOHNUNGSLOSIGKEIT UND ARMUT

handlungserfahrung die Referenzgruppe. Wir ermittelten zweiseitige p-Werte; das Signifikanzniveau betrug 0.05. Die Analysen wurden mit SAS 9.1 (SAS Institute Inc, Cary, NC) durchgeführt.

Ergebnisse

Beschreibung der Variablen

Tabelle 1 fasst die Eigenschaften der Stichprobe zusammen. Soziodemographische Informationen lagen für alle Personen (N = 500) vor; n = 484 Personen machten vollständige bzw. gültige Angaben zum CTQ; bei 489 Personen lagen vollständige Daten zum MINI vor, und 474 Personen hatten sowohl vollständige Daten zum CTQ als auch zum MINI.

Jede Form von Kindesmisshandlung wurde von mindestens der Hälfte aller Teilnehmer berichtet. Beinahe drei Viertel aller Befragten gaben an, mehr als eine Form von Misshandlung erlebt zu haben. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit betrug 28.05 Jahre (SA = 12.04), während die Altersspanne von 7 bis 59 Jahren reichte. 46.4 % (n = 232) der Teilnehmer gaben an, vor dem 25. Lebensjahr zum ersten Mal wohnungslos geworden zu sein. Bei 40 % der Personen war aufgrund des MINI-Interviews kein akutes Suizidrisiko erkennbar; die restlichen Teilnehmer hatten mehr als einen Punkt auf der Suizidalitätsskala.

Frühe erste Wohnungslosigkeit

Unsere erste Hypothese besagte, dass jede Form von Kindesmisshandlung assoziiert ist mit einem jüngeren Alter (≤ 24 J.) zum Zeitpunkt der ers-

Variablen	% (n)
Alter (M; SA)	37.9 (11.03)
Geschlecht	
Frauen	39.2 (196)
Männer	60.8 (304)
Ethnischer Hintergrund	
Aboriginal	39.8 (199)
Andere	60.2 (301)
Schulbildung	
< nicht abgeschlossen	63.6 (318)
\geq abgeschlossen	36.4 (182)
Pflegefamilienhintergrund	
Ja	45.6 (228)
Nein	54.4 (272)
Psychische Störungen (n = 489)	
Depressive Episode	27.6 (135)
Psychotische Störung	17.4 (85)
PTSD	57.1 (279)
Alkoholabhängigkeit	37.2 (182)
Drogenabhängigkeit	70.1 (343)
CTQ Skalen (n = 484)	
Sexueller Missbrauch	50.2 (243)
Körperlicher Missbrauch	55.6 (269)
Körperliche Vernachlässigung	59.3 (287)
Emotionaler Missbrauch	58.5 (283)
Emotionale Vernachlässigung	51.0 (247)
Anzahl der erlebten Formen von Misshandlung	
0	14.4 (68)
1	14.6 (69)
2	13.5 (64)
3	16.0 (76)
4	20.9 (99)
5	20.7 (98)
Alter bei der ersten Wohnungslosigkeit (M, SD)	28.05 (12.04)
Suizidrisiko (n = 489)	3
keines	9.9 (195)
geringes	43.8 (214)
mittleres/schweres	16.3 (80)

Tabelle 1: Soziodemographische und klinische Merkmale der Stichprobe

ten Wohnungslosigkeit. Das wurde in univariaten Analysen bestätigt (Daten nicht dargestellt). Die unkorrigierten und korrigierten ORs und 95 % CIs für die einzelnen CTQ-Skalen sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die multivariaten Modelle für die Skalen

körperlicher Missbrauch (Modelltest: $\chi^2 = 167.04$; $p < 0.0001$), emotionaler Missbrauch ($\chi^2 = 174.64$; $p < 0.0001$), und emotionale Vernachlässigung ($\chi^2 = 165.58$; $p < 0.0001$) waren signifikant. Körperlicher Missbrauch, emotionaler Missbrauch, und emotionale Vernachlässigung waren assoziiert mit einer frühen ersten Wohnungslosigkeit (alle p 's < 0.0017). Auch wenn soziodemographische Faktoren kontrolliert wurden, waren die Chancen für eine frühe erste Wohnungslosigkeit bei Personen, die in ihrer Kindheit emotionale Vernachlässigung bzw. körperlichen Missbrauch erlebt hatten, 1,7- bzw. 1,85-mal höher und bei Personen, die emotionalen Missbrauch erlebt hatten, 2,4-mal höher als bei Personen, die diese Formen von Misshandlung nicht erlebt hatten. Zwar waren die multivariaten Modelle an sich auch signifikant für die Skalen sexueller Missbrauch ($\chi^2 = 159.85$; $p < 0.0001$) und körperliche Vernachlässigung ($\chi^2 = 160.36$; $p < 0.0001$); allerdings waren weder sexueller Missbrauch noch körperliche Vernachlässigung selbst signifikant assoziiert mit einer frühen ersten Wohnungslosigkeit (p 's > 0.46). Von den Kovariaten blieben in allen Modellen das aktuelle Alter und eine geringere Schulausbildung mit früherer Wohnungslosigkeit assoziiert (beide p 's < 0.02 ; in der Tabelle nicht dargestellt).

Unsere zweite Hypothese besagte, dass die Assoziation zwischen Kindesmisshandlung und früherer Wohnungslosigkeit umso stärker ist, je mehr Formen von Misshandlung erfahren wurden. Das multivariate Summenmodell war signifikant ($\chi^2 = 168.77$; $p < 0.0001$); die Ergebnisse befinden sich in Tabelle 2. Tendenzen

Variablen	Frühe Wohnungslosigkeit	
	Unkorrigierte OR [95 % CI]	Korrigierte OR [95 % CI]
CTQ Skalen*		
Sexueller Missbrauch	1.18 [0.83 – 1.69]	0.95 [0.60 – 1.52]
Körperlicher Missbrauch	1.90 [1.32 – 2.73]**	1.85 [1.18 – 2.91]**
Körperliche Vernachlässigung	1.39 [0.87 – 1.93]	1.19 [0.75 – 1.87]
Emotionaler Missbrauch	2.33 [1.61 – 3.39]***	2.41 [1.53 – 3.80]**
Emotionale Vernachlässigung	1.90 [1.32 – 2.73]**	1.71 [1.10 – 2.67]*
Anzahl der erlebten Formen von Misshandlung		
1		
2	–	1.55 [.65, 3.67]
3	–	1.96 [.83, 4.62]
4	–	1.96 [.86, 4.44]
5	–	2.27 [1.04, 4.95]*
Kovariaten^b	–	3.23 [1.42, 7.33]**
Pflegefamilienhintergrund (ja vs. nein)		
Alter	–	1.38 [0.85 – 2.22]
Frauen (vs. Männer)	–	0.89 [0.86 – 0.91]***
Aboriginal (vs. andere Ethnizität)	–	0.61 [0.38 – 0.98]*
Schulabschluss (ja vs. nein)	–	0.91 [0.55 – 1.49]
	–	1.75 [1.10 – 2.80]*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p < 0.0001$

^a Ergebnisse der fünf Modelle; die ORs der mit aufgenommenen Kovariaten werden hier nicht berichtet.

^b Ergebnisse der Kovariaten, die in das Summenmodell mit aufgenommen wurden.

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Misshandlung in der Kindheit und früher erster Wohnungslosigkeit – multivariate Analysen (n=484)

ell erhöhten sich mit jedem erlebten Misshandlungstyp, der hinzukam, die Odds für frühe Wohnungslosigkeit. So waren die Chancen für frühe Wohnungslosigkeit bei Personen, die eine Form von Misshandlung erlebt hatten, 1,5-mal höher und bei Personen, die alle fünf Formen von Misshandlung erlebt hatten, 3,2-mal höher als bei Personen, die gar keine Misshandlung berichteten. Allerdings waren diese Ergebnisse nur für Personen, die vier bzw. fünf Formen von Misshandlung erlebt hatten, tatsächlich signifikant (alle p 's < 0.05). Von den Kovariaten blieben das aktuelle Alter, (männliches) Geschlecht und eine geringere Schulbildung mit früher Wohnungslosigkeit assoziiert (p 's < 0.02).

Suizidalität

Unsere dritte Hypothese ging davon aus, dass jede Form von Misshandlung assoziiert ist mit einem ansteigenden Suizidrisiko. Das wurde grundsätzlich auch bestätigt, wobei die univariaten Analysen außerdem zeigten, dass von den psychischen Störungen Depression, Psychose und PTSD (jedoch nicht Alkohol- und Drogenabhängigkeit) mit Suizidalität einhergingen. Die unkorrigierten und korrigierten ORs und 95 % CIs für die einzelnen CTQ-Skalen befinden sich in Tabelle 3. Die Score-Tests zeigten, dass die Annahme proportionaler Odds nicht verletzt wurde (all p 's > 0.94). Auch wenn soziodemographische und psychiatrische Risikofaktoren kontrolliert wurden, hatten Personen die sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung erlebt hatten,

etwa 1,5-mal größere Chancen für ein ansteigendes Suizidrisiko als Personen, die diese Misshandlungen jeweils nicht berichtet hatten. Körperliche Vernachlässigung war nicht signifikant mit einem Suizidrisiko verbunden.

Unsere vierte Hypothese besagte, dass die Assoziation zwischen Misshandlung und Suizidrisiko umso stärker ist, je mehr Formen von Misshandlung erlebt wurden. Tatsächlich war ein signifikanter Effekt für die Anzahl der berichteten Formen von Misshandlung auf das Suizidrisiko zu beobachten (Score Test: $p = 0.90$; Modelltest: $\chi^2 = 58.52$; $p < 0.0001$). Auch wenn soziodemographische und psychiatrische Faktoren kontrolliert wurden, waren die Chancen für ein ansteigendes Suizidrisiko bei Personen, die eine Form von Misshandlung erlebt hatten, 1,9-mal höher und bei Personen, die alle fünf Formen von Misshandlung erlebt hatten, 2,9-mal höher als bei Personen, die keine Misshandlung erfahren hatten. Eine depressive Episode und eine psychotische Störung waren in allen Modellen ebenfalls signifikant mit einem ansteigenden Suizidrisiko assoziiert.

Diskussion

Die Bedeutung früher Traumatisierung in unserer Stichprobe von 500 wohnungslosen Menschen ist das wichtigste Ergebnis dieses Survey. Auch wenn mit einer Querschnittstudie keine kausalen Beziehungen zwischen traumatischen Kindheitsereignissen, sozialer Marginalisierung und psychischer Belastung

FRÜHE TRAUMATISIERUNG BEI MENSCHEN IN WOHNUNGSLOSIGKEIT UND ARMUT

Variablen	Ansteigendes Suizidrisiko	
	Unkorrigierte OR [95% CI]	Korrigierte OR [95% CI]
CTQ Skalena		
Sexueller Missbrauch	1.91 [1.42 – 2.70]**	1.53 [1.05 – 2.22]*
Körperlicher Missbrauch	1.93 [1.30 – 2.67]**	1.60 [1.12 – 2.29]**
Körperliche Vernachlässigung	1.39 [0.87 – 1.93]	1.19 [0.83 – 1.71]
Emotionaler Missbrauch	1.84 [1.33 – 2.49]**	1.50 [1.05 – 2.14]*
Emotionale Vernachlässigung	1.58 [1.22 – 2.28]**	1.48 [1.05 – 2.09]*
Anzahl der erlebten Formen von Misshandlung		
0	–	1.0
1	–	1.87 [1.00 – 3.66]*
2	–	1.41 [0.71 – 2.80]
3	–	2.32 [1.20 – 4.49]**
4	–	2.35 [1.25 – 4.43]**
5	–	2.93 [1.52 – 5.62]***
Kovariaten^b		
Depressive Episode	–	1.81 [1.21 – 2.70]**
Psychotische Störung	–	2.11 [1.32 – 3.36]**
PTSD	–	1.11 [0.78 – 1.60]
Alter	–	0.98 [0.97 – 1.00]
Frauen (vs. Männer)	–	1.56 [1.07 – 2.28]*
Aboriginal (vs. andere Ethnizität)	–	0.91 [0.62 – 1.33]
Schulabschluss (ja vs. nein)	–	0.82 [0.56 – 1.19]

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** < 0.0001

^a Ergebnisse der fünf Modelle; die ORs der mit aufgenommenen Kovariaten werden hier nicht berichtet.

^b Ergebnisse der Kovariaten, die in das Summenmodell mit aufgenommen wurden.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Misshandlung in der Kindheit und aktuellem Suizidrisiko – multivariate Analysen (n=474)

nachgewiesen werden können, so lässt sich doch sagen, dass bei den untersuchten Männern und Frauen das Ausmaß an Kindheitstraumata, sozialen Problemen, psychischen Störungen und suizidalen Gedanken bzw. Verhaltensweisen sehr hoch ist. Unsere Ergebnisse zeigen, dass verschiedene (wenn auch nicht alle) Formen von Kindesmissbrauch oder -vernachlässigung einhergehen mit dem Risiko, die erste Wohnungslosigkeit vor dem 25. Lebensjahr zu erleben. Nye (1980) nimmt an, dass 75 % aller Kinder und Jugendlichen, die von zuhause weglaufen, unglücklich sind über einen oder mehrere relevante Aspekte ihres Lebens, oft in Bezug auf Konflikte mit ihren

Eltern. Ihre primäre Motivation für das Weglaufen liege darin, einer aversiven Situation zu entkommen, die sie als problematischer empfinden als das Leben auf der Straße. Auf der anderen Seite weisen Studien darauf hin, dass positives Erziehungsverhalten der Eltern (im Sinne eines elterlichen Interesses und Monitorings sowie emotionaler Zuwendung) signifikant assoziiert ist mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche von zuhause weglaufen (Tyler, Johnson & Brownridge, 2007).

Sexueller Missbrauch war nicht signifikant mit früher Wohnungslosigkeit verbunden. Im Gegensatz zu den vier anderen Formen von Misshandlung spezifiziert der CTQ für sexuellen Missbrauch nicht den Täter. Dieser ist vergleichsweise häufiger

als bei anderen Misshandlungsformen eine Person außerhalb der Familie (Tyler & Cauce, 2002; Ferguson, 2009). In diesen Fällen wäre sexueller Missbrauch vermutlich kein Anlass, um von zuhause wegzulaufen. Körperliche Vernachlässigung war ebenfalls nicht mit einer frühen Wohnungslosigkeit verbunden, und auch in anderen Studien ist dieser Zusammenhang uneinheitlich (Thrane et al., 2006; Tyler, Johnson & Brownridge, 2007; Ferguson, 2009). Möglicherweise erhalten Kinder, die von ihren Eltern vernachlässigt werden (also entsprechend des CTQ z. B. nicht ausreichend zu essen bekamen oder schmutzige Kleidung trugen), trotzdem ausreichend emotionale Zuwendung, die die Probleme aufgrund der körperlichen Vernachlässigung wieder ausgleicht. Unser Summenmodell zeigte allerdings, dass die Erfahrung von zunehmend mehr Formen von Misshandlung mit einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit für frühe Wohnungslosigkeit verbunden ist, insbesondere wenn vier oder fünf Formen von Misshandlung berichtet wurden, so dass im Kontext multipler Misshandlung sexueller Missbrauch und körperliche Vernachlässigung durchaus relevant sind.

Vier der fünf Formen von Missbrauch und Vernachlässigung und – noch wichtiger – die Erfahrung von zunehmend mehr Formen von Misshandlung waren außerdem (neben psychischen Störungen) mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit für ein ansteigendes und klinisch relevantes aktuelles Suizidrisiko verbunden. Diese Ergebnisse suggerieren, dass Kindheitstraumata

möglicherweise negative Konsequenzen haben, die bis weit in das Erwachsenenalter anhalten (auch hier lässt sich jedoch ein kausaler Zusammenhang keineswegs herstellen).

Die Befunde müssen im Licht verschiedener Einschränkungen betrachtet werden: Als Messinstru-

tägliche Erfahrung in ihrer Kindheit war.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Ergebnissen für das Versorgungssystem? Zum einen sollten Kliniker, die mit Wohnungslosen arbeiten, eine umfassende psychiatrische Untersuchung durchführen oder in die Wege leiten und ggf. eine Krisenintervention initiieren. Sie sollten sich bewusst sein, dass viele Wohnungslose multiple Traumata erlebt haben und ihnen ggf. eine Behandlung empfehlen. Bei der Traumadiagnostik ist es wichtig, eine breite Auswahl verschiedenster Erfahrungen zu erfragen, um die Personen mit dem höchsten Risiko tatsächlich zu identifizieren.

Diese haben einen Hintergrund erheblicher Misshandlung, sodass sie möglicherweise ungünstige Coping-Strategien auf die verschiedensten Lebensbereiche generalisiert haben (Finkelhor et al., 2007) und intensive und integrierte trauma-bezogene Interventionen benötigen, in denen psychiatrische Komorbiditäten mit berücksichtigt werden (Torchalla et al., 2012; Elliott et al., 2005). Es ist jedoch schwer vorstellbar, dass die Erholung von traumatischen Erfahrungen, suizidalen Krisen und psychischen Störungen in einem Leben auf der Straße erfolgen kann. In Nordamerika wird deshalb »Housing first« – d. h. die Sicherstellung von Wohnraum zur Förderung und nicht als Konsequenz einer Zustandsverbesserung – propagiert (Tsemberis & Asmussen, 1999). Die Rolle der Traumabehandlung ist dabei bisher minimal. Ein essentieller erster Schritt zur Verbesserung der

Versorgungsqualität wäre die Integration von traumainformierter Behandlung als Standardkomponente bei der Ausbildung von Personen, die im psychosozialen oder medizinischen Hilfesystem tätig sind. Web-basierte Angebote könnten schnell mehr Kapazität schaffen und andere Angebote ergänzen. Die Bedeutung sozialer Medien für junge Wohnungslose sollte nicht unterschätzt werden; oft besitzen sie zwar keine »physikalische«, jedoch eine virtuelle Adresse bzw. ein virtuelles Konto, das sie regelmäßig frequentieren. Für die Optimierung der Versorgung von Personen mit chronischen und komplexen Belastungen ist eine engere Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme unerlässlich.

Early Traumas among individuals living in Homelessness and Poverty

Summary

The considerable mental stress associated with homelessness is well substantiated, although diagnostic quality often fails to live up to modern standards. Despite their frequency, traumatic experiences have seldom been assessed in a standardized way. The present study investigated the connections between various childhood traumas and two relevant factors reflecting increased vulnerability at different times in the lives of the participants: (1) the age at which the participants became homeless and (2) their present suicide risk. For this purpose, 500 homeless persons from three Canadian towns were assessed in terms of psychopathology (MINI-Plus) and early childhood trauma (Childhood Trauma Questionnaire). Various forms of child abuse and neglect plus cumulative species of childhood maltreatment were

Bei vielen Wohnungslosen haben sich die Erscheinungsformen und Auswirkungen chronischer Belastungen wie psychischer Störungen, Substanzabhängigkeit, traumatischer Erfahrungen und Suizidalität zu multikomplexen Problemlagen verdichtet.

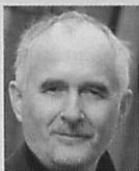
mente wurden ausschließlich Selbstberichte verwendet, die nicht durch externe Quellen bestätigt wurden. Viele Variablen wurden zudem retrospektiv erhoben. Die drei Hauptvariablen wurden aufgrund methodischer Notwendigkeiten kategorisiert; dadurch werden jedoch Erfahrungen und Eigenschaften als Gruppierungen konzeptualisiert, obwohl sie in der Realität kontinuierliche Phänomene darstellen. Der CTQ mag nicht optimal sein für eine detaillierte Erfassung von Kindesmisshandlung, denn er umfasst zwar eine Reihe verschiedener Erlebnisse, jedoch nicht die zeitliche Dauer oder Häufigkeit, mit der sie geschahen. So konnten wir z. B. nicht unterscheiden zwischen Personen, die ein einmaliges Erlebnis von Misshandlung hatten, und Personen, für die es eine all-

significantly associated with early homelessness and present suicidal tendencies. This suggests that the homeless persons in the study were traumatized at an early stage, which may have had serious repercussions on the further course of their lives. Intensive, integrated, trauma-related treatment in the framework of a housing-first intervention may help to improve the situation of homeless people.

Keywords

early trauma, homelessness, poverty, psychological disorders, suicidal tendencies

Zur Person



Dr. Michael Krausz ist Professor für Psychiatrie und Public Health an der Universität von British Columbia (UBC) in Vancouver, Kanada. Sucht, Trauma und ihre Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen gehören zu seinen Forschungsinteressen.

Kontaktadresse

Michael Krausz
University of British Columbia,
Department of Psychiatry, Institute of
Mental Health
5950 University Boulevard
Vancouver, BC, V6T 2A1, Canada.
Tel.: +1 (604) 649-9336
M.Krausz@mac.com

Zur Person



Dr. Verena Strehlau ist Ärztin und arbeitet als Wissenschaftlerin im Department für Psychiatrie an der UBC und am Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences in Vancouver.

Zur Person



Dr. Iris Torchalla ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Sie arbeitet als Wissenschaftlerin an der UBC und am Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences in Vancouver.

Zur Person



Dr. Christian Schütz ist Psychiater und Professor am Department für Psychiatrie an der UBC. Seine Forschungsschwerpunkte sind stressbedingte Belastbarkeit und impulsive Entscheidungsfindung bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden psychiatrischen Störungen.

Literatur

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J. et al. (2003). Development and Validation of a Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27 (2), 169–190.
- Blankertz, L. E., Cnaan, R. A. & Freedman E. (1993). Childhood Risk Factors in Dually Diagnosed Homeless Adults. *Social Work*, 38 (5), 587–596.
- Briere, J. (2002). Treating Adult Survivors of Severe Childhood Abuse and Neglect: Further Development of an Integrative Model. In J. E. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Hrsg), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2. Ausgabe). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Edwards, V. J., Holden, G.W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1453–1460.
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S. & Glover Reed, B. (2005). Trauma-informed or Trauma-denied: Principles and Implementation of Trauma-informed Services for Women. *Journal of Community Psychology*, 33, 461–477.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The Prevalence of Mental Disorders Among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Medicine*, 5 (12), 1670–1681.
- Ferguson, K. M. (2009). Exploring Family Environment Characteristics and Multiple Abuse Experiences Among Homeless Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (11), 1875–91.
- Fichter, M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U. & Wölz, J. (1996). Mental Illness in a Representative Sample of Homeless Men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246 (4), 185–196.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and Trauma in a

- National Longitudinal Cohort. *Development and Psychopathology*, 19 (1), 149–166.
- Gilbert, R., Widom C. S., Browne, K., Ferguson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-income Countries. *Lancet*, 373 (9657), 68–81.
- Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2001). Multiple Forms of Child Abuse and Neglect: Adult Retrospective Reports. *Aggression and Violent Behavior* 6 (6), 547–578.
- Hwang, S. W. (2001). Homelessness and Health. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (2), 229–233.
- Hwang, S. W., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P.J. & Dunn, J. R. (2009). Mortality Among Residents of Shelters, Rooming Houses, and Hotels in Canada: 11 Year Follow-up Study. *British Medical Journal*, 339, b4036.
- Krausz, M., Clarkson, A. F., Strehlau, V. Torchalla, I., Li, K. & Schuetz, C. (2013). Mental Disorder, Service Use, and Barriers to Care Among 500 Homeless People in 3 Different Urban Settings. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* – online, im Druck.
- Martens, W. H. (2001). A Review of Physical and Mental Health in Homeless Persons. *Public Health Reviews*, 29 (1), 13–33.
- Nordentoft, M. & Wandall-Holm, N. (2003). 10 Year Follow up Study of Mortality Among Users of Hostels for Homeless People in Copenhagen. *British Medical Journal*, 327 (7406), 81–83.
- Nye, F. I. (1980). A Theoretical Perspective on Running Away. *Journal of Family Issues*, 1 (2), 274–299.
- Prigerson, H. G., Desai, R. A., Liu-Mares, W. & Rosenheck, R. A. (2003). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Homeless Mentally Ill Persons: Age-specific Risks of Substance Abuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (4), 213–219.
- Ryan, K. D., Kilmer, R. P., Cauce, A. M., Watanabe, H. & Hoyt, D.R. (2000). Psychological Consequences of Child Maltreatment in Homeless Adolescents: Untangling the Unique Effects of Maltreatment and Family Environment. *Child Abuse & Neglect*, 24 (3), 333–352.
- Salize, H.J., Horst, A., Dillmann-Lange, C., Killmann, U., Stern, G., Wolf, I., Henn, F. & Rössler, W. (2001). Needs for Mental Health Care and Service Provision in Single Homeless People. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (4), 207–216.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22–33.
- Stein, J. A., Leslie, M. B. & Nyamathi, A. (2002). Relative Contributions of Parent Substance Use and Childhood Maltreatment to Chronic Homelessness, Depression, and Substance Abuse Problems Among Homeless Women: Mediating Roles of Self-esteem and Abuse in Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26 (10), 1011–1027.
- Thrane, L. E., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B. & Yoder, K. A. (2006). Impact of Family Abuse on Running Away, Deviance, and Street Victimization Among Homeless Rural and Urban Youth. *Child Abuse & Neglect*, 30 (10), 1117–28.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H., & Allen, P. (2012). Integrated Treatment Programs for Individuals with Concurrent Substance Use Disorders and Trauma Experiences: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42 (1), 65–77.
- Torchalla, I., Albrecht, F., Buchkremer, G. & Längle G. (2004). Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung – Eine Feldstudie. *Psychiatrische Praxis*, 31 (5), 228–235.
- Tsemberis, S. & Asmussen, S. (1999). From Streets to Homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17 (1–2), 113–131.
- Tyler, K. A. & Cauce, A. M. (2002). Perpetrators of Early Physical and Sexual Abuse Among Homeless and Runaway Adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26 (12), 1261–74.
- Tyler, K. A., Johnson, K. A., & Brownridge, D. A. (2007). A Longitudinal Study of the Effects of Child Maltreatment on Later Outcomes Among High-risk Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37 (5), 506–521.
- United Nations General Assembly and Economic and Social Council (2004). *World Youth Report 2005: Young People Today*, and in 2015. New York, NY: UN.
- Whitbeck, L. B. (2009). *Mental Health and Emerging Adulthood Among Homeless Young People*. New York: Psychology Press.
- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R. & Yoder, K. A. (1999). A Risk-amplification Model of Victimization and Depressive Symptoms Among Runaway and Homeless Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 273–296.
- Whitbeck, L. B. & Simons, R. L. (1993). A Comparison of Adaptive Strategies and Patterns of Victimization Among Homeless Adolescents and Adults. *Violence and Victims*, 8 (2), 135–52.