



# PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF CHILDHOOD EXPERIENCES QUESTIONNAIRE (CEQ-58) USED TO ASSESS THE INTENSITY OF TRAUMATIC EXPERIENCES FROM CHILDHOOD AND ADOLESCENCE – PRELIMINARY ELABORATION

## WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KWESTIONARIUSZA DOŚWIADCZEŃ Z DZIECIŃSTWA (KDD-58) SŁUŻĄCEGO DO OCENY NASILENIA TRAUMATYCZNYCH DOŚWIADCZEŃ Z DZIECIŃSTWA I OKRESU DORASTANIA – OPRACOWANIE WSTĘPNE

Correspondence to/  
Adres do korespondencji:

Katedra Psychopatologii i Psychoterapii  
Wydział Psychologii  
Uniwersytet Warszawski  
ul. Stawki 5/7  
00-183 Warszawa, Polska  
e-mail: [rstyła@psych.uw.edu.pl](mailto:rstyła@psych.uw.edu.pl)

Submitted/Otrzymano: 20.09.2017  
Accepted/Przyjęto do druku: 21.02.2018

Rafał Styła, Oksana Makoveychuk

Faculty of Psychology, University of Warsaw, Poland

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Polska

### Abstract

**Purpose:** It has been shown that childhood trauma is associated with many negative outcomes in adulthood. Unfortunately, there is no psychometrically sound and readily available tool that can be used in Poland to measure this variable. The purpose of this work was to create and determine psychometric parameters of a newly developed Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-58) to measure the intensity of traumatic events in childhood.

**Methods:** Initially the questionnaire consisted of 120 items. The pilot study involved 50 participants. Based on the results of this preliminary study, the most reliable items were chosen. The final version of the questionnaire consisted of 58 items and 7 subscales. The participants in the second study were 30 people diagnosed with schizophrenia and 30 people from a healthy control group who filled in the CEQ-58, Childhood Questionnaire and Global Assessment of Functioning Questionnaire.

**Results:** The reliability of the CEQ-58 questionnaire measured by Cronbach's  $\alpha$  coefficient was 0.92. For six of the seven subscales this coefficient ranged from 0.77 to 0.92. Only for the "environmental instability" subscale did it reach 0.54. CEQ-58 strongly and negatively correlated with a shortened version of the Childhood Questionnaire and moderately and positively correlated with the Global Assessment of Functioning Questionnaire. Moreover, statistical analyses revealed that the intensity of traumatic events among people diagnosed with schizophrenia was significantly higher than in healthy subjects ( $d = 0.92$ ).

**Conclusions:** The results of the study indicate satisfactory reliability and validity of CEQ-58. The limitations of the project are the quantity and the composition of the research sample.

**Key words:** schizophrenia, questionnaire, abuse, childhood psychological trauma, neglect.

### Streszczenie

**Cel:** Wykazano, że trauma doznana w okresie dzieciństwa jest powiązana z wieloma negatywnymi konsekwencjami obserwowanymi w życiu dorosłym, m.in. z rozwojem zaburzeń psychicznych takich jak zaburzenia lękowe, depresja i zaburzenia psychotyczne. Niestety

w Polsce brak jest narzędzia służącego do pomiaru tej zmiennej, które byłoby łatwo dostępne i posiadałoby sprawdzone właściwości psychometryczne. Celem niniejszego projektu badawczego było stworzenie i określenie właściwości psychometrycznych nowego narzędzia – Kwestionariusza Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-58) służącego do pomiaru nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa.

**Metody:** Wersja eksperymentalna narzędzia składała się ze 120 pozycji. Badanie pilotażowe przeprowadzono w grupie 50 uczestników. W oparciu o wstępne badanie wybrano najbardziej rzetelne pozycje. Wersja właściwa kwestionariusza składa się z 58 pozycji testowych i 7 podskal. W celu sprawdzenia rzetelności i trafności narzędzia przeprowadzono drugie badanie. Uczestniczyło w nim 30 osób z diagnozą schizofrenii oraz 30 osób zdrowych, które wypełniły KDD-58, skróconą wersję Kwestionariusza Dzieciństwa oraz Kwestionariusz Ogólnej Oceny Funkcjonowania (KOOF-58).

**Wyniki:** Rzetelność całej skali KDD-58 mierzona współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha wyniosła 0,92. Dla sześciu z siedmiu podskal współczynnik ten wahał się między 0,77 a 0,92. Wyłącznie dla podskali „Niestabilność otoczenia” wyniósł on 0,54. Wyniki KDD-58 silnie i negatywnie korelowały ze skróconą wersją Kwestionariusza Dzieciństwa oraz umiarkowanie i pozytywnie z Kwestionariuszem Ogólnej Oceny Funkcjonowania (KOOF-58). Ponadto analizy statystyczne wykazały, że nasilenie traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa wśród osób z diagnozą schizofrenii jest istotnie statystycznie wyższe niż w grupie osób zdrowych ( $d = 0,92$ ).

**Wnioski:** Wyniki badania wskazują na satysfakcjonującą rzetelność i trafność KDD-58. Ograniczeniem projektu jest wielkość i skład próby.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, kwestionariusz, dziecięca trauma psychiczna, znęcanie się, zaniedbanie.

## INTRODUCTION

There are two traditions of defining the term “traumatic experience”. The first one comes from the study of posttraumatic stress syndrome. In this perspective traumatic experience is understood as “exposure to death or threat of death, serious injury or sexual violence” [1]. This definition can be called narrow. In this paper, the “traumatic experience” is understood as a part of the broad definition of this concept, which greatly expands the range of potential sources of traumatic events for experiences of psychological or physical abuse [2]. In this perspective traumatic childhood experiences are defined as the taking part in situations endangering mental or physical health or the life of an individual before he has reached the age of 18. Psychological trauma can be defined as an altered psychic state resulting from traumatic experiences and leading to a significant modification of an individual’s functioning [3]. Literally, the term “childhood adversities” and the term “childhood trauma or childhood traumatic experiences” can be found interchangeable [4]. Traumatic experiences from childhood may be of an interpersonal or non-interpersonal nature. Interpersonal traumatic experiences result from an intentional or deliberate human action (e.g. physical abuse, emotional neglect) whereas non-interpersonal traumatic experiences are a result of a coincidental human action (e.g. a car accident) or natural phenomenon (e.g. flood). Even though interpersonal traumatic experiences may sometimes be one-off incidents (e.g. attack), they usually occur repeatedly over a period of time (e.g. bullying in school). On the other hand, non-interpersonal traumatic experiences are more often limited in time (e.g. fire, car accident) rather than long-lasting (e.g. drought). The sources of traumatic ex-

## WSTĘP

Istnieją dwie tradycje definiowania terminu „traumatyczne doświadczenia”. Pierwsza z nich wywodzi się z badań nad zespołem stresu pourazowego. W tym ujęciu traumatyczne (urazowe) doświadczenie jest rozumiane jako „narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna” [1]. Tę definicję można określić mianem wąskiej. W niniejszej pracy termin „traumatyczne doświadczenia” wpisuje się w tradycję szerokiego definiowania tego pojęcia, które znacznie rozszerza wachlarz potencjalnych źródeł traumatycznych wydarzeń o doświadczenia naruszenia integralności psychicznej lub fizycznej [2]. W tym ujęciu traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa definiuje się jako przeżycie sytuacji zagrażających zdrowiu psychicznemu i fizycznemu lub życiu jednostki, które nastąpiły do 18 roku życia. Traumą psychiczną można zdefiniować jako zmieniony stan psychiczny wywołany przez urazowe doświadczenia, prowadzący do głębokiej modyfikacji sposobu funkcjonowania jednostki [3]. W literaturze można znaleźć zamienne stosowanie pojęcia „niekorzystnych doświadczeń z okresu dzieciństwa” (*childhood adversities*) i terminu „traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa” rozumianego w szerokim znaczeniu tego słowa (*childhood trauma* lub *childhood traumatic experiences*) [4]. Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa mogą mieć charakter interpersonalny lub nieinterpersonalny. Interpersonalne traumatyczne doświadczenia wynikają z intencjonalnego lub nieprzypadkowego działania człowieka (np. znęcanie się fizyczne, zaniedbanie emocjonalne). Doświadczenia urazowe o charakterze nieinterpersonalnym są wynikiem przypadkowego działania człowieka (np. wypadek samochodowy) lub przyrody (np. powódź). Traumatyczne doświadczenie interpersonalne może wystąpić jednostkowo (np. napad), ale zazwyczaj ma charakter przewlekły (np. prześladowanie szkolne). Urazowe doświadczenia nieinterpersonalne są częściej ograniczone w czasie (np. pożar, wypadek samochodowy) niż przewlekłe

periences are innumerable. In literature, the most often described traumatic events include sexual abuse, deprivation of basic physical and emotional needs and life- or health-threatening events [5-9].

Numerous studies show that childhood or adolescence trauma may affect an individual's functioning in adulthood, thus contributing to, inter alia, a variety of mental disorders. Various researchers have highlighted a link between adverse childhood experiences and depression [10, 11], borderline personality disorder [12, 13], alexithymia [14-16] and somatic symptom disorder without an obvious medical reason [17-19]. Currently there is a vast body of research which establishes a link between traumatic childhood experiences and schizophrenia [4, 20]. For instance, a meta-analysis conducted by Sandra Matheson *et al.* published in 2013 [21] confirms that difficult childhood experiences increase the risk of psychotic disorders more than three-fold. Other studies established the occurrence of a dose-effect, i.e. the more traumatic the childhood experiences are in an individual's life, the higher the probability of a disorder [22]. Research also demonstrates that there is a link between childhood trauma and positive and negative symptoms of schizophrenia [23-27]. Negative childhood experiences lead to other important consequences, such as decreased ability for social adjustment [28] and increased probability of death by suicide [29]. Further studies show that childhood trauma results in observable changes at a biological function level, e.g. changes in the frontal cortex and hippocampal volume [5, 30, 31].

Concepts which connect childhood traumatic experiences with negative consequences in adult life can be divided into two groups: social-psychological and biological. Among the psychological concepts, the most frequently described mediators are attachment styles [32], cognitive processes (e.g. problems with mentalization, jumping to conclusions) [33], dyssoiation [34], defense mechanisms [35], styles of coping [36], and social withdrawal [37]. On the other hand, biological researchers describe childhood traumatic experiences as a source of early stress influencing the brain structure, autonomic nervous system, hormone secretion, as well as the immune system [38-42]. Such studies stress the relationship between the period when the traumatic experience occurs and the periods sensitive for processes of development of different parts of the child's brain [43].

## PURPOSE

The literature reviewed in the introduction indicates that childhood trauma is a significant variable conducive to the development of mental disorders

(np. susza). Lista źródeł traumatycznych doświadczeń jest nieograniczona. W literaturze najczęściej opisuje się urazowe wydarzenia, takie jak molestowanie seksualne, deprivacja podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych oraz sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu fizycznemu [5-9].

Zgodnie z doniesieniami licznych badań traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa lub dorastania mogą wpływać na funkcjonowanie człowieka w życiu dorosłym. Wielu badaczy poświęciło swoją uwagę ukazaniu związku między niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa a rozwojem depresji [10, 11], osobowości *borderline* [12, 13], aleksytymii [14-16] i zaburzeniom somatyzacyjnym bez jawnej przyczyny medycznej [17-19]. Obecnie istnieje znacząca liczba badań łącząca traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa z diagnozą schizofrenii [4, 20]. Przykładowo, metaanaliza przeprowadzona przez Sandrę Matheson i wsp. opublikowana w 2013 r. [21] potwierdza, że wśród osób, które doznały traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa szansa wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych jest trzykrotnie wyższa w porównaniu z grupą osób, które nie miały takich doświadczeń. Inni badacze wykazali, że istnieje efekt dawki – im więcej traumatycznych doświadczeń z okresu dzieciństwa zaznała jednostka, tym wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia psychiatrycznego [22]. Badania ukazują również związek między traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa a nasileniem pozytywnych i negatywnych objawów schizofrenii [23-27]. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa niosą ze sobą inne ważne konsekwencje, takie jak zmniejszona zdolność do przystosowania społecznego [28] oraz zwiększone prawdopodobieństwo śmierci w wyniku samobójstwa [29]. Badania wykazują również, że efektem traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa są zmiany obserwowalne na poziomie funkcjonowania biologicznego człowieka dorosłego, na przykład w postaci zmiany objętości kory czołowej i hipokampa [5, 30, 31].

Koncepcje, które łączą traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa z negatywnymi konsekwencjami w życiu dorosłym, można podzielić na dwie duże grupy: koncepcje społeczno-psychologiczne i biologiczne. W ramach koncepcji psychologicznych najczęściej opisywanymi mediatorami są style przywiązania [32], procesy poznawcze (np. problemy z mentalizacją, przeskok do konkluzji) [33], dysocjacja [34], mechanizmy obronne [35], style radzenia sobie [36] i wycofanie społeczne [37]. Z kolei w nurcie badań biologicznych opisuje się traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa jako źródło wczesnego stresu wpływającego na strukturę mózgu, autonomiczny system nerwowy, wydzielanie hormonów i na system autoimmunologiczny [38-42]. W badaniach tych podkreśla się związek między okresem pojawiania się traumatycznego doświadczenia a okresami sensytywnymi dla procesów rozwoju poszczególnych części mózgu dziecka [43].

## CEL

Dane przedstawione we wstępie niniejszego artykułu wskazują, że traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa

and, consequently, it is an important variable that should be taken into account by both theoreticians and practitioners in the area of psychiatry and clinical psychology. The reason for creating a new questionnaire was the lack of an easily available tool in Polish that would assess a wide range of experiences of traumatic events. The aim of the present article is to describe the process in which the Childhood Experiences Questionnaire was developed as well as outline the assessment of its psychometric properties as a tool used to measure the intensity of traumatic childhood experiences.

## METHODS

### Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-120) – experimental version

Based on the literature review and existing tools, a decision was made to create the following nine CEQ scales: (1) Physical abuse, (2) Physical neglect, (3) Mental abuse, (4) Emotional neglect, (5) Sexual abuse, (6) Environmental instability, (7) Negative experiences with one's peers, (8) Life- or health-threatening events and (9) Protective function of one's environment. A pool of 120 questions was developed based on the above nine scales. According to the concept adopted by many authors (e.g. in the Childhood Trauma Questionnaire), there is a continuum between positive and negative experiences, that allows to treat positive experiences to be opposite to negative ones [2]. According to this concept, the question pool contained both – negative experience and reversed positions related to positive experiences.

The initial version of the tool together with the demographic questions and appropriate instructions was evaluated by three competent reviewers who are practicing psychotherapists. Following their feedback, some items were modified in order to improve clarity. In the following stage a person with a Master's degree in Polish Studies proofread the amended version of the questionnaire in order to eliminate stylistic and grammatical errors, as well as ambiguities. Finally, the corrected version was given to ten randomly selected individuals in order to check whether all items in the questionnaire were clear and understandable for people who do not deal with the field of psychology on an everyday basis. This is how the final experimental version of the Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-120) was developed.

### Pilot study performed with experimental version (CEQ-120)

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Psychology of the Univer-

stanowią istotną zmienną warunkującą rozwój zaburzeń psychicznych, a tym samym stają się ważną zmienną, która powinna być uwzględniana przez teoretyków i praktyków działających na polu psychiatrii i psychologii klinicznej. Ze względu na brak ogólnie dostępnego narzędzia w języku polskim do mierzenia szerokiego spektrum traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, zdecydowano się na stworzenie nowego kwestionariusza. Celem niniejszego artykułu jest opisanie procesu tworzenia Kwestionariusza Doświadczeń z Dzieciństwa oraz badań sprawdzających jego właściwości psychometryczne – narzędzia służącego do pomiaru nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa.

## METODY

### Kwestionariusz Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-120) – wersja eksperymentalna

Na podstawie przeglądu literatury i istniejących narzędzi podjęto decyzję, aby stworzyć 9 skal KDD: (1) Znęcanie się fizyczne, (2) Zaniedbanie fizyczne, (3) Znęcanie się psychiczne, (4) Zaniedbanie emocjonalne, (5) Molestowanie seksualne, (6) Niestabilność otoczenia, (7) Złe doświadczenia z rówieśnikami, (8) Wydarzenia zagrażające życiu bądź zdrowiu oraz (9) Funkcja ochronna otoczenia. W oparciu o te 9 skal przygotowano pulę 120 pozycji. Zgodnie z koncepcją przyjętą przez wielu autorów, także jednego z bardziej znanych narzędzi – *Childhood Trauma Questionnaire* [2] – istnieje kontinuum pomiędzy pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami, co staje się podstawą do traktowania doświadczeń pozytywnych jako przeciwności doświadczeń negatywnych. Zgodnie z powyższą koncepcją powstała pula pytań zawierała zarówno pozycje dotyczące wydarzeń negatywnych, jak i odwrócone pozycje odnoszące się do doświadczeń pozytywnych.

Wstępną wersję narzędzia wraz z metryczką oraz odpowiednią instrukcją oceniło trzech sędziów kompetentnych, którzy są praktykującymi psychoterapeutami. Na podstawie ich sugestii niektóre pozycje zostały zmodyfikowane w celu zwiększenia ich klarowności. Następnym etapem było sprawdzenie poprawionej wersji kwestionariusza przez osobę, która ukończyła studia magisterskie w zakresie polonistyki w celu wyeliminowania błędów stylistycznych bądź gramatycznych, a także usunięcia nieścisłości językowych. Ostatnią czynnością wykonaną na tym etapie konstrukcji było oddanie poprawionej wersji do oceny 10 osobom dobranym w sposób przypadkowy w celu sprawdzenia, czy wszystkie pozycje są jasne i zrozumiałe dla ludzi niemających na co dzień styczności z psychologią. W ten sposób powstała ostateczna wersja eksperymentalna Kwestionariusza Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-120).

### Badanie wersją eksperymentalną (KDD-120)

Badanie to uzyskało pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwer-



sity of Warsaw. The pilot study involved 50 people with an average age of 28.4 years (SD = 8.9). All participants gave their informed consent to take part in the study. The study group included 13 male and 37 female subjects. Two people had completed secondary education, 28 people were studying at higher education institutions (degree courses in: biology, biotechnology, chemistry, physics) and 10 people completed tertiary education. Based on the pilot study, test items were selected with the highest correlation to the result of a given scale and had high discriminatory power. Moreover, due to their low reliability, two scales were deleted, i.e. life- or health-threatening events and the protective function of one's environment.

### Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-58) – final version

CEQ-58 consists of 58 items (questionnaire sheet – see Annex). Answers to questions: “In childhood or adolescence did you...?” are marked on a five-degree scale where 1 means “never”, 2 – “rarely”, 3 – “sometimes”, 4 – “often” and 5 – “nearly always”. In order to calculate the general score, the following answers had to be recoded: 2, 5, 6, 9, 12, 14, 17, 18, 19, 24, 27, 28, 48, 50, 52. Recoding answers means that the following calculation has to be performed:  $6 - x$  (where  $x$  stands for the primary value). Once the above mentioned questions are recoded, all answers should be added and divided by the number of all questions, i.e. 58. The score of the questionnaire then ranges from between 1 and 5. Calculating a score for the scales described below requires relevant questions to be recoded and all answers added up and divided by the number of questions in a given scale (8 or 9). The higher the general score, the higher the intensity of traumatic experiences in childhood and adolescence.

The CEQ-58 questionnaire includes the following 7 scales (the letter “Z” next to the question shows that it is a reverse-scored item):

1. The “Physical abuse” scale refers to physical violence to which an individual was subjected as a child/adolescent by family members or guardians. This includes such behaviour as poking, kicking and beating. Results of physical violence may include injuries such as bruises, hematomas, scars, broken bones. The following questions belong to this scale: 1, 8, 11, 15, 34, 43, 49, 57.
2. “Mental abuse” refers to mental violence towards a child/teenager coming from family members or guardians. Mental violence includes, among others: deliberate lowering of the child's self-esteem, malicious criticism of their talents, intelligence and appearance, verbal abuse. The scale consists of the following questions: 4, 7, 16, 22, 35, 44, 55, 56.

sytetu Warszawskiego. Badanie przeprowadzono w grupie 50 osób o średniej wieku 28,4 roku (SD = 8,9). Wszyscy badani wyrazili świadomą zgodę udziału w badaniu. Wśród osób badanych było 13 mężczyzn i 37 kobiet. Dwie osoby badane miały wykształcenie średnie, 28 osób było w trakcie studiów (kierunki: biologia, biotechnologia, chemia, fizyka) oraz 10 osób miało wykształcenie wyższe. Na podstawie tego badania wybrano pozycje testowe, które w najwyższym stopniu korelowały z wynikiem danej skali i miały wysoką moc dyskryminacyjną. Ponadto ze względu na niską rzetelność zrezygnowano z dwóch skal: „Wydarzenia zagrażające życiu bądź zdrowiu” oraz „Funkcja ochronna otoczenia”.

### Kwestionariusz Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-58) – wersja właściwa

KDD-58 składa się z 58 pozycji (arkusz w załączniku). Odpowiedzi na pytania „Czy w okresie dzieciństwa lub dorastania...?” zaznaczane są na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „prawie zawsze”. W celu obliczenia wyniku ogólnego, należy zrekodować pytania o następujących numerach: 2, 5, 6, 9, 12, 14, 17, 18, 19, 24, 27, 28, 48, 50, 52. Zrekodowanie odpowiedzi oznacza przeprowadzenie następującego obliczenia:  $6 - x$  (gdzie  $x$  oznacza wartość pierwotną). Po odwróceniu wymienionych powyżej pytań, należy zsumować wszystkie odpowiedzi i podzielić przez ogólną liczbę pytań, tj. 58. Wynik kwestionariusza mieści się zatem w przedziale od wartości 1 do wartości 5. Obliczenie wyniku niżej opisanych skal wymaga zrekodowania odpowiednich pytań, zsumowania wszystkich odpowiedzi i podzielenia przez liczbę pytań w danej skali (8 lub 9). Im wyższy wynik ogólny lub w poszczególnych skalach, tym wyższe nasilenie traumatycznych doświadczeń w okresie dzieciństwa i dojrzewania.

Kwestionariusz KDD-58 zawiera 7 następujących skal (litera „Z” przy numerze pytania oznacza, że jest to pozycja odwrócona):

1. Skala „Znęcanie się fizyczne” dotyczy przemocy fizycznej, której poddawane było dziecko/nastolatek przez członków jego rodziny bądź opiekunów. Odnoszą się do tego takie czynności jak: szturchanie, kopanie, bicie. Efektem przemocy fizycznej mogą być uszkodzenia ciała, takie jak siniaki, krwiaki, blizny, złamane kości. Pozycje składające się na skalę to pytania o następujących numerach: 1, 8, 11, 15, 34, 43, 49, 57.
2. Skala „Znęcanie się psychiczne” dotyczy przemocy psychicznej dotyczącej dziecko/nastolatka ze strony członków jego rodziny bądź opiekunów. Do działań, które można zaklasyfikować jako przemoc psychiczną, zaliczono m.in. celowe zaniżanie samooceny dziecka, złośliwa krytyka jego zdolności, inteligencji i wyglądu, werbalne poniżanie. Skalę tworzą pytania o następujących numerach: 4, 7, 16, 22, 35, 44, 55, 56.

3. The “Physical neglect” scale describes the situation when the basic physical needs of a child/teenager are not fulfilled by their parents or guardians. Examples include limited access to food, lack of care when it comes to the child’s clothing, neglecting the child’s hygiene, leaving the child without care for a long time, lack of appropriate care when the child is ill, no interest in where the child is. The following questions belong to this scale: 18-Z, 20, 24-Z, 25, 26, 31, 37, 40.
4. The “Emotional neglect” scale refers to situations when the mental needs of the child/teenager are not fulfilled by their parents or guardians. Emotional neglect includes, among others: parents’ emotional coolness, lack of interest in the child’s feelings, lack of emotional support, lack of interest in the child’s successes or problems. This scale is composed of the following questions: 2-Z, 5-Z, 6-Z, 9-Z, 12-Z, 17-Z, 30, 48-Z.
5. The “Sexual abuse” scale refers to any sexual activity that the child/teenager was encouraged or forced to do by family members or other, non-related persons. Examples of such behaviour include forcing the child to perform sexual activities by means of threats, physical violence or psychoactive substances, forcing the child to engage in prostitution, intentional undressing in the child’s presence. The following questions make up this scale: 13, 29, 36, 39, 45, 46, 47, 51, 54.
6. “Environmental instability” deals with a deprivation of safety and security needs, the lack of a stable environment. Environmental instability may be related to such events as the lack of a permanent place to live, frequent moving, the financial difficulties of the parents, parents burdening the child with their problems, parents’ divorce, living in an unsafe area. The following questions belong to this scale: 3, 10, 27-Z, 28-Z, 32, 38, 41, 53, 58.
7. The “Negative experiences with one’s peers” scale describes the quality of the child’s relationship with their peers at school and outside referred to in literature as *bullying*. Examples of situations that contribute to negative experiences with one’s peers include ridiculing, name calling, being excluded by a peer group, extorting money, threats by peers, publishing offensive content about the person on the Internet. The opposite of bad treatment is relationships based on trust and support. Questions in this scale include the following: 14-Z, 19-Z, 21, 23, 33, 42, 50-Z, 52-Z.
3. Skala „Zaniedbanie fizyczne” dotyczy niezaspokajania podstawowych potrzeb fizycznych dziecka/nastolatka przez jego rodziców bądź opiekunów. Do przykładów zaniedbania fizycznego można zaliczyć ograniczony dostęp do pożywienia, brak dbałości o ubiór dziecka, zaniedbywanie higieny dziecka, pozostawianie dziecka na długo bez opieki, brak należytej opieki nad dzieckiem w trakcie choroby, brak zainteresowania miejscem pobytu dziecka. Na skalę składają się pytania o następujących numerach: 18-Z, 20, 24-Z, 25, 26, 31, 37, 40.
4. Skala „Zaniedbanie emocjonalne” dotyczy niezaspokajania potrzeb psychicznych dziecka/nastolatka przez rodziców bądź opiekunów. Za zaniedbanie emocjonalne można uznać m.in. chłód emocjonalny rodziców, brak zainteresowania uczuciami dziecka, brak wsparcia emocjonalnego, brak zainteresowania sukcesami bądź problemami dziecka ze strony rodziców. Pozycje tworzące skalę to pytania o następujących numerach: 2-Z, 5-Z, 6-Z, 9-Z, 12-Z, 17-Z, 30, 48-Z.
5. Skala „Molestowanie seksualne” dotyczy wszelkiej aktywności seksualnej, do której dziecko/nastolatek było zachęcane lub zmuszane przez członków swojej rodziny oraz osoby postronne. Do przykładów tego typu aktywności należy zmuszanie dziecka do czynności seksualnych za pomocą gróźb, siły fizycznej lub środków psychoaktywnych, zmuszanie dziecka do prostytucji, świadome obnażanie się przy dziecku. Skala składa się z pytań o następujących numerach: 13, 29, 36, 39, 45, 46, 47, 51, 54.
6. Skala „Niestabilność otoczenia” dotyczy deprivacji potrzeby bezpieczeństwa i posiadania stabilnego otoczenia. Niestabilność otoczenia związana może być z takimi wydarzeniami jak: brak stałego miejsca zamieszkania, częste przeprowadzki, trudności finansowe rodziców, obarczanie dziecka problemami rodziców, choroba psychiczna jednego z członków rodziny, rozwód rodziców, zamieszkiwanie w niebezpiecznej okolicy. Skalę tę budują pytania o następujących numerach: 3, 10, 27-Z, 28-Z, 32, 38, 41, 53, 58.
7. Skala „Złe doświadczenia z rówieśnikami” dotyczy jakości kontaktów dziecka z rówieśnikami w szkole oraz poza nią, co w literaturze anglojęzycznej określane jest terminem *bullying*. Sytuacje składające się na złe doświadczenia z rówieśnikami to m.in. wyśmiewanie się, przezywanie, odrzucanie przez grupę, wymuszanie pieniędzy, groźby ze strony rówieśników, publikowanie obraźliwych treści na temat osoby w internecie. Odwrotnością złego traktowania są z kolei relacje oparte na zaufaniu i wsparciu. Pytania tworzące tę skalę to pozycje o następujących numerach: 14-Z, 19-Z, 21, 23, 33, 42, 50-Z, 52-Z.

## Study performed with the final version (CEQ-58)

### Study participants

Participants of the study included 30 people with diagnosed schizophrenia with an average age of 48.7 years ( $SD = 11.6$ ), including 10 women and 19 men (one of the participants did not indicate their gender). The participants from the clinical group were recruited accidentally in Community Self-help Centers. The exclusion criterion was the diagnosis of mental retardation. The study group was comprised of 4 people with higher education, the remaining participants had secondary (16 people) or primary (6 people) education (3 participants did not indicate their level of education). The second group was comprised of people without mental disorders selected so that their demographic variables such as age, gender and education resembled those of the participants diagnosed with schizophrenia. The control group included 10 women and 20 men with an average age of 50.7 years ( $SD = 10.6$ ). Four out of these participants had university level education and 26 had completed secondary education. All the individuals from both groups gave their informed consent to take part in the study.

### Variable measurement method

In the present study two variables were measured, i.e. the intensity of childhood trauma and general quality of functioning in life.

The intensity of childhood trauma was measured with the following two tools:

1. The Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-58), described above (see also Annex);
2. The Childhood Questionnaire – shortened version. It is a tool with closed-ended questions relating to difficult events until the age of 14, such as the loss of one or both parents, parents' mental illnesses, physical and sexual abuse. The reliability of the Polish language version of the questionnaire amounts to Cronbach's  $\alpha = 0.62$  [44]. One can score from 19 to 62 points in this tool and the higher the score, the fewer the traumatic experiences that occurred in the person's childhood.

The general quality of functioning in life was measured using the Global Assessment of Functioning Questionnaire. The tool is used to assess three dimensions of general functioning (in terms of work, entertainment and interpersonal relationships). One scale measures symptoms of somatic illnesses which may be of psychological origin and nine scales are used to measure psychopathological symptoms (disorders: cognitive, depressive, manic, anxiety, sleeping, sexual as well as positive and somatic symptoms). The reliability of the tool amounts to Cronbach's  $\alpha = 0.92$  [45].

## Badanie wersją właściwą (KDD-58)

### Osoby badane

W badaniu wzięło udział 30 osób z diagnozą schizofrenii o średniej wieku 48,7 roku ( $SD = 11,6$ ), w tym 10 kobiet i 19 mężczyzn (jedna z osób badanych nie podała swojej płci). Osoby z grupy klinicznej były rekrutowane w sposób przypadkowy w Środowiskowych Domach Samopomocy. Kryterium wykluczającym była diagnoza upośledzenia umysłowego. Wśród osób badanych były 4 osoby z wyższym wykształceniem, pozostałe miały wykształcenie średnie (16 osób) oraz podstawowe (6 osób), 3 osoby nie podały tej informacji. Drugą grupę stanowiły osoby bez zaburzeń psychicznych, dobrane celowo pod względem zmiennych demograficznych – wieku, płci i poziomu wykształcenia tak, aby były one podobne jak w grupie osób z diagnozą schizofrenii. W badaniu wzięło udział 10 kobiet oraz 20 mężczyzn o średniej wieku 50,7 roku ( $SD = 10,6$ ). Cztery spośród osób badanych miały wykształcenie wyższe, a 26 osób wykształcenie średnie. Wszystkie osoby z obu grup wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu.

### Sposób pomiaru zmiennych

W niniejszym badaniu dokonano pomiaru dwóch zmiennych: nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa oraz jakości ogólnego funkcjonowania życiowego.

Nasilenie traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa zostało zmierzone za pomocą dwóch narzędzi. Są to:

1. Kwestionariusz Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-58), który został opisany powyżej (patrz również załącznik);
2. Kwestionariusz Dzieciństwa – wersja skrócona. Jest to narzędzie zawierające pytania zamknięte dotyczące trudnych wydarzeń w okresie do 14 roku życia, takich jak utrata jednego bądź obu rodziców, chorób psychicznych rodziców, znęcania się fizycznego oraz wykorzystania seksualnego. Rzetelność kwestionariusza polskiej wersji językowej wynosi  $\alpha$  Cronbacha = 0,62 [44]. W tym narzędziu można uzyskać od 19 do 62 punktów. Im wyższy wynik, tym mniej traumatycznych doświadczeń miała dana osoba w dzieciństwie.

Jakość ogólnego funkcjonowania życiowego została zmierzona za pomocą Kwestionariusza Ogólnej Oceny Funkcjonowania (KOOF-58). Narzędzie służy do oceny trzech wymiarów funkcjonowania ogólnego (w kontekście pracy, rozrywki i relacji interpersonalnych), jedna skala mierzy objawy chorób somatycznych, które mogą mieć przyczynę psychologiczną oraz 9 skal mierzy objawy psychopatologiczne (zaburzenia: poznawcze, depresyjne, maniakalne, lękowe, odżywiania, snu, seksualne oraz objawy wytwórcze i somatyczne). Rzetelność całego narzędzia wynosi  $\alpha$  Cronbacha = 0,92 [45].

**Table 1.** The reliability of CEQ-58 calculated based on a group diagnosed with schizophrenia and a healthy group ( $n = 60$ )  
**Tabela 1.** Rzetelność kwestionariusza KDD-58 obliczona na podstawie grupy osób z diagnozą schizofrenii i osób zdrowych ( $n = 60$ )

Scale/ Nr skali	Scale name/ Nazwa skali	Number of items/ Liczba pozycji	Cronbach's $\alpha$ / $\alpha$ Cronbacha
1	Physical abuse/Znęcanie się fizyczne	8	0.884
2	Mental abuse/Znęcanie się psychiczne	8	0.852
3	Physical neglect/Fizyczne zaniedbanie	8	0.772
4	Emotional neglect/Emocjonalne zaniedbanie	8	0.916
5	Sexual abuse/Molestowanie seksualne	9	0.877
6	Environmental instability/Niestabilność otoczenia	9	0.539
7	Negative experiences with one's peers/Złe doświadczenia z rówieśnikami	8	0.805
	Entire questionnaire/Cały kwestionariusz	58	0.923

## RESULTS

In order to establish the reliability of the test, Cronbach's  $\alpha$  coefficient was calculated for each scale as well as for the entire questionnaire. The results of these calculations are presented in Table 1. It was decided to combine a group of healthy people and people with schizophrenia to obtain data about the reliability of the tool for clinical trials.

In order to assess theoretical validity, three analyses were performed. Firstly, the researchers conducted correlation analysis between the general CEQ-58 score and the score obtained in the tool Childhood Experiences – shortened version. The analysis showed that there is a statistically significant, negative and strong relationship between the results achieved by the two tools,  $r(58) = -0.68$ ;  $p < 0.001$ . Secondly, a correlation analysis was performed between the general score of CEQ-58 and the Global Assessment of Functioning Questionnaire. The present analysis established a statistically significant, positive and moderately strong relationship between the results achieved by the two tools,  $r(58) = 0.48$ ;  $p < 0.001$ . Thirdly, using a Student's  $t$ -test for independent data, general scores in CEQ-58 were compared in the group with diagnosed schizophrenia and the healthy group. The conducted analysis showed that in the group of people with diagnosed schizophrenia ( $M = 1.88$ ,  $SD = 0.42$ ), the score in CEQ-58 was statistically significantly higher than in the control group ( $M = 1.46$ ,  $SD = 0.41$ ),  $t(58) = 3.516$ ;  $p < 0.01$ . Cohen's  $d$  effect size amounted to 0.92 which indicates a large difference between the analysed variables.

## DISCUSSION

The pilot study resulted in the elimination of the two least reliable scales from the original questionnaire, i.e. the scales describing the protective function of one's environment and life- or health-threatening events. Furthermore, based on the pilot study results, the questionnaire was shortened from 120 to 58 questions.

## WYNIKI

W celu ustalenia rzetelności testu obliczono współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla każdej ze skal oraz dla wyniku ogólnego narzędzia. Efekt tych obliczeń przedstawiono w tabeli 1. Zdecydowano się połączyć grupę osób zdrowych i osób z diagnozą schizofrenii, aby uzyskać dane o rzetelności narzędzia na potrzebę badań klinicznych.

W celu oceny trafności teoretycznej wykonano trzy analizy. Po pierwsze, przeprowadzono analizę korelacji między wynikiem ogólnym KDD-58 a wynikiem w Kwestionariuszu Dzieciństwa – wersji skróconej. Przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje istotny statystycznie, ujemny i silny związek między wynikami tych narzędzi,  $r(58) = -0,68$ ;  $p < 0,001$ . Po drugie, przeprowadzono analizę korelacji między wynikiem ogólnym KDD-58 a wynikiem ogólnym KOOF-58. Przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje istotny statystycznie, dodatni i umiarkowanie silny związek między wynikami tych narzędzi,  $r(58) = 0,48$ ;  $p < 0,001$ . Po trzecie, za pomocą testu  $t$ -Studenta dla danych niezależnych porównano wyniki ogólne w teście KDD-58 w grupie osób z diagnozą schizofrenii i w grupie osób zdrowych. Przeprowadzona analiza wykazała, że w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii ( $M = 1,88$ ;  $SD = 0,42$ ) wyniki w teście KDD-58 były istotnie statystycznie wyższe niż w grupie kontrolnej ( $M = 1,46$ ;  $SD = 0,41$ ),  $t(58) = 3,516$ ;  $p < 0,01$ . Wielkość efektu  $d$  Cohena wyniosła 0,92, co wskazuje na dużą różnicę między badanymi zmiennymi.

## DYSKUSJA

Wyniki badania konstrukcyjnego stały się podstawą do odrzucenia dwóch najmniej rzetelnych skal pierwotnej wersji kwestionariusza – skali „Funkcja ochronna otoczenia” oraz skali „Wydarzenia zagrażające życiu lub zdrowiu”. Ponadto, na podstawie wyników tego badania kwestionariusz skrócono ze 120 do 58 pozycji.



Results of the study performed with the final version demonstrate that the CEQ-58 questionnaire is highly reliable ( $\alpha = 0.92$ ). Cronbach's  $\alpha$  of the 6 scales ranges from 0.77 ("Physical neglect") to 0.92 ("Emotional neglect") which shows satisfactory reliability of the scales. Only the scale on "Environmental instability" achieved unsatisfactory reliability ( $\alpha = 0.54$ ). This result suggests that the scale is comprised of test items which do not make up a coherent whole and an internally consistent coefficient. It appears that the questions included in this scale are only moderately linked to one another which may result from the fact that the scale includes several questions about non-interpersonal traumatic experiences. All in all, the scale requires further investigation and amendment. The arguments in favour of leaving this scale in the study was its clinical use, i.e. a clinician performing a qualitative analysis of the questionnaire may find the analysis of individual questions from this scale useful.

The analysis of the results achieved with the final version of the questionnaire (CEQ-58) demonstrates that its theoretical validity is satisfactory. CEQ-58 is highly correlated with the Childhood Questionnaire – the shortened version, a tool also used to measure childhood trauma. The correlation is a negative one due to the fact that high scores in the Childhood Questionnaire translate into low intensity of trauma. Moreover, CEQ-58 shows a moderate correlation with the Global Assessment of Functioning Questionnaire which, as expected [11, 13], illustrates that the more childhood or adolescence trauma an individual experienced, the less optimal their quality of functioning in adulthood. The validity of the tool was also analysed by assessing childhood trauma with the questionnaire in two groups: people with diagnosed schizophrenia and a control group of healthy subjects. In line with predictions inferred from numerous previous research projects [3, 25], people with schizophrenia experienced considerably more adverse events until the age 18 than the healthy group.

The hereby presented tool allows for the measurement of a broad spectrum of childhood traumatic experiences. It contains, among other things, two aspects that are rarely included in this type of tool: negative experiences with one's peers (school violence, bullying) and environmental instability. It is worth stressing that the "Negative experiences with one's peers" scale includes examining new forms of peer violence associated with the development of the Internet, which were not present until recently. In turn, the environmental instability scale deals with experiences which frustrate the need for security. This scale, in contrast to the other scales of CEQ-58, is mostly concerned with events which could be described as non-interpersonal (i.e. without the intention of hurting someone). It contains questions about events

Wyniki badania wersją właściwą wskazują, że kwestionariusz KDD-58 charakteryzuje się wysoką rzetelnością ( $\alpha = 0,92$ ). Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha 6 skal waha się od 0,77 („Zaniechanie fizyczne”) do 0,92 („Zaniechanie emocjonalne”), co świadczy o zadowalającej rzetelności tych skal. Jedynie skala „Niestabilność otoczenia” charakteryzuje się niesatysfakcjonującą rzetelnością ( $\alpha = 0,54$ ). Wynik ten sugeruje, że skala ta zawiera pozycje testowe, które nie tworzą spójnego wewnętrznie czynnika. Wydaje się, że ujęte w tej skali wydarzenia są ze sobą powiązane jedynie w umiarkowanym stopniu, co może wynikać m.in. z faktu, że skala ta zawiera kilka pytań o traumatyczne doświadczenia o charakterze nieinterpersonalnym. Skala ta wymaga dalszych badań prowadzących do jej modyfikacji. Za pozostawieniem tej skali przemawiały argumenty dotyczące klinicznego wykorzystania kwestionariusza. W tym przypadku klinicysta dokonujący jakościowej interpretacji wyników kwestionariusza może skorzystać z analizy pojedynczych pytań przynależących do tej skali.

Analiza przeprowadzona na podstawie wyników badania wersją właściwą kwestionariusza KDD-58 wskazuje, że narzędzie to charakteryzuje się satysfakcjonującą trafnością teoretyczną. KDD-58 wysoko koreluje z Kwestionariuszem Dzieciństwa – wersją skróconą, narzędziem, które również służy do pomiaru nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Korelacja ta jest ujemna ze względu na to, że wysokie wyniki w Kwestionariuszu Dzieciństwa oznaczają niskie nasilenie traumatycznych doświadczeń. Ponadto KDD-58 w umiarkowany sposób koreluje z KOOF-58, co zgodnie z oczekiwaniami [11, 13] wskazuje, że im więcej traumatycznych doświadczeń w okresie dzieciństwa lub dorastania doznała jednostka, tym jej funkcjonowanie w życiu dorosłym jest mniej optymalne. Trafność narzędzia zbadano również za pomocą oceny nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa w dwóch grupach: osób z diagnozą schizofrenii oraz w grupie osób zdrowych. Zgodnie z przewidywaniami opartymi na doniesieniach licznych publikacji [3, 25] osoby z diagnozą schizofrenii doświadczyły znacznie więcej niekorzystnych wydarzeń w okresie do 18 roku życia niż osoby zdrowe.

Niniejsze narzędzie umożliwia pomiar szerokiego spektrum traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Zawiera m.in. dwa aspekty rzadziej ujmowane w narzędziach tego typu: złe doświadczenia z rówieśnikami (przemoc szkolna, *bullying*) oraz niestabilność otoczenia. Warto podkreślić fakt, że skala „Złe doświadczenia z rówieśnikami” bada m.in. nowe formy przemocy rówieśniczej, do niedawna niewystępujące, a związane z rozwojem internetu. Z kolei skala niestabilność otoczenia dotyczy doświadczeń frustrujących potrzebę bezpieczeństwa. Skala ta w porównaniu z pozostałymi skalami KDD-58 dotyczy w największym stopniu wydarzeń, które można określić mianem nieinterpersonalnych (tj. bez intencji skrzywdzenia). Zawiera pytania o takie wydarzenia jak rozwód rodziców, stabilność ich

such as divorce of parents, stability of employment, and alcohol abuse and mental health disorders of parents. On the other hand, this tool does not contain questions about the “classic” traumatic experiences that are a threat to one’s life or health. The second scale containing questions about traumas of a non-interpersonal character, “Life- or health-threatening events” (e.g. being a victim of a car accident), was not preserved in the hereby discussed tool due low internal consistency.

## CONCLUSIONS

The results of the present study demonstrate that the CEQ-58 is of satisfactory reliability and validity. The questionnaire can be used in both academic research and clinical practice. In the case of clinical practice, caution is advised, due to the limitations of this project. In any case, it is worth considering including the patient’s traumatic experiences profile, in particular during childhood and adolescence [46, 47]. Using this tool could quicken and broaden the scope of a diagnostic interview made by a psychologist, psychotherapist, or a physician working in a psychiatric hospital, mental health clinic, or psychotherapy clinic.

The authors of this questionnaire hope that the availability of a tool which is free of charge and easily available will contribute to the promotion of this practice.

The current research project is not without its limitations. The main weakness refers to the fact that the pilot and the final studies were performed on a relatively small and, partially, specific group (i.e. people with a diagnosis of schizophrenia). Further research should focus on verifying the reliability and validity of the tool with a large general sample and specific diagnostic groups (e.g. people with anxiety disorders, depression, personality disorders, etc.). One of the consequences of the small number of participants is the broad confidence interval for the true scores of the Cronbach’s  $\alpha$  validity coefficient. For this reason, one should treat the reported values of this coefficient with caution. At the same time, it is worth noting that as a consequence of the small sample, the variance of the results is small, a common consequence of which is underestimation of the Cronbach’s  $\alpha$  coefficient [48]. Suggestions for further studies also include the development of standards for the tool as well as a shortened version, both for academic purposes and screening purposes in clinical situations.

zatrudnienia, nadużywanie alkoholu i zaburzenia psychiczne rodziców. Niniejsze narzędzie z kolei nie zawiera pytań o „klasyczne” traumatyczne doświadczenia zagrażające życiu lub zdrowiu. W drugiej skali zawierającej pytania o traumy o charakterze nieinterpersonalnym, skala „Wydarzenia zagrażające życiu i zdrowiu” (np. bycie ofiarą wypadku samochodowego) nie została zachowana w niniejszym narzędziu ze względu na niską spójność wewnętrzną.

## WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż KDD-58 charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością i trafnością. Kwestionariusz ten może być stosowany w badaniach naukowych. W przypadku praktyki klinicznej zaleca się ostrożność związaną z ograniczeniami niniejszego projektu. Niemniej warto rozważyć tworzenie profilu traumatycznych doświadczeń diagnozowanego pacjenta, w tym przede wszystkim z okresu dzieciństwa i dorastania [46, 47]. Wykorzystanie tego narzędzia może przyspieszyć oraz poszerzyć zakres wywiadu diagnostycznego przeprowadzanego przez psychologa, psychoterapeutę lub lekarza pracującego w szpitalu psychiatrycznym, w przychodni zdrowia psychicznego lub w ośrodku psychoterapii.

Autorzy niniejszego kwestionariusza mają nadzieję, że istnienie narzędzia, które jest bezpłatne i łatwo dostępne przyczyni się do rozwoju tego typu praktyki.

Niniejszy projekt nie jest pozbawiony pewnych ograniczeń. Najpoważniejszy z nich to fakt, że badanie konstrukcyjne i właściwe zostało przeprowadzone na stosunkowo niewielkiej i w części na specyficznej grupie osób (osób z diagnozą schizofrenii). Dalsze badania powinny być skoncentrowane na weryfikacji rzetelności i trafności narzędzia na dużej próbie ogólnej oraz w specyficznych grupach diagnostycznych (np. osób z zaburzeniami lękowymi, depresją, z zaburzeniami osobowości). Jedną z konsekwencji niewielkiej liczby osób badanych jest szeroki przedział ufności wyników prawdziwych wskaźnika rzetelności  $\alpha$  Cronbacha. Z tego powodu należy ostrożnie traktować przedstawione wartości tego współczynnika. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że konsekwencją nielicznej próby jest mała wariancja wyników, czego częstszą konsekwencją stanowi niedoszacowanie niż przeszacowanie wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha [48]. Dalszym krokiem powinno być również stworzenie norm dla narzędzia oraz stworzenie wersji skróconej, przeznaczonej dla celów naukowych, a w sytuacji klinicznej dla celów przesiewowych.

## Conflict of interest/Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

## Financial support/Finansowanie

Rafał Styła received financial support for the work on this project from the statutory funds of Faculty of Psychology, University of Warsaw (BST 1777/2016)./Rafał Styła otrzymał wsparcie finansowe w pracy nad niniejszym projektem ze środków statutowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (BST 1777/2016).

## References/Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, Arlington 2013.
2. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 340-348.
3. Zawadzki B, Strelau J. Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka* 2008; 2: 47-55.
4. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bental RP. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661-671.
5. De Bellis MD, Hooper SR, Woolley DP, Shenk CE. Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 570-577.
6. Dennison U, McKernan D, Cryan J, Dinan T. Schizophrenia patients with a history of childhood trauma have a pro-inflammatory phenotype. *Psychol Med* 2012; 42: 1865-1871.
7. Gil A, Gama CS, de Jesus DR, Lobato MI, Zimmer M, Belmonte-de-Abreu P. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 618-624.
8. Jumper SA. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl* 1995; 19: 715-728.
9. Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma critical review. *Schizophr Bull* 2007; 33: 3-10.
10. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 1999; 38: 1490-1496.
11. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol Med* 2002; 32: 991-996.
12. Oldham JM, Skodol AE, Gallaher PE, Kroll ME. Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: A pilot study. *Psychiatr Q* 1996; 67: 287-295.
13. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101-1106.
14. Berebaum H. Childhood abuse, alexithymia, and personality disorder. *J Psychosom Res* 1996; 41: 585-595.
15. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996; 41: 505-518.
16. Zalotnic C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 12-16.
17. Kinzl JF, Traweger C, Biel W. Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychother Psychosom* 1995; 64: 82-87.
18. Reilly J, Baker GA, Rhodes J, Salmon P. The association of sexual and physical abuse with somatization: Characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychol Med* 1999; 29: 399-406.
19. Salmon P, Calderbank S. The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *J Psychosom Res* 1996; 40: 329-336.
20. Read J. *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Brunner-Routledge, Hove 2004.
21. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med* 2013; 43: 225-238.
22. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebbergh W, de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38-45.
23. Daalman K, Diederens KM, Derks EM, van Lutterveld R, Kahn RS, Sommer IE. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med* 2012; 42: 2475-2484.
24. Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeifer S, Versmissen D, Lardinois M, Marcelis M, Delespaul P, Krabbendam L, van Os J, Myin-Germeys I. Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1286-1294.
25. Ruby E, Polito S, McMahon K, Gorovitz M, Corcoran C, Malaspina D. Pathways Associating Childhood Trauma to the Neurobiology of Schizophrenia. *Front Psychol Behav Sci* 2014; 3: 1-17.

26. Uçok A, Bikmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 371-377.
27. Vogel M, Meier J, Grönke S, Waage M, Schneider W, Freyberger HJ, Klauer T. Differential effects of childhood abuse and neglect: mediation by posttraumatic distress in neurotic disorder and negative symptoms in schizophrenia? *Psychiatry Res* 2011; 189: 121-127.
28. Carter AS, Wagmiller RJ, Gray SA, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ. Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 49: 686-698.
29. Dube SR, Anda RE, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DE, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama* 2001; 286: 3089-3096.
30. Carrión VG, Haas BW, Garrett A, Song S, Reiss AL. Reduced hippocampal activity in youth with posttraumatic stress symptoms: an fMRI study. *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 559-569.
31. Tupler LA, De Bellis MD. Segmented hippocampal volume in children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 523-529.
32. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 796-805.
33. Garety PA, Bebbington P, Fowler D, Freeman D, Kuipers E. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 2007; 37: 1377-1391.
34. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull* 2012; 138: 28.
35. Garrett M, Turkington D. CBT for psychosis in a psychoanalytic frame. *Psychosis* 2011; 3: 2-13.
36. Barker-Collo S, Read J. Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence, Abuse* 2003; 4: 95-111.
37. Murphy J, Shevlin M, Adamson G, Houston JE. From sexual abuse to psychosis: a pilot study exploring the social deafferentation hypothesis and the mediating role of avoidance. *Psychosis* 2013; 5: 36-47.
38. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain – a review. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 97-116.
39. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27: 33-44.
40. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Jama* 2000; 284: 592-597.
41. Pace TW, Mletzko TC, Alagbe O, Musselman DL, Nemeroff CB, Miller AH, Heim CM. Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1630-1633.
42. Cohen H, Kaplan Z, Matar MA, Loewenthal U, Zohar J, Richter-Levin G. Long-lasting behavioral effects of juvenile trauma in an animal model of PTSD associated with a failure of the autonomic nervous system to recover. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 464-477.
43. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences* 2008; 31: 183-191.
44. Dragan M. Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2016.
45. Styła R, Kowalski J. The psychometric characteristics of the Questionnaire of General Assessment of Functioning (QGAF-58) serving as a screening tool for the measurement of the intensity of psychopathological symptoms and the level of general functioning (w druku).
46. Briere J, Scott C. Podstawy terapii traumy. Diagnostyka i metody terapeutyczne. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2010.
47. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
48. Bonett DG, Wright TA. Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *J Organ Behav* 2015; 36: 3-15.



## CHILDHOOD EXPERIENCES QUESTIONNAIRE (CEQ-58)

Oksana Makoveychuk, Rafał Styła

Age: ..... years

Sex (*please underline*): female -- male

Education (*please underline*): primary -- secondary -- studying -- tertiary

The present questionnaire consists of 58 statements relating to positive and negative experiences from childhood and adolescence that each of us might have encountered. Some statements relate to difficult and intimate recollections. Nevertheless, try to answer them as honestly as possible. Put a cross on the scale from 1 to 5 to describe how often you encountered the situation described in each of the statements **during childhood or adolescence** where “1” means that it has not happened at all (*never*) and “5” indicates the situation occurred very frequently (*nearly always*).

	During childhood or adolescence...	1	2	3	4	5
		never	rarely	some-times	often	nearly always
1.	I used to have bruises or hematomas on my body resulting from beating.					
2.	my parents spent time with me in an enjoyable manner (e.g. went to the cinema, for a walk).					
3.	at least one of my parents suffered from depression or another mental disorder.					
4.	I was told by my family members that I was not needed.					
5.	my relatives were open in talking to me about my feelings.					
6.	I had someone to turn to when something difficult happened.					
7.	I was told that nobody would love me the way I was.					
8.	I was beaten.					
9.	in my family there was an atmosphere of acceptance and love.					
10.	there were times when, for a long period of time, I did not see one (or both) of my parents.					
11.	I was beaten by a family member.					
12.	my family praised me.					
13.	I was forced to engage in prostitution.					
14.	I had a group of close friends.					
15.	corporal punishment was used in my home.					
16.	at home I was told that I did not deserve anything.					
17.	I felt I was important to my family.					
18.	my family satisfied all my basic needs (e.g. feelings of safety and security, food, accommodation).					
19.	my teachers made sure that the school was a safe and pleasant place.					
20.	I was neglected.					
21.	kids laughed at me at school.					
22.	at home I was subject to emotional abuse.					
23.	my peers used to call me names.					
24.	my guardians made sure that I ate healthy.					
25.	we had financial problems at home.					
26.	my clothes did not fit me, were scruffy or dirty.					
27.	I was brought up in a two-parent family.					

	During childhood or adolescence...	1	2	3	4	5
		never	rarely	sometimes	often	nearly always
28.	my parents had stable jobs.					
29.	someone from my family undressed in my presence on purpose or walked around naked in my presence even though they knew I felt uncomfortable.					
30.	I had an impression that my parents preferred to take care of their own matters than me.					
31.	I had duties that were not commensurate with my age and thus were too much of a burden for me.					
32.	I lived in an orphanage or another institution (e.g. in a centre for victims of domestic violence).					
33.	I was ridiculed and degraded by my peers at school.					
34.	I was scared to come back home from school with a low grade because I was physically punished for it.					
35.	someone from my family ridiculed me.					
36.	somebody forced me to have sexual intercourse with them against my will.					
37.	there were days when there was nothing to eat at home.					
38.	I moved every 2 or 3 years.					
39.	I was touched in my intimate parts against my will.					
40.	nobody took care of me when I was ill.					
41.	my family did not have a permanent place to live.					
42.	someone published offensive content about me on the Internet.					
43.	I used to be beaten with items such as an iron cord or a belt.					
44.	my attempts to form closer relationships with people were criticised or ridiculed by my family members.					
45.	I used to be forced to touch someone's intimate parts.					
46.	someone used threats to persuade me to engage in some kind of sexual activity.					
47.	I was undressed against my will and by force.					
48.	I was able to openly talk about my problems with my parents.					
49.	close people from my surroundings abused me physically.					
50.	if I asked my peers for help, they were eager to do it.					
51.	someone intoxicated me using pharmacological substances and abused me sexually.					
52.	I felt important to my friends.					
53.	I lived with one of my parents.					
54.	I was sexually abused.					
55.	I was called names at home.					
56.	family members criticised my appearance or my skills.					
57.	I was mugged.					
58.	at least one of my parents abused alcohol or drugs.					

## KWESTIONARIUSZ DOŚWIADCZEŃ Z DZIECIŃSTWA (KDD-58)

Oksana Makoveychuk, Rafał Styła

Wiek: ..... lat

Płeć (proszę podkreślić odpowiedź): kobieta -- mężczyzna

Wykształcenie (proszę podkreślić odpowiedź): podstawowe -- średnie -- w trakcie studiów -- wyższe

Niniejszy kwestionariusz składa się z 58 stwierdzeń dotyczących dobrych i złych doświadczeń z dzieciństwa i okresu dorastania, które mogą być udziałem każdego z nas. Niektóre zdania dotyczą trudnych i intymnych wspomnień, niemniej postaraj się odpowiadać tak szczerze, jak możesz. Zaznacz krzyżykiem na skali od 1 do 5, jak często zdarzała Ci się sytuacja opisana w każdym ze stwierdzeń **w okresie dzieciństwa lub dorastania**, gdzie „1” oznacza, że dana sytuacja nie występowała (*nigdy*) a „5” oznacza jej maksymalną częstotliwość (*prawie zawsze*).

	W okresie dzieciństwa lub dorastania...	1	2	3	4	5
		nigdy	rzadko	czasami	często	prawie zawsze
1.	miewałem/am na ciele ślady po pobiciu takie jak siniaki lub krwiaki.					
2.	moi rodzice spędzali ze mną dużo czasu (np. wychodzili do kina, na spacer).					
3.	przynajmniej jeden z moich rodziców cierpiał na depresję lub inne zaburzenie psychiczne.					
4.	słyszałem/am od członków mojej rodziny, że nikomu nie jestem potrzebny/a.					
5.	moi bliscy byli otwarci na to, aby rozmawiać ze mną o moich uczuciach.					
6.	miałem/am się do kogo zwrócić, gdy zdarzyło mi się coś trudnego.					
7.	słyszałem/am, że nikt mnie nie pokocha takim/q jaki/a jestem.					
8.	bito mnie.					
9.	w mojej rodzinie panowała atmosfera akceptacji i miłości.					
10.	były okresy, kiedy długi czas nie widywałem/am się z jednym (lub obojgiem) z moich rodziców.					
11.	byłem/am uderzony/a przez członka mojej rodziny.					
12.	moja rodzina chwaliła mnie.					
13.	byłem/am zmuszany/a do prostytucji.					
14.	miałem/am paczkę zgranych przyjaciół.					
15.	w moim domu stosowano kary cielesne.					
16.	w moim domu mówiono mi, że na nic nie zastępuję.					
17.	czułem/am się ważny/a dla mojej rodziny.					
18.	moja rodzina zaspokajała wszystkie moje podstawowe potrzeby (np. poczucie bezpieczeństwa, jedzenie, warunki do mieszkania).					
19.	moi nauczyciele dbali o to, aby w szkole było bezpiecznie i miło.					
20.	byłem/am zaniedbywany/a.					
21.	dzieci śmiały się ze mnie w szkole.					
22.	w moim domu znęcano się nade mną psychicznie.					
23.	byłem/am wyzywany/a przez rówieśników.					
24.	opiekunowie dbali o to, abym zdrowo jadł/a.					
25.	w domu były problemy finansowe.					
26.	moje ubrania były niedopasowane, uszkodzone lub brudne.					
27.	dorastałem/am w pełnej rodzinie.					

	W okresie dzieciństwa lub dorastania...	1	2	3	4	5
		nigdy	rzadko	czasami	często	prawie zawsze
28.	moi rodzice mieli stabilną pracę.					
29.	ktoś z mojej rodziny specjalnie rozbrajał się przy mnie lub chodził nago w mojej obecności, chociaż wiedział, że mnie to krępowało.					
30.	odnosiłem/am wrażenie, że moi rodzice woleli zajmować się własnymi sprawami niż mną.					
31.	miałem/am obowiązki, które nie były adekwatne do mojego wieku i tym samym nadmiernie mnie obciążały.					
32.	mieszkałem/am w domu dziecka lub innej instytucji (np. w ośrodku dla ofiar przemocy w rodzinie).					
33.	byłem/am wyśmiewany/a i poniżany/a przez rówieśników w szkole.					
34.	bałem/am się wracać do domu ze szkoły z gorszą oceną, gdyż byłem/am za nią karany/a fizycznie.					
35.	ktoś z członków mojej rodziny wyśmiewał mnie.					
36.	wbrew mojej woli ktoś mnie zmuszał, bym odbył/a z nim stosunek płciowy.					
37.	zdarzały się dni, kiedy w moim domu nie było nic do jedzenia.					
38.	przeprowadzałem/am się raz na 2–3 lata.					
39.	byłem/am dotykany/a w miejsca intymne wbrew mojej woli.					
40.	nikt nie zajmował się mną, gdy byłem/am chory/a.					
41.	moja rodzina nie miała stałego miejsca zamieszkania.					
42.	ktoś publikował obraźliwe treści na mój temat w Internecie.					
43.	bywałem/am bity/a takimi przedmiotami jak sznur od żelazka czy pasek.					
44.	moje próby nawiązania bliższych relacji z kimś były krytykowane lub wyśmiewane przez członków mojej rodziny.					
45.	byłem/am zmuszany/a do dotykania kogoś w miejsca intymne.					
46.	ktoś za pomocą gróźb próbował nakłonić mnie do czynności o charakterze seksualnym.					
47.	zostałem/am rozebrany/a wbrew mojej woli przy użyciu siły fizycznej.					
48.	mogłem/am szczerze rozmawiać o swoich problemach z moimi rodzicami.					
49.	bliskie osoby z mojego otoczenia znęcały się nade mną fizycznie.					
50.	jeżeli prosiłem/am rówieśników o pomoc, chętnie mi jej udzielali.					
51.	ktoś odurzył mnie za pomocą środków farmakologicznych i wykorzystał seksualnie.					
52.	czułem/am się ważny/a dla moich kolegów i koleżanek.					
53.	mieszkałem/am z jednym z rodziców.					
54.	byłem/am molestowany/a seksualnie.					
55.	byłem/am wyzywany/a w domu.					
56.	członkowie mojej rodziny krytykowali mój wygląd lub moje umiejętności.					
57.	zostałem/am napadnięty/a i okradziony/a.					
58.	przynajmniej jeden z moich rodziców nadużywał alkoholu lub narkotyków.					