Psychometrische Eigenschaften der deutschen Kurzform des Early Trauma Inventory - Self Report (ETI-SF)

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Science“ (M.Sc.)
im Fach Psychologie

vorgelegt von

Theresa Böhme
Wiedergeltinger Straße 15
86807 Buchloe
Matr.Nr.: 01/877241

Universität Konstanz

Fachbereich Psychologie

Konstanz, 2018

Erstgutachter: Dr. Dipl.-Psych. Michael Odenwald
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-2-1rovs2kphd01l0

Zusammenfassung

Erfahrungen traumatischen Ausmaßes in der Kindheit können sowohl zu distinkten psychopathologischen Störungen und gravierenden Beeinträchtigungen der physischen Gesundheit als auch zu veränderten neurobiologischen Mechanismen führen. Momentan liegen im deutschen Sprachraum wenige gut validierte Erhebungsinstrumente vor, die sich auf die Erfassung von in der Kindheit erlebten potentiell traumatischen Ereignissen beziehen und nicht den gesamten Lebensverlauf erfragen. Die Masterarbeit überprüft die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Kurzform des Early Trauma Inventory (ETI-SR-SF) als Instrument zur Erfassung potentiell traumatischer Ereignisse im Kindes- und Jugendalter. Anhand einer Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten (N = 336) erfolgte die Itemanalyse, die Berechnung der internen Konsistenzmaße mittels Cronbach´s α sowie die Überprüfung der Vier-Faktorenstruktur des ETI-SR-SF in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse. Aufgrund der dichotomen Ausprägung der Items wurde der WLSMV-Schätzer gewählt. Im Rahmen der diskriminanten Validität wurden Zusammenhänge mit divergenten psychopathologischen Konstrukten (AUDIT, BDI-II, BSI) untersucht. Die Ergebnisse lassen auf eine zufriedenstellende Reliabilität (α = .80) und gute psychometrische Eigenschaften schließen. Die beobachteten Daten passen gut zu dem postulierten Modell und bestätigen die Gültigkeit der Vier-Faktorenstruktur des ETI-SR-SF (CFI = 0.959, TLI = 0.960, RMSEA = 0.044). Die Zusammenhänge zu ähnlichen, aber distinkten psychopathologischen Konstrukten fallen erwartungsgemäß niedrig bis moderat aus. Die deutsche Version des ETI-SR-SF stellt somit ein reliables Instrument für ein schnelles und ökonomisches Screening auf potentiell traumatische Ereignisse bis zum 18. Lebensjahr dar.

Abstract

Potentially traumatic experiences in childhood may lead to distinct psychopathological disorders, serious physical impairments and alterations in neurobiological mechanisms. In the German-speaking countries currently exist few well validated questionnaires for the assessment of potentially traumatic experiences in childhood and not across the whole life course. The present study investigates the psychometric properties of the German short form of the Early Trauma Inventory (ETI-SR-SF) as a questionnaire for the assessment of potentially traumatic experiences in childhood and youth. On a sample of 336 psychotherapy patients in ambulatory treatment the analysis of the items, the internal consistency (Cronbach´s α) as well as the verification of the proposed four-factor structure of the ETI-SR-SF in a confirmatory factor analysis was calculated. The WLSMV-estimator was used due to the dichotomous structure of the items. In terms of the discriminant validity correlations with divergent psychopathological constructs (AUDIT, BDI-II, BSI) were assessed. Results indicate satisfactory reliability (α = .80) and sound psychometric properties. The observed data fits well to the postulated model and confirms the validity of the four-factor structure of the ETI-SR-SF (CFI = 0.959, TLI = 0.960, RMSEA = 0.044). As expected, low to moderate correlations exist with similar but distinct psychopathological constructs. In sum, the German version of the ETI-SR-SF is a reliable questionnaire for a fast and economic screening of potentially traumatic experiences up to the age of 18.

Verzeichnisse

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 2
Abstract 3
Verzeichnisse 4
Inhaltsverzeichnis 4
Tabellenverzeichnis 6
Abbildungsverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 8
Theorie und Forschungsstand 9
Definition von Trauma 12
Formen von Trauma 15
Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen 18
Assessment von traumatischen Erfahrungen 24
Entstehungsgeschichte des Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form 26
Fragestellung und Hypothesen 29
Methoden 30
Design 30
Stichprobe 30
Messinstrumente 34
Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form (ETI-SR-SF) 34
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) 35
Beck Depressionsinventar II (BDI-II) 36
Brief Symptom Inventory (BSI) 37
Datenanalyse 38
Resultate 42
Analyse fehlender Werte 42
Itemanalyse 43
Diskriminante Validität 46
Konfirmatorische Faktorenanalyse 47

Diskussion 49
Ergebnisse 49
Fehlende Werte 49
Itemschwierigkeit 50
Trennschärfe 51
Inter-Faktor-Korrelationen 52
Interne Konsistenz 53
Konfirmatorische Faktorenanalyse 54
Ausschluss redundanter Items 55
Diskriminante Validität 55
Limitationen 57
Ausblick 59
Literaturverzeichnis 61
Anhang 75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Soziodemografische Daten der Stichprobe* 32

Tabelle 2 *Erste vergebene Diagnose nach ICD-10-Klassifikationen* 34

Tabelle 3 *Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen (SD), Trennschärfe und Cronbach´s α nach Eliminierung des Items auf Skalenebene* 45

Tabelle 4 *Cronbach´s α des ETI-SR-SF und seiner Subskalen* 46

Tabelle 5 *Inter-Faktor-Korrelationen des ETI-SR-SF* 46

Tabelle 6 *Diskriminante Validität: Korrelationen zwischen dem ETI-SR-SF Gesamtwert und seinen Subskalen mit dem AUDIT, BDI-II und BSI* 47

Tabelle 7 *Deutsche Version des Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form* 75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 *Gesamtzusammenfassung der fehlenden Werte* 42

Abbildung 2 *Standardisierte Faktorladungen der konfirmatorischen Faktorenanalyse auf den vier latenten Variablen und Inter-Faktor-Korrelationen* 48

Abkürzungsverzeichnis

ACC	-	anteriorer cingulärer Kortex
ACE		Adverse Childhood Experiences Questionnaire
AUDIT	-	Alcohol Use Disorder Identification Test
BDI / BDI-II	-	Beck Depressionsinventar / Beck Depressionsinventar - II
BSI / BSCL	-	Brief Symptom Inventory / Brief Symptom Checklist
CFI	-	Comparative Fit Index
CTQ	-	Childhood Trauma Questionnaire
DIA-X	-	Traumaliste des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen
dmPFC	-	dorsomedialer Präfrontalkortex
DSM-IV	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Revision
DSM-5	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Revision
EE	-	Emotionale Erfahrungen
EkB	-	Erzieherische / körperliche Bestrafung
ETI	-	Early Trauma Inventory
ETI-SR	-	Early Trauma Inventory – Self Report
ETI-SR-SF	-	Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form
GT	-	Generelle Traumata
ICD	-	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IFTL	-	Inventar zur Erfassung früher traumatischer Lebensereignisse
KERF	-	Belastende *K*indheits*erf*ahrungen
KPS-TX	-	Traumaliste der klinischen PTB-Skala für DSM-IV
KPTBS		Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
MACE	-	Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure
MCAR	-	Missing Completely at Random
PTBS	-	Posttraumatische Belastungsstörung
RMSEA	-	root mean error of approximation
SE	-	Sexuelle Erlebnisse
THQ	-	Trauma History Questionnaire
TLI	-	Tucker-Lewis-Index
vmPC	-	ventromedialer Präfrontalkortex
WLS	-	weighted least square
WRMR	-	Weighted Root Mean Residual

Theorie und Forschungsstand

1998 veröffentlichten Felitti et al. die ersten Ergebnisse einer groß angelegten epidemiologischen Studie zu retrospektiv berichteten ungünstigen Kindheitserfahrungen bis zum 18. Lebensjahr. Die Studie erfasst unterschiedliche Arten von Kindesmisshandlung/-missbrauch, im Haushalt lebende psychisch erkrankte, suizidale, substanzmissbrauchende oder jemals inhaftierte Personen sowie Gewalt gegen die Mutter. Die Hälfte der über 9 000 Personen erlitten mindestens eine, ein Viertel sogar mindestens zwei ungünstige Kindheitserfahrungen, welche das Risiko von Gesundheitsproblemen wie Alkoholismus, Drogenmissbrauch, Depressionen, Suizidversuchen, Rauchen, sexuell übertragbaren Krankheiten, Promiskuität und auf physischer Ebene Adipositas, Krebs, chronischen Lungenerkrankungen, koronaren Herzkrankheiten, Knochenbrüchen und Lebererkrankungen teils massiv erhöht. Die gravierenden, polymorphen Auswirkungen von Erfahrungen traumatischen Charakters in der Kindheit und Jugend wurden seitdem vielfach untersucht (Cross, Fani, Powers & Bradley, 2017; Danese & Tan, 2014; Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Lei, Beach & Simons, 2018; Nemeroff, 2016). Li, D'arcy und Meng (2016) errechneten in einer Meta-Analyse, dass eine Reduktion um 10-25 % von Misshandlungen in der Kindheit in einer möglichen weltweiten Prävention von 31-80 Millionen Fällen von Depression und Angsterkrankungen resultieren würde. Diese enormen gesundheitlichen Implikationen sind messbare Kriterien, jedoch darf nicht vergessen werden, dass Betroffene in ihrem täglichen Leben und Bindungsverhalten (Hill et al., 2001) auf Probleme stoßen, deren Genese ebenfalls durch frühkindliche Traumatisierungen bedingt ist, welche aber psychopathologisch nicht definiert und diagnostisch nicht abbildbar sind. Daher ist auch eine Berechnung möglicher der Gesellschaft auferlegter Kosten durch frühkindliche Misshandlungen und Traumata nur schwer durchzuführen. Studien in diesem Bereich variieren stark in den

Kosten verursachenden Faktoren, wie unmittelbar nach der Traumatisierung anfallende Kosten für Krankenhausaufenthalte und Therapie oder langfristig in Zusammenhang stehende Arbeitsausfälle und Behandlungen. Habetha et al. (2012) errechneten auf Basis der Fachliteratur eine jährliche Belastung der deutschen Gesellschaft von elf Milliarden Euro für das Alter von 15 bis 64 Jahren, die nur durch die Folgen von Kindesmisshandlungen entstehen. Dieser Wert basiert auf einer konservativen Herangehensweise und unterschätzt vermutlich die tatsächlich anfallenden Kosten (Habetha et al., 2012).

Nicht nur die Erfassung der Folgekosten gestaltet sich schwierig, auch die begriffsgenaue Abgrenzung frühkindlicher Traumatisierungen von anderen Formen von Trauma ist nach wie vor uneinheitlich. Es liegt eine Vielzahl unterschiedlicher Begrifflichkeiten für die Beschreibung von traumatischen Erlebnissen in Kindheit und Jugend vor, welche häufig ohne genaue Operationalisierung synonym verwendet werden (Spitzer, Meyer & Herrmann-Lingen, 2016). Die Mehrheit der Literatur bezieht sich jedoch auf Missbrauchserfahrungen, welche sowohl passiv in Form von Vernachlässigung als auch aktiv als Missbrauch auf körperlicher, emotionaler oder sexueller Ebene erfolgen können. Diese Operationalisierungen beeinflussen die Nosologie und Konzeption von Diagnose- und Screeningverfahren und bestimmen die Ausrichtung der Forschung. So führen unterschiedliche Formen der Kindesmisshandlung zu unterschiedlich starken psychopathologischen und physiologischen Auswirkungen (Hellou et al., 2017; Infurna et al., 2016; Li et al., 2016). Eine Untersuchung des Oberbegriffs der Kindesmisshandlung führt demnach zu ungenauen Ergebnissen, da die Stärke des Zusammenhanges durch die Form der Misshandlung moderiert wird (Infurna et al., 2016; Liu, 2018; Nelson, Klumparendt, Doebler & Ehring, 2017; Schilling, Weidner, Schellong, Joraschky & Pöhlmann, 2015). Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass eine klare Definition und Terminologie notwendig ist, momentan

jedoch viele verschiedene Begriffe koexistieren. Um durch weitere Forschung Zusammenhänge zwischen diversen Formen früher Traumatisierungen und daraus resultierenden Spätfolgen erkennen zu können und dadurch Prävention und Behandlung zu verbessern, ist eine strukturierte, operationalisierte Erfassung traumatischer Erfahrungen von speziell in der Kindheit aufgetretenen Ereignissen vonnöten. Diese Erfassung sollte mit Instrumenten erfolgen, welche wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen und anhand einer repräsentativen Stichprobe validiert wurden.

Momentan liegen wenige gut validierte Erhebungsinstrumente vor, die sich auf die Erfassung von in der Kindheit erlebten potentiell traumatischen Ereignissen beziehen und nicht den gesamten Lebensverlauf erfragen (Maercker & Bromberger, 2005). Der Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form (ETI-SR-SF; Bremner, Bolus & Mayer, 2007) ist ein Instrument zur retrospektiven Erfassung potentiell traumatischer Ereignisse vor dem 18. Lebensjahr. Er erfasst rein quantitativ das Vorliegen und die Anzahl unterschiedlicher Arten von Traumata, welche sich auf die vier Oberbereiche „Generelle Traumata“ (GT), „Erzieherische / körperliche Bestrafung“ (EkB), „Emotionaler Missbrauch“ (EE) und „Sexueller Missbrauch“ (SE) verteilen und sowohl bezeugte als auch selbst erlebte Gewalt beinhalten.

Im Folgenden werden die Terminologie traumatischer Erlebnisse in der Kindheit diskutiert, Langzeitfolgen aufgezeigt und auf die strukturierte Erfassung solcher Erfahrungen eingegangen. Im Besonderen wird der Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form vorgestellt, welcher in dieser Arbeit auf das Vorliegen guter psychometrischer Kennwerte überprüft wird.

Definition von Trauma

Die angemessene Definition des Begriffs „Trauma“ wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert (Wendt, 2011). Im alltagssprachlichen Gebrauch des Wortes werden jene Erfahrungen subsummiert, die „alles subjektiv empfundene Unglück oder jede[n] Verlust“ beinhalten (Wendt, 2011, S. 3) und somit die aus psychologischer Sicht enger gefassten Kriterien aushöhlen. Doch auch bei der wissenschaftlichen, engeren Operationalisierung eines „Traumas“ gibt es Diskrepanzen. Bezeichnet ein Trauma ein objektivierbares Ereignis, welches per se durch seine inhärenten Eigenschaften „traumatisch“ ist, wie Vergewaltigungen, Folter und schwere Unfälle; oder bestimmt die a posteriori durchgeführte subjektive Bewertung eines Ereignisses dieses als „traumatisch“? Diskutiert wird folglich, ob die adjektivische Zuschreibung „traumatisch“ aus dem Ereignis zugrundeliegenden Eigenschaften resultiert oder aus der individuellen Bewertung und nachfolgenden Reaktion auf dieses Ereignis. Terr (1991, S. 11) bezeichnet ein Trauma in der Kindheit als „mental result of one sudden, external blow or series of blows, rendering the young person temporarily helpless and breaking past ordinary coping and defensive operations“. Das Trauma ist folglich das psychische Ergebnis einer bestimmten Situation und nicht das Erlebnis an sich. Eine Überbetonung des subjektiven Kriteriums führt jedoch zu einem Verlust der diagnostischen Trennschärfe des Begriffs „Trauma“, da dieser in diesem Fall für sämtliche Situationen mit individuell empfundenem Leid genutzt werden kann und auch für „gewöhnlichere Belastungsfaktoren“ Anwendung findet (Wendt, 2011, S. 7). Darüber hinaus können objektive Ereignisse wie schwere Unfälle, Vergewaltigungen oder Folter nicht mehr per se als Traumata erfasst werden, da sie möglicherweise nicht von jedem als traumatisch bzw. die individuellen Bewältigungsressourcen überfordernd erlebt wurden. Dieses Argument würde als

Folge darin resultieren, die Ereignisse immer mit der subjektiven Bewertung und Reaktion zu erheben.

Die World Health Organisation legt mehr Wert auf das Ereignis und versteht Trauma als „… belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993). Die subjektive Komponente erhält in dieser Definition kaum Würdigung. Die Gefahr hierbei besteht jedoch darin, dass es zu einer Stigmatisierung von Personen mit bestimmten Erfahrungen kommt und ihre individuellen Bewältigungskompetenzen und die subjektiv unterschiedliche Wahrnehmung eines objektiv ähnlichen Ereignisses ignoriert werden. Zudem werden nach dieser Definition Ereignisse, die objektiv nicht den genannten Kriterien entsprechen, also beispielsweise nicht bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden, individuell jedoch als traumatisch erlebt werden und dementsprechende Symptome bei den Personen hervorrufen, nicht erfasst. Stattdessen werden hingegen objektiv „traumatische“ Ereignisse, die von der Person individuell aber nicht so erlebt und bewertet werden, erhoben. Wird lediglich diese Definition verwendet, werden Traumata demzufolge unter Umständen nur unzureichend erfasst, was in einer Verzerrung der Daten resultieren kann.

Die Definition der American Psychiatric Association (2013) vereinte im DSM-IV beide Ansätze, indem sowohl die äußeren Bedingungen, wie das direkt erlebte oder auch bezeugte Ereignis eines drohenden Todes, Verletzungen oder Gefahr der eigenen oder fremden körperlichen Unversehrtheit (A1-Kriterium) als auch die subjektive Reaktion im Sinne von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen der Person (A2-Kriterium) für eine Begriffsdiagnose inkorporiert werden. Dadurch wird versucht, eng gefasste objektive

Charakteristiken des Erlebnisses zu erweitern, ohne jede Form von Belastung als „traumatisch“ zu etikettieren und die Balance zwischen Spezifität und Sensitivität des Begriffs zu finden.

In jüngerer Zeit wird die im Begriff der „traumatischen Erfahrung“ vermeintliche Kausalität zwischen einer möglicherweise traumatisierenden Situation und der adjektivischen Zuschreibung „traumatisch“ sorgfältiger verwendet und stattdessen von „potentiell traumatischen Ereignissen“ gesprochen (Krammer, Simmen-Janevska & Maercker, 2013; Tagay, Repic & Senf, 2013). Der neutrale Begriff trägt sowohl dem Risikopotential bestimmter Erfahrungen als auch der subjektiven Einschätzung dieser Erfahrungen Rechnung.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Definitionen kommt es zu variierenden Angaben bezüglich der Lebenszeitprävalenz eines traumatischen Ereignisses. So berichten 25.2 % der Männer und 17.7 % der Frauen einer deutschen Stichprobe von mindestens einem potentiell traumatischen Ereignis nach DSM-IV A1-Kriterium, jedoch nur noch 18.6 % der Männer und 15.5 % der Frauen von einem traumatischen Ereignis nach A2-Kriterium. Von den Personen mit A2-Kriterium betrug die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) für Männer 2.2 % und für Frauen 14.5 % (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Studien konnten jedoch zeigen, dass das A2-Kriterium für die Diagnose einer PTBS nicht hinreichend notwendig ist, sodass es in der 5. Revision des DSM gestrichen wurde. Befürworter dieser Änderung beziehen sich ebenfalls darauf, dass es Personen gibt, die sich nicht mehr an die Gefühle während der Traumatisierung erinnern können oder wie betäubt waren. Dadurch wurde das A2-Kriterium nicht erfüllt und eine PTBS konnte nicht vergeben werden (Karam et al., 2010; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove & Bryant, 2010).

Formen von Trauma

Potentiell traumatische Erlebnisse können unterschiedliche Eigenschaften aufweisen, welche Einfluss auf die Langzeitauswirkungen haben. Terr (1991) unterscheidet zwischen Traumatisierungen nach Typ I und Typ II sowie akzidenteller und interpersoneller Ursache. Typ I Traumata treten einmalig und kurzfristig auf, wie Wirbelstürme, Unfälle oder auch einmalige sexuelle Übergriffe. Sie passieren häufig plötzlich und überraschend und sind durch akute Lebensgefahr gekennzeichnet. Typ II Traumata wiederholen sich mehrfach und zeitlich andauernd, wie Überschwemmungen oder Kriegserleben und Folter. Sie sind durch Serien von einzelnen traumatischen Ereignissen wie bei einem jahrelangen sexuellen Missbrauch und durch eine kaum gegebene Vorhersagbarkeit charakterisiert. Akzidentelle Traumata sind entgegen der durch Menschen verursachten interpersonellen Traumata zufällig auftretend. Traumata nach Typ I oder Typ II können jeweils akzidenteller oder interpersoneller Natur sein. Eine häufige Kombination ist ein lang anhaltendes Trauma nach Typ II interpersoneller Art in Form eines physischen oder sexuellen Missbrauchs in der Kindheit (Hecker & Maercker, 2015). Die Art des Traumas kann sich auf die nachfolgende Reaktion und Entwicklung psychischer und physischer Gesundheitsprobleme auswirken (Hecker & Maercker, 2015), sodass selbst unterschiedliche Formen von Kindesmisshandlung mit unterschiedlichen Auswirkungen in Zusammenhang stehen. Es konnte gezeigt werden, dass emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit eine stärkere Assoziation mit der Schwere einer Depression (Infurna et al., 2016; Nelson et al., 2017) und Impulsivität (Liu, 2018) aufweisen als andere Formen der Misshandlung.

Unabhängig von der Einordnung des Traumas existieren viele Begriffe für die einzelnen Arten von Traumatisierung, dabei werden speziell solche in der Kindheit weitaus weniger mit einheitlichen Begriffen ausgedrückt als Traumata generell. Ob Kindesmisshandlungen, Kindesmissbrauch, biografisch früher Stress, frühes Trauma oder belastende Kindheitserfahrungen; gemein ist allen Begriffen, dass sie aktive und passive sowie psychische, physische und sexuelle Formen zum Inhalt haben (Spitzer et al., 2016). Bei diesen Begriffen handelt es sich zumeist um interpersonelle Traumata von Typ II, d.h. Traumatisierungen, welche langanhaltend durch Menschen verursacht sind und besonders gravierende Auswirkungen haben (Hecker & Maercker, 2015).

Im Rahmen dieser Arbeit werden unter Kindesmisshandlungen sowohl aktive als auch passive Formen wie Missbrauch und Vernachlässigung verstanden. Kindesmisshandlungen werden auf diese Weise als eine Teilmenge der frühen Traumatisierungen gesehen. Viele Studienergebnisse beziehen sich undifferenziert auf Kindesmisshandlungen, ohne die Ergebnisse genauer in aktive und passive Formen zu unterscheiden. Die vorliegende Arbeit untersucht ein Instrument, welches sowohl diverse Formen der Kindesmisshandlung als auch andere, in der Kindheit stattfindende Situationen potentiell traumatischen Ausmaßes, wie Naturkatastrophen, erfragt. Der Schwerpunkt liegt hierbei jedoch auf interpersonellen Typ II Traumata, welche im ETI-SR-SF in verschiedenen aktiven und passiven Formen konkretisiert werden. Diese werden im Folgenden näher hinsichtlich ihrer Definition und Prävalenz erläutert.

Als aktive Form eines potentiell traumatischen Erlebnisses in der Kindheit wird der physische, emotionale und sexuelle Missbrauch verstanden. Nach dem DSM-5 (2013) muss bei dem physischen und emotionalen Missbrauch eine Schuldhaftigkeit durch die erwachsene Person vorliegen, wobei die Intention einer Verletzung des Kindes nicht vorhanden sein muss. Zwei

repräsentative deutsche Stichproben, die beide zur Erhebung den vielfach validierten und ins Deutsche adaptierten Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al., 2010) nutzen, weisen für physischen Missbrauch Prävalenzraten mit einer Spannweite von 6.7 % - 12.0 % und für emotionalen Missbrauch von 6.5 % - 10.2 % aus (Iffland, Brähler, Neuner, Häuser & Glaesmer, 2013; Witt, Brown, Plener, Brähler & Fegert, 2017).

Sexueller Missbrauch liegt vor, wenn ein Kind der sexuellen Befriedigung eines Erwachsenen dient (American Psychiatric Association, 2013) und findet sich bei 6.2 % - 7.6 % der repräsentativen Allgemeinbevölkerung in Deutschland wieder (Iffland et al., 2013; Witt et al., 2017).

Demgegenüber steht im Sinne einer passiven Form die Vernachlässigung. Diese kann sowohl auf physischer als auch auf emotionaler Ebene stattfinden. Prävalenzraten für emotionale Vernachlässigung liegen bei etwa 13 % (ebd.). Die häufigste Form das Kind schädigenden Verhaltens ist die physische Vernachlässigung. Darunter fallen unter anderem eine mangelhafte Versorgung mit Nahrung, Trinken, Kleidung, Medizin oder auch Bildung. Die Prävalenz variiert zwischen 22.5 % und 48.8 % (ebd.). Die große Spannweite der Auftretenshäufigkeit mag teilweise durch die erschwerte Erfassung von vernachlässigendem Verhalten durch Bezugspersonen im Vergleich zu aktivem Missbrauch geschuldet sein, da es hier um das Unterlassen von bestimmten, dem Kindeswohl dienenden Handlungen - also das Nicht-Handeln - geht (Slep, Heyman & Foran, 2015).

Auch das Vorliegen mindestens einer Missbrauchsform variiert von 31.0 % bis 54.5 %, wobei von diesen bis zu 46.1 % mehr als eine Form erlebten (Iffland et al., 2013; Witt et al., 2017). Die häufigste Kombination an Missbrauchsformen besteht aus physischer und

emotionaler Vernachlässigung (14.0 %), zudem weisen Frauen höhere Raten von emotionalem und sexuellem Missbrauch auf (Witt et al., 2017).

Bei allen Formen möglichen Missbrauchs oder Vernachlässigung ist es wichtig, eine klare Abgrenzung zwischen suboptimalem, jedoch nicht missbräuchlichem Elternverhalten und klar das Kind schädigendem Verhalten zu finden (Slep et al., 2015). Die Einschätzung über adäquate Erziehungsmaßnahmen und missbräuchliches Verhalten ist kulturell bedingt, sodass eine international anerkannte einheitliche Schwelle - auch wenn dadurch die Erfassung von potentiell traumatischen Erlebnissen in der Kindheit vereinfacht werden würde – mit Schwierigkeiten behaftet ist. Klassifikationssysteme wie die ICD oder DSM versuchen dies in ihren neueren Revisionen aufzugreifen (Slep et al., 2015). Der andauernde Diskurs über Definitionen und adäquate Abgrenzungsmöglichkeiten kann die mannigfachen Forschungsergebnisse über Implikationen solcher belastenden Kindheitserlebnisse nicht abschwächen. Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit können langfristig zu gravierenden Auswirkungen auf einer großen Spannweite an Gesundheitsrisiken führen (Felitti et al., 1998) und wirken sich auf physiologische Prozesse des Immun- und Hormonsystems, der Neuromodulation und der Epigenese aus (Nemeroff, 2016).

Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen

Die mit einer Lebenszeitprävalenz in den USA von 7-11 % (Breslau et al., 1998) häufigste direkte Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Dabei spielen die Charakteristika des Traumas eine entscheidende Rolle bei der Ausprägung und Symptomatik der PTBS; so ist beispielsweise das Risiko an einer PTBS zu erkranken um ein vielfaches höher bei interpersonell als bei akzidentell verursachten Traumata (Tagay et al., 2013).

In einer viel zitierten Meta-Analyse über 77 Studien von Brewin, Andrews und Valentine (2000) werden peritraumatische Faktoren wie die Schwere der traumatischen Erfahrung sowie posttraumatische Faktoren wie nachfolgender Stress und fehlende soziale Unterstützung als maßgebliche Risikoaspekte für die Entwicklung einer PTBS aufgeführt. Je mehr traumatische Erfahrungen eine Person im Lebensverlauf aufweist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Traumafolgestörung. Dieses Phänomen wird von Schauer, Neuner und Elbert (2011) als Bausteineffekt bezeichnet. Insbesondere frühe und sich wiederholende traumatische Kindheitserlebnisse wie Missbrauch oder Vernachlässigung können in additiver Weise zu einer Traumafolgestörung beitragen (Schauer et al., 2011). Dies entspricht ebenfalls der Annahme, dass Typ II Traumata mit interpersonell verursachten Situationen die ungünstigste Kombination darstellen. Von Menschen an anderen Menschen willentlich verursachte Traumata, welche lange anhalten, unvorhersehbar sind und sich wiederholen, resultieren demnach häufig in weitreichenderen Beeinträchtigungen als andere Formen (Hecker & Maercker, 2015). Daher wird für die elfte Revision der ICD die Neubenennung der PTBS in Klassische PTBS und die Aufnahme einer Komplexen PTBS (KPTBS) vorgenommen, welche die Kernsymptome Intrusion, Vermeidung und Übererregung um Probleme der Emotionsregulation, des Selbstkonzeptes und der zwischenmenschlichen Beziehungen erweitert und so die tiefgreifenden persönlichkeitserschütternden Auswirkungen schwerer Belastungserfahrungen aufgreift, ohne sich als Diagnose an spezifisch erlebten Trauma-Situationen zu orientieren (Hecker & Maercker, 2015). Das DSM-5 hat die Spezifizierung eines dissoziativen Subtypus aufgenommen, welcher durch Symptome der Depersonalisation oder/und Derealisation auf die besondere Schwere der Erkrankung hinweist (American Psychiatric Association, 2013). Oben genannte Erweiterungen und andere Vorschläge der Umstrukturierung der Traumafolgestörungen, wie bspw. die von van

der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday und Spinazzola (2005) vorgeschlagene Diagnose der „Developmental Trauma Disorder“ fanden keinen Eingang in das DSM-5.

Traumatische Erfahrungen im Kindesalter können zu weiteren schweren Folgestörungen im Jugend- und Erwachsenenalter führen. So konnte vielfach gezeigt werden, dass belastende Kindheitserlebnisse nicht nur mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Depression oder einer Angststörung assoziiert sind (Amado, Arce & Herraiz, 2015; Infurna et al., 2016; Li et al., 2016; Nelson et al., 2017), sondern auch die Chronizität und Rezidive psychischer Erkrankungen beeinflussen (Nemeroff, 2016).

Schilling et al. (2015) unterschieden in einer Studie mit 742 stationären Patienten zwischen drei Ausprägungen kindlicher Traumatisierung. Dabei wiesen die Personen mit dem schwersten Grad - multiplen Traumatisierungen und sexuellem Missbrauch - die meisten Diagnosen, höchsten Werte in einem Schwere-Index des psychischen Wohlbefindens und die geringsten Behandlungsergebnisse auf. Weitere Studien konnten diesen destruktiven Zusammenhang zwischen der Schwere der Traumatisierung und Schwere der Erkrankungen im Sinne von Chronizität und Behandlungsresistenz bestätigen (Nanni, Uher & Danese, 2012; Nelson et al., 2017). Eine über zehn klinische Studien durchgeführte Meta-Analyse kam zu dem Schluss, dass Missbrauch in der Kindheit mit einer schlechteren Wirksamkeit einer Psychotherapie, psychopharmakologischen Therapie oder der Kombination von beidem bei depressiven Patienten einhergeht (Nanni et al., 2012). Das Vorliegen frühkindlicher Traumatisierungen wirkt sich nicht nur auf die Wirksamkeit von Therapien aus, sondern auch auf die Art der zu wählenden Therapiemethode. Nemeroff et al. (2003) berichten für diese Patientengruppe eine Überlegenheit der Psychotherapie im Vergleich zu allein medikamentösen Behandlungen. Die Kombination beider Therapieansätze führte zu keiner statistisch signifikanten

Verbesserung im Vergleich zu der singulär administrierten Psychotherapie (Nemeroff et al., 2003). Frühe traumatische Erfahrungen spielen demnach eine Rolle für die Auswahl und Dauer einer adäquaten Behandlung.

Eine von Zatti et al. (2017) durchgeführte Meta-Analyse von neun Längsschnittstudien postuliert Misshandlungen in der Kindheit als Risikofaktor für einen Suizidversuch; Liu, Scopelliti, Pittman und Zamora (2018) fanden darüber hinaus eine Assoziation mit nicht-suizidalen Selbstverletzungen, welche bessere Indikatoren für einen vollendeten Suizid darstellen als vorherige Suizidversuche (Ribeiro et al., 2016).

Erfahrungen traumatischen Ausmaßes in der Kindheit können nicht nur distinkte psychopathologische Störungen zur Folge haben, sondern auch gravierende Beeinträchtigungen der physischen Gesundheit nach sich ziehen. Diverse Längsschnittstudien und Meta-Analysen berichten, dass Kindesmisshandlungen stark mit der Entwicklung von körperlichen Erkrankungen wie Typ-II Diabetes (Basu, McLaughlin, Misra & Koenen, 2017), Herzkreislauferkrankungen (Basu et al., 2017; Lei et al., 2018; Spitzer et al., 2016), Adipositas (Danese & Tan, 2014) und Fibromyalgie (Hellou et al., 2017) assoziiert sind.

Traumatische Ereignisse in der Kindheit stehen zudem in einem starken positiven Zusammenhang mit diversen suchtbezogenen Störungen wie Essstörungen (Molendijk, Hoek, Brewerton & Elzinga, 2017) oder Alkohol- und Drogenmissbrauch (Dutcher, Vujanovic, Paulus & Bartlett, 2017; Rasmussen, Arefjord, Winje & Dovran, 2018). Menschen mit psychiatrischen Störungen und Misshandlungen in der Kindheit haben verglichen zu denen ohne Misshandlungen eine schlechtere kognitive Funktionsfähigkeit (Mercier, Masson, Bussières & Cellard, 2018). Diese kognitive Funktionsfähigkeit agiert nach Edalati und Krank (2016) als Mediator zwischen Misshandlungen in der Kindheit und der damit assoziierten erhöhten

Anfälligkeit für Substanzmissbrauchsstörungen und lässt sich durch Veränderungen in Struktur und Funktion spezifischer Gehirnareale erklären, welche mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit assoziiert sind.

Frühkindliche traumatische Erlebnisse stehen mit veränderten neurobiologischen Mechanismen im Rahmen des Stress-Reaktions-Systems des Körpers, strukturellen und funktionellen Gehirnveränderungen sowie der Genetik und Epigenetik in Zusammenhang (Li et al., 2016; Teicher, Anderson, Ohashi & Polcari, 2014). So vermuten Coelho, Viola, Walss-Bass, Brietzke und Grassi-Oliveira (2014), dass auch nach Beendigung traumatischer Erfahrungen im Kindesalter spezifische physiologische Reaktionen andauern und die Funktionsfähigkeit des Immunsystems langfristig schädigen sowie einen chronischen Entzündungsstatus bedingen. Zudem werden epigenetische Einflüsse auf das Immunsystem und die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse - das Stress-System des Körpers - postuliert, sodass die physiologisch-endokrinologische Reaktion auf Stress langfristig verändert ist und das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen steigt (Cross et al., 2017; Ramo-Fernández, Schneider, Wilker & Kolassa, 2015).

Strukturelle Gehirnunterschiede zeigen sich durch Veränderungen in der Neurobiologie von Hippocampus, Präfrontalkortex, Amygdala, Corpus Callosum und dem Neocortex (Cross et al., 2017; Li et al., 2016). So wurde bei Beobachtern interparentaler Gewalt in der Kindheit ein reduziertes Volumen der grauen Substanz im visuellen Cortex festgestellt (Tomoda, Polcari, Anderson & Teicher, 2012). Dies rechtfertigt auch aus neuropsychologischer Sicht eine Aufnahme von bezeugter Gewalt in die gängigen Klassifikationssysteme. Zudem zeigen sich Unterschiede in der Neurofunktionalität bei Personen mit und ohne Misshandlungen in der Kindheit. Kindesmisshandlungen stehen in Zusammenhang mit einer erhöhten Aktivierung des

ventro- und dorsomedialen Präfrontalkortex (vmPFC, dmPFC) sowie des anterioren cingulären Kortex (ACC) und einer verringerten Aktivierung des Hippocampus und Amygdala (Hart et al., 2018; Heany et al., 2017). Menschen, die Kindesmisshandlungen erlebten, weisen nicht nur strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen auf, sondern unterscheiden sich auch in der Netzwerkarchitektur des Gehirns. Regionen wie der anteriore Cinguli, Temporal- und Okzipitalpol oder der mediale frontale Gyrus, die an Prozessen wie Emotionsregulation, Aufmerksamkeit und soziale Kognitionen beteiligt sind, weisen bei Personen mit Misshandlungen eine verringerte Zentralität auf. An der Wahrnehmung internaler Emotionen und selbstbezogenem Denken involvierte Strukturen sind durch eine erhöhte Zentralität charakterisiert. Durch diese Veränderungen reduziert sich möglicherweise die Kapazität, Impulse zu kontrollieren und Intentionen oder Anschauungen anderer richtig zu attribuieren. Zudem erhöht sich vermutlich die Kapazität, sich mit internen Emotionen und selbstzentriertem Denken zu beschäftigen, sodass die Entstehung einer Psychopathologie begünstigt werden könnte (Teicher et al., 2014).

Die Auswirkungen traumatischer Ereignisse in der Kindheit können vielseitig und massiv das Denken, Fühlen und Handeln des Betroffenen beeinflussen. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass nicht jedes traumatische Ereignis mit der Ausbildung einer Traumafolgestörung einhergeht und kein „monokausaler Zusammenhang“ zwischen traumatischen Ereignissen und psychopathologischen Symptomen besteht (Schmid, Fegert & Petermann, 2010). Risikoerhöhende Faktoren, wie die besondere Schwere des Traumas oder der sozioökonomische Status fließen gemeinsam mit psychosozialen Schutzfaktoren, wie emotionale Unterstützung nach dem traumatischen Ereignis, gute Beziehung zu Gleichaltrigen, gute schulische und berufliche Entwicklung und stabile Partnerschaften, in ein bio-psycho-soziales

Modell ein (Brewin et al., 2000; Schmid et al., 2010). Potentiell traumatische Erfahrungen in der Kindheit stellen eine von vielen Variablen in einem multifaktoriellen Modell dar.

Da frühkindliche Traumatisierungen mit so gravierenden Folgen für die psychische und physische Gesundheit assoziiert sind und die Art der Traumatisierung Auswirkungen auf die Folgesymptomatik und die Wahl eines geeigneten Behandlungsansatzes hat, ist eine gute Diagnosestellung für Klinik und Forschung elementar.

Assessment von traumatischen Erfahrungen

Bei dem Assessment potentiell traumatischer Erfahrungen muss zwischen verschiedenen Erhebungsmethoden und -zielen unterschieden werden. Instrumente zur Diagnosestellung orientieren sich eng an Symptomclustern der Störungsbilder in den jeweils gültigen Klassifikationssystemen und verweisen nicht auf die Erfassung potentiell traumatischer Erfahrungen, sondern auf deren Auswirkungen. Als Goldstandard für die Diagnosestellung haben sich strukturierte Interviews, mit denen die Erlebenswelt des Patienten multidimensional erfasst werden kann, herauskristallisiert (Tagay et al., 2013). Screening-Instrumente in Fragebogenformat wie der ETI-SR-SF eignen sich aufgrund ihrer eingeschränkten Informationserfassung nicht zur Diagnosestellung. Sie können jedoch zügig wichtige Informationen über das klinische Zustandsbild des Patienten geben, bieten für psychotherapeutische Methoden wie beispielsweise die Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie (Schauer et al., 2011) Anhaltspunkte für wichtige Ereignisse und können vor allem im Alltag von Kliniken und Ambulanzen schnell und ökonomisch durchgeführt und ausgewertet werden. Die Forschung profitiert zudem von der guten Vergleichbarkeit der gesammelten Daten (Tagay et al., 2013). Interviews, die traumatische Erfahrungen erfassen, laufen Gefahr, über die Formulierung von Fragen Erinnerungen suggestiv zu beeinflussen

(Driessen, Schulte & Sutmann, 2006), beziehen jedoch häufig eine große Bandbreite an Charakteristiken potentiell traumatischer Erlebnisse, wie Dauer, Häufigkeit und Alter bei Beginn des traumatischen Ereignisses sowie Anzahl und Beziehung mit ein (Roy & Perry, 2004). Diese Tateigenschaften stehen für einige Diagnosen mit der Schwere der Psychopathologie im Zusammenhang (Roy & Perry, 2004).

Die Entscheidung für die Wahl eines Interviews oder eines Fragebogens sollte zusätzlich von dem Bedarf und den Ressourcen des Klinikers abhängen, da kontroverse Studienergebnisse uneins über die Vorteile eines Verfahrens gegenüber dem anderen sind und so für ein Andauern der wissenschaftlichen Debatte sorgen (Smith, Lam, Bifulco & Checkley, 2002).

Für die deutschsprachige Erfassung traumatischer Erfahrungen über den Lebensverlauf hinweg liegen mehrere Instrumente sowohl im Fragebogen- als auch im Interviewformat wie der Trauma History Questionnaire (THQ; Maercker, 2002), die Traumaliste der klinischen PTB-Skala für DSM-IV (KPS-TX, dt. Übersetzung des CAPS; Karl, 2000) und die Traumaliste des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen (DIA-X, Erweiterung des Composite International Diagnostic Interview (CIDI);Wittchen & Pfister, 1997) vor. Für die Erfassung traumatischer Erfahrungen in der Kindheit liegen mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al., 2010), der deutschen Version des ETI namens „Inventar zur Erfassung früher traumatischer Lebensereignisse“ (IFTL; Heim, 2000), der Skala „Belastende *K*indheits*erf*ahrungen“ (KERF; Isele et al., 2014) und der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE; Wingenfeld, Schäfer et al., 2011) immer mehr standardisierte deutschsprachige Inventare vor, die in unterschiedlichem Ausmaß validiert wurden. Bei der retrospektiven Erfassung von spezifischen Formen von Missbrauchs- und Vernachlässigungsvorkommnissen in der Kindheit liegen einige englischsprachige

Erhebungsinstrumente vor (Roy & Perry, 2004). Für den deutschsprachigen Raum finden sich bis dato keine retrospektiven Screening-Instrumente, die nur auf einzelne Formen der Kindesmisshandlung wie auf emotionalen Missbrauch ausgerichtet sind.

Roy und Perry (2004) präsentieren eine Aufstellung aller bis zum Zeitpunkt der Publikation veröffentlichten retrospektiven Erhebungsinstrumente von traumatischen Erfahrungen in englischer Sprache und monieren, dass nur die Hälfte statistisch ausreichend evaluiert wurde. Um einen bedenkenlosen und zielführenden Einsatz retrospektiver Screeningverfahren nutzen zu können, ist eine adäquate Validierung unbedingt erforderlich.

Screening-Instrumente im Fragebogenformat, die potenziell traumatische Erlebnisse im Kindesalter erfassen, liegen im deutschsprachigen Raum zwar vor, sind häufig jedoch statistisch nicht ausreichend validiert. Aus diesen Gründen wird in der vorliegenden Arbeit der ETI-SR-SF vorgestellt und an einer repräsentativen Stichprobe evaluiert.

Entstehungsgeschichte des Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form

Bremner, Vermetten und Mazure veröffentlichten 2000 ein halbstandardisiertes biografisches Interview zur multidimensionalen Erfassung frühkindlicher traumatischer Erfahrungen durch trainierte Interviewer, welches noch im selben Jahr ins Deutsche übersetzt wurde und „Inventar zur Erfassung früher traumatischer Lebensereignisse“ (IFTL; Heim, 2000) genannt wurde. Das Early Trauma Inventory (ETI; Bremner et al., 2007) erfasst über 56 Items auf vier Skalen potentielle Traumatisierungen in den Bereichen „Generelle Traumata“ (GT), „Erzieherische / körperliche Bestrafung“ (EkB), „Emotionale Erfahrungen“ (EE) sowie „Sexuelle Erlebnisse“ (SE) von Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Für jedes Item wird das Vorkommen eines Traumas, das Alter bei Beginn und Ende, die Dauer, Häufigkeit und

Beziehung zum Täter sowie die emotionale Belastung durch das Ereignis in der Kindheit und in der Gegenwart erfasst. Das Interview umfasst also sowohl das objektive Ereignis als auch die subjektive Bewertung. Testdiagnostische Untersuchungen bescheinigen dem ETI eine reliable und valide Konzeption zur Erfassung früher Traumata. Wingenfeld, Driessen et al. (2011) attestierten der deutschen Adaption von Heim (2000) eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität und verweisen auf die hohe Übereinstimmung mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al., 2010), welcher ebenfalls das Konstrukt der kindlichen Traumatisierungen misst. Der ETI wurde ebenfalls erfolgreich in anderen Kulturkreisen adaptiert (Mello et al., 2010; Śpila, Makara, Chuchra & Grzywa, 2005).

2007 modifizierten Bremner et al. das halbstandardisierte Interview zu einem 62-Item langen Fragebogen (Early Trauma Inventory – Self-Report; ETI-SR), welcher von den Personen selbst ausgefüllt wird und stellten aufgrund faktoranalytischer Berechnungen eine mögliche Kurzform durch die Entfernung redundanter Items vor (Early Trauma Inventory – Self-Report – Short Form, ETI-SR-SF). Die Kurzform besteht aus 27 Items, welche sich ungleich auf die vier beibehaltenen Skalen verteilen und ein dichotomes Antwortformat mit Nein (0) / Ja (1) aufweisen, sodass lediglich das Auftreten eines Ereignisses und keine weiteren Eigenschaften der traumatisierenden Situation erfragt werden. Der Fragebogen erfasst potentiell traumatisierende Situationen, bezieht sich demzufolge auf objektive Ereignisse und nicht auf die subjektive Bewertung. Diese wird in zwei zusätzlichen Items für die gravierendste Erfahrung hinsichtlich Angst und/oder Dissoziation erfragt. Die Skala „Generelle Traumata“ erhebt allgemeine potentiell traumatische Erfahrungen wie Naturkatastrophen und Unfälle, aber auch Trennung und Verlust von Bezugspersonen, die psychopathologische familiäre Vorbelastung sowie Alkohol- / Drogenmissbrauch des Umfeldes. Zudem wird nicht nur das eigene Erleben, sondern auch

bezeugte Gewalt erfragt (siehe Item 1_11). Die drei übrigen Skalen beziehen sich auf spezifische, selbst erlebte Formen des Missbrauchs und der Vernachlässigung, wobei lediglich die emotionale, nicht jedoch die weitaus häufigere physische Vernachlässigung erfasst wird. Alle Items sind in vollem Wortlaut in Tabelle 7 im Anhang aufgeführt.

Der ETI-SR-SF wurde in verschiedenen Kulturkreisen und Sprachen (Brasilianisch, Chinesisch, Griechisch, Koreanisch, Niederländisch, Spanisch) adaptiert und anhand einer großen Bandbreite an Stichproben (drogenabhängige und depressive Patienten, gemischte Bevölkerungsstichprobe, Kriegsveteranen, Studierende und Frauen im Wochenbett) mit zufriedenstellenden bis sehr guten psychometrischen Kennwerten evaluiert (Antonopoulou, Konstantakopoulos, Tzinieri-Coccosis & Sinodino, 2017; Hyman, Garcia, Kemp, Mazure & Sinha, 2005; Jeon et al., 2012; Osório et al., 2013; Plaza et al., 2011; Rademaker, Vermetten, Geuze, Muilwijk & Kleber, 2008; Wang, Du & Chen, 2008). Auch die Vier-Faktorenstruktur mit den latenten Faktoren „Generelle Traumata“, „Erzieherische / körperliche Bestrafung“, „Emotionale Erfahrungen“ und „Sexuelle Erlebnisse“ des ETI-SR-SF konnte vielfach repliziert werden (Antonopoulou et al., 2017; Jeon et al., 2012; Osório et al., 2013; Ostergaard, 2013).

Im deutschsprachigen Bereich erfolgte eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Kurzversion anhand einer Stichprobe (N=123) von Suchterkrankten in psychiatrischer Behandlung (Ostergaard, 2013). Eine Validierung an einer allgemeinen Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten mit einer ausreichend großen Probandenanzahl wird im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt.

Sousa und Rojjanasrirat (2011) operationalisieren Anforderungen für die Adaptierung eines Instrumentes an einen Kultur- und Sprachraum. Die psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes sollten anhand einer repräsentativen Stichprobe mit mindestens zehn

Versuchspersonen pro Item und mindestens 300 Personen für eine konfirmatorische Faktorenanalyse überprüft werden. Diese Anforderungen sollen im Rahmen dieser Arbeit erfüllt und der ETI-SR-SF als qualitativ hochwertig verifiziert werden.

Fragestellung und Hypothesen

Die Masterarbeit überprüft die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Kurzform des Early Trauma Inventory (ETI-SR-SF) als Instrument zur Erfassung potentiell traumatischer Ereignisse im Kindes- und Jugendalter. Zudem wird die Gültigkeit des bestehenden Faktorenmodells für eine Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten in Deutschland mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse auf den Prüfstand gestellt. Im Rahmen der diskriminanten Validität werden Zusammenhänge mit divergenten psychopathologischen Konstrukten untersucht. Dies führt zur Formulierung folgender Hypothesen:

Hypothese 1:

Reliabilität: Der ETI-SR-SF weist eine gute interne Konsistenz auf.

Hypothese 2:

Divergente Validität: Der ETI-SR-SF weist zu anderen psychopathologischen Konstrukten wie gefährlichem Alkoholkonsum (AUDIT), Depressionen (BDI-II) und dem „allgemeinen Stress-Index psychischer Störungen“ (BSI) moderate Übereinstimmungen auf.

Hypothese 3:

Faktorielle Validität: Die bisherige Faktorenstruktur mit den vier Faktoren „Generelle Traumata“, „Erzieherische / körperliche Bestrafung“, „Emotionale Erfahrungen“ und „Sexuelle Erlebnisse“ kann bestätigt werden.

Methoden

Design

Die für die vorliegende Arbeit benötigten Fragebögen wurden über einen Zeitraum von sechs Jahren von April 2012 bis zum Stichtag Ende April 2018 erfasst und im Sinne eines Querschnittdesigns untersucht. Die Psychotherapieambulanz für Forschung und Lehre der Universität Konstanz legt standardmäßig jedem Klienten im Rahmen der Probatorik ein Set an Fragebögen unter anderem zur Erfassung von Gesundheit, Substanzkonsum, Stress-Symptomen, Depression und traumatischen Erlebnissen vor. Der Klient wird über den Nutzen sowohl für seinen Therapeuten als auch für die wissenschaftliche Forschung aufgeklärt und kann seine Zustimmung zu dieser freiwilligen Teilnahme abgeben. Die Daten sind anonym gespeichert und stehen nur autorisierten Projektmitarbeitern zur Verfügung.

Stichprobe

Ende April 2018 lagen die Daten von 340 Personen vor. Vier Personen mussten aus den Analysen ausgeschlossen werden, da sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet (n = 3) oder den ETI-SR-SF nicht ausgefüllt hatten (n = 1). Dies resultierte in einem Datensatz mit N = 336 Fällen, davon 140 (41.7 %) männlichen und 196 (58.3 %) weiblichen Geschlechts. Für einige Personen lagen Daten über den ETI-SR-SF, nicht aber über den BDI-II (n = 2), den BSI (n = 2) oder den AUDIT (n = 16) vor, was zu einem verringerten und unterschiedlichen N bei den Analysen der diskriminanten Validität führte.

Das durchschnittliche Alter für die Gesamtstichprobe (N = 336) betrug 31.32 (SD = 11.97) Jahre. Der Geschlechtsunterschied hinsichtlich Alter wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich ihres Alters [M = 31.53 (SD = 11.76) *vs.* M = 31.17 (SD = 12.14); $t(334)$ =.27, p = .79]. Die

überwiegende Mehrheit der Patienten war ledig (77.7 %) oder verheiratet (13.1 %) sowie kinderlos (77.4 %). Die Stichprobe wies einen hohen Anteil an Fachhochschul-/Hochschul- oder Meisterabschlüssen auf (48.5 %). 92 Personen (27.1 %) erzielten als höchsten bislang erreichten Abschluss das Abitur. Dieser im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung[1] recht hohe formale Bildungsgrad liefert einen Hinweis auf eine mögliche Selektion der Stichprobe durch die Anbindung der psychotherapeutischen Ambulanz an die Universität Konstanz. Die Hälfte der Probanden gab an, zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig zu sein (n = 170; 50.6 %). Dieser hohe Wert muss mit Vorsicht betrachtet werden, da bei einer Überprüfung der Daten ersichtlich wurde, dass sich darunter 121 Studenten sowie zwei Doktoranden und nur 44 Personen mit tatsächlich erlernten, jedoch momentan nicht ausgeführten Berufen befinden. Die Kategorie „In Ausbildung“ wurde ausschließlich für Personen in Ausbildungsberufen genutzt. Eine vollständige Auflistung der soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe (N=336) findet sich in Tabelle 1 wieder.

[1] Im Jahr 2017 erlangten von der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 31.9 % das Abitur und 16.5 % einen Bachelor-/Master- oder Diplomabschluss (Statistisches Bundesamt, 2018).

Tabelle 1

Soziodemografische Daten der Stichprobe

	Häufigkeit	%[a]	Gültige %[b]
Geschlecht	*n* = 336		
Männlich	140	41.7	-
Weiblich	196	58.3	-
Alter	*n* = 336		
19 - 20	21	6.3	-
21 - 30	192	57.1	-
31 - 40	48	14.3	-
41 - 50	47	14.0	-
51 - 60	17	5.1	-
61 - 70	8	2.4	-
71 - 75	3	0.9	
Familienstand	*n* = 333		
verheiratet	44	13.1	13.2
wiederverheiratet	3	0.9	0.9
verwitwet	1	0.3	0.3
getrennt lebend	3	0.9	0.9
geschieden	21	6.3	6.3
ledig	261	77.7	78.4
Anzahl an Kindern	*n* = 328		
0	260	77.4	79.3
1	30	8.9	9.1
2	30	8.9	9.1
3	6	1.8	1.8
4	1	0.3	0.3
5	1	0.3	0.3
Höchster bislang erzielter Abschluss	*n* = 319		
Grund- / Primarschule	1	0.3	0.3
Sonderschulabschluss	1	0.3	0.3
Hauptschul- / Realschulabschluss	63	18.8	19.7
Abitur	91	27.1	28.5
Fachhochschul- / Hochschul- / Meisterabschluss	163	48.4	51.1
Berufstätigkeit	*n* = 330		
nicht berufstätig	170	50.6	51.5
berufstätig	144	42.9	4365
berentet	8	2.4	2.4
in Ausbildung	8	2.4	2.4

Anmerkungen: [a] Für den prozentualen Anteil bilden die vorhandenen und fehlenden Werte die Basis der Berechnung. [b] Für den gültigen prozentualen Anteil bilden die vorhandenen Werte die Basis der Berechnung.

Bei 324 Personen wurde im Rahmen der Probatorik eine Diagnose nach der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10* (ICD-10; Dilling et al., 1993) gestellt (siehe Tabelle 2). Fast der Hälfte der Probanden wurde eine psychische Erkrankung aus dem Symptomcluster der affektiven Störungen diagnostiziert (47.6 %). Darauf folgten mit 38.4 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen. Bei 26 Personen (8.0 %) lag eine Diagnose nach F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ vor, welche sich in sieben Fällen auf Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) und in 19 Fällen auf Anpassungsstörungen (F43.2) bezog. Nur wenige Personen erhielten eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis oder aus den Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen sowie sonstige Störungen mit verhaltensbezogenem Charakter. 150 Personen erhielten eine zweite Diagnose. Hierbei wurden ungefähr gleich viele affektive Störungen (34.7 %) wie neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (36.0 %) vergeben. Der Anteil an psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stieg leicht an (11.3 %). Bei 39 Personen wurde eine dritte Diagnose angegeben. Den größten Anteil machten die neurotischen, belastungs- und somatoforme Störungen (30.8 %) aus.

Tabelle 2

Erste vergebene Diagnose nach ICD-10-Klassifikationen

Klassifikation nach ICD-10	Häufigkeit	%[a]	Gültige %[b]
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	12	3.6	3.7
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	3	0.9	0.9
Affektive Störungen	160	47.6	49.4
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	129	38.4	39.8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	9	2.7	2.8
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7	2.1	2.2
Entwicklungsstörungen	1	0.3	0.3
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	0.9	0.9

Anmerkung: [a] Für den prozentualen Anteil bilden die vorhandenen und fehlenden Werte die Basis der Berechnung. [b] Für den gültigen prozentualen Anteil bilden die vorhandenen Werte die Basis der Berechnung.

Messinstrumente

Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form (ETI-SR-SF)

Der Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form (ETI-SR-SF; Bremner et al., 2007) ist die Kurzform der Fragebogenvariante des ursprünglich ebenfalls von Bremner et al. (2000) als halbstrukturiertes Interview erstellten Early Trauma Inventory. Die Items der deutschen Kurzform entsprechen analog denen der englischsprachigen Kurzform, sie wurden jedoch aus der validierten deutschen Fassung des ETI (Wingenfeld, Driessen et al., 2011) extrahiert, sodass eine Verzerrung aufgrund von Übersetzungsfehlern ausgeschlossen werden kann. Die Kurzform erfasst mit gesamt 27 Items retrospektiv potentiell traumatische Ereignisse vor dem 18. Lebensjahr auf den Subskalen „Generelle Traumata“ (GT; 11 Items), „Erzieherische

/ körperliche Bestrafung“ (EKB; 5 Items), „Emotionale Erfahrungen“ (EE; 5 Items) und „Sexuelle Erlebnisse“ (SE; 6 Items). Zusätzlich werden in zwei alleinstehenden Items die unmittelbaren Reaktionen auf die subjektiv gravierendste Erfahrung hinsichtlich Angst und/oder Dissoziation erfragt.

Die Kodierung der Kurzform erfolgt binär mit Ja (1) oder Nein (0). Für jede Skala werden alle mit Ja (1) beantworteten Fragen addiert und bilden den Summenwert dieser Skala. Nicht ausgefüllte Items werden automatisch mit Nein (0) bewertet, sodass sich die Anzahl an fehlenden Werten im Summenscore nicht wiederfindet. Zudem wird aus allen 27 Items ein Gesamtsummenwert gebildet. Der ETI-SR-SF konnte in verschiedenen Sprachen und unterschiedlichen Stichproben eine gute Reliabilität sowohl für den Gesamtwert ($0.83 \leq$ Cronbach´s $\alpha \leq 0.87$) als auch für die Subskalen ($0.54 \leq$ Cronbach´s $\alpha \leq 0.83$) erzielen (Jeon et al., 2012; Osório et al., 2013). Die deutschsprachige Fassung des ETI-SR-SF wurde bisher von Ostergaard (2013) anhand einer Stichprobe von Suchterkrankten mit guten bis sehr guten Kennwerten für den Gesamtwert (Cronbach´s $\alpha = 0.83$) und die einzelnen Skalen ($0.69 \leq$ Cronbach´s $\alpha \leq 0.80$) validiert.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Der von der World Health Organization entwickelte und in sechs Ländern evaluierte Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, La Fuente & Grant, 1993) ist ein Instrument zur Erfassung von Alkoholkonsum, riskantem Trinkverhalten sowie alkoholbezogenen Problemen. Für die primäre Gesundheitsversorgung entwickelt, kann der AUDIT sowohl im Selbstbericht, als auch im Interviewformat administriert werden und dient der frühen Triagierung von riskantem und bereits schädlichem Alkoholkonsum sowie dem

Vorliegen einer Abhängigkeitssymptomatik. Der AUDIT dient nicht der Diagnosestellung, sondern ist den Screeningverfahren zuzuordnen.

Das Instrument umfasst zehn Items und wird pro Frage mit einem Punktwert von 0-4 codiert. Somit ist eine maximale Ausprägung von 40 Punkten möglich. Die Autoren des AUDIT empfehlen einen Cut-Off Wert von acht Punkten für Männer und sieben Punkten für Frauen und Personen über 65 Jahren. Punkte oberhalb dieser Cut-Off Werte lassen einen Verdacht auf riskanten Alkoholkonsum sowie ab 20 Punkten auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit zu (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Die deutsche Fassung des AUDIT zeigt gute psychometrische Kennwerte (Dybek et al., 2006) und weist bei einer von Rumpf, Hapke, Meyer und John (2002) untersuchten Stichprobe der Allgemeinbevölkerung ein Cronbachs´s α von 0.75 auf. Ebenfalls in dieser Studie wird darauf hingewiesen, dass das für den AUDIT bei der Allgemeinbevölkerung beste Ergebnisse hinsichtlich Sensitivität erreicht werden kann, wenn ein Cut-Off Wert von fünf Punkten für riskanten Alkoholkonsum gewählt wird. Die Spezifität wird durch einen Cut-Off Wert von sechs Punkten für eine Abhängigkeit verbessert (Rumpf et al., 2002).

Beck Depressionsinventar II (BDI-II)

Das Beck Depressionsinventar II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) ist die Revision des BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) und liegt seit 2006 in der deutschen Variante vor (Hautzinger, Kühner & Keller, 2006). Das BDI-II erfasst durch eine Selbstbeurteilung das Vorliegen und die Schwere depressiver Symptomatik über eine Dauer von zwei Wochen in Konsistenz mit den Diagnosekriterien des DSM-IV. Der BDI-II dient trotz der Anlehnung an das DSM-IV nicht der Diagnosestellung, sondern ist den Screeningverfahren

zuzuordnen. Auf jeder der 21 Fragen werden vier Ausprägungen (0-3) in jeweils aufsteigendem Schweregrad des erfragten Symptoms angeboten. Aufsummiert ergibt sich ein Maximalwert von 63 Punkten, wobei der Summenwert direkt die Schwere der Depression wiedergibt (Beck et al., 1996). Bei 0–13 Punkten liegt keine oder eine minimale, 14–19 Punkten eine milde, 20–28 Punkten eine moderate und 29–63 Punkten eine schwere depressive Symptomatik vor.

Der BDI-II gilt als eines der meistbenutzten Selbstbeurteilungsverfahren einer depressiven Symptomatik und weist eine sehr gute interne Konsistenz vor. So liegen für unterschiedliche Stichproben mit nichtklinischen, akuten oder entlassenen Personen mit Depression Cronbach´s α -Koeffizienten von $\alpha \geq 0.84$ vor (Hautzinger et al., 2006; Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007). Im Rahmen der konvergenten Validität konnten hohe Übereinstimmungen mit anderen Depressionen messenden Selbstbeurteilungsinstrumenten gezeigt werden (Kühner et al., 2007).

Brief Symptom Inventory (BSI)

Die unter den Namen Brief Symptom Checklist (BSCL) beziehungsweise Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Spencer, 1993) bekannte Kurzform der etablierten Symptom Checklist – 90 (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1977) erfasst durch eine Selbstbeurteilung störungsunabhängig die subjektiven Auswirkungen von körperlichen und psychischen Beschwerden innerhalb der letzten sieben Tage. Hierfür werden für jede der 53 Fragen fünf Ausprägungen (0-4) in jeweils aufsteigendem Schweregrad des erfragten Symptoms angeboten.

Die Symptome verteilen sich auf die neun Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus sowie vier Zusatzitems. Der globale

Schwereindex (GSI) repräsentiert die allgemeine psychische Belastung und stellt den psychometrisch besten Kennwert dar (Franke, 2000).

Der BSI weist in diversen Studien für einige Skalen nur mangelnde interne Konsistenzen auf. So variieren die Cronbach´s α -Koeffizienten für die Skalen zwischen α = 0.39 (Phobische Angst) und α = 0.85 (Depressivität) in der Studie von Franke (2000), zwischen α = .70 (Psychotizismus) und α = 0.87 (Depressivität) bei Geisheim et al. (2002) sowie zwischen α = .71 (Psychotizismus) und α = 0.85 (Depressivität) in der Originalstudie (Derogatis & Spencer, 1993). Der globale Kennwert GSI hingegen weist konsistent über verschiedene Stichproben hinweg sehr gute Kennwerte (α > .90) auf (Franke, 2000; Geisheim et al., 2002). Im Rahmen der konvergenten Validität konnten hohe Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen und konstrukt-ähnlichen Instrumenten gezeigt werden (Geisheim et al., 2002).

Datenanalyse

In einem ersten Schritt erfolgte eine deskriptive Analyse der fehlenden Werte des ETI-SR-SF, um mögliche vorliegende Muster aufdecken zu können. Dies ermöglicht Aufschluss darüber, ob einzelne Fragen häufiger unbeantwortet bleiben und inwiefern dies die Validität des Fragebogens beeinträchtigen könnte. Zudem kann hierdurch abgeklärt werden, ob die fehlenden Werte vollkommen zufällig sind und nicht auf das zugrundeliegende zu messende Konstrukt zurückzuführen sind, womit ein fallweiser Ausschluss gerechtfertigt wäre. In vielen Statistikprogrammen ist ein listenweiser Fallausschluss als Default gesetzt, was allerdings problematisch ist, wenn die Datenstruktur nicht Missing Completely at Random (MCAR) entspricht. Der statistische Test auf MCAR nach Little (1988) war aufgrund der dichotomen Skalierung nicht möglich. In diesem Fall kann eine Complete Case Analysis mit vollständig

ausgefüllten Daten angewendet werden, ohne dass es zu Einschränkungen der Validität kommt (Hohl, 2007). Eine statistische Überprüfung der Datenstruktur auf MCAR gestaltet sich für kategoriale Variablen innerhalb eines Querschnittdesigns als schwierig, da sich zum jetzigen Zeitpunkt noch keine fundierten und validierten Methoden für kategoriale und im Besonderen binäre Variablen finden lassen. Daher lässt sich diese Annahme lediglich anhand einer deskriptiven Untersuchung der fehlenden Werte in der Datenmatrix und klinisch-logischen Überlegungen überprüfen.

Für jedes Item des ETI-SR-SF wurden die Häufigkeit und der Mittelwert mit Standardabweichung sowie die Trennschärfe mittels korrigierten punktbiserialen Item-Skala Korrelationen ermittelt. Dies erfolgte aufgrund der dichotomen Ausprägung der Items (Bortz & Weber, 2005). Der Mittelwert stellt bei binären Items mit einer 0 und 1 Kodierung das Hundertstel der Itemschwierigkeit dar. Die Itemschwierigkeit bezieht sich darauf, wie viele Personen einem Item im Sinne des erfassten Konstruktes zugestimmt haben (Bortz & Döring, 2016). Als Maß der Reliabilität wurde die interne Konsistenz mit α -Koeffizienten nach Cronbach (1951) herangezogen. Cronbach´s α wurde sowohl für jedes Item bezogen auf die jeweilige Skala nach Ausschluss dieses Items, als auch für die vier Summenwerte der Skalen und den Gesamtwert ermittelt. Zudem geben Interkorrelationen zwischen den vier Skalen untereinander und dem Gesamtwert über deren Zusammenhänge Aufschluss. Im Rahmen der Konstruktvalidität wurde die diskriminante Validität des ETI-SR-SF überprüft. Hierfür wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson (Campbell & Fiske, 1959) zwischen den vier Skalen und dem Gesamtwert und Instrumenten zur Erfassung abgrenzbarer psychopathologischer Konstrukte berechnet. Diese Konstrukte beziehen sich auf gefährlichen Alkoholkonsum (AUDIT), einen allgemeinen Schwereindex psychopathologischer Symptome

(BSI) und Depressivität (BDI-II). Es ist anzunehmen, dass zwischen den Konstrukten substantielle Korrelationen auftreten, da es sich um psychopathologische Manifestationen seelischen Leids handelt, welche durch frühkindliche Traumata bedingt sein können. Eine hohe Komorbidität von Depressivität, riskantem Alkoholkonsum und der Schwere allgemeiner psychopathologischer Symptome mit potentiell traumatischen Erfahrungen in der Kindheit ist anzunehmen. Dennoch müssen teststatistisch gute Instrumente zwischen diesen Konstrukten unterscheiden können. Daher werden höchstens moderate, aber nicht hohe Korrelationen erwartet.

Die faktoranalytische Gültigkeit des Vier-Faktorenmodells des ETI-SR-SF konnte vielfach für unterschiedliche Stichproben in mehreren Ländern bestätigt werden (Antonopoulou et al., 2017; Jeon et al., 2012; Osório et al., 2013; Ostergaard, 2013). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit die Gültigkeit des bestehenden Faktorenmodells für eine Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten in Deutschland mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse auf den Prüfstand gestellt. Das aus vier latenten Faktoren und 27 beobachtbaren Variablen bestehende Modell wurde an die tetrachorischen Korrelationen zwischen den Items des ETI-SR-SF mittels dem *mean and variance-adjusted weighted least squares* (WLSMV) Schätzer angepasst. Tetrachorische Korrelationen stellen einen Spezialfall der polychorischen Korrelation dar und finden bei der Korrelation von beobachtbaren dichotomen Variablen Anwendung (Flora & Curran, 2004).

Bei den $N = 336$ im Datensatz vorliegenden Fällen lagen bei 38 Personen ein oder mehrere fehlende Werte vor, sodass durch einen listenweisen Fallausschluss lediglich $n = 298$ Fälle in die Faktorenanalyse einbezogen wurden. Für kategoriale Daten werden die folgenden Fit-Indices empfohlen (Schreiber, Nora, Stage, Barlow & King, 2006): Tucker-Lewis Index

(TLI; Tucker & Lewis, 1973), Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; Steiger, 1990), Weighted Root Mean Residual (WRMR; Muthén & Muthén, 2010). Der häufig berichtete Chi^2-Test of Model Fit erhält von Schreiber et al. (2006) keine Empfehlung für die Beurteilung der Güte von Modellen auf Basis kategorialer Variablen und wird daher in dieser Arbeit berichtet, aber nicht interpretiert. Damit ein Modell eine gute Passung hat, sollten die Werte des TLI größer oder gleich 0.96, des CFI größer oder gleich 0.95 und des RMSEA kleiner oder gleich 0.06 sein (Hu & Bentler, 1999). Schreiber et al. (2006) befürworten diese Cut-Off-Werte auch für kategoriale Variablen und listen zusätzlich den WRMR mit kleiner oder gleich 0.90 auf.

Die Berechnungen der Inter-Faktor-Korrelationen und die Analyse der Items sowie der internen Konsistenz erfolgte mit SPSS 25 (IBM Corp, 2017). Aufgrund der dichotomen Ausprägung der Items und der damit verbundenen Wahl spezieller Schätzer wurde die konfirmatorische Faktorenanalyse in Mplus 4 berechnet (Muthén & Muthén, 2006).

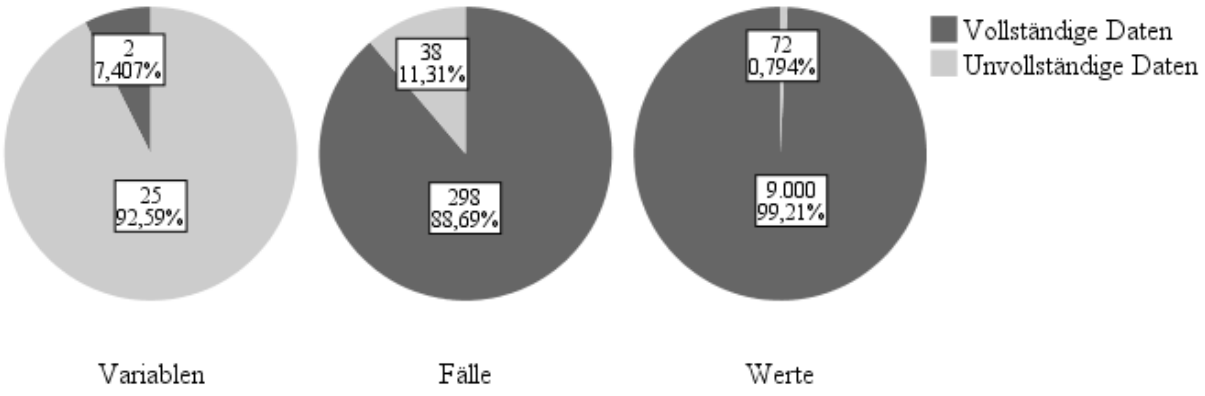
Resultate

Analyse fehlender Werte

Fehlende Werte entstanden aufgrund fehlender Antworten auf Itemebene. Dabei kann nicht festgestellt werden, ob diese Items vergessen oder absichtlich nicht beantwortet wurden, sei es aufgrund von Verständnisproblemen, unsicheren Erinnerungen oder der Weigerung, gewisse Erfahrungen zu offenbaren. Die mit sieben Fällen (2.1 %) am häufigsten ausgelassene Frage ist Item 1_9, gefolgt von je fünf Fällen der Items 4_4 sowie 1_7 (je 1.5 %). Die Items 2_2 sowie 3_2 waren die einzigen Fragen, die in allen Fällen (*N* = 336) vollständig ausgefüllt wurden. Die restlichen Items enthielten gleichmäßig verteilt einen bis vier fehlende Fälle. Es zeigte sich kein monotones Muster an fehlenden Werten in der Datenmatrix. Somit kann postuliert werden, dass es keine eindeutige Verzerrung in den fehlenden Werten gibt, beispielsweise durch eine abnorme Häufung eines Items. Die deskriptiven Analysen zu den fehlenden Werten sind in Abbildung 1 aufgeführt. Insgesamt fehlen lediglich 0.79 % aller Werte, die Anzahl an ausgeschlossenen Fällen durch fehlende Werte innerhalb der Fälle beträgt 11.31 % am gesamten Datensatz.

Abbildung 1

Gesamtzusammenfassung der fehlenden Werte



Anmerkung: N = 336 Fälle, die Variablen beziehen sich auf die 27 Items.

Itemanalyse

Tabelle 3 gibt die Häufigkeiten, Mittelwerte (*M*) sowie die Standardabweichung (*SD*), die Trennschärfe und Cronbach´s α nach Eliminierung des Items auf Skalenebene an. Die Itemschwierigkeit wird durch den Mittelwert ersichtlich. Die Items 1_1 „Naturkatastrophen“, 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ und 2_2 „Brandverletzung“ sind sehr schwer (M < 0.04). Die Skala „Sexuelle Erlebnisse“ weist die meisten Items (4_3, 4_4, 4_5, 4_6) mit sehr hohen Schwierigkeiten zwischen $M = 0.04$ und $M = 0.08$ auf. Alle Trennschärfen liegen im positiven Bereich. Die Items der Skala „Generelle Traumata“ haben die geringsten Werte der korrigierten Item-Skala- Korrelation ($r_{it} < .4$) und vor allem die Items 1_1 „Naturkatastrophen“ ($r_{it} = .115$) und 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ ($r_{it} = .088$) können nur ungenügend zwischen Personen mit hoher oder niedriger Ausprägung im Sinne des Kriteriums „Generelle Traumata“ differenzieren. Die Trennschärfen der übrigen Skalen liegen bis auf das Item 2_2 „Brandverletzung“ ($r_{it} = .158$) über dem Wert von 0.40.

Die interne Konsistenz wurde mittels Cronbach´s α-Koeffizienten für den Gesamtwert und die einzelnen Skalen errechnet und ist in Tabelle 4 ersichtlich. Cronbach´s α für den Gesamtwert des ETI-SR-SF betrug 0.802. Die Skala „Generelle Traumata“ wies mit einem α-Koeffizienten von .581 die schlechteste interne Konsistenz auf, während die anderen Skalen Werte von .658 (EkB) bis .796 (SE) erreichten. Die Differenz zwischen Cronbach´s α der Skalen und dem Cronbach´s α für die jeweiligen Skalen-Summenscores nach Eliminierung des Items in Tabelle 3 zeigt den Mehrwert jedes Items für die Reliabilität an. Die Mehrheit der Items trägt deutlich zu einer Verbesserung der internen Konsistenz der Skalen bei, lediglich die Items 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ (α = .583) sowie 2_2 „Brandverletzungen“ (α = .688) würden durch Eliminierung eine marginale Verbesserung der internen Konsistenz auf Skalenebene bewirken.

Die Inter-Faktor-Korrelationen in Tabelle 5 indizieren niedrige bis moderate Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen ($r = .235$ bis $r = .468$, $p < 0.01$) sowie moderate bis hohe Korrelationen zwischen dem Gesamtwert und den Skalen GT, EkB und EE ($r = .708$ bis $r = .768$, $p < 0.01$). Die Skala SE weist den geringsten Korrelationskoeffizienten zum Gesamtwert auf ($r = .596$, $p < 0.01$).

Tabelle 3

Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen (SD), Trennschärfe und Cronbach´s α nach Eliminierung des Items auf Skalenebene

Item		Häufigkeit (Gültige %[a])	Mittelwert (*SD*)	Korrigierte Item-Trennschärfe für die Skala[b] (Gesamtwert[c])	Cronbach´s α nach Eliminierung des Items
Generelle Traumata					
1_1	Naturkatastrophe	13 (3.9)	.04 (.19)	.115 (.090)	.580
1_2	Schwerer Unfall	41 (12.3)	.12 (.33)	.226 (.148)	.563
1_3	Schwere persönliche Verletzung	100 (30.0)	.30 (.46)	.395 (.377)	.518
1_4	Tod/Krankheit Bezugsperson	155 (46.3)	.46 (.50)	.254 (.189)	.558
1_5	Trennung der Eltern	96 (28.7)	.29 (.45)	.219 (.200)	.566
1_6	Tod/Krankheit Geschwisterteil	43 (12.9)	.13 (.34)	.174 (.170)	.573
1_7	Tod/Verletzung Freund	72 (21.8)	.22 (.41)	.312 (.297)	.542
1_8	Bezeugte Gewalt	141 (42.5)	.42 (.50)	.360 (.464)	.527
1_9	Psychische Störung in Familie	176 (53.5)	.53 (.50)	.262 (.250)	.556
1_10	Drogen-/Alkoholmissbrauch einer Bezugsperson	90 (26.8)	.27 (.44)	.280 (.296)	.550
1_11	Bezeugter gewaltsamer Tod	6 (1.8)	.02 (.13)	.088 (.071)	.583
Erzieherische / körperliche Bestrafung					
2_1	Schlag ins Gesicht	176 (53.0)	.53 (.50)	.422 (.350)	.605
2_2	Brandverletzung	12 (3.6)	.04 (.19)	.158 (.220)	.688
2_3	Geschlagen oder getreten	171 (51.0)	.51 (.50)	.551 (.415)	.531
2_4	Verletzung durch Objekt	56 (16.8)	.17 (.38)	.435 (.357)	.599
2_5	Gestoßen oder geschubst	169 (50.9)	.51 (.50)	.500 (.446)	.560
Emotionale Erfahrungen					
3_1	Oft runter gemacht/verspottet	193 (57.8)	.58 (.50)	.479 (.427)	.734
3_2	Ignoriert/Gefühl nicht zu zählen	170 (50.6)	.51 (.50)	.588 (.422)	.693
3_3	Oft erzählt nichts wert zu sein	79 (23.8)	.24 (.43)	.573 (.523)	.703
3_4	Vernachlässigende Behandlung	98 (29.5)	.30 (.46)	.521 (.460)	.719
3_5	Unverstandene Bedürfnisse	168 (50.5)	.50 (.50)	.488 (.496)	.731
Sexuelle Erlebnisse					
4_1	Unangenehme intime Berührung	91 (27.2)	.27 (.45)	.609 (.363)	.764
4_2	Unangenehme Reibung von Geschlechtsteilen	53 (15.8)	.16 (.37)	.646 (.316)	.740
4_3	Gezwungen, andere Person zu berühren	27 (8.1)	.08 (.27)	.592 (.329)	.757
4_4	Erzwungener Geschlechtsverkehr	27 (8.2)	.08 (.27)	.580 (.338)	.759
4_5	Erzwungener Analverkehr	12 (3.6)	.04 (.19)	.461 (.284)	.789
4_6	Erzwungener Kuss	26 (7.8)	.08 (.27)	.520 (.322)	.772

Anmerkung: [a] Für den gültigen prozentualen Anteil bilden die vorhandenen Werte die Basis der Berechnung. [b] korrigierte Item-Skala-Korrelation. [c] korrigierte Item-Total-Korrelation.

Tabelle 4

Cronbach´s α des ETI-SR-SF und seiner Subskalen

Skala	Mittelwert (*SD*)	α
ETI-SR-SF	6.95 (4.34)	.802
Generelle Traumata	2.76 (1.95)	.581
Erzieherische / körperliche Bestrafung	1.73 (1.40)	.658
Emotionale Erfahrungen	2.09 (1.70)	.759
Sexuelle Erlebnisse	.68 (1.31)	.796

Tabelle 5

Inter-Faktor-Korrelationen des ETI-SR-SF

	Generelle Traumata	Erzieherische / körperliche Bestrafung	Emotionale Erfahrungen	Sexuelle Erlebnisse
ETI-SR-SF Gesamtwert	.762**	.708**	.768**	.596**
Generelle Traumata	1			
Erzieherische / körperliche Bestrafung	.376**	1		
Emotionale Erfahrungen	.374**	.468**	1	
Sexuelle Erlebnisse	.272**	.235**	.326**	1

Anmerkung: ** $p < 0.01$, einseitig.

Diskriminante Validität

Zur Überprüfung der diskriminanten Validität wurde der Zusammenhang zwischen den einzelnen Skalen des ETI-SR-SF und seinem Gesamtwert mit verwandten, aber distinkten psychopathologischen Konstrukten untersucht. Ein Zusammenhang mit gefährlichem Alkoholkonsum – erfasst durch den AUDIT – besteht lediglich in geringfügigem Ausmaß für die Skala EkB ($r = .171$, $p < 0.01$) und den Gesamtwert ($r = .136$, $p < 0.05$). Die Beziehung zu einer mit dem BDI-II gemessenen depressiven Symptomatik ist ebenso niedrig bis moderat wie zu dem globalen Schwereindex psychischer Belastungen ($r < .308$). Die vollständigen Ergebnisse zur diskriminanten Validität sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6

Diskriminante Validität: Korrelationen zwischen dem ETI-SR-SF Gesamtwert und seinen Subskalen mit dem AUDIT, BDI-II und BSI

	AUDIT *n* = 320	BDI-II *n* = 334	BSI (GSI) *n* = 334
ETI-SR-SF Gesamtwert	.136*	.257**	.282**
Generelle Traumata	.109	.124*	.132*
Erzieherische / körperliche Bestrafung	.171**	.074	.161**
Emotionale Erfahrungen	.065	.300**	.308**
Sexuelle Erlebnisse	.043	.242**	.215**

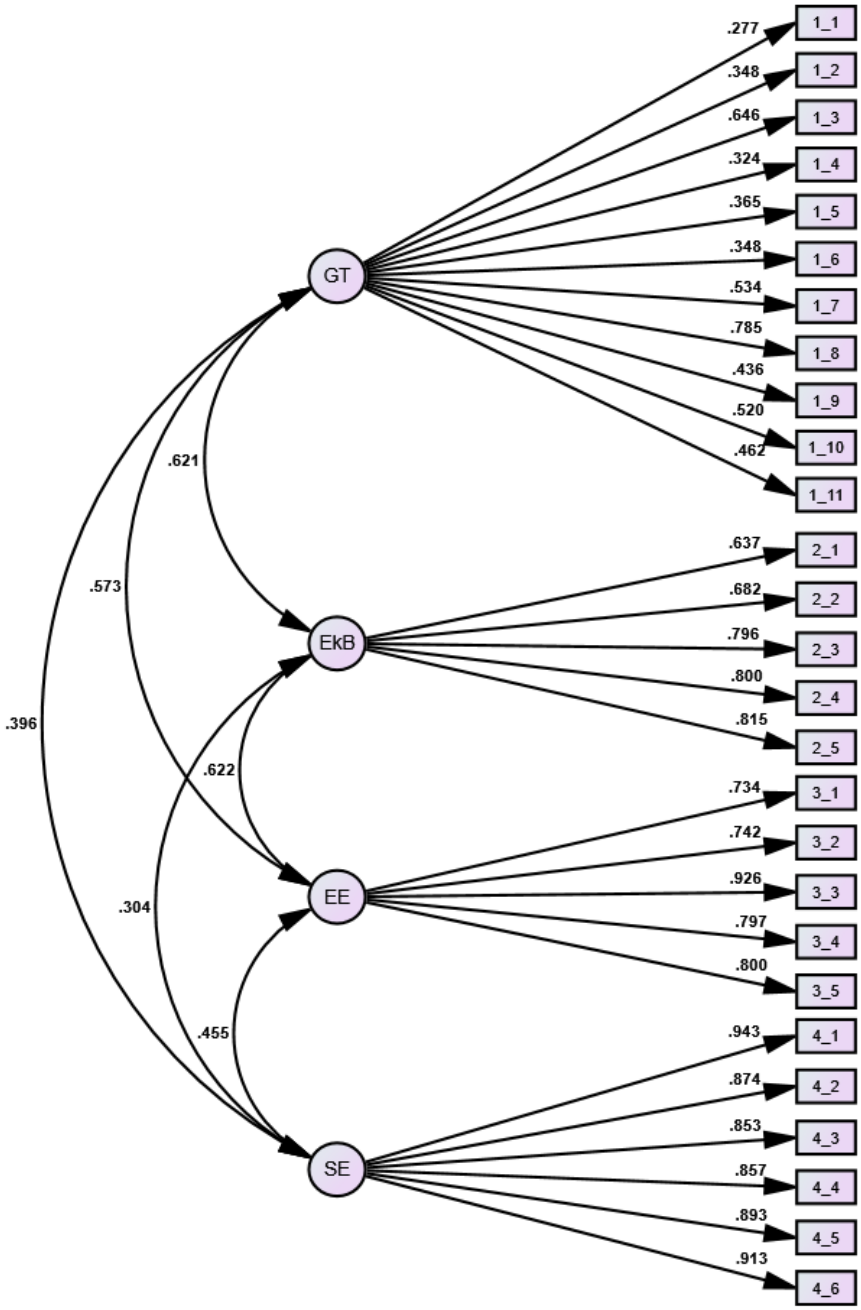
Anmerkung: Unterschiedliche *N* ergeben sich daraus, dass einige Patienten nicht alle Fragebögen ausfüllten. * $p < 0.05$, zweiseitig. ** $p < 0.01$, zweiseitig.

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Die Überprüfung der Gültigkeit des bestehenden Vier-Faktorenmodells für eine Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten in Deutschland wurde mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse durchgeführt. Die Indizes der Anpassungsgüte weisen darauf hin, dass die Daten mit dem ursprünglichen Vier-Faktorenmodell gut übereinstimmen [$\chi 2$ (56, n = 298) = 88.125, p = 0.004, CFI = 0.959, TLI = 0.960, RMSEA = 0.044, WRMR = 1.053). Die Skalen EkB, EE und SE wiesen allesamt sehr hohe standardisierte Faktorladungen auf (> .6), wobei die Skala SE die höchsten Faktorladungen mit Werten > .85, die Skala EE > .73 und die Skala EkB > .63 erreichte. Die Faktorladungen der Skala GT fielen insgesamt geringer und mit einer größeren Spannbreite von .277 (Item 1_1 „Naturkatastrophen“) bis .785 (Item 1_8 „Bezeugte Gewalt“) aus. Die standardisierten Faktorladungen für jedes Item und Interkorrelationen sind in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2

Standardisierte Faktorladungen der konfirmatorischen Faktorenanalyse auf den vier latenten Variablen und Inter-Faktor-Korrelationen



Anmerkung: N = 298. Inter-Faktor-Korrelation angegeben durch standardisierte Korrelationskoeffiezienten. weighted least-square with mean and variance“ (WLSMV) Schätzer.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht die deutsche Kurzform des Early Trauma Inventory Self Report auf gute psychometrische Eigenschaften mittels einer Analyse der einzelnen Items, der internen Konsistenz, der Korrelationen zwischen den Skalen und der faktoriellen Validität. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die überwiegende Mehrheit der Items gute Testgütekriterien aufweist und das ursprünglich von Bremner et al. (2007) postulierte Vier-Faktorenmodell bestätigt werden kann. Der ETI-SR-SF stellt ein valides und reliables Instrument zur schnellen und ökonomischen Erfassung potentiell traumatischer Ereignisse in der Kindheit und Jugend dar.

Ergebnisse

Fehlende Werte

Das Item „Psychische Störung in Familie“ (1_9) wurde am häufigsten nicht beantwortet. Ein Blick auf die Formulierung der Frage zeigt, dass diese eine Beantwortung möglicherweise erschwerte. Das Item erfragt, ob in der Herkunftsfamilie jemals jemand unter einer mentalen oder psychischen Krankheit oder einem Nervenzusammenbruch litt. Dies setzt entweder voraus, dass sich der Patient mit der Definition von psychischen Störungen auskennt oder diese Erkrankung formell diagnostiziert wurde. Auf der anderen Seite wird im alltagssprachlichen Gebrauch der Begriff Nervenzusammenbruch inflationär für psychische Zusammenbrüche nichtpathologischer Art verwendet. Folglich kann dem Item unabhängig von dem zu messenden Konstrukt aufgrund der Formulierung sehr schwer oder sehr leicht zugestimmt werden. Dies kann beim Ausfüller zu einer großen Unsicherheit und in Konsequenz, Vermeidung der Frage führen. Möglicherweise berichten Patienten auch erst im Verlauf der Behandlung von

Schwierigkeiten und Erkrankungen ihrer Familienmitglieder und sind zu Beginn gehemmt, diese ohne aufgebaute Vertrauensbasis zu offenbaren oder sie sind sich über das Vorliegen einer solchen Erkrankung nicht sicher. Ein ebenfalls relativ häufig ausgelassenes Item bezieht sich auf die selbst erfahrene Vergewaltigung (4_4). Hier spielen möglicherweise Scham- und Schuldgefühle, ein in der Probatorik noch mangelndes Vertrauen zu dem Therapeuten, Verdrängungsmechanismen und Angst vor Stigmatisierungen eine Rolle. Das ebenfalls recht häufig nicht beantwortete Item „Tod/Verletzung Freund“ (1_7) weist bei einer mittleren Trennschärfe eine hohe Itemschwierigkeit auf. Bei der Beantwortung der Items wird der Patient mit seinen summierten potentiell traumatischen Erlebnissen konfrontiert, sodass es zu einer selbstschützenden Reaktanz kommen könnte und in Folge zu einer fehlenden Bearbeitung derjenigen Items, die die subjektiv gravierenden Situationen abdecken.

Itemschwierigkeit

Die Schwierigkeit der meisten Items liegt im mittleren bis hohen Bereich; die leichteste Frage „Oft runter gemacht/verspottet“ (3_1) wurde von etwas mehr als der Hälfte der Patienten mit „Ja“ beantwortet (M = .58). Insgesamt ist die in dieser Arbeit vorliegende über alle Items eines Fragebogens verteilte heterogene Schwierigkeit wünschenswert, da so eine möglichst breite Ausdifferenzierung gewährleistet wird (Bortz & Döring, 2016). Die Skala „Sexuelle Erlebnisse“ weist die meisten Items mit sehr hohen Schwierigkeiten auf. Hohe Itemschwierigkeiten sind unproblematisch, wenn der Sinn hinter der Erfassung solcher Items die Schwierigkeit rechtfertigt. Die Erfassung von potentiell traumatischen Ereignissen bezieht sich gerade auf seltene und schwere Erfahrungen, die nicht die gesamte Bevölkerung erleiden muss, jedoch prädiktiv für das zu messende Konstrukt der Traumatisierung sind.

Trennschärfe

Dies erklärt mitunter auch die untypische Beziehung zwischen hoher Itemschwierigkeit und hohen Trennschärfen bei der Skala „Sexuelle Erlebnisse“. Bortz und Döring (2016) weisen darauf hin, dass sehr schwere und leichte Items mit Einbußen der Trennschärfe einhergehen. Die Items der Skala SE sind nicht nur sehr schwierig, sondern können gut zwischen Personen mit hoher und niedriger Merkmalsausprägung unterscheiden. Ein Blick auf die Skala erklärt diesen Zusammenhang. In ihr werden potentiell traumatische Erfahrungen sexuellen Charakters mit einer Reihe inhaltsähnlicher Items erfasst, die sich teilweise gegenseitig bedingen können. Personen, die einen erzwungenen Geschlechtsverkehr erfahren mussten, haben vermutlich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit jemals an einer intimen Stelle des Körpers unangenehm berührt worden zu sein. Somit würde nicht nur Item 4_4, sondern auch Item 4_1 vorliegen. Diese Items sind dennoch nicht überflüssig, da durch die Homogenität der Items ein sehr enges Konstrukt gemessen wird und hohe Trennschärfen wünschenswert sind (Bortz & Döring, 2016). Betrachtet man die Trennschärfe derselben Items auf dem Gesamttest, fällt auf, dass diese weitaus geringer sind. Der Gesamttest misst ein breites Konstrukt, sehr hohe Trennschärfen würden dann eher für eine Redundanz der Items sprechen. Demnach kann konstatiert werden, dass die Items der Skala SE gute Trennschärfeindizes sowohl auf dem Gesamttest, vor allem jedoch auf der eigenen Skala aufweisen. Interessant ist ebenfalls, dass Item 4_1 und 4_2 „Unangenehme Reibung von Geschlechtsteilen“ besser zwischen Personen mit und ohne potentiell traumatischen Erlebnissen sexueller Art differenzieren als „Erzwungener Geschlechtsverkehr“ (4_4), obwohl diese einen weitaus gravierenderen Eingriff in die Unversehrtheit der eigenen Person bedeutet. Item 4_2 kann sogar dann noch besser differenzieren, wenn das zu messende Konstrukt nicht durch die sexuelle Komponente eingeschränkt ist (Skala SE), sondern sich allgemein auf

Traumatisierungen, also den Gesamttest bezieht. Die Höhe der Trennschärfe reicht jedoch nicht aus, um auf eine Redundanz dieses Items bezogen auf den Gesamtwert hinzuweisen.

Die geringen korrigierten Item-Skala-Korrelationen für „Generelle Traumata“ sind nicht verwunderlich, da diese Skala ein sehr breites Konstrukt misst. Sie sind nicht per se als schlecht zu bewerten, sondern in diesem Kontext erwartbar und nach Bortz und Döring (2016, S. 478) „zugunsten einer größeren inhaltlichen Breite der Items“ zuzulassen. Die Items 1_1 „Naturkatastrophen“ und 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ können nur ungenügend zwischen Personen mit hoher oder niedriger Ausprägung im Sinne des Kriteriums „Generelle Traumata“ als auch auf dem Gesamttestwert unterscheiden, was im Einklang mit den Ergebnissen der sehr hohen Itemschwierigkeit steht. Während die Skala SE die beste Differenzierung auf Subskalenniveau bietet, unterscheidet die Skala „Emotionale Erfahrungen“ am besten auf dem Gesamtwert. Konkret bedeutet dies, dass die Skala EE auffallend gut den Grad der potentiell traumatisierenden Erfahrungen des Ausfüllers prädizieren und somit zwischen vorliegendem und nicht vorliegendem Merkmal differenzieren kann. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass negative emotionale Erfahrungen subjektiv häufig als potentiell traumatisch erlebt werden. Unterstützt wird dieser Befund durch aktuelle Forschungsergebnisse zu Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, welche emotionalen Missbrauch als höchst einflussreichen Risikofaktor für die Entwicklung diverser Erkrankungen ansehen und damit dessen starke traumatisierende Wirkung bestätigen (Infurna et al., 2016; Nelson et al., 2017).

Inter-Faktor-Korrelationen

Die Skala EE verfügt zudem über die höchste Korrelation mit dem Gesamtwert, gefolgt von der unscharfen Skala GT. Die sehr trennscharfe Skala SE weist hingegen einen geringfügig

kleineren Zusammenhang mit dem Gesamtwert auf. Dies verdeutlicht ein weiteres Mal, dass hohe Trennschärfen in ihrem Kontext betrachtet werden müssen und von der Breite des zu messenden Konstrukts abhängen. Die Korrelationen zwischen den Summenwerten der Skalen sind mit moderaten Koeffizienten geringer als die zwischen den einzelnen Skalen und dem Gesamtwert. Dieses Muster weist sowohl auf die signifikanten Zusammenhänge zwischen Skalen und Gesamtwert hin, als auch auf die Unabhängigkeit der einzelnen Skalen.

Interne Konsistenz

Der Gesamtwert des ETI-SR-SF erreicht mit einem Wert von $\alpha = 0.802$ eine nach Cicchetti (1994) gute interne Konsistenz. Die α-Koeffizienten der Skalen fallen im Vergleich zu den Arbeiten von Ostergaard (2013) an einer Stichprobe von Suchterkrankten und von Jeon et al. (2012) an einer Bevölkerungs- und Patientenstichprobe marginal niedriger aus. Die Skala „Generelle Traumata“ weist wie in der ersten Veröffentlichung der Kurzversion von Bremner et al. (2007) sowie bei Ostergaard (2013) mit einem α-Koeffizienten von .581 die geringste interne Konsistenz auf. Eine niedrige interne Konsistenz deutet auf heterogene Items hin, die möglicherweise unterschiedliche Konstrukte messen und eine Skalenbildung nicht rechtfertigen (Terwee et al., 2007). Die Skala GT erfasst eine große Bandbreite an potentiell traumatischen Erfahrungen, die nicht alle in die häufig und von den restlichen Skalen verwendete Klassifizierung der Typ II Traumata mit langanhaltenden, interpersonell verursachten Traumatisierungen passen. Wingenfeld und Driessen et al. (2011, S. 35) empfehlen eine Aufteilung dieser Skala in „äußere Traumata“ und „innerfamiliäre Belastungen“, beziehen sich jedoch auf die lange Interviewversion, sodass diese Einschätzung nicht ohne weiteres für die selektierte Kurzversion geteilt werden kann. Auch wenn nicht klar ist, inwiefern und welche

Entitäten aus diesem losen Itemverbund gebildet werden können, stellt die Skala GT einen großen informationellen Mehrwert für den klinisch-therapeutischen Bereich dar.

Die Items 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ (α = .583) sowie 2_2 „Brandverletzungen“ (α = .688) bieten keinen Mehrwert für die Reliabilität. Beide Items fallen ebenfalls durch eine niedrige Trennschärfe und hohe Itemschwierigkeit auf. Auch wenn eine Eliminierung aus teststatistischer Argumentation zu diskutieren ist, liefern beide Items einen Mehrwert an Informationen für den klinisch-therapeutisch Arbeitenden.

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Die Indizes der Anpassungsgüte weisen darauf hin, dass die Daten mit dem ursprünglichen Vier-Faktorenmodell gut übereinstimmen [$\chi 2$ (56, n = 298) = 88.125, p = 0.004, CFI = 0.959, TLI = 0.960, RMSEA = 0.044, WRMR = 1.053). Der signifikante Chi² deutet auf eine Diskrepanz zwischen den beobachteten Daten und dem Modell hin, verliert jedoch an Relevanz, da er für kategoriale manifeste Variablen nur ungenügend geeignet ist (Schreiber et al., 2006). Der von Muthén und Muthén (2010) vorgeschlagene Fit-Index speziell für ordinale Variablen sollte nach DiStefano, Liu, Jiang und Shi (2018) kleiner 1 sein, muss jedoch bei ansonsten guten Fit-Indizes nicht zu Besorgnis führen (Muthén, 2010, 11 Februar). CFI, TLI und RMSEA weisen sehr gute Werte auf (Schreiber et al., 2006). Die Faktorladungen der Skala GT fielen insgesamt geringer und mit einer größeren Spannbreite von .277 (Item 1_1 „Naturkatastrophen“) bis .785 (Item 1_8 „Bezeugte Gewalt“) aus. Trotz der schlechteren Ergebnisse bei faktorieller Validität und Reliabilität im Rahmen der internen Konsistenz der Skala GT sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sie ein breites Spektrum adverser Lebensereignisse erfasst, die nicht unter Kindesmisshandlungen fallen. Die Skala erweitert den

Kindesmisshandlungsformen erfassenden Fragebogen ETI-SR-SF um potentiell traumatische Ereignisse allgemeiner Natur, die ebenfalls zu gravierenden Auswirkungen führen können. Dies sind sowohl für den therapeutisch arbeitenden Kliniker als auch für die Forschung wichtige Erlebnisse, die auch wenn sie nur mangelnde statistische Güte erreichen, von unverzichtbarem Wert für Praxis und Forschung sind.

Ausschluss redundanter Items

Gerade das Item 1_11 „Bezeugter gewaltsamer Tod“ weist fortwährend nur ungenügend bis schlechte statistische Kennwerte auf und würde durch seinen Ausschluss zu einer Erhöhung der internen Konsistenz der Skala „Generelle Traumata“ führen. Eine Eliminierung aus testtheoretischer Sicht ist zu überlegen. Auch das Item 1_1 „Naturkatastrophen“ fällt durch ähnlich schlechte statistische Kennwerte auf. Jedoch ist anzumerken, dass der Informationsgewinn dieser Items für die klinisch-therapeutische Praxis nicht durch testtheoretische Analysen ermittelt werden kann und zweifellos besteht. Wingenfeld und Driessen et al. (2011) geben zu bedenken, dass die für andere Tests bestehende strenge Gültigkeit und Auslegung teststatistischer Kennwerte nur bedingt für Instrumente zur Erfassung von Traumatisierungen übernommen werden können.

Diskriminante Validität

Die Ergebnisse der diskriminanten Validität zeigen an, dass der ETI-SR-SF mit ähnlichen, aber distinkten psychopathologischen Konstrukten wie dem gefährlichem Alkoholkonsum (AUDIT), einer depressiven Symptomatik (BDI-II) sowie dem globalen Schwereindex psychischer Belastungen (BSI) niedrige bis moderate Übereinstimmungen

aufweist. Dieser erwartete niedrige Zusammenhang deutet darauf hin, dass die Instrumente keine vergleichbaren Konstrukte messen, wohl aber eine Assoziation zwischen diesen Konstrukten bestehen muss. Der Zusammenhang lässt sich aus ätiologischer Perspektive begründen. Schließlich werden traumatische Erfahrungen in der Kindheit immer wieder mit diversen Folgestörungen, wie Depressionen (Nelson et al., 2017), Substanzstörungen (Rasmussen et al., 2018) und weiteren mannigfaltigen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht (Felitti et al., 1998). Bei hohen Korrelationen müsste angenommen werden, dass die Instrumente inhaltsähnliche Konstrukte messen. Diese Überlegung wird als eine Messung der konvergenten Validität angenommen und erwartet. Da ein konstrukt-ähnliches Instrument, wie beispielsweise der CTQ (Wingenfeld et al., 2010), nicht erhoben werden konnte, war eine Überprüfung der konvergenten Validität nicht möglich. Die Ergebnisse von Ostergaard (2013) anhand einer Stichprobe von Suchterkrankten verifizieren jedoch die hohe Übereinstimmung des ETI-SR-SF mit dem CTQ (Wingenfeld et al., 2010).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass der ETI-SR-SF gute psychometrische Eigenschaften besitzt und zur Erfassung potentiell traumatischer Ereignisse in der Kindheit geeignet ist. Für die Praxis schließt sich die Arbeit der Empfehlung von Wingenfeld und Driessen et al. (2011) an, die einzelnen Unterskalen und nicht einen Gesamtsummenwert zu betrachten. Dies resultiert aus den testtheoretischen Ergebnissen, dass in sich konsistente und einen Faktor gut repräsentierende Skalen, wie die Skala SE, niedrigere Korrelationen mit dem Gesamtwert aufweisen, als die heterogene und weniger konsistente Skala GT. In der Praxis eignet sich das Instrument für eine schnelle Bestandsaufnahme potentiell traumatischer Erlebnisse einer Person, welche als Ausgang für tiefergehende Explorationen genutzt werden können. Durch den ökonomischen ETI-SR-SF kann zügig eine große Menge an objektiven Daten

erhoben werden und der Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Misshandlungsformen, wie negative Erlebnisse sexuellen oder emotionalen Charakters mit spezifischen Auswirkungen untersucht werden.

Limitationen

Schreiber et al. (2006) postulieren, dass bei Strukturgleichungsmodellen für jeden geschätzten Parameter zehn Versuchspersonen benötigt werden. Bei 27 beobachtbaren Variablen und sechs Interkorrelationen zwischen den vier latenten Faktoren wäre eine Stichprobengröße von $N = 330$ indiziert. Bei den $N = 336$ im Datensatz vorliegenden Fällen lagen bei 38 Personen ein oder mehrere fehlende Werte vor, sodass durch einen listenweisen Fallausschluss lediglich $n = 298$ Fälle in die Faktorenanalyse einbezogen wurden. Flora und Curran (2004) weisen jedoch darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines falschen Ergebnisses bei beobachtbaren dichotomen Variablen mit robusten *weighted least square* (WLS) Schätzern, zu denen der genutzte WLSMV-Schätzer gehört, selbst bei einem großen Modell und einer kleinen Stichprobe gleich Null geht.

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist bezüglich der vorliegenden Störungsbilder heterogen und nicht auf eine Erkrankungsgruppe spezialisiert, was für eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse spricht. Ein Vergleich mit gesunden Probanden wäre interessant, um etwaige Unterschiede in der Güte des Instruments für unterschiedliche Populationen erkennen zu können.

Die Entscheidung für den Einsatz des ETI-SR-SF muss theoretisch begründet durch den informierten Anwender erfolgen. Der ETI-SR-SF stellt ein Screeningverfahren dar, welches schnell bei vielen Personen Hinweise darauf geben kann, ob ein bestimmtes Merkmal vorhanden ist oder nicht und dient in der klinisch-therapeutischen Praxis als Ausgangspunkt für

tiefergehende Explorationen. Er ist kein Instrument zur umfangreichen Erhebung individualdiagnostischer Kriterien. Die Konzeption erfolgte nicht wie das ETI-Interview zur Erhebung traumabezogener Charakteristiken, wie Dauer, Beginn, Häufigkeit, Schwere, Täterbeziehung oder subjektive Bedeutung für den Trauma-Überlebenden. Nach Wingenfeld und Driessen et al. (2011) besteht der Nachteil bei Fragebögen darin, dass sie lediglich wenige Eigenschaften potentiell traumatischer Ereignisse und nicht die subjektive Bedeutung des Erlebten für die Person erfassen. Die im Erwachsenenalter retrospektive Erfassung potentiell traumatischer Erlebnisse in Kindheit und Jugend können durch Verdrängung, Verleugnung, Schamgefühle oder abweichende gesellschaftliche Normen, bei denen ein gewisses Maß an Gewalt in der Erziehung als förderlich gilt, verzerrt und durch ein Interview möglicherweise besser erfasst werden (Grabski, 2013). Allerdings wird die Inzidenz von Missbrauchserfahrungen auch bei guter Dokumentation dieser Vorfälle unterschätzt (Habetha et al., 2012; Hardt & Rutter, 2004), sodass bei jeglichen Erhebungsmethoden lediglich von einem Annäherungswert ausgegangen werden muss.

Fragebögen, die über ein dichotomes Antwortformat lediglich die Anzahl potentiell traumatischer Erfahrungen abfragen, werden von Wingenfeld und Driessen et al. (2011) besonders nachteilig gesehen. Den dichotomen Screeningverfahren pauschal ihre Daseinsberechtigung abzusprechen wäre jedoch falsch. Im klinischen Alltag ist eine schnelle Erfassung potentiell traumatischer Erfahrungen ebenso wichtig, wie eine nachgestellte tiefergehende Beschäftigung mit diesen. Zudem zeigten Studien, dass eine dosisabhängige Wirkung von Kindesmisshandlungen auf Gehirnfunktionalität (Heany et al., 2017), Herzkreislauferkrankungen (Spitzer et al., 2016) oder Typ-II Diabetes (Basu et al., 2017) im Erwachsenenalter existiert, also eine einfache Addition solcher Erfahrungen durchaus eine

psychopathologische Aussagekraft besitzt. Auch die Forschung zu Bausteineffekten von traumatischen Erfahrungen stellt die Auswirkungen ebensolcher in kumulierter Form heraus (Schauer et al., 2011). Die Forschung profitiert zudem von Verfahren, die ökonomisch die Untersuchung von sehr großen Stichproben ermöglichen und eine objektive Vergleichbarkeit gewährleisten (Grabski, 2013).

Eine Formulierung in dem Fragebogen könnte bei den Ausfüllern zu Unsicherheiten führen. Fast jedes Item enthält die zeitliche Erweiterung „jemals“. Der Fragebogen wird von mindestens 19-jährigen Personen ausgefüllt, bezieht sich jedoch lediglich auf die Erfahrungen bis zum einschließlich 18. Lebensjahr. Personen, die die zeitliche Einschränkung in den Instruktionen nicht genau gelesen oder vergessen haben oder sich nicht genau an das Lebensalter in der betreffenden Situation erinnern können, werden durch das „jemals“ dazu verleitet, die Erfahrungen ohne zeitlichen Kontext einzubinden. Dem ungeübten Fragebogenausfüller mag es zudem ungewöhnlich erscheinen, subjektiv als sehr traumatisch empfundene Ereignisse nicht zu berichten, wenn sie nicht in dem untersuchten Altersbereich auftraten. In der klinisch-therapeutischen Praxis kann es daher und aufgrund der Thematik der Erfassung vorkommen, dass beim Patienten nach dem Screening entsprechende Themen aufkommenden, welche aufzufangen sind.

Ausblick

Der Einbezug von Vergleichsstichproben mit gesunden Probanden und die Aufteilung der Skala „Generelle Traumata“ in zwei oder mehr Faktoren sollte in weiteren Studien zur Validität des ETI-SR-SF möglicherweise auch experimentell untersucht werden. 2014 veröffentlichten Isele et al. die deutsche Übersetzung der „Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure“

(MACE; Teicher & Parigger, 2011) unter dem Akronym „KERF“ (belastende *K*indheits*erf*ahrungen). Das Instrument bezieht sich ebenfalls auf belastende Kindheitserfahrungen. Eine Gegenüberstellung der beiden Instrumente, möglicherweise vervollständigt um den CTQ (Wingenfeld et al., 2010) und den ACE (Wingenfeld, Schäfer et al., 2011) liefert Informationen über Vor- und Nachteile der verschiedenen Fragebögen und könnte möglicherweise die Überlegenheit eines Instruments gegenüber den anderen feststellen.

Das Verhältnis von selbstberichteten und dokumentierten Missbrauchserlebnissen sollte weiter untersucht werden, sodass die Kritik an retrospektiven Erhebungsinstrumenten wie dem ETI-SR-SF fundierter oder obsolet wird. Unterschiedliche und sich verändernde Definitionen von Traumata in den gängigen Klassifikationssystemen könnten sich auf die Erhebung von Traumatisierungen, bzw. potentiell traumatischen Ereignissen auswirken. Für solche veränderungsbezogenen Untersuchungen bietet die baldige Einführung des ICD-11 Gelegenheit. Zudem sollten Ergebnisse aus der Resilienzforschung stärker in das Wissen über die Auswirkungen von Traumatisierungen im Kindesalter inkorporiert werden und in die Erhebung von Traumatisierungen einfließen. Potentiell traumatisierende Situationen könnten so den protektiven Faktoren gegenübergestellt werden und den eindimensionalen, auf negative Erlebnisse fokussierten Blick hin zu einer ressourcenfördernden Perspektive weiten.

Der ETI-SR-SF dient dem schnellen und ökonomischen Screening auf potentiell traumatische Ereignisse bis zum 18. Lebensjahr. Er ermöglicht die Untersuchung von sehr großen Stichproben mit objektiven Daten und bietet im klinischen Kontext als erste Erhebung einen Überblick über mögliche relevante Erfahrungen für eine tiefergehende Beschäftigung und Therapieplanung. Die deutsche Version des ETI-SR-SF stellt ein reliables und ökonomisches Instrument dar.

Literaturverzeichnis

Amado, B. G., Arce, R. & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse. A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention, 24* (1), 49–62.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M. & Sinodino, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece. The Greece version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki, 28* (1), 19–27. https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.19

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test (AUDIT). Guidelines for use in primary health care:* World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Basu, A., McLaughlin, K. A., Misra, S. & Koenen, K. C. (2017). Childhood maltreatment and health impact. The examples of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus in adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24* (2), 125–139.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual*. San Antonia: TX: The Psychological Corporation.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107* (2), 238.

Bortz, J. & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation:* Springer.

Bortz, J. & Weber, R. (2005). *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin: Springer.

Bremner, J. D., Bolus, R. & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195* (3), 211.

Bremner, J. D., Vermetten, E. & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma. The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety, 12* (1), 1–12.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55* (7), 626–632.

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (5), 748.

Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56* (2), 81.

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment, 6* (4), 284–290. https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284

Coelho, R., Viola, T. W., Walss-Bass, C., Brietzke, E. & Grassi-Oliveira, R. (2014). Childhood maltreatment and inflammatory markers. A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 129* (3), 180–192. https://doi.org/10.1111/acps.12217

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16* (3), 297–334.

Cross, D., Fani, N., Powers, A. & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24* (2), 111–124.

Danese, A. & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity. Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry, 19* (5), 544–554. https://doi.org/10.1038/mp.2013.54

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1977). SCL-90. *Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the R (revised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine*.

Derogatis, L. R. & Spencer, P. M. (1993). *Brief symptom inventory. BSI:* Pearson Upper Saddle River, NJ.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-Diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.

DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N. & Shi, D. (2018). Examination of the Weighted Root Mean Square Residual. Evidence for Trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 25* (3), 453–466.

Driessen, M., Schulte, S. & Sutmann, F. (2006). Diagnostische Aspekte bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik - Behandlung* (Vol. 1). Stuttgart: Klett-Cotta.

Dutcher, C. D., Vujanovic, A. A., Paulus, D. J. & Bartlett, B. A. (2017). Childhood maltreatment severity and alcohol use in adult psychiatric inpatients. The mediating role of emotion regulation difficulties. *General Hospital Psychiatry, 48,* 42–50.

Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U. et al. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of Studies on Alcohol, 67* (3), 473–481.

Edalati, H. & Krank, M. D. (2016). Childhood maltreatment and development of substance use disorders. A review and a model of cognitive pathways. *Trauma, Violence, & Abuse, 17* (5), 454–467.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14* (4), 245–258.

Flora, D. B. & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods, 9* (4), 466.

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Göttingen: Beltz-Test-GmbH.

Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & Witzleben, I. von. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*.

Grabski, H. (2013). Reliable und ökonomische Erfassung lebensgeschichtlich früher Traumatisierung. Die deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE).

Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J. & Fegert, J. M. (2012). Deutsche Traumafolgekostenstudie. *Kiel: IGSF*.

Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences. Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45* (2), 260–273. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x

Hart, H., Lim, L., Mehta, M. A., Simmons, A., Mirza, K. A. H. & Rubia, K. (2018). Altered fear processing in adolescents with a history of severe childhood maltreatment. An fMRI

study. *Psychological Medicine, 48* (7), 1092–1101. https://doi.org/10.1017/S0033291716003585

Hautzinger, M., Kühner, C. & Keller, F. (2006). *Das Beck Depressions Inventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II.* Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.

Heany, S. J., Groenewold, N. A., Uhlmann, A., Dalvie, S., Stein, D. J. & Brooks, S. J. (2017). The neural correlates of childhood trauma questionnaire scores in adults. A meta-analysis and review of functional magnetic resonance imaging studies. *Development and Psychopathology*.

Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut, 60*. https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z

Heim, C. (2000). *Deutsche Version des Early Trauma Inventory. Inventar zur Erfassung früher traumatischer Lebensereignisse (IFTL)*. Unveröffentlichtes Manuskript (Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Hrsg.). Atlanta GA: Emory University School of Medicine.

Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O. et al. (2017). Self-reported childhood maltreatment and traumatic events among Israeli patients suffering from fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Pain Research & Management, 2017*.

Hill, J., Pickles, A., Burnside, E., Byatt, M., Rollinson, L., Davis, R. et al. (2001). Child sexual abuse, poor parental care and adult depression. Evidence for different mechanisms. *The British Journal of Psychiatry, 179* (2), 104–109.

Hu, L. - t. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6* (1), 1–55.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health. A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2* (8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hyman, S. M., Garcia, M., Kemp, K., Mazure, C. M. & Sinha, R. (2005). A gender specific psychometric analysis of the Early Trauma Inventory Short Form in cocaine dependent adults. *Addictive Behaviors, 30* (4), 847–852. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.08.009

IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, (Version 25.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.

Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W. & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health, 13* (1), 980.

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect. A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 190,* 47–55. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006

Isele, D., Teicher, M. H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I. T., Schury, K. et al. (2014). KERF. Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.

Jeon, J.-R., Lee, E.-H., Lee, S.-W., Jeong, E.-g., Kim, J.-H., Lee, D. et al. (2012). The early trauma inventory self report-short form. Psychometric properties of the Korean version. *Psychiatry Investigation, 9* (3), 229–235.

Karam, E. G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Salamoun, M. et al. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 68* (5), 465–473.

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

Krammer, S., Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (2013). In Richtung "Komplexe PTBS". Die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 63* (8), 318–326. https://doi.org/10.1055/s-0032-1327752

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-inventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt, 78* (6), 651–656.

Lei, M.-K., Beach, S. R. H. & Simons, R. L. (2018). Childhood trauma, pubertal timing, and cardiovascular risk in adulthood. *Health Psychology, 37* (7), 613–617. https://doi.org/10.1037/hea0000609

Li, M., D'arcy, C. & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies. Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine, 46* (4), 717–730.

Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association, 83* (404), 1198–1202. https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722

Liu, R. T. (2018). Childhood maltreatment and impulsivity. A meta-analysis and recommendations for future study. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K. & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 5* (1), 51–64. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8

Maercker, A. (2002). *Deutsche Übersetzung des Trauma History Questionnaire*, Universität Zürich.

Maercker, A. & Bromberger, F. (2005). *Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache:* Universität Trier, Fachbereich I, Psychologie.

Mello, M. F. d., Schoedl, A. F., Pupo, M. C., Souza, A. A. L. d., Andreoli, S. B., Bressan, R. A. et al. (2010). Early Trauma Inventory (ETI). Cross-cultural adaptation and internal consistency. *Cadernos de Saude Publica, 26* (4), 713–724.

Mercier, A., Masson, M., Bussières, E.-L. & Cellard, C. (2018). Common transdiagnostic cognitive deficits among people with psychiatric disorders exposed to childhood maltreatment. A meta-analysis. *Cognitive Neuropsychiatry,* 1–18.

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D. & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology. A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine, 47* (8), 1402–1416.

Muthén, L. K. (2010, 11 Februar). *Model Fit Index WRMR. [Online Thread for Mplus]*. Zugriff am 20.11.2018. Verfügbar unter http://www.statmodel.com/discussion/messages/9/5096.html?1292455350

Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2010). *Mplus. Users Guide.* Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Muthén & Muthén. (2006). Mplus (Version 4.0) [Computer software]. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Nanni, V., Uher, R. & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression. A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 169* (2), 141–151.

Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P. & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression. Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210* (2), 96–104.

Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost. The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron, 89* (5), 892–909.

Nemeroff, C. B., Heim, C., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F. et al. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 100* (24), 14293–14296.

O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D. & Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research, 176* (2-3), 257–260.

Osório, F. L., Salum, G. A., Donadon, M. F., Forni-dos-Santos, L., Loureiro, S. R. & Crippa, J. A. S. (2013). Psychometrics properties of Early Trauma Inventory Self Report--Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian context. *PloS ONE, 8* (10). https://doi.org/10.1037/t02080-000;

Ostergaard, M. (2013). *Der Zusammenhang von frühen Traumatisierungen und psychischer Gesundheit: Validierung der Kurzform des Early Trauma Inventory (ETI-SF) an einer Stichprobe von Suchterkrankten.* Masterthesis. Universität Konstanz, Konstanz.

Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post‐traumatic stress disorder in the community. Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101* (1), 46–59.

Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P. et al. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199* (4), 280.

Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Muilwijk, A. & Kleber, R. J. (2008). Self‐reported early trauma as a predictor of adult personality. A study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology, 64* (7), 863–875.

Ramo-Fernández, L., Schneider, A., Wilker, S. & Kolassa, I.‐T. (2015). Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences & the Law, 33* (5), 701–721. https://doi.org/10.1002/bsl.2200

Rasmussen, I. S., Arefjord, K., Winje, D. & Dovran, A. (2018). Childhood maltreatment trauma. A comparison between patients in treatment for substance use disorders and patients in mental health treatment. *European Journal of Psychotraumatology, 9* (1). https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492835

Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P. et al. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death. A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine, 46* (2), 225–236.

Roy, C. A. & Perry, J. C. (2004). Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192* (5), 343–351.

Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2002). Screening for Alcohol Use Disorders and At-Risk Drinking in the General Population. Psychometric Performance of Three Questionnaires. *Alcohol and Alcoholism, 37* (3), 261–268.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., La Fuente, J. R. de & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction, 88* (6), 791–804.

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders:* Hogrefe.

Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P. & Pöhlmann, K. (2015). Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy. A typological approach. *Psychopathology, 48* (2), 91–100.

Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung. Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*.

Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results. A review. *The Journal of Educational Research, 99* (6), 323–338.

Slep, A. M. S., Heyman, R. E. & Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process, 54* (1), 17–32. https://doi.org/10.1111/famp.12131

Smith, N., Lam, D., Bifulco, A. & Checkley, S. (2002). Childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA. Q). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37* (12), 572–579.

Sousa, V. D. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research. A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17* (2), 268–274. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x

Śpila, B., Makara, M., Chuchra, M. & Grzywa, A. (2005). Polska adaptacja Inwentarza Wczesnej Traumy (ETI). *Wiadomosci. Psychiatryczne, 8* (1), 19–24.

Spitzer, C., Meyer, T. & Herrmann-Lingen, C. (2016). Komplexe Traumatisierungen und körperliche Gesundheit. Assoziation von Kindesmisshandlungen und koronarer Herzkrankheit. *Psychotherapeut, 61* (3), 191–196.

Statistisches Bundesamt. (2018). *Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland.* Zugriff am 12.10.2018. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html

Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification. An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research, 25* (2), 173–180.

Tagay, S., Repic, N. & Senf, W. (2013). Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut, 58* (1), 44–55. https://doi.org/10.1007/s00278-011-0847-y

Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K. & Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment. Altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological Psychiatry, 76* (4), 297–305.

Teicher, M. H. & Parigger, A. (2011). Modified Adverse Childhood Experience Scale, Version 0.9; inspired by the ACE Scale. *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress, 2,* 80–90.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148* (1), 10–20.

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., Boer, M. R. de, van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J. et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology, 60* (1), 34–42. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

Tomoda, A., Polcari, A., Anderson, C. M. & Teicher, M. H. (2012). Reduced Visual Cortex Gray Matter Volume and Thickness in Young Adults Who Witnessed Domestic Violence during Childhood. *PloS ONE, 7* (12), e52528. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052528

Tucker, L. R. & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika, 38* (1), 1–10.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress. The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 18* (5), 389–399.

Wang, Z., Du, J. & Chen, J. (2008). Reliability and validity of Chinese version of early trauma inventory-short form. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science, 17* (10), 956–958.

Wendt, F. (2011). Begriffsgeschichte und Konzeptualisierung des psychischen Traumas. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 5* (1), 3–11. https://doi.org/10.1007/s11757-010-0088-x

Wingenfeld, K., Driessen, M., Mensebach, C., Rullkoetter, N., Schaffrath, C., Spitzer, C. et al. (2011). Die deutsche Version des „Early Trauma Inventory"(ETI). *Diagnostica*. Verfügbar unter https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1026/0012-1924/a000036

Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H. J. et al. (2011). Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung. Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 61* (01), e10-e14.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U. et al. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 60* (11), 442–450.

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany. Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11* (1), 47.

Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). DIA-X-Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen. *Frankfurt/Main: Sweets & Zeitlinger*.

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H. et al. (2017). Childhood trauma and suicide attempt. A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research, 256,* 353–358.

Anhang

Tabelle 7

Deutsche Version des Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form

Sie finden nachstehend eine Reihe von Erlebnissen und Erfahrungen, die man in der Kindheit und Jugend gemacht haben kann. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und kreuzen Sie nachfolgend an, ob Sie eine solche Erfahrung gemacht haben und zwar im Zeitraum zwischen Ihrer **Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.**

Teil 1. Generelle Traumata

1_1	Waren Sie jemals einer lebensbedrohlichen Naturkatastrophe ausgesetzt?
1_2	Waren Sie jemals in einen schweren Unfall verwickelt?
1_3	Erlitten Sie jemals eine schwere persönliche Verletzung oder Krankheit?
1_4	Erlebten Sie jemals den Tod oder schwere Krankheit eines Elternteils oder einer anderen Ihnen wichtigen Bezugsperson
1_5	Erlebten Sie die Scheidung oder Trennung Ihrer Eltern?
1_6	Erlebten Sie den Tod, schwere Verletzung oder Krankheit eines Geschwisterteils?
1_7	Erlebten Sie jemals den Tod oder schwere Verletzung eines Freundes?
1_8	Waren Sie jemals Zeuge von Gewalt zwischen anderen Personen, Familienmitglieder eingeschlossen.
1_9	Litt irgendjemand in Ihrer Familie jemals unter einer mentalen oder psychischen Krankheit oder Nervenzusammenbruch?
1_10	Litten ein oder beide Elternteile oder andere Ihnen wichtige Bezugspersonen unter Drogen- oder Alkoholmissbrauch?
1_11	Haben Sie jemals den gewaltsamen Tod einer anderen Person miterlebt?

Teil 2. Erzieherische / körperliche Bestrafung

2_1	Wurden Sie jemals mit der offenen Hand ins Gesicht geschlagen?
2_2	Wurden Ihnen jemals Brandverletzungen mit heißem Wasser, einer Zigarette oder etwas anderem zugefügt?
2_3	Wurden Sie jemals geschlagen oder getreten?
2_4	Wurden Sie jemals mit einem Objekt verletzt, das nach Ihnen geworfen wurde?
2_5	Wurden Sie jemals gestoßen oder geschubst?

Teil 3. Emotionale Erfahrungen

3_1	Wurden Sie oft runter gemacht oder verspottet?
3_2	Wurden Sie oft ignoriert oder vermittelte man Ihnen das Gefühl, nichts zu zählen?
3_3	Wurde Ihnen oft gesagt, dass Sie nichts wert sind?

3_4	Wurden Sie die meiste Zeit in einer kalten vernachlässigten Form behandelt oder wurde Ihnen vermittelt, dass Sie ungeliebt sind?
3_5	Verstanden Ihre Eltern oder Sorgeberechtigten Sie oder Ihre Bedürfnisse oft nicht?

Teil 4. Sexuelle Erlebnisse

4_1	Wurden Sie jemals an einer intimen oder privaten Stelle Ihres Körpers berührt (z.B. Brüste, Oberschenkel, Geschlechtsteile) und zwar in einer Weise, die Sie überraschte oder Ihnen unangenehm war?
4_2	Haben Sie jemals erlebt, dass jemand seine Geschlechtsteile an Ihnen gerieben hat und zwar in einer Weise, die Sie überraschte oder Ihnen unangenehm war?
4_3	Wurden Sie jemals genötigt oder gezwungen, eine andere Person an einer intimen oder privaten Stelle ihres Körpers zu berühren?
4_4	Hatte jemals irgendjemand Geschlechtsverkehr mit Ihnen, ohne dass Sie es wollten?
4_5	Wurden Sie jemals genötigt oder gezwungen Analverkehr mit jemandem auszuführen, ohne dass Sie es wollten?
4_6	Wurden Sie jemals gezwungen jemanden zu küssen (und zwar eher im sexuellen als im gefühlsmäßigen Sinne)?

Zusatzfragen:

Wenn Sie eines der oben genannten Ereignisse mit “Ja” beantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgenden zwei Fragen für das Ereignis, dass den größten Einfluss auf Ihr Leben hatte. Erinnern Sie sich bitte daran wie es Ihnen in der Zeit ergangen ist, als das Ereignis stattfand.

1	Erlebten Sie Gefühle von intensiver Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit?
2	Hatten Sie das Gefühl sich wie “außerhalb-ihres-Körpers” zu befinden oder als ob Sie in einem Traum wären?

Anmerkungen: Alle Items können mit “Nein” (0) oder “Ja” (1) beantwortet werden.