

Das EssenerTrauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen

Sefik Tagay, Yesim Erim, Babette Stoelk, Andrea Möllering,
Ricarda Mewes und Wolfgang Senf

Zusammenfassung

Angesichts der klinischen und wissenschaftlichen Bedeutung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen zielte unsere Studie auf die Entwicklung und Überprüfung des Essener Trauma-Inventars (ETI). Das ETI erfasst zum einen ein breites Spektrum an traumatischen Ereignissen und zum anderen die beiden posttraumatischen Störungen Akute Belastungsstörung (ASD) und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) nach DSM-IV. In der Validierung an einer Stichprobe von N=952 psychisch und körperlich Kranken sowie gesunden Probanden fanden sich gute bis sehr gute Reliabilitätskennwerte, wobei die Gesamtskala (23 Items) ein Chronbachs Alpha von .95 aufwies. Die 4-Faktoren-Struktur (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) konnte gut bestätigt werden. Hinweise auf eine sehr gute Konstruktvalidität zeigten sich durch signifikante Korrelationen des ETI mit weiteren Traumaskalen und Maßen der psychischen Befindlichkeit. Mit dem ETI liegt im deutschsprachigen Raum erstmals ein ökonomisches, reliables und valides Screeninginstrument zur differenzierten Erfassung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen vor.

Schlüsselwörter:

Essener Trauma-Inventar; Trauma; Posttraumatische Belastungsstörung; Akute Belastungsstörung; Diagnostik

*The Essen Trauma-Inventory (ETI) –
A screening instrument of identification
of traumatic events and posttraumatic
disorders*

Summary

In face of the clinical and scientific relevance of traumatic events and posttraumatic disorders our study aimed to the development and validation of the Essen Trauma-Inventory (ETI). The ETI assesses various aspects of traumatic events and both the posttraumatic disorders, namely Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Acute Stress Disorder (ASD) according to criteria provided in DSM-IV. The sample consisted of N=952 subjects including patients with psychiatric disorders and physical illnesses and healthy controls. The total scale of ETI with 23 items indicates a high reliability ($\alpha = .95$). The

4 factorial structure (intrusion, avoidance, hyperarousal, dissociation) was in line with the theoretical assumptions. Associations between ETI and other trauma instruments as well as psychological distress provide empirical evidence for the construct validity of ETI. For the first time, in German-speaking area there exists with the ETI an economic, reliable and valid screening instrument that assesses exposure to a broad range of potential traumatic events and posttraumatic disorders.

Keywords:

Essen Trauma-Inventory; Trauma; Posttraumatic Stress Disorder; Acute Stress Disorder; Diagnostics

Einleitung

Traumatische Ereignisse, die das Gefühl der Sicherheit und Unverwundbarkeit durchbrechen, können den Umgang mit eigenen Gedanken, Gefühlen und der Umwelt tiefgreifend beeinträchtigen und die Wahrnehmung von der Welt als einem im wesentlichen kontrollierbaren, sicheren und im Prinzip sinnvoll geordneten Ort empfindlich stören (Ehlers & Clark, 2000). In der Allgemeinbevölkerung kommen traumatische Ereignisse häufig vor. In der von uns gesichteten Literatur variieren die Trauma-Prävalenzen zwischen 39,1 und 98,0% (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Breslau, Davis, Andreski, Federman & Anthony, 1998; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Essau, Conradt & Petermann, 1999; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Körperliche und sexuelle Übergriffe, Kriegstraumata, Folter, schwere Unfälle und andere natürliche oder vom Menschen verursachte Katastrophen können zum Auslöser der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bzw. der Akuten Belastungsstörung (ASD) werden. 1980 wur-

de die PTSD erstmals als eigenständiges Störungsbild in das amerikanische Klassifikationssystem DSM-III aufgenommen. ASD hingegen wurde erst 1994 in DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aufgenommen. Die Art des Ereignisses beeinflusst in hohem Maße die posttraumatischen Belastungssymptome. Vergewaltigung und andere sexuelle Übergriffe führen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zur PTSD, gefolgt von körperlichem Angriff und Lebensbedrohung. Nach neueren epidemiologischen Arbeiten zählt die PTSD zu den häufigeren psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung, wobei die Lebenszeitprävalenz zumindest in den USA bei 7-11% liegt (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998). Für den deutschsprachigen Raum fallen die Prävalenzschätzungen sowohl für psychotraumatische Ereignisse als auch für die PTSD insgesamt geringer aus als im angloamerikanischen Raum (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Perkonig et al., 2000). Akut auftretende oder persistierende posttraumatische Symptome werden am häufigsten beim Allgemeinarzt geäußert und dort meist als somatische Beschwerden, depressive- oder Angstsymptome präsentiert, so dass ein Zusammenhang zu einer psychischen Traumatisierung zunächst schwer eruiert werden kann. Daher wird die PTSD in der klinischen Praxis oft übersehen bzw. nicht adäquat diagnostiziert (Ehlers & Clark, 2000; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Tagay, Herpertz, Langkafel & Senf, 2004; Tagay, Herpertz, Langkafel & Senf, 2005).

Die epidemiologischen Untersuchungen sind bislang nicht zu einer einheitlichen Einschätzung der Trauma- und PTSD-Prävalenz gekommen. Dieser Mangel an Übereinstimmung erklärt sich zum Teil durch die unterschiedliche Zusammensetzung der untersuchten Stichproben sowie durch die verschiedenen Vorgehensweisen bei der Datenerhebung. Am Anfang dominierten vor allem Untersuchungen an Vietnamveteranen, während inzwischen in

größerem Umfang auch Untersuchungen an Opfern von Verkehrsunfällen, Verbrechen, Vergewaltigungen, Arbeitsunfällen, Attentaten oder Naturkatastrophen vorliegen. Außerdem wurden in zahlreichen Studien unterschiedliche Diagnoseklassifikationen (DSM-III-R / IV oder ICD-10) für PTSD herangezogen (Andrews, Slade & Peters, 1999; Flatten, Hofmann, Liebermann, Wöller, Siol & Petzold, 2001). Hinzu kommt bei standardisierten Fragebogenstudien der unterschiedliche Einsatz von Messinstrumenten. Auffallend ist, dass in vielen Studien nicht die gleichen traumatischen Ereignisse den Untersuchungsteilnehmern vorgelegt wurden; die „Trauma-Listen“ unterscheiden sich von Studie zu Studie z.T. erheblich voneinander. In zahlreichen Studien wird auch nicht ersichtlich, ob das schlimmste Trauma auch das Eingangstraumakriterium nach DSM-III-R oder DSM-IV erfüllte. Zusätzlich bereitet die Tatsache, dass fast alle größeren Studien an der US-amerikanischen Bevölkerung durchgeführt wurden, Probleme bei der Generalisierung der Befunde. Zumindes für einen Teil der traumatischen Ereignisse (z.B. Naturkatastrophen oder Kriegserlebnisse) ist es offensichtlich, dass sie in verschiedenen Weltregionen in ihrer Häufigkeit variieren. Aufgrund dieser methodischen und inhaltlichen Unterschiede ergeben sich Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der resultierenden Daten.

Inzwischen gibt es eine Vielzahl strukturierter Interviews (z.B. SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), DIPS (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) zur diagnostischen Erfassung von PTSD und der ASD. Speziell zur Diagnose einer PTSD wurde die Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney & Keane, 1995) entwickelt, die allerdings bisher nicht in einer überprüften deutschen Version vorliegt. Obwohl strukturierte Interviews für die Untersuchung der PTSD hilfreich sind, sind sie doch sehr kostenintensiv und zum schnellen Screening wenig geeignet. Alternativ dazu

existieren inzwischen zahlreiche validierte psychometrische Messinstrumente, die größtenteils im angelsächsischen Raum entwickelt wurden. Screeningverfahren gelten aufgrund ihres geringen Zeitaufwands als eine effektive Methode zur Psychodiagnostik (Williams, Noel, Cordes, Ramirez & Pignone, 2002). Die große Mehrheit der heute verwendeten Selbstbeurteilungsverfahren zur posttraumatischen Symptomatik wurde in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts überwiegend in den USA entwickelt. Nur wenige berücksichtigen die diagnostischen Kriterien für posttraumatische Störungen nach DSM-IV oder ICD-10 vollständig (Flatten et al., 2001; Wilson & Keane, 1997). Bisher vorliegende psychometrische Instrumente unterscheiden sich stark in ihrer Länge, der Erfassung von Traumaklassen, dem Schweregrad des klinischen Leidens und der Erfassung der Schwere der posttraumatischen Symptome. Einige sind für bestimmte Settings zu lang, wenn es um ein zeitökonomisches Screening geht.

Die zwei am häufigsten international eingesetzten Trauma-Fragebögen wurden in den USA entwickelt und evaluiert (Ehlers, Steil, Robins & McEvoy, 1996). Als bislang einziges Instrument zeigt die „Posttraumatic Stress Diagnostic Scale“ (PDS) eine vollständige Übereinstimmung mit DSM-IV. Der Fragebogen ist jedoch nur auf PTSD begrenzt und berücksichtigt nicht die dissoziative Symptomatik (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Besonders häufig wurde bisher auch die „Impact of Event Scale“ (IES) (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) eingesetzt. Der Fragebogen wurde von Weiss und Marmar (Weiss & Marmar, 1996) erweitert und enthält jetzt auch eine Übererregungsskala (Impact of Event Scale-Revised, IES-R). Die IES-R ist inzwischen ein international weit verbreitetes Messinstrument zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen. Allerdings erlaubt diese Skala keine diagnostische Zuordnung auf direktem Wege, da die 22 Items des IES-R nicht vollständig mit den 17 DSM-IV-Symp-

tomen übereinstimmen. Von Maercker und Schützwohl (Maercker & Schützwohl, 1998) liegt eine deutsche Validierung mit guten testdiagnostischen Kennwerten vor.

Zusammenfassend kann man sagen, dass zahlreiche Instrumente einen Mangel an externer Validität aufweisen, da sie nur an sehr homogenen und kleinen Stichproben (z.B. Vietnamveteranen oder nur Frauen) geeicht wurden (Wilson & Keane, 1997). Im deutschsprachigen Raum gibt es derzeit noch kaum vollständig validierte diagnostische Instrumente. Bei der überwältigenden Mehrheit der bisherigen Traumainventare handelt es sich um Übersetzungen aus dem Englischen (Flatten et al., 2001; Ehlers, 1999). Soweit aus der Literatur ersichtlich, gibt es bislang weder im angloamerikanischen noch im deutschsprachigen Raum ein psychometrisches Screeninginstrument, das gleichzeitig PTSD und ASD nach DSM-IV vollständig erfasst (Blake et al., 1995; Wilson & Keane, 1997; Kubany, Leisen, Kaplan & Kelly, 2000). Aufgrund dieser unbefriedigenden Situation soll in der vorliegenden Studie das Essener Trauma-Inventar (ETI) in seiner Entwicklung vorgestellt und bezüglich seiner Reliabilität, Faktorenstruktur und Validität untersucht werden. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, ein Screeningverfahren zur Testdiagnostik traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen zu entwickeln und zu überprüfen.

Methode

Entwicklung des Essener Trauma-Inventars

Das Essener Trauma-Inventar (siehe Anhang) wurde auf der Grundlage eigener Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie (Tagay et al., 2004; Tagay et al., 2005; Tagay & Senf, 2005; Tagay, 2005; Wackernagel, 2003) entwickelt. Die Fragebogenkonstruktion und -evaluation erfolgten in

einem mehrstufigen Untersuchungsdesign. Zur Itempoolgenerierung wurden drei strukturierte Interviews (SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), M-CIDI (Wittchen, Lachner, Perkonig, Schuster, Pfister, Beloch & Holly, 1996) und DIPS (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994)) und fünf psychometrische Traumainstrumente (PDS (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), PTSS-10 (Raphael, Lundin & Weisaeth, 1989; dt. Schade, Schüffel & Schunk, 1998), IES-R (Weiss & Marmar, 1996), PDEQ-10 (Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kukla & Hough, 1994) und FDS (Freyberger, Spitzer, Striglitz, Kuhn, Magdeburg & Bernstein-Carlson, 1999)) herangezogen. In dieser Phase wurden der Traumabegriff, die Art der Traumaklassen und die posttraumatische Symptomatik theoretisch reflektiert und konzeptionell definiert. Die inhaltliche Validität wurde durch Experteneinschätzungen weiter gesichert, u.a. wurde die Einschätzung von fünf klinisch arbeitenden Therapeuten, die seit vielen Jahren auf dem Gebiet der Psychotraumatologie arbeiten, sowie von Prof. Elmar Brähler, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig, eingeholt. Abweichungen wurden konsensuell gelöst. Abschließend wurde in einer Voruntersuchung an 20 ambulanten Psychotherapiepatienten die Akzeptanz der formulierten Items zu traumatischen Ereignissen und posttraumatischen Symptomen gesichert. Von der großen Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer wurde der Fragebogen als gut und verständlich bezeichnet. Die Bearbeitungszeit variierte zwischen 10 und 15 Minuten. Somit war hinsichtlich der Länge und des Aufwands eine wichtige Voraussetzung des Ökonomieprinzips eines Tests nach Lienert und Raatz (Lienert & Raatz, 1994) erfüllt.

Das Essener Trauma-Inventar setzt sich in seiner Endversion aus 58 Items zusammen, die direkt aus den Kriterien des DSM-IV für PTSD und ASD abgeleitet sind. Der Fragebogen besteht aus fünf Teilen. Im ersten Teil werden 14 Traumata vorgegeben, von denen der Befragte

angeben soll, ob er sie entweder „persönlich“ oder als „Zeuge“ jemals erlebt hat. Unter einem 15. Punkt kann angegeben werden, ob noch ein anderes, zuvor nicht genanntes Ereignis erlebt wurde, das kurz beschrieben werden soll. Im Anschluss an die Trauma-Liste soll bei Angabe mehrerer Traumata die Nummer desjenigen Ereignisses genannt werden, das den Befragten am meisten belastet. Im zweiten Teil wird mit Hilfe von sechs Antwortvorgaben eine zeitliche Einordnung dieses Ereignisses vorgenommen. Schließlich werden sechs Ja- / Nein-Fragen zu den DSM-IV-Stressorkriterien (A-Kriterien) in Hinsicht auf dieses Trauma gestellt, mit deren Hilfe festgestellt werden kann, ob das „schlimmste Ereignis“ diese Stressorkriterien erfüllt. Im dritten Teil erfragen 23 Items die posttraumatische Symptomatik: 5 Items zu Symptomen des Wiedererlebens, 7 Items zum Vermeidungsverhalten, 5 Items zum Hyperarousal und 6 Items zur Dissoziation. Diese Items wurden so gewählt, dass sie die verschiedenen Symptomcluster von PTSD und ASD erfassen und mit DSM-IV vollständig übereinstimmen. Die Antwortmöglichkeiten sind vierfach abgestuft, von „überhaupt nicht (0)“ bis „sehr oft (3)“. Hohe Werte bedeuten eine größere posttraumatische Symptomatik. Im vierten Teil werden Symptome zu körperlichen Beschwerden und der Schwere der aktuellen Gesamtsymptomatik aufgenommen und der zeitliche Rahmen der posttraumatischen Symptomatik spezifiziert. Im fünften Teil werden acht Ja- / Nein-Fragen zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen gestellt.

Durchführung

Unser Ziel war es, eine bewusst heterogene Stichprobe einzuschließen, um den Anspruch eines populationsübergreifend gültigen Instrumentes überprüfen zu können. Um selektierte Stichproben zu vermeiden und eine größere Datenbasis zu erreichen, wurde die Studie als multizentrische, interdisziplinäre Untersu-

chung konzipiert. Die Gesamtstichprobe von 952 Probanden setzte sich aus 7 Teilstichproben zusammen: n=177 Patienten der allgemeinen psychosomatischen Ambulanz und n=39 Patienten der Opferambulanz aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen, n=71 ambulante Patienten von drei Psychotherapiepraxen; n=81 ambulante Hepatitis C Patienten der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie Essen (Prof. Dr. G. Gerken); n=398 Patienten einer Hausarztpraxis in Wesel, n=38 türkische Patienten zweier Hausarztpraxen (Essen und Duisburg) und n=117 gesunde Blutspender der Klinik für Transfusionsmedizin Essen (Prof. Dr. W. Havers). Die Daten der vorliegenden Untersuchungen wurden von Dezember 2004 bis Juli 2005 in den einzelnen Zentren als konsekutive Befragung aller Probanden erhoben. Vor der Datenerhebung wurden die Probanden über das laufende Forschungsprojekt informiert, über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren Volljährigkeit, Ausschluss von psychotischen Erkrankungen oder schweren formalen Denkstörungen sowie ausreichende Deutsch-, Lese- und Schreibkenntnisse. Alle Patienten, die diese prinzipiellen Eingangskriterien erfüllten, wurden mit dem ETI und den unten dargestellten Fragebögen untersucht.

Weitere Instrumente

- *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)* (Freyberger et al., 1999). Der FDS ist eine Adaptation der Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986), erfasst jedoch zusätzlich dissoziative Körpersymptome gemäß der ICD-10.
- *Symptom-Checkliste Revised (SCL-90-R)* (Derogatis & Spitzer, 1977; dt. Franke, 1995). Die revidierte Form der Symptom-Checkliste SCL-90-R wurde zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzt. Anhand der 90 Items lassen sich insgesamt neun syndromale Subskalen sowie ein Gesamt-Schwere-Index (GSI) berechnen. Die Skalen sind im Einzelnen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Es wird erwartet, dass eine erhöhte Gesamtbelastung mit einer schwereren posttraumatischen Symptomatik einhergeht.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)* (Herrmann, 1997). 14 Items erfassen das Ausmaß der Depressivität und Ängstlichkeit. Es wird erwartet, dass eine erhöhte Depressions- und Ängstlichkeitsneigung mit einer schwereren posttraumatischen Symptomatik einhergeht.
- *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)* (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; dt. Bullinger & Kirschberger, 1998). Der SF-36 erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es lassen sich insgesamt 8 Subskalen und zwei Komponenten (körperliche und psychische Lebensqualität) berechnen. Es wird erwartet, dass eine geringere Lebensqualität mit einer höheren posttraumatischen Symptomatik einhergeht.
- *Fragebogen zu Sozialer Unterstützung (F-SOZU)* (Sommer & Fydrich, 1989). Der F-SOZU thematisiert, in welchem Ausmaß Individuen ihre sozialen Interaktionen und Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnehmen. Es wird erwartet, dass eine geringere soziale Unterstützung mit einer höheren posttraumatischen
- *Posttraumatische Stress Skala (PTSS-10)* (Raphael, Lundin & Weisaeth, 1989; dt. Schade, Schüffel & Schunk, 1998). Die PTSS-10 ist ein kurzes diagnostisches Instrument zur Erfassung von Reaktionen nach Belastungen. Allgemeine Traumasymptome wie Schlafstörungen, Alpträume, Stimmungsschwankungen werden erfasst.
- *Peritraumatische Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ-10)* (Marmar et al., 1994). Der PDEQ-10 erfasst als kurzer Fragebogen einer Reihe peritraumatischer Erfahrungen.

Symptomatik einhergeht.

- *Sense of Coherence Skala (SOC-13)* (Antonovsky, 1993). Das Konzept des Kohärenzgefühls wird als eine dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet, die Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht und damit zur Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit beiträgt. Es wird erwartet, dass ein geringeres Kohärenzgefühl mit einer höheren posttraumatischen Symptomatik einhergeht.

Statistische Verfahren

Die statistischen Berechnungen zu den Kennwerten des ETI gliederten sich in mehrere Schritte. Zunächst wurden die Verteilungen der Skalenwerte analysiert. Zudem wurden die Reliabilitäten mittels Cronbach's Alpha bestimmt. Zur Bestimmung der faktoriellen Struktur wurde eine Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Für die weiteren Korrelationsanalysen wurden Koeffizienten nach Pearson berechnet. Für die Unterschiedstestung wurden t-Tests und varianzanalytische Auswertungsstrategien gewählt. Das Signifikanzniveau wurde bei 0,05 festgelegt.

Ergebnisse

Stichprobe

Die verschiedenen Stichproben sind hinsichtlich Umfang, Alterscharakteristika und Geschlechtsverteilung in Tabelle 1 dargestellt. Insgesamt wurden 952 Probanden mit einem durchschnittlichen Alter von 46,5 Jahren (SD=16,8, range = 18-83 Jahre) in die Studie einbezogen. Der Anteil der Frauen lag in der Gesamtstichprobe bei 60,8% (n = 568). Hinsichtlich des Familienstandes gaben 28,9% der Probanden an, ledig zu sein, 58,1% waren verheiratet, 9,4% waren geschieden und 3,6% verwitwet. Für die verschiedenen Teilstichproben ergaben sich typische soziodemographische Unterschiede. Hochsignifikante Gruppenunterschiede fanden sich bezüglich Alter ($F=90,3$; $p \leq 0,001$), Geschlechtsverteilung ($\chi^2=51,3$; $p \leq 0,001$), Familienstand ($\chi^2=223,0$; $p \leq 0,001$) und Schulbildung ($\chi^2=69,8$; $p \leq 0,001$).

Reliabilitäten, Mittelwerte und Interkorrelationen der ETI-Skalen

Die Reliabilitätsanalyse und die Berechnung der Interkorrelationen der ETI-Skalen führten

	Gesamt (n=952)	Psycho- therapie- praxen (n=71)	Ambulanz Psycho- somatik (n=177)	Operambu- lanz Psycho- somatik (n=39)	Migranten (n=38)	Allgemein- Medizin (n=398)	Hepatitis C (n=71)	Blutspender (n=143)
Alter M (SD) Min-Max	46,5 (16,8) 18 - 83	41,1 (12,2) 18 - 69	34,9 (12,4) 18 - 66	37,9 (15,8) 18 - 75	34,3 (11,6) 18 - 65	57,9 (14,3) 18 - 83	45,5 (12,3) 21 - 68	37,2 (12,7) 18 - 66
Geschlecht Männlich Weiblich	39,2% 60,8%	33,8% 66,2%	25,1% 74,9%	10,5% 89,5%	36,8% 63,2%	57,3% 42,7%	63,1% 36,9%	43,3% 56,7%
Familienstand Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet	28,9% 58,1% 9,4% 3,6%	36,6% 40,8% 18,3% 4,2%	49,7% 36,6% 12,4% 1,3%	32,2% 44,7% 18,4% 2,6%	21,1% 73,7% 2,6% -	7,3% 80,7% 5,6% 6,4%	41,5% 48,8% 9,7% -	51,9% 36,9% 9,8% 1,5%
Schulabschluss Sonstiges Hauptschule Realschule Abitur Studium	4,6% 36,0% 29,6% 20,4% 9,4%	1,4% 21,1% 33,8% 26,8% 16,9%	9,8% 28,1% 25,5% 34,6% 2,0%	5,2% 26,3% 36,8% 31,6% -	21,1% 28,9% 34,2% 7,9% 7,9%	1,3% 49,4% 30,2% 8,4% 10,7%	10,6% 38,8% 27,1% 16,5% 7,1%	1,6% 16,7% 28,8% 38,6% 14,4%

Tab. 1: Soziodemographische Daten nach Teilstichproben

wir für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Teilstichproben durch (Tab. 2). Es wurden drei Gruppen gebildet: Psychisch Kranke (N=287): Patienten der allgemeinen und der Opferambulanz der Psychosomatik, ambulante Patienten der Psychotherapiepraxen; Körperlich Kranke (N=507): Patienten mit Hepatitis C und Hausarztpraxispatienten; Kontrolle (N=143): gesunde Blutspender.

Für die Gesamtstichprobe ergab die Analyse der Reliabilitäten ausnahmslos zufriedenstellende Werte. Die Subskalen liegen zwischen 0.82 (Hyperarousal) und 0.87 (Intrusion); die Gesamtskala kam bei einer Itemzahl von 23 auf eine innere Konsistenz von 0.95 und kann damit als sehr hoch reliabel bezeichnet werden. Durch die Elimination von Items ließ sich die Reliabilität dieser Skala nicht mehr verbessern. Die separat für die drei Teilstichproben ermittelten internen Konsistenzen unterschieden sich nur geringfügig von denen der Gesamtstichprobe. Über alle Teilstichproben hinweg waren die internen Konsistenzen der vier ETI-Skalen mit Cronbach's Alpha von 0.77 – 0.85 durchgängig zufriedenstellend bis sehr hoch.

An den Mittelwerten zeigte sich, dass die ETI-Skalen zwischen psychisch Kranken und nicht psychisch Kranken gut differenzieren. Die drei Gruppen unterschieden sich in ihren mittleren Skalenwerten hochsignifikant ($F=47,8$; $p \leq 0,000$). Psychisch Kranke kamen bei ETI-Total auf einen Summenwert von 25,8 (SD=16,6), weit dahinter folgen körperlich Kranke mit einem Gesamtscore von 14,4 (SD=13,3). Erwartungskonform zeigte sich die geringste posttraumatische Symptomatik in der Kontrollgruppe (M=13,0; SD=13,2). Die dissoziative Symptomatik war sowohl in der Gesamtgruppe (M=2,9; SD=3,7) als auch in den Teilstichproben gegenüber den anderen drei Symptomclustern (Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal) jeweils am geringsten ausgeprägt. Auffällig waren auch die hohen Standardabweichungen über alle

Gruppen hinweg, die für die Blutspender sogar über den Mittelwerten lagen.

Die vier Skalenwerte waren relativ hoch positiv miteinander korreliert. Sämtliche Interkorrelationen erreichten eine statistische Signifikanz von $\leq 0,001$ und lagen zwischen $r = 0,69$ und $r = 0,84$. In der Gesamtstichprobe wie auch in den drei Teilstichproben korrelierte die Dissoziationsskala am geringsten mit den drei Symptomkomplexen der PTSD. Bei den Subskalen fand sich in der Gesamtstichprobe zwischen Intrusion und Vermeidung mit $r = 0,81$ der stärkste Zusammenhang. Die Gesamtskala wird in der Gesamtstichprobe am besten durch ETI-Intrusion und ETI-Vermeidung repräsentiert (beide $r = .94$).

Prävalenz traumatischer Ereignisse

Tabelle 3 gibt die Prävalenz der Einzeltraumata und die Traumaprävalenz nach dem Eingangstraumakriterium von DSM-IV wieder. Von den Einzeltraumata wurden am häufigsten „schwere Krankheit“ (50,4%), „Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson“ (34,4%) und „schwerer Unfall, Feuer, Explosion“ (28,8%) genannt. Erwartungskonform kamen „Folter“ (1,5%), „Gefangenschaft“ (4,2%) und „Kampfeinsatz im Krieg“ (5,5%) am wenigsten vor. Die Items Nr. 9 bis Nr. 14 erfassen Aspekte der interpersonellen Gewalt. Jeder fünfte Proband (20,1%) gab das Trauma „Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson“ als schlimmstes traumatisches Ereignis an. Insgesamt berichteten 692 (72,7%) Probanden mindestens 1 Trauma in ihrer bisherigen Lebensgeschichte erlebt zu haben. Das DSM-IV Eingangstraumakriterium (A1 und A2) erfüllten jedoch 40,3%.

Faktorielle Validität

Die Bestimmung der Faktorenstruktur erfolgte mit Hilfe von Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation, wobei

DAS ESSENER TRAUMA-INVENTAR (ETI)

Gesamtgruppe (N=952)	Chronbach's Alpha	M	SD	Item-Anzahl	ETI-I	ETI-V	ETI-H	ETI-D
ETI-Intrusion	.87	5,0	4,1	5	1			
ETI-Vermeidung	.85	5,5	5,1	7	.81	1		
ETI-Hyperarousal	.82	4,6	3,9	5	.78	.81	1	
ETI-Dissoziation	.84	2,9	3,7	6	.74	.79	.72	1
ETI-Total	.95	17,8	15,4	23	.94	.94	.90	.88
Psychisch Kranke (n=287)								
ETI-Intrusion	.87	6,9	4,4	5	1			
ETI-Vermeidung	.83	8,1	5,4	7	.76	1		
ETI-Hyperarousal	.80	6,6	4,2	5	.79	.76	1	
ETI-Dissoziation	.84	4,6	4,4	6	.71	.75	.69	1
ETI-Total	.94	25,8	16,6	23	.90	.92	.89	.87
Körperl. Kranke (n=522)								
ETI-Intrusion	.85	4,0	3,6	5	1			
ETI-Vermeidung	.82	4,3	4,4	7	.79	1		
ETI-Hyperarousal	.80	3,8	3,5	5	.72	.79	1	
ETI-Dissoziation	.81	2,0	2,9	6	.69	.76	.70	1
ETI-Total	.94	14,4	13,3	23	.89	.94	.89	.86
Kontrolle (Blutspender) (n=143)								
ETI-Intrusion	.86	4,1	3,8	5	1			
ETI-Vermeidung	.85	4,1	4,4	7	.84	1		
ETI-Hyperarousal	.77	3,2	3,2	5	.82	.81	1	
ETI-Dissoziation	.82	2,2	3,1	6	.80	.83	.71	1
ETI-Total	.95	13,0	13,2	23	.93	.95	.90	.90

Tab. 2: Kennwerte und Interkorrelationen der ETI-Skalen

(ETI-I = ETI-Intrusion, ETI-V = ETI-Vermeidung, ETI-H = ETI-Hyperarousal, ETI-D = ETI-Dissoziation)

aufgrund von inhaltlichen Überlegungen vier zu extrahierende Faktoren für die Gesamtstichprobe vorgegeben wurden (Tab. 4). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß der Stichprobeneignung betrug für die 23 ETI-Items 0,96 und ist damit nach Kaiser (siehe Lienert & Raatz, 1994) als „marvelous“ (hervorragend) zu bezeichnen. Da keine Itemtrennschärfe den empfohlenen Mindestwert von .30 unterschritt, sollte kein Item verworfen werden (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994). Die korrigierten Trennschärfekoeffizienten schwankten zwischen $r_{it} \leq .46$ und $r_{it} \leq .71$, und die Kommunalitäten der Items lagen zwischen 0,35 und 0,78. Geringe Kommuna-

litäten zeigten sich lediglich bei dem ETI-Vermeidungs-Item Nr. 10 ($h^2 = 0,35$) und bei dem ETI-Dissoziations-Item Nr. 16 ($h^2 = 0,39$).

Es ergaben sich nach Varimax-Rotation die in Tabelle 4 dargestellten Faktorladungsmatrizen. Anhand der vier Faktoren konnte 62,7% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden, wobei der erste Faktor 20,4%, der zweite Faktor 17,8%, der dritte Faktor 15,9% und der vierte Faktor 9,2% der Varianz erklärte. Alle Items, die Intrusionen zum Inhalt haben, luden hoch positiv auf Faktor 1 (ETI-I); Faktor 2 (ETI-V) charakterisierte die Vermeidungs-Symptomatik; Faktor 3 (ETI-H) repräsentierte ziemlich gut die Hyperarousal-Symptomatik;

Traumata	Total N (%)
Nr. 1: Naturkatastrophe	111 (11,7)
Nr. 2: Schwere Unfall, Feuer, Explosion	275 (28,8)
Nr. 3: Schwere Krankheit	476 (50,4)
Nr. 4: Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson	327 (34,4)
Nr. 5: Gefangenschaft	40 (4,2)
Nr. 6: Kampfeinsatz im Krieg	53 (5,5)
Nr. 7: Folter	14 (1,5)
Nr. 8: Vernachlässigung, Verwahrlosung	136 (14,3)
Nr. 9: Gewalttätiger Angriff durch fremde Person	149 (15,6)
Nr. 10: Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	98 (10,4)
Nr. 11: Als Kind / Jugendlicher sexueller Mißbrauch durch fremde Person	85 (9,5)
Nr. 12: Als Kind / Jugendlicher sexueller Mißbrauch aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	70 (7,3)
Nr. 13: Als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person	35 (3,7)
Nr. 14: Als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	22 (2,3)
Nr. 15: Anderes Trauma	364 (38,4)
Schlimmstes Trauma: Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson	191 (20,1)
Trauma nach der Check-Liste insgesamt erlebt	692 (72,7)
DSM-IV A1-Kriterium erfüllt	408 (42,9)
DSM-IV A 2-Kriterium erfüllt	645 (67,8)
DSM-IV A1 /A2 gemeinsam erfüllt	384 (40,3)

Tab. 3: Prävalenz traumatischer Ereignisse (N=952)

Faktor 4 (ETI-D) hingegen bezog sich inhaltlich auf die dissoziative Symptomatik. Ein Item der Hyperarousal-Skala (Nr. 15) und zwei Items der Dissoziations-Skala (Nr. 16, 23) sowie 3 Items der Vermeidungs-Skala (Nr. 2, 6, 10) wiesen Ladungen unter .30 auf dem jeweiligen Hauptfaktor und jeweils höhere Ladungen auf anderen Faktoren auf. Es gab zwei Items mit Faktorladungen unter .20 (ETI-V Nr. 2, 10), die jedoch wegen ihrer klinischen Relevanz nicht eliminiert wurden. Insgesamt waren die Ladungen der 23 ETI-Items überwiegend hoch und spezifisch. Die Ladungsmatrix legte insgesamt die Schlussfolgerung nahe, dass sich die vier theoretisch postulierten ETI-Subskalen bis auf sechs Doppelladungen relativ gut bestä-

tigten. Aus mehreren Gründen, insbesondere wegen der inhaltlichen Konzeption, wurde die ursprüngliche Skalenstruktur des ETI für die weiteren Auswertungen beibehalten.

Konstruktvalidität

Entsprechend der Validierungsstrategie der Untersuchung wurden Vergleiche mit konstrukt-nahen und konstrukt-fernen Merkmalen durchgeführt (Tab. 5). Um die konvergente Validität des ETI zu überprüfen, wurden Zusammenhänge mit bewährten psychometrischen Inventaren, die ähnliche Konstrukte erfassen, untersucht. Dazu zählten die PTSS-10, der PDEQ-10 und der FDS.

DAS ESSENER TRAUMA-INVENTAR (ETI)

	Faktor 1 ETI-I	Faktor 2 ETI-V	Faktor 3 ETI-H	Faktor 4 ETI-D	r_{it}	h^2
ETI-Intrusionen						
Item 1	.74				.66	.71
Item 5	.41				.70	.63
Item 9	.42				.68	.58
Item 13	.69				.73	.75
Item 17	.51				.79	.67
ETI-Vermeidung						
Item 2	.73	.17			.62	.65
Item 6	.59	.20			.68	.59
Item 10		.18		.39	.46	.35
Item 14		.47			.69	.55
Item 18		.54			.71	.64
Item 21		.61			.70	.64
Item 22		.79			.66	.74
ETI-Hyperarousal						
Item 3			.70		.66	.78
Item 7			.41		.72	.59
Item 11			.44		.68	.60
Item 15			.20	.50	.54	.47
Item 19			.48		.70	.66
ETI-Dissoziation						
Item 4				.46	.76	.64
Item 8				.45	.67	.56
Item 12				.52	.59	.64
Item 16		.28		.24	.55	.39
Item 20				.33	.58	.47
Item 23		.44		.25	.61	.49
Varianzaufklärung	20,4%	17,8%	15,9%	9,2%		

Tab. 4: Faktorladungen, Trennschärfen (r_{it}) und Kommunalitäten (h^2) des ETI

PTSS und PDEQ korrelierten erwartungsgemäß am stärksten mit ETI-Total sowie mit den ETI-Subskalen. Die FDS-Skalen korrelierten insgesamt weniger stark mit den ETI-Skalen. Die geringste Korrelation zeigte sich zwischen FDS-Somatisierung und ETI-Vermeidung ($r = 0,22; \leq 0,001$).

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen psychischer Symptomatik und den ETI-Skalen wurden diese in Beziehung zu den Skalen Angst und Depressivität von

HADS und der Symptom Check-Liste gesetzt. Alle Ergebnisse der Validitätsüberprüfung wiesen auf eine gute externe Validität im Sinne der a priori erstellten Hypothesen hin. Sämtliche Korrelationen zwischen ETI und SCL-90-R und HADS waren hochsignifikant (alle $p \leq 0,001$).

Zur Überprüfung der diskriminanten Validität wurde die Beziehung der ETI-Skalen mit den Skalen zur Lebensqualität, dem Kohärenzgefühl und der Sozialen Unterstützung unter-

sucht. Bis auf die Korrelationen zwischen den ETI-Skalen und der körperlichen Lebensqualität (PCS) ($r = .04$, n.s.) waren alle Zusammenhänge hochsignifikant ($p \leq 0,001$). Zwischen der psychischen Lebensqualität (MCS) und den ETI-Skalen ergaben sich hohe negative Korrelationen mit Koeffizienten zwischen $r = -0.61$ und $r = -0.77$. Erwartungsgemäß zeigten sich negative Korrelationen zwischen Sozialer Unterstützung und den ETI-Skalen. Hypothesenkonforme hohe negative Korrelationen zeigten sich ebenfalls zwischen den ETI-Skalen und Sense of Coherence. ETI-Total und SOC korrelierten ausgesprochen hoch miteinander ($r = -.57$; ≤ 0.001).

Diskussion

Mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) liegt erstmals ein deutschsprachiges Screeninginstrument zur differenzierten Erfassung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen (PTSD und ASD) vor. Um ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Populationen zu erfassen, wurde die Studie multizentrisch in sehr unterschiedlichen Settings durchgeführt. Die psychometrische Prüfung des ETI basierte auf sieben Studienpopulationen und beinhaltete Analysen zur Reliabilität, Faktorenstruktur und Validität.

Die klinische Nützlichkeit von Fragebögen hängt vor allem von ihrer Objektivität, Relia-

	ETI-Total	ETI-I	ETI-V	ETI-H	ETI-D
Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10)	.70***	.63***	.65***	.70***	.57***
Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ-10)	.68***	.59***	.60***	.57***	.73***
Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)					
FDS-Gesamt	.52***	.39***	.45***	.41***	.56***
FDS-Amnesie	.52***	.39***	.45***	.41***	.56***
FDS-Absorption	.37***	.35***	.39***	.32***	.46***
FDS-Derealisation	.50***	.39***	.43***	.35***	.60***
FDS-Somatisierung	.29***	.23***	.22***	.31***	.28***
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)					
HADS-Depression	.58***	.48***	.56***	.54***	.51***
HADS-Ängstlichkeit	.59***	.53***	.53***	.57***	.52***
Symptom Check-Liste Revised (SCL-90 R)					
Gesamt-Symptom-Index (GSI)	.71***	.59***	.66***	.66***	.64***
Somatisierung	.56***	.46***	.49***	.53***	.53***
Zwanghaftigkeit	.68***	.56***	.64***	.61***	.56***
Unsicherheit	.59***	.48***	.59***	.52***	.49***
Depression	.69***	.57***	.66***	.60***	.60***
Ängstlichkeit	.64***	.55***	.56***	.62***	.59***
Feindschaft	.58***	.46***	.53***	.53***	.51***
Phobische Angst	.52***	.46***	.46***	.52***	.45***
Paranoides Denken	.58***	.46***	.56***	.50***	.49***
Psychotizismus	.58***	.47***	.54***	.47***	.57***
Short-Form (SF-36)					
Körperliche Lebensqualität (PCS)	.04	-.07	.15	-.04	.07
Psychische Lebensqualität (MCS)	-.77***	-.68***	-.74***	-.76***	-.61***
Soziale Unterstützung (F-SOZU)	-.26***	-.18***	-.32***	-.25***	-.20***
Sense of Coherence (SOC)	-.57***	-.44***	-.55***	-.53***	-.56***

Tab. 5: Pearson Korrelationen zwischen ETI und anderen Instrumenten

*** $<.001$; ETI-I = ETI-Intrusion, ETI-V = ETI-Vermeidung, ETI-H = ETI-Hyperarousal, ETI-D= ETI-Dissoziation

bilität und Validität ab (Lienert & Raatz, 1994). In unserer Untersuchung wurden die Testgütekriterien des ETI anhand einer großen heterogenen konsekutiven Stichprobe (n=952) überprüft. Aufgrund der vorliegenden Befunde können der ETI-Skala gute psychometrische Eigenschaften attestiert werden. Die Trennschärfekoeffizienten der Items bewegten sich im empfohlenen Bereich (zwischen .46 und .79), und es fanden sich befriedigende bis sehr gute Kommunalitäten ($h^2 = .37 - .75$). Die Reliabilitäten der ETI-Skalen waren mit internen Konsistenzen von Cronbach's Alpha von 0.77 – 0.87 angesichts der geringen Itemanzahl pro Skala als gut, die des gesamten Fragebogens als sehr gut (Alpha = 0.95) zu bewerten. Die faktorenanalytische Fragebogenkonstruktion erbrachte 4 gut interpretierbare Faktoren (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) mit eindeutigen Faktorladungen bei einer ausreichend guten Varianzaufklärung von insgesamt 62,7%. Für sechs der 23 ETI-Items war eine eindeutige Zuordnung zu den vier Faktoren nicht möglich. Eine Elimination dieser Items führte jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychometrischen Eigenschaften der Skalen. Deshalb wurde aus inhaltlichen Gründen an der ursprünglichen Itemzuordnung festgehalten.

Insgesamt berichteten 72,7% der Probanden, mindestens 1 Trauma in ihrer bisherigen Lebensgeschichte erlebt zu haben. Das DSM-IV Eingangstraumakriterium (A1 und A2) erfüllten jedoch 40,3%. In der Literatur werden sehr unterschiedliche Trauma-Prävalenzen berichtet, diese liegen zwischen 30-98% (Flatten et al., 2001; Kessler et al., 1994). Mehrere Faktoren werden in der Literatur für diese unterschiedlichen Prävalenzen diskutiert; darunter fallen insbesondere Unterschiede in den diagnostischen Kriterien, methodische Unterschiede und Stichprobencharakteristika (Kessler et al., 1994; Kubany et al., 2000). Ein weiterer Grund für die große Streuung der Traumaprävalenz könnte auch in den unterschiedlichen Definitionen des Traumbegriffs liegen, insbesondere

bezogen auf das Eingangstraumakriterium von DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Die ASD und die PTSD zählen zu den wenigen psychischen Störungen, bei denen der Auslöser bekannt ist, nämlich das Trauma. Man findet Traumatisierung häufig auch in der Vorgeschichte anderer psychischer Erkrankungen, wie z.B. Somatoformer Störungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen (Tagay & Senf, 2005). Bei anderen Störungen ist die Quelle des unkontrollierbaren Stress oft viel weniger offensichtlich als bei der posttraumatischen Störung. Damit wird deutlich, dass psychische Traumatisierungen, d.h. unkontrollierbaren Stress verursachende Lebensereignisse, für die Entwicklung psychischer Störungen eine ganz zentrale Rolle spielen. Das heißt aber nicht, dass nach schweren traumatischen Ereignissen unbedingt posttraumatische oder andere psychiatrische Symptome folgen müssen. Die Begriffe Belastung, Stress, Trauma und traumatisierend müssen deshalb sehr sorgfältig verwendet werden. Obwohl inzwischen wissenschaftlich belegt ist, dass nicht jedes Trauma unausweichlich psychische Symptombildungen zur Folge haben muss, wird der Traumbegriff komplex und widersprüchlich, teilweise inflationär verwendet (Perkonig et al., 2000; Tagay et al., 2004; Tagay et al., 2005).

Die Konstruktvalidität des ETI ist nach der vorliegenden Untersuchung als sehr gut anzusehen. Zur Überprüfung der konvergenten und diskriminanten Validität der ETI-Skalen wurden mehrere Fragebögen herangezogen. Beim Vergleich der drei untersuchten Teilstrichproben hatten sich die erwarteten Unterschiede für die posttraumatische Symptomatik ergeben. Psychisch erkrankte Patienten zeigten die höchsten Mittelwerte in allen ETI-Skalen im Vergleich zu körperlich erkrankten Patienten und noch mehr gegenüber der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse stellen damit die Grundlage für die weitere Anwendung der ETI-Skalen im Rahmen klinischer und nichtklinischer Studien dar.

Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation des ETI mit dem PTSS-10 (Schade, Schüffel & Schunk, 1998), dem PDEQ (Marmar et al., 1994) und der FDS (Freyberger et al., 1999) und ergab genügend hohe Korrelation zwischen inhaltlich vergleichbaren Subskalen. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass hohe Werte bei ETI mit höheren Werten anderer Instrumente zu posttraumatischen Symptomen einhergingen. Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen psychischer Symptomatik und den ETI-Skalen wurden diese in Beziehung zu den Skalen HADS, SCL-90-R und SF-36 untersucht. Alle Ergebnisse der Validitätsüberprüfung weisen auf eine gute externe Validität im Sinne der a priori erstellten Hypothesen hin. Sämtliche Korrelationen zwischen ETI und SCL-90-R und HADS waren hochsignifikant. Diese Befunde stimmen mit anderen Untersuchungen gut überein (Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Perkonig et al., 2000; Tagay et al., 2005; Kessler et al., 1994).

Eine Begrenzung der vorliegenden Validierungsstudie liegt darin, dass lediglich Fragebogendaten und keine strukturierten klinischen Interviews (z.B. SKID) verwandt wurden. In neuen aktuell laufenden Validerungsstudien werden auch strukturierte Interviews zur Validitätsprüfung des ETI eingesetzt. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie jedoch insgesamt darauf hin, dass das Essener Trauma-Inventar geeignet ist, differenziert traumatische Ereignisse und posttraumatische Störungen reliabel und valide zu erfassen. Die Items sind so formuliert, dass sie bei allen körperlichen und psychischen Krankheitsbildern und auch bei Gesunden eingesetzt werden können. Neben einer kategorialen Diagnostik posttraumatischer Störungen (PTSD und ASD) erlaubt das ETI auch eine Auswertung zur Bestimmung von Schweregraden der posttraumatischen Symptomatik, welche insbesondere zur Verlaufsdagnostik sowie zur Beurteilung des Therapieeffektes herangezogen werden

können. Da posttraumatische Störungen nicht selten sind, eine hohe psychiatrische Komorbidität aufweisen, in der klinischen Praxis oft übersehen und nicht adäquat behandelt werden, ist sowohl bei akut als auch chronisch traumatisierten Patienten dringend ein Screening anzuraten (Tagay et al., 2005; Zimmerman & Mattia, 1999; Mueser, Goodman, Trumbetta, Rosenberg, Osher, Vidaver, Aciello & Foy, 1998).

Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Federman, B. & Anthony, J.C. (1998). Epidemiological findings on posttraumatic stress disorder and co-morbid disorders in the general population. In: Dohrenwend BP (ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*. New York: Oxford University Press, pp 319-330.
- Bullinger, M. & Kirschberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe: Göttingen.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-47.
- Derogatis, L.R. & Spitzer, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-45.
- Ehlers, A., Steil, R., Robins, L.N. & McEvoy, L. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Oxford: Department of

- Psychiatry, Warnford Hospital, University Oxford.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37-45.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W.M. Siol, T. & Petzold, E. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Franke, G.H. (1995). Symptom-Checkliste von Depressivität – Deutsche Version (SCI-90-R). Göttingen: Beltz.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Striglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1999). Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). Göttingen: Hogrefe.
- Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42,17-41.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-18.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S. & Kelly, M.P. (2000). Validation of a brief measure of post-traumatic stress disorder: the Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, 12, 197-209.
- Lienert, G.H. & Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS. Berlin: Springer.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, J., Kukla, R.A. & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R., Auciello, P. & Foy, D.W. (1998). Traumatic and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Perkonig, 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, 46-59.
- Raphael, B., Lundin, T. & Weisaeth, L. (1998). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 353, 1-75.
- Schade, B., Schüffel, W. & Schunk, T. (1998). A brief inventory to investigate stress reactions: The Post-traumatic Symptom Scale, 10-Items (PTSS-10). – the German version. Paper auf der Tagung der Europäischen Gesellschaft für Traumatische Stress Studien, Maastricht.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1998). Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. Tübingen: DGVT.
- Tagay, S. (2005). Traumatische Ereignisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung bei Patienten der Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Duisburg-Essen.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. & Senf, W. (2004). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 198-205.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. & Senf, W. (2005). Posttraumatic Stress Disorder in a Psychosomatic Outpatient Clinic: Gender Effects, Psychosocial Functioning, Sense of Coherence, and Service Utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 439-46.
- Tagay, S. & Senf, W. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. *Notfall & Hausarztmedizin*, 9, 418-419.
- Wackernagel, K. (2003). Psychotraumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Patienten der Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik und bei Patienten in einer Psychoanalytischen Praxis. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Duisburg-Essen.
- Ware, J., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, Mass., The Health Institute, New England Medical Center.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1996). The Impact of Event Scale- Revised. In: Wilson J P Keane TM (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, pp 399-411.
- Williams, J.W., Noel, P.H., Cordes, J.A., Ramirez, G. & Pignone, M. (2002). Is this patient clinically depressed? *The Journal of the American Medical Association*, 287, 1160-1170.
- Wilson, J.P. & Keane TM (1997). *Assessing psycho-*

logical trauma and PTSD. The Guilford Press: New York.

Wittchen, H.U., Lachner, G., Perkonig, A., Schuster, P., Pfister, H., Beloch, E. & Holly, A. (1996). Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse 1, deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? The Journal of Nervous and Mental Disease, 7, 420-428.

Dr. rer. medic. Dipl. Psych.
Sefik Tagay

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174
D-45147 Essen

Tel.: +49/201/9597021
Fax: +49/201/7227305

E-Mail: sefik.tagay@uni-due.de



Dr. med.
Andrea Möllering

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen

Virchowstr. 174
D-45147 Essen



Dipl.-Psych.
Ricarda Mewes

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen

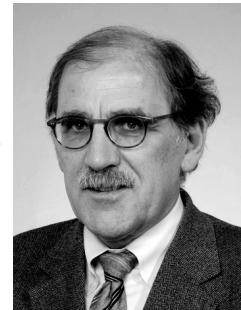
Virchowstr. 174
D-45147 Essen



Prof. Dr. med.
Wolfgang Senf

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen

Virchowstr. 174
D-45147 Essen



Dr. med. (TR)
Yesim Erim

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen

Virchowstr. 174
D-45147 Essen



Dipl.-Psych.
Babette Stoelk

Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen

Virchowstr. 174
D-45147 Essen

