

„Vom Leben geschlagen“ – Validierung der deutschen Version der Defeat Scale (DS-d)

“Defeated by Life” – Validation of a German Version of the Defeat Scale (DS-d)

Autoren

Thomas Forkmann¹, Jana-Sophie Stenzel¹, Dajana Rath¹, Heide Glaesmer², Tobias Teismann³

Institute

- 1 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen
- 2 Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig
- 3 Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum

Schlüsselwörter

Defeat, Validierung, Suizidalität, Defeat Scale, Faktorenanalyse

Key words

defeat, suicidality, defeat scale, validation, factor analysis

eingereicht 17.01.2017

akzeptiert 15.03.2017

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-107027>

Online-Publikation: 29.6.2017

Psychother Psych Med 2018; 68: 300–308

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

PD Dr. Thomas Forkmann

Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Pauwelsstraße 19

52074 Aachen

tforkmann@ukaachen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Defeat und Entrapment spielen als transdiagnostisch bedeutsame Faktoren bei der Entstehung von Depression, Angst, Traumafolgestörungen und Suizidalität eine Rolle. Ziel dieser Studie ist es, erstmals eine deutsche Version der Defeat-

Scale (DS-d) zur Messung von Defeat vorzustellen und erste Validitätsbelege zu präsentieren.

Material und Methoden Es wurden mittels einer Online-Befragung Daten von N = 480 Personen erhoben (74 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 28,5$, $SD_{\text{Alter}} = 11,1$, Range: 18–80 Jahre); 14,2 % der Teilnehmer gaben an, derzeit psychisch erkrankt zu sein, 8,5 % berichteten von mind. einem Suizidversuch in der Vergangenheit. Alle Teilnehmer füllten die DS-d, die Entrapment Scale, das Rasch-basierte Depressionsscreening, das Depressive Symptoms Inventory – Suicidality Subscale, den Suicidal Behavior Questionnaire-Revised, den Childhood Trauma Screener und den Fragebogen Generalized Anxiety Disorders 2 aus. Die faktorielle Validität der DS-d wurde mittels einer 1-faktoriellen konfirmatorischen Faktorenanalyse (KFA) überprüft. Zudem wurden die interne Konsistenz, konvergente Validität (Korrelation mit den anderen erhobenen Maßen), und Kriteriumsvalidität (hinsichtlich Suizidalität) ermittelt.

Ergebnisse Nach Zulassen einer Residualkorrelation zwischen 2 invers formulierten Items wurde ein zufriedenstellender Fit zum einfaktoriellen Modell erreicht (RMSEA = 0,077, TLI = 0,94, NFI = 0,93, CFI = 0,95; Itemladungen > 0,56). Der Summenwert der DS-d korrelierte hoch mit Depression ($r = 0,87$), Entrapment ($r = 0,83$) und Suizidalität ($r = 0,70$), sowie moderat mit den anderen Konstrukten. Personen mit Suizidgedanken und Suizidverhalten in der Vorgeschichte zeigten höhere Defeatwerte als Personen ohne Suizidalität.

Diskussion Die 1-dimensionale Struktur der englischen Version konnte bei der DS-d nach Zulassen einer Residualkorrelation zwischen 2 invers gepolten Items bestätigt werden. Die konvergente Validität der DS-d wird durch die überzeugenden Zusammenhänge mit benachbarten Konstrukten unterstützt. Die Zusammenhänge mit suizidalen Gedanken und Verhalten sprechen für die Kriteriumsvalidität der DS-d. Offen ist, inwieweit Defeat und Entrapment abgrenzbare Konstrukte sind, da sich in Übereinstimmung mit der Literatur ein sehr hoher Zusammenhang zwischen beiden fand.

Schlussfolgerung Es konnte erstmals eine deutsche Version der Defeat Scale vorgestellt werden, die gute psychometrische Eigenschaften hinsichtlich interner Konsistenz und Validität zeigt.

ABSTRACT

Introduction Defeat and entrapment are transdiagnostic constructs that play an important role in the development of depression, anxiety, suicidality and trauma-associated mental disorders. The present study aimed at presenting and validating a first German version of the Defeat-Scale (DS-d).

Material and methods Through a web-based survey, N = 480 participants were recruited (74 % female; $M_{Age} = 28.5$, $SD_{Age} = 11.1$, Range: 18–80 years); 14.2 % reported to currently suffer from a mental disorder, 8.5 % reported at least one lifetime suicide attempt. All participants filled in the DS-d, the Entrapment Scale, the Rasch-based Depression Screening, the Depressive Symptoms Inventory – Suicidality Subscale, the Suicidal Behavior Questionnaire-Revised, the Childhood Trauma Screener, and the questionnaire Generalized Anxiety Disorders 2. Factorial validity was investigated through a unidimensional confirmatory factor analysis (CFA). Moreover, internal consistency, convergent validity (correlations with the other measured constructs) and criterion validity (suicidality) were examined.

Results One residual correlation between 2 items that are inversely coded had to be allowed to reach a satisfying fit to the unidimensional model (RMSEA = 0.077, TLI = 0.94, NFI = 0.93, CFI = 0.95; item loadings > 0.56). The DS-d-sumscore correlated highly with depression ($r = 0.87$), Entrapment ($r = 0.83$) and suicidality ($r = 0.70$), and moderately with the other constructs. Participants with suicidal thoughts or behavior in the past showed higher DS-d-scores than participants without suicidality.

Discussion The unidimensional structure of the English version could be confirmed in the DS-d – after allowing for a residual correlation between two inversely coded items. Correlations with the other measured constructs give support for the validity of the DS-d. Criterion validity of the instrument is supported by its relations to suicidality. It remains open whether defeat and entrapment are 2 distinct constructs. In the current study – in accordance with the literature – both showed a very high intercorrelation.

Conclusion This study reports on the validation of a German version of the Defeat-Scale (DS-d) for the first time that shows good psychometric characteristics in terms of internal consistency and validity.

Einleitung

Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen unterliegt einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge aus bio-psycho-sozialen Einflussgrößen. Von besonderem klinischem Interesse sind dabei transdiagnostische Prozesse und Faktoren, die über die Grenzen einzelner eng umrissener Störungsbilder hinaus relevanten Erklärungswert besitzen.

Im Rahmen der „Social Rank Theory“ beschreiben Gilbert und Allan [1] 2 zentrale Konzepte, die sie zur Erklärung von depressiven Störungen heranziehen: Defeat und Entrapment. Defeat (wörtlich zu übersetzen als „Niederlage“) bezieht sich dabei auf die subjektive Wahrnehmung, einen „Kampf“ (struggle) verloren zu haben und sich machtlos zu fühlen, was mit einem Verlust an sozialem Status und dem Verfehlen persönlicher Ziele einhergeht. Gilbert [2] geht von 3 großen Gruppen von Ereignissen aus, die das Erleben von Defeat auslösen können: A) das Misslingen, Zugang zu sozialen oder materiellen Ressourcen zu erlangen oder zu bewahren, B) soziale Herabsetzungen oder Angriffe von anderen und 3) aus der Person selbst initiierte „Angriffe“, z. B. in Form von übermäßiger Selbstkritik, ungünstigen sozialen Vergleichsprozessen und unerreichbaren Zielsetzungen. Die Autoren betonen dabei, dass das subjektive Empfinden von vergeblicher Mühe, erfolglos investierter Anstrengung und geführtem Kampf für bzw. um eine persönlich wichtige soziale oder materielle Ressource oder einen sozialen Rang zentral für das Konzept ist. Das subjektiv empfundene Scheitern und die damit einhergehende Machtlosigkeit, das Empfinden einer Niederlage, von den Umständen oder „dem Leben“ geschlagen worden zu sein, unterscheiden das Konzept von etwaigen benachbarten Konzepten wie Verlust und Trauer [3].

Entrapment bezeichnet auf der anderen Seite das Gefühl, gefangen zu sein und keinen Ausweg aus der gegenwärtigen Lage zu sehen. Es entsteht, wenn eine klare Motivation, einer Bedrohung oder einem Stressor zu entfliehen besteht, aber aufgrund äußerer Faktoren und/oder eingeschränkter realer oder empfundener Be-

wältigungsfähigkeiten keine Flucht- bzw. Bewältigungsmöglichkeiten gesehen werden [4, 1, 5]. Stressoren können dabei externaler Natur (z. B. Schwierigkeiten bei der Arbeit oder in der Ehe) oder internal gelagert sein (z. B. Gesundheitsprobleme, Schuldgefühle). Entrapment wird als eigenständiges Konstrukt aufgefasst, das z. B. von der verwandten Hoffnungslosigkeit dadurch abgegrenzt wird, dass diese keinen Fluchtimpuls impliziert, der hingegen integraler Bestandteil von Entrapment ist [1].

Defeat und Entrapment wurden von den Begründern der Konzepte ursprünglich zur Erklärung depressiven Erlebens und Verhaltens herangezogen [2], in den vergangenen Jahren aber auch mit einer Vielzahl weiterer psychischer Störungen in Verbindung gebracht. So berichten Siddaway und Kollegen [6] in einer umfangreichen Metaanalyse von bedeutsamen Zusammenhängen von Defeat und Entrapment mit Depression, Angst, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suizidalität (s. auch [7]). Diese Zusammenhänge unterstreichen, dass Defeat und Entrapment über die Depression hinaus als transdiagnostisch bedeutsame Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen von Bedeutung sind.

Defeat und Entrapment werden zumeist im Selbstbericht mit der Entrapment Scale (ES) und der Defeat Scale (DS) gemessen [1]. Trachsel et al. [8] entwickelten eine deutsche Version der ES und berichteten erste Validierungsergebnisse. Eine deutsche Version der Defeat Scale existiert bisher nicht.

Die DS besteht aus 16 Items, die Defeat als 1-dimensionales Konstrukt messen sollen [1, 9, 10]. 3 Items (2, 4 und 9) sind invers formuliert, sodass geringe Zustimmung zu diesen Items für ein höheres Maß an Defeat spricht. Die Defeat Scale wurde, wie auch die Entrapment Scale, ursprünglich von Gilbert und Allan [1] entwickelt. In klinischen wie studentischen Stichproben sowie Gruppen von Gefängnisinsassen zeigte die Defeat Scale gute interne Konsistenzwerte (Cronbach's $\alpha > 0,85$) und gute konvergente Validität im Sinne von positiven Zusammenhängen mit Depressivität und Hoff-

nungslosigkeit [1, 11–14]. Darüber hinaus wurde die Defeat Scale in Studien zur Entwicklung suizidalen Erlebens und Verhaltens eingesetzt. Im Rahmen des integrativen motivational-volitionalen Modells suizidalen Verhaltens (IMV-Modell) [15, 16] wird angenommen, dass es dann zu Suizidgedanken und suizidalem Verhalten kommt, wenn Personen infolge von niederschmetternden und/oder demütigenden Geschehnissen („Defeat“) sich selbst als hilflos und gefangen in einer nicht auflösbaren Lebenssituation erleben („Entrapment“). Das Modell nimmt ferner an, dass die Übergänge (a) von der Bewertung eines Erlebnisses als niederschmetternd/demütigend zum Eindruck des Gefangenseins, (b) vom Eindruck des Gefangenseins hin zu Suizidgedanken und (c) von Suizidgedanken hin zu suizidalen Handlungen durch diverse Moderatoren – also Faktoren, die die suizidale Entwicklung hemmen oder begünstigen – bestimmt werden. Es existiert eine Reihe von Einzelbefunden, welche die zentralen Grundannahmen des Modells stützt, so auch die besondere Rolle von Defeat und Entrapment in der Vorhersage von Suizidalität (z. B. [17]). Dhingra et al. [18] lieferten zudem umfassendere Hinweise auf die Gültigkeit der Kernannahmen des IMV-Modells, indem sie in einem Strukturgleichungsmodell anhand einer großen Stichprobe von $N > 1800$ zeigen konnten, dass nahezu alle Pfade von Prädiktorvariablen auf suizidale Gedanken und suizidales Verhalten, die das IMV-Modell annehmen würde, signifikant wurden. In einer weiteren Studie konnten die Autoren zeigen, dass auf Basis der Variablen des IMV-Modells zwischen Menschen mit Suizidgedanken und solchen, die in der Vergangenheit Suizidversuche unternahmen, differenziert werden kann [19]. Bezogen auf die psychometrische Qualität der Defeat-Scale können somit ausgehend vom IMV-Modell positive Zusammenhänge zwischen DS-Werten und Suizidgedanken als Hinweise auf die Kriteriumsvalidität des Instrumentes interpretiert werden [13, 20, 3, 7, 21].

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Erleben von Defeat über Diagnosegrenzen hinweg mit psychischen Störungen assoziiert und für die Vorhersage der Entwicklung psychopathologischer Syndrome wie Angst, Depression oder Suizidalität von Bedeutung zu sein scheint. Defeat wird üblicherweise mit der Defeat-Scale im Selbstbericht gemessen, für die es bisher keine validierte deutsche Version gibt. Entsprechend ist das Ziel der vorliegenden Studie, erstmals eine deutsche Version der Defeat-Scale (DS-d) zu präsentieren und erste Ergebnisse zur internen Konsistenz und zur faktoriellen, konvergen-ten und Kriteriumsvalidität zu berichten. In Übereinstimmung mit den skizzierten Befunden zur englischen Version des Instruments erwarteten wir auch für die DS-d eine 1-dimensionale Struktur des Instruments und positive Zusammenhänge mit Ängstlichkeit, Depressivität, Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit sowie suizidalen Gedanken und suizidalem Verhalten.

Methoden

Vorgehen

Die Datenerhebung erfolgte online in anonymisierter Form mittels des Portals <https://www.sosurvey.de>. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum geprüft und genehmigt. Die Teilnehmer wurden durch Aushänge in Universitäten, psychotherapeutischen Ambulanzen

und Praxen sowie über soziale Medien (z. B. Facebook) auf die Studie aufmerksam gemacht und zur Teilnahme motiviert. Die Online-Erhebung startete mit einer ausführlichen Probandeninformation inkl. Informationen über Kontaktmöglichkeiten im Falle psychischer Belastungen. Willigten die Interessierten in die Teilnahme ein und gaben an, mind. 18 Jahre alt zu sein, wurden sie zu den einzelnen Fragebögen weitergeleitet. Am Ende der Befragung konnten alle Teilnehmer eine E-Mail-Adresse angeben, um an einer Verlosung von 5 Gutscheinen im Wert von je 15,- € teilzunehmen. Im Durchschnitt brauchten die Teilnehmer 15 Minuten, um alle Fragebögen auszufüllen.

Stichprobe

Zwischen Dezember 2015 und April 2016 nahmen $N = 480$ (74 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 28,5$, $SD_{\text{Alter}} = 11,1$, Range: 18–80 Jahre) Personen an der Studie teil. Alle Teilnehmer füllten alle Instrumente vollständig aus. Ungefähr vier Fünftel aller Teilnehmer waren ledig (82,3 %), 14,6 % verheiratet, 2,9 % geschieden und 0,2 % verwitwet. Mehr als die Hälfte aller Teilnehmer gab das Abitur oder ein Fachabitur als höchsten Bildungsabschluss an (56,7 %), 33,3 % einen Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss und 5,0 % die Mittlere Reife an. 23,3 % gaben an, in der Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben und 14,2 % derzeit psychisch erkrankt zu sein (25 gaben an, an einer depressiven Störung zu leiden, davon 21 an einer rezidivierenden Störung, 15 an einer Angststörung, 9 an einer Essstörung, 7 an einer Persönlichkeitsstörung, 12 an einer anderen Störung). 41 Teilnehmer (8,5 %) gaben an, in der Vergangenheit bereits mind. einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Instrumente

Deutsche Version der Defeat Scale (DS-d)

Die „Defeat Skala“ von Gilbert und Allan [1] wurde im Rahmen dieser Studie in einem mehrstufigen Verfahren in Anlehnung an die Richtlinien der „ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaption“ [22] übersetzt. Zunächst wurde das englische Original von 4 Personen unabhängig voneinander ins Deutsche übersetzt. Im zweiten Schritt wurden die verschiedenen Übersetzungen ineinander integriert und bei etwaigen Abweichungen untereinander von den Übersetzern ein Konsens formuliert. Im dritten Schritt wurde die deutsche Konsensübersetzung von einer Kollegin, deren Muttersprache deutsch ist, die aber viele Jahre im englischsprachigen Ausland gelebt, gearbeitet und geforscht hat, ohne Kenntnis des englischen Originals rückübersetzt. Wo Abweichungen zwischen der Rückübersetzung und dem englischen Original bestanden, wurde im vierten Schritt in enger Abstimmung zwischen den Übersetzern und der Rückübersetzerin die deutsche Version entsprechend angepasst. Die Aussagen der 16 Items der Skala werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von den Teilnehmern dahin gehend beurteilt, wie stark sie im Hinblick auf die letzten 7 Tage auf sie zutreffen. Um den Mittelwert berechnen zu können, müssen die Items 2, 4 und 9 invertiert werden [23]. In Studien zur englischen Version zeigte sich eine hohe interne Konsistenz von $\alpha > 0,85$ [1, 11–13].

Entrapment Scale (ES)

Die ebenfalls ursprünglich von Gilbert und Allan [1] entwickelte ES wurde verwendet um das Gefühl des Gefangenseins zu erfassen, z. B. den Eindruck aus einer belastenden Situation fliehen zu wollen, aber

nicht zu können [23]. Die Teilnehmer werden wie bei der DS-d gebeten auf einer 5-stufigen Skala anzugeben, wie stark sie jedem der 16 Items in Bezug auf die letzten 7 Tage zustimmen (z. B. „Während der letzten Wochen befand ich mich in einer Beziehung, aus der ich nicht hinaus konnte.“). In einer Validierungsstudie der deutschen Version fanden Trachsel et al. [8] eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = 0,95$), die in der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden konnte ($\alpha = 0,96$).

Rasch-basiertes Depressionsscreening (DESC)

Das Rasch-basierte Depressionsscreening misst Depressivität mit 10 auf die letzten 14 Tage bezogenen Items (z. B. „Wie oft waren Sie in den letzten 2 Wochen traurig?“; Skala von „niemals“ (0) bis „immer“ (4)) [24]. Summenwerte ≥ 12 weisen auf eine depressive Episode hin. Das DESC ist bevölkerungsrepräsentativ normiert und zeigte in verschiedenen Stichproben sehr gute psychometrische Eigenschaften (interne Konsistenz $\alpha = 0,92$) [25–27], so auch in der aktuellen Stichprobe ($\alpha = 0,94$).

Depressive Symptoms Inventory – Suicidality Subscale (DSI-SS)

Die DSI-SS [28, 29] – bestehend aus 4 Items – misst die Frequenz und Intensität von Suizidgedanken in den letzten 2 Wochen. Jedes Item besteht aus 4 Aussagen, aus welchen der Teilnehmer dasjenige auswählt, welches auf ihn am besten zutrifft (z. B. „Ich habe Selbstmordgedanken und besitze einen genau festgelegten Plan.“). Der Gesamtsummenwert reicht von 0 bis 12. Joiner und Kollegen [28] empfehlen einen Cut-off Wert von 3. Werte darüber können als Hinweis auf ernst zu nehmende suizidale Gedanken interpretiert werden. Das Instrument zeigte bisher eine sehr gute interne Konsistenz ($\alpha = 0,90$) [28]. In der vorliegenden Stichprobe fand sich ein vergleichbarer Wert ($\alpha = 0,93$).

Suicide Behavior Questionnaire-Revised (SBQ-R)

Der SBQ-R [30] besteht aus 4 Items. Item 1 ist eine Screening-Frage, durch welche eingeschätzt werden soll, ob Untersuchungsteilnehmer jemals an Suizid gedacht haben oder einen Suizidversuch unternommen haben. Item 2 erfasst die Frequenz der Suizidversuche während der letzten 12 Monate, Items 3 erhebt die Kommunikation über Suizid und Item 4 erfasst die Wahrscheinlichkeit des Suizids in der Zukunft [23]. Item 2a erfragt die Anzahl der Suizidversuche im Lebenslauf. Dieses Item wurde in den Analysen zusätzlich zum Summenwert des SBQ-R ausgewertet und verwendet, um die Stichprobe in Personen mit und ohne Suizidversuche in der Vorgeschichte einzuteilen. Die interne Konsistenz war in früheren Studien gut ($\alpha = 0,87$) [30]. In der aktuellen Stichprobe war sie nur leicht geringer ($\alpha = 0,84$).

Childhood Trauma Screener (CTS)

Der CTS [31] ist eine Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und erfasst mit 5 Items physischen, sexuellen und emotionalen Missbrauch sowie physische und emotionale Vernachlässigung. Jedes Item beginnt mit „Als ich aufwuchs...“, gefolgt von einer Aussage, welche auf einer 5-stufigen Skala von „gar nicht“ (1) bis „sehr häufig“ (5) bewertet werden soll. Die Gesamtsumme des CTS kann berechnet werden, indem alle 5 Items addiert werden, wobei Item 1 und Item 5 umgepolt werden müssen. Höhere Werte weisen auf häufigere kritische Erfahrungen in der Kindheit hin. Frü-

here Studien haben gezeigt, dass der CTS im Vergleich zu längeren Skalen ein ökonomisches und reliables Instrument ist (z. B. [32–34]). Grabe et al. [31] berichten eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,76$, die in der aktuellen Stichprobe ähnlich hoch ausfiel ($\alpha = 0,75$).

Generalized Anxiety Disorders 2 (GAD-2)

Angststörungen wurden mit der Kurzform des GAD-7 [35], dem GAD-2 [36] gemessen. Der GAD-2 besteht aus 2 Items, bei welchen spezifische Angstsymptome der letzten 2 Wochen auf einer 4-stufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „beinahe jeden Tag“ (3) eingestuft werden. Bei beiden Items weisen Werte ≥ 3 auf eine mögliche Angststörung hin. Kroenke et al. [36] berichten eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,82$. In der aktuellen Stichprobe wurde ein vergleichbarer Wert ermittelt ($\alpha = 0,80$).

Statistische Analysen

Die psychometrische Überprüfung der deutschen Version der Defeat-Scale umfasste 2 aufeinanderfolgende Schritte. Im ersten Schritt wurde die für das englische Original gezeigte 1-dimensionale Struktur [1] in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (KFA) überprüft. Im zweiten Schritt wurde die Validität der deutschen Version der Defeat-Scale anhand des Zusammenhangs zu Depressivität, Suizidalität, Angst und traumatischen Erfahrungen in der Kindheit überprüft.

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Es wurde ein 1-dimensionales konfirmatorisches Modell mittels der Software AMOS (Version 20.0) modelliert. Die Modellgüte wurde anhand von Fit-Indizes überprüft [37, 38]: dem χ^2 -Test, dem Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; Kriterium: $RMSEA \leq ,08$ [39], dem Normed Fit Index (NFI), dem Tucker-Lewis Index (TLI) und dem Comparative Fit Index (CFI). Der χ^2 -Wert sollte nicht signifikant sein. Da bei größeren Stichproben der χ^2 -Test zu Hypersensitivität für kleinere Missspezifikationen im konfirmatorischen Modell neigt [40], wird empfohlen, ihn stets gemeinsam mit dem RMSEA zu interpretieren. Außerdem sollte das Verhältnis aus χ^2 -Wert und zugehörigen Freiheitsgraden möglichst < 3 sein. Bei NFI, TLI und CFI werden Werte $\geq 0,95$ als gut und Werte $\geq 0,90$ als akzeptabel angesehen. Im Falle unzureichenden initialen Fits wurden Modification Indices (MI) herangezogen, um das Modell zu verbessern. MIs zeigen an, welchen Effekt eine Modifikation des Modells, bspw. das Zulassen von Korrelationen zwischen Fehlertermen, auf den globalen Modellfit indiziert durch den χ^2 -Wert haben würde. Modifikationen wurden sehr zurückhaltend und nur dann vorgenommen, wenn sie theoretisch ins Modell passten.

Konvergente und Kriteriumsvalidität und interne Konsistenz der deutschen Version der Defeat Scale (DS-d)

Hinsichtlich der Validität der deutschen Version der Defeat-Scale wurden die korrelativen Zusammenhänge mit Depressivität (DESC), Ängstlichkeit (GAD-2), Traumaerfahrungen in der Kindheit (CTS), Entrapment (ES), suizidalen Gedanken (DSI-SS) und suizidalem Verhalten (SBQ-R) bestimmt. Außerdem wurde ausgehend von dem IMV-Modell [15, 16] untersucht, inwieweit Teilnehmer, die suizidale Gedanken bzw. die Suizidversuche in der Vergangenheit berichteten, sich von Teilnehmern ohne Suizidgedanken oder -versuche

► **Tab. 1** Globaler Modellfit der 1-dimensionalen konfirmatorischen Faktorenanalyse der DS-d.

Modell	χ^2	df	p	χ^2/df	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Schwellenwert			> 0,05	< 3	< 0,08	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
Initiales Modell	511,656	104	< 0,001	4,92	0,090	0,911	0,916	0,927
Modifiziertes Modell	393,135	103	< 0,001	3,82	0,077	0,931	0,940	0,948

df: Freiheitsgrade; RMSEA: Root Mean Standard Error of Approximation; NFI: Normed Fit Index; TLI: Tucker-Lewis-Index; CFI: Comparative Fit Index.

im Ausmaß ihres Defeat-Erlebens unterschieden. Das IMV-Modell nimmt an, dass Defeat ein Prädiktor für Suizidgedanken ist, für die Entwicklung von suizidalem Verhalten aber andere Variablen hinzukommen müssen, sodass wir einen engeren Zusammenhang von Defeat mit Suizidgedanken als mit Suizidverhalten erwarteten. Eine regressionsanalytische Auswertung wurde aufgrund der ausschließlich querschnittlich erhobenen Daten nicht durchgeführt.

Die Analysen wurden mit AMOS Version 20.0 und PASW Statistics 20.0.0 durchgeführt.

Ergebnisse

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Der initiale Modellfit des 1-faktoriellen konfirmatorischen Modells war unzureichend, da der χ^2 -Wert signifikant war und der RMSEA nicht den erforderlichen Wert (< 0,8) erreichte (► **Tab. 1**). Um das initiale Modell zu optimieren, wurde auf Basis von MIs eine Residualkorrelation, das heißt eine Korrelation zwischen den Fehlertermen zweier Items, zugelassen. Es handelt sich hierbei um die Items 2 („Ich habe das Gefühl, dass ich eine erfolgreiche Person bin“) und 4 („Ich habe das Gefühl, dass ich im Grunde ein Gewinner bin“). Beide Items sind, anders als die Mehrheit der Items der Skala, positiv formuliert, das heißt, dass geringe Werte für ein hohes Maß an Defeat sprechen. Die bedeutsame Residualkorrelation zwischen diesen Items kann möglicherweise hierauf zurückgeführt werden.

Das Zulassen der genannten Residualkorrelation verbesserte den Modellfit substanziell, sodass RMSEA, TLI, CFI und NFI nun akzeptable Werte zeigten (► **Tab. 1**). Der χ^2 -Test war allerdings immer noch signifikant ($\chi^2 = 393,135$) und auch das Verhältnis aus χ^2 -Wert und zugehörigen Freiheitsgraden sank nicht unter 3. Es waren keine weiteren Modifikationen des Modells möglich, die diese beiden Werte substanziell verbessert hätten.

► **Tab. 2** fasst die Itemcharakteristiken der deutschen Version der Defeat-Scale zusammen. Die Faktorladungen aller Items waren signifikant und > 0,5. Das Item mit der schwächsten Ladung war das eben schon genannte Item 4 (Ladung 0,57).

Konvergente und Kriteriumsvalidität und interne Konsistenz der deutschen Version der Defeat Scale (DS-d)

Die interne Konsistenz der DS-d was in der vorliegenden Stichprobe sehr gut (Cronbach's $\alpha = 0,95$).

Die Teilnehmer erzielten in der DS-d einen mittleren Summenwert von 15,67 (SD = 11,97, Spannweite 0–62). Der Summenwert

korrelierte signifikant positiv mit Depressivität, Ängstlichkeit, Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, Suizidgedanken und Suizidverhalten (► **Tab. 3**). Die Teilnehmer, die im DSI-SS erhöhte Werte für Suizidgedanken berichteten (DSI-SS > 2), zeigten auf der DS-d signifikant höhere Werte (M = 32,22, SD = 12,79, N = 87) als die Personen ohne Suizidgedanken (M = 12,01, SD = 8,07, N = 393) ($t = -14,14$, $p < 0,001$). Gleiches gilt für den Vergleich zwischen Personen, die Suizidversuche in der Vorgeschichte berichteten (M = 26,95, SD = 15,23, N = 41) und Personen ohne Suizidversuche (M = 14,62, SD = 11,07, N = 439) ($t = -5,06$, $p < 0,001$). Wenn man die Variablen „Suizidgedanken“ und „Suizidversuche“ kombiniert, zeigt sich ein etwas anderes Bild: Personen, die nur Suizidgedanken, aber keine Versuche berichteten (M = 31,09, SD = 13,27, N = 65) hatten einen signifikant höheren Defeat-Wert als Personen, die weder Suizidgedanken noch -versuche berichteten (M = 11,75, SD = 7,63, N = 374) ($t = -11,42$, $p < 0,001$). Hingegen zeigten Personen, die Suizidversuche aber keine Gedanken berichteten (M = 17,00, SD = 13,56, N = 19) keine signifikant höheren Werte als Personen ohne Suizidgedanken oder -versuche ($t = -5,25$, $p = 0,11$). Zudem hatten Personen mit Suizidversuchen signifikant geringere Defeat-Werte als Personen mit Suizidgedanken ($t = 4,01$, $p < 0,001$). Die höchsten Defeat-Werte zeigten sich bei Personen, die sowohl Suizidgedanken als auch Versuche berichteten (M = 35,55, SD = 10,82; n = 22). Diese waren allerdings nicht signifikant höher als die Werte der Personen, die nur Suizidgedanken berichteten ($t = -1,57$, $p = 0,12$).

Diskussion

In dieser Studie wurde erstmals eine deutsche Version der Defeat Scale (DS-d) vorgestellt, und das Instrument hinsichtlich seiner faktoriellen, konvergenten und Kriteriumsvalidität sowie internen Konsistenz untersucht.

Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die Befunde zur englischen Version der DS [1, 9, 10] und lieferte deutliche Hinweise auf eine 1-dimensionale Struktur der Skala. Allerdings wurde ein adäquater Modellfit im Hinblick auf den RMSEA erst nach Zulassen einer Residualkorrelation zwischen 2 invers gepolten Items erzielt. Dies kann ein Hinweis auf gemeinsame Methodenzvarianz dieser Items sein (d. h. die gemeinsame Varianz ist auf das ähnliche Wording der Items zurückzuführen), was für ein Umpolen aller Items in Schlüsselrichtung spräche. Es kann darüber hinaus als Hinweis dafür interpretiert werden, dass diese Items inhaltlich begründete gemeinsame Varianz teilen (erfolgreich sein, ein Gewinner sein), die durch das latente Konstrukt „Defeat“ nicht ausreichend

► **Tab. 2** Lokaler Modellfit und Itemcharakteristika der DS-d.

Item	Faktorladung	Faktorladung mod. Modell	Trennschärfe	M	SD	Minimum	Maximum
Ich habe das Gefühl, es im Leben zu nichts gebracht zu haben.	0,73	0,73	0,72	0,98	0,98	0	4
Ich habe das Gefühl, dass ich eine erfolgreiche Person bin.	0,64	0,63	0,65	1,85	0,92	0	4
Ich fühle mich vom Leben besiegt.	0,85	0,85	0,83	0,81	0,97	0	4
Ich habe das Gefühl, dass ich im Grunde ein Gewinner bin.	0,57	0,55	0,57	1,98	1,02	0	4
Ich habe das Gefühl, mein Ansehen in der Welt verloren zu haben.	0,73	0,74	0,72	0,64	0,91	0	4
Ich habe das Gefühl, dass mich das Leben wie einen Boxsack behandelt hat.	0,71	0,71	0,69	0,77	1,02	0	4
Ich fühle mich machtlos.	0,76	0,76	0,75	1,33	1,01	0	4
Ich habe das Gefühl, dass mir meine Zuversicht ausgetrieben worden ist.	0,79	0,79	0,77	1,01	1,07	0	4
Ich fühle mich in der Lage, mit allen Widrigkeiten des Lebens fertig zu werden.	0,61	0,60	0,60	1,57	0,97	0	4
Ich habe das Gefühl, ganz unten angekommen zu sein.	0,83	0,83	0,80	0,45	0,85	0	4
Ich fühle mich komplett außer Gefecht gesetzt.	0,79	0,79	0,75	0,61	0,91	0	4
Ich habe das Gefühl, zu den Verlierern im Leben zu gehören.	0,82	0,82	0,80	0,59	0,96	0	4
Ich habe das Gefühl, dass ich aufgegeben habe.	0,83	0,83	0,81	0,61	0,98	0	4
Ich fühle mich total am Boden.	0,85	0,85	0,82	0,75	0,99	0	4
Ich habe das Gefühl, dass ich im Leben wichtige Schlachten verloren habe.	0,68	0,68	0,66	0,89	1,03	0	4
Ich habe das Gefühl, dass ich keinen Kampfgeist mehr habe.	0,81	0,81	0,79	0,83	1,02	0	4

► **Tab. 3** Korrelationen zur konvergenten Validität der DS-d.

Pearson-korrelationen	Defeat	DESC	GAD-2	CTS	DSI-SS	SBQ-R	ES
DS-d	1	0,87 ***	0,68 ***	0,34 ***	0,70 ***	0,60 ***	0,83 ***
DESC		1	0,71 ***	0,38 ***	0,76 ***	0,65 ***	0,86 ***
GAD-2			1	0,21 ***	0,47 ***	0,48 ***	0,74 ***
CTS				1	0,35 ***	0,43 ***	0,32 **
DSI-SS					1	0,75 ***	0,61 **
SBQ-R						1	0,55 **
ES							1

*** p<0,001 (2-seitig). DS-d: deutsche Version der Defeat-Scale; DESC: Rasch-basiertes Depressionsscreening; GAD-2: Generalized Anxiety Disorders 2; CTS: Childhood Trauma Screener; DSI-SS: Depressive Symptoms Inventory – Suicidality Subscale; ES: Entrapment-Scale.

erklärt wird. Diese Annahme wird dadurch unterstrichen, dass beide Items die geringsten Faktorladungen aller Items der Skala zeigten. Gleichwohl sahen wir vor dem Hintergrund der immer noch hohen Faktorladungen beider Items ($>0,5$) zusammen mit dem zufriedenstellenden globalen Modellfit und dem Ziel, die deutsche Version der DS möglichst ähnlich zum englischen Original zu halten, keine Notwendigkeit dafür, die beiden Items aus der Skala zu entfernen. Weitere Untersuchungen mit der deutschen Version des Instrumentes sollten über den Umgang mit diesen Items zusätzlichen Aufschluss geben.

Eine offene Frage, die gegenwärtig diskutiert wird, bezieht sich auf die grundsätzliche faktorielle Abgrenzbarkeit der Konstrukte Defeat und Entrapment voneinander. Gilbert und Allan [1] konzipierten beide Konstrukte als distinkt und setzten dies auch durch die Entwicklung zweier voneinander getrennt einzusetzender Skalen konsequent um. Allerdings fanden sich wiederholt hohe bis sehr hohe Korrelationen zwischen beiden Konstrukten, sodass nicht erst durch die Arbeit von Taylor und Kollegen [10] die Frage aufgeworfen wurde, inwieweit nicht beide Aspekte in ein gemeinsames Konstrukt integriert werden sollten. In unseren Daten fand sich im Einklang mit dieser Haltung eine sehr hohe Korrelation zwischen Defeat und Entrapment von $r = 0,83$. Im Einklang mit diesen Befunden entwickelten Griffiths et al. [9] kürzlich die Short Defeat and Entrapment Scale (SDES) als ein 1-dimensionales Instrument, das es ermöglichen sollte, Defeat und Entrapment mit weniger Aufwand zu erheben. Die SDES beinhaltet je 4 Defeat- und 4 Entrapment-Items, zeigte in mehreren Stichproben gute psychometrische Eigenschaften und stellt somit einen berücksichtigenswerten alternativen Zugang zur Erfassung von Defeat und Entrapment dar [9]. Mit den in der vorliegenden Studie erstmals zur Verfügung gestellten deutschen Items der Defeat Scale (DS-d) und unter Verwendung der ES-Items von Trachsel, Krieger, Gilbert und Grosse Holfort [8] wäre es nun auch möglich, eine deutsche Version der SDES zu entwickeln. Entsprechende zukünftige Arbeiten wären wünschenswert. Auch eine kritische Diskussion der Abgrenzbarkeit zwischen Defeat und Depressivität wäre vor dem Hintergrund der sehr hohen Korrelation zwischen den beiden Konstrukten ($r = 0,87$) in unseren Daten zu begrüßen.

Die positiven korrelativen Zusammenhänge des Summenwertes der DS-d mit benachbarten Konstrukten sprechen durchweg für die konvergente Validität des Instruments, wobei – wie beschrieben – die höchsten Zusammenhänge mit Depressivität und Entrapment gefunden wurden. Ein zwar signifikanter, aber gering ausgeprägter korrelativer Zusammenhang zeigte sich mit dem CTS. Dies legt die Interpretation nahe, dass Defeat weniger mit Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit in Zusammenhang steht, wie der CTS sie misst, sondern vielmehr mit Symptomen einer post-traumatischen Belastungsstörung [6], die sich aus solchen Erlebnissen entwickeln kann. Der DS-d-Summenwert korrelierte in Übereinstimmung mit den Annahmen des IMV-Modells [11, 16] positiv mit dimensionalischen Maßen für suizidale Gedanken und suizidales Verhalten. Beim Vergleich der Studienteilnehmer, die im Sinne der Empfehlungen von Joiner et al. [28] im DSI-SS auffällige Werte für Suizidgedanken zeigten mit denen ohne Suizidgedanken, fanden sich ebenfalls erwartungskonforme Ergebnisse: die DS-d-Werte waren bei Personen mit Suizidgedanken höher als bei denen ohne Suizidgedanken. Allerdings zeigten sich

keine höheren DS-d-Werte bei Personen, die gemäß SBQ-R-Item 2a in der Vergangenheit Suizidversuche unternommen hatten im Vergleich zu den Personen, die Suizidgedanken berichteten. Dieser Befund scheint nur auf den ersten Blick überraschend und im Widerspruch zu den Annahmen des IMV-Modells zu sein. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass das IMV-Modell ein prospektiv angelegtes Erklärungsmodell ist. Das heißt, das Erleben von Defeat und Entrapment erklärt die anschließende Entwicklung von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen, nicht aber retrospektiv bereits zurückliegende Verhaltensweisen. Zudem wird Defeat in der DS-d als über die Zeit fluktuierendes Konstrukt, d. h. eher als State denn als Trait, konzeptualisiert [1]. Entsprechend ist der Bezugszeitraum die letzten 2 Wochen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Defeat in der vorliegenden Studie stärkere Zusammenhänge mit ebenfalls im gleichen Bezugszeitraum erfragten suizidalen Gedanken zeigte als mit retrospektiv für die gesamte Lebensgeschichte erfragten Episoden suizidalen Verhaltens. Das IMV-Modell selbst nimmt darüber hinaus an, dass Defeat und Entrapment in der motivationalen Phase eng mit suizidalen Gedanken verbunden sind, dass aber im Übergang zur volitionalen Phase von Suizidalität eine Reihe von Moderatoren wirksam werden, die die Entwicklung suizidalen Verhaltens aus suizidalen Gedanken mit beeinflussen [15, 16, 41]. Eine Untersuchung zur genauen Rolle dieser Moderatoren steht noch aus, wenngleich erste Studienergebnisse dafür sprechen, dass sie einen Einfluss auf die Entwicklung von suizidalem Verhalten im Sinne der Modellannahmen haben [18, 19]. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist es – neben den angesprochenen methodischen Einschränkungen durch die retrospektive Erfassung von suizidalem Verhalten in der vorliegenden Studie – denkbar, dass der Zusammenhang zwischen Defeat und suizidalem Verhalten, mediiert über Suizidgedanken, ein nicht-linearer ist und somit nicht zwangsläufig höhere Defeatwerte beim Vorliegen suizidalen Verhaltens erwartet werden müssen.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist zu berücksichtigen, dass die zugrunde liegende Stichprobe zwar ausreichend groß ist ($N = 480$), aber, aufgrund der Verwendung einer webbasierten Erhebung, eine genaue diagnostische Beschreibung der Teilnehmenden, z. B. auf Basis strukturierter klinischer Interviews, nicht möglich war. Die berichteten diagnostischen Einordnungen der Teilnehmenden basierten auf deren Selbstauskunft. Da der Link zur Studie auch gezielt in psychotherapeutischen Ambulanzen publik gemacht wurde, ist der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung relativ hohe Anteil psychischer Belastungen aber durchaus plausibel. Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass alle berichteten Daten im Querschnitt erhoben wurden, sodass Schlussfolgerungen zu Kausalzusammenhängen zurückhaltend formuliert werden sollten. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe ein relativ hohes Bildungsniveau und im Mittel junges Alter aufwies. Auch nach Modifikation des Strukturmodells der DS-d durch Zulassen einer Residualkorrelation blieb der χ^2 -Wert signifikant. Dies kann auf die relativ große Stichprobe zurückgeführt werden, so ist bekannt, dass der χ^2 -Test bei großen Stichproben übersensitiv vermeintliche Modellmisspezifikationen anzeigt, die vorsichtig und nur im Zusammenhang mit anderen Fitmaßen interpretiert werden sollten [40]. Da alle anderen Fitmaße einen mind. zufrieden-

stellenden Modellfit anzeigten, ist anzunehmen, dass der erhöhte χ^2 -Wert tatsächlich auf die Stichprobengröße zurückzuführen ist.

Schlussfolgerung

Es wurde erfolgreich eine deutsche Version der Defeat Scale (DS-d) entwickelt. Die ersten psychometrischen Überprüfungen sprechen für ihre grundsätzliche Eindimensionalität und Validität. Eine Replikation sowie Erweiterung der berichteten Befunde – vorzugsweise auf Basis prospektiver Daten – ist wünschenswert. Um die Erfassung von Defeat und Entrapment in zeitlich limitierten Forschungskontexten (z. B. bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen) auch im deutschen Sprachraum zu ermöglichen, sollten zukünftige Studien mittels neu zu ziehender Stichproben auf Basis der DS-d und der deutschen Version der ES eine Entwicklung einer deutschen Version der SDES anstreben. Mit der hier vorgestellten DS-d sind nun erstmals Untersuchungen im deutschen Sprachraum zur Bedeutung von Defeat in der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie die Berücksichtigung des Konstrukts in der klinischen Praxis möglich.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Defeat und Entrapment werden als transdiagnostische Faktoren mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression, Angst, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suizidalität in Verbindung gebracht. In dieser Studie wurde die deutsche Version der Defeat-Scale erstmalig vorgestellt und validiert. Die Ergebnisse stützen die faktorielle, konvergente und Kriteriumsvalidität sowie interne Konsistenz des Instrumentes. Somit liegt nun erstmals für den deutschen Sprachraum ein Instrument vor, das die Erfassung von Defeat in Forschung und Praxis möglich macht.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* 1998; 28: 585–598
- [2] Gilbert P. Varieties of submissive behavior as forms of social defense: their evolution and role in depression. In: Sloman L, Gilbert P, ed. *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Routledge; 2000: 3–45
- [3] Taylor PJ, Gooding P, Wood AM et al. The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychol Bull* 2011; 137: 391–420
- [4] Dixon AK. Ethological strategies for defence in animals and humans: their role in some psychiatric disorders. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 417–445
- [5] Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affect Disord* 2003; 74: 107–121
- [6] Siddaway AP, Taylor PJ, Wood AM et al. A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *J Affect Disord* 2015; 184: 149–159
- [7] Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM et al. Prospective predictors of suicidality: defeat and entrapment lead to changes in suicidal ideation over time. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41: 297–306
- [8] Trachsel M, Krieger T, Gilbert P et al. Testing a german adaption of the entrapment scale and assessing the relation to depression. *Depress Res Treat* 2010; 2010: 501782
- [9] Griffiths AW, Wood AM, Maltby J et al. The development of the Short Defeat and Entrapment Scale (SDES). *Psychol Assess* 2015; 27: 1182–1194
- [10] Taylor PJ, Wood AM, Gooding P. Are defeat and entrapment best defined as a single construct? *Pers Individ Diff* 2009; 47: 795–797
- [11] O'Connor RC, Smyth R, Ferguson E et al. Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 1137–1143
- [12] Panagioti M, Gooding P, Taylor PJ et al. A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): the mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Res* 2013; 209: 55–59
- [13] Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM et al. Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res* 2010; 178: 244–248
- [14] Slade K, Edelmann R, Worrall M et al. Applying the cry of pain model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Leg Crim Psychol* 2012; 19: 131–146
- [15] O'Connor R. Towards an integrated motivational-volitional model of suicide behavior. In: O'Connor R, Platt S, Gordon J, ed. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Oxford: Jon Wiley and Sons; 2011: 181–198
- [16] O'Connor R, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73–85
- [17] Teismann T, Forkmann T. Rumination, entrapment and suicide ideation: A mediational model. *Clin Psychol Psychotherap* 2017; 24: 226–234
- [18] Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Res* 2016; 239: 169–178
- [19] Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 2015; 186: 211–218
- [20] Taylor PJ, Wood AM, Gooding P et al. Appraisals and suicidality: the mediating role of defeat and entrapment. *Arch Suicide Res* 2010; 14: 236–247
- [21] Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M et al. Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *Br J Clin Psychol* 2010; 49: 15–30
- [22] Wild D, Grove A, Martin M et al. ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8: 94–104
- [23] Forkmann T, Teismann T, Glaesmer H. *Diagnostik von Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe. 2016
- [24] Forkmann T, Boecker M, Wirtz M et al. Development and validation of the Rasch-based depression screening (DESC) using Rasch analysis and structural equation modelling. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40: 468–478

- [25] Forkmann T, Boecker M, Wirtz M et al. Validation of the Rasch-based Depression Screening in a large scale German general population sample. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 105
- [26] Forkmann T, Böcker M, Wirtz M et al. Das Rasch-basierte Depressions-screening. *Psychometrikon* 2010, doi:10.6099/1000057
- [27] Forkmann T, Böcker M, Wirtz M et al. Entwicklung, Validierung und Normierung des Rasch-basierten Depressionscreenings. *Z klin Psychol Psychother* 2012; 41: 19–29
- [28] Joiner TE, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behav Res Ther* 2002; 40: 471–481
- [29] Von Glischinski M, Teismann T, Prinz S et al. Depressive symptom inventory suicidality subscale: Optimal cut points for clinical and non-clinical samples. *Clin Psychol Psychother* 2016; 23: 543–549
- [30] Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2001; 8: 443–454
- [31] Grabe HJ, Schulz A, Schmidt CO et al. A brief instrument for the assessment of childhood abuse and neglect: the childhood trauma screener (CTS). *Psychiatr Prax* 2012; 39: 109–115
- [32] Glaesmer H, Schulz A, Hauser W et al. The childhood trauma screener (CTS) - development and validation of cut-off-scores for classificatory diagnostics. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 220–226
- [33] Grabe HJ, Schwahn C. Interaction between psychosocial environments and genes—what is the clinical relevance? *Psychiatr Prax* 2011; 38: 55–57
- [34] Schafer I. Traumatic experiences in patients with psychosis: more arguments against the “bio-bio-bio Model”. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 205–207
- [35] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092–1097
- [36] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317–325
- [37] Boomsma A. Reporting analysis of covariance structures. *Struct Equat Mod* 2000; 7: 461–483
- [38] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. London, New York: The Guilford Press; 2015
- [39] Zwingmann C, Wirtz M, Muller C et al. Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *J Behav Med* 2006; 29: 533–547
- [40] Brown T. Confirmatory Factor Analysis. New York: The Guilford Press; 2006
- [41] Teismann T, Dorrman W. Suizidalität. Göttingen: Hogrefe; 2014