

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

KERF-20-I:

KERF-I

Belastende Kindheitserfahrungen

Thekkumthala, D., Schalinski, I., Parigger, A., Ruf-Leuschner M., Elbert, T. & Schauer, M. (2023)

Thekkumthala, D., Schalinski, I., Parigger, A., Ruf-Leuschner M., Elbert, T. & Schauer, M. (2023). KERF-I. Belastende Kindheitserfahrungen [Verfahrensdokumentation, KERF-I, einführende Fragen, standardisierte Auswertungsrichtlinien, kompakte Auswertungsinformationen, SPSS-Syntaxen, Matrizen, KERF-20-I, Auswertungsentwurf]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.12495>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9006899>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei den AutorInnen.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s). By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Belastende Kindheitserfahrungen (KERF-20-I)

– eine komprimierte Interviewversion –

Thekkumthala, D., Schalinski, I., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M. & Elbert, T. (Stand 2022; bislang nicht validiert)

On the basis of MACE-(X), composed by Martin H. Teicher, McLean Hospital /Harvard Medical School.¹

Einführende Fragen:

Alter: _____ Jahre Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Lebten außer Ihnen in Ihrer **Kindheit und Jugend (den ersten 18 Lebensjahren)** weitere Kinder (Geschwister, Stief-/Pflegegeschwister, etc.) **im Haushalt?** ☐ Ja₁ ☐ Nein₀

Hatten Sie in Ihren ersten 18 Lebensjahren eine(n) Partner(in)? ☐ Ja₁ ☐ Nein₀

Im Folgenden möchten wir Sie gerne zu belastenden Erfahrungen befragen, die Sie in Ihrer Kindheit und Jugend (den ersten 18 Lebensjahren) gemacht haben.

A. Erlebnissen mit Ihren Eltern/im Haushalt (HH) lebenden Erwachsenen oder mit Ihren Geschwistern/im Haushalt lebenden Kindern:

	Eltern (im HH. lebende Erwachsene)	Geschwister (im HH. lebende Kinder)
1. Beschimpfte(n) sie Sie, sagte(n) sie verletzende Dinge zu Ihnen oder schrie(n) sie Sie² an?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
2. Schloss(en) sie Sie in einem Schrank, einem Speicher, einem Keller, einer Garage oder einem anderen, womöglich auch sehr engen, dunklen Ort ein?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
3. Konnte(n) sie Sie nur sehr schwer zufriedengestellt werden?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
4. Schlug(en) sie Sie mit der offenen Hand auf Gesäß, Arme oder Beine?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
5. Schlug(en) sie Sie mit einem Gegenstand , wie z.B. einem Riemen, einem Gürtel, einer Bürste, einem Stock, einem Rohr, einem Besen, einem Kochlöffel?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
6. Schlug(en) oder misshandelten sie Sie in anderer Form so stark, dass Sie dadurch körperlich verletzt wurden?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀

	Bezeugte Gewalt an	
Haben Sie miterlebt, ...	Eltern (im HH. lebenden Erwachsenen)	Geschwistern (im HH. lebenden Kindern)
7. ... wie eine im Haushalt lebende Person so stark geschlagen oder in anderer Form misshandelt wurde, dass sie dadurch körperlich verletzt wurde?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
8. ... wie eine im Haushalt lebende Person sexuell berührt wurde, dazu gebracht wurde eine andere Person zu berühren oder mit dieser Geschlechtsverkehr (Einführen von Penis oder Gegenständen in die Scheide, den After oder den Mund) zu haben?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀

¹in: Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011 2nd Edition) Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders. Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

²Dieses Item enthielt ursprünglich an dieser Stelle den Zusatz „**mehr als nur wenige Male im Jahr**“. Wir empfehlen es auch dann als erfüllt zu werten, wenn die Erfahrung von der befragten Person als stark belastend erlebt wurde, unabhängig von der Häufigkeit der Erfahrung.

B. Erfahrungen mit anderen gleichaltrigen/älteren Kindern oder Jugendlichen bzw. Partner(inne)n:

	Andere Kinder/Jugendliche	Partner(in)
9. Beschimpfte(n) sie Sie oder sagte(n) sie verletzende Dinge zu Ihnen und zwar mehr als nur wenige Male im Jahr?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
10. Sprach(en) sie hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigte(n) Sie öffentlich, setzte(n) Gerüchte über Sie in die Welt?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
11. Schlug(en) oder misshandelte(n) sie Sie in anderer Form so stark, dass Sie dadurch körperlich verletzt wurden?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀

C. Intime Erfahrungen die Sie in Ihren ersten 18 Lebensjahren mit erwachsenen oder gleichaltrigen Personen machten und zwar gegen Ihren Willen:

12. Berührte(n) oder begrabschte(n) sie Ihren Körper auf eine sexuelle Art und Weise?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀ Wenn ja, welche Personen?	<input type="radio"/> Eltern/Erwachsene im HH. <input type="radio"/> Geschwister/Kinder im HH. <input type="radio"/> andere Erwachsene <input type="radio"/> andere Gleichaltrige <input type="radio"/> Partner(in)
13. Brachte(n) sie Sie dazu, deren Körper auf eine sexuelle Art und Weise zu berühren?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀ Wenn ja, welche Personen?	<input type="radio"/> Eltern/Erwachsene im HH. <input type="radio"/> Geschwister/Kinder im HH. <input type="radio"/> andere Erwachsene <input type="radio"/> andere Gleichaltrige <input type="radio"/> Partner(in)
14. Hatte(n) sie in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) Geschlechtsverkehr mit Ihnen (Einführen von Penis oder Gegenständen in die Scheide, den After oder den Mund)?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀ Wenn ja, welche Personen?	<input type="radio"/> Eltern/Erwachsene im HH. <input type="radio"/> Geschwister/Kinder im HH. <input type="radio"/> andere Erwachsene <input type="radio"/> andere Gleichaltrige <input type="radio"/> Partner(in)

D. Trafen die folgenden Aussagen auf Sie und Ihre Familie in Ihren ersten 18 Lebensjahren zu:

15. Gab es eine Zeit, in der <u>weder</u> Ihre Mutter <u>noch</u> Ihr Vater (Hauptbezugspersonen/elternähnliche Personen) versuchte Ihre Gefühle zu verstehen und für Sie da zu sein?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
16. Gab es eine Zeit, in der <u>weder</u> Ihre Mutter <u>noch</u> Ihr Vater (Hauptbezugspersonen/elternähnliche Personen) Zeit oder Lust hatte mit Ihnen zu sprechen?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
17. Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson Ihnen stets das Gefühl geliebt zu werden?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> (r) Nein ₀
18. Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson stets auf Sie acht und beschützte Sie?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> (r) Nein ₀
19. Brachte Sie ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson stets zum Arzt, falls es nötig war?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> (r) Nein ₀
20. Gab es eine Zeit, in der Sie nicht genug zu essen hatten?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀