

ETI-KJ

Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Anleitung: Du findest hier eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in ihrem Leben erleben können. Bitte kreuze für jedes der folgenden Ereignisse an, ob du es erlebt hast (**JA**) oder nicht (**NEIN**). Wenn du mit JA antworten kannst, kreuze bitte an, ob du es entweder **selbst** oder als **Beobachter** erlebt hast. Hast du ein belastendes Ereignis sowohl selbst als auch als Beobachter erlebt, kreuze bitte beides an. Deine Antworten werden absolut vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte beantworte jede Frage.

	NEIN	JA	
		selbst	Beob- achter
1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Schwere Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gewalttätiger Angriff durch eine <u>fremde Person</u> (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem <u>Familien- oder Bekanntenkreis</u> (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, schwere Krankheit, Selbstmord, Mord)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
7. Gefangenschaft (z.B. Haft, Kriegsgefangener, Geisel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sexueller Missbrauch durch eine <u>fremde Person</u> (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem <u>Familien- oder Bekanntenkreis</u> (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Andere belastende Ereignisse			
Welche: _____			

**Achtung
Wichtig!**

Welches war dein schlimmstes Erlebnis? (Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Falls dein „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, schreib es bitte hierhin.)

13. _____

Bitte beantworte nun die folgenden Fragen **FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS**.

14. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

15. Während dieses schlimmsten Erlebnisses:

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

	JA	NEIN
A1. Wurdest du körperlich verletzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. Dachttest du, dass dein Leben in Gefahr war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. Dachttest du, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. Fühltest du dich hilflos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. Hattest du starke Angst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. Warst du stark angespannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. Warst du stark ruhelos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anleitung: Hier findest du eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Erlebnissen haben. Bitte lies dir jedes der Probleme sorgfältig durch. Wähle die Antwort (Gar nicht, Selten, Häufig, Sehr oft) aus, die am besten beschreibt, wie stark du **IM LETZTEN MONAT** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen warst. Die Fragen sollten sich dabei auf dein **schlimmstes Erlebnis** beziehen.

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
1. Gehen dir zu dem Ereignis ungewollt belastende Gedanken und Erinnerungen durch den Kopf, obwohl du das nicht willst?	①	②	③	④
2. Hast du versucht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	①	②	③	④
3. Hast du Schlafprobleme?	①	②	③	④
4. Hast du Momente, in denen du dich so fühlst, als ob du nicht Teil von dem bist, was passiert?	①	②	③	④
5. Hast du seit dem Erlebnis Alpträume?	①	②	③	④
6. Hast du versucht Situationen zu vermeiden, die dich an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?	①	②	③	④
7. Hast du Wutausbrüche oder bist du häufiger gereizt?	①	②	③	④
8. War dein Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?	①	②	③	④
9. Ist es manchmal so, als würdest du das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?	①	②	③	④
10. Kannst du dich an einen wichtigen Teil des Erlebnisses nicht mehr erinnern?	①	②	③	④

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
11. Hast du Schwierigkeiten, dich zu konzentrieren ?	①	②	③	④
12. Erscheint dir das Erlebnis unwirklich, so als ob du in einem Traum bist oder einen Film oder ein Theaterstück siehst?	①	②	③	④
13. Belastet es dich, wenn du an das Erlebnis erinnert wirst (fühlst du dich dann z.B. hilflos, wütend, traurig, schämst du dich)?	①	②	③	④
14. Hast du die Freude an Aktivitäten verloren, die vor dem Erlebnis für dich wichtig waren (z.B. Hobbies, Sport etc.)?	①	②	③	④
15. Bist du manchmal besorgt und wachsam, obwohl in dem Moment eigentlich kein Grund dazu besteht (z.B. Leute in der Umgebung prüfen, die verdächtig aussehen, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe rufen zu können)?	①	②	③	④
16. Passiert es dir gelegentlich, dass du in den Spiegel schaust und dich nicht erkennst?	①	②	③	④
17. Hast du körperliche Reaktionen, wenn du an das Geschehene erinnert wirst (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?	①	②	③	④
18. Fühlst du dich seit dem Erlebnis den Menschen in deiner Umgebung gegenüber fremd oder alleine?	①	②	③	④
19. Bist du leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?	①	②	③	④
20. Gibt es Momente, in denen du dir unsicher bist, wo du dich befindest und welche Zeit es gerade ist?	①	②	③	④
21. Hast du manchmal den Eindruck von Gefühlstaubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?	①	②	③	④
22. Hast du das Gefühl, dass sich deine Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass du keine Familie haben wirst, weniger Glück im Leben, in der Schule oder im Beruf als andere haben wirst)?	①	②	③	④
23. Hast du manchmal das Gefühl, dass dein Körper nicht zu dir gehört?	①	②	③	④

24. Wie lange hast du die oben angegebenen Beschwerden und Probleme (Frage 1-23)?

- Weniger als einen Monat ①
- Bis 3 Monate ②
- Über 3 Monate ③

25. Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten diese Beschwerden auf (Frage 1-23)?

- Innerhalb der ersten 6 Monate ①
- Nach 6 Monaten ②

26. Hast du nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

- Bauchschmerzen Kopfschmerzen Übelkeit Durchfall
 Zittern Schwindel Herzrasen Atemnot
 Krampfanfälle Sonstige: Wenn ja, welche? _____

27. Wie belastend fühlen sich das Erlebnis und die Folgen für dich jetzt an?

- Gar nicht belastend ①
 Sehr wenig belastend ①
 Wenig belastend ②
 Mittelmäßig belastend ③
 Stark belastend ④
 Extrem stark belastend ⑤

Anleitung: Bitte kreuze an, ob die oben angegebenen Beschwerden dir **IM LETZTEN MONAT** Schwierigkeiten gemacht haben. Wähle die Antwort, die am besten beschreibt, wie groß die Schwierigkeiten in dem jeweils genannten Bereich gewesen sind: Gar keine, Wenig, Mittelmäßig, Stark.

28. Aktuelle Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen

	Gar keine	Wenig	Mittel- mäßig	Stark
a. Schule/ Ausbildung/ Beruf	①	①	②	③
b. Aufgaben im Haushalt	①	①	②	③
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten	①	①	②	③
d. Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Kollegen	①	①	②	③
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern	①	①	②	③
f. Sexualität	①	①	②	③