

ETI

Essener Trauma – Inventar

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____



Anleitung: Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können. Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben (**JA**) oder nicht (**NEIN**). Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder **persönlich** oder als **Zeuge** erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

2. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

3. schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

4. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

5. gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)

NEIN: | JA: Zeuge

7. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

8. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

9. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

10. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

11. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

12. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

13. als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

14. als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

15. anderes belastendes Ereignis

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

Welches: _____

**Achtung
Wichtig!**

Welches war Ihr schlimmstes Erlebnis? (Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Wenn Sie vorher nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Falls Ihr „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, geben Sie es bitte hier an.)

16.

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

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

18. Während dieses schlimmsten Erlebnisses...?

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

- | | JA | NEIN |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A1. Wurden Sie körperlich verletzt..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2. Dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A4. Dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A5. Fühlten Sie sich hilflos..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A6. Hatten Sie starke Angst..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A7. Waren Sie voller Entsetzen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A8. Fühlten Sie sich machtlos..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anleitung: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (Gar nicht, Selten, Häufig, Sehr oft) aus, die am besten beschreibt, wie stark Sie **IM LETZTEN MONAT** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten sich dabei auf Ihr **schlimmstes Erlebnis** beziehen.

1. **Hat das Geschehene belastende Gedanken oder Erinnerungen in Ihnen hervorgerufen, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

2. **Haben Sie versucht, nicht an das Geschehene zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

3. **Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

4. **Hatten Sie Momente, in denen Sie nicht mehr wussten, was vor sich ging oder fühlten Sie sich so, als ob Sie nicht Teil von dem waren, was passierte?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

5. **Hatten Sie Alpträume über das Geschehene?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

6. **Haben Sie versucht, Situationen zu vermeiden, die Sie an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

7. **Hatten Sie Wutausbrüche oder waren Sie häufiger gereizt?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

8. **War Ihr Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

9. **War es so, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

10. **Konnten Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Geschehenen nicht erinnern?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

11. **Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. vergessen, was Sie gerade tun wollten, vergessen, was Sie gerade gelesen oder im Fernsehen gesehen haben)?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

12. **Erschien Ihnen das Geschehene unwirklich, so als ob Sie in einem Traum seien oder einen Film oder ein Theaterstück sehen?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

13. **Belastete es Sie, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. hilflos, wütend, traurig, schämten Sie sich)?**

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

14. Haben Sie starkes Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Geschehenen wichtig für Sie waren?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

15. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. Leute in der Umgebung prüfen, die verdächtig aussehen, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe rufen zu können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

16. Erlebten Sie gelegentlich, dass Sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

17. Hatten Sie körperliche Reaktionen, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

18. Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

19. Waren Sie leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

20. Fühlten Sie sich desorientiert? Gab es Momente, in denen Sie sich unsicher waren, wo Sie sich befanden und welche Zeit es gerade war?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

21. Hatten Sie das Gefühl von emotionaler Taubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

22. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie keine Familie haben werden, weniger Glück im Leben oder Beruf als andere haben werden)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

23. Hatten Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper nicht zu Ihnen zu gehören scheint?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

24. Hatten Sie nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

Bauchschmerzen	(a)	Kopfschmerzen	(b)	Übelkeit	(c)	Durchfall	(d)
Zittern	(e)	Schwindel	(f)	Herzrasen	(g)	Atemnot	(h)
Krampfanfälle	(i)	Weitere /Sonstige: Wenn ja,					

Welche?: _____

25. Wie belastend fühlt sich das Geschehene für Sie zur Zeit an?

- gar nicht belastend..... 0
- sehr wenig belastend..... 1
- wenig belastend 2
- mittelmäßig belastend 3
- stark belastend 4
- extrem stark belastend 5

26. Wie lange haben Sie die oben angegebenen Beschwerden (Frage 1-23)?

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- weniger als einen Monat..... 1
- bis 3 Monate..... 2
- über 3 Monate..... 3

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

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- innerhalb der ersten 6 Monate..... 1
- nach 6 Monaten oder später..... 2

Anleitung: Bitte geben Sie an, ob die oben angegebenen Probleme Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen beeinträchtigt haben. Wählen Sie die Antwort, die am besten beschreibt, welche Schwierigkeiten Sie in den jeweils genannten Bereichen hatten (Gar keine, Wenige, Mittelmäßige, Starke).

28.

Schwierigkeiten

	Gar keine	Wenige	Mittel- mäßige	Starke
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
a. Schule/ Ausbildung / Beruf.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Aufgaben im Haushalt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Beziehungen zu Freunden, Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Sexualität.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>