

# ET I-KJ

## Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche

<b>Name:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____
<b>Alter:</b> _____
<b>Untersuchungsdatum:</b> _____

**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.

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

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Brand, Flugzeug- oder Schiffsunglück)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**3. Schwere Krankheit (z.B. Krebs, Hirnhautentzündung, Herzerkrankung, schwere Operation)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**4. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Waffe bedroht werden)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

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

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, schwere Krankheit, Selbstmord, Mord)**

NEIN:  | JA:

**7. Gefangenschaft (z.B. Haft, Kriegsgefangener, Geisel)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**8. Sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

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

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

**12. Anderes belastendes Ereignis (z.B. Mobbing, Trennung der Eltern/Familie)**

NEIN:  | JA: selbst  Beobachter

Welche: \_\_\_\_\_

**13 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)

---

---

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

**14. Wann hattest du dieses schlimmste Erlebnis?**

- vor weniger als einem Monat ..... (1)
- vor 1 bis 3 Monaten..... (2)
- vor 3 bis 6 Monaten..... (3)
- vor 6 Monaten bis 3 Jahren..... (4)
- vor mehr als 3 Jahren..... (5)

**15. Während dieses schlimmsten Erlebnisses...?**  
(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

- |  | <b>JA</b>             | <b>NEIN</b>           |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 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 und 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 (0), Selten (1), Häufig (2), Sehr oft (3)) 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.

**1. Gehe dir zu dem Ereignis ungewollt belastende Gedanken und Erinnerungen durch den Kopf, obwohl du das nicht willst?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**2. Hast du versucht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**3. Hast du Schlafprobleme?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**4. Hast du Momente, in denen du dich so fühlst als ob du nicht Teil von dem bist, was passiert?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**5. Hast du seit dem Erlebnis Alpträume?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

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

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**7. Hast du Wutausbrüche oder bist du häufiger gereizt?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

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

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**9. Ist es manchmal so, als würdest du das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**10. Kannst du dich an einen wichtigen Teil des Erlebnisses nicht mehr erinnern?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**11. Hast du Schwierigkeiten, dich zu konzentrieren ?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**12. Erscheint dir das Erlebnis unwirklich, so als ob du in einem Traum bist oder einen Film oder ein Theaterstück siehst?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**13. Belastet es dich, wenn du an das Erlebnis erinnert wirst (fühlst du dich dann z.B. hilflos, wütend, traurig, schämst du dich)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**14. Hast du die Freude an Aktivitäten verloren, die vor dem Erlebnis für dich wichtig waren (z.B. Hobbies, Sport etc.)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**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)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**16. Passiert es dir gelegentlich, dass du in den Spiegel schaust und dich nicht erkennst?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**17. Hast du körperliche Reaktionen, wenn du an das Geschehene erinnert wirst? (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**18. Fühlst du dich seit dem Erlebnis Menschen deiner Umgebung gegenüber fremd oder alleine?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**19. Bist du leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**20. Gibt es Momente, in denen du dir unsicher bist, wo du dich befindest und welche Zeit es gerade ist?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**21. Hast du manchmal den Eindruck von Gefühlstaubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**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 oder in der Schule oder im Beruf als andere haben wirst)?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**23. Hast du manchmal das Gefühl, dass dein Körper nicht zu dir gehört?**

Gar nicht  Selten  Häufig  Sehr oft

**24. Hast du nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja welche?**

(Mehrere Kreuze sind möglich)

Bauchschmerzen	<input type="radio"/> a	Kopfschmerzen	<input type="radio"/> b	Übelkeit	<input type="radio"/> c	Durchfall	<input type="radio"/> d
Zittern	<input type="radio"/> e	Schwindel	<input type="radio"/> f	Herzrasen	<input type="radio"/> g	Atemnot	<input type="radio"/> h
Krampfanfälle	<input type="radio"/> i	Weitere /Sonstige: Wenn ja, welche? _____					

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

gar nicht belastend.....  1  
sehr wenig belastend.....  2  
wenig belastend .....  3  
stark belastend .....  4  
sehr stark belastend .....  5  
extrem stark belastend .....  6

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

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

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

**27. Wann nach dem schlimmen 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 kreuze an, ob die oben angegebenen Probleme 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: (1) gar keine, (2) wenige, (3) starke (4) sehr starke.

**28.**

	<b>Schwierigkeiten</b>			
	<b>Gar keine</b>	<b>wenige</b>	<b>starke</b>	<b>sehr starke</b>
a. Schule/ Ausbildung / Beruf.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Hausaufgaben und 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, Mitschülern.....	<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"/>