

# ETI-KJ

## Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche -Interview-Version-

Chiffre/Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Liste potentiell traumatischer Ereignisse (persönlich und/oder als Zeuge erlebt?)</b>
--

Teil A	persönlich	Zeuge
1. Naturkatastrophe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwere Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (plötzlich, unerwartet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gefangenschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sexueller Missbrauch durch eine fremde Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Folter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vernachlässigung, Verwahrlosung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Andere belastende Ereignisse		
Welche: _____		

**Welches war das schlimmste Erlebnis?** (Frage bezieht sich auf obige Liste)

---

**Alle nun folgenden Fragen beziehen sich auf DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.**

**14. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?**

Tage: \_\_\_\_\_ Wochen: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_ Jahre: \_\_\_\_\_

**15. Kam es während dieses schlimmsten Erlebnisses zu...? (Stressorkriterium A gemäß DSM-IV)**

	<i>JA</i>	<i>NEIN</i>	
A1. körperlicher Verletzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A2. dem Gedanken, das eigene Leben sei in Gefahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A3. körperlicher Verletzung anderer Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b><u>A1</u></b>
A4. dem Gedanken, das Leben einer anderen Person sei in Gefahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<hr/>			
A5. Hilflosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A6. starker Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b><u>A2</u></b>
A7. starker Angespanntheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A8. starker Ruhelosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Traumasymptomatik bezogen auf die letzten 4 Wochen

### Teil B

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
ABS mind. 1 <b><u>Intrusion</u></b> PTSD mind. 1 Item mit 3 (sehr oft) erfüllt	0	1	2	3
1. Kommt es ungewollt zu belastenden Gedanken und Erinnerungen in Bezug auf das Ereignis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat der/die Betroffene seit dem Erlebnis Alpträume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wird das Ereignis immer wieder „durchlebt“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Rufen Erinnerungen an das Erlebnis Belastungen hervor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Treten bei Erinnerung an das Geschehen körperliche Reaktionen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABS mind. 1 <b><u>Vermeidung</u></b> PTSD mind. 3				
1. Versucht der/die Betroffene nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Werden Situationen vermieden, die an das Erlebnis erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Werden Teile des schlimmsten Erlebnisses nicht mehr erinnert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Verlust der Freude an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Treten seit dem Erlebnis verstärkt Gefühle des Alleinseins oder der Fremdheit gegenüber der eigenen Umgebung auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Liegt Gefühlstauheit vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bestehen Gefühle von Hoffnungslosigkeit und eine eingeschränkte Zukunftsperspektive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABS mind. 1 <b><u>Hyperarousal</u></b> PTSD mind. 2				
1. Liegen Schlafprobleme vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Treten häufiger Wutausbrüche auf oder liegt erhöhte Reizbarkeit vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Liegen Konzentrationsprobleme vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Liegt erhöhte Wachsamkeit, auch wenn kein Grund dazu besteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Besteht erhöhte Schreckhaftigkeit und Unruhe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABS mind. 3 <b><u>Dissoziation</u></b>				
1. Kommt es zu Momenten, in denen der/die Betroffene sich so fühlt, als sei er/sie nicht Teil von dem, was passiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ist das Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren scheint?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Erscheint das Erlebnis unwirklich, wie in einem Traum bzw. in einem Film?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kommt es zu Situationen, in denen der/die Betroffene in den Spiegel schaut und sich selbst nicht erkennt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Berichtet der/die Betroffene das Gefühl, der eigene Körper gehöre nicht zu einem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kommt es zu räumlicher und/oder zeitlicher Desorientierung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3

ABS = Akute Belastungsstörung; PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung

1. Wie lange liegen die oben angegebenen Traumasymptome vor?

Teil C

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

2. Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten die Traumasymptome auf?

- Innerhalb der ersten 6 Monate  1  
Nach 6 Monaten  2

3. Liegen nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden vor? Wenn ja, welche?

- Bauchschmerzen       Kopfschmerzen       Übelkeit       Durchfall   
Zittern       Schwindel       Herzrasen       Atemnot   
Krampfanfälle       Weitere /Sonstige: Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Wie belastend werden das Erlebnis und seine Folgen aktuell erlebt?

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

5. Aktuelle psychosoziale Beeinträchtigungen (Leidensdruck) aufgrund des Erlebnisses?

	Gar nicht	Wenig	Mittelmäßig	Stark
	0	1	2	3
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"/>

Auswertung

**Akute Belastungsstörung (ABS):**

- DSM-IV Stressorkriterium A entspricht ETI-Item Nummer 15: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus 1 Intrusions-, 1 Vermeidungs-, 1 Hyperarousal- und 3 Dissoziations-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis max. 4 Wochen (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

**Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD):**

- DSM-IV Stressorkriterium A entspricht ETI-Item Nummer 15: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus 1 Intrusions-, 3 Vermeidungs- und 2 Hyperarousal-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis mind. 1 Monat (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)