

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Diagnostisches Interview Langfassung:

PTED Skala Post-Traumatic Embitterment Disorder Selbstbeurteilungsfragebogen

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B. & Rotter, M. (2013)

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B. & Rotter, M. (2013). PTED Skala. Post-Traumatic Embitterment Disorder Selbstbeurteilungsfragebogen [Verfahrensdokumentation, Autorenbeschreibung englisch, Diagnostisches Interview Lang- und Kurzfassung, Fragebogen deutsch, kroatisch, koreanisch, türkisch und portugiesisch]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4664>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9006580>

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](#).

Diagnostisches Interview für PTED

A. Kernkriterien

1. Gab es in den vergangenen Jahren ein einschneidendes Ereignis/Erlebnis/eine einschneidende Erfahrung, durch das sich Ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend bzw. bleibend negativ verändert hat?	→ NEIN	JA
2. Erleben Sie das kritische Lebensereignis als ungerecht oder nicht fair?	→ NEIN	JA
3. Fühlen Sie bei dem Gedanken an dieses Ereignis große Verbitterung, Wut, Verzweiflung und Hilflosigkeit?	→ NEIN	JA
4. Litten Sie bereits vor diesem Ereignis unter (schwerwiegenden / relevanten / erkennbaren) psychischen oder seelischen Problemen (Depressionen, Ängste o.ä.)?	NEIN	→ JA
BEURTEILUNG DURCH DEN UNTERSUCHER:		
LIEGT EIN VERBITTERUNGSAFFEKT VOR?	→ NEIN	JA
KANN DER AKTUELLE PSYCHISCHE ZUSTAND DURCH FRÜHERE ODER AKTUELLE PSYCHISCHE STÖRUNGEN ERKLÄRT WERDEN?	NEIN	→ JA

5. Wie lange hält bislang Ihre psychische Beeinträchtigung durch das kritische Lebensereignis an?
(Angabe in Monaten)

_____ Monate
 →
Unter 6 Monate

B. Zusatzsymptome

1. Haben sich Ihnen im Verlauf der vergangenen Monate immer wieder Erinnerungen oder Gedanken an das Ereignis aufgedrängt und Sie belastet?	NEIN	JA
2. Wenn Sie an dieses Ereignis erinnert werden, führt das dann auch jetzt noch dazu, dass es Sie heftig aufregt?	NEIN	JA
3. Fühlen Sie sich dem kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher gegenüber eher hilflos ausgeliefert?	NEIN	JA
4. Ist Ihre aktuelle Grundstimmung seit dem kritischen Lebensereignis häufig gedrückt?	NEIN	JA
5. Wenn Sie abgelenkt werden, können Sie dann auch einmal kurzfristig eine normale Stimmung erleben?	NEIN	JA
GAB ES UNTER B MINDESTENS 4 POSITIVE ANTWORTEN?	→ NEIN	JA
POSTTRAUMATISCHE VERBITTERUNGSSTÖRUNG		
NUR ANKREUZEN WENN KEINE MANIFESTE PSYCHISCHE STÖRUNG IM JAHR VOR DEM KRITISCHEN LEBENSEREIGNIS AUFTRAT.	NEIN	JA

Anmerkung: Die mit einem Pfeil markierten Antworten zeigen an, dass ein entscheidendes Kriterium für die Diagnose einer PTED nicht erfüllt wurde. In diesem Fall wird der Untersucher gebeten, „NEIN“ im diagnostischen Feld am Ende des Interviews zu markieren.

C. Ergänzendes Beschwerdespektrum

Wenn das kritische Lebensereignis angesprochen wird oder Sie daran denken, steigen dann folgende Gefühle in Ihnen auf?

1. Interessenverlust und Rückzug:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
2. Mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse gefühlsmäßig zu reagieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
3. Schlafstörungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
4. vermehrte Erschöpfung und Müdigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
5. Unruhe oder Getriebenheit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
6. Reizbarkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
7. Konzentrationsstörungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
8. Antriebshemmung und Antriebslosigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
9. Abnahme des sexuellen Interesses:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
10. Vermehrte Kopf- oder Rückenschmerzen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
11. Vermehrte Magen-Darm-Probleme:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
12. Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Schwindel:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
13. Appetitverlust:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
14. Gewichtsverlust:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
15. Vermeidung von Orten oder Personen, die Sie an das kritische Lebensereignis erinnern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
16. Dem Gefühl, dass es keinen Sinn macht, Dinge anzupacken und sich anzustrengen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
17. Verzweiflung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
18. Hoffnungslosigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
19. Wut:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
20. Angst:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
21. Aggression:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
22. Verbitterung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
23. Traurigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
24. Hilflosigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
25. Angerührtheit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
26. Ärger:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
27. Beleidigtsein:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
28. Groll:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
29. Demütigung, Herabwürdigung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
30. Scham:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
31. Rachegefühle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
32. Enttäuschung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark

D) Weitere Folgen

Hat das kritische Lebensereignis zur Folge, dass Sie

- | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. sich selbst Vorwürfe machen und auf sich selbst ärgerlich sind? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 2. ständig an das kritische Lebensereignis denken müssen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 3. hochkommende Erinnerungen an das kritische Lebensereignis als schmerzhaft erleben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 4. den Wunsch hatten, aus dem Leben zu scheiden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 5. sich freuen würden, wenn einer Person oder Institution etwas Schlimmes widerfahren würde? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 6. Gedanken, Phantasien oder Wünsche haben, jemandem aus Rache etwas antun zu wollen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 7. bei beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt sind? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 8. bei familiären Aktivitäten und Kontakten beeinträchtigt sind? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 9. bei Hobbys, Freizeitaktivitäten oder geselligen Aktivitäten beeinträchtigt sind? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |