

## Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYINDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <http://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

**KTM-2005**  
**Maercker & Langner**

Gibt es eine sehr wichtige Person in Ihrem Leben (Ehe-, Lebenspartner, engster Verwandter oder Freund) über deren Tod sie noch nicht hinweggekommen sind? **Ja**

Wen? .....

Vor wieviel Monaten ist er/sie gestorben?.....

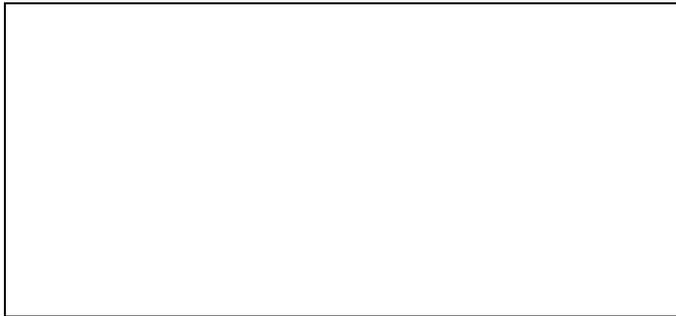
Umstände des Todes:	Bitte ankreuzen falls zutreffend:
	- unvorbereitet <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	- Krankheit <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	- traumatisch (z.B. Unfall, Suizid) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>

Traten die nachfolgenden Phänomene innerhalb des <b>letzten Monats</b> wegen dieses Verlustes bei Ihnen auf?					
		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt völlig
1.	Ich war in dieser Zeit oft mit den Erinnerungen an unser gemeinsames Leben beschäftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich erinnere mich häufig an ihr/sein Bild.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Seit dem Tod von ihm/ihr muss ich deswegen häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich dachte auch darüber nach oder hatte lebhaftere Erinnerungen wenn ich es eigentlich nicht wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Erinnerungen an ihn/sie wühlen mich stark auf und belasten mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich habe Mühe, den Tod von ihm/ihr zu akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich fühle starke Sehnsucht, dass er/sie wieder da wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich empfinde übermäßigen Ärger, Bitterkeit oder Gereiztheit im Zusammenhang mit dem Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Es gibt Momente, in denen ich Zweifel am Tod von ihr/ihm habe, wo ich meine, ihre/seine Stimme zu hören oder ihn/sie vor mir zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich unternommen manchmal extra etwas, in der Art wie er/sie es gemocht oder gewollt hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich habe viel darüber nachgedacht, warum ihm/ihr und auch mir das passiert ist oder wie es passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich mache mir Vorwürfe, weil ich mich als sie/er noch lebte, nicht anders ihm/ihr gegenüber verhalten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt völlig
13.	Wie andere Menschen (z.B. Ärzte, Arbeitgeber, Verwandte) sie/ihn behandelt haben, macht mich wütend.				
14.	Ich vermeide Aktivitäten, Situationen oder Personen, die mich an sie/ihn erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Dinge, die ihr/ihm wichtig waren, habe ich nicht verändert und an ihrem Platz belassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich bemühe mich, nicht über ihn/sie nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Seit dem Tod von ihm/ihr fühle ich mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich habe Schwierigkeiten, mich auf andere Dinge zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich habe Mühe, mir ein erfülltes Leben ohne sie/ihn vorzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich habe das Gefühl, als ob ein Teil meines eigenen Selbst mitgestorben sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Seit dem Tod von ihr/ihm ist mein Vertrauen zur Welt erschüttert worden. Es fällt mir schwer, anderen Personen zu vertrauen und ich habe mein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Seit dem Tod von ihr/ihm fühle ich mich wie betäubt und entfremdet von anderen Personen und es fällt mir schwer, mich um andere zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ich empfinde das Leben als bedeutungslos und leer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Die Zukunft erscheint mir als sinnlos und leer ohne sie/ihn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Seit dem Tod leide ich unter Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Seit dem Tod von ihr/ihm fehlt mir das Interesse an Aktivitäten (z.B. Arbeit, Zusammenleben mit anderen, Freizeitaktivitäten) oder der Sorge für andere Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<b>Insgesamt</b> beeinträchtigt mich meine Trauer <b>stark spürbar</b> im Zusammenleben mit anderen, in meinen Freizeitbeschäftigungen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem  
Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für  
Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit: .....
.....
eingesetztes Testverfahren:.....
.....
Publikation geplant in: .....
.....
.....
.....

\_\_\_\_\_

Datum                      Unterschrift