

### Anhang A3: RSRI (BI)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie Sie als Kind waren. Bitte denken Sie beim Beantworten dieser Fragen an Ihre Schulzeit, also an die Zeit zwischen Ihrem 5. und 16. Lebensjahr. Wenn Sie sich bei einzelnen Fragen nicht ganz sicher sind, dann versuchen Sie die Antwort zu wählen, die am ehesten für Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Frage an.

In der Zeit zwischen Ihrem 5. und 16. Lebensjahr...		nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
1.	Hatten Sie Beschwerden, für die der Arzt keine Ursachen finden konnte (z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wie oft haben Sie bei Freunden übernachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie jemals vorgetäuscht, krank zu sein, um nicht in die Schule oder zu anderen gesellschaftlichen Veranstaltungen gehen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie in der Pause an Gruppenaktivitäten teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wenn Sie in der Schule etwas nicht verstanden haben, haben Sie dann den Lehrer um Hilfe gebeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie gern bei Party-Spielen mitgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben Sie gern andere Kinder Ihres Alters kennen gelernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hatten Sie Probleme mit Allergien, Schlaflosigkeit oder Verstopfung oder waren Sie deswegen beim Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie bereitwillig bei Gesangs- oder Theateraufführungen mitgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Waren Sie leicht verletzbar in Ihren Gefühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Haben Sie Ihren Freunden oder Familienmitgliedern offen gesagt, wenn Sie auf sie wütend waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hatten Sie Angst vor Dunkelheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mußten Sie oder Ihre Eltern unters Bett oder in den Schrank schauen, bevor Sie ins Bett gingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Brauchten Sie ein besonderes Kuscheltier, Tuch oder Spielzeug, um einschlafen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Hatten Sie Angst vor Hunden, Katzen oder anderen Haustieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Hatten Sie Angst vor Tieren, die nicht bei Ihnen im Haus lebten, wie z.B. Tiere auf der Straße oder in der Wohnung von Freunden oder Bekannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Hatten Sie Angst entführt zu werden oder durch andere Ursachen von Ihren Eltern getrennt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	War es für Sie sehr unangenehm, wenn Ihre Eltern Sie mit einer für Sie noch unbekannten Aufsichtsperson allein ließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der Zeit zwischen Ihrem 5. und 16. Lebensjahr...		nie	selten	manch- mal	oft	immer
19	Wenn Ihre Eltern ohne Sie ausgingen, hatten Sie da Angst, daß Ihre Eltern nicht zurückkommen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Hatten Ihre Lehrer Schwierigkeiten Sie zu hören, wenn Sie gesprochen oder eine Antwort gegeben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wenn Sie vor einer Gruppe von Menschen sprechen mußten, versagte Ihre Stimme oder klang sie zitterig oder piepsig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie zum Einschlafen ein Nachtlicht gebraucht oder mußte das Licht im Gang anbleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	etwas	deutlich	stark	extrem
23.	Haben Sie sich vorm ersten Schultag oder einem neuen Schuljahr gefürchtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	War es für Sie sehr unangenehm, wenn Sie in der Schule an die Tafel gerufen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Hatten Sie Angst vom Lehrer aufgerufen zu werden, auch wenn Sie die Antwort wußten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Wie oft haben Sie durchschnittlich in der Schule gefehlt, weil Sie krank waren.					
		Tage im Jahr:				0 - 4 <input type="checkbox"/>
						5 - 9 <input type="checkbox"/>
						10 - 14 <input type="checkbox"/>
						15 - 19 <input type="checkbox"/>
						20 oder mehr <input type="checkbox"/>
27.	Wie oft wurden Sie zum Arzt geschickt, weil Sie krank waren?					0 - 4 <input type="checkbox"/>
						5 - 9 <input type="checkbox"/>
		Male pro Jahr:				10 - 14 <input type="checkbox"/>
						15 - 19 <input type="checkbox"/>
						20 oder mehr <input type="checkbox"/>
28.	Wie oft hatten Sie Alpträume?					nie <input type="checkbox"/>
						einmal im Jahr <input type="checkbox"/>
						einmal im Monat <input type="checkbox"/>
						einmal die Woche <input type="checkbox"/>
						jede Nacht <input type="checkbox"/>
29.	Haben Sie unbekannte Speisen probiert?					sehr gern <input type="checkbox"/>
						gern <input type="checkbox"/>
						nur mit Überredung <input type="checkbox"/>
						nur unter Druck <input type="checkbox"/>
						nie <input type="checkbox"/>
30.	Wie beliebt haben Sie sich gefühlt?					sehr <input type="checkbox"/>
						mittel <input type="checkbox"/>
						weniger <input type="checkbox"/>
						überhaupt nicht <input type="checkbox"/>