

ARBEITSBLATT BLOCKIERENDE SELBSTÜBERZEUGUNG

Das Problem, das ich lösen möchte -

	1	2	3	4	5	6
Es ist mir peinlich, dieses Problem zu haben.						
Ich werde dieses Problem niemals bewältigen.						
Ich bin mir nicht sicher, ob ich dieses Problem bewältigen möchte.						
Wenn ich dieses Problem löse, wird mir etwas fehlen.						
Mir fehlt die Stärke oder die Willenskraft, um dieses Problem zu lösen.						
Wenn ich wirklich über dieses Problem sprechen würde, würde etwas Schlimmes passieren.						
Das ist ein Problem, das nur jemand anders lösen kann.						
Sollte ich dieses Problem jemals lösen, würde ich ein Stück von meinem wahren Ich verlieren.						
Ich will nie wieder über dieses Problem nachdenken.						
Ich sollte dieses Problem lösen, aber ich tue nicht immer, was ich soll.						
Ich mag Menschen, die dieses Problem haben lieber als Menschen, die es nicht haben.						
Es könnte gefährlich für mich sein, dieses Problem zu bewältigen.						
Immer wenn ich versuche, über dieses Problem nachzudenken, schweifen meine Gedanken ab.						
Ich behaupte, dieses Problem lösen zu wollen, tue es aber nie.						
Es könnte für jemand anderen schlecht sein, wenn ich dieses Problem bewältige.						
Wenn ich dieses Problem bewältige, ist es für immer weg: Es gibt keinen Weg zurück.						
Ich verdiene es nicht, dieses Problem zu bewältigen.						
Dieses Problem ist zu groß für mich.						
Wenn ich dieses Problem bewältigen würde, ginge das gegen meine Moralvorstellungen.						
Es gibt jemanden in meinem Leben, der dieses Problem hasst.						
Es hat auch etwas Gutes, dieses Problem zu haben.						
Ehrlich gesagt: ich habe gar kein Problem.						
Ich habe dieses Problem schon so lange - ich werde es niemals ganz lösen.						
Ich muss noch warten, bis ich dieses Problem lösen kann.						
Wenn ich dieses Problem löse, könnte ich dadurch viel verlieren.						
Wenn ich dieses Problem löse, dann vor allem wegen jemand anderem.						

QUELLENANGABE

Popky, A.J., Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, Ca., 1994.

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Woche?

Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.

Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	gar nicht	etwas	sehr
traurig oder deprimiert	☐	☐	☐
vermeidet frühere Interessen	☐	☐	☐
Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐
denkt an schlechte Erlebnisse	☐	☐	☐
fühlt sich schuldig	☐	☐	☐
schaltet ab	☐	☐	☐
macht sich Sorgen	☐	☐	☐
nervös	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐
Alpträume oder schlechte Träume	☐	☐	☐
Bauchschmerzen	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
zieht sich zurück	☐	☐	☐
Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐
besorgt / ängstlich	☐	☐	☐
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	☐	☐	☐
klammert sich an Erwachsene	☐	☐	☐
unbegründete Ängste	☐	☐	☐
in Probleme/Konflikte verwickelt	☐	☐	☐
fühlt sich ungerecht behandelt	☐	☐	☐
gereizt / reizbar	☐	☐	☐
überwacht	☐	☐	☐
Prügeleien	☐	☐	☐
kommandiert Gleichaltrige	☐	☐	☐
ängstlich	☐	☐	☐
leicht zu erschrecken	☐	☐	☐
aufbrausend	☐	☐	☐
streitet	☐	☐	☐
geheimnistuerisch	☐	☐	☐
gleichgültig	☐	☐	☐

(16)

0 P 1P 2P

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich in der letzten Woche zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an. Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐
Ich habe zu nichts Lust.	☐	☐	☐
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	☐	☐	☐
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	☐	☐	☐
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	☐	☐	☐
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	☐	☐	☐
Ich bin nervös und zappelig.	☐	☐	☐
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	☐	☐	☐
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	☐	☐	☐
Ich bekomme Bauchschmerzen.	☐	☐	☐
Ich bekomme Kopfschmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich ganz allein.	☐	☐	☐
Ich habe Tagträume.	☐	☐	☐
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	☐	☐	☐
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	☐	☐	☐
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich müde oder schlapp.	☐	☐	☐
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	☐	☐	☐
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	☐	☐	☐
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	☐	☐	☐
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	☐	☐	☐

(19)

0 P 1P 2P

Skala für dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen (A-DES II)

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z. & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.

Übersetzung: Kinder Trauma Institut (Eva Zaoui, Helga Traub, Thomas Hensel)

Anweisungen

Bei diesen Fragen geht es um verschiedene Arten des Erlebens, die Menschen haben können. Kreise bei jeder Frage die entsprechende Zahl ein, die darstellt, wie sehr diese Erfahrung auf Dich zutrifft. Kreise die "0" ein, wenn Du diese Erfahrung noch nie gemacht hast, und kreise die "10" ein, wenn die Erfahrung ständig für Dich zutrifft. Trifft sie nur manchmal zu, kreise die Zahl zwischen 1 und 9 ein, die am besten beschreibt, wie oft die Erfahrung für Dich zutrifft. Gebe bei Deiner Antwort nur an, wie oft diese Dinge geschehen, wenn Du KEINEN Alkohol und KEINE Drogen zu dir genommen hast.

Beispiel:

[illegible]

Name _____ Alter/Klasse _____ Geschlecht: M W
Datum _____

1. Beim Fernsehen, Lesen oder Videospielen bin ich so vertieft, dass ich nichts von dem merke, was um mich herum geschieht.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

2. Ich erhalte Arbeiten oder Hausaufgaben zurück und kann mich überhaupt nicht daran erinnern, sie gemacht/erledigt zu haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niemals) (immer)

3. Ich habe starke Gefühle, die nicht meine eigenen zu sein scheinen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

4. Manchmal kann ich etwas sehr gut, was mir ein anderes Mal überhaupt nicht gelingt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niemals) (immer)

5. Von anderen wird mir erzählt, dass ich Dinge gesagt oder getan habe, an die ich mich überhaupt nicht erinnern kann.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

6. Ich fühle mich wie im Nebel oder „gar nicht da“, und die Dinge um mich herum kommen mir unwirklich vor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

7. Ich weiß nicht mehr, ob ich etwas wirklich getan habe oder nur daran gedacht habe, es zu tun.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

8. Ich schaue auf die Uhr und stelle fest, dass die Zeit vergangen ist, aber ich kann mich nicht mehr daran erinnern, was in dieser Zeit geschehen ist.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

9. Ich höre in meinem Kopf Stimmen, die nicht von mir sind.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

10. Wenn ich irgendwo bin, wo ich nicht sein möchte, kann ich mich in Gedanken an einen anderen Ort versetzen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

11. Ich kann so gut lügen und schauspielern, dass ich selbst daran glaube.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

12. Mitten in einer Tätigkeit kommt es mir plötzlich so vor, als würde ich "aufwachen".

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

13. Ich erkenne mich selbst nicht im Spiegel wieder.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

14. Ich merke auf einmal, dass ich irgendwohin gehe oder irgendetwas tue, ohne zu wissen, warum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

15. Ich finde mich an irgendeinem Ort wieder, aber ich erinnere mich nicht, wie ich dahin gekommen bin.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

16. Ich habe Gedanken, die eigentlich gar nicht so richtig zu mir gehören.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

17. Ich stelle fest, dass ich physische Schmerzen verschwinden lassen kann.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (immer)
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

18. Ich kann nicht herausfinden, ob bestimmte Dinge wirklich passiert sind, oder ob ich nur davon geträumt oder daran gedacht habe.

[illegible]

19. Ich erwische mich dabei, etwas zu tun, das ich wirklich nicht tun möchte und von dem ich genau weiß, dass es falsch ist.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (niemals) (immer)

20. Manche Leute sagen mir, dass ich mich manchmal so anders verhalte, als sei ich eine andere Person.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niemals) (immer)

21. Es ist (Ich habe das Gefühl), als wären Mauern in meinem Kopf

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

22. Ich finde Notizen, Zeichnungen oder Briefe, die von mir sein müssen, aber ich kann mich nicht daran erinnern, sie gemacht zu haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(niernals) (immer)

23. Ich habe das Gefühl, irgendetwas in mir lässt mich Dinge tun, die ich nicht tun möchte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

24. Es passiert, dass ich nicht sagen kann, ob ich mich nur an etwas erinnere oder ob ich es gerade erlebe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

25. Es kommt mir so vor, als würde ich meinen Körper verlassen und mich beobachten, als ob ich eine andere Person wäre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

26. Mein Verhältnis zu meiner Familie und meinen Freunden ändert sich plötzlich, ohne dass ich wusste warum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

27. Ich habe das Gefühl, meine Vergangenheit ist ein Puzzle, von dem einige Teile fehlen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

28. Ich beschäftige mich so intensiv mit meinen Spielsachen oder meinen Stofftieren, dass es mir so vorkommt, als seien sie lebendig.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

29. Ich fühle mich, als würde ich aus verschiedenen Personen bestehen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

30. Mein Körper fühlt sich an, als ob er nicht zu mir gehört.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(niemals)										(immer)

Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)
Tagay S., Hermans BE., Düllmann S., Senf W.
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg – Essen
© 2007

ETI-KJ

Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

ETI-KJ

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.

	NEIN	JA	
		selbst	Beobachter
1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)	☐	☐	☐
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	☐	☐	☐
3. Schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)	☐	☐	☐
4. Gewalttätiger Angriff durch eine <u>fremde Person</u> (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	☐	☐	☐
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem <u>Familien- oder Bekanntenkreis</u> (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	☐	☐	☐
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, schwere Krankheit, Selbstmord, Mord)	☐		☐
7. Gefangenschaft (z.B. Haft, Kriegsgefangener, Geisel)	☐	☐	☐
8. Sexueller Missbrauch durch eine <u>fremde Person</u> (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	☐	☐	☐
9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem <u>Familien- oder Bekanntenkreis</u> (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	☐	☐	☐
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	☐	☐	☐
11. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)	☐	☐	☐
12. Andere belastende Ereignisse			

Welche: _____

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.)

13. _____

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

14. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

15. Während dieses schlimmsten Erlebnisses:

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

	JA	NEIN
A1. Wurdest du körperlich verletzt?	☐	☐
A2. Dachtest du, dass dein Leben in Gefahr war?	☐	☐
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt?	☐	☐
A4. Dachtest du, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?	☐	☐
A5. Fühltest du dich hilflos?	☐	☐
A6. Hattest du starke Angst?	☐	☐
A7. Warst du stark angespannt?	☐	☐
A8. Warst du stark ruhelos?	☐	☐

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, Selten, Häufig, Sehr oft) 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.

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
1. Gehen dir zu dem Ereignis ungewollt belastende Gedanken und Erinnerungen durch den Kopf, obwohl du das nicht willst?	①	①	②	③
2. Hast du versucht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	①	①	②	③
3. Hast du Schlafprobleme?	①	①	②	③
4. Hast du Momente, in denen du dich so fühlst, als ob du nicht Teil von dem bist, was passiert?	①	①	②	③
5. Hast du seit dem Erlebnis Alpträume?	①	①	②	③
6. Hast du versucht Situationen zu vermeiden, die dich an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?	①	①	②	③
7. Hast du Wutausbrüche oder bist du häufiger gereizt?	①	①	②	③
8. War dein Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?	①	①	②	③
9. Ist es manchmal so, als würdest du das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?	①	①	②	③
10. Kannst du dich an einen wichtigen Teil des Erlebnisses nicht mehr erinnern?	①	①	②	③

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
11. Hast du Schwierigkeiten, dich zu konzentrieren ?	①	①	②	③
12. Erscheint dir das Erlebnis unwirklich, so als ob du in einem Traum bist oder einen Film oder ein Theaterstück siehst?	①	①	②	③
13. Belastet es dich, wenn du an das Erlebnis erinnert wirst (fühlst du dich dann z.B. hilflos, wütend, traurig, schämst du dich)?	①	①	②	③
14. Hast du die Freude an Aktivitäten verloren, die vor dem Erlebnis für dich wichtig waren (z.B. Hobbies, Sport etc.)?	①	①	②	③
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)?	①	①	②	③
16. Passiert es dir gelegentlich, dass du in den Spiegel schaust und dich nicht erkennst?	①	①	②	③
17. Hast du körperliche Reaktionen, wenn du an das Geschehene erinnert wirst (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?	①	①	②	③
18. Fühlst du dich seit dem Erlebnis den Menschen in deiner Umgebung gegenüber fremd oder alleine?	①	①	②	③
19. Bist du leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?	①	①	②	③
20. Gibt es Momente, in denen du dir unsicher bist, wo du dich befindest und welche Zeit es gerade ist?	①	①	②	③
21. Hast du manchmal den Eindruck von Gefühlstaubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?	①	①	②	③
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, in der Schule oder im Beruf als andere haben wirst)?	①	①	②	③
23. Hast du manchmal das Gefühl, dass dein Körper nicht zu dir gehört?	①	①	②	③

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

- Weniger als einen Monat ①
- Bis 3 Monate ②
- Über 3 Monate ③

25. Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten diese Beschwerden auf (Frage 1-23)?

- Innerhalb der ersten 6 Monate ①
- Nach 6 Monaten ②

26. Hast du nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

- | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| Bauchschmerzen | ☐ | Kopfschmerzen | ☐ | Übelkeit | ☐ | Durchfall | ☐ |
| Zittern | ☐ | Schwindel | ☐ | Herzrasen | ☐ | Atemnot | ☐ |
| Krampfanfälle | ☐ | Sonstige: Wenn ja, welche? _____ | | | | | |

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

- | | |
|------------------------|---|
| Gar nicht belastend | ① |
| Sehr wenig belastend | ① |
| Wenig belastend | ② |
| Mittelmäßig belastend | ③ |
| Stark belastend | ④ |
| Extrem stark belastend | ⑤ |

Anleitung: Bitte kreuze an, ob die oben angegebenen Beschwerden 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: Gar keine, Wenig, Mittelmäßig, Stark.

28. Aktuelle Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen

	Gar keine	Wenig	Mittelmäßig	Stark
a. Schule/ Ausbildung/ Beruf	①	①	②	③
b. Aufgaben im Haushalt	①	①	②	③
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten	①	①	②	③
d. Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Kollegen	①	①	②	③
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern	①	①	②	③
f. Sexualität	①	①	②	③

ETI

Essener Trauma – Inventar

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

ETI

Anleitung: Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können. Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben (**JA**) oder nicht (**NEIN**). Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder **persönlich** oder als **Zeuge** erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bitte beantworten Sie jede Frage.

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

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

2. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

3. schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

4. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

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

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)

NEIN: ☐ | JA: ☐ Zeuge ☐

7. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

8. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

9. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

10. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

11. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

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

NEIN: ☐ | JA: Persönlich ☐ Zeuge ☐

13. als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: ☐

JA: Persönlich ☐

Zeuge ☐

14. als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: ☐

JA: Persönlich ☐

Zeuge ☐

15. anderes belastendes Ereignis

NEIN: ☐

JA: Persönlich ☐

Zeuge ☐

Welches: _____

**Achtung
Wichtig!**

16.

Welches war Ihr schlimmstes Erlebnis? (Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Wenn Sie vorher nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Falls Ihr „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, geben Sie es bitte hier an.)

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

18. Während dieses schlimmsten Erlebnisses...?

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

	JA	NEIN
A1. Wurden Sie körperlich verletzt.....	☐	☐
A2. Dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war.....	☐	☐
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt.....	☐	☐
A4. Dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war.....	☐	☐
A5. Fühlten Sie sich hilflos.....	☐	☐
A6. Hatten Sie starke Angst.....	☐	☐
A7. Waren Sie voller Entsetzen.....	☐	☐
A8. Fühlten Sie sich machtlos.....	☐	☐

Anleitung: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (Gar nicht, Selten, Häufig, Sehr oft) aus, die am besten beschreibt, wie stark Sie **IM LETZTEN MONAT** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten sich dabei auf Ihr **schlimmstes Erlebnis** beziehen.

1. Hat das Geschehene belastende Gedanken oder Erinnerungen in Ihnen hervorgerufen, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

2. Haben Sie versucht, nicht an das Geschehene zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

4. Hatten Sie Momente, in denen Sie nicht mehr wussten, was vor sich ging oder fühlten Sie sich so, als ob Sie nicht Teil von dem waren, was passierte?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

5. Hatten Sie Alpträume über das Geschehene?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

6. Haben Sie versucht, Situationen zu vermeiden, die Sie an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

7. Hatten Sie Wutausbrüche oder waren Sie häufiger gereizt?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

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

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

9. War es so, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

10. Konnten Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Geschehenen nicht erinnern?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

11. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. vergessen, was Sie gerade tun wollten, vergessen, was Sie gerade gelesen oder im Fernsehen gesehen haben)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

12. Erschien Ihnen das Geschehene unwirklich, so als ob Sie in einem Traum seien oder einen Film oder ein Theaterstück sehen?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

13. Belastete es Sie, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. hilflos, wütend, traurig, schämten Sie sich)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

14. Haben Sie starkes Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Geschehenen wichtig für Sie waren?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

15. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. Leute in der Umgebung prüfen, die verdächtig aussehen, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe rufen zu können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

16. Erlebten Sie gelegentlich, dass Sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

17. Hatten Sie körperliche Reaktionen, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

18. Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

19. Waren Sie leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

20. Fühlten Sie sich desorientiert? Gab es Momente, in denen Sie sich unsicher waren, wo Sie sich befanden und welche Zeit es gerade war?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

21. Hatten Sie das Gefühl von emotionaler Taubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

22. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie keine Familie haben werden, weniger Glück im Leben oder Beruf als andere haben werden)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

23. Hatten Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper nicht zu Ihnen zu gehören scheint?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

24. Hatten Sie nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

Bauchschmerzen	(a)	Kopfschmerzen	(b)	Übelkeit	(c)	Durchfall	(d)
Zittern	(e)	Schwindel	(f)	Herzrasen	(g)	Atemnot	(h)
Krampfanfälle	(i)	Weitere /Sonstige: Wenn ja,					

Welche?: _____

25. Wie belastend fühlt sich das Geschehene für Sie zur Zeit an?

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

26. Wie lange haben Sie die oben angegebenen Beschwerden (Frage 1-23)?

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

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

27. Wann nach dem traumatischen 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 geben Sie an, ob die oben angegebenen Probleme Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen beeinträchtigt haben. Wählen Sie die Antwort, die am besten beschreibt, welche Schwierigkeiten Sie in den jeweils genannten Bereichen hatten (Gar keine, Wenige, Mittelmäßige, Starke).

28.

Schwierigkeiten

	Gar keine 0	Wenige 1	Mittel- mäßige 2	Starke 3
a. Schule/ Ausbildung / Beruf.....	☐	☐	☐	☐
b. Aufgaben im Haushalt.....	☐	☐	☐	☐
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten.....	☐	☐	☐	☐
d. Beziehungen zu Freunden, Kollegen	☐	☐	☐	☐
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern.....	☐	☐	☐	☐
f. Sexualität.....	☐	☐	☐	☐