

ID _____

DATUM _____

TRAUMA ÜBERSICHT

Haben Sie jemals erfahren, waren Zeuge, oder wurden wiederholt mit Folgendem konfrontiert:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Ernsthafte lebensbedrohliche Erkrankung (Herzinfarkt, usw.)
- ☐ Körperlicher Übergriff (Angriff mit einer Waffe, schwere Verletzungen durch Schlägerei, mit Waffen bedroht werden, usw.)
- ☐ Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, erzwungene sexuelle Handlung mit einer Waffe, usw.)
- ☐ Militärische Kampfhandlung oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet
- ☐ Kindesmisshandlung (schwere Schläge, sexuelle Handlungen mit jemandem, der 5 Jahre oder älter als Sie war, usw.)
- ☐ Unfall (schwere Verletzung oder Tod durch ein Auto, bei der Arbeit, Hausbrand usw.)
- ☐ Naturkatastrophe (schwerer Hurrikan, Hochwasser, Erdbeben usw.)
- ☐ anderes Trauma (bitte kurz beschreiben)

☐ Keine

*** wenn KEINE zutrifft, bitte STOPPEN Sie diesen Fragebogen und geben Sie ihn zurück***

Wenn Sie einen der oben genannten Punkte markiert haben, welche der traumatischen Erfahrungen beschäftigt Sie und stört Sie derzeit am meisten
(nur einen Haken)

- ☐ Ernsthafte lebensbedrohliche Erkrankung (Herzinfarkt, usw.)
- ☐ Körperlicher Übergriff (Angriff mit einer Waffe, schwere Verletzungen durch Schlägerei, mit Waffen bedroht werden, usw.)
- ☐ Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, erzwungene sexuelle Handlung mit einer Waffe, usw.)
- ☐ Militärische Kampfhandlung oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet
- ☐ Kindesmisshandlung (schwere Schläge, sexuelle Handlungen mit jemandem, der 5 Jahre oder älter als Sie war, usw.)
- ☐ Unfall (schwere Verletzung oder Tod durch ein Auto, bei der Arbeit, Hausbrand usw.)
- ☐ Naturkatastrophe (schwerer Hurrikan, Hochwasser, Erdbeben usw.)
- ☐ anderes Trauma (bitte kurz beschreiben)

Anleitung: Unten finden Sie eine Liste der Probleme, die Menschen manchmal nach der Erfahrung eines traumatischen Ereignisses haben. Schreiben Sie das bedrückendste traumatische Ereignis auf, das Sie auf der letzten Seite ausgewählt haben:

Bitte lesen Sie jede Anweisung sorgfältig durch und kreisen Sie die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie oft dieses Problem aufgetreten ist und wie sehr es Sie im LETZTEN MONAT gestört hat. Bewerten Sie jedes Problem in Bezug auf das traumatische Ereignis, das Sie oben geschrieben haben. Wenn Sie zum Beispiel einmal im vergangenen Monat mit einem Freund über das Trauma gesprochen haben, würden Sie folgendermaßen antworten: (weil einmal im letzten Monat ist weniger, als einmal die Woche)

Mit anderen Menschen über das Trauma sprechen

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

1. Ungewollte unangenehme Erinnerungen an das Trauma

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

2. Schlechte Träume und Alpträume im Zusammenhang mit dem Trauma

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

3. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder das Gefühl haben, dass es gerade wieder passiert

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

4. EMOTIONAL sehr aufgeregt sein beim Erinnern an das Trauma

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

5. KÖRPERLICHE Reaktionen beim Erinnern an das Trauma (z.B. Schwitzen, Herzrasen)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

6. Der Versuch, Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem Trauma zu vermeiden

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

7. Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Orten, die Sie an das Trauma erinnern oder die sich gefährlicher seit dem Trauma anfühlen

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

8. Nicht in der Lage sein, sich an wichtige Teile des Traumas zu erinnern

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

9. Sich selbst, andere oder die Welt in einer negativeren Weise sehen (z.B. „Ich kann keinem vertrauen“, „Ich bin eine schwache Person.“)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

10. Sich selbst oder anderen die Schuld geben (außer der Person, die Sie verletzt hat) für das, was passiert ist

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

11. Sehr intensive negative Gefühle wie Angst, Entsetzen, Wut, Schuld, Scham haben

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

12. Verlust an Interesse oder an Dingen, die Sie mal gewohnt waren zu machen

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

13. Das Gefühl von anderen distanziert oder abgeschnitten zu sein

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

14. Schwierigkeiten positive Gefühle zu spüren

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

15. Vermehrt reizbar oder aggressiv mit anderen umgehen

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

16. Vermehrt Risiken eingehen oder Dinge machen, die einen selbst oder anderen Schaden können (z.B. risikohaft Auto fahren, Drogen nehmen, ungeschützter Geschlechtsverkehr)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

17. Übermäßig wachsam oder auf der Hut sein (z.B. prüfen, wer um einen herum ist, sich unwohl fühlen, wenn der eigene Rücken zur Tür gewandt ist)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

18. Nervöser oder schreckhafter sein (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

19. Konzentrationsschwierigkeiten

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

20. Einschlafprobleme oder Durchschlafprobleme

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

LEIDEN UND BEEINTRÄCHTIGUNG

21. Wie sehr haben Sie diese Schwierigkeiten gestört?

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/ viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

22. Wie sehr haben diese Schwierigkeiten Sie in Ihrem Alltag gestört (z.B. Beziehungen, Arbeit oder andere wichtige Aktivitäten)

0	1	2	3	4
Überhaupt nicht	Einmal die Woche oder weniger/wenig	2 bis 3 mal die Woche/etwas	4 bis 5 mal die Woche/viel	6 oder mehr die Woche/ schwer

BEGINN UND DAUER

23. Wann begannen die Schwierigkeiten nach dem Trauma? [Bitte einkreisen]

- a. Weniger als 6 Monate
- b. Mehr als 6 Monate

24. Wie lange bestanden die traumabezogenen Schwierigkeiten? [Bitte einkreisen]

- a. Weniger als 1 Monat
- b. Mehr als 1 Monate