

Instruktion: Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung

Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| a. vor weniger als 6 Monaten <input type="checkbox"/> | d. vor 5 bis 10 Jahren <input type="checkbox"/> |
| b. vor 6 bis 12 Monaten <input type="checkbox"/> | e. vor 10 bis 20 Jahren <input type="checkbox"/> |
| c. vor 1 bis 5 Jahren <input type="checkbox"/> | f. vor mehr als 20 Jahren <input type="checkbox"/> |

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

	Gar nicht	Ein bisschen	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr stark
P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:

P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

Gar nicht Ein Mittel- Ziemlich Sehr stark
 bisschen mäßig

C1. Wenn ich aufgebracht bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C3. Ich fühle mich als Versager.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C4. Ich fühle mich wertlos.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Name, Vorname

Datum.....

Cloitre et al. (2018): ITQ finalisiert, Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, Maercker (2015/2018/2021)