

LEC-5

Nachfolgend sind eine Anzahl schwieriger oder belastender Dinge aufgelistet, die Menschen manchmal zustoßen. Kreuzen Sie für jedes Ereignis eines oder mehrere Felder auf der rechten Seite an, um anzugeben, dass (a) es Ihnen persönlich zugestoßen ist; (b) Sie Zeuge davon waren, als es jemand anderem zugestoßen ist; (c) Sie davon erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist; (d) Sie damit im Rahmen Ihres Berufes konfrontiert wurden (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer); (e) Sie unsicher sind, ob es zutrifft; oder (f) es auf Sie nicht zutrifft.

Bitte achten Sie darauf, Ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen (Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter), wenn Sie die Liste der Ereignisse durchgehen.

<i>Ereignis</i>	<i>mir persönlich zugestoßen</i>	<i>Zeuge davon gewesen</i>	<i>davon erfahren</i>	<i>im Rahmen meines Berufs</i>	<i>unsicher</i>	<i>trifft nicht zu</i>
1. Naturkatastrophe (z.B. Überschwemmung, Orkan, Tornado, Erdbeben)						
2. Feuer oder Explosion						
3. Verkehrsunfall (z.B. Autounfall, Schiffsunglück, Zugunglück, Flugzeugabsturz)						
4. Schwerer Unfall bei der Arbeit, zuhause oder während einer Freizeitaktivität						
5. Einem Schadstoff ausgesetzt sein (z.B. gefährliche Chemikalien, Strahlung)						
6. Gewalttätiger Angriff (z.B. überfallen, geschlagen, getreten oder zusammengeschlagen werden)						
7. Angriff mit einer Waffe (z.B. verletzt oder bedroht werden mit einer Schusswaffe, einem Messer oder einer Bombe)						
8. Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)						
9. Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung						
10. Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist)						
11. Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden, Kriegsgefangener)						
12. Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung						
13. Schweres menschliches Leid						
14. Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)						
15. Plötzlicher Unfalltod						
16. Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben						
17. Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis						

BITTE FÜLLEN SIE TEIL 2 AUF DER FOLGENDEN SEITE AUS

TEIL 2:

A. Falls Sie irgendetwas bei Nr. 17 in TEIL 1 angekreuzt haben, benennen Sie kurz das Ereignis, an das Sie gedacht haben:

B. Falls Sie mehr als eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, denken Sie bitte an das Ereignis, das Sie als das *schlimmste Ereignis* betrachten; das bedeutet für diesen Fragebogen das Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet. Falls Sie nur eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, nehmen Sie dieses als das schlimmste Ereignis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf das schlimmste Ereignis (*kreuzen Sie alle Auswahlmöglichkeiten an, die zutreffen*):

1. Beschreiben Sie kurz das schlimmste Ereignis (z.B. was passierte, wer beteiligt war, usw.)

2. Wie lange ist es her? _____ (Bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind)

3. Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

Es ist mir selbst passiert.

Ich habe es beobachtet

Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist

Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer)

Sonstiges, bitte beschreiben: _____

4. War jemand in Lebensgefahr?

Ja, ich

Ja, jemand anderes

Nein

5. Wurde jemand schwer verletzt oder getötet?

Ja, ich wurde schwer verletzt

Ja, jemand anderes wurde schwer verletzt oder getötet

Nein

6. Beinhaltete es sexuelle Gewalt? Ja Nein

7. Falls das Ereignis den Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete, war das die Folge eines Unfalls oder von Gewalt, oder war es die Folge natürlicher Umstände?

Unfall oder Gewalt

Natürliche Umstände

Nicht zutreffend (Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes)

8. Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?

Nur einmal

Mehr als einmal (Bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl, wie häufig Sie dieses Erlebnis hatten: _____)

BITTE FÜLLEN SIE TEIL 3 AUF DER FOLGENDEN SEITE AUS

Teil 3: Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig, denken Sie dabei an Ihr schlimmstes Ereignis, und markieren Sie dann eine der Zahlen auf der rechten Seite um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.

<i>Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch:</i>	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4
3. Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (<i>als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden</i>)?	0	1	2	3	4
4. Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	1	2	3	4
5. Starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (<i>z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, Schwitzen</i>)	0	1	2	3	4
6. Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
7. Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (<i>z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen</i>)?	0	1	2	3	4
8. Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
9. Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt (<i>z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich</i>)?	0	1	2	3	4
10. Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
11. Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4
12. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
13. Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (<i>z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen</i>)?	0	1	2	3	4
15. Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	1	2	3	4
16. Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4
17. In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4
18. Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4
19. Konzentrationsschwierigkeiten?	0	1	2	3	4
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4