

STRUCTURED TRAUMA INTERVIEW (STI)

(KURZVERSION)

TEILNEHMER/-IN ID: [][][][][]

DATUM INTERVIEW: [_.] [_.] [_.]
Tag Monat Jahr

GEB.DATUM TEILNEHMER/-IN: [_.] [_.] [_.]
Tag Monat Jahr

INTERVIEWER ID: [][][][][]

© 1989 Niederländische Version von Nel Draijer

© 2004 Deutsche Übersetzung von Ingo Schäfer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

EINLEITUNG

Instruktion Interviewer: Verschlüsseln und beschreiben was Interviewpartner/-in berichtet

Die Fragen, die ich Ihnen stellen werde, betreffen Ihre Kindheit. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; am wichtigsten ist es, dass Sie erzählen, wie Sie über Ihre Kindheit denken, oder was sie für Sie bedeutet hat. Wenn Fragen dabei sind, die Sie lieber nicht beantworten würden, tun Sie dies bitte nicht. Bitte teilen Sie mir dies mit, damit ich es berücksichtigen kann.

Es könnte sein, dass wir über Themen sprechen, über die Sie nie zuvor gesprochen haben. Grundsätzlich bleiben die Informationen unter uns. Am Ende des Interviews könnten wir darauf eingehen, was dieses Gespräch für Sie bedeutet hat und inwieweit sie die Informationen, die sie mir gegeben haben, in Ihre Behandlung einbeziehen möchten. Nehmen Sie sich die Freiheit dies selbst zu entscheiden. Haben Sie noch Fragen in Bezug auf das Interview?

Wenn möglich, näher auf Anspannung eingehen: "Widerstrebt es Ihnen, diese Unterhaltung zu führen?"

Wir beginnen mit einigen allgemeinen Fragen.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wie **alt** sind Sie? Jahre

Ihr **Geschlecht** männlich (1) / weiblich (2)

Schulbildung (abgeschlossen) weniger als Hauptschule (1)
Hauptschule (2)
Realschule (3)
Gymnasium (4)
Studium (5)

Haben Sie **Kinder**? Wenn ja, wieviele? Anzahl.....

Familienstand: feste Partnerschaft (1)
verheiratet (2)
geschieden/getrennt (3)
verwitwet (4)
allein stehend (5)

Sind Sie zur Zeit in **Beschäftigung**? nein/ja/unklar

Haben Sie bereits zuvor **Hilfe (stationär/ambulant)** wegen psychischer Probleme erhalten? nein/ja/unklar

Wenn ja, **wie oft?** mal

Waren Sie jemals in **stationärer Behandlung** in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer therapeutischen Gemeinschaft? nein/ja/unklar

Wenn ja, **wie oft?** mal

HERKUNFTSFAMILIE

Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Kindheit stellen.

Wieviele Personen umfasste Ihre Herkunftsfamilie?

Wieviele **Brüder/Schwestern** hatten Sie? Anzahl der Kinder...
(incl. Stief-/Adoptivgeschwister) Anzahl der Schwestern...

Anzahl der Brüder...

Das **wieviele** waren Sie? Nummer:

FRÜHE TRENNUNG

Lebten Sie bis zum **Alter von 12 Jahren** die ganze Zeit mit Ihren beiden (biologischen) Eltern? nein/ja/unklar

Wenn nein: Was war der Grund? Eltern geschieden/getrennt (1)
Tod der Eltern (/eines Elternteiles) (2)
Krankheit der Eltern (/eines Elternteiles) (3)
Krankheit des/der Interviewteilnehmer/in (4)
Adoption (5)
Interviewteilnehmer/in in Einrichtung untergebracht (6)
Sonstiges, nämlich(7)

Wie alt waren Sie, als Sie **das erste Mal** für eine längere Zeitspanne (> 6 Monaten) von einem Ihrer Eltern getrennt warenJahre
Für wie lange war das?Monate.....Jahr(e)

Wie **emotional belastend** war(en) diese Erfahrung(en) damals für Sie? keine Belastung (1)
geringe Belastung (2)
mäßige Belastung (3)
große Belastung (4)
sehr große Belastung (5)

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

BEZIEHUNG (STIEF-/PFLEGE-) ELTERN

Wie gut kamen Ihre Eltern miteinander aus?.....
.....

War ihre Beziehung gut ?	nein/ja/unklar	<input type="checkbox"/>
Haben sie viel gestritten?	nein/ja/unklar	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie jemals Zeuge von körperlicher Gewalt zwischen ihnen?	nein/ja/unklar	<input type="checkbox"/>

GESCHWISTER (STIEF-/ADOPTIV-)

Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern? Kamen Sie gut miteinander aus?
.....

Hatten Sie jemals **Angst vor** einem/einer Ihrer Brüder oder Schwestern?
[Wenn ja, Warum? Je geschlagen worden?]
.....

Geschlagen/körperliche Gewalt seitens Brüder/Schwestern
(SEXUELLER MISSBRAUCH FOLGT SPÄTER) nein/ja/unklar

BINDUNG AN DIE ELTERN (EINFÜHRUNG ZU SCHLAGEN)

BITTE BEACHTEN: BEI UNTERBRINGUNG IN INSTITUTION (AUCH) NACH STIEFELTERN /PFLEGEPERSONEN FRAGEN, NOTIEREN, AUF WEN SICH ANTWORTEN BEZIEHEN

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer **Mutter (Stief-/Pflege-)**:
.....

Hatten Sie jemals **Angst vor** Ihrer Mutter?
(Wenn ja, weshalb) nein/ja/unklar
.....

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem **Vater (Stief-/Pflege-)**:
.....

Hatten Sie jemals **Angst vor** Ihrem Vater?
(Wenn ja, weshalb) nein/ja/unklar
.....

Was taten Ihre Eltern früher, wenn sie Sie **bestrafen** wollten?

Mutter:.....

Vater:.....

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

KÖRPERLICHE MISSHANDLUNG IN DER KINDHEIT

Manchmal kommt es vor, dass Eltern aus Erziehungsgründen, oder weil sie die Geduld verlieren, ihre Kinder schlagen.

Wie oft erinnern Sie,
dass Ihre **Mutter** Sie
als Kind **schlug**?

jeden Tag (6)
einige Male in der Woche (5)
einige Male im Monat (4)
einige Male im halben Jahr (3)
einige Male im Jahr (2)
ein paar Mal (1)
nie (0)

[]

Wie oft erinnern Sie,
dass Ihr **Vater** Sie
als Kind **schlug**?

jeden Tag (6)
einige Male in der Woche (5)
einige Male im Monat (4)
einige Male im halben Jahr (3)
einige Male im Jahr (2)
ein paar Mal (1)
nie (0)

[]

Erinnern Sie auch **merkwürdige Arten der Bestrafung**, wie Einschließen, Festbinden oder die Treppe hinunter werfen? (Wer hat das getan?)

.....
.....

ALLE DREI ÜBERPRÜFEN:

Einschließen

nein/ja/unklar

[]

Festbinden/Anketten

nein/ja/unklar

[]

Die Treppe hinunter werfen

nein/ja/unklar

[]

(WENN BIS JETZT DURCHGEHEND "NEIN" ODER "NIE", KEINE WEITEREN FRAGEN ZU KÖRPERLICHER AGGRESSION STELLEN, JEDOCH AMNESIE ÜBERPRÜFEN)

SCHWEREGRAD-INDEX

Wenn Sie an das Ereignis zurückdenken das – von allen Gelegenheiten bei denen Sie geschlagen wurden (oder das oben erwähnte erlebten) bis Sie 16 waren – **am schlimmsten war oder den stärksten Eindruck auf Sie hinterlassen hat**, könnten Sie mir erzählen, was dabei geschah?

(DIE/DEN INTERVIEWTEILNEHMER/IN ZUNÄCHST ERZÄHLEN LASSEN, DANN FESTHALTEN UND GGF. ANKREUZEN "IST ... JEMALS VORGEFALLEN?" WIR SIND HIER AN EINER GLOBALEN EINSCHÄTZUNG DER SCHWERE INTERESSIERT)

.....

Zum Beispiel: Handelte es sich um Schlagen mit den Händen oder benutzte er/sie manchmal Gegenstände um zu schlagen?

Es betraf:.....

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| I. einen Klaps geben/schlagen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| II. heftig schlagen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| III. treten | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| (gefährliche) Gegenstände werfen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| boxen/mit der Faust schlagen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| an den Haaren ziehen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| mit einem Gegenstand schlagen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| mit einem Messer oder scharfen Gegenstand bedrohen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| verbrennen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| würgen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| IV. Kleider vom Körper reißen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| über den Boden schleifen | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| Liebblingsgegenstände zerstören | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |
| Nämlich | | |

Welches Elternteil tat dies für gewöhnlich? Mutter: nein/ja/unklar
 Vater: nein/ja/unklar

.....

Beschreiben, was Interviewteilnehmer/in über die Erfahrungen berichtet:

.....

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

HÄUFIGKEIT

Wie oft ist dies ungefähr passiert, bis Sie 16 waren ?

Passierte es jeden Tag, oder einige Male in der Woche ?

Jeden Tag (6)
einige Male in der Woche (5)
einige Male im Monat (4)
einige Male im halben Jahr (3)
einige Male im Jahr (2)
ein paar Mal (1)
nie (0)

[]

Hatte Sie als Folge jemals **Verletzungen** wie:

- Schrammen/Beulen/blau Augen

nein/ja/unklar

[]

- Blaue Flecken

nein/ja/unklar

[]

- Ausgerissene Haare

nein/ja/unklar

[]

- gebrochene Gliedmaßen

nein/ja/unklar

[]

- ausgekugelte Gelenke

nein/ja/unklar

[]

- Verbrennungen

nein/ja/unklar

[]

Folgerung: körperliche Verletzungen

nein/ja/unklar

[]

Suchten Sie wegen dieser Verletzungen jemals einen Arzt auf?

nein/ja/unklar

[]

Wurden **alle** Kinder bei Ihnen zuhause

genauso häufig auf diese Weise bestraft? nein/ja/unklar

[]

(Nein = Interviewteilnehmer/in war "Sündenbock")

Haben Sie eine Idee, wie alt Sie

waren, als es **zum ersten Mal** passierte?Jahre

[][]

* Proband/-in hat **Amnesie** für (den Beginn) der

Körperliche(n) Misshandlung

nein/ja/unklar

[]

Und wie alt waren Sie, als es **endete**?

.....Jahre

[][]

UNTERSTÜTZUNG/VERTRAUENSPERSON

Konnten Sie als Sie ein Kind waren jemals

mit jemandem darüber sprechen?

nein/ja/unklar

[]

EMOTIONALE BELASTUNG (FRAGEN FALLS NICHT OFFENSICHTLICH)

Wie **emotionale belastend** waren diese Erfahrungen damals für Sie?

keine Belastung (1)

geringe Belastung (2)

mäßige Belastung (3)

große Belastung (4)

sehr große Belastung (5)

[]

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

SEXUELLER MISSBRAUCH

Gegenwärtig wird deutlich, dass viele Frauen aber auch Männer in ihrer Kindheit negative sexuelle Begegnungen hatten. Beispielsweise mit einem Familienmitglied, wie einem Vater oder einem Bruder. Es könnte aber auch ein Lehrer oder ein Nachbar oder ein Fremder gewesen sein. Wahrscheinlich haben Sie davon gehört oder gelesen.

Haben Sie vor dem Alter von 16 Jahren negative sexuelle Erfahrungen gemacht?

JA: Zur Frage bzgl. Täter(n) übergehen nein/ja/unklar
JA, aber möchte nicht darüber sprechen nein/ja/unklar

WENN NEIN oder WEIß NICHT:

Unserer Erfahrung nach ist es sehr schwierig darüber zu sprechen. Deshalb werde ich Ihnen einige Beispiele geben (immer WENN JA: **Zur Frage bzgl. Täter(n) übergehen**)

* Hat beispielsweise jemals jemand Sie **überredet oder gezwungen** sexuelle Dinge zu tun ohne dass Sie es wollten bevor Sie 16 Jahre alt waren?

* Hat beispielsweise bevor Sie 16 Jahre alt waren ein **Familienmitglied, oder jemand der mit Ihnen lebte**, Ihren Intimbereich berührt oder **gegen Ihren Willen** andere Teile Ihres Körpers sexuell berührt?

* Hat ein **andere erwachsene Person** – wie ein(e) Bekannte(r), ein(e) Nachbar(in), ein(e) Lehrer(in) oder eine therapeutische Person – jemals etwas derartiges mit Ihnen gemacht?

* Hat irgendjemand – etwa ein Familienmitglied oder ein Nachbar – Sie jemals zum **Geschlechtsverkehr** gezwungen bevor Sie 16 waren?

TÄTER

Wen betraf dies? **Wer** genau hat dies getan? (männlich: ungerade / weiblich: gerade)

Vater (01) / Mutter (02)	Nachbar (17) / Nachbarin (18)	Nr. 1[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stiefvater (03) / -mutter (04)	Bekannte(r) der Eltern m (19) / w (20)	
Pflegevater (05) / -mutter (06)	Lehrer(in) m (21) / w (22)	Nr. 2[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bruder (Stief-/Adoptiv-)(07)	Therapeutische Person m (23)/ w (24)	
Schwester (Stief-/Adoptiv-)(08)	Andere Bekanntschaft m (25) / w (26)	Nr. 3[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Onkel (09)/ Tante (10)	Fremde(r) m (27) / w (28)	
Großvater (11) / -mutter (12)	Andere Person m (29) / w (30)	Nr. 4[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schwager (13) / Schwägerin (14)	Nachbarjunge (31) / -mädchen (32)	
Neffe (15) / Nichte (16)	Freund des Bruders (33)/ der Schwester (34)	
	Gruppe von Jungen (35) / Mädchen (36)	

Erinnern Sie, ob es auch andere gab, die etwas ähnliches mit Ihnen gemacht haben?.....

Gab es mehr als einen Täter? nein/ja/unklar
Anzahl der genannten Täter Anzahl

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

WENN MÖGLICH ERKUNDIGEN SIE SICH NÄHER NACH DER SCHWERSTEN ERFAHRUNG (NÄMLICH INTRAFAMILIÄR / HÄUFIGER ALS EINMAL) ODER DANACH, WAS DEN STÄRKSTEN EINDRUCK HINTERLASSEN HAT, ANDERNFALLS EINDRUCK NOTIEREN

Es geht mir nicht darum Einzelheiten darüber zu wissen was passierte, sondern mir lediglich einen allgemeinen Eindruck von der Schwere verschaffen

Was passierte hinsichtlich sexueller Handlungen

(Interviewer benennt die Handlungen)

- | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Beinhaltete es | - dass Sie berührt wurden | <input type="checkbox"/> |
| | - dass Sie ihn/sie berühren mussten (manuell) | <input type="checkbox"/> |
| | - Vergewaltigung / Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> |
| | - Oralen Sex | <input type="checkbox"/> |
| | - Beinhaltete es Gegenstände (Penetration) | <input type="checkbox"/> |
| | - Sadistische Handlungen (Sex mit Tieren / mit Schlägen etc.) | <input type="checkbox"/> |

In welcher Weise wurden Sie **unter Druck gesetzt oder gezwungen** mit zu machen?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| - bekamen Sie etwas dafür ? | <input type="checkbox"/> |
| - mussten Sie etwas annehmen ? | <input type="checkbox"/> |
| - wurden Sie bedroht ? | <input type="checkbox"/> |
| - wurde Gewalt gegen Sie angewendet ? | <input type="checkbox"/> |
| - eine Waffe ? | <input type="checkbox"/> |
| - wurden Sie gefesselt ? | <input type="checkbox"/> |

EMOTIONALE BELASTUNG (FRAGEN FALLS NICHT OFFENSICHTILICH)

Wenn Sie ihre Meinung dazu abgeben sollten, welchen Eindruck diese Ereignisse zur damaligen Zeit auf Sie hinterlassen haben

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| keine Belastung (1) | |
| geringe Belastung (2) | |
| mäßige Belastung (3) | |
| große Belastung (4) | |
| sehr große Belastung (5) | <input type="checkbox"/> |

HÄUFIGKEIT

Wie häufig passierten diese sexuellen Dinge in etwa während Ihrer Kindheit bis zum Alter von 16?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Jeden Tag (6) | |
| einige Male in der Woche (5) | |
| einige Male im Monat (4) | |
| einige Male im Jahr (3) | |
| einige Male (2) | |
| einmal (1) | |
| nie (0) | <input type="checkbox"/> |
| nein/ja/unklar | <input type="checkbox"/> |

(Mehr als einmal ?)

Haben Sie eine Idee, **wie alt** Sie waren, als es **zum ersten Mal** geschah?Jahre [][]

* Interviewteilnehmer/in kann sich nicht erinnern, hat **Amnesie** für den Beginn des sexuellen Missbrauchs (ALTER BEI FRÜHESTER ERINNERUNG NOTIEREN) nein/ja/unklar []

Wie alt waren Sie, als es **endete**?Jahre [][]
(oder dauert es immer noch an?)

VERTRAUENSPERSON

Konnten Sie als Kind jemals mit jemandem darüber sprechen (sexueller Missbrauch)? nein/ja/unklar []

ANDERE ERSCHÜTTERNDE ERFAHRUNGEN ALS KIND

Bevor Sie 16 Jahre alt waren, haben Sie andere Erfahrungen gemacht, die Sie **als sehr schockierend** erlebten oder die dazu führten, dass Sie sich **sehr hilflos** fühlten? nein/ja/unklar []

So wie: ein Unfall, der Tod oder die Krankheit von jemandem den Sie liebten, ein Krankenhausaufenthalt oder eine Abtreibung.
.....
.....

SPÄTERE VIKTIMISIERUNG (ERWACHSENENALTER)

SEXUELLE NÖTIGUNG

Haben Sie später im Leben, **nach dem Alter von 16, negative sexuelle** Erfahrungen gemacht, bei denen Sie unter Druck gesetzt oder dazu gezwungen wurden Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten ? nein/ja/unklar

Zum Beispiel mit

- einem Partner nein/ja/unklar
 - mehr als einem Partner nein/ja/unklar
 - einer Bekanntschaft nein/ja/unklar
 - einer Autoritätsperson,
wie einer therapeutischen Person nein/ja/unklar
 - jemand anderem nein/ja/unklar
 - einem Fremden nein/ja/unklar
-

KÖRPERLICHE AGGRESSION

Wurden Sie später im Leben jemals **geschlagen**? nein/ja/unklar

zum Beispiel von

- einem Partner nein/ja/unklar
 - mehr als einem Partner nein/ja/unklar
 - einer Bekanntschaft nein/ja/unklar
 - einer Autoritätsperson,
wie einer therapeutischen Person nein/ja/unklar
 - jemand anderem nein/ja/unklar
 - einem Fremden nein/ja/unklar
-

Führte dies jemals zu **Verletzungen/Spuren** nein/ja/unklar

.....

ANDERE ERSCHÜTTERNDE ERFAHRUNGEN ALS ERWACHSENE(R)

Nach dem Alter von 16, haben Sie andere Erfahrungen gemacht,
die Sie **als sehr schockierend** erlebten oder die dazu führten, dass Sie sich
sehr hilflos fühlten? nein/ja/unklar

Wie z.B.: ein Unfall, der Tod oder die Krankheit
von jemandem den Sie liebten,
ein Krankenhausaufenthalt, eine Abtreibung oder
eine Fehlgeburt ?

.....
.....

Wir sind nun am Ende dieses Interviews angelangt.

Wie empfanden Sie das Gespräch?

(Gibt es Dinge, die Ihrer Ansicht nach gefehlt haben, die zu berichten Ihnen wichtig ist ?)

.....
.....
.....

WENN DAS INTERVIEW/GESPRÄCH EINDRUCK HINTERLASSEN HAT: Beenden Sie die
Interviewsitzung mit "Wie kommen Sie nach hause (oder zurück auf Station) ? Haben Sie
jemanden, mit dem Sie über dieses Gespräch reden können ?"

FRAGEN AN DEN INTERVIEWER

Wie lange hat dieses Interview gedauert (ohne Nachbesprechung) [][]

In welchem Ausmaß machte es **emotionalen Eindruck** auf den/die Interviewteilnehmer/in ?

Weil:..... überhaupt kein Eindruck (1)
..... geringer Eindruck(2)
..... mäßiger Eindruck (3)
..... großer Eindruck (4)
..... sehr großer Eindruck (5) []

Art des Verhaltens:.....

- Wut/Ärger nein/ja/unklar []
- Selbstverletzung nein/ja/unklar []
- depressiv / niedergeschlagen nein/ja/unklar []
- mürrische Stimmung nein/ja/unklar []
- suizidal nein/ja/unklar []
- ängstlich nein/ja/unklar []
- agitiert nein/ja/unklar []
- davonlaufen nein/ja/unklar []
- erleichtert nein/ja/unklar []
- anderes..... nein/ja/unklar []

In welchem Ausmaß war der/die Interviewteilnehmer/in am Tag nach dem Interview durcheinander?

.....
.....

KOMMENTAR ZUR VERLÄSSLIGKEIT DER DATEN ZU TRAUMATISCHEN ERFAHRUNGEN; EINDRUCK DES INTERVIEWERS

War der/die Interviewteilnehmer/in in der Lage über seine/ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen? Wenn nicht, warum Ihrer Ansicht nach nicht?

.....
.....

Gab es Ihrer Ansicht nach Hinweise darauf, dass traumatische Kindheitserlebnisse passierte sein könnten, aber nicht angesprochen wurden, z.B. aufgrund einer Amnesie? nein/ja/unklar []

.....
.....

Nein=1 Ja=2 Unklar=3 Weiss nicht=0 Nicht relevant= -

GESAMTSKORE KINDHEITSTRAUMA

FRÜHE VERLUSTERLEBNISSE (< 12. Lebensjahr) []
(nein=1; ja=2)

ZEUGE VON GEWALT ZWISCHEN DEN ELTERN []
(nein=1; ja=2)

KÖRPERLICHE MISSHANDLUNG (ELTERNFIGUR) []
(nein=1; ja=2)

CHRONIZITÄT AGGRESSION []
(nicht vorhanden=0; gelegentlich=1; chronisch=2)

SCHWEREGRAD MUTTER []
(nicht vorhanden=0; leicht=1; mittel=2; schwer=3)

SCHWEREGRAD VATER []
(nicht vorhanden=0; leicht=1; mittel=2; schwer=3)

SEXUELLER MISSBRAUCH []
(nein=1; ja=2)

CHRONIZITÄT MISSBRAUCH []
(nicht vorhanden=0; gelegentlich=1; chronisch=2)

SCHWEREGRAD SEXUELLER HANDLUNGEN []
(nicht vorhanden=0; Berührungen=1; Formen von Penetration=2)

INTRA/EXTRAFAMILIÄR []
(nicht vorhanden=0; nur intrafamiliär=1; nur extrafamiliär=2; beides, intra & extra=3)

ANZAHL VON TÄTERN []
(nicht vorhanden=0; ein Täter=1; mehr als ein Täter=2)

KÖRPERLICHE UND /ODER SEXUELLE MISSHANDLUNG (<16. Lebensjahr) []
(nicht vorhanden=0; nur körperlich=1; nur sexuell=2; beides körperlich und sexuell=3)