

- CAPS -**Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV**
(deutsche Version)

Instruktionen: Der Zeitrahmen für jedes Symptom ist der dem Interview vorangegangene Monat bzw. **die vergangene Woche**. Nutzen Sie zuerst die Anfangsfragen (oder vergleichbare Alternativen) und passende Folgefragen, um die Häufigkeit des Auftretens des jeweiligen Symptoms im jeweiligen Zeitraum zu beurteilen. Dann wenden Sie dieselbe Methode an, um die Schwere des auftretenden Symptoms zu beurteilen. Die jeweiligen Beschreibungen zu den Symptomen können dem Patienten sowohl für die Häufigkeits- als auch für die Stärkedimension vorgelesen werden, um die genaueste Einschätzung zu ermitteln.

Kriterium A

Checklist durchgehen, dann bis zu drei Erfahrungen weiter abfragen. Wenn mehr als drei Ereignisse erhoben wurden, drei Erfahrungen bestimmen (z.B. erste, schlimmste oder jüngste Erfahrung etc.) HIER: schlimmste Erfahrung!

Life Events Checklist

Ereignis	Ja	Nein	Zeuge	davon gehört
Die Ereignisse 1. bis 17. beziehen sich ausschließlich auf Erlebnisse außerhalb von Haft/Folter				
1. Naturkatastrophe (z.B. Überflutung, Sturm, Erdbeben)				
2. Feuer oder Explosion				
3. Verkehrsunfall (z.B. Auto, Zug, Flugzeug, Schiff)				
4. Unfall bei der Arbeit, zu Hause, in der Freizeit				
5. Kontakt mit giftigen Substanzen (z.B. Chemikalien, radioaktive Strahlung)				
6. Körperlicher Angriff (z.B. angegriffen, geschlagen, gestoßen, getreten werden)				
7. Bewaffneter Angriff (z.B. mit Pistole/Gewehr, Messer verletzt oder bedroht werden)				
8. Sexueller Angriff (z.B. Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu sexuellen Handlungen gezwungen worden)				
9. andere ungewollte oder unangenehme sexuelle Erfahrung				
10. Aufenthalt in Kriegsgebiet (als Soldat oder Zivilist)				
11. Gefangenschaft (z.B. Geiselnahme, Entführung, Gefangennahme, Kriegsgefangenschaft)				
12. Lebensbedrohliche Krankheit oder Verletzung				
13. schweres menschliches Leiden				
14. plötzlicher, gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)				
15. plötzlicher, unerwarteter Tod einer nahe stehenden Person				
16. schwerwiegende Verletzung, Leid/Schaden, oder Tod, den man selbst einer anderen Person zugefügt hat				
17. andere/s sehr belastende/s Erlebnis/Erfahrung				
18. Folter				

Erfahrung 1:

Was ist passiert?
 (Wie alt waren Sie? Wer war noch betroffen?
 Wie oft ist XY passiert? Lebensbedrohung?
 Schwerwiegende Verletzung?)

Beschreibung (z.B.: Art der Erfahrung, Opfer, Täter, Alter,
 Häufigkeit)

In welcher Art haben Sie emotional reagiert?
 (Waren Sie sehr ängstlich/erschrocken?
 Entsetzt? Hilflos? In welcher Art? Waren Sie
 geschockt, so dass Sie nichts mehr gefühlt
 haben? Wie war das? Was haben andere
 Personen bzgl. Ihrer emotionalen Reaktion
 festgestellt? Was war nach dieser Erfahrung –
 wie haben Sie
 emotional reagiert?)

A. (1)

Lebensgefahr? NEIN JA [selbst / anderer]

Schwerwiegende Verletzung? NEIN JA [selbst / anderer]

Gefährdung der körperlichen Integrität?

NEIN JA [selbst / anderer]

A. (2)

Angst/Hilflosigkeit/Entsetzen? NEIN JA [während / hinterher]

Kriterium A erfüllt? NEIN wahrscheinlich JA

Erfahrung 2:

Was ist passiert?
 (Wie alt waren Sie? Wer war noch betroffen?
 Wie oft ist XY passiert? Lebensbedrohung?
 Schwerwiegende Verletzung?)

Beschreibung (z.B.: Art der Erfahrung, Opfer, Täter, Alter,
 Häufigkeit)

In welcher Art haben Sie emotional reagiert?
 (Waren Sie sehr ängstlich/erschrocken?
 Entsetzt? Hilflos? In welcher Art? Waren Sie
 geschockt, so dass Sie nichts mehr gefühlt
 haben? Wie war das? Was haben andere
 Personen bzgl. Ihrer emotionalen Reaktion
 festgestellt? Was war nach dieser Erfahrung –
 wie haben Sie
 emotional reagiert?)

A. (1)

Lebensgefahr? NEIN JA [selbst / anderer]

Schwerwiegende Verletzung? NEIN JA [selbst / anderer]

Gefährdung der körperlichen Integrität?

NEIN JA [selbst / anderer]

A. (2)

Angst/Hilflosigkeit/Entsetzen? NEIN JA [während / hinterher]

Kriterium A erfüllt? NEIN wahrscheinlich JA

Erfahrung 3:

Was ist passiert?
 (Wie alt waren Sie? Wer war noch betroffen?
 Wie oft ist XY passiert? Lebensbedrohung?
 Schwerwiegende Verletzung?)

Beschreibung (z.B.: Art der Erfahrung, Opfer, Täter, Alter,
 Häufigkeit)

In welcher Art haben Sie emotional reagiert?
 (Waren Sie sehr ängstlich/erschrocken?
 Entsetzt? Hilflos? In welcher Art? Waren Sie
 geschockt, so dass Sie nichts mehr gefühlt
 haben? Wie war das? Was haben andere
 Personen bzgl. Ihrer emotionalen Reaktion
 festgestellt? Was war nach dieser Erfahrung –
 wie haben Sie
 emotional reagiert?)

A. (1)

Lebensgefahr? NEIN JA [selbst / anderer]

Schwerwiegende Verletzung? NEIN JA [selbst / anderer]

Gefährdung der körperlichen Integrität?

NEIN JA [selbst / anderer]

A. (2)

Angst/Hilflosigkeit/Entsetzen? NEIN JA [während / hinterher]

Kriterium A erfüllt? NEIN wahrscheinlich JA

Ich möchte Sie bitten, für das weitere Interview diese Erfahrungen im Hinterkopf zu behalten, da ich Sie fragen werde, inwieweit und auf welche Weise diese Erfahrungen Sie beeinträchtigt haben.

Ich werde Ihnen insgesamt 25 Fragen stellen. Die meisten dieser Fragen sind zweiteilig. Zuerst werde ich Sie fragen, ob Sie jemals ein bestimmtes Problem hatten und wenn ja, wie oft im letzten Monat (*Woche*). Danach werde ich Sie fragen, wie sehr sie dieses Problem beeinträchtigt oder belastet hat.

Kriterium B

Das traumatische Ereignis wird ständig neu durchlebt

1. (B-1) Wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis

Häufigkeit

Haben sich Ihnen in der vergangenen Woche ungewollt Erinnerungen an *[Ereignis]* aufgedrängt? Wie waren diese Erinnerungen? (An was haben Sie sich erinnert?) [wenn unklar: Kamen diese Erinnerungen während Sie wach waren oder nur in Ihren Träumen?] (Ausschließen, wenn diese Erinnerungen nur während der Träume auftraten) Wie oft hatten Sie diese Träume im letzten Monat (*Woche*)?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie unangenehm oder belastend waren diese Erinnerungen? Waren Sie in der Lage, die Erinnerungen wegzudrängen und an etwas anderes zu denken? (*Wie schwer war das für Sie?*) Wie stark haben sich diese Erinnerungen auf Ihr Leben ausgewirkt?

- 0 Gar nicht
- 1 Geringe Belastung oder Beeinträchtigung der Aktivitäten
- 2 Unangenehm aber kontrollierbar, leichte Einschränkung der Aktivitäten
- 3 Beträchtlich unangenehm, deutliche Einschränkung von Aktivitäten, Wegdrängen von Erinnerungen fällt schwer
- 4 Extrem unangenehm, Unfähigkeit, Aktivitäten fortzusetzen und die Erinnerungen wegzudrängen

Letzte Woche	Letzter Monat
FV (Fragevalidität)	FV
Häufigkeit	H
Schwere	S
H + S	H + S

2. (B-2) Wiederholte, stark belastende Träume vom Ereignis

Häufigkeit

Hatten Sie je unangenehme Träume über *[Ereignis]*? Beschreiben Sie einen typischen Traum. (*Was passiert im Traum?*) Wie oft haben Sie solche Träume im letzten Monat (*Woche*) gehabt?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie unangenehm oder belastend waren diese Träume für Sie? Sind Sie durch diese Träume aufgewacht? [WENN JA:] (*Was passierte, nachdem Sie aufgewacht waren? Wie lange brauchten Sie, um wieder einschlafen zu können?* (Achten Sie auf Paniksymptome, Schreien, Körperhaltungen z.B. Zusammenkauern) (*Haben Ihre Träume jemals einen Dritten betroffen? In welcher Weise?*)

- 0 Nicht unangenehm, keine
- 1 Leicht unangenehm, nicht aufgewacht
- 2 Unangenehm, wachte auf, aber schlief gleich wieder ein
- 3 Sehr unangenehm, Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen
- 4 Extrem unangenehm; Belastung nicht kontrollierbar, konnte nicht wieder einschlafen

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

3. (B-3) Plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (u.a. Gefühl des Wiedererlebens des Ereignisses, Bilder, Halluzinationen, dissoziationsartige Episoden (flashbacks), auch im Wachzustand oder bei Intoxikation)

Häufigkeit

Haben Sie in der vergangenen Woche plötzlich gehandelt oder sich gefühlt als wenn (*Ereignis*) erneut passiert?

(Hatten Sie jemals „flashbacks“ von dieser Erfahrung?) [WENN NICHT, KLÄREN:] (Ist das jemals passiert, als Sie wach waren oder nur in Träumen?) [Ausschließen, wenn nur in Träumen passiert]

Erzählen Sie mir davon. Wie oft ist das im letzten Monat (*Woche*) vorgekommen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie sehr erschien es Ihnen, dass (*Ereignis*) wieder passierte? (Waren Sie unsicher, wo sie zu diesem Zeitpunkt wirklich waren oder was Sie zu diesem Zeitpunkt wirklich taten?)

Wie lange dauerte das an? Was taten Sie, als das passierte? (Haben andere Personen Sie gesehen? Was haben sie gesagt?)

- 0 kein Wiedererleben
- 1 Gering, etwas realistischer als ein Gedanke
- 2 moderat; klare aber vorübergehende dissoziative Qualität, aber noch Kontakt mit der Umwelt (Tagtraumqualität)
- 3 schwer; deutliche Dissoziation (berichtet über Vorstellungen, Geräusche und Gerüche), aber es besteht noch etwas Realitätsbezug
- 4 extrem; vollständige Dissoziation (flashback); ohne Realitätsbezug, möglicherweise nicht ansprechbar, möglicher Gedächtnisverlust für diese Episode (blackout)

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

4. (B-4) Intensives psychisches Leid bei Konfrontation mit internalen oder externen Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind

Häufigkeit

Hat es Sie jemals beunruhigt, wenn Sie durch etwas an (*Ereignis*) erinnert wurden? (Hat etwas schlechte Gefühle ausgelöst, die mit der Erfahrung in Zusammenhang stehen?) Welche Art von Reizen beunruhigt Sie? Wie oft im letzten Monat (*Woche*) ist das vorgekommen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark waren Sie durch (Hinweisreize) belastet / unangenehm berührt? Wie lange haben diese Gefühle angehalten? Wie sehr hat das Ihr Leben beeinflusst?

- 0 Gar nicht
- 1 Geringe Belastung oder Beeinträchtigung der Aktivitäten
- 2 Unangenehm aber kontrollierbar, leichte Einschränkung der Aktivitäten
- 3 Beträchtliche Belastung, sehr unangenehm, deutliche Einschränkung von Aktivitäten
- 4 Extreme Belastung, Unfähigkeit, Aktivitäten fortzusetzen

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

5. (B-5) Körperliche Reaktion auf Konfrontation mit internalen oder externen Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind

Häufigkeit:

Haben Sie jemals körperliche Reaktionen gezeigt, wenn Sie durch etwas an (*Ereignis*) erinnert wurden? (*Hat Ihr Körper auf irgendeine Weise reagiert, als Sie durch etwas an (Ereignis) erinnert wurden?*) Können Sie mir Beispiele nennen? (*Hatten Sie Herzrasen oder hat sich Ihre Atmung verändert? Haben Sie geschwitzt oder sich sehr angespannt oder zittrig gefühlt?*) Welche Art von Reizen hat diese Reaktionen hervorgerufen? Wie oft ist das im letzten Monat (*Woche*) vorgekommen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark waren (körperliche Reaktionen)? Wie lange haben sie angehalten? (Haben diese noch angehalten, nachdem Sie die jeweilige Situation schon wieder verlassen hatten?)

- 0 keine körperliche Reaktion
- 1 Mild; minimale körperliche Reaktion
- 2 Moderat; körperliche Reaktion präsent, kann anhalten, wenn Exposition andauert
- 3 Schwer; deutliche körperliche Reaktion, hält für die Dauer der Exposition an
- 4 Extrem; dramatische körperliche Reaktion, anhaltende Erregung auch nach Konfrontation mit Reiz

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Kriterium C

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden)

6. (C-1) Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die mit dem Trauma in Verbindung stehen

Häufigkeit

Haben Sie jemals versucht, Gedanken an oder Gefühle über (*Ereignis*) zu vermeiden? (*Welche Art von Gedanken oder Gefühlen haben Sie zu vermeiden versucht?*) Haben Sie versucht zu vermeiden, mit anderen Personen darüber zu sprechen? (*Wie kommt das?*) Wie oft ist das im letzten Monat (*Woche*) vorgekommen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark waren Ihre Bemühungen, diese Gefühle/Gedanken/Gespräche zu vermeiden? (*Was haben Sie dafür getan? Haben Sie auch Drogen oder Medikamente gebraucht?*) [kodiere alle Arten kognitiver Vermeidung einschließlich Ablenkung, Unterdrückung sowie Alkohol oder Drogen]

- 0 Keine Bemühungen
- 1 Mild; geringe Bemühungen; geringe oder keine Unterbrechung der Aktivitäten
- 2 Moderat; ein paar Versuche, Vermeidung vorhanden; leichte Unterbrechung der Aktivitäten
- 3 Schwer; beträchtlicher Aufwand, deutliche Vermeidung; deutliche Unterbrechung von oder Engagement in Aktivitäten als Vermeidungsstrategie
- 4 Extrem; drastische Versuche zu vermeiden; unfähig Aktivitäten fortzusetzen oder exzessives Beschäftigen als Vermeidungsstrategie

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

7. (C-2) Anstrengungen, Aktivitäten, Orte oder Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten

Häufigkeit

Haben Sie jemals versucht, bestimmte Aktivitäten, Orte oder Situationen zu vermeiden, die Sie an (*Ereignis*) erinnern? (*Was für Dinge haben Sie vermieden? Wie kommt das?*) Wie oft ist das im letzten Monat (*Woche*) passiert?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Ein paar Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast jeden Tag

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie groß war der Aufwand, um Aktivitäten/Orte/Situationen aus dem Weg zu gehen? (*Was haben Sie stattdessen getan?*) In welchem Ausmaß hat dies Ihr Leben beeinträchtigt?

- 0 Keine Bemühungen
- 1 Mild; geringe Bemühungen; geringe oder keine Unterbrechung der Aktivitäten
- 2 Moderat; ein paar Versuche, Vermeidung vorhanden; leichte Unterbrechung der Aktivitäten
- 3 Schwer; beträchtlicher Aufwand, deutliche Vermeidung; deutliche Unterbrechung von oder Engagement in Aktivitäten als Vermeidungsstrategie
- 4 Extrem; drastische Versuche zu vermeiden; unfähig Aktivitäten fortzusetzen oder exzessives Beschäftigen als Vermeidungsstrategie

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

8. (2-3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Bestandteil des Traumas zu erinnern (psychogene Amnesie)

Häufigkeit

Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an wichtige Aspekte von (*Ereignis*) zu erinnern (z.B. Namen, Gesichter, Ablauf von Ereignissen)? Können Sie das beschreiben? (*Haben Sie das Gefühl, sollten diese Dinge erinnern können? Wie erklären Sie sich Ihre Erinnerungsschwierigkeiten?*) Wie groß schätzen Sie den Gedächtnisverlust im letzten Monat (*Woche*) ein?

- 0 Kein Gedächtnisverlust, klare Erinnerung an das Ereignis
- 1 Einige wenige Aspekte des Traumas konnten nicht erinnert werden (< 10%)
- 2 Einige Aspekte des Ereignisses konnten nicht erinnert werden (ca. 20-30 %)
- 3 Viele Aspekte des Ereignisses wurden nicht erinnert (ca. 50-60 %)
- 4 Der größte Teil des Ereignisses konnte nicht erinnert werden (> 80 %)

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie schwer fiel es Ihnen, bedeutende Teile des (*Ereignis*) zu erinnern?

- 0 Keine Schwierigkeiten
- 1 Geringe Erinnerungsschwierigkeiten
- 2 Einige Schwierigkeiten, Erinnern möglich, wenn er / sie sich konzentriert
- 3 Beträchtliche Erinnerungsschwierigkeiten
- 4 Totale Unfähigkeit sich zu erinnern

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

9. (C-4) Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten

Häufigkeit

Waren Sie weniger interessiert an Aktivitäten, die Ihnen früher Vergnügen bereitet haben wie z.B. Sport, Hobbys oder soziale Aktivitäten? (Worin haben Sie das Interesse verloren? Gibt es Dinge, die Sie gar nicht mehr tun? Wie kommt das?)

[AUSSCHLIEßEN, WENN KEINE MÖGLICHKEIT (WG. UMSTÄNDE/ KÖRPERLICH) ODER DER ENTWICKLUNG ENTSPRECHENDE VERHALTENSÄNDERUNG]

Verglichen zum Zeitpunkt vor (Ereignis), an wie vielen Aktivitäten hatten Sie im letzten Monat (Woche) weniger Interesse? (An welchen Dingen haben Sie immer noch Interesse?)

Wann haben Sie begonnen, sich so zu fühlen? (Nach dem (Ereignis)?)

- 0 Kein Interessenverlust
- 1 An wenigen Aktivitäten (weniger als 10 %)
- 2 An einer Reihe von Aktivitäten (ca. 20-30 %)
- 3 An vielen Aktivitäten (50-60 %)
- 4 An den meisten Aktivitäten (mehr als 80 %)

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie stark war Ihr Interessenverlust? (Würden Sie (Aktivität) genießen können, wenn Sie damit erstmal angefangen haben?)

- 0 Kein Interessenverlust
- 1 Geringer Interessenverlust, nachdem begonnen, würden die Aktivitäten wahrscheinlich Spaß machen (Anlaufschwierigkeiten)
- 2 Verlust von Interessen, aber würde immer noch Vergnügen an Aktivitäten haben
- 3 Schwere, deutlicher Verlust von Interesse an Aktivitäten
- 4 Totaler Interessenverlust, von alleine kein Engagement zu Aktivitäten

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
Current _____ lifetime _____

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

10. (C-5) Gefühl der Isolierung bzw. Entfremdung von Anderen

Häufigkeit

Haben Sie sich gegenüber anderen Menschen isoliert und entfremdet gefühlt? Wie war das? Wie häufig fühlten Sie sich im letzten Monat (Woche) so? Wann haben Sie sich das erste Mal so gefühlt? (Nach dem (Ereignis)?)

- 0 Gar nicht
- 1 Wenig (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80% der Zeit)

Beschreibung / Beispiel:

Schwere

Wie stark fühlten Sie sich von anderen isoliert und entfremdet? (Wem gegenüber fühlten Sie sich am nächsten? Mit wie vielen Menschen können Sie über private/persönliche Dinge sprechen?)

- 0 Keine Gefühle von Entfremdung und Isolierung
- 1 Gelegentliche Gefühle von Entfremdung
- 2 Gefühle von Abgelöstheit aber immer noch das Gefühl von zwischenmenschlicher Verbindung oder zu Anderen zu gehören
- 3 Deutliche Gefühle von Abgelöstheit oder Entfremdung gegenüber den meisten Menschen, Vertrauen nur noch in eine/zwei Person/en
- 4 Starke Gefühle von totaler Entfremdung und Abgelöstheit von Anderen, niemandem nahe

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
Current _____ lifetime _____

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

11. (C-6) eingeschränktes Gefühlsleben z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden

Häufigkeit

Haben Sie sich emotional taub gefühlt oder hatten Sie Schwierigkeiten, Gefühle wie Liebe oder Glück zu empfinden? Können Sie das beschreiben? (Mit welchen Gefühlen hatten Sie Schwierigkeiten?)

Wie häufig haben Sie sich im vergangenen Monat (Woche) so gefühlt? Wann hatten Sie zum ersten Mal Schwierigkeiten, (Gefühl) zu empfinden?

- 0 Gar nicht
- 1 Selten (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80% der Zeit)

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie stark waren Ihre Gefühle von emotionaler Taubheit? (Welche Gefühle konnten Sie noch empfinden?)

[beim Rating der Items beziehen Sie Beobachtungen über die Affektbreite während des Interviews mit ein]

- 0 Keine emotionale Taubheit
- 1 Mild; geringe emotionale Taubheit
- 2 Moderat; emotionale Taubheit, kann aber noch die meisten Emotionen zu erleben
- 3 Schwer; deutliche emotionale Taubheit in wenigstens zwei primären Emotionen (z.B. Liebe, Glück)
- 4 Extrem; nimmt keine Emotionen mehr wahr

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein

Current _____ lifetime _____

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

12. (C-7) Gefühl einer verkürzt erscheinenden Zukunft

z.B. glaubt nicht, dass er / sie Karriere, Ehe und / oder Kinder haben oder lange leben wird

Häufigkeit

Haben Sie jemals geglaubt, dass Sie keine Pläne für Ihre Zukunft machen bräuchten, da diese irgendwie verkürzt sein wird? Woher kommt diese Vorstellung?

[wenn ja, schließen Sie realistische Risiken wie z.B. lebensbedrohlicher Gesundheitszustand aus]

Wie häufig haben Sie sich im vergangenen Monat (Woche) so gefühlt?

Wann haben Sie sich zum ersten Mal so gefühlt? (Nach dem (Ereignis)?)

- 0 Gar nicht
- 1 Selten (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80 % der Zeit)

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie stark war das Gefühl, dass Ihre Zukunft eingeschränkt ist?

(Wie lange denken Sie, werden sie leben? Wie sicher sind sie, dass Sie vorzeitig sterben werden?)

- 0 Kein Gefühl einer verkürzten Zukunft
- 1 Mild; leichtes Gefühl einer verkürzten Zukunft
- 2 Moderat; Gefühl einer verkürzten Zukunft, aber keine speziellen Vorhersagen über die Lebensdauer
- 3 Schwer; deutliches Gefühl einer verkürzten Zukunft mit spezifischen Vorhersagen zur Lebensdauer
- 4 Extrem; starkes überwältigendes Gefühl einer verkürzten Zukunft, vollkommen überzeugt davon, frühzeitig zu sterben

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein

Current _____ lifetime _____

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Kriterium D

Anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus (waren vor dem Trauma nicht vorhanden)

13. (D-1) Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten

Häufigkeit

Hatten Sie Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten? Wie häufig hatten Sie diese Schlafprobleme im vergangenen Monat (Woche)? Wann hatten Sie erstmalig Schlafprobleme? (Nach dem (Ereignis)?)

- 0 Nie
1 Ein- bis zweimal
2 Ein- bis zweimal pro Woche
3 Mehrmals pro Woche
4 Fast jede oder jede Nacht

Einschlafprobleme J N
Erwachen mitten in der Nacht J N
Erwachen am frühen Morgen J N
Gesamtschlaf pro Nacht in Std. ___
Gewünschter Schlaf pro Nacht in Std. ___

Schwere

Wie stark haben Sie diese Schlafprobleme belastet? (Wie lange dauerte es bis Sie einschlafen konnten? Wie oft sind Sie aufgewacht? Sind Sie früher aufgewacht, als Sie wollten? Wie viele Stunden schliefen Sie insgesamt jede Nacht?)

- 0 Keine Schlafprobleme
1 Mild; leichte Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen (bis zu 30 Min. Schlafverlust)
2 Moderat; eindeutige Schlafstörung mit längerer Einschlafdauer oder Schwierigkeiten durchzuschlafen (30-90 Min. Schlafverlust)
3 Schwer; deutlich längere Einschlafdauer oder deutliche Durchschlafschwierigkeiten (90 Min - 3 Std. Schlafverlust)
4 Extrem; sehr lange Einschlafdauer oder sehr starke Durchschlafschwierigkeiten (mehr als 3 Std. Schlafverlust)

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

14. (D-2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche

Häufigkeit

Gab es Momente, in denen Sie sich ungewöhnlich reizbar fühlten oder große Wut/Ärger zeigten? Können sie mir Beispiele nennen? Wie häufig haben Sie im vergangenen Monat (Woche) so gefühlt oder gehandelt?

- 0 Nie
1 Ein- bis zweimal
2 Ein- bis zweimal pro Woche
3 Mehrmals pro Woche
4 Täglich oder fast täglich

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie groß war Ihre Wut? (Wie haben Sie Ihren Ärger ausgedrückt?) [WENN WUT UNTERDRÜCKT WIRD:] (Wie schwer war es für Sie, diese Wut zurückzuhalten?) Wie lange dauerte es, bis Sie sich wieder beruhigt hatten? Hat Ihre Wut irgendwelche Probleme verursacht?

- 0 keine Wut oder Reizbarkeit
1 Mild; geringe Reizbarkeit, z.B. die Stimme erhoben, wenn ärgerlich
2 Moderat; Reizbarkeit, fängt leicht an zu streiten, wenn ärgerlich/klare Anstrengungen, Wut zu unterdrücken, aber fängt sich schnell wieder
3 Schwer; deutliche Reizbarkeit: verbal oder physisch aggressiv wenn ärgerlich / deutliche Anstrengungen, Wut zu unterdrücken
4 Extrem; starker Ärger, Episoden von physischer Gewalt möglich; drastische Maßnahmen, um Ärger zu unterdrücken

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
Current _____ lifetime _____

15. (D-3) Konzentrationsschwierigkeiten

Häufigkeit

Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was Sie taten oder auf Dinge um Sie herum zu konzentrieren? Wie war das? Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat (*Woche*) Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? Wann hatten Sie erstmalig diese Konzentrationsschwierigkeiten?

- 0 Gar nicht
- 1 Selten (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80 % der Zeit)

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie schwer war es für Sie, sich zu konzentrieren? [BEIM RATING DIESES ITEMS SCHLIEßEN SIE BEOBACHTUNGEN ÜBER DIE KONZENTRATION UND AUFMERKSAMKEIT WÄHREND DES INTERVIEWS MIT EIN] Wie stark haben diese Schwierigkeiten Ihr Leben beeinflusst?

- 0 Keine Konzentrationsschwierigkeiten
- 1 Mild; nur geringe Anstrengungen nötig, um sich zu konzentrieren; keine/geringe Unterbrechung von Aktivitäten
- 2 Moderat; deutlich eingeschränkte Konzentration, aber Konzentration mit Anstrengungen möglich; einige Unterbrechung von Aktivitäten
- 3 Schwere Einschränkung der Konzentration, sogar mit Anstrengungen; deutliche Unterbrechung von Aktivitäten
- 4 extreme, komplette Unfähigkeit, sich zu konzentrieren; unfähig, Aktivitäten auszuüben

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein

Current _____ lifetime _____

16. (D-4) Hypervigilanz

Häufigkeit

Waren Sie besonders wachsam und aufmerksam, sogar wenn es nicht notwendig war? (*Haben Sie sich gefühlt, als wären sie ständig auf der Hut seien?*) Wie kommt das? Wie häufig waren Sie besonders aufmerksam und wachsam im letzten Monat (*Woche*)?

Wann ist es Ihnen das erste Mal so ergangen? (*Nach dem Ereignis*)

- 0 Gar nicht
- 1 Selten (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80 % der Zeit)

Beschreibung / Beispiele:

Schwere

Wie stark haben Sie versucht, alles um Sie herum genau wahrzunehmen?

[BEIM RATING BEZIEHEN SIE BEOBACHTUNGEN ZUR HYPERVIGILANZ WÄHREND DES INTERVIEWS MIT EIN] Wie stark hat das Ihr Leben beeinträchtigt?

- 0 Keine Hypervigilanz
- 1 Mild; geringe Hypervigilanz; leicht erhöhte Aufmerksamkeit
- 2 Moderat; Hypervigilanz, aufmerksam in der Öffentlichkeit (z.B. wählt sichere Sitzplätze im Restaurant oder Kino)
- 3 Schwer; deutliche Hypervigilanz, sehr wachsam, überwacht die Umgebung bzgl. Gefahr, übertriebene Sorge um Sicherheit (eigene, Familie, zu Hause)
- 4 Extrem; stark ausgeprägte, exzessive Hypervigilanz: Maßnahmen zur Absicherung benötigen beträchtliche Energien und Zeitaufwand und können ausgeprägte Absicherungsrituale einschließen, deutlich wachsame Verhalten während des Interviews

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein

Current _____ lifetime _____

17. (D-5) Übertriebene Schreckreaktion

Häufigkeit

Hatten Sie starke Schreckreaktionen? Wann ist das vorgekommen? (*Welche Dinge haben Sie erschreckt?*) Wie oft ist Ihnen das im letzten Monat (*Woche*) passiert? Wann hatten Sie solche Reaktionen zum ersten Mal? (*Nach dem Ereignis?*)

- 0 Nie
- 1 Ein- bis zweimal
- 2 Ein- bis zweimal pro Woche
- 3 Mehrmals pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

Beschreibungen / Beispiel:

Schwere

Wie stark waren diese Schreckreaktionen? (*Wie stark waren diese im Vergleich dazu, wie die meisten anderen reagieren würden?*) Wie lange haben diese Reaktionen angedauert?

- 0 Keine Schreckreaktionen
- 1 Mild; geringe Schreckreaktion
- 2 Moderat; Schreckreflex, fühlt sich auf dem Sprung
- 3 Schwer; deutliche Schreckreaktion, bleibende Erregung nach der Initialreaktion
- 4 Extrem; sehr starke Schreckreaktion, offenes Bewältigungsverhalten (z.B. Kriegsveteranen, die sich auf den Boden werfen)

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
 Current _____ lifetime _____

Kriterium E

Dauer der Störung (Symptome der Kriterien B, C und D) ist über einen Monat

18. Beginn der Symptome

[WENN NOCH UNKLAR:] Wann hatten Sie diese Symptome, von denen Sie gerade berichtet haben, zum ersten Mal? (*Wie lange nach dem Trauma haben sie begonnen? Über sechs Monate?*)

_____Anzahl Monate verzögerter Beginn
 Verzögerter Beginn (≥ 6 Monate)? NEIN JA

19. Dauer der Symptome (Befragungszeitraum > 1 Woche)

[AKTUELL/CURRENT] Wie lange dauern diese Symptome insgesamt schon an?

Dauer > 1 Monat?

Aktuell:

NEIN JA

(lifetime wird nicht erfasst)

_____Anzahl Monate Symptombdauer

Akut (< 3 Monate) oder chronisch (> 3 Monate)

akut chronisch

Kriterium F

Die Störung verursacht klinisch signifikanten Stress oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

20. Subjektiver Stress/Belastung

[AKTUELL] Wie sehr haben Sie diese (*PTSD-Symptome*) belastend, von denen Sie gerade berichtet haben?
[BERÜCKSICHTIGE BELASTUNG, WIE SIE BEI FRÜHEREN ITEMS BERICHTET WURDE]
(lifetime wird nicht erfasst)

- 0 Gar nicht
- 1 Mild; minimale Belastung
- 2 Moderat; Stress/Belastung deutlich vorhanden, aber handhabbar
- 3 Schwer; erhebliche Beeinträchtigung
- 4 Extreme Beeinträchtigung

21. Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen

Haben die Symptome, die Sie berichtet haben, Ihre sozialen Beziehungen beeinträchtigt? [ZIEHEN SIE DABEI SOWOHL EINDRÜCKE ÜBER DAS VERHALTEN DES PATIENTEN ALS AUCH DAS VON IHM WÄHREND DES INTERVIEWS BERICHTETE IN BETRACHT.]

- 0 = keine Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen
- 1 = geringe Beeinträchtigung
- 2 = Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen, aber noch viele Aspekte sozialen Verhaltens intakt
- 3 = deutliche Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen, wenige Aspekte sozialen Verhaltens/Fähigkeiten intakt
- 4 = sehr schwere Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen, wenig oder keine sozialen Fähigkeiten

22. Beeinträchtigung des Berufslebens oder in anderen Funktionsbereichen

Sind Sie momentan berufstätig?

[WENN JA:] Beeinträchtigen die Symptome, die Sie berichtet haben, Ihre Arbeit oder Ihre Fähigkeit zu arbeiten?

[BEZIEHEN SIE IN IHRE BETRACHTUNGEN DEN BERUFLICHEN WERDEGANG DES PATIENTEN EINSCHLIEßLICH ANZAHL UND DAUER VON ARBEITSVERHÄLTNISSEN SOWIE AUCH DIE QUALITÄT SEINER / IHRER ARBEITSBEZIEHUNGEN MIT EIN. WENN PRÄMORBIDES FUNKTIONSNEVEAU UNKLAR, DANN AUCH ARBEITSERFAHRUNG VON DEM TRAUMA ERFRAGEN.]

- 0 = keine Beeinträchtigung des Berufslebens
- 1 = Mild; geringe Beeinträchtigung des Berufslebens/anderer Bereiche
- 2 = Moderat; Beeinträchtigung des Berufslebens/anderer Bereiche, jedoch viele Aspekte in diesen Bereichen sind noch intakt
- 3 = Schwer; deutliche Beeinträchtigung des Berufslebens/anderer Bereiche, wenige Aspekte/Fähigkeiten noch intakt
- 4 = sehr schwere Beeinträchtigung auf das Berufsleben/andere Bereiche, Funktionen können kaum oder gar nicht erfüllt werden

Globale Einschätzungen

23. Validität des Ratings

GESAMTANZAHL DER UMKREISTEN FV'S IM INTERVIEWFORMULAR: SCHÄTZEN SIE DIE GESAMTVALIDITÄT DES ERHALTENEN RATINGS. FAKTOREN, WELCHE DIE VALIDITÄT BEEINTRÄCHTIGEN KÖNNEN, SIND DIE KOOPERATIONSBEREITSCHAFT DES PATIENTEN UND AGGRAVATIONS- SOWIE MINIMIERUNGSTENDENZEN. DES WEITEREN KÖNNTEN DIE ERHALTENEN AUSSAGEN ÜBER ART UND SCHWERE DER PTSD-SYMPTOME DURCH DIE KONZENTRATION, DIE AUFMERKSAMKEIT ODER DIE KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT DES PATIENTEN SOWIE DIS-SOZIATIONEN BEEINTRÄCHTIGT SEIN.

- 0 = kein Verdacht auf ungültige Antworten
- 1 = gut; es gibt Faktoren die die Validität beeinflussen können
- 2 = in Ordnung; es gibt Faktoren, die die Validität deutlich reduzieren
- 3 = schlecht; sehr geringe Validität
- 4 = ungültige Antworten; deutlich beeinträchtigter psychischer Zustand oder mögliche Aggravation bzw. Herunterspielen

24. Gesamtschwere:

BEURTEILUNG DURCH DEN INTERVIEWER ÜBER DIE GESAMTINTENSITÄT DER PTSD-SYMPTOME DES PATIENTEN. BEACHTEN SIE DEN LEIDENSDRUCK DES PATIENTEN, DIE BEOBACHTETEN SYMPTOME UND DIE FUNKTIONALE BEEINTRÄCHTIGUNG. IHR URTEIL ÜBER DIE BETONUNG VON BESTIMMTEN INFORMATIONEN SOWIE DIE GENAUIGKEIT DES PATIENTENBERICHTES IST HIER GEFORDERT. DIE BEURTEILUNG SOLLTE NUR AUF DER GRUNDLAGE VON IM INTERVIEW ERHALTENEN INFORMATIONEN ERFOLGEN.

- 0 = ohne Symptome
- 1 = wenig Symptome, geringe Beeinträchtigung
- 2 = einige Symptome/ klare Beeinträchtigung, aber befriedigendes Funktionieren mit Anstrengungen
- 3 = Deutliche Symptome, eingeschränktes Funktionieren unter Anstrengungen
- 4 = Schwere Symptomatik, umfassende Beeinträchtigung in zwei oder mehr Funktionsbereichen

25. Allgemeine Verbesserung

STUFEN SIE DIE ALLGEMEINE VERBESSERUNG SEIT DER ERSTEN EINSCHÄTZUNG EIN. WENN KEINE FRÜHERE EINSTUFUNG VORLIEGT, FRAGEN SIE, WIE DIE SYMPTOME SICH WÄHREND DER VERGANGENEN 6 MONATE/ BZW. ENTSPRECHENDER ZEITRAUM SEIT DER LETZTEN UNTERSUCHUNG VERÄNDERT HABEN. STUFEN SIE DAS AUSMAß DER VERÄNDERUNG EIN UND SCHÄTZEN SIE EIN, OB SIE AUF DIE BEHANDLUNG ZURÜCKZUFÜHREN IST.

- 0 = ohne Symptome
- 1 = sehr verbessert
- 2 = deutliche Verbesserung
- 3 = leichte Verbesserung
- 4 = keine Verbesserung
- 5 = keine ausreichende Informationen

Begleitsymptome

26. Schuldgefühle über Begehung oder Unterlassung von Handlungen

Häufigkeit

Haben Sie sich schuldig gefühlt für Verhaltensweisen, die Sie ausführten oder versäumten auszuführen während (*Ereignis*)? Können Sie das beschreiben? (*Weswegen haben Sie sich schuldig gefühlt?*) Wie häufig haben Sie sich so im letzten Monat (*Woche*) gefühlt?

- 0 Gar nicht
- 1 Selten (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (ca. 50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80 % der Zeit)

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark waren diese Schuldgefühle? Wie sehr haben diese Gefühle Sie belastet?

- 0 Keine Schuldgefühle
- 1 Mild; geringe Schuldgefühle
- 2 Moderat; Schuldgefühle vorhanden, etwas belastet dadurch, aber noch kontrollierbar
- 3 Schwer; beträchtliche Schuldgefühle, deutliches Unwohlsein
- 4 Extreme Schuldgefühle, sich selbst verdammen, überwältigende Belastung

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

27. Schuldgefühle, überlebt zu haben

Häufigkeit

Haben Sie sich schuldig gefühlt, dass Sie (*Ereignis*) überlebt haben und andere nicht? Können Sie mir davon erzählen? (*Wofür fühlen Sie sich schuldig?*) Wie häufig haben Sie sich im letzten Monat (*Woche*) schuldig gefühlt?

- 0 Gar nicht
- 1 Wenig (weniger als 10 % der Zeit)
- 2 Manchmal (ca. 20-30 % der Zeit)
- 3 Häufig (50-60 % der Zeit)
- 4 Die ganze oder fast die ganze Zeit (mehr als 80 % der Zeit)
- 8 N/A (trifft nicht zu)

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark sind Sie durch diese Gefühle belastet gewesen?

- 0 Keine Schuldgefühle
- 1 Mild; geringe Schuldgefühle
- 2 Moderat; Schuldgefühle vorhanden, etwas belastet, aber kontrollierbar
- 3 Schwer; beträchtliche Schuldgefühle, deutliches Unwohlsein, nicht einfach zu kontrollieren
- 4 Extreme Schuldgefühle, sich selbst verdammen, überwältigende Belastung

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

28. Reduktion der Wahrnehmung der Umgebung (z.B., wie betäubt sein)

Häufigkeit

Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob sie keinen Kontakt mehr zu ihrer Umgebung hätten, als wären Sie betäubt? Wie war das? [UNTERSCHIED VON FLASHBACKS!] Wie häufig haben Sie sich im letzten Monat (Woche) so gefühlt? [WENN UNKLAR:] (Haben Sie sich so gefühlt, weil Sie krank waren oder Alkohol /Medikamente/Drogen eingenommen hatten?)

- 0 Nie
- 1 Ein- bis zweimal
- 2 Ein- bis zweimal pro Woche
- 3 Mehrmals pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark war diese Gefühl, wie betäubt zu sein? (Haben Sie diese Gefühle verwirrt? Was haben Sie in diesem Moment getan?) Wie lange hat das Gefühl angehalten? Was haben Sie getan, als es passierte? (Haben andere Personen Ihr Verhalten bemerkt? Was haben Sie dazu gesagt?)

- 0 Keine Bewusstseinsstörung
- 1 Mild; geringe Bewusstseinsstörung
- 2 Moderat; deutliche Bewusstseinsstörung vorhanden, aber vorübergehend
- 3 Schwer; beträchtliche Bewusstseinsstörung, kann für einige Stunden anhalten
- 4 Extreme Bewusstseinsstörung, Verlust der Wahrnehmung der Umgebung, kann nicht ansprechbar sein, mögliche Amnesie für den Zeitraum diese Episode (blackout)

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
Current _____ lifetime _____

29. Derealisation

Häufigkeit

Gab es Zeiten, in denen die Dinge in Ihrer Umgebung unwirklich oder sehr merkwürdig und fremd gewirkt haben? [WENN NEIN:] (Kam es vor, dass Ihnen bekannte Personen plötzlich fremd erschienen?) Wie war das? Wie oft ist das im letzten Monat (Woche) vorgekommen? [WENN UNKLAR:] (Haben Sie sich so gefühlt, weil Sie krank waren oder Alkohol / Medikamente/Drogen eingenommen hatten?) Wann haben Sie sich das erste Mal so gefühlt? (War das nach (Ereignis)?)

- 0 Nie
- 1 Ein- bis zweimal
- 2 Ein- bis zweimal pro Woche
- 3 Mehrmals pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark war diese (DEREALISATION)? Wie lange hat dieser Zustand angehalten? Was haben Sie getan, als Sie sich so gefühlt haben? (Haben andere Personen Ihr Verhalten bemerkt? Was haben Sie dazu gesagt?)

- 0 Keine Derealisation
- 1 Mild; geringe Derealisation
- 2 Moderat; Derealisation vorhanden, aber vorübergehend
- 3 Schwer; beträchtliche Derealisation, deutliches Verwirrung dahingehend, was „real“ ist, kann für einige Stunden anhalten
- 4 Extreme Derealisation, dramatischer Verlust der Fähigkeit, die Realität oder Vertrautes zu erkennen

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
Current _____ lifetime _____

30. Depersonalisierung

Häufigkeit

Gab es Zeiten, in denen Sie sich gefühlt haben, als würden Sie neben Ihrem eigenen Körper sein und sich selbst beobachten, als wären Sie eine andere Person? [WENN NEIN:] (*Kam es vor, dass sich Ihr Körper plötzlich merkwürdig oder fremd anfühlte, als ob er sich auf irgendeine Weise verändert hätte?*) Wie war das? Wie oft ist das im letzten Monat (*Woche*) vorgekommen? [WENN UNKLAR:] (*Haben Sie sich so gefühlt, weil Sie krank waren oder Alkohol/ Medikamente/Drogen eingenommen hatten?*) Wann haben Sie sich das erste Mal so gefühlt? (*War das nach (Ereignis)?*)

- 0 Nie
- 1 Ein- bis zweimal
- 2 Ein- bis zweimal pro Woche
- 3 Mehrmals pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

Beschreibungen / Beispiele:

Schwere

Wie stark war diese (DEPERSONALISIERUNG)? Wie lange hat dieser Zustand angehalten? Was haben Sie getan, als Sie sich so gefühlt haben? (*Haben andere Personen Ihr Verhalten bemerkt? Was haben Sie dazu gesagt?*)

- 0 Keine Depersonalisierung
- 1 Mild; geringe Depersonalisierung
- 2 Moderat; klare Depersonalisierung, aber vorübergehend
- 3 Schwer; beträchtliche Depersonalisierung, deutliche Gefühle der Loslösung vom Selbst, kann für einige Stunden anhalten
- 4 Extreme Depersonalisierung, dramatische Trennung vom Selbst

Trauma-bezogen? 1-ja 2-möglich 3-nein
 Current _____ lifetime _____

Letzte Woche	Letzter Monat
FV	FV
H	H
S	S
H + S	H + S

CAPS Allgemeines Rating

	H	S
(21) Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen	_____	_____
(22) Beeinträchtigung des Berufslebens	_____	_____
(23) Validität des Ratings	_____	_____
(24) Allgemeine Schwere der Symptomatik	_____	_____
(25) Allgemeine Verbesserung	_____	_____

Begleitsymptome

(26) Schuldgefühle über Handlungen oder Unterlassungen	_____	_____
(27) Schuldgefühle, überlebt zu haben	_____	_____
(28) Bewusstseinstrübung	_____	_____
(29) Derealisation	_____	_____
(30) Depersonalisation	_____	_____