

Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung

(Motta & Joseph, 1998; dt. Maercker, 2000)

Bitte denken Sie an eine schlimme Erfahrung, die Sie im Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis eines anderen Menschen gemacht haben. Dieser andere Mensch kann ein Patient, eine zu rettende Person, aber auch ein Familienmitglied oder ein Freund gewesen sein.

Was für ein Ereignis war das? _____

In welcher Beziehung standen/stehen Sie zu dem damals betroffenen Menschen?

Bitte kreuzen Sie die folgenden Kategorien an, die für die jeweiligen Sätze zutreffend waren.

Aussage	stimmt				
	überhaupt nicht	ein wenig	bin mir nicht sicher	oft	sehr oft
1. Ich zwingen mich selbst, mich nicht an bestimmte Gefühle oder Gedanken zu erinnern, die mit den oben beschriebenen Schwierigkeiten verbunden waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich merke, daß ich bestimmte Aktivitäten vermeide, weil sie mich an diese Probleme erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin leicht erschreckbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe ungewollt lebhaftere Erinnerungen oder Bilder, die mit dem Problem zusammenhängen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin erschrocken über die Dinge, die er oder sie zu mir sagten oder die sie taten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe beunruhigende Träume, die den Ereignissen ähnlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ich habe wiederkehrende, ungewollte Gedanken über das Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Schlafprobleme durch diese Ereignisse bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich denke, dass ich durch diese Erfahrungen in Mitleidenschaft gezogen sein könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich wie "auf der Kippe" und sehr belastet und das wird mit den Gedanken an diese Probleme zusammenhängen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich hätte mir gewünscht, dass ich den oben genannten Problemen aus dem Wege hätte gehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es fällt mir schwer, mich an bestimmte Einzelheiten der genannten Probleme zu erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich merke, dass ich das Interesse an Tätigkeiten verloren habe, die mir Freude bereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich finde es zunehmend schwer, warmherzige und positive Gefühle Anderen gegenüber zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Meine eigene Zukunft ist mir weniger klar und ich sehe sie weniger optimistisch als ich sie früher gesehen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich würde mich bedroht und verletzbar fühlen, wenn ich das erlebt hätte, was der oben genannten Person zugestossen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich hätte starke Schrecken und intensive Furcht erlebt, wenn ich ihr oder sein Problem gehabt hätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe belastende Erinnerungen und störende Gedanken durch die Erlebnisse der anderen Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>