

Revised Child Impact of Events Scale - D

Unten findest du eine Liste mit Aussagen von Leuten, die etwas Belastendes erlebt haben. Bitte kreuze bei jeder Frage an, wie häufig du auf diese Weise reagiert hast *während der letzten sieben Tage*. Wenn das bei dir gar nicht vorkam, dann mache dein Kreuz bitte bei „gar nicht“.

Name:

Datum:

		gar nicht	selten	manch- mal	oft
1.	Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?	[]	[]	[]	[]
2.	Versuchst du, die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?	[]	[]	[]	[]
3.	Hast du Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein und dich zu konzentrieren?	[]	[]	[]	[]
4.	Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?	[]	[]	[]	[]
5.	Erschrickst du leichter oder bist du nervöser als zu der Zeit vor dem Ereignis?	[]	[]	[]	[]
6.	Hältst du dich fern von Dingen, die dich daran erinnern (zum Beispiel von Orten oder Situationen)?	[]	[]	[]	[]
7.	Versuchst du, nicht darüber zu reden?	[]	[]	[]	[]
8.	Kommen dir plötzlich Bilder davon in den Kopf?	[]	[]	[]	[]
9.	Lösen andere Dinge bei dir Gedanken daran aus?	[]	[]	[]	[]
10.	Versuchst du, nicht daran zu denken?	[]	[]	[]	[]
11.	Bist du schnell irritiert und durcheinander?	[]	[]	[]	[]
12.	Bist du besorgt und wachsam, obwohl in dem Moment eigentlich gar kein Grund dafür besteht?	[]	[]	[]	[]
13.	Hast du Schlafprobleme?	[]	[]	[]	[]

Auswertung

Es gibt 13 Items, die auf einer vierstufigen Skala bewertet werden:

Gar nicht	= 0
Selten	= 1
manchmal	= 3
Oft	= 5

Dies sind die Subskalen:

Intrusion (Wiedererleben) = Summe von	1+4+8+9
Avoidance (Vermeidung) = Summe von	2+6+7+10
Hyperarousal (Übererregung) = Summe von	3+5+11+12+13