

**TRAUMATISCHE LEBENSEREIGNISSE**  
**Elternversion**

UM ERFÜLLT ZU SEIN, MUSS EIN EREIGNIS ZU ERNSTHAFTER VERLETZUNG DES KINDES ODER EINER GELIEBTEN PERSON GEFÜHRT HABEN ODER ES MUSS DIE MÖGLICHKEIT DAFÜR BESTANDEN HABEN UND DAS KIND HAT DAS EREIGNIS BEOBACHTET.

0 = nicht vorhanden      1 = vorhanden

		Wie alt war ihr Kind, als dies das erste Mal geschah?	Wie alt war ihr Kind, als dies das letzte Mal geschah?	Wie häufig kam dies bei ihrem Kind vor?
P1. Unfall, Autounfall, Flugzeugunfall oder Bootsunfall	0 1			
P2. Von einem Tier angegriffen	0 1	_____		
P3. Von Menschen verursachte Katastrophen (Brand, Krieg, usw.)	0 1	_____		
P4. Naturkatastrophen (Wirbelsturm, Flut)	0 1	_____		
P5. Wurde Zeuge wie eine andere Person geschlagen, vergewaltigt, mit ernster Beschädigung bedroht, angeschossen, ernsthaft verletzt oder getötet wurde.	0 1	_____ _____		
P6. Körperliche Misshandlung	0 1	_____		
P7. Sexueller Missbrauch, sexueller Angriff, oder Vergewaltigung	0 1	_____		
P8. Verbrennung/Brandverletzung in einem Unfall	0 1	_____		
P9. Ertrinkungsunfall	0 1	_____		
P10. Lebensbedrohlichkeit im Zusammenhang mit Spitalaufenthalt oder medizinische Massnahme	0 1	_____		
P11. Erfahren, dass eines der oberen Ereignisse einer primären Betreuungsperson des Kindes Geschehen ist	0 1	_____		
P12. Anderes: _____	0 1	_____		

**P13. MEHR ALS EREIGNIS, NACH DEM SCHLIMMSTEN FRAGEN:**

*“Welches dieses Ereignisse hat Ihrer Ansicht nach am meisten seelische Schwierigkeiten und Verhaltensprobleme für Ihr Kind verursacht?”*

**EREIGNIS NUMMER:** \_\_\_\_\_

FALLS KEIN TRAUMATISCHES EREIGNIS VORHANDEN IST, IST DAS INTERVIEW HIER BEENDET.

*“Als nächstes werde ich Ihnen einige Fragen über die Reaktionen Ihres Kindes stellen. Einige dieser Fragen sind nicht recht geeignet für junge Kinder, die noch nicht sprechen können. Wir versuchen, alle Fragen in altersangemessener Weise zu formulieren. Bitte haben Sie Nachsicht mit mir, wenn ich eine Frage stelle, die nicht gut zum Alter Ihres Kindes passt.”*

**Erklärende Einleitung:**

*“Nun werde ich Ihnen einige Fragen über Symptome, die Ihr Kind seit dem/den traumatischen Ereignis/-sen entwickelt haben könnte, stellen. Damit etwas ein Symptom ist, muss es ungewöhnlich für Ihr Kind sein und üblicherweise bei anderen gleichaltrigen Kindern nicht auftreten. Wir wissen, dass dies manchmal offensichtlich, manchmal schwer auszumachen ist.“*

VOLLSTÄNDIGKEITSREGEL: WENN DAS KIND MEHR ALS EIN TRAUMATISCHES EREIGNIS ERLEBT HAT, DANN STELLEN SIE DIE WEITEREN PTBS-FRAGEN IM HINBLICK AUF ALLE EREIGNISSE. DAS HEISST, SYMPTOME KÖNNEN FÜR JEDES DER EREIGNISSE ERFÜLLT SEIN.

**P14. INTRUSIVE ERINNERUNGEN**

*“Hat sie/er sich aufdrängende Erinnerungen des traumatischen Ereignisses? Spricht sie/er diese von selbst an?”*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig ist dies im letzten Monat passiert?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

**P14a. AFFEKT BEIM DARÜBER SPRECHEN**

- 0 Nicht belastet
- 1 Belastet

**P15. NACHSPIELEN DES TRAUMATA**

*“Stellt X das traumatische Ereignis in ihrem/seinem Spiel mit Puppen oder Spielzeug nach? Dies wären Szenen, die dem Ereignis sehr ähnlich sind. Macht sie/er dies alleine oder mit anderen Kindern?”*

PRÜFEN SIE DURCH BEISPIELE, DIE SPEZIFISCH FÜR DAS TRAUMA DES KINDES SIND. FRAGEN SIE NACH SO VIELEN BEISPIELEN, WIE SIE SICH VORSTELLEN KÖNNEN BIS SIE EINE BESTÄTIGUNG BEKOMMEN ODER IHNEN DIE BEISPIELE AUSGEHEN.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig spielte sie/er diese Szenen im letzten Monat nach?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

**P16. INSZENIEREN DES EREIGNISSES AUSSERHALB DES SPIELS**

*“Wie ist es zu anderen Zeiten? Inszeniert sie/er das traumatische Ereignis oder Aspekte daraus im Supermarkt oder während des Essens?”*

PRÜFEN SIE MIT DER STRATEGIE WIE IN P15.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig ist dies im letzten Monat passiert?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Was hat sie/er getan, wenn diese Erinnerungen im letzten Monat auftauchten oder sie/er den Unfall nachspielte? Hat sie/er ihre/seine momentane Handlung unterbrochen oder war sie/er in der Lage mit dem weiterzumachen, was sie/er gerade getan hatte? Konnte sie/er die Erinnerungen wieder „abschalten“?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: minimaler Unterbruch der Aktivität; etwas belastet.
- 2 Mittelmässig: moderates Leiden; die Erinnerung war ersichtlich vorhanden, jedoch handhabbar; einige Unterbrechungen der Aktivität.
- 3 Stark: beträchtliches Leiden; Schwierigkeiten beim „Abschalten“ der Erinnerungen; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.
- 4 Sehr stark: extremes Leiden; Erinnerungen konnten nicht „abgeschaltet“ werden; die Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

#### P17. ALPTRÄUME: TRAUMA-BEZOGEN

*“Hat sie/er Alpträume oder schlechte Träume über das traumatische Ereignis, die sie/ihn aufwecken?”*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig hatte sie/er solche Träume im letzten Monat?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

#### P18. VERMEHRTE ALPTRÄUME: NICHT TRAUMA-BEZOGEN

*“Hat X mehr Alpträume als vor dem traumatischen Ereignis, ohne dass Sie wissen, ob diese inhaltlich mit dem Ereignis zu tun haben?”*

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Hatte sie/er Alpträume schon vor dem Trauma? Was für welche? Wie viele solche Alpträume hatte sie/er im letzten Monat?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche

4 Meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Wie stark haben die Alpträume sie/ihn im letzten Monat geplagt (P17 & P18)?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: minimales Leiden; jedoch kein Aufwachen.  
 2 Mittelmässig: moderates Leiden; ist aufgewacht, schlief jedoch wieder ein.  
 3 Stark: beträchtliches Leiden; erschwertes Wiedereinschlafen.  
 4 Sehr stark: extremes Leiden; konnte nicht wieder einschlafen.

#### P19. FLASHBACKS

„Hat Ihr Kind sich so verhalten, als würde ihm das traumatische Ereignis erneut passieren, auch wenn dies nicht so ist? Das bedeutet, dass das Kind sich so verhält, als wenn es wieder in jenem Moment wäre und nicht in der Gegenwart. Wenn so etwas passiert, merkt man dies dem Kind recht deutlich an.“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

ES MUSS NICHT NUR IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN PASSIERT SEIN

DIESES ITEM IST EINE AUSNAHME DER VIER-WOCHEN-REGEL

KODIEREN SIE DIE HÄUFIGKEIT ALS GESAMTES VORKOMMEN SEIT DEM EREIGNIS.

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig kam dies seit dem traumatischen Ereignis vor?**

- 0 Nie  
 1 Kaum, ein oder zwei Mal  
 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 Meistens, (fast) täglich

#### P20. DISSOZIATION

“Hatte sie/er seit dem traumatischen Ereignis Episoden, in denen sie/er wie erstarrt schien? Vielleicht haben Sie versucht, sie/ihn zurück zu holen, aber sie/er nicht reagierte.”

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Einer der besten Wege, um zu sagen, ob eine Dissoziation vorliegt ist, wenn Sie Ihre Hand vor ihrem/seinem Gesicht hin und her bewegen und sie/er nicht einmal zwinkert. Haben Sie das versucht?”*

Falls weitere Klärung notwendig ist, fragen Sie: *“Haben Sie versucht, ihre/seine Schulter zu berühren, um sie/ihn zurück zu holen?”*

ES MUSS NICHT NUR IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN PASSIERT SEIN

DIESES ITEM IST EINE AUSNAHME DER VIER-WOCHEN-REGEL

KODIEREN SIE DIE HÄUFIGKEIT ALS GESAMTES VORKOMMEN SEIT DEM EREIGNIS.

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie oft ist dies seit dem traumatischen Ereignis passiert?**

- 0 nie  
 1 kaum, ein oder zwei Mal  
 2 manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
 3 häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Wie war es, wenn sie/er nicht reagierte (P19 & P20)?**

- 0 Kein Problem.  
 1 Ein wenig problematisch: **more realistic than thinking about it only.**

- 2 Mittelmässig: moderates, vorübergehendes Dissoziieren; Umgebung noch aktiv wahrgenommen; ähnlich dem Tagträumen.
- 3 Stark: stark dissoziiert (berichtet Bilder, Geräusche etc.); gewisses Bewusstsein der Umgebung.
- 4 Sehr stark: komplett dissoziiert (Flashbacks); kein Bewusstsein der Umwelt; teilnahmslos/keine Reaktion; evtl. Amnesie für diese Episode (Blackout).

NEHMEN SIE ANTWORTEN DER ITEMS 21- 24 AUCH AUF, WENN ES IM LETZTEN MONAT KEINE ERINNERUNGEN GAB, DIE MUTTER JEDOCH DENKT, DASS SYMPTOME BEI ERINNERUNGEN VORHANDEN WÄREN.

### P21. PSYCHOLOGISCHES LEIDEN BEI ERINNERUNGEN

*“Wird Ihr Kind aufgebracht oder aufgeregt, wenn es an das traumatische Ereignis erinnert wird?“*

PRÜFEN SIE DURCH BEISPIELE, DIE SPEZIFISCH FÜR DAS TRAUMA DES KINDES SIND. FRAGEN SIE NACH SO VIELEN BEISPIELEN, WIE SIE SICH VORSTELLEN KÖNNEN BIS SIE EINE BESTÄTIGUNG BEKOMMEN ODER IHNEN DIE BEISPIELE AUSGEHEN.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig kam dies im letzten Monat vor?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Wie aufgebracht wurde sie/er wenn sie/er im letzten Monat an das traumatische Ereignis erinnert wurde?**

**Wie schlimm war dies?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: minimaler Unterbruch der Aktivität; etwas belastet.
- 2 Mittelmässig: moderates Leiden; die Erinnerung war ersichtlich vorhanden, jedoch handhabbar; einige Unterbrechungen der Aktivität.
- 3 Stark: beträchtliches Leiden; Schwierigkeiten beim „Abschalten“ der Erinnerungen; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.
- 4 Sehr stark: extremes Leiden; Erinnerungen konnten nicht „abgeschaltet“ werden; die Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

### P22. PHYSIOLOGISCHES LEIDEN BEI ERINNERUNGEN

*“Wird Ihr Kind körperlich angespannt, wenn es an das traumatische Ereignis erinnert wird? Z.B. Herzrasen, zitternde Hände, Schwitzen, Kurzatmigkeit oder Übelkeit?“*

PRÜFEN SIE MIT DER STRATEGIE WIE IN P21.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig fühlte sie/er solch körperliche Anspannung im letzten Monat, wenn sie/er an das traumatische Ereignis erinnert wurde?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche

- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
4 Meistens, (fast) täglich

Intensität

**Fühlte sie/er sich schlecht, wenn sie/er im letzten Monat an das traumatische Ereignis erinnert wurde?**

- 0 Gar nicht  
1 Ein wenig: minimale Reaktivität.  
2 Mittelmässig: physische Reaktivität vorhanden; kann anhalten, solange sie/er der Erinnerung ausgesetzt ist.  
3 Stark: deutliche physische Reaktion; solange sie/er der Erinnerung ausgesetzt ist, hält die Reaktion an.  
4 Sehr stark: extreme physische Reaktivität; hält noch an, auch wenn die Konfrontation mit der Erinnerung vorüber ist.

**P23. VERMEIDEN VON AKTIVITÄTEN, ORTEN ODER DINGEN**

*“Versucht Ihr Kind Dinge oder Orte zu vermeiden, die es an das traumatische Ereignis erinnern? Ich meine, können Sie sagen, dass sie/er versucht, einen Erinnerungsreiz zu vermeiden bevor sie/er überhaupt belastet ist?”*

PRÜFEN SIE MIT DER STRATEGIE WIE IN P21.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig versuchte sie/er im letzten Monat, diese Orte oder Dinge zu vermeiden?**

- 0 Nie  
1 Kaum, ein oder zwei Mal  
2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
4 Meistens, (fast) täglich

Intensität

**Wie stark versuchte sie/er im letzten Monat Orte oder Dinge zu vermeiden, die sie/ihn an das traumatische Ereignis erinnern?**

- 0 Gar nicht  
1 Ein wenig: minimale Schwierigkeiten; wenig oder keine Unterbrechung der Aktivität.  
2 Mittelmässig: einige Versuche; Vermeidung vorhanden; einige Unterbrechungen der Aktivität.  
3 Stark: versucht stark von Dingen fernzubleiben, die sie/ihn an das Ereignis erinnern; deutliche Unterbrechung oder Nicht-Teilnehmen an einer Aktivität als Vermeidungsstrategie.  
4 Sehr stark: Versucht alles, um von Dingen fernzubleiben, die sie/ihn an das Ereignis erinnern; unfähig, Aktivitäten weiter auszuführen; exzessive Teilnahme an anderen Tätigkeiten als Vermeidungsstrategie.

**P24. VERMEIDEN VON PERSONEN, KONVERSATIONEN ODER ZWISCHENMENSCHLICHEN SITUATIONEN**

*“Versucht Ihr Kind Personen oder Gespräche zu vermeiden, die es an das traumatische Ereignis erinnern könnten?”*

PRÜFEN SIE MIT DER STRATEGIE WIE IN P21.

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?”*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig versuchte sie/er im letzten Monat, Menschen, Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das traumatische Ereignis zu vermeiden?**

- 0 Nie  
1 Kaum, ein oder zwei Mal

- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität

**Stand das Vermeiden von Personen, Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen im letzten Monat Dingen im Weg, die sie/er tun musste? Wie schlimm war dies?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: minimale Schwierigkeiten; wenig oder keine Unterbrechung der Aktivität.
- 2 Mittelmässig: einige Versuche; Vermeidung vorhanden; einige Unterbrechungen der Aktivität.
- 3 Stark: Versucht stark von Dingen fernzubleiben, die sie/ihn an das Ereignis erinnern; deutliche Unterbrechung oder Nicht-Teilnehmen an einer Aktivität als Vermeidungsstrategie.
- 4 Sehr stark: Versucht alles, um von Dingen fernzubleiben, die sie/ihn an das Ereignis erinnern; unfähig Aktivitäten weiter auszuführen; exzessive Teilnahme an anderen Tätigkeiten als Vermeidungsstrategie.

**P25. VERMEHRT NEGATIVER EMOTIONALER ZUSTAND**

„Zeigt Ihr Kind anhaltende negative Emotionen, die nicht durch Erinnerungen an das traumatische Ereignis ausgelöst werden, z.B. Angst, Schuld, Scham, Traurigkeit oder Verwirrung?“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: „Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig kam dies im letzten Monat vor?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität

**Wie waren diese Gefühle für sie/ihn im letzten Monat? Waren sie schlimm?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: mildes Leiden; minimaler Unterbruch der Aktivität; sie/er war etwas belastet.
- 2 Mittelmässig: Moderates Leiden; einige Unterbrechungen der Aktivität.
- 3 Stark: beträchtliches Leiden; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.
- 4 Sehr stark: extremes Leiden; Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

**P26. INTERESSENVERLUST AN ÜBLICHEN AKTIVITÄTEN**

„Hat er/sie seit dem traumatischen Ereignis das Interesse an Dingen verloren, die er/sie früher gern gemacht hat?“

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis nicht wirklich Interesse an Dingen zeigte, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: „Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig im letzten Monat hatte sie/er nicht mehr so viel Freude an Dingen?**

- 0 Nie, so viel Freude wie bisher
- 1 Kaum, bei wenigen Aktivitäten, genießt die Tätigkeiten nicht mehr so (weniger als 10%)
- 2 Manchmal, genießt die Tätigkeiten nicht mehr so (20- 30%)
- 3 Häufig, genießt die Tätigkeiten nicht mehr so (50-60%)
- 4 Meistens, genießt die Tätigkeiten nicht mehr so (mehr als 80%)

Intensität

**Wenn sie/er im letzten Monat versuchte, Dinge zu tun, die sie/er früher mochte, machten sie ihr/ihm Spass, wenn sie/er einmal angefangen hatte?**

- 0 Kein Verlust des Interesses.  
 1 Ein wenig: würde die Aktivität genießen, wenn sie/er damit begonnen hätte.  
 2 Teilweise: moderater, jedoch definitiver Verlust des Interesses; trotzdem noch Freude an Aktivitäten.  
 3 Stark: deutlicher Verlust des Interesses an Aktivitäten.  
 4 Sehr stark: totaler Verlust des Interesses; keine Teilnahme an Aktivitäten.
- 

**P27. DISTANZIERTHEIT/ SOZIALER RÜCKZUG**

*„Hat er/sie sich seit dem traumatischen Ereignis von Familienmitgliedern, Verwandten oder Freunden distanziert oder zurückgezogen? Ich meine, dass sie/er keine Zuneigung zeigen möchte oder vielleicht sogar gar nicht mit Menschen zusammen sein mag?“*

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis distanziert war, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig fühlte sie/er sich im letzten Monat allein bzw. den Menschen weniger nah?**

- 0 Nie  
 1 Kaum (weniger als 10%)  
 2 Manchmal (20- 30%)  
 3 Häufig (50-60%)  
 4 Meistens (mehr als 80%)

Intensität

**Wie alleine fühlte sie/er sich im letzten Monat?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: fühlt sich ein wenig ausgeschlossen.  
 2 Mittelmässig: Gefühl des Ausgeschlossenenseins vorhanden; interpersonale Verbindung jedoch auch.  
 3 Stark: Entfremdung von Anderen stark vorhanden; fühlte sich nur ein bis zwei Personen nahe; hatte das Gefühl, dass die Anderen ihr/seine Gefühle nicht verstehen.  
 4 Sehr stark: fühlte sich von allen ausgeschlossen; hatte zu niemandem eine enge Beziehung.
- 

**P28. EINGESCHRÄNKTE BANDBREITE DES AFFEKTS: VERLUST VON POSITIVEM AFFEKT**

*“Zeigt er/sie seit dem traumatischen Ereignis weniger positive Gefühle im Vergleich zu vorher? Z.B. weniger Liebe oder Freude als früher?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig schien es im letzten Monat, dass sie/er gefühllos sei oder nichts fühlen könne?**

- 0 Nie  
 1 Kaum (weniger als 10%)  
 2 Manchmal (20- 30%)  
 3 Häufig (50-60%)  
 4 Meistens (mehr als 80%)



Intensität**Wie schwer war es für sie/ihn, Gefühle in dem letzten Monat zu haben?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: milde Reduktion des emotionalen Empfindens.  
 2 Mittelmässig: moderate, jedoch definitive Reduktion.  
 3 Stark: deutliche Reduktion der Gefühlsempfindung von mind. zwei wichtigen Emotionen; Taubheitsgefühl die ganze Zeit.  
 4 Sehr stark: totaler Mangel des emotionalen Empfindens.
- 

**P29. REIZBARKEIT/ ZORN/ WUTANFALL/ AGGRESSION**

„Ist er/sie seit dem traumatischen Ereignis reizbarer und aggressiver oder hat er/sie vermehrt Wutanfälle?“

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis ungewöhnlich reizbar war, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: „Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit**Wie häufig fühlte sie/er so im letzten Monat?**

- 0 Nie  
 1 Kaum, ein oder zwei Mal  
 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität**Wie wütend wurde sie/er im letzten Monat?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig  
 2 Mittelmässig: definitive Reizbarkeit; einige Unterbrechungen der Aktivitäten.  
 3 Stark: beträchtliche Reizbarkeit; deutliche Unterbrechung der Aktivitäten.  
 4 Sehr stark: extremer allgegenwärtiger Ärger; unfähig, mit den Aktivitäten fortzufahren.
- 

**P30. HYPERVIGILANZ**

„Ist Ihr Kind „wachsamer“ in Bezug auf schlimme Dinge, die passieren könnten? Hält es zum Beispiel nach Gefahren Ausschau?“

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis wachsamer war, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: „Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit**Wie häufig fühlte sie/er sich im letzten Monat so?**

- 0 Nie  
 1 Kaum (weniger als 10%)  
 2 Manchmal (20- 30%)  
 3 Häufig (50-60%)  
 4 Meistens (mehr als 80%)

Intensität

**Wie stark war sie/er im letzten Monat alarmbereit dafür, dass etwas Schlimmes passieren könnte?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: minimale Hypervigilanz.  
 2 Mittelmässig: moderate Hypervigilanz; ist an öffentlichen Orten aufmerksam (z.B. sitzt nicht in der Nähe von Fenstern).  
 3 Stark: deutliche Hypervigilanz; sucht das Umfeld auf Gefahren ab; übertriebene Sorge um die eigene Sicherheit, die der Familie und die des Zuhauses.  
 4 Sehr stark: exzessive Hypervigilanz; Sicherheitsbemühungen sind zeit-/energieintensiv und können beträchtliches Prüfverhalten beinhalten; alarmbereites Verhalten während des Interviews.

**P31. ÜBERTRIEBENE SCHRECKREAKTION**

*“Erschrickt Ihr Kind leichter als vor dem traumatischen Ereignis? Zuckt es zum Beispiel bei einem Geräusch oder wenn sich jemand anschleicht zusammen oder erschrickt heftig – und zwar mehr als andere Kinder in seinem Alter?”*

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis schreckhaft war, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit**Wie häufig fühlte sie/er sich so im letzten Monat?**

- 0 Nie  
 1 Kaum, ein oder zwei Mal  
 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität**Wie schreckhaft war sie/er im letzten Monat? Wie lange dauerte es, bis sie/er sich nach dem Schreck wieder gut fühlte?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig schreckhafter.  
 2 Mittelmässig: moderat schreckhafte Reaktionen.  
 3 Stark: deutlich schreckhafte Reaktionen; anhaltende Erregung nach der Initialreaktion.  
 4 Sehr stark: exzessiv schreckhafte Reaktion; offen gezeigte Bewältigungsstrategien wie ducken oder verstecken.

**P32. VERRINGERTE KONZENTRATION**

*“Hat X seit dem traumatischen Ereignis mehr Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?”*

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Hatte sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, diese wurden jedoch seither schlimmer?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit**Wie häufig war es für sie/ihn im letzten Monat schwieriger, sich zu konzentrieren?**

- 0 Nie  
 1 Kaum (weniger als 10%)  
 2 Manchmal (20- 30%)

- 3 Häufig (50-60%)  
4 Meistens (mehr als 80%)

Intensität

**Wie schwer war es für sie/ihn, konzentriert zu sein im letzten Monat? Macht die Unaufmerksamkeit Probleme?**

- 0 Gar nicht  
1 Ein wenig: geringe Bemühungen nötig, um konzentriert zu sein; kaum Unterbrechung in den Aktivitäten.  
2 Mittelmässig: moderater Verlust der Konzentration; mit Bemühungen ist Konzentration möglich; einige Unterbrechungen in den Aktivitäten.  
3 Stark: deutliche Konzentrationsprobleme trotz Bemühungen; klare Unterbrechungen der Aktivitäten; Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein.  
4 Sehr stark: unfähig sich zu konzentrieren oder an Aktivitäten teilzunehmen.

**P33. EINSCHLAFSCHWIERIGKEITEN**

*„Hat sie/er seit dem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten, einzuschlafen?“*

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Hatte sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis Probleme mit dem Einschlafen, wurden diese aber seither schlimmer?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *„Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig hatte sie/er in den letzten vier Wochen Probleme, einzuschlafen?**

- 0 Nie  
1 Kaum, ein oder zwei Mal  
2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
4 Meistens, (fast) täglich

**P34. NÄCHTLICHES WACHLIEGEN**

*„Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten, die Nacht durchzuschlafen?“*

WENN DAS KIND AUFGRUND VON ALPTRÄUMEN AUFWACHT, KODIEREN SIE ALPTRÄUME, NICHT NÄCHTLICHES WACHLIEGEN.

NACHTÄNGSTE ZÄHLEN NICHT ALS NÄCHTLICHES WACHLIEGEN.

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Hatte sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis Probleme, nachts durchzuschlafen, wurden diese jedoch seither schlimmer?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *„Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit

**Wie häufig hatte sie/er im letzten Monat Probleme nachts durchzuschlafen?**

- 0 Nie  
1 Kaum, ein oder zwei Mal  
2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
4 Meistens, (fast) täglich

Intensität

**Wie schlimm waren die Schlafprobleme im letzten Monat (P33 & 34)?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: brauchte länger, um einzuschlafen; oder wachte in der Nacht ein Mal auf (bis zu 30 Min. Schlafverlust).
- 2 Mittelmässig: moderate Schlafstörung; braucht lange, um einzuschlafen; Schwierigkeiten beim Durchschlafen (30- 90 Min. Schlafverlust).
- 3 Stark: braucht deutlich länger, um einzuschlafen; beträchtliche Durchschlafschwierigkeiten (90 Min.- 3 Std. Schlafverlust).
- 4 Sehr stark: extreme Ein- oder Durchschlafprobleme (mehr als 3 Std. Schlafverlust).

### ASSOZIIERTE SYMPTOME

#### P35. TRENNUNGSANGST

*“Hat sie/er Trennungsangst entwickelt; das heisst, dass sie/er seit dem traumatischen Ereignis Ihnen gegenüber anhänglicher geworden ist?”*

WENN DIE ANTWORT NEIN LAUTET, DANN FRAGEN SIE:

*„Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem traumatischen Ereignis anhänglich war, dies jedoch seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig war sie/er in den letzten vier Wochen anhänglicher?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Wie intensiv war die Trennungsangst im letzten Monat?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: milde Trennungsangst; stärkeres Klammern; Widerstand, wenn jemand weggeht.
- 2 Mittelmässig: moderate Trennungsangst; deutliches Klammern; stärkerer Widerstand bei Trennung.
- 3 Stark: beträchtliche Trennungsangst; Trennungen zeitintensiv, da viel Widerstand.
- 4 Sehr stark: extreme Trennungsangst; Trennungen fast unmöglich, da enormer Widerstand.

#### P36. NACHTÄNGSTE

*“Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis nächtliche Ängste entwickelt oder sind sie schlimmer geworden? Nächtliche Ängste sind von Alpträumen zu unterscheiden: bei nächtlichen Ängsten schreit ein Kind üblicherweise im Schlaf, es wacht aber nicht auf und erinnert sich am nächsten Tag nicht daran.“*

Falls unklar, nach Beispiel fragen.

SIE KOMMEN GEWÖHNLICH WÄHREND DER ERSTEN 60 MINUTEN SCHLAF VOR.

ALPTRÄUME KOMMEN ÜBLICHERWEISE NACH DEN ERSTEN 90 MINUTEN SCHLAF VOR.

Wenn ja, fragen Sie: *“Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“*

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig hatte sie/er solche Träume im letzten Monat?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche

- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität**Wie stark verursachten diese Nachtängste im letzten Monat Probleme?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: mildes Leiden, minimaler Unterbruch der Aktivität; etwas belastet.  
 2 Mittelmässig: moderates Leiden; einige Unterbrechungen der Aktivität.  
 3 Stark: beträchtliches Leiden; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.  
 4 Sehr stark: extremes Leiden; die Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

**P37. RÜCKGANG VON ENTWICKLUNGSFERTIGKEITEN**

„Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis Fertigkeiten verloren, die es zuvor schon hatte?“

KODIEREN SIE 1 NUR, WENN DAS KIND DIE FERTIGKEIT HATTE UND NUN, NACH DEM  
 „LEBENSEREIGNIS“, NICHT MEHR DAS GLEICHE FERTIGKEITSNIVEAU BESITZT.

„Wie ist es mit dem zur Toilette gehen? Einnässen?“ 0 1

„Sprachfertigkeiten verloren? Wieder wie ein Baby sprechen? Kann das ABC nicht mehr aufsagen?“ 0 1

„Rückschritte in der motorischen Geschicklichkeit, wie Knöpfe oder Reissverschlüsse öffnen und  
 schliessen?“ 0 1

„Weiteres, über das ich nicht gefragt habe?“

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Wenn ja, fragen Sie: „Kam dies in den letzten vier Wochen vor?“

Datum des ersten Auftretens

Häufigkeit**Wie häufig verhielt sie/er sich im letzten Monat so, wie sie/er im jüngeren Alter war oder wie es jüngere Kinder tun würden?**

- 0 Nie  
 1 Kaum, ein oder zwei Mal  
 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche  
 3 Häufig, mehrere Male pro Woche  
 4 Meistens, (fast) täglich

Intensität**Wie problematisch war dieser Rückgang von Fertigkeiten im letzten Monat?**

- 0 Gar nicht  
 1 Ein wenig: mildes Leiden, minimaler Unterbruch der Aktivität; etwas belastet.  
 2 Mittelmässig: moderates Leiden; einige Unterbrechungen der Aktivität.  
 3 Stark: beträchtliches Leiden; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.  
 4 Sehr stark: extremes Leiden; die Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

**P38. NEUE ÄNGSTE, NICHT OFFENSICHTICH MIT DEM UNFALL VERBUNDEN**

„Hat er/sie seit dem traumatischen Ereignis neue Ängste vor Dingen entwickelt, die nicht mit dem Ereignis verbunden scheinen?“

„Wie ist es mit allein ins Badezimmer gehen?“ 0 1

„Jetzt Angst im Dunkeln?“ 0 1

„Anderes?“ Beschreiben: \_\_\_\_\_ 0 1

Wenn nein, fragen Sie: "Würden Sie sagen, dass sie/er schon vor dem Trauma einige dieser Ängste hatte, dies aber seitdem wesentlich schlimmer geworden ist?"

WENN JA, NACH BEISPIELEN FRAGEN, UM ZU ZEIGEN, DASS ES NICHT MIT DEM TRAUMA VERBUNDEN IST.

Wenn ja, fragen Sie: "Kam dies in den letzten vier Wochen vor?"

Datum des ersten Auftretens

#### Häufigkeit

**Wie häufig hatte sie/er im letzten Monat Angst vor Dingen, die nicht mit dem Ereignis verbunden sind ?**

- 0 Nie
- 1 Kaum, ein oder zwei Mal
- 2 Manchmal, ein oder zwei Mal pro Woche
- 3 Häufig, mehrere Male pro Woche
- 4 Meistens, (fast) täglich

#### Intensität

**Waren diese Ängste im letzten Monat schlimm?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: mildes Leiden, minimaler Unterbruch der Aktivität; etwas belastet.
- 2 Mittelmässig: moderates Leiden; einige Unterbrechungen der Aktivität.
- 3 Stark: beträchtliches Leiden; deutliche Unterbrechungen der Aktivität.
- 4 Sehr stark: extremes Leiden; die Aktivität konnte nicht weiter ausgeführt werden.

WENN KEINE PTBS ITEMS VORHANDEN, DANN WECHSELN SIE ZUR MAJOR DEPRESSION.

### BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEEINTRÄCHTIGUNG

BETRACHTEN SIE DIE LISTE DER PTBS SYMPTOME UND FRAGEN SIE NACH DEN SYMPTOMEN ALS GRUPPE FÜR JEDE ART BEEINTRÄCHTIGUNG.

#### ERKLÄRENDE EINLEITUNG:

*"Nun werden wir die Symptome, über die wir gesprochen haben, zusammenfassen und feststellen, ob sie Beeinträchtigungen im Leben (des Kindes) bewirken. Beeinträchtigung bedeutet, dass ein Symptom in das Leben einer Person störend eingreift; es steht dem Tun von Dingen, die durchschnittliche Menschen fähig sind zu tun, „im Weg“. Es beeinträchtigt die Fähigkeit einer Person, normal zu funktionieren."*

#### P39. ELTERLICHE BEZIEHUNGEN

Ein Kind sollte dazu fähig sein, Beziehungen zu seinen Eltern aufrecht zu erhalten, die relativ harmonisch sind und eine positive und unterstützende Kommunikation umfassen.

Eine Veränderung der Beziehungen, zeitlich verbunden mit anderer Symptomatik, muss als Beeinträchtigung bewertet werden.

*"Beeinträchtigen die (Symptome) in wesentlicher Weise, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt oder beeinflussen sie in negativer Weise Ihre Beziehung zum Kind oder führen sie dazu, dass Sie sich belastet oder verärgert fühlen?"*

*„Stören die (Symptome) Ihre Beziehung zu ihr/ihm mehr, als in einer üblichen Eltern-Kind-Beziehung?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Datum des ersten Auftretens

**Wie viel schwerer war es für sie/ihn im letzten Monat, mit ihren/seinen Eltern auszukommen?**

- 0 Gar nicht

- 1 Ein wenig: geringer Einfluss auf die Beziehung.
- 2 Mittelmässig: moderater Einfluss auf die Beziehung.
- 3 Stark: deutliche Beeinträchtigung; wenige Aspekte der Beziehung noch intakt.
- 4 Sehr stark: enormer Einfluss auf die Beziehung.

**NACHGEBEN: „Geben Sie nach, damit sie/er weniger Konflikte mit Ihnen hat?“**

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum (weniger als 50% der Zeit)
- 2 Mehrheitlich (50%)
- 3 Häufig (mehr als 50% der Zeit)
- 4 Fast immer

**P40. BEZIEHUNG ZU GESCHWISTERN**

Ein Kind sollte dazu fähig sein, in angemessener Harmonie mit Geschwistern zu leben. Einige Streits und Kämpfe sind zu erwarten, aber harmonische Konversation und Interaktion sollten überwiegen. Sie sollten nicht in ständigem eifersüchtigem Wettstreit um Aufmerksamkeit oder elterliche Zeit sein. Eine Veränderung der Beziehungen, zeitlich verbunden mit anderer Symptomatik, sollte für gewöhnlich erwartet werden, um die Unfähigkeit zu bewerten.“

*„Beeinflussen diese (Symptome) in negativer Weise den Umgang mit seinen Brüdern oder Schwestern, oder belasten und verärgern sie die Geschwister.“*

*„Stören diese (Symptome) die Beziehung zu ihren/seinen Geschwistern in einer unüblichen Weise?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Datum des ersten Auftretens

**Wie viel schwieriger war es für sie/ihn im letzten Monat, aufgrund der PTBS Symptomen, mit ihren/seinen Geschwistern auszukommen?**

- 0 gar nicht
- 1 Ein wenig: kleiner Einfluss auf die Beziehung.
- 2 Mittelmässig: moderater Einfluss auf die Beziehung.
- 3 Stark: deutliche Beeinträchtigung; wenige Aspekte der Beziehung sind noch intakt.
- 4 Sehr stark: Einfluss auf die Beziehung ist enorm.

**NACHGEBEN: „Geben Sie nach, damit sie/er weniger Konflikte mit Geschwistern hat?“**

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum (weniger als 50% der Zeit)
- 2 Mehrheitlich (50%)
- 3 Häufig (mehr als 50% der Zeit)
- 4 Fast immer

**P41. BEZIEHUNG ZU BETREUUNGSPERSONEN IN DER KITA ODER KRIPPE**

Eine Verschlechterung der Beziehung eines Kindes zu seinen Betreuungspersonen in der Krippe oder KITA wird als Beeinträchtigung angesehen. Der Bedarf, vermehrt disziplinarisches Verhalten einzusetzen, oder der soziale Rückzug von den BetreuerInnen, zu denen das Kind zuvor gute Beziehungen hatte, sind Belege für Störungen an dieser Stelle. Beziehen Sie alle nicht elterlichen BetreuerInnen mit ein (z.B. Kindermädchen).

*„Gibt es Berichte von der Kinderkrippe, Spielgruppe oder KITA, dass ihr/sein Verhalten Probleme verursacht?“*

*„Stören diese (Symptome) die Beziehung zur Betreuungsperson oder in der Kindergruppe mehr als üblich?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Datum des ersten Auftretens

**Haben die Symptome das Auskommen mit ihren/seinen BetreuerInnen im letzten Monat schwieriger gemacht?**

- 0 Gar nicht

- 1 Ein wenig: kleiner Einfluss auf die Beziehung.
- 2 Mittelmässig: moderater Einfluss auf die Beziehung.
- 3 Stark: deutliche Beeinträchtigung; wenige Aspekte der Beziehung noch intakt.
- 4 Sehr stark: enormer Einfluss auf die Beziehung.

#### P42. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTRIGEN

Kinder sollten dazu fähig sein, gegenseitig interessierte Beziehungen zu bilden und Aktivitäten zusammen zu unternehmen (Reden und Spielen sind Aktivitäten in diesem Setting). Der Verlust von Freunden oder der Rückzug von Aktivitäten mit Gleichaltrigen deutet eine Beeinträchtigung in diesem Bereich an.

*„Beeinflussen diese Symptome in negativer Weise, wie ihr Kind mit seinen Freunden auskommt – in der KITA oder in der Nachbarschaft?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Datum des ersten Auftretens

#### Haben die Symptome es im letzten Monat schwieriger für sie/ihn gemacht, mit Gleichaltrigen auszukommen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: kleiner Einfluss auf die Beziehung.
- 2 Mittelmässig: moderater Einfluss auf die Beziehung.
- 3 Stark: deutliche Beeinträchtigung; wenige Aspekte der Beziehung noch intakt.
- 4 Sehr stark: enormer Einfluss auf die Beziehung.

**NACHGEBEN:** *„Geben Sie nach, damit sie/er weniger Konflikte mit Ihnen hat?“*

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum (weniger als 50% der Zeit)
- 2 Mehrheitlich (50%)
- 3 Häufig (mehr als 50% der Zeit)
- 4 Fast immer

#### P43. FÄHIGKEIT, AUSSERHALB VON ZUHAUSE ODER DER TAGESSTÄTTE/SCHULE ANGEMESSEN ZU HANDELN

Das Kind kann an Orte ausserhalb von Zuhause gehen (z.B. Supermarkt, Restaurant, Kirche/Synagoge/Moschee) und sich altersangemessen verhalten.

*„Machen es Ihnen diese Symptome schwerer, Ihr Kind an öffentliche Orte mitzunehmen? Ist es schwerer mit Ihrem Kind einkaufen zu gehen oder in ein Restaurant?“*

WENN JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.

Datum des ersten Auftretens

#### Haben die Symptome ihr/ihm es im letzten Monat schwerer gemacht, raus zu gehen?

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: geringer Einfluss auf das Verhalten in der Öffentlichkeit.
- 2 Mittelmässig: moderater Einfluss auf das Verhalten in der Öffentlichkeit; viele soziale Funktionen noch intakt.
- 3 Stark: deutliche Beeinträchtigung des Verhaltens in der Öffentlichkeit; wenige Aspekte des sozialen Funktionierens noch intakt.
- 4 Sehr stark: enormer Einfluss auf das Verhalten in der Öffentlichkeit; soziale Funktionsfähigkeit kaum noch vorhanden.

**NACHGEBEN:** *„Geben Sie nach, damit sie/er weniger Konflikte mit Ihnen hat?“*

- 0 Gar nicht



- 1 Kaum (weniger als 50% der Zeit)
- 2 Mehrheitlich (50%)
- 3 Häufig (mehr als 50% der Zeit)
- 4 Fast immer

#### P44. MESSUNG DES LEIDENS DES KINDES

Das Kind ist emotional aufgrund eines oder mehrerer Symptome belastet. Diese Belastung kann Teil des Symptoms sein, wie die Belastung bei Erinnerungen oder Alpträumen, oder sie kann sekundär sein, z.B. wenn das Kind leidet, weil sie/er Schwierigkeiten hat, sich zu konzentrieren.

*"Denken Sie, dass diese Symptome bewirken, dass Ihr Kind leidet? Fühlt es sich schlecht, weint es oder wirkt sehr beunruhigt?"*

Falls ja, fragen Sie: *"Nun brauche ich eine Einschätzung von Ihnen. Würden Sie sagen, dass dies häufig so ist?"*

Datum des ersten Auftretens

**Wie stark wurde sie/er im letzten Monat von Gedanken oder Gefühlen geplagt, welche aufgrund der Symptome auftraten?**

- 0 Gar nicht
- 1 Ein wenig: minimales Leiden.
- 2 Mittelmässig: Leiden vorhanden, jedoch handhabbar.
- 3 Stark: beträchtliches Leiden.
- 4 Sehr stark: Leiden macht sie/ihn handlungsunfähig.

#### P45. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEME WAHRGENOMMEN WERDEN

*"Betrachten Sie diese (Symptome) als Problem bzw. als etwas, das man ändern müsste?"*

0 1

#### P46. WAHRGEOMMENES BEHANDLUNGSBEDÜRFNIS

*"Glauben Sie, dass diese (Symptome) Behandlung brauchen? Das heisst, dass sie wahrscheinlich nicht von selbst verschwinden werden und Ihrer Meinung nach professionelle Behandlung benötigen?"*

0 1

(Autor: Michael Scheeringa, MD, MPH, Tulane University, mscheer@tulane.edu)