

Liebe Ratsuchende, lieber Ratsuchender,

diese Checkliste hilft Ihnen dabei, einen ersten Hinweis zu erhalten, ob Sie unter einer posttraumatischen Störung leiden.

Sie lehnt sich an die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV) und dem Essener Trauma-Inventar (ETI 2004) an.

Waren Sie einem sehr belastenden Ereignis ausgesetzt und leiden seither unter den unten genannten Beschwerden (ein Krankheitszeichen pro Kategorien ist ausreichend), kann eine posttraumatische Störung vermutet werden und sollte genauer untersucht werden.

Belastendes Ereignis: Manchmal passieren sehr belastende Ereignisse, wie z. B. Lebensbedrohung, schwere Unfälle, Verletzungen oder Krankheiten, Katastrophen oder gewaltsame Erlebnisse. Haben Sie selbst oder als Zeuge irgendeines der nachfolgenden Ereignisse erlebt?

1. Schwerer Unfall (z. B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug-, Schiffsunglück)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
2. Schwere Krankheit (z. B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, schwere Operationen)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
3. Gewalttätiger Angriff (z. B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit Schusswaffe bedroht)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
4. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z. B. durch Unfall, Suizid, Mord)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
5. Als Kind/Jugendlicher oder als Erwachsener sexueller Missbrauch durch fremde Personen oder von Personen aus dem Familien-, Bekanntenkreis (z. B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
6. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z. B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern erfahren)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein
7. Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überflutungen)?
 Ja (selbst oder als Zeuge) Nein

8. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebieten, Gefangenschaft (z. B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel), Folter (z. B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschock, Erstickungsversuche)?

Ja (selbst oder als Zeuge) Nein

9. Anderes belastendes Ereignis?

Ja Nein

Welches:

Beschwerden: Manchmal entwickeln Menschen nach sehr belastenden Ereignissen eine Reihe von Beschwerden. Haben Sie im letzten Monat (d. h. in den letzten vier Wochen einschließlich heute) nachfolgende Beschwerden bei sich beobachten können?

Kategorie A, "Wiedererleben"

1. Hat das Ereignis belastende Gedanken oder Erinnerungen in Ihnen hervorgerufen, die ungewollt auftraten, obwohl Sie nicht daran denken wollten?

Ja Nein

2. Hatten Sie Alpträume über das Geschehene?

Ja Nein

3. Hatten Sie das Gefühl, das Ereignis plötzlich noch einmal zu durchleben?

Ja Nein

4. Belastete es Sie, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (fühlten Sie sich z. B. traurig, wütend, hilflos, beschämt)?

Ja Nein

5. Hatten Sie körperliche Reaktionen, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (z. B. Zittern, Schweißausbrüche, Herzrasen, Atemnot, Bauchschmerzen, Schwindel)?

Ja Nein

Kategorie B, "Vermeidung, emotionale Abflachung"

1. Haben Sie versucht, nicht an das Geschehene zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?

Ja Nein

2. Haben Sie versucht, Situationen zu vermeiden, die Sie an das Erlebnis erinnern (z. B. Aktivitäten, Menschen, Orte)?

Ja Nein

3. Konnten Sie sich an wichtige Bestandteile des Geschehenen nicht erinnern?
- Ja Nein
4. Haben Sie starkes Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Erlebnis wichtig für Sie waren?
- Ja Nein
5. Erschien Ihnen das Erlebte unwirklich, so als ob Sie in einem Traum seien oder einen Film oder ein Theaterstück sehen?
- Ja Nein
6. War Ihr Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?
- Ja Nein
7. Fühlten Sie sich desorientiert? Gab es Momente, in denen Sie sich unsicher waren, wo Sie sich befinden und welche Zeit es gerade war?
- Ja Nein
8. Fühlten Sie sich entfremdet oder isoliert?
- Ja Nein
9. Hatten Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper nicht zu Ihnen zu gehören scheint oder erlebten Sie gelegentlich, dass Sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen?
- Ja Nein
10. Hatten Sie das Gefühl von emotionaler Taubheit (z. B. nicht weinen können oder sich nicht mehr freuen können)?
- Ja Nein
11. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie eine Familie gründen werden, weniger Glück im Leben oder Beruf haben werden)?
- Ja Nein

Kategorie C: "Übererregung"

1. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?
- Ja Nein
2. Hatten Sie Wutausbrüche oder waren Sie häufiger gereizt?
- Ja Nein

3. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. vergessen, was Sie gerade tun wollten, vergessen, was Sie gerade gelesen, oder im Fernsehen gesehen haben)?

Ja

Nein

4. Waren Sie übermäßig wachsam (z. B. Leute überprüfen, die Ihnen gerade begegnet waren, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe zu holen)?

Ja

Nein

5. Waren Sie leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z. B. durch laute Geräusche)?

Ja

Nein

Die Diagnose einer posttraumatischen Störung kann nur von Fachleuten gesichert werden. Scheuen Sie sich also nicht, einen Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Psychiater bzw. Psychologischen Psychotherapeuten aufzusuchen, um Ihre Beschwerden zu schildern. Eine posttraumatische Störung ist heil- und behandelbar. Sie zu erkennen ist der erste wichtige Schritt in Richtung Genesung.

Vgl. auch Essener Trauma-Inventar, 2004