

# Checkliste:

Leide ich unter Trauma-Folgen nach einem Schockereignis?

|  | Ja | Weiss nicht | Nein |
|--|----|-------------|------|
| 1. Hast Du ein aussergewöhnliches, bedrohliches Ereignis erlebt, welches in Dir das Gefühl von Ohnmacht und Todesangst hervorrief?           |    |             |      |
| 2. Sind die Symptome, an welchen Du jetzt leidest, innerhalb von 3 Monaten nach diesem Ereignis aufgetreten?                                 |    |             |      |
| 3. Drängen sich Erinnerungen an das Ereignis immer wieder auf, ohne dass Du diese kontrollieren kannst?                                      |    |             |      |
| 4. Fühlen sich die Erinnerungen sehr real an, als würde es jetzt gerade wieder passieren?  |    |             |      |
| 5. Kommen bei der Erinnerung wiederum die Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auf?  |    |             |      |
| 6. Leidest Du unter Schlafstörungen, seit dieses Ereignis eingetreten ist?   |    |             |      |
| 7. Hast Du Albträume, in denen Du das Ereignis oder einen Teil davon durchlebst?   |    |             |      |
| 8. Leidest Du seitdem unter Anspannung (körperlich oder psychisch)?  |    |             |      |
| 9. Spürst Du seitdem körperlichen Schmerzen, welche Du vorher nicht kanntest?  |    |             |      |
| 10. Machst Du Dir Vorwürfe, hast ein schlechtes Gewissen und fühlst Dich schuldig?   |    |             |      |
| 11. Bist Du seitdem schreckhafter geworden?  |    |             |      |
| 12. Fühlst Du Dich gereizter als vorher?   |    |             |      |
| 13. Ziehst du Dich vermehrt von anderen Menschen zurück?   |    |             |      |
| 14. Gibt es Bilder, Geräusche, Personen oder Situationen, die zum Wiedererleben des Ereignisses führen, ohne dass Du dies verhindern kannst? |    |             |      |
| 15. Hast Du Erinnerungslücken an das damalige Ereignis?  |    |             |      |
| 16. Versuchst Du Situationen zu verhindern, um nicht daran erinnert zu werden?   |    |             |      |
| 17. Versuchst Du Situationen zu verhindern, aus Angst, es könnte wieder etwas Schlimmes passieren?   |    |             |      |
| 18. Hast Du das Gefühl, die Kontrolle über Dein Leben verloren zu haben?   |    |             |      |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 19. Fühlst Du Dich in gedrückter Stimmung?   |  |  |  |
| 20. Bist Du impulsiv und kannst Dir nicht erklären weshalb?                                  |  |  |  |
| 21. Musst Du Dich ablenken, bist Du übermässig aktiv und kommst nicht zur Ruhe?              |  |  |  |
| 22. Oder bist Du blockiert und kommst nicht in die Handlung?                                 |  |  |  |
| 23. Droht Dein Alltag auseinanderzufallen, da Dir die Struktur, Motivation und Kraft fehlen? |  |  |  |
| 24. Nimmst Du seitdem Medikamente, Alkohol oder Drogen ein, um Deinen Zustand auszuhalten?   |  |  |  |
| 25. Hast Du schon fachliche Unterstützung in Anspruch genommen, jedoch ohne Erfolg?          |  |  |  |