

Traumatic Experiences Checklist (TEC)

Menschen können im Laufe ihres Lebens verschiedenste traumatische Erfahrungen machen. Wir möchten gern drei Dinge von Ihnen wissen: 1) ob Sie jemals eine der folgenden 29 Situationen erlebt haben, 2) wie alt Sie in dieser Situation waren und 3) wie sehr dieses Erlebnis Sie beeinflusst hat.

- a) In der ersten Spalte („*Haben Sie das erlebt?*“) geben Sie bitte durch Einkreisen von *ja* oder *nein* an, ob Sie die betreffende Situation erlebt haben.
- b) Wenn Sie die beschriebene Situation erlebt haben, geben Sie in der zweiten Spalte („*Alter*“) bitte Ihr Alter zum Zeitpunkt der Situation an.

Falls die Situation häufiger vorgekommen ist, geben Sie bitte Ihr Alter zu allen Zeitpunkten an, zu denen Sie die Situation erlebt haben.

Falls Sie die Situation über Jahre erlebt haben (etwa von 7 bis 12 Jahren), nennen Sie bitte diesen Zeitraum (z. B. „von 7 – 12 Jahren“).

- c) In der letzten Spalte („*Wie stark hat dieses Erlebnis Sie beeinflusst?*“) geben Sie bitte durch Einkreisen einer Zahl zwischen 1 und 5 den Einfluss des Erlebten auf Sie an.

- 1 = **kein** Einfluss
- 2 = **wenig** Einfluss
- 3 = **mässiger** Einfluss
- 4 = **starker** Einfluss
- 5 = **sehr starker** Einfluss

Beispiel:

	<i>Haben Sie das erlebt?</i>		<i>Alter</i>	<i>Wie stark hat dieses Erlebnis Sie beeinflusst?</i>				
	<i>nein</i>	<i>ja</i>		<i>kein Einfluss</i>	<i>wenig Einfluss</i>	<i>mässiger Einfluss</i>	<i>starker Einfluss</i>	<i>sehr starker Einfluss</i>
Sie wurden geneckt	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5

	Haben Sie das erlebt?		Alter	Wie stark hat dieses Erlebnis Sie beeinflusst?				
	<i>nein</i>	<i>ja</i>		<i>kein Einfluss</i>	<i>wenig Einfluss</i>	<i>mässiger Einfluss</i>	<i>starker Einfluss</i>	<i>sehr starker Einfluss</i>
1. Als Kind für Eltern / Brüder / Schwestern sorgen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
2. Familienprobleme (Armut, alkohol- / drogen-süchtiger Elternteil oder psychiatrische Erkrankung bei Familienmitglied/ern)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
3. Tod einer wichtigen Bezugsperson (Bruder, Schwester, Eltern) in Ihrer KINDHEIT	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
4. Tod eines eigenen Kindes oder des Partners, als Sie erwachsen waren	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
5. Schwere körperliche Verletzung (z.B. Verlust eines Körperteils, Verstümmelung, Verbrennung)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
6. Lebensgefahr durch Krankheit, Operation oder Unfall	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
7. Scheidung der Eltern	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
8. Eigene Scheidung	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
9. Lebensgefahr, verursacht durch einen anderen Menschen (z.B. bei Verbrechen)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
10. Starker Schmerz (z.B. durch Verletzung oder Operation)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
11. Kriegserlebnisse (z.B. Inhaftierung, Verlust von Angehörigen, Entbehrung, Verletzung)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
12. Nachkommen von Kriegsopfern (Kriegserlebnisse von Eltern oder nahen Verwandten)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
13. Miterleben der Traumatisierung anderer Menschen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
14. Emotionale Vernachlässigung (z.B. Verlassenwerden, nicht genug Zuneigung) durch Ihre Eltern oder Geschwister	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
15. Emotionale Vernachlässigung durch entfernte Verwandte (z.B. Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Grosseltern)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5

	Haben Sie das erlebt?		Alter	Wie stark hat dieses Erlebnis Sie beeinflusst?				
	<i>nein</i>	<i>ja</i>		<i>kein Einfluss</i>	<i>wenig Einfluss</i>	<i>mässiger Einfluss</i>	<i>starker Einfluss</i>	<i>sehr starker Einfluss</i>
16. Emotionale Vernachlässigung durch Menschen ausserhalb der Familie (z.B. Nachbarn, Freunde, Stiefeltern, Lehrer)	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
17. Emotionale Gewalt (z.B. Herabsetzung, Quälen, Beschimpfung, verbale Bedrohung oder ungerechte Bestrafung) durch Ihre Eltern oder Geschwister	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
18. Emotionale Gewalt durch entferntere Verwandte	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
19. Emotionale Gewalt durch andere Menschen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
20. Körperliche Gewalt (z.B. Schlagen, Folter oder Verletzungen) durch Ihre Eltern oder Geschwister	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
21. Körperliche Gewalt durch entferntere Verwandte	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
22. Körperliche Gewalt durch andere Menschen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
23. Bizarre Bestrafungen - möglichst beschreiben:	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
24. Sexuelle Belästigung (sexuelle Handlungen, bei denen es NICHT zu Berührungen kommt) durch Ihre Eltern oder Geschwister	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
25. Sexuelle Belästigung durch entferntere Verwandte	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
26. Sexuelle Belästigung durch andere Menschen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
27. Sexuelle Gewalt (ungewollter sexueller Kontakt mit Berührung) durch Ihre Eltern oder Geschwister	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
28. Sexuelle Gewalt durch entferntere Verwandte	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5
29. Sexuelle Gewalt durch andere Menschen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	.....	1	2	3	4	5

30. Falls Sie emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt haben:
Wie viele Menschen waren daran beteiligt?

a) Emotionale Vernachlässigung (falls Sie die Fragen 14-16 mit ja beantwortet haben)

Zahl der Personen:

b) Emotionale Gewalt (falls Sie die Fragen 17-19 mit ja beantwortet haben)

Zahl der Personen:

c) Körperliche Gewalt (falls Sie die Fragen 20-22 mit ja beantwortet haben)

Zahl der Personen:

d) Sexuelle Belästigung (falls Sie die Fragen 24-26 mit ja beantwortet haben)

Zahl der Personen:

e) Sexuelle Gewalt (falls Sie die Fragen 27-29 mit ja beantwortet haben)

Zahl der Personen:

31. Beschreiben Sie bitte Ihre Beziehung zu allen Personen, die Sie in Frage 30 erwähnt haben (z. B. Vater, Bruder, Freund, Lehrer, Fremder usw.) und fügen Sie hinzu, ob die Betreffenden zum Zeitpunkt des Ereignisses mindestens 4 Jahre älter als Sie war/en. Beispielsweise schreiben Sie: „Freund (-)“, wenn dieser Freund weniger als 4 Jahre älter als Sie war, und Sie schreiben: „Onkel (+)“, wenn der Onkel mehr als 4 Jahre älter als Sie war.

a) Emotionale Vernachlässigung

b) Emotionale Gewalt

c) Körperliche Gewalt

d) Sexuelle Belästigung

e) Sexuelle Gewalt

32. Bitte beschreiben Sie ANDERE traumatische Erlebnisse, die Einfluss auf Sie gehabt haben.

.....

.....

.....

33. Falls Sie bei einer der Fragen von 1 bis 29 mit *ja* geantwortet haben, wie viel Unterstützung haben Sie dann nach dem betreffenden Erlebnis erhalten? (Bitte geben Sie die Nummer der Frage und die Stärke der Unterstützung an.)

Nummer der Frage Stärke der Unterstützung (0 = keine, 1 = ein wenig, 2 = gute)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....