

## Patientenmaterial zum Workshop

### Kognitive Verhaltenstherapie Posttraumatischer Belastungsstörungen

#### Hierarchie des Vermeidungsverhaltens

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wenn ich vermiedene Situation aufsuchen müsste, wie hoch wäre dann das Unwohlsein, die Angst?

0 = gar kein Unwohlsein

10 = großes Unwohlsein

<b>Situation</b>	<b>SUD</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____
14. _____	_____

## Hierarchie des Sicherheitsverhaltens

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wenn ich auf das Sicherheitsverhalten verzichten müsste, wie hoch wäre dann das Unwohlsein bzw. die Angst?

0 = gar kein Unwohlsein

10 = starkes Unwohlsein

<b>Situation</b>	<b>SUD</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____
14. _____	_____
15. _____	_____
16. _____	_____

## Protokoll der in-vivo-Konfrontation

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Übungssituation: \_\_\_\_\_

Instruktion: Bevor Sie die in-vivo-Konfrontation durchführen, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Was ist das Schlimmste, das in dieser Situation passieren könnte?

---

---

---

2. Wie wahrscheinlich ist das, dass dies passieren wird?

---

---

---

3. Was spricht für, was gegen die Wahrscheinlichkeit, dass dies passiert?

---

---

---

Ratings vor und nach der In-Vivo-Konfrontation

	Zeit	SUD
Vorher	_____	_____
Nachher	_____	_____

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

## Gedankentagebuch

Situation	Nichthilfreiche Gedanken oder Überzeugungen	Infragestellen negativer Gedanken & Überzeugungen	Rationale Antwort
a) Aktuelles Ereignis, das unangenehme Gefühle auslöst. b) Gedanken oder Erinnerungen, die unangenehme Gefühle auslösen	c) automatische Gedanken oder Überzeugungen, die den Gefühlen voraus gingen d) Überzeugung, dass der automatische Gedanke stimmt (0-10)	Stellen Sie selbst Fragen, die jeden automatischen Gedanken /Überzeugung in Frage stellen. Z.B. Beweise für/gegen automatischen Gedanken sammeln.	a) Aufschreiben der rationalen Antwort auf automatische Gedanken und Überzeugungen b) Überzeugung, dass die rationale Antwort stimmt ( 0-10)
		Beweise für:	
Gefühle a) Umkringeln Sie die Gefühle, die sie verspürten b) Bewerten Sie die Intensität jedes Gefühls		Beweise dagegen:	
Intensität (0-10)			
Angst/Furcht	_____		
Traurigkeit	_____		
Arger	_____		
Schuld	_____		
Scham	_____		

## Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

(Foa 1995, dt. Übersetzung Ehlers, Steil & Winter)

### Teil 1

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

	Ja	Nein
1. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	( )	
2. Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)	( )	
3. Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	( )	
4. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	( )	
5. Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	( )	
6. Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	( )	
7. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet	( )	
8. Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)	( )	
9. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geissel)	( )	
10. Folter	( )	
11. Lebensbedrohliche Krankheit	( )	
12. Anderes traumatisches Ereignis (Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis): _____	( )	

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet: \_\_\_\_\_.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten **für dieses schlimmste Erlebnis** (wenn Sie nur für ein Ereignis JA angekreuzt haben, ist mit "schlimmstes Erlebnis" dieses Ereignis gemeint). Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.

**Teil 2**

**Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis?**

(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

Vor weniger als einem Monat

Vor 1 bis 3 Monaten

Vor 3 bis 6 Monaten

Vor 6 Monaten bis 3 Jahren

Vor drei bis 5 Jahren

Vor mehr als 5 Jahren

**Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:**

Während des schlimmsten Erlebnisses ...

	JA	NEIN
1. ... wurden Sie körperlich verletzt?		
2. ... wurde jemand anders körperlich verletzt?		
3. ... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war?		
4. ... dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?		
5. ... fühlten Sie sich hilflos?		
6. ... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen?		

# PDS

## Teil 3

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie **im letzten Monat** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschliesslich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr Erlebnis beziehen, wegen dem Sie behandelt werden möchten.

Dabei bedeutet

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener / manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche / die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche / fast immer

	0	1	2	3
1. Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?				
2. Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?				
3. War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?				
4. Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?				
5. Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweissausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden?				
6. Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?				
7. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?				
8. Konnten/können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?				
9. Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?				
10. Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?				
11. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?				
12. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)?				
13. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?				
14. Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?				
15. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?				
16. Waren Sie übermässig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?				
17. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?				

## PDS

### Wie lange haben Sie schon die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben?

(Bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- weniger als einen Monat
- ein bis drei Monate
- über drei Monate

### Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?

(Bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- innerhalb der ersten sechs Monate
- nach sechs Monaten oder später

## Teil 4

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie **im letzten Monat** in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

	JA	NEIN
Arbeit		
Hausarbeit und Haushaltspflichten		
Beziehungen zu Freunden		
Unterhaltung und Freizeitaktivitäten		
(Hoch) Schule oder Ausbildung		
Beziehungen zu Familienmitgliedern		
Erotik		
Allgemeine Lebenszufriedenheit		
Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen		

## Auswertung

The **PDS** requires 5 minutes to score by hand. A diagnosis of **PTSD** is only made if all the six **DSM-IV** criteria are endorsed. If one or more of the criteria is not met a diagnosis of **PTSD** is not made. When a particular criterion cannot be assessed because the client omitted too many items, the criterion is considered incomplete and this precludes a diagnosis of **PTSD**. The Symptom Severity Score ranges from 0 to 51 which is obtained by adding up the response weights of the individual's responses to items 22 to 38. Each item enquires on how often a particular **PTSD** symptom has bothered the subject in the past month. The weights are as listed below:

- 0 = not at all or only one time
- 1 = once a week or less/once in a while
- 2 = 2 to 4 times a week/ half the time
- 3 = 5 or more times a week/ almost always

The cut-offs for the symptoms severity rating categories are listed below:

- ≤ 10 mild
- ≥ 11 and ≤ 20 moderate
- ≥ 21 and ≤ 35 moderate to severe
- ≥ 36 severe

The number of symptoms endorsed can range from 0 to 17. This is obtained by counting the number of symptoms the respondent endorsed with a response other than 0 for items 22 to 38.

**Referenz:** Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451.



## PTSS-10

(dt. Version: Maercker, 1999)

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Problemen, die bei Personen vorkommen können, die ein schwer belastendes Erlebnis durchgemacht haben. Bitte lesen Sie sich die Fragen sorgfältig durch und geben Sie jeweils an, wie Sie sehr sie in den letzten sieben Tagen (einschließlich heute) durch diese Probleme beeinträchtigt wurden.

	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Selten</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Oft</b>
Schlafstörungen				
Alpträume über die Ereignisse				
gedrückte Stimmung				
Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzlich Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme				
das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen				
Gereiztheit (ich werde schnell gereizt oder ärgere mich)				
Stimmungsschwankungen				
schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe Schuldgefühle				
Angst, wenn ich dem Ort nahe komme, an dem meine Erlebnisse stattfanden oder mich etwas daran erinnert				
körperliche Anspannung (Muskelverspannungen)				

### **Auswertung**

Die Itemwerte werden folgendermaßen codiert:

überhaupt nicht = 0

selten = 1

manchmal = 2

oft = 3

Der Testwert des PTSS-10 entsteht durch die Summation der Itemwerte.

*Verdachtsdiagnose auf PTB* (nach Stoll et al., 1999): PTSS-10-Testwert > 12,5