



Dr. Maggie Schauer

Die einfachste Psychotherapie der Welt

Gelesen von Julian Mehne, Inka Löwendorf
und Timo Weisschnur



INHALT

1 Trauma, Trigger und Tabu

2–25 Die schwelende Pandemie – unerkant und geleugnet

Ganz normale Leben: Begegnungen mit Trauma

Was macht Trauma so schädlich für Individuen und Gesellschaften?

Warum es uns so schwerfällt, Traumata hinter uns zu lassen

Das Problem der Vermeidung

26–42 Belastende Erfahrungen in der Kindheit

NARRATION: Ella erzählt vom Missbrauch in ihrer Kindheit

Eine wegweisende Studie

Vernachlässigung

NARRATION: Schmutzig, peinlich, traurig. Jani erzählt

Frühes Trauma und spätere Krankheit

43–71 Eine kurze Geschichte der Behandlung von traumabedingtem Leid
und die Entwicklung der Narrativen Expositionstherapie

Die Biologie des Überlebens

NARRATION: Das Erdbeben. Marco, 9 Jahre alt, erzählt

Angst messbar machen

NARRATION: Der freie Fall. Thomas erzählt

Von der befürchteten Konfrontation zur ersehnten Exposition

Aus dem Trauma heraustreten durch Narration und Zeugenschaft

Humanitäre Notlage – Feuerprobe für die Entwicklung einer robusten Narrativen Expositionstherapie

Aferditas Ohnmachtsanfälle

Vom Lager zurück in die Forschung

72–112 Narration – erzählte Biografie

Der Mensch als Erzähler und Zuhörer – Fühlungnahme mit dem eigenen Selbst

Spiegelungen der Kindheit oder warum es Sinn macht, noch einmal ganz von vorn zu beginnen

Wie wird die Narrative Expositionstherapie (NET) durchgeführt?

Schritt 1: Ereignis-Checklisten und Psychoedukation

Schritt 2: Die »Lifeline« (Lebenslinie)

Schritt 3: Narrative Exposition

Das Rad der Erzählung für unsere Lebensgeschichten

NARRATION: Tödlicher Bergunfall am Mont Blanc. Erik erzählt

Die Conditio humana des Sich-selbst-Bewusstseins oder warum das Vorlesen von Lebensgeschichten die Kindheit heilt

Wirksamkeit und Erfolge der Narrativen Expositionstherapie

NARRATION: Auf der Flucht. Agnes erzählt

113–129 Spezialformen der Narrativen Expositionstherapie

KIDNET für Kinder und Jugendliche

NARRATION: Nell bekommt ihre Erinnerung vorgelesen

ELderNET: Die Vergangenheit als Ressource

NARRATION: Die Flucht. Katharina erzählt

FORNET: Die Narrative Expositionstherapie in der Täter-Rehabilitation

Reaktive und appetitive Gewalt

NARRATION: Das erste Mal töten: Jack erzählt

NETfacts: Wie Traumaerzählungen helfen, Gemeinschaften zu befrieden

130–146 Spezielle Themen in der Narrativen Exposition: soziale Emotionen

Ich in den Augen der anderen. Scham und Schuld und die Bedrohung des menschlichen Lebens

Wie kann die Narrative Expositionstherapie bei Schuld und Scham helfen?

Eine tragische Entscheidung

NARRATION: Bullying auf dem Schulhof. Diego erzählt

NARRATION: Ein Folteropfer erzählt

Behandlung traumabedingter Scham mit NET

147–148 Beenden wir den Teufelskreis

Materialien zur Identifikation von Trauma

KINDEX-Interview für Schwangerschaft und transgenerationale Folgen

Der Konstanzer Index (KINDEX) ist ein Fragebogen, der als strukturiertes Interview oder Screeningverfahren eingesetzt werden kann. Für ihn wurden Belastungsfaktoren aus der wissenschaftlichen Literatur extrahiert, die Stressoren und Risiken während der Schwangerschaft und für das spätere Leben des Kindes darstellen können.

Das Instrument wurde von der Psychotraumatologie am Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz mit Unterstützung des Babyforums im Landkreis Konstanz e. V. (www.babyforum-landkreis-konstanz) entwickelt, um Belastungen der Schwangeren und damit mögliche Risiken für eine beeinträchtigte psychische (und körperliche) Entwicklung des Kindes bereits pränatal zu erfassen.

Der KINDEX wurde vom Schweizer Verein peribass zur beni-App weiterentwickelt:

<https://www.beni.swiss> und ist erhältlich im App-Store.

KERF-Interview zur Ermittlung belastender Kindheitsbelastungen

KERF ist ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen und ist erhältlich im Open Testarchiv des Leibniz-Instituts für Psychologie (ZPID). Das gesamte Instrument samt der kostenfreien Download-Links findet sich unter: <https://www.testarchiv.eu/de/test/9006899>

Threats to Human Life-Interview (THL)

(Anke Köbach, Thomas Elbert & Maggie Schauer, Universität Konstanz, 2016)

Die THL listet alle Bedrohungen des menschlichen Lebens auf. Es ist gut belegt, dass all diese Stressoren und Bedrohungen ein breites Spektrum unterschiedlicher psychischer Symptome und Erkrankungen hervorrufen können.

Sowohl physische Bedrohungen, wie z. B. Verletzungen von Gewebe, Organen oder des zentralen Nervensystems, als auch Bedrohungen der lebenswichtigen Bedürfnisse (wie Atmung, Nahrung) oder Bedrohungen durch Kälte, Hitze, Höhe etc., Bedrohungen der genetischen Fitness (wie Gefahr für Nachkommen, Verwandte oder auch Gefahr durch Vergewaltigung) und Bedrohungen der sozialen Integrität. Je mehr solche Bedrohungen eine Person selbst erlebt hat oder durch das Miterleben bei anderen bezeugen musste und je mehr Verwandte und Freunde solche Erfahrungen machen mussten, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgereaktion und eine psychische Erkrankung. In der Folge von Gewalterlebnissen können auch Risiko- und Aggressionsverhalten auftreten.

Hintergrund:

Die folgende Liste an Ereignissen fragt nach möglichen inhärenten Überlebensmechanismen, die im Verlauf des Lebens aktiviert werden. Letztere sind folgendermaßen gruppiert:

- Bedrohung der körperlichen Integrität
- Bedrohung der sozialen Integrität
- Soziales und körperliches Dominanzverhalten (eigenes Ausüben von Aggression und Gewalt)

	Bedrohung der körperlichen Integrität		
1	<p>War Ihr Leben jemals durch extreme Höhe oder Geschwindigkeit in Gefahr (starke Angst)?</p> <p>Bedrohung durch Fall oder hohe Geschwindigkeit</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stürzen aus lebensbedrohlicher Höhe • Lebensbedrohlich schnelles Fahren mit Auto oder Motorrad gegen Ihren Willen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	
2	<p>Gab es eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie Angst hatten zu verhungern oder zu verdursten?</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
4	<p>Mussten Sie vor einer plötzlichen Gefahr fliehen?</p> <p>Flucht bzw. Wegrennen vor einer unmittelbaren Lebensbedrohung; keine geplante Flucht oder Migration</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wegrennen vor einem aggressiven Menschen (Angreifer, Räuber, Hooligan etc.) • Flucht vor Polizei-/Militärgewalt • Wegrennen vor einem gefährlichen Tier • Flucht vor einer gefährlichen Naturgewalt wie Erdbeben, Tsunami, Wirbelsturm etc. 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
5a	<p>Wurden Sie jemals durch Feuer oder große Hitze verletzt oder in Gefahr gebracht (starke Angst)?</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand hat sie an einer Stelle Ihres Körpers verbrannt • Jemand hat eine Zigarette auf Ihrer Haut ausgedrückt • Jemand hat Ihre Hand oder ein anderes Körperteil ins Feuer gehalten • Ihr Leben war durch ein plötzliches Feuer in unmittelbarer Nähe in Gefahr • Sie erlebten einen Vulkanausbruch in unmittelbarer Nähe • Jemand hat Ihnen Stromschläge verabreicht • Verätzung durch chemische Substanz • Verbrühung durch heiße Flüssigkeiten 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:

	Bedrohung der körperlichen Integrität		
5b	<p>Haben Sie jemals <u>bezeugt</u>, wie eine andere Person durch Feuer oder große Hitze verletzt oder in Gefahr gebracht wurde?</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand hat die andere Person an einer Stelle ihres Körpers verbrannt • Jemand hat eine Zigarette auf der Haut der Person ausgedrückt • Jemand hat eine Hand oder ein anderes Körperteil der Person ins Feuer gehalten • Das Leben der Person war durch ein plötzliches Feuer in unmittelbarer Nähe in Gefahr • Jemandem wurden Stromschläge verabreicht • Jemand wurde durch chemische Substanzen verätzt • Jemand wurde durch heiße Flüssigkeiten verbrüht 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
6	<p>Wurde Ihre Gesundheit jemals durch Gift, chemische Substanzen, Drogen oder Tierbisse bedroht (starke Angst)?</p> <p>Bedrohung durch Intoxikation oder Krankheit</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie litten unter einer schweren Blutvergiftung • Ihr Leben war durch Strahlung oder chemische Substanzen bedroht • Sie wurden vergiftet (oder glaubten, jemand hätte Sie vergiftet) • Jemand hat Sie gezwungen, etwas Verdorbenes oder Giftiges zu essen • Sie wurden von einem giftigen Tier gebissen (z. B. Schlange, Spinne) • Sie wurden von einem kranken Tier gebissen (z. B. Fuchs mit Tollwut oder Verdacht auf Tollwut) • Sie wurden Opfer eines Giftgasanschlags (einschl. Tränengas) • Operation unter unhygienischen Umständen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:

Bedrohung der körperlichen Integrität			
7a	<p>Haben Sie jemals irgendeine Art von sexueller Gewalt erlebt?</p> <p>Sexueller Missbrauch, Nötigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie wurden gegen Ihren Willen auf sexuelle Weise angefasst • Sie wurden gezwungen, jemand anderen sexuell anzufassen oder zu befriedigen <p>Wenn ja, erfolgte dies durch eine Bezugsperson (z. B. Eltern, Lehrer etc.)?</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Alter:
7b	<p>Vergewaltigung, Penetration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie wurden mit Gewalt dazu gezwungen, Geschlechtsverkehr mit einer anderen Person zu haben 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
7c	<p>Haben Sie jemals irgendeine Art von sexueller Gewalt beobachtet?</p> <p>Beobachteter sexueller Missbrauch oder beobachtete Vergewaltigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben mit angesehen, wie jemand anderes zum Geschlechtsverkehr gezwungen wurde oder an intimen Stellen angefasst wurde 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
8	<p>Hatten Sie jemals Angst oder das Gefühl zu ersticken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand hat Sie gewürgt • Angst zu ertrinken • Jemand hat Ihnen Wasser über den Kopf geschüttet (Waterboarding) • Ersticken durch Feuer o.Ä. in einem geschlossenen Raum • Anaphylaktischer Schock 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:

	Bedrohung der körperlichen Integrität		
8b	<p>Haben Sie <u>beobachtet</u>, wie eine andere Person Angst oder das Gefühl hat zu ersticken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Person wurde gewürgt • Eine Person war in Gefahr zu ertrinken • Einer Person wurde Wasser über den Kopf geschüttet, sodass sie keine Luft mehr bekam (Waterboarding) • Sie bezeugten, wie eine Person durch Feuer o.Ä. in einem geschlossenen Raum zu ersticken drohte • Eine Person erlitt einen anaphylaktischer Schock 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
9	<p>Wurde Ihr Leben oder Ihre Gesundheit jemals von jemandem <u>bedroht</u>?</p> <p>Das Item trifft nur zu, wenn die Person tatsächlich glaubte, dass sie umgebracht bzw. verletzt werden könnte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand drohte Ihnen Schmerzen oder Tod an (z. B. häusliche oder organisierte Gewalt) • Jemand drohte Sie umzubringen (z. B. häusliche oder organisierte Gewalt) • z. B. Erhielten Sie jemals Morddrohungen aufgrund von etwas, das Sie getan haben oder das Sie sind (Rasse etc.)? Scheinhinrichtung • z. B. Jemand drohte Ihnen Folter an • z. B. Jemand bedrohte Sie mit einer Waffe 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
9a	<p>Haben Sie jemals körperliche Gewalt durch andere erfahren (keine Waffen oder Gegenstände)?</p> <p>Körperlicher Missbrauch Jemand hat sie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschlagen • gepackt • getreten • gekniffen • geohrfeigt • Dies kann grundlos, als Strafe oder mit einer anderen «Rechtfertigung» geschehen sein sowie bei einer Schlägerei 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung <input type="checkbox"/> (z. B. bei häuslicher Gewalt)	Alter:

	Bedrohung der körperlichen Integrität		
9b	<p>Haben Sie jemals körperliche Gewalt durch andere beobachtet (keine Waffen oder Gegenstände)?</p> <p><i>Körperlicher Missbrauch</i></p> <p>Sie haben bezeugt, wie jemand z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschlagen • gepackt • getreten • gekniffen • geohrfeigt wurde • Dies kann grundlos, als Strafe oder mit einer anderen «Rechtfertigung» geschehen sein sowie bei einer Schlägerei 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung <input type="checkbox"/> (z. B. bei häuslicher Gewalt)	Alter:
9c	<p>Haben Sie jemals schwere körperliche Gewalt durch andere erfahren (einschließlich Gewalt durch stumpfe Gegenstände)</p> <p><i>Schwerer körperlicher Missbrauch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand hat Sie so stark geschlagen oder getreten, dass Sie dachten, Sie würden sterben oder bleibende körperliche Schäden davontragen • Jemand hat Sie z. B. mit einem Kochlöffel, Gürtel etc. geschlagen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig (z. B. bei häuslicher Gewalt oder Folter)	Alter:
9d	<p>Haben Sie jemals schwere körperliche Gewalt durch andere beobachtet (einschließlich Gewalt durch stumpfe Gegenstände)</p> <p><i>Schwerer körperlicher Missbrauch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben beobachtet, wie ... • Jemand so stark geschlagen wurde, dass Sie dachten, die Person würden sterben oder bleibende körperliche Schäden davontragen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
10a	<p>Wurden Sie jemals durch eine Schusswaffe verletzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand hat Sie angeschossen • Sie erlebten einen Bombenanschlag in unmittelbarer Nähe 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (z. B. im Krieg)	Alter:

Bedrohung der körperlichen Integrität			
10b	<p>Haben Sie beobachtet, wie jemand anderes durch eine Schusswaffe verletzt wurde?</p> <p>Sie haben beobachtet, wie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemand angeschossen wurde • Bombenanschlag oder eine Explosion verübt wurde, ohne dass Sie selbst ernsthaft in Gefahr waren 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
10c	<p>Wurden Sie jemals durch einen scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Messer, Rasierklinge, Machete etc. • Operation gegen den eigenen Willen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
10d	<p>Haben Sie jemals beobachtet, wie jemand anderes durch einen scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt wurde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Messer, Rasierklinge, Machete etc. • Jemand wurde gegen seinen Willen operiert 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
	<p>Wurden Sie beschnitten (alle Formen von weiblicher Genitalbeschneidung sowie die Beschneidung der Vorhaut bei Jungen/Männern)</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei Frauen: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Typ 3	Alter:

Bedrohung der körperlichen Integrität			
12	<p>Haben Sie entstellte Leichen gesehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Tode geschlagen, erschossen, verbrannt, verstümmelt <p><i>Die Person ist nicht anwesend zum Zeitpunkt des Geschehens.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Unfall entstellte Leiche <p><i>Die Person ist nicht anwesend zum Zeitpunkt des Geschehens.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittene Verwesung <p><i>@Interviewer: Fragen Sie offen und bewerten Sie die Reaktion.</i></p> <p>Wie haben Sie reagiert? Wie hat sich Ihr Herzschlag verändert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Angst, Erstarren, Herzklopfen, Anspannung, Impuls wegzurennen ○ Ekel, Übelkeit, Schwäche, Taubheit, plötzliche Wärme, Ohnmacht. ○ Stärke, Spannung, Herzklopfen, Bestätigung, Überlegenheit. 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (z. B. während des Krieges oder im Mi- litär)	Alter:
13	<p>Gab es in Ihrem Leben ein anderes Ereignis, welches Ihnen große Angst machte?</p> <p>Beschreibung:</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (z. B. während des Krieges oder im Militär)	Alter:
14	<p>Haben Sie davon gehört, dass eines dieser Ereignisse einer nahestehenden Person zustieß?</p> <p>Gefahr durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzung • Vergiftung • Sexueller Missbrauch / Vergewaltigung 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (z. B. während des Krieges oder im Mi- litär)	Alter:

	A: Bedrohung der sozialen Integrität		
1	<p>Gab es Zeiten in Ihrer Kindheit, in denen Ihr Bedürfnis nach Fürsorge nicht erfüllt wurde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es war niemand da, an den Sie sich bei Schmerzen oder Leid wenden konnten • Während Ihrer Kindheit und Jugend gab es eine Zeit, in der sich niemand darum kümmerte, dass Sie richtig aßen und tranken und ordentliche Kleidung trugen • Eine Person, von der Sie abhängig waren, drohte fortzugehen oder Sie zu verlassen • Tod oder Wechsel von Bezugspersonen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (... für eine gewisse Zeit)	Alter:
	<p>Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen Ihr Bedürfnis nach Fürsorge nicht erfüllt wurde?</p> <p>Vorethalten von Fürsorge in einer/mehreren Situationen, in denen die Person abhängig von anderen Menschen war</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie litten unter länger andauernden Phasen von Einsamkeit • Sie fühlten sich allein gelassen • Eine Person, von der Sie aufgrund von Krankheit abhängig waren, drohte fortzugehen oder Sie zu verlassen • Es war niemand da, an den Sie sich bei Schmerzen oder Leid wenden konnten 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
2	<p>Wurden Sie jemals absichtlich aus einer Gruppe ausgeschlossen oder gemeine Dinge zu Ihnen und/oder über Sie gesagt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie wurden verflucht, beschimpft, angeschrien, angebrüllt oder es wurden beleidigende Dinge zu Ihnen gesagt, wie Sie seien «dick», «hässlich», «dumm» usw.? • Ihr Name wurde in der Öffentlichkeit in Veruruf gebracht, sodass Sie fürchten mussten, die Allgemeinheit sieht auf Sie herab oder Ihr Leben wird dadurch zerstört • Im Alltag und/oder über das Internet, Telefon etc. 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung (... für eine gewisse Zeit)	Alter:

	A: Bedrohung der sozialen Integrität		
	<p>Wurden Sie jemals gegen Ihren Willen eingesperrt oder an einem Ort festgehalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie wurden allein eingesperrt (Isolationshaft, Entführung, als Strafe) • Sie wurden absichtlich der Dunkelheit ausgesetzt (zum Beispiel im Keller eingesperrt, im Wald ausgesetzt, in Folterhaft etc.) 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals	
3	<p>Haben Sie jemals Ihren Status in der Gemeinschaft verloren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben eine bedeutende Niederlage erfahren müssen, die Ihren Ruf beschädigte • Sie haben überraschend Ihren Job verloren und damit Rang und Namen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals	Alter:
	<p>Gab es eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie kein festes Zuhause (Wohnsitz) hatten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust der Wohnung • Wohnung wird zerstört • Flucht von Zuhause weg 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ ständige Bedrohung	Alter:
4	<p>Wurden Sie jemals von einem Partner oder Freund hintergangen oder verlassen, und dies geschah für Sie plötzlich und unerwartet?</p> <p>Bruch sozialer Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z. B. Sie wurden von einem langjährigen Freund oder Partner hintergangen oder fallen gelassen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals	Alter:
	<p>Gab es in Ihrem Leben ein anders soziales Ereignis, was Sie sehr belastet hat?</p> <p>Beschreibung:</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig (z. B. während des Krieges oder im Militär)	Alter:

	Soziales und körperliches Dominanzverhalten		
2	<p>Können Sie sich an einen oder an mehrere Momente erinnern, in dem oder denen Sie selbst hohe Geschwindigkeiten oder extreme Höhe aufgesucht haben?</p> <p>Absichtliches und kontrolliertes Hervorrufen von Erregung ausgelöst durch Höhe und Geschwindigkeit in einem lebensbedrohlichen Ausmaß</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensgefährliche Höhen aufgesucht (z. B. Autobahnbrücken, Klettern in extremen Höhen etc.) • Schnell und riskant Auto oder Motorrad fahren • Fallschirmspringen, Bungee-Jumping 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
3	<p>Können Sie sich an einen oder an mehrere Momente erinnern, in dem oder denen Sie mit lebensbedrohlichem Feuer «gespielt» haben?</p> <p>Absichtliches und kontrolliertes Hervorrufen der Angst vor Feuer</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. zünden • z. B. Feuerwerkskörper basteln • z. B. Feuer legen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
	<p>Haben Sie sich selbst stranguliert oder von jemand anderem strangulieren lassen?</p> <p>Absichtliches und kontrolliertes Hervorrufen von Erregung, ausgelöst durch den Mangel an Sauerstoff</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
4	<p>Haben Sie jemals eine andere Person bedroht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemandem Schmerzen oder Tod androhen • Jemandem für mehrere Tage das Essen entziehen • Jemandem den Schlaf entziehen • Jemanden absichtlich (er)frieren lassen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
	<p>Haben Sie jemals einer anderen Person lebensnotwendige Versorgung vorenthalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemandem für mehrere Tage das Essen entziehen • Jemandem den Schlaf entziehen • Jemanden absichtlich (er)frieren lassen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:

	Soziales und körperliches Dominanzverhalten		
5	<p>Haben Sie jemals eine andere Person absichtlich aus einer Gruppe ausgeschlossen oder gemeine Dinge zu ihr gesagt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden verflucht • Jemanden beschimpft • Jemanden beleidigt (z. B. als «dick», «hässlich», «dumm» usw. bezeichnet) • Jemanden in ein Zimmer gesperrt • Jemanden hintergangen 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
6	<p>Waren Sie jemals in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt?</p> <p>Körperlicher Missbrauch, maximale Körperverletzung blaue Flecken</p> <p>Haben Sie jemanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschlagen • gepackt • getreten • gekniffen • eine Ohrfeige gegeben • körperlich bestraft • Dies kann grundlos, als Strafe oder mit einer anderen «Rechtfertigung» geschehen sein sowie bei einer Schlägerei 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
7	<p>Haben Sie jemals eine andere Person so stark verletzt, dass diese sichtbare Verletzungen erlitt und/oder medizinisch versorgt werden musste?</p> <p>Schwerer körperlicher Missbrauch (auch mit Gegenstand); schwerere Verletzungen als blaue Flecken</p> <p>Haben Sie zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden stark geschlagen • Jemanden schwer verprügelt • Jemanden mit einem Stock, Gürtel etc. geschlagen • Dies kann grundlos, als Strafe oder mit einer anderen «Rechtfertigung» geschehen sein sowie bei einer Schlägerei 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:

	Soziales und körperliches Dominanzverhalten		
8	<p>Haben Sie jemals einer anderen Person absichtlich Verbrennungen zugefügt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden verbrannt (Kerze, Lagerfeuer etc.) • Jemandem Zigaretten auf der Haut ausgedrückt • Von jemandem die Hand ins Feuer gehalten • Jemanden mit chemischen Substanzen verätzt • Jemandem Stromschläge verabreicht • Jemanden mit heißen Flüssigkeiten verbrüht 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
9	<p>Haben Sie jemals jemanden verfolgt oder gejagt, um ihm/ihr ernsthafte Verletzungen anzudrohen oder zuzufügen?</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
10	<p>Haben Sie jemals eine andere Person mit einem scharfen Gegenstand so schwer verletzt, dass diese blutete (ausgenommen medizinische Behandlungen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Jemanden mit einem Messer oder einer Rasierklinge verletzt • z. B. durch Glasscherben 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
	<p>Haben Sie jemals chirurgische Behandlungen durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Chirurgische Operationen im beruflichen Kontext • z. B. Chirurgische Eingriffe im religiösen/kulturellen Kontext 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
11	<p>Haben Sie jemals eine andere Person absichtlich am Atmen gehindert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden unter Wasser drücken, bis die Person um Luft ringt • Jemandem die Luft abschnüren • Jemanden würgen • Jemandem Wasser über den Kopf schütten, sodass die Person keine Luft mehr bekommt (Waterboarding) 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:

	Soziales und körperliches Dominanzverhalten		
12	<p>Haben Sie jemals eine andere Person durch Schusswaffen oder Sprengstoff verletzt?</p> <p><i>Jemanden aus der Ferne verletzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden mit einer Waffe an- oder erschossen • Bombenanschlag verübt 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
13	<p>Haben Sie jemals einer anderen Person gegen deren Willen etwas verabreicht, von dem Sie dachten, dass es ihr schaden könnte?</p> <p><i>Jemandem etwas verabreichen, was der Person schadet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jemanden vergiftet (versuchen zu vergiften) • Jemanden etwas essen lassen oder gezwungen, von dem Sie wussten oder dachten, dass es ihm/ihr schaden könnte 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
14	<p>Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mit wahllosen Partnern Geschlechtsverkehr hatten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partner, die Sie kaum kannten und mit denen Sie anschließend nie wieder Kontakt hatten • Ca. ≥ 3 verschiedene Partner im Monat, mehrere Monate hintereinander 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmalige Phase <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
15	<p>Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mit der Zustimmung des Partners bevorzugt gewaltreichen Geschlechtsverkehr ausgeübt haben?</p> <p><i>Bewusstes Hervorrufen sexueller und aggressiver Erregung in Kombination</i></p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmalige Phase <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
	<p>Haben Sie sich vor anderen entblößt in Situationen, in denen dies nicht angemessen war?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entblößen der Geschlechtsteile in der Öffentlichkeit wie z. B. Parks, öffentliche Verkehrsmittel • Bilder Ihrer Geschlechtsteile an andere Personen schicken, ohne dass diese dies wollten 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:

	Soziales und körperliches Dominanzverhalten		
16	<p>Haben Sie eine andere Person auf sexuelle Art und Weise angefasst oder Sie dazu gebracht, Sie anzufassen, ohne dass diese Person es wollte?</p> <p>Sexueller Missbrauch</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Berührung von Geschlechtssteilen, Küssen, Umarmen und festhalten 	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter:
17	<p>Haben Sie jemanden in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) mit Gewalt dazu gezwungen, Geschlechtsverkehr mit Ihnen oder einer anderen Person zu haben?</p> <p>Vergewaltigung</p>	<input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> Mehrmals <input type="checkbox"/> Regelmäßig	Alter: