



## Fragebogen zur Selbsteinschätzung

	JA	NEIN
In letzter Zeit denke ich öfter an das Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erinnerungen an das Ereignis belasten mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich träume öfters von dem Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, Gedanken und Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhängen, zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal habe ich das Gefühl, dass sich das Ereignis wiederholt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine persönlichen Aktivitäten deutlich eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mit anderen Menschen weniger anfangen als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öfter als früher habe ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Selbstvertrauen hat sich deutlich verringert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vergleich zu früher habe ich öfter Schwierigkeiten einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zerfahren und habe Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache nachts öfter auf als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Tätigkeiten, die mich an das Ereignis erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich unwohl, wenn ich Situationen ausgesetzt bin, die mich an das Ereignis erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit anderen zusammen, finde aber keinen Kontakt zu ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Appetit hat sich deutlich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich deprimiert und niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vergleich zu früher reagiere ich häufiger aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe öfter Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide öfter als früher unter Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich müde und abgespant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ziehe mich von meinen Mitmenschen zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich einsam und allein gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>