

## Fragebogen zur Komplizierten Trauer – Kurzversion

(nach Prigerson & Jacobs, deutsche Version: Rosner, 2003)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Antwort an, das am besten beschreibt, wie sie sich im letzten Monat gefühlt haben. Die Leerstellen beziehen sich auf die verstorbene Person, die sie betrauern.

### Trennungsschmerz (A)

SD1	Ich denke ständig an den Tod von _____		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
SD2	Ich fühle mich von Plätzen und Dingen angezogen, die mit _____ in Verbindung standen.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
SD3	Ich vermisse und sehne mich so nach _____		
		Keine Sehnsucht und vermissen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leicht Sehnsucht und Vermissen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
SD4	Ich fühle mich einsam seit _____ starb.		
		Keine Einsamkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Ein bisschen einsam	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas einsam	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Häufig einsam	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigend einsam	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

A2 Kriterium trifft zu, wenn „4“ oder höher für drei der vier A2-Kriterien zutreffen. Wenn zutreffend, dann weiter zu Kriterium B, ansonsten Abbruch.

A Kriterium: A1 und A2 treffen zu.

Ja = 1  
Nein=2

### Kriterien zur Traumatischen Belastung (B)

TD1	Ich mache Umwege um Erinnerungen an den Tod von _____ zu vermeiden.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD2	Ich fühle, dass eine Zukunft ohne _____ weder Sinn noch Zweck hat.		
		Kein Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Ein leichtes Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD3	Ich fühle mich innerlich taub und gleichgültig seit dem Tod von _____		
		Keine emotionale Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte emotionale Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD4	Ich fühle mich benommen, gelähmt und erschüttert durch _____ Tod.		
		Keine Gefühl der Benommenheit, und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Gefühle von Benommenheit und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas benommen, gelähmt und erschüttert	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Häufig benommen, gelähmt und erschüttert	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Gefühle von Benommenheit und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD5	Ich kann nicht glauben, dass _____ tot ist.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD6	Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne _____ leer und bedeutungslos ist.		
		Kein Gefühl der Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Gefühle der Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas leer und bedeutungslos	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

		Überwältigende Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD7	Es fällt mir schwer, mir ein erfülltes Leben ohne _____ vorzustellen.		
		Keine Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD8	Ich habe das Gefühl, dass ein Teil von mir mit _____ gestorben ist.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD9	Ich habe das Gefühl, dass der Verlust meine Sicht der Welt verändert hat.		
		Keine veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leicht veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutlich veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigendes Gefühl einer veränderten Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD10	Ich habe Schmerzen im gleichen Körperteil, einige der gleichen Symptome oder habe mir Gewohnheiten und Verhaltensweisen von _____ angeeignet, aus der Zeit vor seinem/ihrem Tod.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD11	Ich bin verbittert über den Tod von _____.		
		Kein Gefühl der Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigendes Gefühl der Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Kriterium B:** Wenn „4“ oder höher bei mehr als 6 der 11 Symptome kodiert wurde, dann fragen sie Kriterium C ab. Ansonsten beenden sie den Fragebogen.

ja = 1

nein= 2

**Kriterium C:** Dauer der Störung

Haben Sie die oben beschriebenen Gefühle seit mindestens 6 Monaten?

ja

nein

**Kriterium C:** Wenn die Dauer der Symptome länger als 6 Monate anhält, dann ist Kriterium C erfüllt  
Beeinträchtigung

Beeinträchtigungskriterium (D): Ich glaube, dass meine Trauer zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen meines Lebens geführt hat.

		Keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigendes Gefühl der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Kriterium D:** Wenn „4“ oder höher bei Kriterium D kodiert wurde, dann ist Kriterium D erfüllt.

ja = 1

nein= 2

Komplizierte Trauer: Die Kriterien A, B, C und D sind erfüllt.

ja = 1

nein= 2