



City Birth Trauma Scale Geburtstrauma-Skala

In diesem Fragebogen werden Sie zu Ihren Erfahrungen während der Geburt Ihres jüngsten Babys befragt. Es geht dabei um potentiell sehr belastende Ereignisse, die sich während der Wehen und des Geburtsvorgangs (oder direkt im Anschluss daran) zugetragen haben. Es wird erhoben, ob Sie bei sich Symptome festgestellt haben, die auch bereits von anderen Frauen nach der Geburt berichtet wurden. Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die Ihren Erfahrungen am nächsten kommen.

Wann kam Ihr Baby zur Welt? _____

Während der Wehen, der Geburt und unmittelbar danach:		
Dachten Sie, Sie oder Ihr Baby würden schwere Verletzungen davontragen?	Ja	Nein
Dachten Sie, Sie oder Ihr Baby würden sterben?	Ja	Nein

Im Folgenden werden Sie zu Symptomen befragt, die Sie möglicherweise erlebt haben. Bitte geben Sie an, wie oft Sie diese Symptome in der vergangenen Woche bei sich festgestellt haben:

Symptome im Zusammenhang mit der Geburt*	NIE	EINMAL	2- BIS 4- MAL	5-MAL ODER ÖFTER
Ich habe wiederkehrende unerwünschte Erinnerungen an die Geburt (oder an Teile der Geburt), die ich nicht kontrollieren kann.				
Ich habe schlechte Träume oder Albträume, die von der Geburt handeln (oder in Zusammenhang mit der Geburt stehen).				
Ich erlebe Flashbacks der Geburt und/oder durchlebe die Geburt erneut.				
Ich rege mich auf, wenn ich an die Geburt erinnert werde.				
Ich fühle mich angespannt oder ängstlich, wenn ich an die Geburt erinnert werde.				
Ich versuche, Gedanken an die Geburt zu vermeiden.				
Ich versuche, alles zu meiden, was mich an die Geburt erinnert (z. B. Menschen, Orte, Fernsehsendungen).				
Ich kann mich nicht an Details der Geburt erinnern.				
Ich gebe mir selbst oder anderen die Schuld für das, was während der Geburt passiert ist.				
Ich habe starke negative Emotionen im Zusammenhang mit der Geburt (z. B. Angst, Wut, Scham).				

*Diese Fragen beziehen sich direkt auf die Geburt. Zahlreiche Frauen haben jedoch Symptome im Zusammenhang mit Ereignissen direkt vor oder nach der Geburt durchlebt. Sollte dies auch auf Sie zutreffen und diese Ereignisse in Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Geburt oder dem Baby stehen, beziehen Sie Ihre Antworten bitte darauf.

Symptome, die Sie seit der Geburt haben oder die seither schlimmer geworden sind	NIE	EINMAL	2- BIS 4-MAL	5-MAL ODER ÖFTER
Ich habe negative Emotionen mir selbst gegenüber oder denke, dass etwas Schreckliches passieren wird.				
Ich habe kein Interesse mehr an Aktivitäten, die mir früher wichtig waren.				
Ich fühle mich von anderen Menschen entfremdet.				
Ich kann keine positiven Emotionen empfinden (z. B. Glück, Begeisterung).				
Ich fühle mich gereizt oder aggressiv.				
Ich habe das Gefühl, selbstzerstörerisch oder rücksichtslos zu sein.				
Ich fühle mich angespannt und reizbar.				
Ich fühle mich nervös oder schreckhaft.				
Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.				
Ich habe Schlafschwierigkeiten aufgrund von Faktoren, die nicht auf den Schlafrhythmus des Babys zurückgeführt werden können.				
Ich fühle mich unbeteiligt oder wie im Traum.				
Manche Dinge erscheinen mir verzerrt oder unwirklich.				

Falls Sie unter einem oder mehreren dieser Symptome leiden:

Wann haben Sie diese Symptome zum ersten Mal festgestellt?	
Vor der Geburt	
In den ersten 6 Monaten nach der Geburt	
Mehr als 6 Monate nach der Geburt	
Nicht beantwortbar (Ich habe keine Symptome.)	

Wie lange haben Sie diese Symptome bereits?	
Weniger als 1 Monat	
1 bis 3 Monate	
Mehr als 3 Monate	
Nicht beantwortbar (Ich habe keine Symptome.)	

Leiden Sie sehr unter diesen Symptomen?	Ja	Nein	Manchmal
Halten Sie diese Symptome von Dingen ab, denen Sie für gewöhnlich nachgehen (z. B. soziale Kontakte pflegen, alltägliche Verrichtungen)?	Ja	Nein	Manchmal
Könnten diese Symptome auf Medikamente, Alkohol, Drogen oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen sein?	Ja	Nein	Vielleicht

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!