

Pat.-Code: _____

Datum: _____

TAVI-K

Im Folgenden findest du verschiedene Trennungssituationen, vor denen Kinder und Jugendliche Angst haben können. Bitte gib an, wie **stark** du vor diesen Trennungssituationen **Angst** hast. Bitte gib auch an, wie **häufig** du die Trennungssituationen **nicht machst** (also die Trennungssituation **vermeidest**).

Beachte dabei, dass es hier nur um Angst und Vermeidung geht, die du hast, weil du in diesen Situationen Angst hast, dich von deinen Eltern oder anderen dir wichtigen Personen zu trennen.

Beispiel:

Wenn du trotz *sehr starker* Angst, von deinen Eltern getrennt zu sein, bei deiner Oma *manchmal* übernächtest, würde man z.B. so ankreuzen:

| | Angst vor Trennungssituationen | | | | | Vermeidung von Trennungssituationen | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|--|---|--|---|
| | <i>Keine Angst</i> | <i>Leichte Angst</i> | <i>Mittlere Angst</i> | <i>Starke Angst</i> | <i>Sehr starke Angst</i> | <i>Ich mache das immer/vermeide nie</i> | <i>Ich mache das oft/vermeide selten</i> | <i>Ich mache das gelegentlich/vermeide gelegentlich</i> | <i>Ich mache das selten/vermeide oft</i> | <i>Ich mache das nie/vermeide immer</i> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| allein bei Verwandten (z.B. Oma/ Opa) übernachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pat.-Code: _____

Datum: _____

Bitte geben Sie im Folgenden nun das Ausmaß der Angst bzw. Vermeidung Ihres Kindes in den hier beschriebenen Trennungssituationen an:

| | | Angst vor Trennungssituationen | | | | | Vermeidung von Trennungssituationen | | | | |
|----|--|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| | | Keine Angst | Leichte Angst | Mittlere Angst | Starke Angst | Sehr starke Angst | Ich mache das immer/ vermeide nie | Ich mache das oft/ vermeide selten | Ich mache das gelegentlich/ vermeide gelegentlich | Ich mache das selten/ vermeide oft | Ich mache das nie/ vermeide immer |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | allein zu Freund/ Freundin gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | abends allein zu Hause sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | im Dunkeln einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | allein bei Verwandten (z.B. Oma/ Opa) übernachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | zur Schule/ Kindergarten gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | im eigenen Bett einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | tagsüber allein zu Hause sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | allein bei Freund/ Freundin übernachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pat.-Code: _____

Datum: _____

| | | Angst vor Trennungssituationen | | | | | Vermeidung von Trennungssituationen | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--|--|
| | | Keine Angst | Leichte Angst | Mittlere Angst | Starke Angst | Sehr starke Angst | Ich mache das immer/ vermeide nie | Ich mache das oft/ vermeide selten | Ich mache das gelegent- lich/ vermeide gelegent- lich | Ich mache das selten/ vermeide oft | Ich mache das nie/ vermeide immer |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | allein mit einer anderen Person (z.B. Babysitter, ältere Geschwister) zu Hause bleiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | allein einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | nach Hause zu kommen und niemand ist da | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | auf eine Klassenfahrt /Ferienlager zu gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |