

ACE – Fragebogen (nachteilige Kindheitserfahrungen)

Datum:

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Email:

Vor Ihrem 18. Geburtstag:

1

1. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?

Oder so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?

Ja Nein

2. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen?

Oder Sie jemals so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?

Ja Nein

3. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie jemals auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren?

Oder oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?

Ja Nein

4. Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes?

Oder Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?

Ja Nein

5. Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte?

Oder Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?

Ja Nein



6. Verloren Sie jemals ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen?

Ja Nein

7. Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen?

Oder manchmal, oft oder sehr oft getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen?

Oder jemals über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?

Ja Nein

8. Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?

Ja Nein

9. War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?

Ja Nein

10. War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?

Ja Nein

2

