

CHILD AND ADOLESCENT TRAUMA SCREEN 2 (CATS-2)

BEZUGSPERSONEN VERSION (ALTER KIND 7-17)

NAME KIND: _____ **NAME BEZUGSPERSON:** _____ **DATUM:** _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste belastender oder erschreckender Ereignisse, die passieren können. Kreuzen Sie JA an, wenn es dem Kind Ihres Wissens nach passiert ist. Kreuzen Sie NEIN an, wenn es dem Kind nicht passiert ist.

	JA	NEIN
1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bedroht, geschlagen oder schwer verletzt innerhalb der Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bedroht, geschlagen oder schwer verletzt in der Schule oder woanders.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Angegriffen, mit Messer oder Schusswaffe verletzt oder unter Bedrohung beraubt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gesehen, wie jemand in der Familie bedroht, geschlagen oder schwer verletzt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gesehen, wie jemand in der Schule oder woanders bedroht, geschlagen oder schwer verletzt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jemand hat sexuelle Sachen mit dem Kind gemacht oder jemand wollte, dass das Kind sexuelle Sachen mit ihm/ihr macht. Das Kind konnte nicht nein sagen oder wurde dazu gezwungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Jemand hat das Kind im Internet gefragt oder erpresst, sexuelle Sachen zu tun. Zum Beispiel Fotos zu machen oder zu schicken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jemand hat das Kind gemobbt. Jemand hat sehr gemeine Sachen gesagt, die dem Kind Angst machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jemand hat Ihr Kind online/im Internet schikaniert. Hat sehr gemeine Dinge gesagt, die dem Kind Angst machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Im Kriegsgebiet gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis? <u>Beschreibung:</u> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Welche(s) Ereignis(se) belasten das Kind heute noch am meisten? _____		

Bitte beantworten Sie auf der nächsten Seite die Fragen zu allen erschreckenden und belastenden Ereignissen, die dem Kind passiert sind.

Kreuzen Sie 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig das Kind die folgenden Gedanken, Gefühle oder Probleme in den letzten 4 Wochen hatte:
 0 = Nie / 1 = Manchmal / 2 = Oft / 3 = Fast immer

Das Kind...

1. ... hat beunruhigende Gedanken und Erinnerungen über das Ereignis. Oder das Kind spielt das Ereignis nach.	0	1	2	3
2. ... hat schlechte Träume von dem belastenden Ereignis.	0	1	2	3
3. ... handelt, spielt oder fühlt sich, als ob das Ereignis gerade passieren würde.	0	1	2	3
4. ... ist sehr aufgewühlt, wenn es an das Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
5. ... hat starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn es an das Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
6. ... versucht, nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. ... bleibt weg von allem, was es an das Ereignis erinnert (Aktivitäten, Leute, Orte, Dinge oder Gespräche).	0	1	2	3
8. ... kann sich an einen wichtigen Teil des Ereignisses nicht erinnern.	0	1	2	3
9. ... hat negative Gedanken wie:				
a. Ich werde kein gutes Leben haben.	0	1	2	3
b. Ich kann anderen Menschen nicht vertrauen.	0	1	2	3
c. Die Welt ist ein unsicherer Ort.	0	1	2	3
d. Ich bin nicht gut genug.	0	1	2	3
10. Schuld hinsichtlich des Ereignisses				
a. ... gibt sich selbst die Schuld an dem Ereignis.	0	1	2	3
b. ... beschuldigt andere für das was passiert ist, obwohl es nicht deren Schuld war.	0	1	2	3
11. ... hat oft negative Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
12. ... hat keine Lust mehr auf Dinge, die es früher gemacht hat. Hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Ereignis Freude bereitet haben.	0	1	2	3
13. ... fühlt sich anderen Menschen nicht nahe.	0	1	2	3
14. ... zeigt oder hat weniger positive Gefühle.	0	1	2	3
15. Umgang mit starken Gefühlen:				
a. Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu beruhigen, wenn es aufgebracht ist.	0	1	2	3
b. ... ist reizbar. Oder hat Wutausbrüche und lässt Launen an anderen Menschen aus	0	1	2	3
16. ... verhält sich riskant oder zeigt Verhaltensweisen welche ihm/ihr schaden könnten. Macht unsichere Sachen.	0	1	2	3
17. ... ist übervorsichtig und wachsam.	0	1	2	3
18. ... ist nervös oder schreckhaft.	0	1	2	3
19. ... hat Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3
20. ... hat Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten.	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie JA oder NEIN an, ob diese Probleme das Kind in folgenden Bereichen beeinträchtigt haben:

	JA	NEIN		JA	NEIN
1. Mit anderen auskommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Mit der Familie auskommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hobbies/Spaß haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Glücklich sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schule oder Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

DIMENSIONALE AUSWERTUNG

Name Kind: _____ Datum: _____ Indextrauma - Ereignis(e): _____

Auswertung für PTBS Symptomschwere (DSM-5)

Summe der Items #1 bis #20. Verwenden Sie bei den Fragen #9, #10 und #15 nur den höchsten Wert.

DSM-5 PTBS Summenwert = _____

CATS 7-17 Years Score <15 Normal. Nicht klinisch auffällig.	CATS 7-17 Years Score 15-20 Moderate traumabezogene Stresssymptomatik.	CATS 7-17 Years Score ≥ 21* Erhöhte Stresssymptomatik. Positives Screening. *	CATS 7-17 Years Score ≥ 25* Hohe traumabezogene Stresssymptomatik. Wahrscheinliche PTBS. *
--	--	---	--

*Validierungsstudie: Sachser et al., 2022

Auswertung für PTBS Symptomschwere (ICD-11)

Summe der Items #2, #3, #6, #7, #17, #18.

ICD-11 PTBS Summenwert = _____

CATS 7-17 Years Score <5 Normal. Nicht klinisch auffällig.	CATS 7-17 Years Score 5-6 Moderate traumabezogene Stresssymptomatik.	CATS 7-17 Years Score ≥ 7* Erhöhte Stresssymptomatik. Positives Screening. *	CATS 7-17 Years Score ≥ 9* Hohe traumabezogene Stresssymptomatik. Wahrscheinliche PTBS. *
---	--	--	---

*Validierungsstudie: Sachser et al., 2022

Auswertung für KPTBS Symptomschwere (ICD-11)

Summe der Items #2, #3, #6, #7, #9b, #9d, #10a, #13, #14, #15a, #17, #18.

ICD-11 KPTBS Summenwert = _____

CATS 7-17 Years Score ≤9* Normal. Nicht klinisch auffällig. *	CATS 7-17 Years Score 10-12* Moderate traumabezogene Stresssymptomatik. *	CATS 7-17 Years Score ≥ 13* Erhöhte Stresssymptomatik. Positives Screening. *	CATS 7-17 Years Score ≥ 16* Hohe traumabezogene Stresssymptomatik. Wahrscheinliche kPTBS. *
---	---	---	---

* klinische Approximation, Cut-off Validierung ausstehend

KATEGORIALE AUSWERTUNG

Name Kind: _____ Datum: _____ Indextrauma - Ereignis(e): _____

DSM-5 PTBS

DSM-5 Kriterien:	# der Symptome (nur Items mit Bewertung von 2 oder 3 zählen)	# Erforderliche Symptome	DSM-5 Kriterium erfüllt?	
Wiedererleben Items 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vermeidung Items 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Negative Stimmung/Gedanken Items 8-14 (highest of #9 and #10)		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hyperarousal Items 15-20 (highest of #15)		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Funktionelle Beeinträchtigung Fragen 1-5 Ja/Nein Fragen		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wahrscheinliche DSM-5 PTBS Diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

ICD-11 PTBS und KPTBS

ICD-11 Kriterien:	# der Symptome (nur Items mit Bewertung 2 oder 3 zählen)	# Erforderliche Symptome	ICD-11 Kriterium erfüllt?	
Wiedererleben Items 2, 3		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vermeidung Items 6, 7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hyperarousal Items 17, 18		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Funktionelle Beeinträchtigung Fragen 1-5 Ja/Nein Fragen		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wahrscheinliche ICD-11 PTBS Diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

kPTBs Kriterien (nur wenn ICD-11 PTBS erfüllt ist!):				
Affektdysregulation Items 14, 15a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Negatives Selbstkonzept Items 9d, 10a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Störungen in Beziehungen Items 9b, 13		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wahrscheinliche ICD-11 kPTBS Diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

*CATS-2 ist ein Screening-Instrument. Auffällige Werte können eine trauma-fokussierte Behandlung anzeigen. Da es sich jedoch um eine Selbstauskunft handelt sollten Kliniker den CATS-2 nicht alleine als diagnostisches Tool nutzen.