

CHILD AND ADOLESCENT TRAUMA SCREEN 2 (CATS-2)

SELBSTURTEIL (7-17 YEARS)

NAME: _____ DATUM: _____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es Dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es Dir 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 mir gemacht oder jemand wollte, dass ich sexuelle Sachen mit ihm/ihr mache. Ich konnte nicht nein sagen. Oder ich wurde dazu gezwungen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Jemand hat mich 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 mich gemobbt. Jemand hat sehr gemeine Sachen gesagt, die mir Angst machen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Jemand hat mich im Internet gemobbt. Jemand hat sehr gemeine Sachen gesagt, die mir Angst machen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Eine mir 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 Dich heute noch am meisten? _____ | | |

Bitte beantworte auf der nächsten Seite die Fragen zu allen erschreckenden und belastenden Ereignissen, die Dir passiert sind.

Kreuze 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig Du die folgenden Gedanken, Gefühle oder Probleme in den letzten 4 Wochen hattest: 0 = Nie / 1 = Manchmal / 2 = Oft / 3 = Fast immer

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Beunruhigende Gedanken von dem Ereignis kommen in meinen Kopf. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Schlechte Träume erinnern mich daran, was passiert ist. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Ich bin sehr beunruhigt, wenn ich daran erinnert werde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Ich habe starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn mich etwas daran erinnert. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Ich versuche, nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ich bleibe weg von allem, was mich daran erinnert, was passiert ist (Leute, Orte, Dinge, Situationen oder Gespräche). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ich kann mich an Teile von dem Ereignis nicht erinnern. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Ich habe 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. Ich gebe mir selbst die Schuld daran, was passiert ist. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Ich beschuldige jemanden, der nichts dafür kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Ich habe oft schlechte Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ich habe keine Lust mehr zu Sachen, die ich früher gemacht habe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ich fühle mich anderen Menschen nicht nah. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ich kann keine guten oder glücklichen Gefühle haben. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Umgang mit starken Gefühlen | | | | |
| a. Es fällt mir sehr schwer, mich zu beruhigen, wenn ich aufgebracht bin. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Ich bin wütend, habe Wutanfälle oder lasse meine Wut an anderen aus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Ich mache gefährliche Sachen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Ich bin übervorsichtig (passe auf, wer in der Nähe ist). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Ich erschrecke leicht. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Ich kann schlecht aufpassen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Bitte kreuze JA oder NEIN an, ob diese Probleme Dich dabei gestört haben:

| | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Mit anderen auskommen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Mit meiner 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 Summe = _____

| | | | |
|--|--|---|--|
| 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 Summe = _____

| | | | |
|---|--|--|---|
| 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 Summe = _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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.