

M03 Child and Adolescent Trauma Screening Questionnaire (CATS)¹**M03/1 CATS – Kinder- und Jugendlichenversion (7–17 Jahre)**

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.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z. B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z. B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in deiner Familie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu deiner Familie gehört	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Gesehen, wie jemand in deiner Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Jemand, der älter ist als du, hat dich unerlaubt an deinen Geschlechtsteilen berührt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Jemand hat dich zu Sex gezwungen oder du konntest nicht nein sagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Eine dir nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschreibung: _____ _____ _____	

Welches Ereignis belastet dich heute noch am meisten? Nr.: _____

**Wenn du mindestens einmal JA angekreuzt hast,
beantworte bitte auch die nächsten Fragen.**

¹ © Dt. Version: Berliner und Goldbeck (2014)

M03/1 CATS – Kinder- und Jugendlichenversion (7–17 Jahre) (Fortsetzung)

Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an, um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge dich in den letzten 2 Wochen belastet haben: 0 = nie 1 = selten 2 = oft 3 = fast immer

	nie	selten	oft	fast immer
1. Beunruhigende Gedanken oder Bilder 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. 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 über mich oder andere, wie z.B. „ich werde kein gutes Leben haben“, „man kann niemandem trauen“, „die ganze Welt ist unsicher“.	0	1	2	3
10. Ich gebe mir selbst die Schuld daran was passiert. Oder 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. Ich bin wütend, habe Wutanfälle oder lasse meine Wut an anderen aus.	0	1	2	3
16. Ich mache gefährliche Dinge.	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:

1. Mit anderen auskommen Ja Nein 4. Mit meiner Familie auskommen Ja Nein
2. Hobbys/Spaß haben Ja Nein 5. Glücklich sein Ja Nein
3. Schule Ja Nein

M03/2**CATS – Bezugspersonenversion (3–6 Jahre)**

Name des Kindes: _____ Datum: _____

Beantwortet von Mutter Vater anderer Bezugsperson: _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste mit solchen Ereignissen. Kreuzen Sie JA an, wenn ein solches Ereignis dem Kind Ihres Wissens passiert ist. Kreuzen Sie NEIN an, wenn es dem Kind nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z. B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in seiner/ihrer Familie.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Gesehen, wie jemand in seiner/ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Jemand, der älter ist als er/sie, hat ihn/sie unerlaubt an seinen/ihren Geschlechtsteilen berührt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16. Beschreibung: _____ _____ _____	

Welches Ereignis belastet Ihr Kind heute noch am meisten? Nr. _____

**Wenn Sie mindestens einmal JA angekreuzt haben,
beantworten Sie bitte auch die nächsten Fragen.**

M03/2

CATS – Bezugspersonenversion (3–6 Jahre) (Fortsetzung)

Kreuzen Sie 0, 1, 2 oder 3 an, um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Ihr Kind in den letzten 2 Wochen belastet haben: 0 = nie 1 = selten 2 = oft 3 = fast immer

Mein Kind ...	nie	selten	oft	fast immer
1. ... hat beunruhigende Gedanken oder innere Bilder von dem belastenden Ereignis. Oder es 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, als ob das Ereignis gerade passieren würde.	0	1	2	3
4. ... ist sehr aufgewühlt, wenn es an das belastende 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 ihn/sie an das Ereignis erinnert (Aktivitäten, Leute, Orte, Dinge oder Gespräche)	0	1	2	3
8. ... hat sehr negative Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
9. ... hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Ereignis Freude bereitet haben.	0	1	2	3
10. ... fühlt sich von anderen Menschen entfernt.	0	1	2	3
11. ... zeigt weniger positive Gefühle (Freude, Liebe, Glück)	0	1	2	3
12. ... ist reizbar, hat schnell Wutausbrüche oder lässt seine Launen an anderen Menschen oder Dingen aus.	0	1	2	3
13. ... ist übervorsichtig und wachsam.	0	1	2	3
14. ... ist schreckhaft.	0	1	2	3
15. ... hat Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3
16. ... hat Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten.	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie JA oder NEIN an, ob diese Probleme das Kind dabei gestört haben:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Mit anderen auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit der Familie auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Spielen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 5. Glückliche sein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Im Kindergarten zurechtkommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

M03/3**CATS – Bezugspersonenversion (7–7 Jahre)**

Name des Kindes: _____ Datum: _____

Beantwortet von Mutter Vater anderer Bezugsperson: _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste mit solchen Ereignissen. Kreuzen Sie JA an, wenn ein solches Ereignis dem Kind Ihres Wissens passiert ist. Kreuzen Sie NEIN an, wenn es dem Kind nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z. B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in seiner/ihrer Familie.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Gesehen, wie jemand in seiner/ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Jemand, der älter ist als er/sie, hat ihn/sie unerlaubt an seinen/ihren Geschlechtsteilen berührt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16. Beschreibung: _____ _____ _____	

Welches Ereignis belastet Ihr Kind heute noch am meisten? Nr. _____

**Wenn Sie mindestens einmal JA angekreuzt haben,
beantworten Sie bitte auch die nächsten Fragen.**

M03/3

CATS – Bezugspersonenversion (7– 7 Jahre) (Fortsetzung)

Kreuzen Sie 0, 1, 2 oder 3 an, um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Ihr Kind in den letzten 2 Wochen belastet haben: 0 = nie 1 = selten 2 = oft 3 = fast immer

Mein Kind ...	nie	selten	oft	fast immer
1. ... hat beunruhigende Gedanken oder innere Bilder von dem belastenden Ereignis. Oder es 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, 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 ihn/sie an das Ereignis erinnert (Aktivitäten, Leute, Orte, Dinge oder Gespräche).	0	1	2	3
8. ... kann sich an wichtige Teile des Ereignisses nicht erinnern.	0	1	2	3
9. ... hat seit dem Ereignis negative Gedanken über sich selbst, andere oder die Welt.	0	1	2	3
10. ... denkt, dass es passiert ist, weil er/sie oder ein anderer etwas falsch gemacht hat oder nicht genug getan hat, um es zu verhindern.	0	1	2	3
11. ... hat sehr negative Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
12. ... hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Ereignis Freude bereitet haben.	0	1	2	3
13. ... fühlt sich von anderen Menschen entfernt.	0	1	2	3
14. ... zeigt weniger positive Gefühle (Freude, Liebe, Glück).	0	1	2	3
15. ... ist reizbar, hat schnell Wutausbrüche oder lässt Launen an anderen Menschen oder Dingen aus.	0	1	2	3
16. ... verhält sich riskant oder schädigt sich selbst.	0	1	2	3
17. ... ist übervorsichtig und wachsam.	0	1	2	3
18. ... ist 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 dabei gestört haben:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Mit anderen auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit der Familie auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hobbys/Spaß haben | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 5. Glückliche sein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Schule | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |