

Fragebogen zu belastenden Ereignissen- Bezugsperson (CATS-C-D) - 7-17 Jahre

Name des Kindes _____

Datum _____

Beantwortet von ☐ Mutter ☐ Vater ☐ anderer Bezugsperson: _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste solcher Ereignisse. Kreuzen Sie JA an, wenn es dem Kind nach Ihrem Wissen 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, Schuss-waffe 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 Ihr Kind heute noch am meisten? Nr. _____

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

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
		Σ _____			

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. Hobbies/ 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 | | |