

YOUNG CHILD PTSD CHECKLIST (YCPC)

1-6 Jahre. Version 9/12/2013. (© Scheeringa, 2013; dt. Version: Landolt & Haag, 2014)

Name _____ ID _____ Datum _____

TRAUMATISCHE EREIGNISSE

DAMIT EINES DER IM FOLGENDEN AUFGEZÄHLTEN EREIGNISSE ALS TRAUMATISCH ZÄHLT, MUSS BEI IHREM KIND EINER DER FOLGENDEN PUNKTE ERFÜLLT SEIN:

(1) ES DACHTE, ES MÜSSE STERBEN ODER

(2) ES HATTE EINE ERNSTHAFTE VERLETZUNG ODER ES DACHTE, ES WÜRDE SICH SCHWER VERLETZEN

ODER (3) ES WAR ZEUGE, DASS DIES EINER PERSON GESCHAH ODER ES SAH JEMANDEN STERBEN

	0 ankreuzen wenn dies Ihrem Kind <u>nicht</u> passiert ist	1 ankreuzen, wenn dies Ihrem Kind passiert ist	<u>Alter</u> Ihres Kindes, in dem ihm/ihr dies zum ersten Mal passiert ist	<u>Alter</u> Ihres Kindes, in dem ihm/ihr dies zum letzten Mal passiert ist	Wie viele Male ist es Ihrem Kind zugestossen? Wenn sehr oft, schätzen Sie.
1. Einen Unfall oder Zusammenstoß mit Auto, Flugzeug oder Boot erlebt	0	1			
2. Von einem Tier angegriffen worden	0	1			
3. Eine von Menschen verursachte Katastrophe erlebt (z.B. Brand, Krieg)	0	1			
4. Eine Naturkatastrophe erlebt (Wirbelsturm, Flut)	0	1			
5. Einen Krankenhausaufenthalt oder eine belastende medizinische Behandlung erlebt	0	1			
6. Körperliche Misshandlung erlebt	0	1			
7. Sexueller Missbrauch, Angriff oder Vergewaltigung erlebt	0	1			
8. Unfallbedingte Brandverletzung erlebt	0	1			
9. Beinahe ertrunken	0	1			
10. Zeuge gewesen, wie eine <u>andere Person</u> geschlagen, vergewaltigt, schwer bedroht, angeschossen, schwer verletzt oder getötet wurde.	0	1			
11. Entführt worden.	0	1			
12. Andere Ereignisse	0	1			

13. Wenn Ihrem Kind mehr als ein Ereignis zugestossen ist: Notieren Sie die Nummer des Ereignisses, welches Ihrer Meinung nach Ihr Kind am meisten belastet hat	
---	--

BITTE MACHEN SIE AUF DER NÄCHSTEN SEITE WEITER ...

YCPC

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Symptomen, welche Kinder nach bedrohlichen Erlebnissen haben können. Wenn Sie an das traumatische Ereignis Ihres Kindes denken, kreuzen Sie im Folgenden jeweils die Zahl an (0-4), die am besten beschreibt, wie oft das Symptom Ihr Kind in den letzten 2 WOCHEN beschäftigt hat.

0	1	2	3	4	
Gar nicht	1x pro Woche oder seltener / ab und zu	2-4x pro Woche/ zur Hälfte der Zeit	5x oder mehr pro Woche/ fast immer	Täglich	
14. Hat Ihr Kind sich aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis? Bringt es diese von selbst auf?	0	1	2	3	4
15. Spielt Ihr Kind das traumatische Ereignis im Spiel mit Puppen oder Spielzeug nach? Dies wären Spielszenen, die dem traumatischen Ereignis sehr ähnlich sind. Spielt es das Ereignis allein oder mit anderen Kindern nach?	0	1	2	3	4
16. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis mehr Alpträume?	0	1	2	3	4
17. Hat Ihr Kind nach dem traumatischen Ereignis nächtliche Ängste entwickelt oder sind sie schlimmer geworden? Nächtliche Ängste sind von Alpträumen zu unterscheiden: Bei nächtlichen Ängsten schreit ein Kind üblicherweise im Schlaf, es wacht aber nicht auf und erinnert sich am nächsten Tag nicht daran.	0	1	2	3	4
18. Hat Ihr Kind sich so verhalten, als würde ihm das traumatische Ereignis erneut passieren, auch wenn dies nicht so ist? Das bedeutet, dass das Kind sich so verhält, als wenn es wieder in jenem Moment wäre und nicht in der Gegenwart. Wenn so etwas passiert, merkt man dies dem Kind recht deutlich an.	0	1	2	3	4
19. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis Momente gehabt, in denen es wie erstarrt wirkte? Vielleicht haben Sie versucht, es zurück zu holen, aber es reagierte nicht.	0	1	2	3	4
20. Wird Ihr Kind aufgebracht oder aufgeregt, wenn es an das traumatische Ereignis erinnert wird? Ein Kind, zum Beispiel, das einen Autounfall erlebt hat, könnte nun angespannt sein, wenn es Auto fährt. Ein Kind, das einen Hurrikan erlebt hat, könnte nervös sein, wenn es regnet. Ein Kind, das häusliche Gewalt erlebt hat, könnte aufgebracht sein, wenn sich Menschen streiten. Ein Mädchen, das sexuell missbraucht wurde, könnte angespannt sein, wenn jemand es berührt.	0	1	2	3	4
21. Wird Ihr Kind körperlich angespannt, wenn es an das traumatische Ereignis erinnert wird? Z.B. Herzrasen, zitternde Hände, Schwitzen, Kurzatmigkeit oder Übelkeit? Denken Sie an ähnliche Beispiele wie in Frage 20 erwähnt.	0	1	2	3	4
22. Zeigt Ihr Kind anhaltende negative Emotionen (Angst, Schuld, Traurigkeit, Scham, Verwirrung), die <u>nicht</u> durch Erinnerungen an das traumatische Ereignis ausgelöst werden. Denken Sie an ähnliche Beispiele wie in Frage 20 erwähnt.	0	1	2	3	4

BITTE MACHEN SIE AUF DER NÄCHSTEN SEITE WEITER . . .

0	1	2	3	4	
Gar nicht	1x pro Woche oder seltener / ab und zu	2-4x pro Woche/ zur Hälfte der Zeit	5x oder mehr pro Woche/ fast immer	Täglich	
23. Versucht Ihr Kind Personen oder Gespräche zu vermeiden, die es an das traumatische Ereignis erinnern könnten? Zum Beispiel: Geht Ihr Kind weg oder wechselt es das Thema, wenn andere Leute über das traumatische Ereignis reden?	0	1	2	3	4
24. Versucht Ihr Kind Dinge oder Orte zu vermeiden, die es an das traumatische Ereignis erinnern? Zum Beispiel, ein Kind, das einen Autounfall hatte, könnte versuchen zu vermeiden, in ein Auto zu steigen. Ein Kind, das eine Flut erlebt hat, könnte Ihnen raten, nicht über eine Brücke zu fahren. Ein Kind, das häusliche Gewalt erlebt hat, könnte aufgebracht sein, wenn es in das Haus geht, in dem es passiert ist. Ein Mädchen, das sexuell missbraucht wurde, könnte angespannt sein, wenn es ins Bett gehen soll, da es dort missbraucht wurde.	0	1	2	3	4
25. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis das Interesse an Dingen verloren, die es früher gern gemacht hat?	0	1	2	3	4
26. Hat sich Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis von Familienmitgliedern, Verwandten oder Freunden distanziert oder zurückgezogen?	0	1	2	3	4
27. Zeigt Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis weniger positive Gefühle als zuvor?	0	1	2	3	4
28. Ist Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis reizbarer und aggressiver geworden oder hat es vermehrte Wutanfälle?	0	1	2	3	4
29. Ist Ihr Kind jetzt "wachsamer" in Bezug auf schlimme Dinge, die passieren könnten? Hält es zum Beispiel nach Gefahren Ausschau?	0	1	2	3	4
30. Erschrickt Ihr Kind leichter als vor dem traumatischen Ereignis? Zuckt es zum Beispiel bei einem Geräusch oder wenn sich jemand von hinten anschleicht zusammen oder erschrickt es heftig?	0	1	2	3	4
31. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis mehr Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	0	1	2	3	4
32. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten mit Einschlafen oder Durchschlafen?	0	1	2	3	4
33. Ist Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis körperlich aggressiver geworden? Schlägt oder beißt es zum Beispiel mehr oder macht es Dinge kaputt?	0	1	2	3	4
34. Ist Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis anhänglicher geworden?	0	1	2	3	4

BITTE MACHEN SIE AUF DER NÄCHSTEN SEITE WEITER . . .

0	1	2	3	4
Gar nicht	Einmal die Woche oder Weniger/ ab und zu	2-4mal die Woche/ zur Hälfte der Zeit	5 oder mehrmals die Woche/ fast immer	Jeden Tag

35. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis Fertigkeiten verloren, die es zuvor schon hatte? Zum Beispiel: erneutes Einnässen, Rückschritte in der Sprachentwicklung oder Rückschritte in der motorischen Geschicklichkeit (z.B. Knöpfe oder Reissverschlüsse öffnen und schliessen). 0 1 2 3 4

36. Hat Ihr Kind seit dem traumatischen Ereignis neue Ängste vor Dingen entwickelt, die nicht mit jenem Ereignis verbunden scheinen? Zum Beispiel nicht mehr alleine ins Badezimmer gehen oder Angst im Dunkeln haben. 0 1 2 3 4

FUNKTIONALE BEEINTRÄCHTIGUNG

Beeinträchtigen die Symptome, die Sie oben angegeben haben, die Fähigkeit Ihres Kindes in folgenden Bereichen normal zu funktionieren?

0	1	2	3	4
Kaum/nie	Manchmal	Etwa die Hälfte der Tage	Mehr als die Hälfte der Tage	Jeden Tag

37. Beeinträchtigen (die Symptome) in wesentlich Weise, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt, beeinflussen sie in negativer Weise Ihre Beziehung zueinander oder führen sie dazu, dass Sie sich belastet oder verärgert fühlen? 0 1 2 3 4

38. Beeinflussen (die Symptome) in negativer Weise den Umgang mit den Geschwistern oder bringen diese dazu, sich belastet oder verärgert zu fühlen? 0 1 2 3 4

39. Beeinträchtigen (die Symptome) die Beziehung zur Lehrperson oder der Klasse? 0 1 2 3 4

40. Beeinflussen (die Symptome) in negativer Weise, wie ihr Kind mit seinen Freunden auskommt – in der KITA, Schule oder in der Nachbarschaft? 0 1 2 3 4

41. Machen es Ihnen (die Symptome) schwerer, Ihr Kind an öffentliche Orte mitzunehmen? Ist es schwerer mit Ihrem Kind einkaufen zu gehen oder in ein Restaurant? 0 1 2 3 4

42. Denken Sie, dass (die Symptome) bewirken, dass Ihr Kind sich aufgebracht und belastet fühlt? 0 1 2 3 4

© Michael Scheeringa, MD, MPH, 2013, Tulane University, New Orleans, LA. mscheer@tulane.edu. This form may be reproduced and used for free, but not sold, without further permission from the author.

Young Child PTSD Checklist: Auswertung

- Ein Symptom gilt als vorhanden, wenn der Häufigkeitswert mindestens 1 ist.
- Die Items sind wie folgt den Clustern zugeordnet:
 - Trauma-Exposition (Kriterium A): Items 1-12
 - Intrusion (Kriterium B): Items 14/15*, 16, 18/19*, 20, 21 (*Items erfassen dasselbe Symptom)
 - Vermeidung und negative kognitive Veränderungen (Kriterium C): Items 22-27
 - Hyperarousal (Kriterium D): Items 28-32
 - Funktionelle Einschränkungen (Kriterium F): 37- 41
 - Zusatzsymptome (nicht berücksichtigt im DSM-5): 17, 33-36
- Zur Diagnose einer PTBS gemäss DSM-5 Vorschulkriterien müssen ALLE der folgenden Bedingungen erfüllt sein:
 - Kriterium A: Trauma
 - Kriterium B: Intrusionen (mind. 1 Symptom vorhanden)
 - Kriterium C: Vermeidung und negative kognitive Veränderungen (mind. 1 Symptom vorhanden)
 - Kriterium D: Hyperarousal (mind. 2 Symptome vorhanden)
 - Kriterium E: Die Symptomatik besteht seit mind. 1 Monat
 - Kriterium F: Klinisch bedeutsame Einschränkungen in wichtigen Funktionsbereichen
 - Kriterium G: Das Störungsbild ist nicht Folge eines Substanzmittels oder Folge einer medizinischen Erkrankung