

CATS - Child and Adolescent Trauma Screen 7-17år

Självsvarsformulär för vårdnadshavare

Namn: _____ Datum: _____

Stressande eller skrämmande händelser händer många barn. Nedan är en lista över stressande och skrämmande händelser som ibland kan hända. Markera **JA** om det har hänt ditt barn så vitt du vet. Markera **NEJ** om det inte hänt.

- | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1 | Allvarlig naturkatastrof som en översvämning, tornado, orkan, jordbävning eller brand | Ja | Nej |
| 2 | Allvarlig olycka eller skada som bil/cykelolycka, hundbett, eller idrottsskada | Ja | Nej |
| 3 | Rånad under hot med våld eller vapen | Ja | Nej |
| 4 | Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad i familjen | Ja | Nej |
| 5 | Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad av någon som inte tillhör familj | Ja | Nej |
| 6 | Sett någon i familjen bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad | Ja | Nej |
| 7 | Sett någon i samhället bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad | Ja | Nej |
| 8 | Någon äldre som tagit dig på hans eller hennes könsdelar när de inte skulle det | Ja | Nej |
| 9 | Någon tvingade eller pressat barnet till att ha sex eller när han eller hon inte kunnat säga nej | Ja | Nej |
| 10 | Någon som stått barnet nära som dött plötsligt eller våldsamt | Ja | Nej |
| 11 | Blivit attackerad, knivhuggen, beskjuten eller allvarligt skadad | Ja | Nej |
| 12 | Sett någon blivit attackerad, knivhuggen, skjuten mot, allvarligt skadad eller dödad | Ja | Nej |
| 13 | Stressande eller otäck medicinsk undersökning | Ja | Nej |
| 14 | Varit med om krig | Ja | Nej |
| 15 | Annan stressande eller skrämmande händelse? | Ja | Nej |

Beskriv: _____

Vilken händelse stör barnet mest nu? _____

Om du markerat **JA** på någon av för barnet stressande eller skrämmande händelse, så fortsätt till nästa sida och svara på de följande frågorna.

Markera **0, 1, 2 eller 3** för hur ofta de följande sakerna har besvärat ditt barn de senaste två veckorna.

0 = Aldrig, 1 =någon gång ibland, 2 = Hälften av tiden, 3 = Nästan alltid

Hur ofta har barnet:

- | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | Upprörande (skrämmande/väldigt obehagliga) tankar eller bilder av en stressande händelse. Eller återupprepaning av en stressande händelse i lek. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Haft otäcka drömmar som relaterar till en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Agerar, leker eller känner som att en stressande händelse händer just nu. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Känner sig väldigt emotionellt upprörd när det påminns om en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Starka fysiska reaktioner när det påminns om en stressande händelse (som svettningar, hjärtklappning, orolig mage). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Försöker att inte komma ihåg, tänka på eller ha känslor kring en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Undviker allt som påminner om en stressande händelse (aktiviteter, platser, människor, saker eller samtal). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Inte kunna komma ihåg en viktig del av en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Negativ förändring i hur hon/han tänker om sig själv, andra eller världen efter en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Tänker att en stressande händelse hände för att hon/han eller någon annan gjorde något fel eller inte gjorde tillräckligt för att hindra det. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Har mycket negativa känslomässiga tillstånd (rädd, arg, skuld skam). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Tappat intresset för aktiviteter hon/han tyckte om innan en stressande händelse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Känner avstånd eller känner sig avskuren från människor runt henne/honom. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Inte visat positiva känslor (vara glad, ha kärleksfulla känslor). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Varit irriterad. Eller haft vredesutbrott utan någon anledning och tagit ut det på andra människor eller saker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Riskfyllt beteende eller beteende som kan vara skadligt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Varit överdrivet alert eller på sin vakt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Varit nervös eller lätt uppskrämd | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | | |
|----|-----------------------------------------|---|---|---|---|
| 19 | Problem med att koncentrationen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Svårt att somna eller sova hela natten. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total score: _____

Klinisk nivå: = 15+

Markera JA eller NEJ om problemen du markerade påverkat:

- | | | | |
|---|-------------------------|----|-----|
| 1 | Komma överens med andra | Ja | Nej |
| 2 | Hobbies/ha kul | Ja | Nej |
| 3 | Skola eller arbete | Ja | Nej |
| 4 | Familjerelationer | Ja | Nej |
| 5 | Glädje | Ja | Nej |