

CATS - Child and Adolescent Trauma Screen

Dato: _____

Barnets initialer: _____

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg de siste to ukene: **0 = Aldri, 1 = En gang i blant, 2 = Halvparten av tiden, 3 = Nesten hele tiden**

Hvor ofte har du:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende (skremmende/ veldig ubehagelige) tanker eller bilder av det som skjedde som plutselig har dukket opp i hodet ditt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minnet deg om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Følt det som om det som skjedde, skjer om igjen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt veldig ute av deg, redd eller trist når du har blitt minnet om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke følelser i kroppen når du har blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å tenke på, eller ikke ha følelser om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Holdt deg unna alt som har minnet deg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg ikke kommer til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt mye vonde følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting du pleide å gjøre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Følt deg veldig sint, hatt raseriutbrudd, eller latt sinnet gå utover andre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Gjort farlige eller utrygge ting (som kunne ha skadet deg). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært mer forsiktig enn vanlig (som å ha sjekket hvem som er rundt deg). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere deg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Skåre:

Har de problemene du nå har fortalt om, gjort noe med:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hvordan du har det sammen med andre mennesker | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 2. Fritidsaktiviteter/ ha det gøy | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 3. Skole eller arbeid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 4. Hvordan du har det sammen med andre i familien din | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 5. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |