

# CATS - Child and Adolescent Trauma Screen

## Självsvarsformulär för ungdomar

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Stressande eller skrämmande händelser händer många människor. Nedan är en lista över stressande och skrämmande händelser som ibland kan hända. Markera **JA** om det har hänt dig. Markera **NEJ** om det inte hänt dig.

- |    |  |    |     |
|----|--|----|-----|
| 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 din familj                         | Ja | Nej |
| 5  | Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad av någon som inte tillhör din familj | Ja | Nej |
| 6  | Sett någon i din familj 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 dina könsdelar när de inte skulle det                               | Ja | Nej |
| 9  | Någon tvingade eller pressade dig till att ha sex eller när du inte kunde säga nej               | Ja | Nej |
| 10 | Någon som stått dig 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 dig mest nu? \_\_\_\_\_

**Om du markerat JA på någon 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 dig de senaste två veckorna.

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

Hur ofta har du:

- |    |  |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|
| 1  | Upprörande (skrämmande/ väldigt obehagliga) tankar eller bilder av vad som hänt som plötsligt dyker upp i ditt huvud.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2  | Haft otäcka drömmar som påminner dig om det som hände.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3  | Känt (känner) som att det som hände händer igen  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4  | Blivit (blir) väldigt upprörd när du blivit (blir) påmind om det som hänt.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5  | Haft starka känslor i kroppen när du blivit påmind om det som hände (som svettningar, hjärtklappning, orolig mage).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6  | Försökt att låta bli att tänka på eller att inte ha några känslor om det.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7  | Hållit dig borta från personer, platser, saker eller situationer som påminner dig om det som hände   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8  | Inte kunnat komma ihåg delar av det som hände  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9  | Haft negativa tankar om dig själv eller andra. Tankar som att jag inte kommer att få ett bra liv, att man kan inte lita på någon eller att hela världen är otrygg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Skyller på dig själv för det som hände eller skyller på någon annan när det inte var deras fel.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Dåliga känslor (rädd, arg, skyldig eller skamfull) en stor del av tiden.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Inte haft lust att göra saker du brukade göra.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Inte känt närhet till andra människor (som att känna sig ensam även om man är tillsammans mot andra).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Inte kunnat ha bra eller glada känslor.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Känt dig arg, haft vredesutbrott och tagit ut det på andra.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Gjort farliga eller riskfyllda saker.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Varit överdrivet försiktig eller på din vakt (kontrollerat vem som finns omkring dig).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Varit nervös.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Problem med att koncentrera dig.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Svårt att somna eller sova hela natten.  | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total score: \_\_\_\_\_

Klinisk nivå: = 15+

Vad snäll och markera JA eller NEJ om problemen du markerat 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 |

---

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS), Berliner & Goldbeck (2014©). Svensk översättning: Nilsson, Mattelin, Tingberg & Svedin (2018).