

بيان الصدمات عند الأطفال والمراهقين (CATS) - من سن 7 إلى 17 سنة

التاريخ _____ الاسم _____

يمر كثيرا من الناس بالأحداث العصبية أو المفزعة. يوجد أدناه قائمة بالأحداث العصبية والمفزعة التي تحدث أحيانا. حدد نعم إذا حدثت لك. حدد لا إذا لم تحدث.

1. كوارث طبيعية خطيرة مثل فيضان أو إعصار أو عاصفة شديدة أو زلزال أو حريق. نعم لا
2. حادثة أو إصابة خطيرة مثل حادثة سيارة/دراجة أو عضة كلب أو إصابة ناتجة عن ممارسة رياضة. نعم لا
3. السرقة تحت التهديد أو بالإكراه أو بالسلاح. نعم لا
4. التعرض للصفع أو اللكم أو الضرب من أسرتك. نعم لا
5. التعرض للصفع أو اللكم أو الضرب من شخص آخر خارج أسرتك. نعم لا
6. رؤية فرد من أفراد أسرتك يتعرض للصفع أو اللكم أو الضرب. نعم لا
7. رؤية شخص ما في مجتمعك يتعرض للصفع أو اللكم. نعم لا
8. شخص أكبر منك لمس المناطق الحساسة في جسمك بينما يجب عليهم عدم فعل ذلك. نعم لا
9. شخص ما يجبرك أو يضغط عليك لممارسة الجنس أو تتواجد في موقف لا يمكنك فيه رفض ذلك. نعم لا
10. شخص ما قريب منك توفي فجأة أو بطريقة عنيفة. نعم لا
11. التعرض للهجوم أو الطعن أو إطلاق عليك رصاص أو تعرضت لإيذاء شديد. نعم لا
12. رؤية شخص ما يتعرض إلى هجوم أو الطعن أو يطلق عليه رصاص أو يتعرض لإيذاء شديد أو يُقتل. نعم لا
13. الخضوع لإجراء طبي عصيب أو مخيف. نعم لا
14. التواجد في منطقة حرب. نعم لا
15. هل تعرضت لأي أحداث عصبية أو مفزعة أخرى؟ نعم لا

صف:

أيهما يتسبب لك في انزعاج الآن بصورة أكبر؟ _____

إذا حددت أي حدث عصيب أو مفزع، اقلب الصفحة وأجب على الأسئلة التالية.

حدد 0 أو 1 أو 2 أو 3 كإجابة على مدى تكرار انزعاجك بسبب الأمور الآتية خلال الأسبوعيين الماضيين؟ 0 لم يحدث ذلك على الإطلاق / 1 من وقت لآخر / 2 نصف الوقت / 3 بصفة دائمة تقريبًا

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 1. أفكار ومشاهد مزعجة تقفز إلى رأسك تذكرك بما حدث لك. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 2. كوابيس تذكرك بما حدث لك. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 3. الشعور بأن ما حدث لك يحدث مجددًا. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 4. الشعور بضيق وانزعاج شديد عند تذكرك بما حدث. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 5. الشعور بأحاسيس قوية في جسمك عند تذكرك لما حدث (التعرق، سرعة ضربات القلب، اضطراب المعدة). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 6. محاولة عدم التفكير فيما حدث، أو منع نفسك من الشعور بأي شيء تجاه ما حدث. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 7. البقاء بعيدًا عن أي شيء يُذكرك بما حدث (أشخاص، أماكن، أشياء، مواقف، محادثات). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 8. عدم القدرة على تذكر جزء مما حدث. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 9. أفكار سلبية تجاه نفسك أو الآخرين. وجود أفكار مثل لن استمتع بحياة جيدة أو أنه لا يمكنني وضع ثقتي بأي شخص أو أن العالم بأكمله غير آمن. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 10. لوم نفسك على ما حدث. أو إلقاء اللوم على شخص آخر لا ذنب له فيما حدث. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 11. تتناوبك مشاعر سلبية (الخوف، الغضب، الشعور بالذنب، الخزي) في كثير من الأوقات. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 12. عدم رغبتك في القيام بأشياء كنت تعتاد فعلها. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 13. عدم شعورك بالقرب من الناس. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 14. عدم قدرتك على الإحساس بمشاعر جيدة أو سعيدة. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 15. الشعور بالغضب الشديد. الشعور بنوبات غضب وإخراج هذا الغضب على الآخرين. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 16. القيام بأشياء غير آمنة. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 17. المبالغة في الاحتراس (التحقق ممن حولك). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 18. سريع الاهتمام. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 19. مشكلات في الانتباه. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 20. صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا. |

يرجى التحديد بنعم أو لا إذا كانت المشكلات التي حددتها أثرت سلبيًا على:

- | | | | |
|------------------------|--|---------------------|--|
| 1. الانسجام مع الآخرين | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 4. العلاقات الأسرية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 2. الهوايات/الترفيه | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 5. السعادة بوجه عام | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 3. المدرسة أو العمل | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | |