

نمایش تراومای کودک و نوجوان (CATS) - 7 - 17

نام: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

رویدادهای فشاری یا ترسناک به اکثر مردم واقع میشوند. در زیر لیست رویدادهای فشاری یا ترسناک اند که بعض اوقات واقع میشوند. بله را نشانه گذاری نمایید اگر به شما این چنین رویداد واقع شده باشد. نخیر را نشانه گذاری نمایید اگر به شما چنین رویداد رخ نداده است.

1. آفت طبیعی شدید مانند سیلاب، طوفان، گردباد، زمین لرزه یا آتش سوزی  بله  نخیر
  2. تصادم یا زخمیگی جدی مانند تصادم موترسایکل، موتر، گزیدن توسط سگ، زخمیگی ورزشی  بله  نخیر
  3. تحت فشار قرار گرفتن توسط تهدید، اعمال زور یا سلاح  بله  نخیر
  4. سلی خوردن، بکس خوردن یا لت وکوب در فامیل تان  بله  نخیر
  5. سلی خوردن، بکس خوردن یا لت وکوب شدن توسط کسی در فامیل تان  بله  نخیر
  6. دیدن کسی در فامیل تان که سلی میخورد، بکس میخورد یا لت وکوب میشود  بله  نخیر
  7. دیدن کسی در جامعه که سلی، بکس میخورد  بله  نخیر
  8. کسی بزرگتر اعضای مخصوص شما را دست میزند درحالیکه نباید دست بزند  بله  نخیر
  9. کسی خواسته تجاوز کند یا فشار به عمل تجاوز میکند یا در زمانیکه نه گفته نتوانید  بله  نخیر
  10. کسی نزدیک به شما بصورت فوری میمیرد یا با خشونت کشته میشود  بله  نخیر
  11. بالای تان حمله شده باشد، با چاقو زخمی شده، مرمی خورده باشید یا بشدت زخم دیده باشید  بله  نخیر
  12. دین کسی که بالایش حمله میشود، با چاقو زخمی میشود، مرمی میخورد، بشدت زخمی یا کشته می بیند  بله  نخیر
  13. روند طبیی پرفشار یا ترسناک  بله  نخیر
  14. در نزدیکی جنگ بودن  بله  نخیر
  15. دیگر رویدادهای پرفشار و ترسناک؟  بله  نخیر
- توضیح دهید:

حالا، کدام یکی شما را بیشتر عذاب میدهد؟ \_\_\_\_\_

اگر شما هر کدام رویدادهای پرفشار یا ترسناک را نشانه گذاری کردید، صفحه بگردانید و پرسش دیگر را پاسخ بدهید.

گزینه های 0، 1، 2 یا 3 را نسبت به بارهای که موارد زیر شما را در دو هفته گذشته عذاب داده اند، نشانه گذاری نمایید.

**0 هیجگاه / 1 یگ ا ه از هر / 2 نصف از اوقات / 3 تقریباً همیشه**

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 1. افکار ناخوشگوار یا تصاویر در مورد آنچه رخ داده است که به ذهن شما می آید.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 2. خواب های بد که به شما یادآوری از آنچه رخ داده است، میکند.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 3. احساس اینگونه که آنچه رخ داده است دوباره و باربار رخ میدهد.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 4. احساس بسیار ناخوشگوار زمانیکه شما بیدار آنچه رخ داده است، می افتید.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 5. احساس شدید در وجودتان زمانیکه شما بیدار آنچه رخ داده است، می افتید (عرق کردن، سرعت ضربان قلب، ناراحتی معده).                    |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 6. تلاش کردن جهت فکر نکردن در مورد آنچه رخ داده است یا احساس نداشتن در ارتباط آن   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 7. دور بودن از هر آنچه که شما را در مورد رویدادها یادآوری میکند (افراد، جاها، موارد، وضعیت ها، گفتارها).                           |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 8. قادر نبودن برای یادداشتن بخشی آنچه که رخ داده است.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 9. افکار منفی در مورد خود یا دیگران. افکار مانند اینکه من زندگی خوب ندارم، بالای هیچ کسی اعتماد نمی شود کرد، تمام دنیا مصنون نیست. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 10. خود را برای آنچه رخ داده است مقصر دانستن یا کسی دیگر را مقصر دانستن در حالیکه قصور آنها نبوده.                                 |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 11. احساسات بد (ترس، خشم، احساس گناه، شرم) در اکثر اوقات.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 12. نخواستن انجام کارهای که در سابق انجام میدادید  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 13. احساس نزدیک نبودن به مردم.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 14. قادر نبودن برای داشتن احساس خوب یا خوش.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 15. احساس قهر بودن. داشتن قهر زیاد و خالی کردن آن بالای دیگران.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 16. انجام کارهای غیر محفوظ.  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 17. بیش از حد محتاط بودن (دیدن اینکه چه کسی در اطرافتان است).  |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 18. متلاطم بودن.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 19. مشکلات در تمرکز داشتن.   |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 20. مشکلات در خوابیدن.   |

**لطفاً بله یا نخیر را نشانه گذاری نمایید اگر مشکلات که شما نشانه میگذارید با موارد زیر مداخله دارند:**

- |                    |                              |                               |                     |                              |                               |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. با دیگران ساختن | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> نخیر | 4. ارتباطات فامیلی  | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> نخیر |
| 2. مشاغل / تفریح   | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> نخیر | 5. خوشحالی های عادی | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> نخیر |
| 3. مکتب یا کار     | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> نخیر |                     |                              |                               |