

## Badanie dzieci i nastolatków (CATS) - Raport opiekuna (dzieci w wieku 3-6 lat)

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko opiekuna \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Stresujące lub przerażające wydarzenia przytrafiają się wielu dzieciom. Poniżej znajduje się lista stresujących i przerażających wydarzeń, które czasami się przytrafiają. **Zaznacz TAK, jeśli przytrafiło się to dziecku wedle twojej wiedzy. Oznacz NIE, jeśli to się nie przytrafiło dziecku.**

1. Poważna klęska żywiołowa, taka jak powódź, tornado, huragan, trzęsienie ziemi lub pożar.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2. Poważny wypadek lub uraz, takie jak wypadek samochodowy/rowerowy, ugryzienie psa lub uraz sportowy.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
3. Grożenie, uderzenie lub poważne zranienie w rodzinie.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4. Grożenie, uderzenie lub poważne zranienie w szkole lub społeczności.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5. Dziecko zostało zaatakowane, pchnięte nożem lub postrzelone i obrabowane pod groźbą użycia broni.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6. Dziecko widziało, jak członek rodziny został zagrożony, potrącony lub poważnie znieważony.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7. Dziecko widziało kogoś w szkole lub społeczności, kto został zagrożony, potrącony lub poważnie znieważony.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
8. Ktoś dopuścił się aktów seksualnych przeciwko dziecku lub zmusił je do takich aktów, gdy dziecko nie potrafiło odmówić lub było zmuszane do tego albo znajdowało się pod presją.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
9. W Internecie lub sieciach społecznościowych ktoś prosi lub wymaga od dziecka zrobienia czegoś seksualnego. Na przykład robienie i wysyłanie szczerych zdjęć.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
10. Ktoś znęca się nad dzieckiem osobiście. Mówiąc bardzo złe rzeczy, które przerażają je.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
11. Ktoś znęca się nad dzieckiem w sieci. I mówi bardzo złe rzeczy, które przerażają je.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
12. Ktoś bliski do dziecka umiera nagle lub gwałtownie.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
13. Stresująca lub przerażająca procedura medyczna.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
14. Bycie w pobliżu wojny.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
15. Inne stresujące lub przerażające wydarzenie.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Opisz \_\_\_\_\_

**Odwróć stronę i odpowiedz na kolejne pytania dotyczące wszystkich przerażających lub stresujących wydarzeń, które przytrafiły się dziecku.**

**Zaznacz 0, 1, 2 lub 3, co oznacza, jak często następujące rzeczy przeszkadzały dziecku w ciągu ostatnich dwóch tygodni:**

0 Nigdy / 1 Raz na jakiś czas / 2 Połowa czasu / 3 Prawie zawsze

1. Denerwujące myśli lub obrazy o stresującym wydarzeniu. Lub odtwarzanie stresującego wydarzenia w grze.	0	1	2	3
2. Złe sny związane ze stresującym wydarzeniem.	0	1	2	3
3. Zachowywanie się, gra lub uczucie, jakby w tej chwili miało miejsce stresujące wydarzenie.	0	1	2	3
4. Poczucie bardzo emocjonalnego zdenerwowania, gdy przypomina się dziecku o stresującym wydarzeniu.	0	1	2	3
5. Silne reakcje fizyczne, gdy przypomni się o stresującym wydarzeniu (pocenie się, szybkie bicie serca).	0	1	2	3
6. Staranie się nie pamiętać, nie mówić o stresującym wydarzeniu ani nie mieć o nim uczuć.	0	1	2	3
7. Unikanie działań, osób, miejsc lub rzeczy, które przypominają o stresującym wydarzeniu.	0	1	2	3
8. Wzrost negatywnych stanów emocjonalnych (strach, złość, poczucie winy, wstyd, zamieszanie).	0	1	2	3
9. Utrata zainteresowania zajęciami, które dziecko lubiło przed stresującym wydarzeniem. W szczególności dziecko nie bawi się już tak dużo.	0	1	2	3
10. Objawy wycofania społecznego.	0	1	2	3
11. Mniejsze okazywanie pozytywnych uczuć (bycie szczęśliwym, wyraz miłości).	0	1	2	3
12. Drażliwość. Lub wybuchy gniewu bez uzasadnienia skierowane przeciwko innym ludziom lub rzeczom.	0	1	2	3
13. Nadmierna pilność lub czujność.	0	1	2	3
14. Nerwowe lub łatwo płochliwe zachowanie.	0	1	2	3
15. Problemy ze skupieniem.	0	1	2	3
16. Problemy z zasypianiem lub snem.	0	1	2	3

<b>CATS 3- 6 lat Ocena&lt;11</b>	<b>CATS 3- 6 lat Ocena 12-15</b>	<b>CATS 3- 6 lat Ocena 15+</b>
Norma. Klinicznie nieistotne.	Umiarkowany stres związany z traumą.	Prawdopodobnie zespół stresu pourazowego.

**Zaznacz „TAK” lub „NIE”, jeśli problemy, które zaznaczyłeś, kolidują z:**

Dogadywaniem się z innymi	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Relacjami rodzinnymi	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Hobby/zabawą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ogólnym uczuciem szczęścia	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Szkołą/pracą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		