

## Скрининг-тест психологических травм у детей и подростков - Опекун (CATS-C) – 3-6 лет

Имя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Стрессовые или пугающие события происходят со многими детьми. Ниже приведен список стрессовых и пугающих событий, которые иногда случаются. Отметьте ДА, если это случилось с ребенком, насколько вам известно. Отметьте Нет, если с ребенком этого не случилось.**

1. Опасное стихийное бедствие, например, наводнение, торнадо, ураган, землетрясение или пожар.  Да  Нет
  2. Серьезная авария или травма, например, автомобильная/велосипедная авария, укусы собаки, спортивная травма.  Да  Нет
  3. Ограбление с использованием силы, оружия или угроз  Да  Нет
  4. Пощечины, удары кулаком или избиения в вашей семье  Да  Нет
  5. Пощечины, удары кулаком или избиения кем-то не в семье  Да  Нет
  6. Видел(-а), как одному из членов семьи давали пощечины, били кулаком или избивали.  Да  Нет
  7. Видел(-а), как кому-то в обществе давали пощечины, били кулаком  Да  Нет
  8. Кто-то из старших прикасался к его/ее интимным частям тела, хотя им нельзя было этого делать.  Да  Нет
  9. Кто-то оказывал психологическое давление или принуждал к сексу, или когда он/она не могли сказать нет.  Да  Нет
  10. Кто-то из родных ребенка внезапно умирал или погибал  Да  Нет
  11. насильственной смертью  Да  Нет
  12. Нападение, удар колющим оружием, выстрел или сильное ранение  Да  Нет
  13. Видел(-а), как на кого-то напали, ударили колющим оружием, выстрелили, нанесли сильное ранение или убили  Да  Нет
  14. Стрессовая или пугающая медицинская процедура.  Да  Нет
  15. Нахождение в местах военных действий  Да  Нет
  16. Другое стрессовое или пугающее событие?  Да  Нет
- Опишите:

Какое из них больше всего беспокоит ребенка сейчас? \_\_\_\_\_

**Если вы отметили какие-либо стрессовые или пугающие события, случившиеся с ребенком, переверните страницу и ответьте на следующие вопросы.**

**Отметьте 0, 1, 2 или 3, чтобы указать, как часто в течение последних двух недель ребенка беспокоило следующее: Отвечайте максимально точно:**

**0 Никогда / 1 Время от времени / 2 Половину этого срока / 3 Почти постоянно:**

1.	Расстраивающие мысли или мысленные образы о стрессовом событии. Или воспроизведение стрессового события в игре.	0	1	2	3
2.	Плохие сны, связанные со стрессовым событием.	0	1	2	3
3.	Действовал(-а), играл(-а) или чувствовал(-а), как будто стрессовое событие происходит прямо сейчас.	0	1	2	3
4.	Чувствовал(-а) себя очень эмоционально расстроенным(-ой) при напоминании о стрессовом событии.	0	1	2	3
5.	Острая реакция организма при напоминании о стрессовом событии (потливость, учащенное сердцебиение).	0	1	2	3
6.	Старался(-лась) не вспоминать, не думать или не испытывать чувств по поводу стрессового события.	0	1	2	3
7.	Избегал(-а) всего, что напоминает о стрессовом событии (деятельность, люди, места, предметы, разговоры)	0	1	2	3
8.	Усилились негативные эмоциональные состояния (страх, гнев, вина, стыд, смущение).	0	1	2	3
9.	Потеря интереса к деятельности, которой он/она наслаждался(-лась) до стрессового события. В том числе стал(-а) меньше играть.	0	1	2	3
10.	Вел(-а) себя социально изолировано.	0	1	2	3
11.	Снижение проявления положительных чувств (счастье, чувство любви).	0	1	2	3
12.	Испытывал(-а) раздражительность. Или испытывал(-а) вспышки гнева без уважительной причины и вымещал(-а) его на других людях или предметах.	0	1	2	3
13.	Был(-а) чрезмерно настороженным(-ой) или осмотрительным(-ой).	0	1	2	3
14.	Испытывал(-а) нервозность или легко пугался(-ась).	0	1	2	3
15.	Проблемы с концентрацией внимания.	0	1	2	3
16.	Трудности с засыпанием или сном.	0	1	2	3

**Пожалуйста, отметьте ДА или НЕТ, если отмеченные вами проблемы мешают:**

- |                                      |  |                           |  |
|--------------------------------------|--|---------------------------|--|
| 1. Нахождение общего языка с другими | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 4. Семейные отношения     | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2. Хобби/Развлечения                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 5. Общее ощущение счастья | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3. Учеба или посещение детского сада | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |                           |  |