

Скрининг-тест психологических травм у детей и подростков (CATS) - 7-17 лет

Имя _____ Дата _____

Стрессовые или пугающие события происходят со многими людьми. Ниже приведен список стрессовых и пугающих событий, которые иногда случаются. Отметьте ДА, если это случилось с вами. Отметьте Нет, если этого с вами не случилось.

1. Опасное стихийное бедствие, например, наводнение, торнадо, ураган, землетрясение или пожар. Да Нет
2. Серьезная авария или травма, например, автомобильная/велосипедная авария, укус 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 из вашей семьи Да Нет
6. Видел(-а), как одному из членов вашей 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 вашим интимным частям тела, когда они не должны были этого делать. Да Нет
9. Кто-то оказывал психологическое давление или принуждал к сексу, или когда вы не могли сказать нет. Да Нет
10. Кто-то из ваших родных внезапно умирал или погибал насильственной смертью Да Нет
11. Нападение, удар колющим оружием, выстрел или сильное ранение Да Нет
12. Видел(-а), как на кого-то напали, ударили колющим оружием, выстрелили, нанесли сильное ранение или убили Да Нет
13. Стрессовая или пугающая медицинская процедура. Да Нет
14. Нахождение в местах военных действий Да Нет
15. Другое стрессовое или пугающее событие?
Опишите: Да Нет

Какое из них больше всего беспокоит вас сейчас? _____

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

Отметьте 0, 1, 2 или 3, чтобы указать, как часто в течение последних двух недель вас беспокоило следующее:
0 Никогда / 1 Время от времени / 2 Половину этого срока / 3 Почти постоянно

1.	Расстраивающие мысли или мысленные образы о том, что случилось, возникавшие у вас в голове.	0	1	2	3
2.	Плохие сны, напоминавшие вам о том, что произошло.	0	1	2	3
3.	Ощущение, как будто то, что произошло, происходит снова и снова.	0	1	2	3
4.	Очень расстраивался(-лась) при напоминании о том, что произошло.	0	1	2	3
5.	Острая реакция организма при напоминании о том, что произошло, (потливость, учащенное сердцебиение, расстройство желудка).	0	1	2	3
6.	Старался(-ась) не думать о том, что произошло. Или не испытывать чувств по этому поводу.	0	1	2	3
7.	Держался(-ась) подальше от всего, что напоминает о том, что произошло (люди, места, предметы, ситуации, разговоры).	0	1	2	3
8.	Не мог(-ла) вспомнить полностью то, что произошло.	0	1	2	3
9.	Негативные мысли о себе или о других. Например, мысли о том, что у меня не будет хорошей жизни, никому нельзя доверять, весь мир опасен.	0	1	2	3
10.	Винил(-а) себя за то, что произошло. Или обвинял(-а) кого-то другого, хотя это не их вина.	0	1	2	3
11.	Подолгу испытывал(-а) плохие чувства (страх, гнев, вина, стыд).	0	1	2	3
12.	Отсутствовало желание заниматься привычными делами.	0	1	2	3
13.	Нет чувства близости к людям.	0	1	2	3
14.	Не мог(-ла) испытывать хорошие или счастливые эмоции.	0	1	2	3
15.	Ощущение безумия. Испытывал(-а) приступы гнева и вымещал(-а) его на других.	0	1	2	3
16.	Совершал(-а) небезопасные вещи.	0	1	2	3
17.	Проявлял(-а) чрезмерную осторожность (оглядывался(-ась), чтобы увидеть, кто находится рядом).	0	1	2	3
18.	Испытывал(-а) нервозность.	0	1	2	3
19.	Были проблемы с концентрацией внимания.	0	1	2	3
20.	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 работа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			