

## Kwestionariusz Przesiewowy Traumatyzacji dla Dzieci w wieku przedszkolnym

### Wersja dla Opiekuna CATS-C (3–6 lat)

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Stresujące lub przerażające zdarzenia przydarzają się wielu dzieciom. Poniżej znajduje się lista takich zdarzeń. Zaznacz TAK, jeśli – według Twojej wiedzy – przydarzyło się to dziecku. Zaznacz NIE, jeśli się nie przydarzyło.

	Tak	Nie
1. Poważna klęska żywiołowa, taka jak np. powódź, pożar, huragan, trzęsienie ziemi, tornado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Poważny wypadek lub uraz, taki jak np. wypadek samochodowy/rowerowy, pogryzienie przez psa, poważna kontuzja sportowa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kradzież z użyciem groźby, siły lub broni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ktoś w rodzinie uderzył dziecko w twarz, bił je pięściami lub pobił.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ktoś spoza rodziny uderzył dziecko w twarz, bił je pięściami lub pobił.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Dziecko widziało, jak kogoś w rodzinie spoliczkowano, bito pięściami lub pobito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dziecko widziało, jak kogoś poza domem spoliczkowano, bito pięściami lub pobito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Starsza od dziecka osoba dotykała miejsc intymnych dziecka w sytuacji, w której nie powinno to mieć miejsca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ktoś wywierał presję na dziecko lub zmuszał je do kontaktów seksualnych, lub kiedy nie mogło powiedzieć „nie”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Osoba bliska dziecku zmarła nagle lub w gwałtowny sposób.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Dziecko zostało zaatakowane, dźgnięte nożem, postrzelone albo poważnie zranione.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Dziecko widziało, jak kogoś zaatakowano, dźgnięto nożem, postrzelono, poważnie zraniono lub zabito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Stresująca albo przerażająca procedura medyczna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Przebywanie w strefie działań wojennych.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Inne stresujące lub przerażające wydarzenie? (Opisz.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Które z tych zdarzeń najbardziej dokuczają Twojemu dziecku obecnie?

Jeśli zaznaczyłeś/aś jakiegokolwiek stresujące lub przerażające zdarzenia u dziecka, odwróć stronę i odpowiedz na kolejne pytania.

Zaznacz 0, 1, 2 lub 3, określając, jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dziecku dokuczały poniższe trudności. Odpowiedz najlepiej, jak potrafisz

1.	Przykre myśli lub obrazy dotyczące stresującego zdarzenia albo odgrywanie w zabawie stresującego zdarzenia.	0	1	2	3
2.	Złe sny związane ze stresującym zdarzeniem.	0	1	2	3
3.	Zachowywanie się, bawienie lub odczuwanie tak, jakby stresujące zdarzenie działało się teraz.	0	1	2	3
4.	Bardzo silne zdenerwowanie lub zmartwienie, gdy coś/ktoś przypomina o stresującym zdarzeniu.	0	1	2	3
5.	Silne reakcje w ciele gdy coś/ktoś przypomina wydarzenie (pocenie się, szybkie bicie serca).	0	1	2	3
6.	Próby, by nie pamiętać, nie myśleć o stresującym wydarzeniu, lub nie odczuwać związanych z nim emocji.	0	1	2	3
7.	Unikanie czegokolwiek, co przypomina o stresującym zdarzeniu (aktywności, ludzi, miejsc, rzeczy, rozmów).	0	1	2	3
8.	Zwiększone nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych (np. lęk, złość, poczucie winy, wstyd, zmieszanie).	0	1	2	3
9.	Utrata zainteresowania zajęciami, które dziecko lubiło przed stresującym wydarzeniem, w tym bawienie się mniej niż wcześniej.	0	1	2	3
10.	Wycofanie społeczne.	0	1	2	3
11.	Rzadsze okazywanie pozytywnych uczuć (radości, czułości).	0	1	2	3
12.	Drażliwość lub wybuchy złości bez wyraźnego powodu i wyładowywanie się na innych osobach lub przedmiotach.	0	1	2	3
13.	Nadmierna czujność / bycie w pogotowiu.	0	1	2	3
14.	Łatwe reagowanie przestraszeniem lub bycie nerwowym.	0	1	2	3
15.	Problemy z koncentracją.	0	1	2	3
16.	Trudności z zasypianiem lub wybudzanie się ze snu.	0	1	2	3

Zaznacz, proszę TAK lub NIE jeśli problemy, które zaznaczyłeś/aś zakłócają:

		Tak	Nie			Tak	Nie
1.	Dogadywanie się z innymi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.	Relacje rodzinne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Zainteresowania/ Zabawa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.	Ogólne poczucie szczęścia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Szkolę/przedszkole/ żłobek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

