

KWESTIONARIUSZ PRZESIEWOWY TRAUMY DZIECI I MŁODZIEŻY (CATS-2) WERSJA SAMOOPISOWA (7–17 LAT)

Imię i nazwisko dziecka: _____ Imię i nazwisko opiekuna: _____ Data: _____

Stresujące lub przerażające zdarzenia przydarzają się wielu osobom. Poniżej znajduje się lista takich zdarzeń.
Zaznacz TAK, jeśli to Ci się przydarzyło. Zaznacz NIE, jeśli nie przydarzyło Ci się.

- | | 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. Ktoś w rodzinie mi groził, bił mnie lub poważnie zranił. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ktoś w szkole lub poza domem mi groził, bił mnie lub poważnie zranił. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Zostałem/am zaatakowany/a, dźgnięta/y nożem, postrzelona/y albo ktoś mi groził i okradł. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Widziałem/am, jak komuś z mojej rodziny grożono, jak ktoś został pobity albo poważnie zraniony. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Widziałem/am, jak komuś w szkole lub poza domem grożono, jak ktoś został pobity albo poważnie zraniony. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ktoś robił mi rzeczy o charakterze seksualnym lub zmuszał mnie do robienia takich rzeczy, gdy nie mogłem/am powiedzieć „nie”, albo gdy byłem/am zmuszany/a lub naciskany/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. W internecie lub mediach społecznościowych ktoś prosił lub wymuszał na mnie, bym zrobił/a coś o charakterze seksualnym (np. zrobił/a lub wysłał/a zdjęcia). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ktoś dręczył mnie bezpośrednio, mówiąc bardzo przykre rzeczy, które mnie przerażały. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ktoś dręczył mnie online, mówiąc bardzo przykre rzeczy, które mnie przerażały. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Bliska mi osoba nagle lub gwałtownie zmarła. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Miałam/em stresującą albo przerażającą procedurę medyczną. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Byłem/am 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 wydarzeń najbardziej dokucza Ci obecnie?

Przewróć stronę i odpowiedz na dalsze pytania **na temat wszystkich stresujących lub przerażających wydarzeń, które przydarzyły się dziecku.**

Zaznacz 0, 1, 2 lub 3, określając, jak często w ostatnich 4 tygodniach miałeś/aś niżej wymienione myśli, uczucia lub problemy: 0 = Nigdy / 1 = Czasami / 2 = Często / 3 = Prawie zawsze

1.	Przykre myśli lub wspomnienia o tym, co się stało, same pojawiają mi się w głowie.	0	1	2	3
2.	Miewam złe sny dotyczące tego, co się stało.	0	1	2	3
3.	W głowie pojawiają mi się obrazy tego, co się stało. Czuję się, jakby działo się to właśnie teraz.	0	1	2	3
4.	Bardzo się denerwuję lub martwię, gdy coś lub ktoś przypomina mi o tym, co się stało.	0	1	2	3
5.	Mam silne reakcje w ciele, gdy coś lub ktoś mi przypomina o tym, co się stało (pocenie się, szybkie bicie serca, ból brzucha).	0	1	2	3
6.	Staram się nie myśleć o tym, co się stało lub staram się nie czuć związanych z tym emocji.	0	1	2	3
7.	Unikam czegokolwiek, co przypomina o tym, co się stało (ludzi, miejsc, rzeczy, sytuacji, rozmów).	0	1	2	3
8.	Nie potrafię przypomnieć sobie części tego, co się stało.	0	1	2	3
9.	Mam negatywne myśli, takie jak:				
	a. Nie będę mieć dobrego życia.	0	1	2	3
	b. Nie mogę ufać ludziom.	0	1	2	3
	c. Świat jest niebezpieczny.	0	1	2	3
	d. Jestem niewystarczająco dobry.	0	1	2	3
10.	Obwiniam za to, co się stało:	0	1	2	3
	a. Obwiniam siebie za to, co się stało.				
	b. Obwiniam innych za to, co się stało, chociaż to nie była ich wina.				
11.	Często doświadczam przykrych uczuć (strach, złość, poczucie winy, wstyd).	0	1	2	3
12.	Nie chcę robić rzeczy, które kiedyś robiłem/am. Nie jestem zainteresowany/a zajęciami, które wcześniej lubiłem/am.	0	1	2	3
13.	Nie czuję bliskości z ludźmi.	0	1	2	3
14.	Rzadziej okazuję lub odczuwam radość.	0	1	2	3
15.	Radzenie sobie z silnymi uczuciami				
	a. Bardzo trudno mi się uspokoić, gdy jestem zdenerwowany/a.	0	1	2	3
	b. Często jestem rozdrażniony lub miewam wybuchy złości i wyładowuję się na innych.	0	1	2	3
16.	Zachowuję się ryzykownie, robię niebezpieczne lub szkodliwe rzeczy.	0	1	2	3
17.	Jestem nadmiernie czujny/a lub w pogotowiu (sprawdzam, kto jest w pobliżu).	0	1	2	3
18.	Łatwo się wystraszam lub jestem nerwowy.	0	1	2	3
19.	Mam problemy z koncentracją.	0	1	2	3
20.	Mam trudności z zaśnięciem lub częstym wybudzaniem się ze snu.	0	1	2	3

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

	TAK	NIE		TAK	NIE
Dogadywanie się z ludźmi	0	0	4. Relacje rodzinne	0	0
Zainteresowania/zabawę	0	0	5. Ogólne poczucie szczęścia	0	0
Szkołę lub inne obowiązki	0	0			

Punktacja wymiarowa

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data oceny: _____ Indeks wydarzeń
traumatycznych: _____

Ocena nasilenia objawów stresu pourazowego (DSM -5 PTSD)

Suma punktów z pozycji 1–20. Dla pozycji 9, 10 i 15 uwzględnij tylko najwyższy z dwóch podpunktów.

DSM-5 PTSD Suma = _____

CATS 7-17 lat

Wynik <15

Norma. Brak klinicznie
istotnego nasilenia.

CATS 7-17 lat

Wynik 15-20

Umiarkowany dystres
związany z traumą.

CATS 7-17 lat

Wynik $\geq 21^*$

Podwyższony dystres.
Próg przesiewowy*

CATS 7-17 lat

Wynik $\geq 25^*$

Wysoki dystres.
Prawdopodobne PTSD*

*Badanie walidacyjne: Sachser i in., 2022

Punktacja kategorialna

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data oceny: _____ Indeks wydarzeń
traumatycznych: _____

DSM-5 Zespół Stresu Pourazowego - PTSD

Kryteria DSM-5:	Liczba objawów (policz tylko elementy o wynikach 2 lub 3)	Liczba wymaganych objawów	Czy spełniono kryteria DSM?	
Ponowne przeżywanie Pozycje 1-5		1+	Tak	Nie
Unikanie Pozycje 6-7		1+	Tak	Nie
Negatywny nastrój/poznanie Pozycje 8-14 (najwyższy wynik spośród 9, 10 i 15)		2+	Tak	Nie
Nadmierne pobudzenie Pozycje 15-20		2+	Tak	Nie
Zakłócenia funkcjonowania Zestaw pozycji tak/nie 1-5		1+	Tak	Nie
Prawdopodobne rozpoznanie zespołu stresu pourazowego DSM-5*			Tak	Nie

*CATS-2 jest narzędziem przesiewowym. Podwyższone wyniki mogą sugerować konieczność zastosowania terapii skoncentrowanej na traumie, ale ponieważ opiera się ono na samoocenie, klinicyści powinni zachować ostrożność przy stosowaniu go jako narzędzia diagnostycznego