

Global Psychotrauma Screen for Teens (GPS-T)

Скрининг Глобальной Психотравмы (СГП-П)

11-17 лет

Идентификационный Номер Участника

Пол Женский Мужской Предпочитаю не отвечать

Возраст (годы)

Иногда с людьми случаются ужасные события, которые их сильно пугают. Если с тобой произошли такие события, ответь, пожалуйста, на вопросы о событии, которое больше всего беспокоит тебя сейчас.

Как повлияло это событие на тебя? Отметь, что беспокоило тебя в прошлом месяце.

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1 | ночные кошмары или беспокоящие мысли об этом событии? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 2 | попытки не думать об этом событии или избегать места, ситуации, и все что напоминает о нем? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 3 | постоянное внутреннее напряжение, бдительность или вздрагивание без всякого повода? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 4 | чувство оцепенения или отгороженности от других людей, дел, и всего вокруг, как будто тебя там нет, хотя на самом деле ты там? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 5 | чувство своей вины в случившемся или его последствиях? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 6 | чувство своей ненужности или бесполезности, как будто ты не имеешь значения для других людей? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 7 | вспышки гнева или ярости, которые ты не можешь сдерживать? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 8 | чувство нервозности или тревоги? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 9 | постоянное беспокойство, которое ты не можешь контролировать или прекратить? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 10 | чувство подавленности, тоски, или безнадежности? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 11 | нет больше интереса или радости от того, что раньше нравилось делать? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 12 | трудности с засыпанием или со сном, даже когда очень хочется спать? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 13 | попытки нанести себе повреждение? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 14 | ощущение нереальности происходящего, состояние как будто во сне, хотя это не сон? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 15 | ощущение как будто ты смотришь на себя откуда-то сверху или со стороны? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 16 | другие проблемы (например, боли в теле, плохое самочувствие, проблемы в школе, в семье или с друзьями)? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 17. | другие трудные ситуации (например, нехватка денег, еды, переезд на другое место жительства, конфликты в школе, с друзьями, или членами семьи)? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 18. | попытки успокоиться с помощью курения сигарет, вдыхания вредных веществ, употребления алкоголя, наркотиков, или лекарств, которые не были прописаны тебе? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 19. | Бывало ли так, что не было рядом близких людей чтобы позаботиться о тебе (например, поддержать и успокоить когда ты расстраиваешься), подвезти тебя в школу или на мероприятия, поехать с тобой к врачу или в больницу)? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |
| 20. | Были ли раньше в твоей жизни (от 0 до 10 лет) еще какие-то <u>другие</u> пугающие или ужасные события? | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Да |

21.	Говорили ли тебе раньше, что у тебя есть какие-то проблемы с поведением или настроением и лечили ли тебя от таких проблем (например, тоска, страхи, проблемы с вниманием, проблемы с едой, или любые другие проблемы поведения или настроения)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
22.	Можешь ли ты сказать что ты стойкий человек (то есть, быстро приходишь в себя после неприятностей или справляешься сам с проблемами)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Оцени свою жизнь в настоящее время по шкале от 1 до 10 (то есть, как у тебя дела дома, в школе, и вообще в жизни). Отметь нужную цифру.			
Плохо	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Отлично	