

Скринінг глобальної психотравми для підлітків

(СГП-П)

11-17 років

--	--	--	--	--

Ідентифікаційний
номер учасника

Стать: Жіноча Чоловіча Інше Не хочу вказувати

Вік (років): _____

Іноді з людьми трапляються жакливі речі, які дуже лякають.

Якщо з тобою траплялося щось жакливе, будь ласка, дай відповідь на запитання нижче про подію, яка зараз турбує тебе **найбільше**.

Як ця подія вплинула на тебе? Відзнач, що турбувало тебе **впродовж останнього місяця**. Вибери варіант «**Ні**», якщо цього не трапалося з тобою, або «**Так**», якщо це трапалося з тобою.

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | нічні кошмари або думки про подію, що засмучували? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 2. | намагання не думати про подію або уникати місць, ситуацій, людей і всього, що нагадує про це? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 3. | постійне внутрішнє напруження, пильність або здригання без будь-якого приводу? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 4. | почуття заціпеніння або відгородженості від інших людей, справ, і всього навколо, як ніби тебе там немає, хоча насправді ти там? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 5. | почуття своєї провини в тому, що трапалося, або наслідках? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 6. | почуття своєї непотрібності або марності, як ніби ти не маєш значення для інших людей? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 7. | спалахи гніву чи люті, які ти не можеш стримувати? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 8. | почуття нервозності або тривоги? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 9. | постійне занепокоєння, яке ти не можеш контролювати або припинити? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 10. | відчуття пригніченості, туги, або безнадійності? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 11. | немає більше інтересу або радості від того, що раніше подобалося робити? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 12. | труднощі із засинанням або зі сном, навіть коли дуже хочеться спати? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 13. | спроби заподіяти собі шкоду? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 14. | відчуття нереальності того, що відбувається, стан ніби ві сні, хоча це не сон? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 15. | відчуття, ніби ти дивишся на себе звідкись зверху або зі сторони? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 16. | інші проблеми (наприклад, болі в тілі, погане самопочуття, проблеми в школі, сім'ї або з друзями)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 17. | інші важкі ситуації (наприклад, брак грошей, їжі, переїзд до іншого місця проживання, конфлікти в школі, з друзями, або членами сім'ї)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 18. | спроби заспокоїтися за допомогою паління сигарет, вдихання шкідливих речовин, вживання алкоголю, наркотиків, або ліків, які не були прописані тобі? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 19. | Чи ставалося так, що поруч не було близьких людей, щоб подбати про тебе (наприклад, підтримати і заспокоїти коли ти засмучуєшся, підвезти тебе до школи або на заходи, поїхати з тобою до лікаря або в лікарню)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 20. | Чи були раніше в твоєму житті (від 0 до 10 років) ще якісь інші страхітливі або жакливі події? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 21. | Чи казали тобі коли-небудь , що в тебе є емоційні чи поведінкові проблеми і чи лікували тебе від таких проблем (наприклад, депресія, тривожність, РЗУРП, розлад харчової поведінки або будь-які поведінкові проблеми)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 22. | Чи вважаєш ти себе в цілому стійкою людиною (тобто, швидко приходиш до тям після неприємностей або справляєшся сам з проблемами)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |

Як би ви оцінили свій нинішній стан (як у вас зараз справи вдома, в школі й інших сферах життя)?

Погано 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Відмінно

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Оновлення для підлітків, GPS-T, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen>. Translated into Ukrainian by Sync Brain-Body Health.