

Скрининг Глобальной Психотравмы (СГП)

--	--	--	--	--

Идентификационный Номер Участника

Пол	<input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Другой
-----	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Возраст (годы)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------	---

Иногда с людьми случаются чрезвычайные или особенно пугающие, ужасные, травматические события.

Кратко опишите пережитое событие, которое в настоящее время больше всего оказывает на Вас влияние.

Это событие произошло: в прошлом месяце в прошлом полугодии в прошлом году
 еще ранее

Это событие:
 было единственным событием и произошло когда мне было лет
 происходило в течение длительного периода / много раз, когда мне было от до лет (приблизительно).

Которое(ые) из нижеследующих ответов характеризуют это событие (можно выбрать более одного ответа):

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| Физическое насилие: | <input type="checkbox"/> случилось с Вами | <input type="checkbox"/> случилось с кем-то другим |
| Сексуальное насилие: | <input type="checkbox"/> случилось с Вами | <input type="checkbox"/> случилось с кем-то другим |
| Эмоциональное насилие: | <input type="checkbox"/> случилось с Вами | <input type="checkbox"/> случилось с кем-то другим |
| Серьезная физическая рана: | <input type="checkbox"/> случилось с Вами | <input type="checkbox"/> случилось с кем-то другим |
| Угрожающее жизни: | <input type="checkbox"/> случилось с Вами | <input type="checkbox"/> случилось с кем-то другим |
- Внезапная смерть близкого человека
 Вы наносили вред кому-то другому
 Коронавирус (COVID-19)

Имея ввиду вышеназванное событие, в прошлом месяце испытывали ли Вы....

1.	.. ночные кошмары, связанные с прошлым(и) травматическим(ими) событием(ями) или мысли об этих событиях в то время, как Вы не хотели думать об этом?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
2.	.. стремились ли Вы упорно не думать о прошлом(ых) травматическом(их) событии(ях) или стремились ли Вы избегать ситуации, напоминающие Вам об этом(их) событии(ях)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
3.	.. были ли Вы постоянно начеку, чрезмерно бдительны, или легко вздрагивали?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
4.	.. чувствовали ли Вы оцепенение или отгороженность от людей, деятельности или своего окружения?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
5.	.. испытывали ли Вы чувство вины или были ли Вы не в состоянии перестать обвинять себя или других в связи с прошлым(и) травматическим(ими) событием(ями) или проблемами, вызванными теми событиями?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
6.	.. были ли Вы склонны чувствовать себя никчемным или бесполезным?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
7.	.. испытывали ли Вы вспышки гнева, которые Вы не могли контролировать?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
8.	.. чувствовали ли Вы себя нервным, тревожным, или раздражительным?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
9.	.. были ли Вы не в состоянии перестать беспокоиться или контролировать чувство беспокойства?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
10.	.. чувствовали ли Вы себя подавленным, в состоянии депрессии или безнадежности?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да

11.	.. испытывали ли Вы недостаток интереса или удовольствия по отношению к делам, которыми Вы занимались?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
12.	.. испытывали ли Вы какие-либо проблемы с засыпанием или со сном?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
13.	.. пытались ли Вы преднамеренно нанести себе повреждение?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
14.	.. воспринимали ли или испытывали ли Вы мир или других людей необычными, так что все вокруг казалось странным, нереальным, как бы во сне?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
15.	.. чувствовали ли Вы себя отделенным от своего тела (например, такое ощущение как будто Вы смотрите на себя откуда-то сверху или Вы являетесь сторонним наблюдателем своего тела)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
16.	.. испытывали ли Вы любые другие физические, эмоциональные или социальные проблемы, которые беспокоили Вас?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
17.	.. испытывали ли Вы другие стрессовые события (такие как финансовые проблемы, смена работы, смена жилья, межличностные проблемы на работе или в личной жизни)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
18.	.. пытались ли Вы снизить состояние напряжения с помощью употребления алкоголя, табака, наркотиков или лекарств?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
19.	.. испытывали ли Вы недостаток поддержки со стороны близких людей, на которых можно было бы положиться в трудные времена (такие как эмоциональная поддержка, присмотреть за детьми или домашними животными, поехать с Вами в больницу или в магазин, оказать Вам помощь когда Вы больны)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
20.	На протяжении <i>Вашего детства</i> (0-18 лет), пережили ли Вы какие-либо травматические события? (Например: чрезвычайное происшествие или пожар, физическое или сексуальное насилие, природная катастрофа, видели убийство кого-то или нанесение кому-то тяжких телесных повреждений, или пережили смерть близкого человека)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
21.	Был ли Вам <i>когда-либо</i> поставлен психиатрический диагноз или лечились ли Вы когда-либо от психологических проблем (к примеру, депрессия, тревожность, или расстройство личности)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
22.	Вы <i>в общем</i> считаете себя стойким человеком?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Как бы Вы оценили свое функционирование или жизнедеятельность в настоящее время (на работе/дома)?			
	Плохое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Превосходное (Отличное)