

**СКРИНІНГ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ТРАВМ ТА
ПТСР (TRAPS)**

Перелічені нижче пункти стосуються подій, які могли траплятись у Вашому житті будь-коли, включно з раннім дитинством. Будь ласка, відзначте, чи переживали Ви будь-які з цих подій, чи мали такий досвід. Якщо Ви не бажаєте відповідати на питання, Ви можете залишити його без відповіді.

		Так	Ні
1.	Чи мали Ви коли-небудь небезпечно для життя захворювання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Чи потрапляли Ви коли-небудь у небезпечну для життя аварійну ситуацію?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Чи страждали Ви коли-небудь безпосередньо від стихійного лиха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Чи застосовувалася коли-небудь проти Вас фізична сила або зброя під час пограбування або розбійного нападу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Чи помирав Ваш найближчий родич, кохана людина або дуже близький друг унаслідок нещасного випадку, вбивства або самогубства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Чи <u>примушував</u> Вас хто-небудь (батьки, інші члени родини, кохана людина, знайомий чи будь-хто інший), коли б то не було, <u>фізично</u> або погрозами до статевого акту або зайняття оральним чи анальним сексом проти Вашої волі? (Чи то фізично примушуючи Вас, погрожуючи Вам, чи то використовуючи ситуацію, коли Ви були безпорадні, наприклад, коли Ви спали або перебували у стані алкогольного сп'яніння.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Окрім уже описаного досвіду: Чи торкався хто-небудь коли-небудь інтимних частин Вашого тіла проти Вашої волі та чи змушував Вас торкатися його/її інтимних частин тіла проти Вашої волі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Коли Ви були дитиною: Чи штовхав, бив Вас або іншим чином нападав на Вас або кривдив Вас коли-небудь хтось із батьків, опікун або інший дорослий?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	У зрілому віці: Чи штовхали, били, давали ляпаса або іншим чином фізично кривдили Вас коли-небудь Ваша кохана людина, людина, з якою Ви зустрічаєтесь/зустрічалися, член родини, знайомий або будь-хто інший?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Чи було таке, що Ваш батько, кохана людина або член родини неодноразово висміював Вас, принижував або говорив, що Ви нічого не варті?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Чи був хтось поза сім'єю, наприклад однокласники або колеги, які неодноразово висміювали Вас, принижували або говорили, що Ви нічого не варті?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Окрім уже описаного досвіду: чи погрожував Вам хто-небудь коли-небудь зброєю, як-от ніж або пістолет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Чи були Ви коли-небудь присутні під час убивства іншої людини? Серйозного поранення? Сексуального або фізичного насильства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Чи були Ви коли-небудь у будь-якій іншій ситуації, коли Ви були серйозно поранені або Ваше життя було в небезпеці (наприклад, брали участь у військових діях, жили в зоні бойових дій або піддавалися терористичній атаці)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Окрім уже описаного досвіду: Чи були Ви коли-небудь у будь-якій іншій ситуації, яка була надзвичайно страшною або жахливою, або в якій Ви почувалися украй безпорадними? Будь ласка, опишіть:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Якщо Ви відповіли «так» більш ніж на одне питання, будь ласка, позначте зірочкою (*) подію, яка турбує Вас сьогодні найбільше.		

Анкета для скринінгу стресових життєвих подій — переглянута (SLESQ). Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, переклад норвезькою 1998 року Thoresen & Øverlien (2013). Норвезький дослідницький центр з проблем насильства та травматичного стресу (NKVTS)

БУДЬ ЛАСКА, ПЕРЕГОРНІТЬ

АРКУШ!

Тепер ми просимо Вас, пам'ятаючи про найгіршу подію, прочитати кожен з наведених нижче проблем, а потім обвести одну з цифр праворуч, аби вказати, наскільки сильно вас турбувала ця проблема за минулий місяць.

За минулий місяць, наскільки сильно Вас турбували:	Анітрохи	Трохи	Помірно	Значною мірою	Надзвичайно
1. Повторювані, тривожні та небажані спогади про пережитий стрес?	0	1	2	3	4
2. Повторювані, тривожні сни про пережитий стрес?	0	1	2	3	4
3. Раптове відчуття або поведінка, ніби пережитий стрес знову повторюється (ніби Ви знову переживаєте його)?	0	1	2	3	4
4. Сильне засмучення, коли щось нагадує Вам про пережитий стрес?	0	1	2	3	4
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадує Вам про пережитий стрес (наприклад, прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?	0	1	2	3	4
6. Уникнення спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із пережитим стресом?	0	1	2	3	4
7. Уникнення зовнішніх нагадувань про пережитий стрес (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів або ситуацій)?	0	1	2	3	4
8. Проблеми із запам'ятовуванням важливих деталей пережитого стресу?	0	1	2	3	4
9. Наявність сильних негативних переконань про себе, інших людей або світ (наприклад, наявність думок, як-от: Я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна довіряти, світ украй небезпечний)?	0	1	2	3	4
10. Звинувачування себе або когось іншого у пережитому стресі або в тому, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11. Наявність сильних негативних почуттів, як-от страх, жах, гнів, провина або сором?	0	1	2	3	4
12. Втрата цікавості до занять, які вам раніше подобалися?	0	1	2	3	4
13. Почування себе відчуженим або відрізнаним від інших людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми з переживанням позитивних почуттів (наприклад, нездатність відчувати щастя або любов до близьких Вам людей)?	0	1	2	3	4
15. Дратівлива поведінка, спалахи гніву або агресивні дії?	0	1	2	3	4
16. Занадто сильний ризик або вчинки, які можуть завдати Вам шкоди?	0	1	2	3	4
17. Стан «надпильності», пильності або надзвичайної уваги?	0	1	2	3	4
18. Почування себе знервованим або боягузливим?	0	1	2	3	4
19. Труднощі з концентрацією уваги?	0	1	2	3	4
20. Проблеми із засинанням або сном?	0	1	2	3	4
Загальний бал:					

травматичного стресу (NKVTS)