

**СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМ И  
ПТСР (TRAPS)**

Перечисленные ниже пункты касаются событий, которые когда-либо могли случаться в Вашей жизни, включая раннее детство. Пожалуйста, отметьте, происходили ли с Вами какие-либо из этих событий, имели ли Вы подобный опыт. Если Вы не хотите отвечать на вопрос, Вы можете оставить его без ответа.

		<b><u>Да</u></b>	<b><u>Нет</u></b>
1.	Было ли у Вас когда-нибудь опасное для жизни заболевание?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Попадали ли Вы когда-нибудь в опасную для жизни аварийную ситуацию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Страдали ли Вы когда-нибудь непосредственно от стихийного бедствия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Применялась ли когда-либо против Вас физическая сила или оружие во время ограбления или разбойного нападения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Умирал ли Ваш ближайший родственник, любимый человек или очень близкий друг в результате несчастного случая, убийства или самоубийства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<b><u>Принуждал</u></b> ли Вас кто-либо (родители, другие члены семьи, любимый человек, знакомый или кто-либо другой) когда-либо <b><u>физически</u></b> или угрозами к половому акту или занятию оральным или анальным сексом против Вашего желания? (Либо физически принуждая Вас, угрожая Вам, либо используя ситуацию, когда Вы были беспомощны, например, когда Вы спали или находились в состоянии алкогольного опьянения.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Помимо уже описанного опыта: касался ли кто-либо когда-либо интимных частей Вашего тела против Вашего желания и заставлял ли Вас касаться его/ее интимных частей тела против Вашего желания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Когда Вы были ребенком: Вас когда-нибудь кто-нибудь из родителей, воспитателей или других взрослых толкал, бил, нападал на Вас или причинял Вам вред иным образом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	В зрелом возрасте: пинал ли Вас когда-нибудь, бил, давал пощечины или причинял иной физический вред любимый человек, человек, с которым Вы встречаетесь/встречались, член семьи, знакомый или кто-либо другой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Было ли такое, что Ваш отец, любимый человек или член семьи неоднократно высмеивал Вас, унижал или говорил, что Вы плохой, ни на что не годный человек?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Кто-нибудь вне семьи, например, среди одноклассников или коллег, неоднократно высмеивал Вас, унижал, или говорил, что Вы плохой, ни на что не годный человек?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Помимо уже описанного опыта: <b><u>угрожал</u></b> ли Вам кто-нибудь когда-нибудь оружием, например, ножом или пистолетом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Вы когда-нибудь присутствовали при убийстве другого человека? Серьезном ранении? Сексуальном или физическом насилии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Попадали ли Вы когда-либо в любую другую ситуацию, когда Вы были серьезно ранены или Ваша жизнь была в опасности (например, принимали участие в военных действиях, жили в зоне боевых действий или подвергались террористической атаке)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Помимо уже описанного опыта: попадали ли Вы когда-либо в любую другую чрезвычайно пугающую или ужасающую ситуацию или ситуацию, в которой Вы чувствовали себя крайне беспомощно? Пожалуйста, опишите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Если Вы ответили «да» более чем на один вопрос, пожалуйста, отметьте звездочкой (*) событие, которое сегодня беспокоит Вас больше всего.		

Анкета для скрининга стрессовых жизненных событий — Пересмотренная (SLESQ). Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, перевод на норвежский 1998 года Thoresen & Øverlien (2013). Норвежский исследовательский центр по проблемам насилия и травматического стресса (NKVTS)

**ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕВЕРНИТЕ ЛИСТ!**

Теперь мы просим Вас, помня о худшем событии, прочитать каждую из описанных ниже проблем, а затем обвести одну из цифр справа, чтобы указать, насколько сильно Вас беспокоила эта проблема за прошедший месяц.

<i>За прошедший месяц, насколько сильно Вас беспокоили:</i>	<i>ниско льк о</i>	<i>немно го</i>	<i>умерен но</i>	<i>в знач итель ной сте пени</i>	<i>чрезв ыча йно</i>
1. Повторяющиеся, тревожные и нежелательные воспоминания о пережитом стрессе?	0	1	2	3	4
2. Повторяющиеся, тревожные сны о пережитом стрессе?	0	1	2	3	4
3. Внезапное ощущение или поведение, будто пережитый стресс повторяется снова ( <i>как будто Вы вновь переживаете его</i> )?	0	1	2	3	4
4. Сильное огорчение, когда что-либо напоминает Вам о пережитом стрессе?	0	1	2	3	4
5. Сильные физические реакции, когда что-либо напоминает Вам о пережитом стрессе ( <i>например, учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, потливость</i> )?	0	1	2	3	4
6. Избегание воспоминаний, мыслей или чувств, связанных с пережитым стрессом?	0	1	2	3	4
7. Избегание внешних напоминаний о пережитом стрессе ( <i>например, людей, мест, разговоров, действий, предметов или ситуаций</i> )?	0	1	2	3	4
8. Проблемы с запоминанием важных деталей пережитого стресса?	0	1	2	3	4
9. Наличие сильных негативных убеждений о себе, других людях или мире ( <i>например, наличие таких мыслей, как: я плохой, со мной что-то всерьез не так, никому нельзя доверять, мир крайне опасен</i> )?	0	1	2	3	4
10. Обвинение себя или кого-то другого в пережитом стрессе или в том, что произошло после него?	0	1	2	3	4
11. Наличие сильных негативных чувств, таких как страх, ужас, гнев, вина или стыд?	0	1	2	3	4
12. Потеря интереса к занятиям, которые Вам раньше нравились?	0	1	2	3	4
13. Ощущение себя отчужденным или отрезанным от других людей?	0	1	2	3	4
14. Проблемы с переживанием положительных чувств ( <i>например, неспособность испытывать счастье или любовь к близким Вам людям</i> )?	0	1	2	3	4
15. Раздражительное поведение, вспышки гнева или агрессивные действия?	0	1	2	3	4
16. Излишняя рискованность или поступки, которые могут причинить Вам вред?	0	1	2	3	4
17. Состояние «сверхбдительности», бдительности или чрезвычайного внимания?	0	1	2	3	4
18. Ощущение себя нервозным или боязливым?	0	1	2	3	4
19. Трудности с концентрацией внимания?	0	1	2	3	4
20. Проблемы с засыпанием или сном?	0	1	2	3	4

<b>Общий балл:</b>	
--------------------	--

Контрольный список ПТСР для *DSM-5* (PCL-5). Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). Перевод на норвежский Тронда Хейра (2014) — Норвежский исследовательский центр по проблемам насилия и травматического стресса (NKVTS)