

ІСТОРІЯ ТРАВМИ ЗА ВЛАСНИМИ СЛОВАМИ: Під час інтерв'ю з дитиною / підлітком запитайте: *Іноді з людиною можуть трапитися страшні та насильницькі події, в наслідок яких хтось міг постраждати або загинути. Чи доводилося тобі колись пережити щось подібне?*

1. Короткий опис події:

Нижче наведено список неприємних або насильницьких подій, що могли статися. У кожному питанні відміть “так”, якщо з тобою таке сталося; відміть “ні” якщо з тобою такого **НЕ** сталося.

2. Чи доводилося тобі переживати катастрофу, таку як землетрус, пожежа, ураган, торнадо або повінь?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
3. Чи доводилося потрапляти в серйозну аварію або падати з великої висоти?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
4. Чи доводилося жити в місці, де навколо тебе відбувалася війна?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
5. Чи колись били або сильно штовхали тебе вдома? (НЕ ВКЛЮЧАТИ ігрові бійки між братами / сестрами.)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
6. Чи доводилося бачити як когось із членів твоєї сім'ї інший бив або сильно штовхав? (НЕ ВКЛЮЧАТИ ігрові бійки між братами / сестрами.)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
7. Чи били, погрожували зброєю або побиттям тобі у школі, районі чи місті?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
8. Чи доводилося тобі бачити, як когось побили або убили? Як в когось стріляли?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
9. Чи доводилося тобі бачити мертве тіло (не на похороні)?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
10. Чи хтось колись торкався твоїх приватних частин тіла, коли тобі цього не хотілося? (НЕ ВКЛЮЧАТИ візити до лікаря)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
11. Чи доводилося тобі бачити або чути про насильницьку смерть чи серйозну травму близької людини / друга?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
12. Чи доводилося тобі проходити болюче або страшне лікування під час важкої хвороби або серйозної травми?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
13. Чи змушувати тебе колись займатися сексом із кимось проти твого бажання?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні

14. Чи **помер** хтось із близьких тобі людей?

Так

Ні

15 ОКРІМ описаних вище речей, чи **ЩОСЬ ІНШЕ** траплялося із тобою що було **ДУЖЕ СТРАШНИМ**
АБО ГНІТЮЧИМ?

Так

Ні

Якщо ти відповів/ла “Так” лише на одне із питань у списку вище (від 1 до 15), внеси номер цього питання сюди: № _____. Якщо відповів/ла “Так” на БІЛЬШ НІЖ ОДНЕ ЗАПИТАННЯ, обери те, що ТРИВОЖИТЬ ТЕБЕ ЗАРАЗ НАЙБІЛЬШЕ і впиши номер цього питання сюди: № _____

Скільки приблизно тобі було років, коли ця неприємна подія сталася?

Лікар-консультант: Дайте короткий опис події, що непокоїть найбільше (якщо відрізняється від № 1 описаного вище):

Ось список проблем, які можуть виникати у людини, коли з нею сталося щось погане. Будь ласка, подумаю про ту погану подію, що непокоїть тебе найбільше зараз. Навпроти кожної проблеми **ОБВЕДИ ОДНУ** цифру (0, 1, 2, 3 або 4), щоб показати, наскільки часто ця проблема виникала у тебе протягом **минулого місяця**, навіть якщо погана подія сталася з тобою давно. Аби допомогти собі визначити, наскільки часто тебе хвилювала певна проблема **протягом минулого місяця**, використовуй **Шкалу оцінки частоти**.

Як багато часу протягом минулого місяця ...		Жодного	Зрідка	Час від часу	Часто	Дуже часто
1E3	Я стережуся небезпеки або речей, які мене лякають (наприклад, озираюся через плече, навіть коли там нічого немає).	0	1	2	3	4
2D2	У мене бувають думки типу: “Я поганий/а”		1	2	3	4
3C2	Я намагаюся уникати людей, місць та речей, які нагадують мені про те, що сталося.	0	1	2	3	4
4E1	Я легко засмучуюсь або в суперечки чи бійки.	0	1	2	3	4
5B3	Я відчуваю, наче повертаюся в той момент, коли ця неприємна подія сталася зі мною, наче вона відбувається знову.	0	1	2	3	4
6D4	Коли я думаю про ту подію, то відчуваю огиду, нудоту.	0	1	2	3	4
7D5	Мені не хочеться нічим займатися з моїми друзями чи рідними, навіть тими речами, що колись мені подобались.	0	1	2	3	4
8E5	Мені важко концентруватися, зосереджувати увагу	0	1	2	3	4
9D2	У мене бувають думки типу: “Світ навколо дуже небезпечний”.	0	1	2	3	4
10B2	У мене бувають погані сни про те, що сталося, або інші страшні сни.	0	1	2	3	4
11B4	Коли щось нагадує мені про те, що сталося, я дуже засмучуюсь або починаю боятися.	0	1	2	3	4
12D7	Мені важко відчувати радість або любов.	0	1	2	3	4
13C1	Я намагаюся не мати думок або почуттів щодо тієї події.	0	1	2	3	4
14B5	Коли щось нагадує мені про ту подію, моє тіло сильно на це реагує, наприклад, серце починає битися дуже часто, починає боліти голова або живіт	0	1	2	3	4
15D3	Я дуже злюсь на когось за те, що ця погана подія сталася зі мною, за те, що її не зупинили або	0	1	2	3	4

	не допомогли мені після події.					
16 _{D2}	У мене бувають думки типу: “Я ніколи не зможу довіряти іншим людям”	0	1	2	3	4
17 _{D6}	Я почуваюся самотньо навіть коли я серед інших людей.	0	1	2	3	4
18 _{B1}	Думки, образи чи звуки того, що відбувалося тоді з'являються у мене в голові, навіть коли я цього не хочу і засмучують мене.	0	1	2	3	4
19 _{D3}	Я відчуваю, що в тому що сталося є моя провина.	0	1	2	3	4
20 _{E2}	Я навмисне завдаю собі болю.	0	1	2	3	4
21 _{E6}	Мені важко засинати, я часто прокидаюся або не можу потім заснути знову.	0	1	2	3	4
22 _{D4}	Я відчуваю сором через те, що сталося	0	1	2	3	4
23 _{D1}	Мені важко пригадати певні важливі частини того, що сталося	0	1	2	3	4
24 _{E4}	Я легко лякаюся або нервуюся, коли чую різкий звук, або коли щось навколо відбувається несподівано.	0	1	2	3	4
25 _{D4}	Я почуваюся переляканим / -ою	0	1	2	3	4
26 _{E2}	Я роблю ризиковані або небезпечні речі, які можуть нашкодити мені чи комусь іншому	0	1	2	3	4
27 _{D4}	Мені хочеться комусь помститися за те, що сталося.	0	1	2	3	4
Із дисоціативними симптомами (Дисоціативний підтип)		0	1	2	3	4
28 _{A1}	Я почуваюся так, наче бачу себе і те, що я роблю, зі сторони (наче дивлюся кіно про себе)	0	1	2	3	4
29 _{A1}	Я почуваюся роз'єднаним зі своїм тілом, наче я насправді не в ньому.	0	1	2	3	4
30 _{A2}	Речі навколо мене виглядають дивно, інакше. Або наче в тумані.	0	1	2	3	4
31 _{A2}	Речі навколо мене здаються мені нереальними. Наче я уві сні.	0	1	2	3	4

Лікар-консультант: Перевірте, чи вище зазначені реакції (думки і почуття) викликають клінічно значущий рівень *стресу* або *функціональні порушення*.

Клінічно значущий рівень стресу: (перевірте, чи обирає клієнт №1 нижче)

Так

Клінічно значущі функціональні порушення: (перевірте наявність функціональних порушень вдома, в школі, стосунках з однолітками, розвитку)

Вдома: (перевірте, чи обирає клієнт №1, 2 чи 3 нижче)

Так

Так Ні. Чи і реакції думки почуття створюють проблеми з батьками/родичами вдома?

Так

Опиши: _____

Школа: (перевірте, чи обирає клієнт №1 чи 2 нижче)

Так

Так

Опиши: _____

Сосунки з однолітками: (перевірте, чи обирає клієнт №1 нижче)

Так

рузями або заводити нових знайомих?

Опиши: _____

Розвиток: (перевірте, чи обирає клієнт №1 нижче)

Так

їм робити важливі речі, які роблять інші діти твого віку? реакції думки почуття зав

Так

Шкала оцінки частоти

Як часто протягом
попереднього місяця виникала ця проблема?

0

Жодного

П	В	С	Ч	П	С	Н

Ніколи

1

Зрідка

П	В	С	Ч	П	С	Н
	X					
						X

1-2 рази на місяць

2

Час від часу

П	В	С	Ч	П	С	Н
		X			X	
		X				
			X			
		X		X		
		X		X		

1-2 на тиждень

3

Часто

П	В	С	Ч	П	С	Н
	X		X		X	
X		X				
	X		X		X	
X	X					

2-3 рази на
тиждень

4

Дуже часто

П	В	С	Ч	П	С	Н
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X		
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

Майже кожного
дня

ЛИСТ ОЦІНКИ

№ Клієнта _____ Вік _____ Стать (обведіть): М Ж Дата _____ Ім'я _____

Для пунктів 2, 9 та 16: вкажіть лише найвищий показник для DSM-5 Симптом D2; для пунктів 15 і 19: вкажіть лише найвищий показник для DSM-5 Симптом D3; для пунктів 6, 22, 25 та 27: вкажіть лише найвищий показник для DSM-5 Симптом D4; для пунктів 20 і 26: вкажіть лише найвищий показник для DSM-5 Симптом E2. В категорії В Всього: сума балів для симптомів B1-B5; В категорії С Всього: сума балів для симптомів C1 і C2; В категорії D Всього: сума балів для симптомів D1-D7; В категорії E Всього: сума балів для симптомів E1-E6; PTSD-RI Загальний показник шкали: Сума балів в категоріях В, С, D та E.

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
18	B1	
10	B2	
5	B3	
11	B4	
14	B5	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ В СУМАРНИЙ БАЛ: _____		
13	C1	
3	C2	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ С СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
23	D1	
2*	D2	
9*	D2	_____
16*	D2	
15*	D3	
19*	D3	_____
6*	D4	
22*	D4	
25*	D4	_____
27*	D4	
7	D5	
17	D6	
12	D7	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ D СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
4	E1	
20*	E2	
26*	E2	_____
1	E3	
24	E4	
8	E5	
21	E6	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ E СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Дисоціативні симптоми:

28. A1 _____
 29. A1 _____
 (відзначте найвищий бал для A1)
 30. A2 _____
 31. A2 _____
 (відзначте найвищий бал для A2)

PTSD-RI Загальний показник

ДІАГНОЗ DSM-5 ПТСР

- В: Наявний один чи більше симптомів категорії В
- С: Наявний один чи більше симптомів категорії С
- D: Наявний один чи більше симптомів категорії D
- E: Наявний один чи більше симптомів категорії E
- F: Тривалість симптомів більша за один місяць
- G: Симптоми викликають клінічно значущий стрес або порушення
- Уточніть дисоціативний підтип:
- Наявні один чи більше дисоціативних симптомів

Оцінка того, чи відповідає DSM-5 ПТСР критеріям типу В, С, D або E. Якщо симптом набирає 3 або 4 бали, оцініть його як "наявний". Для №№ 4, 10 та 26 оцінка 2 та вище є показником наявності. Після цього визначте, чи наявні один або більше симптомів категорії В, категорії С, категорії D та категорії E. Якщо є наявні один чи більше дисоціативних симптомів, зазначте дисоціативний підтип.