

Глобален скрининг за Психотравма (ГСП)			Идентификационен номер на участника	
Пол: ☐ Жена ☐ Мъж ☐ Друг				
Възраст (години)				
Понякога на човек се случват неща, които са силно или изключително плашещи, ужасяващи или травмиращи.				
Накратко опишете събитието или преживяването, което в момента оказва най-силно въздействие върху Вас:				
Въпросното събитие се е случило:				
☐ миналия месец ☐ през последната половин година ☐ през последната година ☐ по-отдавна				
Въпросното събитие:				
☐ беше еднократно и се случи на възраст _____ години.				
☐ се случваше в продължение на по-дълъг период / многократно, на възраст между _____ и _____ години.				
Кое от изброените описва събитието (възможен е повече от един отговор):				
Физическо насилие: ☐ насочено срещу Вас ☐ насочено срещу друг човек				
Сексуално насилие: ☐ насочено срещу Вас ☐ насочено срещу друг човек				
Емоционално насилие: ☐ насочено срещу Вас ☐ насочено срещу друг човек				
Сериозно нараняване: ☐ насочено срещу Вас ☐ насочено срещу друг човек				
Животозастрашаващо: ☐ насочено срещу Вас ☐ насочено срещу друг човек				
☐ Внезапна смърт на близък				
☐ Вие сте причинили вреда на друг човек				
☐ Коронавирус (COVID-19)				
Като имате предвид гореописаното събитие, през последния месец случвало ли се е....				
1. ... да сънувате кошмари или да ви връхлитат нежелани мисли, свързани с преживяно в миналото травматично събитие (събития)?			☐ Не	☐ Да
2. ... да полагате усилия да не мислите за преживяно в миналото травматично събитие (събития) или да избягвате ситуации, които Ви напомнят за него (тях)?			☐ Не	☐ Да
3. ... да сте непрекъснато нащрек, бдителни или лесно да се стряскате?			☐ Не	☐ Да
4. ... да се чувствате вцепенени или изолирани от хората, дейностите или заобикалящата Ви среда?			☐ Не	☐ Да
5. ... да се чувствате виновни или да не можете да спрете да обвинявате себе си или другиго за преживяно в миналото травматично събитие (събития) или за проблеми, причинени от него (тях)?			☐ Не	☐ Да
6. ... често да се чувствате безполезни?			☐ Не	☐ Да
7. ... да имате изблици на гняв, които не можете да контролирате?			☐ Не	☐ Да
8. ... да се чувствате изнервени, тревожни или раздразнителни?			☐ Не	☐ Да
9. ... да не сте в състояние да спрете или овладеете тревогите си?			☐ Не	☐ Да
10. ... да се чувствате потиснати, депресирани или обезнадеждени?			☐ Не	☐ Да
11. ... да изпитвате твърде слаб интерес или липса на удоволствие от нещата, които правите?			☐ Не	☐ Да

12. ... да ви е трудно да заспите или да се будите често?	☐ Не	☐ Да
13. ... умишлено да опитате да се самонараните?	☐ Не	☐ Да
14. ... да възприемате или преживявате света или другите хора различно, сякаш нещата изглеждат странни, нереални или като насън?	☐ Не	☐ Да
15. ... да се чувствате дистанцирани или отделени от тялото си (например да имате чувството, че наблюдавате себе си отгоре, или сте страничен наблюдател на собственото си тяло)?	☐ Не	☐ Да
16. ... да имате някакви други физически, емоционални или социални проблеми, които Ви притесняват?	☐ Не	☐ Да
17. ... да преживеете други стресиращи събития (напр. финансови проблеми, смяна на работното място, преместване в друг дом, криза в професионалните или личните взаимоотношения)?	☐ Не	☐ Да
18. ... да се опитате да облекчите напрежението чрез употреба на алкохол, цигари, наркотици или медикаменти?	☐ Не	☐ Да
19. ... да изпитвате липса на подкрепящи хора, на които да разчитате за помощ в трудни моменти (напр. за емоционална подкрепа, грижа за деца или домашни любимци, превозване до болница или магазин, помощ, когато сте болни)?	☐ Не	☐ Да
20. Преживявали ли сте някакви травмиращи събития в детството (0-18 годишна възраст), напр. сериозна злополука или пожар, физическо или сексуално насилие или тормоз, бедствие, смърт на близък или да сте бил(а) свидетел на убийство или сериозно нараняване?	☐ Не	☐ Да
21. Получавали ли сте някога психиатрична диагноза, лекували ли сте се някога от психологически проблеми (напр. депресия, тревожност или личностово разстройство)?	☐ Не	☐ Да
22. По принцип определяте ли себе си като устойчив човек?	☐ Не	☐ Да
23. Как бихте оценили настоящото си функциониране (на работното място/вкъщи)?		
Лошо ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Отлично		