

Заполняется пациентом

Дата заполнения: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Ваши имя и фамилия: \_\_\_\_\_

**Многие семьи испытывают стрессовые жизненные ситуации. В долгосрочной перспективе такие ситуации могут негативно влиять на ваше здоровье и самочувствие. Мы бы хотели задать вам вопросы, чтобы помочь вам оставаться максимально здоровыми.**

**Оказывались ли вы в какой-либо момент вашей жизни со времени своего рождения в описанных ниже ситуациях?** Укажите ситуации, случавшиеся в прошлом и имеющие место в настоящее время. Обращаем ваше внимание на то, что некоторые вопросы состоят из нескольких частей, разделенных словом «ИЛИ». Если на какую-либо часть вопроса был дан ответ «Да», то ответом на весь вопрос будет «Да».

Часть 1

Ощущали ли вы отсутствие поддержки, любви и (или) защиты?

Проживали ли вы с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим психическим заболеванием (например, депрессией, шизофренией, биполярным расстройством, PTSD или тревожным расстройством)?

Подвергались ли вы оскорблениям, унижениям или критике со стороны родителя / лица, осуществляющего уход?

Были ли когда-либо в прошлом или имеются ли в настоящее время у вашего биологического родителя или лица, осуществляющего уход, проблемы, связанные с употреблением алкоголя, уличных наркотиков или рецептурных препаратов?

Испытывали ли вы недостаток надлежащего ухода со стороны какого-либо лица, осуществляющего уход (например, недостаточная защита в опасных ситуациях или недостаточный уход во время болезни или травмы, при том что для надлежащего ухода имелись все необходимые ресурсы)?

Были ли вы свидетелем того, как родитель / лицо, осуществляющее уход, подвергались крикам, ругани, оскорблениям или унижению со стороны другого взрослого? **ИЛИ** Были ли вы свидетелем того, как родителя / лицо, осуществляющее уход, били по лицу, пинали, избивали или наносили им повреждения каким-либо оружием?

Случалось ли такое, что взрослый член семьи часто или очень часто толкал, хватал, бил вас или бросал в вас что-либо? **ИЛИ** Случалось ли такое, что взрослый член семьи ударял вас так сильно, что на вашем теле оставались следы или вы получали травму? **ИЛИ** Случалось ли такое, что взрослый член семьи угрожал вам или совершал действия, которые пугали вас и заставляли думать о том, что вы можете пострадать?

Подвергались ли вы сексуальному насилию? Например, кто-либо дотрагивался до вас или просил вас дотронуться до человека нежелательным образом, или заставлял вас испытывать дискомфорт, или же кто-либо пытался совершить или совершил с вами половой акт (оральный, анальный, вагинальный секс)?

Имели ли место значительные изменения в семейном положении лица (лиц), осуществляющего(-их) уход за вами? Например, имели место развод или расставание в жизни родителя / лица, осуществляющего уход, либо появились новые или закончились старые романтические отношения.

**Суммируйте ответы «Да» по данному первому разделу:**

Продолжите заполнение опросника на следующей странице

Teen (Self Report) – Deidentified

## Часть 2

Становились ли вы свидетелем или жертвой насилия в вашем микрорайоне, сообществе или школе (например, целенаправленная травля, словесные оскорбления или угрозы и другие действия насильственного характера, война или терроризм)?

Подвергались ли вы дискриминации (например, подвергались преследованиям или ощущали себя уязвимым или исключенным по причине вашей расовой или этнической принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, религии, трудностей в обучении или физических недостатков)?

Были ли у вас проблемы с жильем (например, отсутствие жилья или постоянного места проживания, более двух переездов в течение шестимесячного периода, лишение собственности по суду или отчуждение недвижимости за долги, либо вынужденная необходимость проживания с несколькими семьями или членами семьи)?

Беспокоились ли вы о том, что вам не хватает еды, или о том, что продукты питания закончатся до того, как вы или ваш родитель / лицо, осуществляющее уход, сможете купить другие?

Разлучались ли вы с родителем / лицом, осуществляющим уход, в связи с патронажным воспитанием или иммиграцией?

Проживали ли вы с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим серьезным соматическим заболеванием или имеющим инвалидность?

Проживали ли вы с уже умершим родителем / лицом, осуществляющим уход?

Подвергались ли вы задержанию, аресту или заключению под стражу?

Подвергались ли вы вербальному или физическому насилию или угрозам со стороны партнеров по романтическим отношениям (например, парня или девушки)?

**Суммируйте ответы «Да» по данному второму разделу:**

Teen (Self Report) – Deidentified