

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, случившиеся 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.

Сколько раз вы ответили «Да» в части 1?

Продолжите заполнение опросника на следующей странице

Часть 2

Отметьте «Да», где применимо

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)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы дискриминации (например, подвергались преследованиям или ощущали себя ущемленным или исключенным по причине вашей расовой или этнической принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, религии, трудностей в обучении или физических недостатков)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
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)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
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?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Разлучались ли вы с родителем / лицом, осуществляющим уход, в связи с патронажным воспитанием или иммиграцией?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Проживали ли вы с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим серьезным соматическим заболеванием или имеющим инвалидность?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Проживали ли вы с уже умершим родителем / лицом, осуществляющим уход?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы задержанию, аресту или заключению под стражу?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы вербальному или физическому насилию или угрозам со стороны партнеров по романтическим отношениям (например, парня или девушки)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Сколько раз вы ответили «Да» в части 2?

Teen (Self Report) – Identified