ШКАЛА СИМПТОМОВ ПТСР У ДЕТЕЙ ДЛЯ DSM-V (CPSS-V SR)

Шкала симптомов ПТСР У детей для DSM-V (CPSS-V SR)

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПСИХОМЕТРИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ

CPSS-SR-5 - это модифицированная версия шкалы для самоотчета по детскому посттравматическому стрессовому расстройству (CPSS-SR) для DSM-5. Двадцать пунктов с симптомами ПТСР оцениваются по 5-балльной шкале частоты и степени тяжести от 0 (полное отсутствие) до 4 (6 или более раз в неделю / тяжелые). Семь функциональных элементов оцениваются по принципу «да» / «нет».

Используйте 20 пунктов с симптомами, чтобы рассчитать общую оценку тяжести симптомов. CPSS-SR-5 имеет отличную внутреннюю согласованность по общей тяжести симптомов (альфа Кронбаха = .924) и хорошую надежность повторного тестирования (r = .800). CPSS-SR-5 также демонстрирует конвергентную валидность с CPSS-1-5 (r = .904) и дискриминантную валидность с многомерной шкалой тревожности (MASC) для детей и вопросником по детской депрессии (CDI). Пороговая оценка в 31 балл может использоваться для определения вероятного диагноза посттравматического стрессового расстройства у детей. В целом, CPSS-SR-5 является достоверным и надежным инструментом самоотчета для оценки диагноза и тяжести посттравматического стрессового расстройства по DSM-5 у детей и подростков.

ДИАПАЗОНЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ CPSS

|  |  |
| --- | --- |
| **Тяжесть симптомов** | **Диапазон** |
| Минимальная | 0-10 |
| Легкая | 11-20 |
| Умеренная | 21-40 |
| Тяжелая | 41-60 |
| Очень тяжелая | 61-80 |

**Примечание.** На следующей странице мы включили контрольный перечень по травме на тот случай, если специалист сочтет это полезным перед выполнением CPSS-V SR. Заполнять его необязательно.

МОНИТОРИНГ ПО ТРАВМЕ (ДОПОЛНИТЕЛЬНО – ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)

Имя и фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНСТРУКЦИИ

Многие дети переживают пугающие или стрессовые события. Ниже перечислены подобные ситуации, которые могут происходить. Отметьте ДА, если вы пережили какое-либо из этих событий. Отметьте НЕТ, если вы не сталкивались с этими событиями.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| 1. Серьезное стихийное бедствие, такое как наводнение, торнадо, ураган, землетрясение или пожар. |  |  |
| 2. Серьезный инцидент или травма, вызванная автомобильной или велосипедной аварией, укусом собаки или полученная во время занятий спортом. |  |  |
| 3. Жертва ограбления с применением угроз, силы или оружия |  |  |
| 4. Пощечины, физическое наказание или избиение со стороны родственника |  |  |
| 5. Получение пощечин, ножевое ранение или избиение со стороны незнакомого человека |  |  |
| 6. Свидетель того, как родственник получал пощечины, был наказан или избит |  |  |
| 7. Свидетель того, как в местном сообществе кого-то били или наказывали |  |  |
| 8. Прикосновение к вашим половым / интимным местам со стороны взрослого / кого-то старше вас, кому не следует прикасаться к вам в этих местах |  |  |
| 9. Давление / принуждение к занятиям сексом в то время, когда вы не могли сказать `` нет '' |  |  |
| 10. Внезапная или насильственная смерть члена семьи или близкого человека |  |  |
| 11. Жертва атаки, огнестрельное или ножевое ранение, получение серьезных повреждений |  |  |
| 12. Видел, как на кого-то напали, застрелили, ударили ножом или серьезно покалечили |  |  |
| 13. Проходил стрессовую или пугающую медицинскую процедуру |  |  |
| 14. Был в зоне военных действий |  |  |
| 15. Любое другое стрессовое или пугающее событие  Опишите: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

Какое из этих событий беспокоит вас больше всего? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если вы ответили НЕТ на все вышеперечисленные вопросы, тогда ОСТАНОВИТЕСЬ. Если вы ответили ДА на любой из вышеперечисленных вопросов, тогда ответьте на следующие вопросы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Когда случилось это событие, чувствовали ли вы: | ДА | НЕТ |
| Страх, что вы сейчас умрете или получите серьезное повреждение? |  |  |
| Страх, что кто-то другой был серьезно ранен? |  |  |
| Что вы не в состоянии помочь себе? |  |  |
| Стыд или отвращение? |  |  |

CPSS – V

Имя и фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иногда с детьми случаются страшные или тяжелые вещи. Это может быть автомобильная авария, избиение, землетрясение, ограбление, чужие прикосновения, которые вам не нравятся, ранение или убийство родителя или любое другое очень печальное событие.

Запишите, что пугает или расстраивает вас больше всего, когда вы думаете об этом (это должно быть событие, которое вы указали в таблице по мониторингу травмы, если она использовалась):

|  |
| --- |
|  |

Когда это произошло? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Вообще нет | Раз в неделю или меньше/ мало | 2 или 3 раза в неделю/ иногда | 4 или 5 раз в неделю/ очень часто | 6 или более раз в неделю/ почти всегда |

Эти вопросы касаются того, как вы относитесь к указанному вами событию. Внимательно прочтите каждый вопрос. Затем обведите кружком число (0–4), которое лучше всего описывает, как часто эта проблема беспокоила вас ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Мысли или картинки о событии приходят в голову, когда вы этого не хотите | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Плохие сны или ночные кошмары | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Действие или ощущение, как будто это снова происходит (зрительные или слуховые галлюцинации или ощущение, как будто вы снова там) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Расстраиваетесь, когда вспоминаете, что случилось (ощущение страха, злости, печали, вины, растерянности) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ощущения в теле при воспоминании о случившемся (пот, сердцебиение, боль в голове или желудке) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Пытаетесь не думать об этом или отогнать эти чувства | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Попытка отгородиться от всего, что напоминает о событии (люди, места, разговоры) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Не можете вспомнить важную часть того, что случилось | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Плохие мысли о себе, других и о мире (например, «Я ничего не могу сделать нормально», «Все люди плохие», «Этот мир ужасен») | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Думаете, что все случилось по вашей вине (например, «Я должен был знать», «Я не должна была этого делать», «Я заслужила это») | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Сильные негативные эмоции (страх, гнев, вина, стыд) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Сильное снижение интереса к тому, что вы обычно делали | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Отчуждение от друзей и семьи или нежелание быть рядом с ними | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Отсутствие позитивных эмоций (счастье, любовь) или эмоций вообще | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Легко впадаете в гнев (кричите ,бьете других, швыряете вещи) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Саморазрушающее поведение (наркотики, алкоголь, сбегаете из дома, нанесение себе порезов) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Чрезмерная осторожность или готовность к опасности (смотрите, кто и что вас окружает) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Чрезмерная пугливость (вздрагиваете, когда вас резко обгоняет кто-то или вы слышите громкий звук) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Трудности с вниманием (теряете нить истории, показанной по телевизору, забываете, о чем читали, не можете сосредоточиться на уроке) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Трудно заснуть, и есть проблемы со сном | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Вышеозначенные проблемы мешали ли вам в этих моментах вашей жизни ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДА | НЕТ | 21. Интересные вещи, которые вы хотите делать |
| ДА | НЕТ | 22. Занятия повседневными делами |
| ДА | НЕТ | 23. Отношения с вашими друзьями |
| ДА | НЕТ | 24. Молитва |
| ДА | НЕТ | 25. Выполнение школьных заданий |
| ДА | НЕТ | 26. Отношения с вашей семьей |
| ДА | НЕТ | 27. Быть довольным своей жизнью |