

Global Psychotrauma Screen (GPS) 広汎心的外傷スクリーニング尺度日本語版

□□□□□□

患者識別番号

性別 女性 男性 その他

年齢(年) □□□□

人には、日常的ではない特別な脅威、戦慄、外傷的なことが起こることが時にはあります。

最近最も影響を与えた出来事または体験について簡潔に記載してください:

.....

この出来事が起きた時期 先月 過去半年 去年 もっと以前

この出来事は:

- 単回の出来事で、以下の年齢で起きた □□□ 歳
- 長期間・または複数回起きた出来事で、以下の年齢の間起きた □□□ 歳から □□□ 歳

出来事は下記のどれに該当しますか (複数回答可):

- 身体的暴力: 自身に起きた 誰か他の人に起きた
- 性的暴力: 自身に起きた 誰か他の人に起きた
- 情緒的虐待: 自身に起きた 誰か他の人に起きた
- 重度の負傷: 自身に起きた 誰か他の人に起きた
- 生命の脅威: 自身に起きた 誰か他の人に起きた
- 愛する人の突然の死
- あなたが他の誰かに危害を加えたとき
- 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

上記の出来事について考えたとき、過去1ヶ月間に、あなたに以下のようなことがありましたか？

- | | | | |
|-----|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | .. 過去にあなたが人生で経験した外傷的な出来事に関して嫌な夢を見たり、自分が望んでいない出来事を考えたりしたことがあった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 2. | .. 過去にあなたが人生で経験した外傷的な出来事については、考えないように努力したり、また無理やりその出来事を思い出させるような状況を避けた。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 3. | .. 常に用心し、警戒した。または、容易にびびりさせられた。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 4. | .. 感覚が麻痺していた。あるいは、人々や活動、または周囲から孤立していた。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 5. | .. 罪悪感を持っていた。あるいは、過去に人生で経験した外傷的な出来事やその出来事が引き起こした問題のことで、自分や他者を責めることを止めることができなかった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 6. | .. 自分が役立たずだと感じる傾向があった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 7. | .. コントロールしきれないほどの「怒りの噴出」を体験した。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 8. | .. 神経質になり、不安で、イライラしていた。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 9. | .. 心配しないよう心にストップをかけたり、コントロールしたりすることができなかった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10. | .. 気分が落ち込んだり、憂うつになった。または、絶望的な気持ちになった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 11. | .. 物事に対してほとんど興味を感じなくなり、楽しめなかった。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

12.	.. 入眠や睡眠を維持することが困難だった。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
13.	.. 意図的に自分を傷つけようとした。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
14.	.. 物事が夢のように奇妙で、非現実的に感じていたために、まわりの世界や人々が違ったように認識または体験したりした。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
15.	.. 自分の身体から遊離・分離した感じがした(例えば、自分自身を上から眺めているように感じたり、自分の身体から遊離し、あたかも外部の傍観者のように感じた)。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
16.	.. 他の身体的、感情的、あるいは社会的な問題に悩まされた。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
17.	.. 他のストレスを感じる出来事を体験した(経済的問題、転職、転居、職場や家庭での人間関係の問題等)。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
18.	.. アルコールやタバコ、薬物を使って緊張を和らげようとした。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
19.	.. あなたの周りには、困ったときすぐに助けてくれる人(気持ちを支えてくれる、子どもやペットの面倒をみってくれる、病院や店まで車で乗せてくれる、病気の時に助けてくれるような人)がいなくて寂しさを感じた。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
20.	あなたが <u>子どものとき</u> (0-18歳)、外傷的な出来事(例:事故、火事、身体的・性的犯罪虐待、災害、殺人や重傷を負った場面の目撃、あるいは愛する人の死等)を経験しましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
21.	これまでに <u>一度でも</u> あなたは精神科的な診断を受けたり、心理的な問題で治療を受けたことはありましたか? (例:うつ病、不安症、パーソナリティ障害等)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
22.	あなたは <u>大抵の場合</u> 、困難からの立ち直りの早い人間だと思いますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
23.	あなたの現在の機能はどの程度ですか(職場または家庭)?		
	不良 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 良好		