

Global Psychotrauma Screen for Teens (GPS-T)

広汎心的外傷スクリーニング尺度11-17 歳向け



患者識別番号

性別: 女性 男性 その他 答えたくない年齢 (歳): **人の身には、時として異常なほど怖くて恐ろしいことが起こります。**

もし、あなたにそのようなことが起こっていたら、今、最も気になっている出来事について、以下の質問に教えてください。

出来事後、この1ヶ月の間に次のようなことがありましたか？体験していない場合は「いいえ」、体験した場合は「はい」に印を付けてください。

- | | |
|--|--|
| 1. その出来事について、とても怖い夢を見たり、気持ちが動揺するようなことがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 2. その出来事について考えないようにしたり、その出来事を思い出させるような場所や状況、人、物を避けようとしていましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 3. あなたは何の理由もないのに、常に警戒していたり、用心深かったり、すぐに驚いてしまったりしましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 4. あなたは、人々、活動、または周囲の環境から麻痺したり、切り離されたりして、たとえ物理的に存在していても、いないように感じましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 5. 自分に起こったことや、その出来事が引き起こした問題に対して罪悪感を覚えましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 6. 自分が重要でないかのように、またはどうでもいいかのように、自分自身について悪く感じましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 7. コントロールできない怒りや憤りを感じたことがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 8. 緊張や不安はありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 9. 心配するのを止められない、コントロールできないということがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 10. 落ち込んだり、憂うつになったり、絶望的になったことはありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 11. 以前は喜びを感じていたことに、ほとんど興味や喜びを感じられなくなりましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 12. 眠りたいのに眠れない、または眠り続けることができないことがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 13. 自分で自分を傷つけようとしていましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 14. 目が覚めているのに、まるで夢の中にいるような不思議な感覚で、世界や周りの人を見たことがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 15. 上から自分を見下ろしているような、外から自分の体を見ているような感覚がありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 16. 他に気になることはありましたか（例えば、痛みや不快感、学校・家族・友人とのトラブルなど）？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 17. その他のストレスとなる出来事（例えば、お金や食べ物がない、引っ越し、学校、友人や家族との間で起きた出来事など）を経験しましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 18. 喫煙や電子タバコの使用、飲酒、薬物の使用、自分に処方されたもの以外の薬の服用などで不快感を減らそうとしたことがありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 19. あなたのお世話をする人がいない状況でしたか（例えば、具合が悪くなったときに助けてくれる、学校や行事に送ってくれる、医者や病院に連れて行ってってくれるなど）？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 20. あなたが <small>小さい頃（0歳～10歳）</small> 、他に何か怖い思いをしたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 21. これまでに感情面や行動面において問題があると言われたことがありますか 、またはそのような問題について治療を受けたことがありますか（例えば、うつ病、不安症、ADHD、摂食障害、行動上の問題など）？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 22. あなたは 一般的に 、自分は回復する力のある人（困難な状況から立ち直る人、悪いことが起きて乗り越えられる人）であると思いますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |

F. あなたの現在の機能については、どのように評価していますか（家庭、学校、その他生活のあらゆる場面でどのような状態ですか）？

不良 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 良好

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olff & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for adolescents, GPS-T, 2021, Grace & Olff, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen>
Translation into Japanese: Chiba, H. & Oe, M. May 2022