

# Анкета опроса Подросткового Настроения и Стресса

Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Дата посещения: \_\_\_\_\_  
(Name) (Birthdate) (Visit Date)

Мы просим всех наших пациентов-подростков заполнять эту форму не реже одного раза в год, потому что стресс, настроение и употребление психоактивных веществ могут повлиять на ваше здоровье. Пожалуйста, обратитесь к врачу, если у вас есть какие-либо вопросы.

## Стресс (GAD-7)

**Как часто за ПОСЛЕДНИЕ 2 НЕДЕЛИ Вас беспокоили следующие проблемы?** (How often have you been bothered by each of the following symptoms during the PAST 2 WEEKS?)

**Ни разу**  
(Not at all)

**Несколько  
ко дней**  
(Several days)

**Более  
недели**  
(More than half the  
days)

**Почти  
каждый  
день**  
(Nearly every day)

1. Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс (Feeling nervous, anxious, or on edge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Вы были неспособны успокоиться или контролировать свое волнение (Not being able to stop or control worrying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Вы слишком сильно волновались по различным поводам (Worrying too much about different things)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вам было трудно расслабиться (Trouble relaxing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело усидеть на месте (Being so restless that it's hard to sit still)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы легко злились или раздражались (Becoming easily annoyed or irritable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное (Feeling afraid as if something awful might happen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

8. Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем? (If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)

**Совсем не трудно** (Not difficult at all)

**Очень трудно** (Very difficult)

**Немного трудно** (Somewhat difficult)

**Чрезвычайно трудно** (Extremely difficult)

## Настроение (PHQ-9)

Как часто за ПОСЛЕДНИЕ 2 НЕДЕЛИ Вас беспокоили следующие проблемы? (How often have you been bothered by each of the following symptoms during the PAST 2 WEEKS?)

Ни разу  
(Not at all)

Несколько  
ко дней  
(Several days)

Более  
недели  
(More than half the  
days)

Почти  
каждый  
день  
(Nearly every day)

1. Вам не хотелось ничего делать (Little interest or pleasure in doing things)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности (Feeling down, depressed, irritable, or hopeless)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали (Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы были утомлены, или у Вас было мало сил (Feeling tired or having little energy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали (Poor appetite, weight loss, or overeating)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью (Feeling bad about yourself – or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач) (Trouble concentrating on things like schoolwork, reading, or watching TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного (Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite – being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред (Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

10. За ПРОШЕДШИЙ ГОД, чувствовали ли вы себя подавленным или грустным большинство дней, (даже если иногда вы чувствовали себя нормально)? (In the PAST YEAR, have you felt depressed or sad most days, even if you felt okay sometimes?)

Да (Yes)     Нет (No)

11. Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем? (If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)

Совсем не трудно (Not difficult at all)

Немного трудно (Somewhat difficult)

Очень трудно (Very difficult)

Чрезвычайно трудно (Extremely difficult)

12. За ПРОШЕДШИЙ МЕСЯЦ были ли моменты, когда у вас возникали серьезные мысли покончить с собой? (Has there been a time in the PAST MONTH when you have had serious thoughts about ending your life?)

Да (Yes)     Нет (No)

13. За ВСЮ ЖИЗНЬ вы КОГДА ЛИБО пытались покончить с собой, или предпринимали попытку самоубийства? (Have you EVER, in your WHOLE LIFE, tried to kill yourself or made a suicide attempt?)

Да (Yes)     Нет (No)

## Употребление психоактивных веществ (CRAFTT)

Нет (No)

Да (Yes)

1. За ПОСЛЕДНИИ 12 МЕСЯЦЕВ: (In the LAST 12 MONTHS)
  - a. Употребляли ли вы более чем несколько глотков, пиво, вино или же другие алкогольные напитки? (Did you drink any alcohol?)
  - b. Употребляли ли вы марихуану (например, косяк, трава, анаша, каннабис, или ганжа) или синтетическую марихуану? (Did you smoke any marijuana or hashish?)
  - c. Употребляли ли вы что-нибудь другое, чтобы получить «кайф» (например, запрещенные наркотики, сильнодействующие лекарства [по рецепту и без] и вещества которые можно нюхать и вдыхать)? (Did you use anything else to get high?)
2. Садитесь ли вы КОГДА НИБУДЬ в машину, за рулем которой находился человека (включая вас) в состоянии алкогольного опьянения, под действием наркотиков или «под кайфом»? (Have you EVER ridden in a car driven by someone (including yourself) who was high or had been using alcohol or drugs?)









Если вы ответили «нет» на все вопросы, **вы все сделали.**

Если вы ответили «да» на какие-либо вопросы, **ответьте на вопросы № 3-7 ниже.**

\*\*\* Основываясь на ваших ответах выше, пропустите или заполните вопросы № 3-7. \*\*\*

Нет (No)

Да (Yes)

3. Употребляли ли вы КОГДА ЛИБО алкоголь или наркотики чтобы расслабиться самоутвердиться или «вписаться»? (Do you EVER use alcohol or drugs to relax, feel better about yourself, or fit in?)
4. Употребляли ли вы КОГДА ЛИБО алкоголь или наркотики без друзей, В одиночку? (Do you EVER use alcohol or drugs while you are by yourself, or alone?)
5. Забывали ли вы КОГДА ЛИБО то, что делали под влиянием алкогольных напитков или наркотиков? (Do you EVER forget things you did while using alcohol or drugs?)
6. Говорили ли вам КОГДА ЛИБО ваши родственники или друзья, что вам нужно меньше употреблять алкоголь или наркотики? (Do your family or friends EVER tell you that you should cut down on your drinking or drug use?)
7. Попадали ли вы КОГДА НИБУДЬ в неприятности, находясь под влиянием алкогольных напитков или наркотиков? (Have you EVER gotten into trouble while you were using alcohol or drugs?)