

Global Psychotrauma Screen for Adolescents (GPS-T)

Általános lelki trauma felmérés serdülőknél

□□□□□□

11-17 éveseknek

Résztevő azonosító száma

Mi a nemed? lány fiú más nem szeretném közölni

Hány éves vagy? _____ év

Az emberekkel történnek néha nagyon ijesztő, borzasztó, kellemetlen dolgok.

Ha veled is történt ilyesmi, kérlek, válaszolj az alábbi kérdésekre azzal a történéssel kapcsolatban, **ami jelenleg a legjobban bánt téged.**

Az eseményt követően, **az elmúlt hónapban**, éltél-e meg valamit az alábbiak közül?

Kérlek, jelöld meg a „nem”-et, ha nem volt ilyen, és az „igen”-t, ha volt:

1 voltak-e rémálmaid vagy nyugtalanító gondolataid az eseménnyel kapcsolatosan? nem igen

2 próbáltál-e nem gondolni a rossz élményre, vagy elkerülni helyeket, helyzeteket, vagy bármit, ami erre a rossz élményre emlékeztetett? nem igen

3 folyamatosan résen álltál vagy, figyeltél, könnyen megijedtél, akkor is, ha semmi okod nem volt rá? nem igen

4 voltál-e érzéketlennek, hogy távolinak érezted a többi embert, a környezetet, vagy amit csináltál? Érezted-e úgy, mintha máshol lennél, holott fizikailag jelen voltál? nem igen

5 hibáztattad-e magad azért, ami veled történt, vagy az esemény bármilyen következménye miatt? nem igen

6 érezted-e úgy rosszul magad, mintha értéktelen és fölösleges lennél? nem igen

7	voltál-e annyira haragos vagy dühös, hogy nem tudtad kontrollálni magadat?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
8	voltál-e ideges, szorongtál-e?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
9	volt-e, hogy nem tudtad abbahagyni vagy kontrollálni a szorongást?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
10	érezted-e magad szomorúnak, nyomottnak, reménytelennek?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
11	megtörtént-e, hogy kevésbé érdekeltek, vagy nem tudtak örömet okozni olyan dolgok, amelyek előttre örömet okoztak?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
12	Volt-e olyan, hogy nehezen aludtál el, vagy gyakran felébredtél éjszaka, akkor is, ha aludni szerettél volna?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
13	próbáltál-e akarattal kárt tenni magadban?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
14	megtörtént-e, hogy olyan furcsának érezted a világot és a téged körülvevő embereket, mintha álmodnál, holott ébren voltál?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
15	érezted-e úgy, mintha föntről néznél le magadra, vagy mintha kívülről látnád magadat?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
16	volt-e bármilyen más problémád (például fájdalmak, rossz érzések, iskolai vagy családi gondok, vagy problémák a barátaiddal)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
17	voltak-e más, feszültséget okozó élményeid (például nem volt elég pénzed vagy ennivalód, elköltöztetek, vagy gondjaid voltak az iskolában, barátokkal, vagy egyes családtagokkal?)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen

18	próbáltad-e cigarettával, elektromos cigarettával, alkohollal, kábítószerrel vagy nem orvos által felírt gyógyszerrel csökkenteni a feszültségedet?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
19	érezted-e úgy, hogy nincsenek olyan emberek a környezetben, akik odafigyelnének rád (például segítettek volna, ha rosszul érzed magad, elvittek volna iskolába vagy más eseményekre, elkísértek volna orvoshoz vagy a kórházba, ha szükséged volt rá?)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
20	kisgyermekkorodban (10 éves korodig) volt-e más ijesztő, szörnyű élményed?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
21	mondták-e neked bármikor , hogy érzelmi vagy viselkedési problémáid vannak? Kaptál-e kezelést ilyen problémák miatt (például depresszió, szorongás, ADHD, étkezési zavar, viselkedési zavarok)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
22	rugalmas, talpraesett embernek tartod magadat (olyasvalakinek, aki jól átvészeli a nehéz helyzeteket, és leküzdö a nehézségeket)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
F	hogyan értékelnéd jelenlegi állapotodat (ahogy az iskolában, otthon, és az élet egyéb területein érzed magad)?	
	Rossz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kitűnő	