

Κλίμακα Ανίχνευσης για το Εφηβικό Τραύμα (GPS-T) 11-17 ετών



Κωδικός Αριθμός Συμμετέχοντα

Φύλο: Γυναίκα Άντρας Άλλο Προτιμώ να μην πω

Ηλικία (έτη): | | |

Μερικές φορές στους ανθρώπους συμβαίνουν πράγματα που είναι ασυνήθιστα τρομακτικά ή φρικτά.

Αν σου έχουν συμβεί τέτοια πράγματα, σε παρακαλώ απάντησε τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με το γεγονός που αυτό το διάστημα σε απασχολεί περισσότερο.

Μετά από αυτό το γεγονός, σου συνέβη κάτι από τα παρακάτω τον τελευταίο μήνα;

Σε παρακαλώ σημείωσε "OXI" αν δεν το αισθάνθηκες, ή σημείωσε "NAI" αν το αισθάνθηκες.

1. Είχες πολύ τρομακτικά όνειρα ή ανησυχητικές σκέψεις σχετικά με το γεγονός;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
2. Προσπάθησες σκληρά να μην σκέφτεσαι το γεγονός ή προσπάθησες να αποφύγεις μέρη, καταστάσεις, ανθρώπους και ο,τιδήποτε σου θύμιζε αυτό το γεγονός;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
3. Είσαι διαρκώς σε επιφυλακή, σε ετοιμότητα ή τρομάζεις εύκολα ακόμα και όταν δεν υπάρχει λόγος για αυτό;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
4. Αισθάνθηκες μωδιασμένος-η ή αποκομμένος-η από ανθρώπους, δραστηριότητες ή το περιβάλλον, με τρόπο που να σε κάνει να αισθάνεσαι απών/απούσα ακόμα και αν είσαι σωματικά παρών/παρούσα/@;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
5. Αισθάνθηκες ένοχος-η για ό,τι σου συνέβη και για όποια προβλήματα προκάλεσε το γεγονός αυτό;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
6. Αισθάνθηκες άσχημα για τον εαυτό σου να μην ήσουν σημαντικός-ή-@ ή να μην έχεις αξία;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
7. Είχες θυμό ή οργή που δε μπορούσες να ελέγξεις;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
8. Αισθάνθηκες ανήσυχος-η-@ ή αγχωμένος-η-@;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
9. Δεν μπορούσες να σταματήσεις ή να ελέγξεις την ανησυχία σου;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
10. Αισθάνθηκες συναισθηματικά πεσμένος-η-@, θλιμμένος-η-@ ή απελπισμένος-η-@;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
11. Αισθάνθηκες περιορισμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για να κάνεις πράγματα που συνήθιζαν να σου φέρνουν χαρά;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
12. Δυσκολεύτηκες να αποκοιμηθείς ή να διατηρήσεις τον ύπνο σου, αν και ήθελες να κοιμηθείς;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
13. Προσπάθησες επίτηδες να βλάψεις τον εαυτό σου;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
14. Αντιλήφθηκες τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους γύρω σου με τρόπο που έμοιαζε παράξενος να μην ήσουν σε όνειρο, αν και ήσουν ξύπνιος-α-@;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
15. Αισθάνθηκες να κοιτάζεις τον εαυτό σου από ψηλά, ή να βλέπεις το σώμα σου να μην ήσουν έξω από αυτό;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
16. Είχες άλλα προβλήματα που να σε ενόχλησαν (π.χ. πόνους, άσχημα συναισθήματα, προβλήματα με το σχολείο, με την οικογένεια, ή με φίλους);	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
17. Έζησες άλλα αγχωτικά γεγονότα (π.χ. να μην έχεις αρκετά χρήματα ή φαγητό, μετακόμιση, προβλήματα στο σχολείο, με φίλους, ή με μέλη της οικογένειάς σου);	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
18. Προσπάθησες να ελαττώσεις τα άσχημα συναισθήματά σου με το κάπνισμα τσιγάρου ή ηλεκτρονικού τσιγάρου, με τη χρήση αλκοόλ, ουσιών, ή παίρνοντας φάρμακα/χάπια που δεν είχε γράψει ο/η/@ γιατρός για σένα;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
19. Δεν είχες υποστηρικτικούς ανθρώπους να σε φροντίσουν (π.χ. να σε βοηθήσουν να αισθανθείς καλύτερα όταν είσαι στενοχωρημένος-η-@, να σε πάνε στο σχολείο ή σε εκδηλώσεις, ή να πάνε μαζί σου σε γιατρό ή σε νοσοκομείο);	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
20. Κατά τη διάρκεια της παιδικής σου ηλικίας (0-10 ετών), έζησες άλλα τρομακτικά ή απαίσια γεγονότα;	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
21. Σου έχουν πει ποτέ ότι έχεις συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς ή έχεις ποτέ κάνει θεραπεία για τέτοια προβλήματα (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, ΔΕΠΥ, υπερκινητικότητα, διατροφική διαταραχή, ή άλλα θέματα συμπεριφοράς);	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
22. Γενικά θεωρείς τον εαυτό σου ως ένα ψυχικά ανθεκτικό άτομο (κάποιος-α-@ που υπερνικάει δύσκολες καταστάσεις ή που μπορεί να ξεπεράσει τα άσχημα πράγματα που συμβαίνουν);	<input type="checkbox"/> OXI	<input type="checkbox"/> NAI
23. Πως θα βαθμολογούσες την τωρινή σου λειτουργικότητα (πως τα πας στο σπίτι, στο σχολείο, και στους άλλους τομείς της ζωής σου); Φτωχή 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Άριστη		