

Ecranul global de psihotraumă pentru copii (GPS-C)

|_|_|_|_|_|_|_|
Participant Identification Number

6-10 ani

Ești o fată un băiat Alte Prefer să nu spun
câți ani ai? _____ ani

Uneori, oamenilor li se întâmplă lucruri rele care sunt foarte înfricoșătoare sau oribile. Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos dacă vi s-au întâmplat lucruri rele.

După ce s-a întâmplat lucrul rău, v-a deranjat ceva în ultima lună? Vă rugăm să marcați „Nu” dacă nu v-a deranjat sau marcați „Da” dacă vreunul dintre lucrurile de mai jos v-a deranjat:

1.	V-ați gândit mult la asta sau a revenit în vise foarte înfricoșătoare?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
2.	V-ați străduit să nu vă mai gândiți la asta sau să vă îndepărtați de oameni, locuri sau orice altceva care vă amintește de ceea ce s-a întâmplat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
3.	V-ați uitat constant în jur de parcă acel lucru rău s-ar întâmpla iar, sunteți atent la pericol chiar și atunci când nu a existat niciun motiv pentru asta?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
4.	V-a fost greu să simțiți sau să faceți ceva, sau să fiți cu oameni ca înainte?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
5.	V-ați învinovățit pentru ceea ce vi s-a întâmplat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
6.	V-ați simțit rău în privința dvs., de parcă nu ați fi important?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
7.	V-ați simțit atât de supărat încât nu ați putut controla ceea ce spuneți și faceți?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
8.	Ați fost nervos sau speriat mai mult decât înainte?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
9.	V-ați îngrijorat mult și nu v-ați putut opri din îngrijorare?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
10.	Ați fost trist sau ați plâns mult sau v-ați gândit că lucrurile nu se vor îmbunătăți niciodată pentru dvs.?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
11.	V-a fost greu să vă bucurați de ceva sau să vă distrați ca înainte când faceți ceva?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
12.	V-a fost greu să adormiți sau să dormiți fără să vă treziți noaptea?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
13.	Ați încercat să vă răniți?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
14.	V-ați simțit ca și cum ați fi într-un vis în timp ce erați treaz sau ca și cum lucrurile din jurul dvs. ar fi ciudate ca într-un vis?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
15.	Ați simțit că vă priviți de sus sau ca și cum vă priviți corpul din afară?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
16.	V-au deranjat alte probleme (de exemplu, vă simțiți rău, aveți dureri, vă simțiți singur sau să nu vă înțelegeți cu prietenii și cu alte persoane)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu