

Global Psychotrauma Screen (GPS-C) für Kinder (6 – 10 Jahre)

||_|_|_|

Bist Du ein Mädchen Junge möchte ich nicht sagen

Wie alt bist Du? |_|_| Jahre

Manchmal geschehen Menschen Dinge, die besonders ängstigend oder erschreckend sind. Bitte beantworte die Fragen, wenn Dir etwas Schlimmes passiert ist.

Nachdem das Schlimme passiert war, hat Dich da **innerhalb des letzten Monates** etwas gestört oder belastet? Bitte beantworte die Fragen mit **“Ja”** (= hat mich gestört oder belastet) oder **“Nein”** (= hat mich nicht gestört oder belastet).

1.	Hast Du oft an das Ereignis gedacht oder hattest Du Alpträume davon?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.	Hast Du versucht, nicht daran zu denken oder bist Du von Menschen, Orten oder anderem ferngeblieben, die oder das Dich an das Ereignis erinnerte?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3.	Bist Du ständig wachsam und schaust Dich um, als könne noch einmal etwas Schlimmes passieren? Auch wenn es dafür keinen Grund gibt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.	War es schwierig für Dich, so zu fühlen oder Dinge so zu tun wie früher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.	Glaubst Du, dass Du schuld daran bist, was Dir passiert ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6.	Fühlst Du Dich schlecht oder unwichtig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.	Bist Du manchmal so wütend gewesen, dass Du nicht kontrollieren konntest, was Du gesagt oder getan hast?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8.	Fühltest Du Dich nervöser oder ängstlicher als vorher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9.	Hast Du Dir viele Sorgen gemacht und konntest nicht aufhören, Dir Sorgen zu machen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10.	Warst Du traurig oder hast viel geweint oder dachtest, dass es nie mehr besser würde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11.	War es schwer für Dich Spaß zu haben oder Freude an Dingen, die Dir vorher gefallen haben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12.	War es schwierig für Dich einzuschlafen oder die ganze Nacht durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13.	Hast Du versucht Dich selbst zu verletzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14.	Hast Du Dich so gefühlt, als wärest Du in einem Traum obwohl Du wach warst oder als ob die Dinge um Dich herum wie in einem Traum wirkten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15.	Fühltest Du Dich so, als würdest Du von oben auf Dich selbst hinabschauen oder als würdest Du von außen Deinen Körper betrachten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16.	Haben Dich andere Probleme gestört oder belastet wie z.B. körperliche Schmerzen, krank sein, sich einsam fühlen oder Probleme (z.B. Streitigkeiten) mit Freunden oder anderen Menschen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja