

# Κλίμακα Ανίχνευσης για το Παιδικό Τραύμα (GPS-C) 6-10 ετών

Κωδικός Αριθμός Συμμετέχοντα

Είσαι:  κορίτσι  αγόρι  προτιμώ να μην πω

Πόσο χρονών είσαι; \_\_\_\_\_ χρονών

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

**Αν σου έχουν συμβεί τέτοια πράγματα, σε παρακαλώ απάντησε τις παρακάτω ερωτήσεις.**

**Αφού σου συνέβη αυτό το άσχημο γεγονός, σε ενόχλησε κάτι από τα παρακάτω τον τελευταίο μήνα;**

Σε παρακαλώ σημείωσε "ΟΧΙ" αν δεν σε ενόχλησε, ή σημείωσε "ΝΑΙ" αν κάτι από τα παρακάτω σε ενόχλησε:

1	Το σκεφτόσουν πολύ ή το έβλεπες στον ύπνο σου με τρομακτικά όνειρα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2	Προσπάθησες πολύ να μην σκέφτεσαι αυτό το γεγονός ή προσπάθησες να φύγεις μακριά από μέρη, καταστάσεις, ανθρώπους και αυτά που σου θύμιζαν αυτό που συνέβη;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3	Κοιτάς διαρκώς γύρω σου μήπως αυτό το άσχημο πράγμα ξανασυμβεί, ή μήπως κινδυνεύεις, ακόμα και όταν δεν υπάρχει λόγος για αυτό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
4	Δυσκολεύτηκες να αισθάνεσαι ή να κάνεις πράγματα ή να είσαι μαζί με άλλους ανθρώπους όπως ήσουν πριν σου συμβεί αυτό το άσχημο πράγμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
5	Κατηγόρησες τον εαυτό σου για αυτό που σου συνέβη;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
6	Αισθάνθηκες άσχημα με τον εαυτό σου, σαν να μην είσαι σημαντικός;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
7	Αισθάνθηκες τόσο θυμωμένος που δεν μπορούσες να ελέγξεις αυτά που έλεγες και έκανες;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
8	Αγχώθηκες ή φοβήθηκες περισσότερο από πριν σου συμβεί αυτό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
9	Ανησύχησες πολύ και δεν μπορούσες να σταματήσεις να ανησυχείς;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
10	Λυπήθηκες ή έκλαιγες πολύ, ή σκέφτηκες ότι τα πράγματα δεν θα γίνουν ποτέ καλύτερα για σένα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
11	Σου ήταν δύσκολο να διασκεδάσεις ή να ευχαριστηθείς κάνοντας πράγματα που συνήθιζαν να σου φέρνουν χαρά;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
12	Σου ήταν δύσκολο να αποκοιμηθείς ή να παραμείνεις κοιμισμένος χωρίς να ξυπνάς τη νύχτα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
13	Προσπάθησες να βλάψεις τον εαυτό σου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
14	Αισθάνθηκες σα να ήσουν σε όνειρο, ενώ ήσουν ξύπνιος-α ή ότι τα πράγματα γύρω σου ήταν παράξενα σα να ήσουν σε όνειρο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
15	Αισθάνθηκες σα να κοιτάζες τον εαυτό σου από ψηλά, ή να έβλεπες το σώμα σου σα να ήσουν έξω από αυτό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
16	Είχες άλλα προβλήματα που να σε ενόχλησαν (π.χ. να αισθάνεσαι άρρωστος, να πονάς, να αισθάνεσαι μόνος, ή να μην τα πηγαίνεις καλά με τους φίλους σου και άλλους ανθρώπους);	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ