

Global Psychotrauma Screen (GPS) für Jugendliche 11 – 17 Jahre

|||

Geschlecht weiblich männlich divers möchte ich nicht sagen

Alter (in Jahren) |||

Manchmal geschehen Menschen Dinge, die besonders ängstigend oder erschreckend sind. Wenn Dir so etwas passiert ist, beantworte bitte die Fragen zu dem Ereignis – und zwar in Bezug darauf, was Dich **zurzeit am meisten stört oder belastet.**

Nach dem Ereignis, konntest Du da folgende Beobachtungen bei Dir **innerhalb des letzten Monats** machen? Bitte beantworte die Fragen mit **“Ja”** (= habe ich erlebt) oder **“Nein”** (= habe ich nicht erlebt).

- | | | | |
|-----|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Hatte Alpträume von dem Ereignis oder dachte an das Ereignis, wenn ich es nicht wollte. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. | Habe mich bemüht, nicht an das belastende Ereignis zu denken oder habe mir große Mühe gegeben Situationen zu vermeiden, die mich an das Ereignis erinnerten. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3. | Bin ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4. | Fühle mich wie betäubt oder losgelöst von anderen Menschen, Aktivitäten oder der Umgebung. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 5. | Fühle mich schuldig oder konnte nicht damit aufhören, mir selbst oder anderen Vorwürfe wegen des Ereignisses zu machen oder wegen Problemen, die durch das Ereignis verursacht wurden. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 6. | Fühlte mich schlecht und wertlos. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 7. | Hatte Wutausbrüche, die ich nicht kontrollieren konnte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 8. | Fühlte mich nervös, ängstlich oder gereizt. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 9. | Konnte Sorgengedanken nicht stoppen oder kontrollieren. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 10. | Fühlte mich “down”, deprimiert oder hoffnungslos. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 11. | Hatte wenig Interesse oder Freude daran, Dinge zu tun, die mir sonst Spaß machten. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 12. | Hatte Probleme beim Ein- oder Durchschlafen. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 13. | Habe versucht mich absichtlich selbst zu verletzen. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 14. | Habe die Welt oder andere Menschen anders wahrgenommen oder erlebt, so dass die Dinge wie im Traum wirkten, fremd oder unreal schienen. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 15. | Fühlte mich losgelöst oder getrennt von meinem Körper (z. B. 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. | Hatte körperliche, emotionale oder soziale Probleme, die mir Sorgen bereiteten (z.B. Schmerzen, Konflikte mit Freunden, Schule oder Familie, unangenehme Gefühle?) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 17. | Hatte weitere belastende/stressende Ereignisse (z. B. finanzielle Probleme, Schulwechsel, Umzug, Probleme in der Schule oder Familie)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 18. | Versucht die Anspannung mittels Alkohol, Rauchen oder „Dampfen“, Drogen oder Medikamenten, die nicht verschrieben waren, zu reduzieren? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 19. | Hatte keine Menschen die mich unterstützten oder mir geholfen haben (z. B. Trösten, zur Schule oder zum Arzt bringen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

20.	Hattest Du während <i>Deiner frühen Kindheit</i> (0-10 Jahre) jemals ein belastendes Ereignis erlebt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja									
21.	Wurde Dir <i>jemals</i> gesagt, dass Du emotionale Probleme oder Verhaltensprobleme hättest und wurdest Du jemals deswegen behandelt (z. B. Depression, Angst, ADHS, Essstörungen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja									
22.	Siehst Du Dich <i>im Allgemeinen</i> als eine belastbare Person (Jemand, der sich auch nach schwierigen Erlebnissen wieder aufrappelt, auf die Beine kommt)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja									
23.	Wie würdest Du Deine aktuelle Funktionsfähigkeit (in der Schule, zu Hause oder anderen Lebensbereichen wie z.B. Hobby) bewerten?											
	Gering	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ausgezeichnet

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for adolescents, GPS-T, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen> Translation into German: D. Lempertz, March 2021