

Global Psychotrauma Screen (GPS) for ungdommer 11-17 år

□ □ □ □ □ □

Deltagernummer

Kjønn:

Gutt

Jente

Foretrekker å ikke svare

Alder (år):

□ □ □

Noen ganger opplever mennesker noe som er uvanlig skremmende eller forferdelig. Dersom du har opplevd dette så svarer du på spørsmålene under med tanke på den hendelsen som plager deg mest nå.

Etter denne hendelsen, har du opplevd noe av det følgende **i den siste måneden**? Vennligst kryss av for **“Nei”** hvis du ikke opplevde dette, eller kryss av for **“Ja”** hvis du har opplevd dette.

- | | | | |
|-----|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | .. Hatt mareritt om hendelsen, og/eller hatt urovekkende tanker om hendelsen? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. | .. prøvd hardt å ikke tenke på hendelsen, eller unngått steder, situasjoner, mennesker eller noe som minnet deg om hendelsen? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. | .. vært konstant på vakt eller lettskremt, selv når det ikke var noen grunn til det? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. | .. følt deg følelsesløs, fjern fra andre mennesker, aktiviteter eller omgivelsene dine på en måte som har gjort at du følte deg fraværende - selv om du har vært fysisk til stede? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. | .. kjent skyldfølelse for det som skjedde og for problemer som hendelsen førte til? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. | .. hatt negative tanker om deg selv, som at du er verdiløs eller ikke betyr noe? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. | .. hatt sinne eller raseri som du ikke kunne kontrollere over? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. | .. følt deg nervøs eller engstelig? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. | .. Ikke kunnet stoppe eller kontrollere bekymringene dine? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. | .. følt deg trist, deprimert eller håpløs? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. | .. hatt liten interesse eller glede av å gjøre ting som pleide å gi deg glede? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 12. | .. hatt problemer med å sovne eller sove gjennom natten, selv når du ønsket å sove? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 13. | .. prøvde å skade deg selv med vilje? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 14. | .. sett eller opplevd verden og mennesker rundt deg på en måte som virket rar som om du var i en drøm, selv om du var våken? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 15. | .. følt du har sett deg selv ovenfra eller at du ser kroppen din utenfra? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 16. | .. hatt noen andre problemer som plaget deg (for eksempel smerter eller verk, negative følelser eller problemer på skolen, med venner eller familiemedlemmer) | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 17. | .. opplevd andre stressende hendelser (som å ikke ha nok penger eller mat, flytte til en annen bolig, problemer med skole, venner eller familie)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 18. | .. prøvd å dempe negative følelser ved å drikke alkohol, røyke eller snuse, bruke stoff eller ta medisiner som ikke var dine? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 19. | .. følt at du ikke har hatt støttende mennesker til å ta vare på deg (for eksempel trøste deg når du ikke har det bra, kjøre deg til skolen eller arrangementer, følge deg til lege eller sykehus)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

| | | | |
|-----|---|------------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| 20. | Har du i tidlig barndom (0-10 år) opplevd andre skremmende eller forferdelige hendelser? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 21. | Har du noensinne blitt fortalt at du har psykiske problemer eller atferdsvansker, eller har du noen gang blitt behandlet for slike problemer (for eksempel depresjon; angst; oppmerksomhetsforstyrrelse / hyperaktivitet (ADHD/ADD), spiseforstyrrelse, eller andre atferdsproblemer)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 22. | Anser du deg selv som en person som vanligvis mestrer det meste (som håndterer vanskelige situasjoner og som kan legge bak deg vonde ting som skjer)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| | | | |
| F. | Hvordan vil du vurdere din nåværende fungering (hvordan du klarer deg hjemme, på skolen og på andre områder i livet ditt)? | | |
| | Dårlig | 1 | 2 |
| | | 3 | 4 |
| | | 5 | 6 |
| | | 7 | 8 |
| | | 9 | 10 |
| | | | Veldig bra |

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olff & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for adolescents, GPS-T, 2021, Grace & Olff, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen> Translation into Norwegian: A. Fjærestad, A. Dyregrov, Feb. 2021