

Screening Globale per lo Psicotrauma (GPS)

□□□□□□

Numero di identificazione del partecipante

Genere

Femmina Maschio Altro

Età (anni)

□□□□

A volte alle persone capitano cose che vengono vissute come insolitamente o particolarmente spaventose, orribili o traumatiche.

Descrivi brevemente l'evento o l'esperienza che ti sta influenzando maggiormente in questo periodo:

.....

Questo evento è accaduto:

il mese scorso negli ultimi sei mesi nell'ultimo anno da più tempo

Questo evento:

- è stato un evento unico, accaduto all'età di □□□□ anni
 è accaduto nel corso di un lungo periodo / più volte, tra i □□□□ e i □□□□ anni

Quali delle seguenti descrizioni caratterizza l'evento (è possibile fornire più di una risposta):

- | | | |
|--------------------|---------------------------------------|--|
| Violenza fisica: | <input type="checkbox"/> subita da te | <input type="checkbox"/> subita da qualcun altro |
| Violenza sessuale: | <input type="checkbox"/> subita da te | <input type="checkbox"/> subita da qualcun altro |
| Abuso emotivo: | <input type="checkbox"/> subito da te | <input type="checkbox"/> subito da qualcun altro |
| Lesione grave: | <input type="checkbox"/> subita da te | <input type="checkbox"/> subita da qualcun altro |
| Rischio di morte: | <input type="checkbox"/> subito da te | <input type="checkbox"/> subito da qualcun altro |
- Morte improvvisa di una persona cara
 Hai provocato danni a qualcun altro
 COVID 19

Considerando l'evento appena descritto, durante lo scorso mese....

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | .. hai avuto incubi riguardo all' evento traumatico vissuto in passato o hai pensato a questo evento anche se non volevi? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 2. | .. ti è capitato di provare in tutti i modi a non pensare all'evento traumatico vissuto in passato o di evitare situazioni che ti riportassero a quell'evento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 3. | .. sei stato sempre in guardia, o sulla difensiva o ti sei allarmato facilmente? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 4. | .. ti sei sentito insensibile o distaccato da persone, attività o dall'ambiente circostante? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 5. | .. ti sei sentito colpevole o incapace di smettere di incolpare te stesso o altri per gli eventi traumatici vissuti in passato o per altri problemi dovuti a quegli eventi? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 6. | .. hai avuto la tendenza a sentirti inutile? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 7. | .. hai avuto scoppi di rabbia che non sei riuscito a controllare? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 8. | .. ti sei sentito nervoso, ansioso, o teso? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 9. | .. ti è capitato di non essere in grado di fermare o di controllare le tue preoccupazioni? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| 10. | ... ti sei sentito giù di morale, depresso, o senza speranza? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |

11.	... hai provato disinteresse o poco piacere nello svolgere attività?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
12.	... hai avuto qualche problema nel prendere sonno o nel rimanere addormentato?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
13.	... hai provato a farti del male di proposito?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
14.	... hai percepito o hai vissuto il mondo e le altre persone in modo diverso, tanto da sembrarti surreali, strane o illusorie?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
15.	... ti sei sentito distaccato o separato dal tuo corpo (per esempio, ti sei sentito come se ti stessi guardando dall'alto verso il basso, o come se fossi un osservatore esterno del tuo stesso corpo)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
16.	... hai avuto altri problemi fisici, emotivi o sociali che ti hanno infastidito?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
17.	... hai vissuto altri eventi stressanti (come problemi finanziari, cambiamenti sul lavoro, trasloco in un'altra casa, crisi relazionali nel lavoro o nella vita privata)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
18.	... hai provato a ridurre l'ansia usando alcool, tabacco, stupefacenti o medicine?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
19.	... ti è mancata la presenza di persone vicine sulle quali poter prontamente contare in caso di bisogno (ad esempio per supporto emotivo, per badare ai bambini o agli animali domestici, per darti un passaggio in ospedale o al supermercato, per aiutarti quando sei malato)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
20.	Durante la tua giovinezza (0-18 anni), hai mai vissuto eventi traumatici (come ad esempio un grave incidente o un incendio, subito una violenza o un abuso fisico o sessuale, una catastrofe, visto uccidere o ferire gravemente qualcuno, o la morte di una persona cara)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
21.	Hai mai ricevuto una diagnosi psichiatrica o sei mai stato curato per problemi psicologici (per esempio depressione, ansia o disturbi di personalità)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
22.	In generale ti consideri una persona forte?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì									
23.	Come valuteresti la tua capacità di funzionamento in questo momento (a casa/ al lavoro)?											
	Povera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Eccellente