

# 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 <b>la tua giovinezza</b> (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 <b>mai</b> 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.	<b>In generale</b> 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