

Global Psychotrauma Screen (GPS)

Participant Identification Number

Participant Identification Number

Sekse

Vrouw Man Anders

Leeftijd (jaren)

Soms gebeuren er dingen met mensen die uitzonderlijk zijn of heel erg beangstigend, verschrikkelijk of traumatisch zijn.

Beschrijf kort de gebeurtenis of ervaring waar u nu het meeste last van heeft:

.....

Deze gebeurtenis vond plaats:

afgelopen maand afgelopen half jaar afgelopen jaar langer geleden

Deze gebeurtenis:

was een eenmalige gebeurtenis en vond plaats toen ik (ongeveer) ____ jaar oud was

vond plaats gedurende een langere periode / meerdere keren tussen ____ en ____ jarige leeftijd (ongeveer)

Welke van onderstaande beschrijft de gebeurtenis (meerdere antwoorden mogelijk)

Fysiek geweld bij uzelf het overkwam iemand anders
Seksueel geweld bij uzelf het overkwam iemand anders
Emotioneel misbruik bij uzelf het overkwam iemand anders
Ernstige verwonding bij uzelf het overkwam iemand anders
Levensbedreigend bij uzelf het overkwam iemand anders

Plotselinge dood van een dierbare
 U heeft iemand anders schade toegebracht
 Coronavirus (COVID-19)

Met deze gebeurtenis in gedachten, heeft u in de afgelopen maand...

- | | | |
|-----|--|--|
| 1. | ... nachtmerries gehad over de traumatische gebeurtenis(sen) of aan de gebeurtenis(sen) gedacht terwijl u dat niet wilde? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. | ... hard geprobeerd om niet te denken aan de traumatische gebeurtenis(sen), of erg uw best gedaan om situaties te vermijden die u aan de gebeurtenis(sen) doen denken? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. | ... het gevoel gehad dat u voortdurend op uw hoede, waakzaam of schrikachtig was? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. | ... zich verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of uw omgeving? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. | ... zich schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met uzelf of anderen de schuld te geven voor de meegemaakte traumatische gebeurtenis(sen) of de gevolgen daarvan? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. | ... de neiging gehad om uzelf waardeloos te voelen? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. | ... woede uitbarstingen gehad die u niet kon controleren? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. | ... u nerveus, angstig of gespannen gevoeld? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. | ... niet kunnen stoppen met u zorgen te maken of dit niet kunnen beteugelen? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. | ... weinig interesse of plezier gehad in activiteiten? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. | ... zich neerslachtig, depressief of hopeloos gevoeld? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

12.	... moeite gehad met in- of doorslapen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
13.	... geprobeerd uzelf opzettelijk pijn te doen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
14.	... de wereld of andere mensen anders ervaren of waargenomen, waarbij dingen als in een droom, raar of onwerkelijk leken?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
15.	... u vervreemd gevoeld of het gevoel gehad alsof u zich buiten uzelf bevond (bijvoorbeeld alsof u van bovenaf naar uzelf keek of dat u uw eigen lichaam van buitenaf waarnam)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
16.	... enige andere fysieke, emotionele of sociale problemen gehad waar u last van had?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
17.	... andere stressvolle gebeurtenissen meegemaakt (zoals financiële problemen, wisselen van baan, een verhuizing, relatieproblemen thuis of op het werk)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
18.	... spanningen geprobeerd te verminderen door alcohol, tabak, drugs of medicatie te gebruiken?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
19.	... mensen om u heen gemist waar u op terug kon vallen als u het moeilijk had (zoals emotionele steun, op kinderen of huisdieren passen, vervoer naar het ziekenhuis of winkel, hulp bij ziekte)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
20.	Heeft u <i>gedurende uw jeugd</i> (0-18 jaar) een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt (bijvoorbeeld een ernstig ongeval of brand, lichamelijk of seksueel geweld of misbruik, een ramp, een dierbare verliezen, zien hoe zwaar gewond raakt of gedood wordt)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
21.	Heeft u <i>ooit</i> een psychiatrische diagnose gekregen of bent u ooit behandeld voor psychologische problemen (bijvoorbeeld depressie, angst of persoonlijkheidsproblemen)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
22.	Vindt u zichzelf <i>over het algemeen</i> een veerkrachtig persoon?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
23.	Hoe zou u uw huidige functioneren beoordelen (op het werk, thuis)		
	Slecht	1	2
		3	4
		5	6
		7	8
		9	10
			Uitstekend