

Globale Psychotrauma Screener voor Pubers

--	--	--	--	--

11-17 jaar

Identificatienummer deelnemer

Geslacht: Meisje Jongen Anders Zeg ik liever niet

Leeftijd (jaar):

Soms maken mensen dingen mee die uitzonderlijk beangstigend en afschuwelijk zijn. Als jij iets dergelijks hebt meegemaakt, beantwoord dan alsjeblieft de vragen hieronder over de gebeurtenis die je nu het meeste dwars zit.

Heb je, **na de gebeurtenis** last gehad van een van de volgende dingen **in de afgelopen maand**? Zet een kruisje bij **“Nee”** als dat niet het geval is, of bij **“Ja”** als je dit wel ervaren hebt.

Ben of heb je

- | | | | |
|-----|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | heel enge dromen of verontrustende gedachten gehad over de gebeurtenis? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. | hard je best gedaan om niet te denken aan de gebeurtenis, of geprobeerd alles uit de weg te gaan wat maar deed denken aan de gebeurtenis: plaatsen, situaties, mensen. | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. | constant op je hoede, alert, of schrikachtig, geweest, ook als er geen reden voor was? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. | je verdoofd gevoeld of op afstand van mensen, activiteiten, of omgevingen op zo'n manier dat het voelde alsof je er niet bij bent, terwijl je fysiek aanwezig bent? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. | je schuldig gevoeld over wat je overkomen was en over alle problemen die die gebeurtenis veroorzaakte? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. | je slecht gevoeld over jezelf, alsof je niet belangrijk bent of er niet toe doet? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. | boosheid of woede gevoeld die je niet in de hand had? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. | je zenuwachtig of angstig gevoeld? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. | je niet kunnen stoppen met piekeren of dit in de hand kunnen houden? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. | je somber, depressief of hopeloos gevoeld? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. | weinig belangstelling of plezier gehad in dingen die je altijd leuk vond om te doen? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 12. | moeite gehad met in slaap vallen of doorslapen, zelfs als je wilde slapen? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 13. | geprobeerd jezelf expres pijn te doen? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 14. | de wereld en mensen om je heen vreemd waargenomen, alsof je in een droom was, terwijl je wakker was? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 15. | gevoeld alsof je van bovenaf naar jezelf keek of alsof je je lichaam van buitenaf zag? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 16. | last gehad van andere problemen, wat dan ook (bijvoorbeeld pijn ergens, nare gevoelens, problemen met school, familie, of vrienden)? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 17. | andere stressvolle gebeurtenissen meegemaakt (bijvoorbeeld niet genoeg geld of eten hebben, verhuizen, problemen op school, met vrienden, of familieleden)? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 18. | geprobeerd nare gevoelens te dempen door te roken of te vaperen, alcohol te drinken, drugs te gebruiken, of medicijnen te slikken die niet voor jou voorgeschreven waren? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 19. | steunfiguren gemist die voor je zorgden (bijvoorbeeld om je te helpen je beter te voelen als je je rot voelde, je een lift te geven naar school of buitenschoolse activiteiten, met je naar een dokter of ziekenhuis te gaan)? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 20. | Heb je in de loop van je vroege jeugd (0-10 jaar), andere beangstigende of afschuwelijke dingen meegemaakt van welke aard dan ook? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 21. | Is jou ooit verteld dat je emotionele of gedragsproblemen hebt of ben je ooit behandeld voor dergelijke problemen (bijvoorbeeld depressie, angsten, ADHD, eetstoornis, of problemen met je gedrag)? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |

22. Beschouw je ***in het algemeen*** jezelf als een veerkrachtig persoon (iemand die terugveert na moeilijke situaties en die moeilijkheden te boven kan komen) Nee Ja

F. Welk cijfer zou je willen geven voor je huidig functioneren (hoe je het nu doet thuis, op school, en op andere gebieden in je leven)?

Slecht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uitstekend

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for teenagers, GPS-T, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps> Translation into Dutch: R. Beer, Feb 2021.