

Κλίμακα Ανίχνευσης Ψυχικού Τραύματος

(Global Psychotrauma Screen, GPS)

--	--	--	--	--

Participant Identification Number

Φύλο

Θήλυ

Άρρεν

Άλλο

Ηλικία (Έτη)

--	--	--	--

Μερικές φορές στους ανθρώπους συμβαίνουν πράγματα που είναι ασυνήθιστα ή ιδιαίτερα τρομακτικά, φρικτά ή τραυματικά.

Παρακαλώ περιγράψτε συνοπτικά το γεγονός ή την εμπειρία που αυτό το διάστημα σας επηρεάζει περισσότερο:

.....

Το γεγονός συνέβη: τελευταίο μήνα τελευταίο εξάμηνο τελευταίο χρόνο

περισσότερο από ένα χρόνο

Αυτό το γεγονός:

ήταν ένα μεμονωμένο και μου συνέβη σε ηλικία

--	--	--

συνέβη για παρατεταμένη περίοδο / πολλές φορές μεταξύ των ηλικιών

--	--	--

 και

--	--	--

Ποιο/ποια από τα πιο κάτω χαρακτηρίζει το γεγονός (περισσότερες από μία απαντήσεις είναι δυνατό να ισχύουν):

Φυσική Βία:

συνέβη σε σας

συνέβη σε άλλο άτομο

Σεξουαλική Βία:

συνέβη σε σας

συνέβη σε άλλο άτομο

Συναισθηματική Κακοποίηση:

συνέβη σε σας

συνέβη σε άλλο άτομο

Σοβαρός Τραυματισμός:

συνέβη σε σας

συνέβη σε άλλο άτομο

Απειλή κατά της Ζωής:

συνέβη σε σας

συνέβη σε άλλο άτομο

Ξαφνικός θάνατος αγαπημένου προσώπου

Εσείς να έχετε προκαλέσει κακό σε άλλο άτομο

Κορωνοϊός (COVID-19)

Σε συνάρτηση με το γεγονός που αυτή τη στιγμή σας επηρεάζει περισσότερο, κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα είχατε

1. ... εφιάλτες σχετικούς με το τραυματικό(ά) γεγονός(τα) που είχατε βιώσει στο παρελθόν ή σκεφτήκατε γύρω από αυτό(ά) χωρίς να το θέλετε; Όχι Ναι

2. ... προσπαθήσει σκληρά να μη σκέφτεστε το(τα) τραυματικό(ά) γεγονός(τα) του παρελθόντος ή να αποφύγετε καταστάσεις που σας θύμιζαν το(τα) τραυματικό(ά) γεγονός(τα); Όχι Ναι

3. ... νιώσει να είστε μονίμως σε επιφυλακή, ετοιμότητα ή να τρομάζετε εύκολα; Όχι Ναι

4. ... νιώσει ψυχικά «μυδιασμένος(η)» ή απόμακρος(η) από ανθρώπους, δραστηριότητες ή από τον περίγυρο σας; Όχι Ναι

5. ... νιώσει ένοχος(η) ή αδύναμος(η) να σταματήσετε να κατηγορείτε τον εαυτό σας ή τους άλλους για τραυματικό(ά) γεγονός(τα) του παρελθόντος ή για προβλήματα που προκλήθηκαν από αυτό(ά); Όχι Ναι

6. ... την τάση να νιώθετε ανάξιος(α); Όχι Ναι

7. ... εκρήξεις θυμού που δεν μπορούσατε να ελέγξετε; Όχι Ναι

8.	... νιώσει νευρικός(ή), ανήσυχος(η) ή σε υπερένταση;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
9.	... νιώσει ανίκανος(η) να σταματήσετε ή να ελέγξετε την ανησυχία σας;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
10.	... νιώσει συναισθηματικά πεισμένος(η), θλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
11.	... περιορισμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση να κάνετε πράγματα;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
12.	... προβλήματα αύπνιας, δηλαδή είτε να αποκοιμηθείτε είτε να διατηρήσετε τον ύπνο σας;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
13.	... προσπαθήσει σκόπιμα να βλάψετε τον εαυτό σας;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
14.	... μια εξωπραγματική ή παράξενη αίσθηση του κόσμου και των ανθρώπων, σαν να ήσασταν σε όνειρο όπου τα πράγματα έμοιαζαν παράξενα ή εξωπραγματικά;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
15.	... νιώσει αποσυνδεδεμένος(η) ή διαχωρισμένος(η) από το σώμα σας; (για παράδειγμα να νιώθετε σαν να βλέπετε τον εαυτό σας από ψηλά ή σαν να είστε εξωτερικός παρατηρητής του σώματός σας);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
16.	... οποιαδήποτε άλλα σωματικά, συναισθηματικά ή κοινωνικά προβλήματα που σας ενόχλησαν;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
17.	... βιώσει οποιαδήποτε άλλα στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. οικονομικά προβλήματα, επαγγελματικές αλλαγές, μετακομίσεις, κρίση σχέσεων στο εργασιακό πλαίσιο ή στην προσωπική ζωή);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
18.	... προσπαθήσει να μειώσετε την ένταση που νιώθατε κάνοντας χρήση αλκοόλ, καπνού, ναρκωτικών ουσιών ή φαρμάκων;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
19.	... νιώσει να λείπουν από κοντά σας υποστηρικτικοί άνθρωποι, στους οποίους θα μπορούσατε να στηριχτείτε για βοήθεια σε δύσκολες στιγμές (π.χ. συναισθηματική στήριξη, να προσέξουν τα παιδιά ή τα κατοικίδια σας, να σας μεταφέρουν στο νοσοκομείο ή στα μαγαζιά, να σας βοηθήσουν όταν είστε άρρωστος/η);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
20.	Κατά τη διάρκεια της παιδικής σας ηλικίας (0-18 ετών), είχατε βιώσει οποιαδήποτε τραυματικά γεγονότα (π.χ. σοβαρό ατύχημα ή πυρκαγιά, σωματική ή σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση, μια καταστροφή, ήσασταν αυτόπτης μάρτυρας κάποιου φόνου ή κάποιου σοβαρού τραυματισμού ή βιώσατε την απώλεια ενός αγαπημένου σας προσώπου);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
21.	Έχετε λάβει ποτέ ψυχιατρική διάγνωση ή θεραπεία για ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. κατάθλιψη, άγχος ή διαταραχή προσωπικότητας);	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
22.	Θεωρείτε γενικά τον εαυτό σας ψυχικά ανθεκτικό άτομο;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι
23.	Πως θα αξιολογούσατε αυτό το διάστημα τη λειτουργικότητά σας (δουλειά/σπίτι);		
	Κακή 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Εξαιρετική		