

# Global Psychotrauma Screen (GPS)

\_\_\_\_\_

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

Alter (in Jahren)

\_\_\_\_\_

**Manchmal geschehen Menschen Dinge, die ungewöhnlich oder besonders ängstigend, erschreckend oder traumatisch sind.**

**Beschreiben Sie kurz das Ereignis oder die Erfahrung, das/die für Sie aktuell besonders herausfordernd/belastend ist:**

.....

**Dieses Ereignis geschah:**

im letzten Monat

im letzten halben Jahr

im letzten Jahr

vor längerer Zeit

**Dieses Ereignis:**

trat einmalig auf, in meinem Alter von \_\_\_\_\_

geschah über längere Zeit hinweg/fand oft statt, während meines Alters zwischen \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Welches der untenstehenden Merkmale beschreibt das Ereignis (mehrere Antworten möglich):**

Körperliche Gewalt:

passierte mir

passierte jemand anderem

Sexuelle Gewalt:

passierte mir

passierte jemand anderem

Emotionale Gewalt:

passierte mir

passierte jemand anderem

Schwere Verletzung:

passierte mir

passierte jemand anderem

Bedrohung des Lebens:

passierte mir

passierte jemand anderem

plötzlicher Tod einer nahestehenden Person

Sie taten jemandem weh/verletzten jemanden

Corona-Virus (COVID-19)

**Bezogen auf das von Ihnen genannte Ereignis, waren Sie im vergangenen Monat oder haben Sie ...**

- |     |   |                               |                             |
|-----|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | ... Alpträume von dem/den Ereignis(sen) gehabt oder dachten Sie an das/die Ereignis(se), wenn Sie es nicht wollten?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2.  | ... sich sehr bemüht, nicht an das/die traumatische(n) Ereignis(se) zu denken oder sich große Mühe gegeben Situationen zu vermeiden, die Sie an das/die Ereignis(se) erinnerten?                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.  | ... ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.  | ... sich wie betäubt gefühlt oder losgelöst von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 5.  | ... sich schuldig gefühlt oder konnten Sie nicht damit aufhören, sich oder anderen Vorwürfe wegen des/den Ereignis(sen) zu machen oder wegen Problemen, die durch das/die Ereignis(se) verursacht wurden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 6.  | ... dazu tendiert sich wertlos zu fühlen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 7.  | ... Wutausbrüche gehabt, die Sie nicht kontrollieren konnten?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 8.  | ... sich nervös, ängstlich oder gereizt gefühlt?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 9.  | ... außerstande Ihre Sorgengedanken zu stoppen oder zu kontrollieren?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 10. | ... sich "down", deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

11.	... wenig Interesse oder Freude gehabt, Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12.	... Probleme gehabt, ein- oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13.	... versucht sich absichtlich selbst zu verletzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14.	... die Welt oder andere Menschen anders wahrgenommen oder erlebt, so dass die Dinge wie im Traum erschienen, fremd oder unreal?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15.	... sich losgelöst oder getrennt von Ihrem Körper gefühlt (z. B. so als würden Sie von oben auf sich selbst hinabschauen oder als würden Sie von außen Ihren Körper betrachten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16.	... irgendwelche körperlichen, emotionalen oder sozialen Probleme gehabt, die Ihnen Sorge bereiteten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17.	... weitere belastende/stressende Ereignisse erlebt (z. B. finanzielle Probleme, Jobwechsel, Übersiedlung, Beziehungsprobleme im Job oder privat)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18.	... versucht die Anspannung mittels Alkohol, Tabak, Drogen oder Medikamenten zu reduzieren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
19.	... nahestehende Menschen vermisst, die Sie in schwierigen Zeiten unterstützen und auf deren Hilfe Sie wirklich zählen können (z. B. emotionaler Beistand, nach Kindern oder Haustieren sehen, Sie ins Spital oder zum Einkaufen bringen, helfen, wenn Sie krank sind)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
20.	Haben Sie während <b><i>Ihrer Kindheit</i></b> (0-18 Jahre) jemals ein traumatisches Ereignis erlebt (z. B. schwerer Unfall oder Brand, körperliche oder sexuelle Gewalt oder Missbrauch, Zeuge eines Mordes, einer schwerwiegenden Körperverletzung, Tod einer nahestehenden Person)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
21.	Hatten Sie <b><i>jemals</i></b> eine psychiatrische Diagnose oder wurden Sie jemals wegen psychischer Probleme behandelt (z. B. Depression, Angst oder Persönlichkeitsstörung)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
22.	Sehen Sie sich <b><i>im Allgemeinen</i></b> als eine belastbare (resiliente) Person?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
23.	Wie würden Sie Ihre aktuelle Funktionsfähigkeit (auf Arbeit/zu Hause bewerten?  1 = gering 10 = ausgezeichnet		