**D-2 (T1) pre-**

 **שם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך היום\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך האירוע הראשון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**הוראות:** למטה יש רשימת בעיות שיש לפעמים לאנשים כתגובה לחוויה מאד מלחיצה.
בבקשה קרא בעיון כל בעיה וסמן בעיגול את אחד המספרים מצד שמאל המתארים
עד כמה הוטרדת מהבעיה בחודש האחרון

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **בחודש האחרון עד כמה הוטרדת מ:** | בכלל לא | קצת | באופן בינוני | די הרבה | הרבה מאד |
| 1 | זיכרונות חוזרים, מציקים ובלתי רצויים של החוויה המלחיצה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | חלומות חוזרים ומציקים על החוויה המלחיצה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | מרגיש/ה או פועל/ת לפתע כאילו החוויה המלחיצה קורית עכשיו שוב (כאילו את/ה חוזר/ת וחי/ה אותה מחדש)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | מוטרד/ת מאד כשמשהו הזכיר לך את החוויה המלחיצה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | חש/ה תגובות גופניות חזקות כשמשהו מזכיר לך את החוויה המלחיצה (כמו למשל דפיקות לב, קשיי נשימה, הזעה)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | נמנע/ת מזיכרונות, מחשבות, או רגשות הקשורים לחוויה המלחיצה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | נמנע/ת מדברים חיצוניים המזכירים את החוויה המלחיצה (כמו למשל, אנשים, מקומות, שיחות, פעילויות, חפצים או מצבים)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | מתקשה להיזכר בחלקים חשובים מהחוויה המלחיצה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | יש לך אמונות שליליות חזקות ביחס לעצמך, ביחס לאנשים אחרים, ביחס לעולם (כמו למשל: אני רע, יש משהו לא בסדר איתי באופן חמור, אי אפשר לבטוח באף אחד, העולם מסוכן לחלוטין)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | מאשים/ה את עצמך או מישהו אחר על החוויה המלחיצה או על מה שקרה אחריה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | יש לך רגשות שליליים חזקים כמו פחד, אימה, כעס, אשמה, או בושה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | אובדן עניין בפעיליות שהיית/ה רגיל להנות מהן? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | מרגיש/ה מרוחק/ת או מנותק/ת מאנשים אחרים? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | מתקשה להרגיש רגשות חיוביים (למשל, לא יכול להרגיש שמחה או אהבה כלפי אנשים קרובים לך)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | נרגז/ת בקלות, יש לך התקפי זעם, או התנהגות תוקפנית? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | לוקח/ת יותר מידי סיכונים או עושה דברים שעלולים להזיק לך? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | מרגיש/ה "דריכות יתר" או 'על המשמר'? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | מרגיש/ה קופצני/ת או נבהל/ת בקלות? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | מתקשה להתרכז? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | מתקשה להירדם או או סובל מהפסקות בשינה? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |