

KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS) AÇIKLAMALAR

A.Kriteri : Kişi aşağıdakilerden her ikisinin varlığında travmatik bir olaya maruz kalmıştır:

1) Kişi gerçek bir ölüm veya ölüm tehditi, ağır bir yaralanma veya kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir olay veya olayları yaşamış, tanık olmuş veya böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2) Kişinin tepkileri aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme şeklinde olmuştur. Not: Çocuklarda bu tepkiler dezorganize veya ajite davranış şeklinde ifade edilebilir

Size bazen insanların başına gelen zor veya stresli bazı olaylar hakkında sorular soracağım. Bunlara verilebilecek örnekler: herhangi tipte ciddi bir kaza geçirmek; yangın, kasırga veya depremin içinde bulunmak; gaspa uğramak, dövülmek veya bir silahlı saldırıya uğramak; isteğiniz haricinde cinsel ilişkiye zorlanmak olabilir. Bu gibi yaşantıları içeren bir listeye bakmanızı ve herhangi birisinin sizin başınızdan geçip geçmediğini kontrol etmenizi isteyerek başlayacağım. Daha sonra, herhangi birisi sizin başınızdan geçtiyse; sizden neler olduğunu kısaca tarif etmenizi ve o anda neler hissettiğinizi anlatmanızı isteyeceğim.

Bu yaşantılardan bazılarını hatırlamak güç olabilir veya bazı rahatsız edici anıları veya duyguları tekrar canlandırabilir. İnsanlar sıklıkla bunlar hakkında konuşmayı yararlı bulurlar, ancak bana ne kadarını anlatmak istediğinize siz karar vereceksiniz. Kendinizi rahatsız/üzgün hissederseniz lütfen bana söyleyiniz, daha yavaş ilerleyip bunun hakkında konuşabiliriz. Ayrıca herhangi bir şey sormak istediğinizde veya anlamadığınız birşey olduğunda lütfen bana söyleyiniz. Başlamadan önce soracağınız bir şey var mı?

1.OLAY

Ne olmuştur? (Kaş yaşındaydınız? Başka kimler vardı? Kaç kere olmuştur? Hayati tehlike, ciddi yaralanma?)

Tanımlayınız (olay tipi, mağdur, fail, yaş, sıklık)

Duygusal olarak nasıl tepki vermiştiniz?

(Bunaltılı mıydınız veya orkmuş muydunuz? Dehşete düşmek, çaresiz hissetmek, ne hissettiniz? Sersemlemiş miydiniz veya hiçbir şey hissedemeyecek şekilde şokta mıydınız?)

Diğer insanların duygusal tepkileriniz hakkında farkettileri nelerdi? Olaydan sonra ne tür duygusal tepkileriniz oldu?

A.(1)

Hayati tehlike? EVET HAYIR (kendisine _____ başkasına _____)

Ciddi yaralanma? EVET HAYIR (kendisine _____ başkasına _____)

Fiziksel bütünlüğe tehdit? EVET HAYIR (kendisine _____ başkasına _____)

A.(2)

Aşırı korku/çaresizlik/dehşete düşme? EVET HAYIR (o sırada___ sonrasında___)

A kriteri karşılanıyor mu? HAYIR OLASI EVET

B.Kriteri : Travmatik olay aşağıdakilerden biri veya daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

1. (B-1) İmgeler,düşünceler ve algıları içeren ; olayın tekrarlayıcı, elde olmadan hatırlanan sıkıntı verici anıları. Not: Küçük çocuklarda travmanın temaları veya çeşitli yönlerinin ifade edildiği tekrarlayan oyunlar görülebilir.

Sıklık Olayla ilgili istenmeyen anıları hiç hatırladığınız oldu mu? Bunlar Neye benziyorlardı? (Ne hatırladınız?) (EĞER AÇIK DEĞİLSE) (Uyanırken de oldu mu veya sadece rüyanızda mı oldu?) (EĞER ANILAR SADECE RÜYALARDA OLDUYSA DIŞLAYIN) Bu anıları son bir ayda hangi sıklıkta hatırladınız?	Şiddet Bu anılar sizde ne kadar zorlanma ve rahatsızlığa neden oldu? Bunları aklınızdan çıkarıp başka bir şey düşünebiliyor musunuz? (Bunun için ne kadar çaba sarfetmek zorunda kaldınız?) Hayatınızı olumsuz yönde ne kadar etkilediler?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Hiç; 1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma; 2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma; 3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma; 4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürmemeye Belirtiniz _____
---	---

2. (B-2) Olayın sıkıntı verici tekrarlayan rüyaları. **Not** : Çocuklar içeriğin tam belli olmadığı korkunç rüyalar görebilirler.

Sıklık Hiç olay hakkında hoş olmayan rüyalar gördünüz mü? Tipik bir tanesini anlatınız. (rüyalarınızda neler oluyor?) Bu rüyaları son bir ay içinde hangi sıklıkta gördünüz?	Şiddet Bu rüyalar sizde ne kadar zorlanma ve rahatsızlığa neden oldu? Hiç uykudan uyanmanıza neden oldu mu? (EVET İSE) (Uyandıığınızda ne oldu? Tekrar uykuya dalmanız ne kadar sürdü?) (SIKINTIYLA UYANMA, ÇIĞLIK ATMA, KABUSTA GİBİ DAVRANMA VAR MI?)(Başkalari da rüyalarınızdan etkilendi mi? Nasıl?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

<p>SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün</p>	<p>ŞİDDET: 0: Hiç; 1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma; 2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma; 3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma; 4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürmemeye</p> <p>Belirtiniz _____</p>
--	--

3. (B-3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme (o yaşantıyı yeniden yaşama, illüzyonlar, halüsinasyonlar ve disosiyatif "geriye dönmeler" / flashbacks. Uyanmak üzereyken veya sarhoşken yaşananları da kapsar.)

<p>Sıklık Hiç aniden (olay) tekrar oluyormuş gibi davrandığınız veya hissettiğiniz oldu mu? (Olayla ilgili "geriye dönmeler"/flashbacks yaşadınız mı?) (AÇIK DEĞİLSE) : (Bu hiç uyanırken oldu mu; yoksa sadece rüyada mı?) (SADECE RÜYADA OLMUŞ İSE DIŞLAYIN) Bundan biraz daha bahsedin. Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?</p>	<p>Siddet Olay ne kadar tekrar oluyormuş gibi gözükte? (O anda ne yaptığınız ve nerede olduğunuz hakkında şaşkın bir halde miydiniz?) Bu ne kadar sürdü? Bu olurken ne yaptınız? (Başkaları davranışınızı farketti mi? Ne söylediler?)</p>	<p>Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____</p>
---	--	--

<p>SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün</p>	<p>ŞİDDET: 0: Yeniden yaşama yok; 1: Hafif, bir şekilde sadece olay hakkında düşünmekten daha gerçeğe yakın; 2: Orta, belirli ancak geçici disosiyatif nitelikli, halen çevrenin oldukça farkında, hayale dalma niteliğinde; 3: Ciddi, belirgin şekilde disosiyatif (imgeler, sesler veya kokular belirtir) ancak çevrenin farkında olma hali biraz korunmuş; 4: Ağır, tam disosiyasyon (flashback), çevrenin hiç farkında değil, bu dönem için olası amnezi</p> <p>Belirtiniz _____</p>
--	--

4. (B-4)

Travmatik olayın bir yönünü temsil eden veya andıran içsel veya dışsal olaylarla karşılaşma üzerine yoğun psikolojik sıkıntı duyma

Sıklık Herhangi bir şey size olayı hatırlattığında kendinizi duygusal olarak rahatsız hissettiğiniz oldu mu? (Herhangi birşey olayla ilgili kötü duygularınızı tetikledi mi? Olayı hatırlatan ne tür şeyler sizi rahatsız etti? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?	Şiddet Bunlar sizde ne kadar bir sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldu? Ne kadar sürdü? Hayatınızı ne kadar etkiledi?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Hiç; 1: Hafif, minimal sıkıntı ve etkinliklerde kısıtlanma; 2: Orta, sıkıntı var ancak halen başa çıkılabilir, etkinliklerde biraz kısıtlanma; 3: Ciddi, belirgin sıkıntı, anıları uzaklaştırmada zorluk, etkinliklerde belirgin kısıtlanma; 4: Ağır engelleyici / sınırlayıcı sıkıntı, anıları uzaklaştıramaz, etkinlikleri hiçbir şekilde sürdürmemeye Belirtiniz _____
---	---

5. (B-5)

Travmatik olayın bir yönünü temsil eden veya andıran içsel veya dışsal olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepkiler gösterme

Sıklık Herhangi bir şey size olayı hatırlattığında herhangi bir fiziksel tepkiniz oldu mu? (Size olayı hatırlatan birşey olduğunda vücudunuzun bir şekilde tepki verdiği oldu mu?) Örnekler verir misiniz? (Kalp atışlarınızda hızlanma veya nefes alıp vermenizde değişiklik oldu mu? Terleme, çok gergin veya titrek hissetme oldu mu? Bu tepkileri ne tür olaylar tetikledi?	Şiddet Bu fiziksel tepkiler ne kadar kuvvetliydi? Ne kadar sürdüler? (0 durumdan çıktıktan sonra da sürdü mü?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Fiziksel tepki yok; 1: Hafif, minimal tepkiler; 2: Orta, açık fiziksel tepkiler var, yüzleşmenin sürdüğü koşulda devam edebilir; 3: Ciddi, belirgin fiziksel tepkiler, yüzleşme boyunca sürer; 4: Ağır, dramatik fiziksel tepkiler, yüzleşme sonlandıktan sonra bile devam eden uyarılabilirlik durumu Belirtiniz _____
---	---

C.Kriteri. Aşağıdakilerden üçü veya daha fazlasının olmasıyla belirli, travmaya ilişkin uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki verme düzeyine küntleşme (travmadan önce olmayan)

6. (C-1)

Travmaya ilişkin düşünceler, duygular veya konuşmalardan kaçınma çabaları

Sıklık Olayla ilgili düşünceler veya duygulardan kaçınmaya çalıştığınız hiç oldu mu? (Ne tür düşünce veya duygulardan kaçınmaya çalıştınız?) Diğer insanlarla olay hakkında konuşmaktan kaçınmaya çalıştınız mı? (Neden?) Bu son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?	Şiddet (DÜŞÜNCELER/ DUYGULAR/ KONUŞMALAR' DAN) kaçınmak için ne kadar çaba sarfettiniz? (Ne gibi şeyler yaptınız? Alkol, ilaç veya madde kullandınız mı?) (DİSTRAKSİYON, BASTIRMA VE ALKOL/ MADDE KULLANIMI DAHİL TÜM KAÇINMA ÇABALARINI DAHİL EDİN) Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Hiç; 1: Hafif, minimal çaba,etkinliklerde az veya hiç engellenme; 2: Orta, biraz çaba,kaçınma mevcut, etkinliklerde bir miktar engellenme; 3: Ciddi, belirgin çaba, belirgin kaçınma, etkinliklerde belirgin engellenme veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı; 4: Ağır, kaçınma için büyük çaba, etkinliklere devam edememe veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı Belirtiniz _____
---	--

7. (C-2)

Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ve kişilerden kaçınma çabaları

Sıklık Size olayı hatırlatan belirli etkinlikler, yerler veya kişilerden kaçınmaya hiç çalıştınız mı? (Ne tür şeylerden kaçındınız? Neden?) Bu son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu?	Şiddet (ETKİNLİKLER/ YERLER/ KİŞİLER'DEN) kaçınmak için ne kadar çaba sarfettiniz? (Bunların yerine ne yaptınız?) Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Hiç; 1: Hafif, minimal çaba,etkinliklerde az veya hiç engellenme; 2: Orta, biraz çaba,kaçınma mevcut, etkinliklerde bir miktar engellenme; 3: Ciddi, belirgin çaba, belirgin kaçınma, etkinliklerde belirgin engellenme veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı; 4: Ağır, kaçınma için büyük çaba, etkinliklere devam edememe veya bir kaçınma stratejisi olarak belli etkinliklerle aşırı uğraşı Belirtiniz _____
---	--

8. (C-3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

Sıklık OLAYın önemli bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çektiğiniz oldu mu? (Bunları hatırlayabileceğinizi hissediyor musunuz? Sizce neden hatırlayamıyorsunuz?) Son bir ay içinde olayın önemli bölümlerinin ne kadarını hatırlamakta güçlük çektiniz? (Halen hangi bölümlerini hatırlayabiliyorsunuz?)	Şiddet Olayın önemli bölümlerini hatırlamakta ne kadar güçlük çektiniz? (Çaba gösterirseniz daha fazlasını hatırlayabiliyor muydunuz?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

SIKLIK: 0: Hiç; tam bellek; 1: Küçük bir bölüm hatırlanamaz (% 10' dan daha az); 2: Bazı bölümleri hatırlanamaz (yaklaşık % 20-30); 3: Birçok bölüm hatırlanamaz (yaklaşık % 50-60); 4: Çoğu ya da tamamı hatırlanamaz (% 80'den fazlası)	ŞİDDET: 0: Yok; 1: Hafif, minimal zorluk; 2: Orta, bir miktar güçlük, çaba ile hatırlayabiliyor; 3: Ciddi, çaba ile bile belirgin güçlük; 4: Ağır, olayın önemli bölümlerini hiçbir şekilde hatırlayamama Belirtiniz _____
---	---

9. (C-4) Önemli etkinliklere karşı ilginin veya bunlara katılımın belirgin olarak azalması

Sıklık Önceden hoşlandığınız etkinliklere karşı ilginizde bir azalma oldu mu? (Ne gibi şeylere karşı ilginizde azalma oldu? Tamamen yapmayı bıraktığınız şeyler var mı? Neden?) (FIRSAT OLMAMASI, FİZİKSEL ENGEL OLMASI VE TERCİHLERDE GELİŞİMSEL OLARAK UYGUN DEĞİŞİKLİKLERİ DIŞLAYIN) Son bir ayda kaç etkinliğe karşı ilgi azaldınız oldu? (halen ne tür şeyleri yapmaktan hoşlanıyorsunuz?) İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (Olaydan sonra)	Şiddet İlgi kaybınız ne ölçüde idi? (Bir kere başlayınca etkinliklerden zevk alabiliyor muydunuz?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

SIKLIK: 0: Yok; 1: Az miktarda (% 10'dan daha az); 2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30); 3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60); 4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)	ŞİDDET: 0: İlgi kaybı yok; 1: Hafif, hafif ilgi kaybı, olasılıkla etkinliklere başladıktan sonra hoşlanabilir; 2: Orta, ilgi kaybı mevcut ancak halen bazı etkinliklerden zevk alıyor; 3: Ciddi, etkinliklerde belirgin ilgi kaybı; 4: Ağır, ilginin tamamen kaybı, hiçbir etkinliğe katılmama Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
--	--

10. (C-5) İnsanlardan kopma veya yabancılaşma duyguları

Sıklık Hiç kendinizi insanlardan kopmuş veya onlara uzak hissettiniz mi? Son bir ayın ne kadarlık bir bölümünde bu şekilde hissettiniz? İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet Diğer insanlara karşı hissettiğiniz uzaklık veya kopukluk duyguları ne kadar güçlüydü? (Kendinizi kime en yakın hissediyorsunuz? Kişisel konularda rahatça konuşabildiğiniz kaç kişi var?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	--	---

SIKLIK: 0: Yok; 1: Az miktarda (% 10'dan daha az); 2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30); 3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60); 4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)	ŞİDDET: 0: Kopukluk/ yabancılaşma duygusu yok; 1: Hafif, kendini diğerleriyle aynı frekansta hissetmeyebilir; 2: Orta, kopukluk duygusu açıkça mevcut, ancak halen bazı kişilerarası bağları mevcut; 3: Ciddi, birçok insana karşı belirgin kopukluk/ yabancılaşma duyguları, bir veya iki insana yakın hissedebilir; 4: Ağır, tamamen kopuk veya uzak hissediyor, kimseyle yakın değildir Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
--	--

11. (C-6) Duygulanımda kısıtlılık (örn. Sevgi duygularına sahip olamama)

Sıklık Kendinizi duygusal olarak künt hissettiğiniz veya sevgi yada mutluluk duygularını hissetmekte güçlük çektiğiniz zamanlar oldu mu? Neye benziyordu? (Hangi duyguları hissetmekte zorluk çektiniz?) Son bir ayın ne kadarında bu şekilde hissettiniz? Duyguları hissetmekte ilk olarak ne zaman güçlük çekmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet (Duyguları) hissetmekte ne kadar güçlük çektiniz? (Halende hangi duyguları hissedebiliyorsunuz?) GÖRÜŞME BOYUNCA GÖZLENEN DUYGULANIMI DAHİL EDİN	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	--	---

SIKLIK: 0: Yok; 1: Az miktarda (% 10'dan daha az); 2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30); 3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60); 4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)	ŞİDDET: 0: Duygusal yaşantıda indirgenme yok; 1: Hafif, duygusal yaşantıda hafif indirgenme; 2: Orta, duygusal yaşantıda açık indirgenme ancak halen çoğu duyguyu hissedebilir; 3: Ciddi, en az iki primer duyguda (örn: sevgi, mutluluk) belirgin indirgenme; 4: Ağır, duygusal yaşantıda tam kayıp Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
--	--

12. (C-7)

Bir geleceği kalmadığı duygusu (Bir mesleği, evliliği, çocukları veya olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisine sahip olmama)

Sıklık Bir şekilde ömrünüzün kısaldığını ve gelecek için plan yapmanın gereksiz olduğunu hissettiğiniz oldu mu? Neden? (HAYATİ TEHLİKENİN OLDUĞU TIBBİ DURUMLAR GİBİ GERÇEKÇİ RİSKLERİ DIŞLAYIN) Son bir ay içinde zamanınızın ne kadarında böyle hissettiniz? İlk olarak böyle hissetmeye ne zaman başladınız? (Olaydan sonra)	Şiddet Ömrünüzün kısaldığına dair bu duygu ne kadar güçlü idi? (Nekadar yaşayacağınızı düşünüyorsunuz? Erken bir tarihte öleceğinize ne kadar inanıyorsunuz?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	--	---

SIKLIK: 0: Yok; 1: Az miktarda (% 10'dan daha az); 2: Bazı etkinlikler (yaklaşık % 20-30); 3: Birçok etkinlik (yaklaşık % 50-60); 4: Etkinliklerin çoğu veya tamamı (% 80'den fazlası)	ŞİDDET: 0: Ömrünün kısaldığı gibi bir duygusu yok; 1: Hafif, ömrünün kısaldığına dair hafif bir duygu; 2: Orta, ömrünün kısaldığı duygusu açıkça mevcut, ancak uzunluğu hakkında özgül bir tahmini yok; 3: Ciddi, belirgin ömrünün kısaldığı duygusu, uzunluğu hakkında özgül bir tahmini olabilir; 4: Ağır, ömrünün kısaldığına dair bunaltıcı duygu, erkenden öleceğine tamamen inanma Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
--	--

D. Kriteri : Aşağıdakilerden ikisinin (veya daha fazlasının) bulunması ile belirli, devamlı artmış uyarılmışlık semptomları

13.(D-1)

Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmede güçlük

Sıklık Hiç uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede sorununuz oldu mu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? İlk olarak ne zaman başladı? (olaydan sonra) Toplam uyku saati : _____ İstenen uyku saati : _____	Şiddet Uykunuz ile ilgili ne kadar sorununuz oldu? (Uykuya dalmanız için ne kadar süre geçti? Geceleri kaç defa uyandınız? Sıklıkla uyanmak istediğiniz saatten daha erken uyandığınız oldu mu? Bir gecede toplam uyku süreniz nedir?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün Uykuya dalma sorunu? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Uykudan uyanma? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Erken uyanma? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	ŞİDDET: 0: Uyku sorunu yok; 1: Hafif, uyku latansında hafif uzama veya uykuyu sürdürmede minimal zorluk (en çok 30 dk. uykusuzluk); 2: Orta, açık uyku bozukluğu, uzamış latans veya uykuyu sürdürmede açık güçlük (30-90 dk. uykusuzluk); 3: Ciddi, oldukça uzamış latans veya uykuyu sürdürmede belirgin güçlük (90 dk.-3 saat uykusuzluk); 4: Ağır, çok uzamış latans veya uykuyu sürdürmede aşırı güçlük (3 saatten fazla) Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
---	--

14.(D-2)

İrritabilite veya öfke patlamaları

Sıklık Hiç özellikle huzursuz hissettiğiniz veya kuvvetli öfke duyguları gösterdiğiniz oldu mu? Bazı örnekler verebilir misiniz? Bunlar son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? İlk olarak ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet Ne kadar öfkeliydiniz? (Bunu nasıl gösterdiniz?) (BASTIRMA VARSA) : Öfkenizi göstermemek sizin için ne kadar zordu? Sakinleşmeniz ne kadar zaman aldı? Öfkeniz herhangi bir soruna yol açtı mı?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

<p>SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün</p>	<p>ŞİDDET: 0: İrritabilite veya öfke yok; 1: Hafif, minimal irritabilite, öfkeliyken sesini yükseltme; 2: Orta, açık irritabilite veya öfkeyi bastırma çabaları ancak çabuk üstesinden gelir; 3: Ciddi, belirgin irritabilite veya öfkeyi bastırma çabaları, öfkeliyken sözel veya fiziksel saldırganlık gösterir; 4: Ağır, yıkıcı öfke veya ağır öfkeyi bastırma çabaları, fiziksel saldırganlık hecmeleri</p> <p>Belirtiniz _____</p> <p>Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/></p>
--	---

15.(D-3) Yoğunlaşmada güçlük

<p>Sıklık Hiç yapmakta olduğunuz şey veya çevrenizde olup bitenler üzerine yoğunlaşmada güçlük çektiğiniz oldu mu? Neye benziyordu? Son bir ay içinde zamanınızın ne kadarında oldu? İlk olarak ne zaman başladı? (olaydan sonra)</p>	<p>Şiddet Yoğunlaşmak sizin için ne kadar güçlü? (GÖRÜŞMEDEKİ YOĞUNLAŞMA VE DİKKATİ DAHİL EDİN) Bu hayatınızı ne kadar etkiledi?</p>	<p>Şimdiki S _____ Ş _____</p> <p>Hayat boyu S _____ Ş _____</p>
---	---	--

<p>SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Çok kısa bir zaman (% 10'dan daha az); 2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30); 3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60); 4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80' den fazla)</p>	<p>ŞİDDET: 0: Yoğunlaşmada güçlük yok; 1: Hafif, sadece hafif bir çabayla yoğunlaşabiliyor, etkinliklerde engellenme yok; 2: Orta, yoğunlaşmada kesin kayıp, ancak çabayla yoğunlaşabiliyor, bazı etkinliklerde engellenme; 3: Ciddi, yoğunlaşmada çabayla bile belirgin kayıp, etkinliklerde belirgin engellenme; 4: Ağır, hiç yoğunlaşamaz, etkinliklerde bulunamaz</p> <p>Belirtiniz _____</p> <p>Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/></p>
---	---

16. (D-4) Artmış tetikte olma hali

<p>Sıklık Gerçek bir sebep olmadığı halde hiç kendinizi tetikte hissettiğiniz oldu mu? (Kendinizi sürekli savunma halinde hissettiğiniz oldu mu?) Neden? Son bir ayın ne kadarında böyle hissettiniz? Böyle davranmaya ilk olarak ne zaman başladınız? (olaydan sonra)</p>	<p>Şiddet Çevrede olanlara karşı tetikte olmak için ne kadar çabaladınız? (GÖRÜŞMEDEKİ İZLENİMİNİZİ DAHİL EDİN) Tetikte olma durumunuz size sorun çıkardı mı?</p>	<p>Şimdiki S _____ Ş _____</p> <p>Hayat boyu S _____ Ş _____</p>
--	--	--

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Çok kısa bir zaman (% 10'dan daha az); 2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30); 3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60); 4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80' den fazla)	ŞİDDET: 0: Tetikte olma hali yok; 1: Hafif, minimal tetikte olma hali, farkındalıkta hafif artma; 2: Orta, tetikte olma hali açıkça var, toplulukta tetikte (örn: lokanta veya sinemada güvenli bir yere oturur); 3: Ciddi, belirgin tetikte olma hali, tehlikeye karşı çevreyi kollar, kendisinin/ailesinin/evinin güvenliğine abartılı ilgi; 4: Ağır, aşırı tetikte olma hali; güvenliği sağlamak için çok zaman ve enerji harcar, aşırı güvenlik ve kontrol etme davranışları gösterir, görüşmede belirgin şekilde tetiktedir. Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
--	---

17.(D-5) Abartılı irkilme yanıtı

Sıklık Aşırı irkilme tepkisi verdiğiniz oldu mu? Ne zaman oldu? (Ne tür şeyler irkilmenize neden oldu?) Son bir ay içinde hangi sıklıkta? Bu tepkiler ilk olarak ne zaman başladı? (olaydan sonra)	Şiddet Bu irkilmeler ne kadar güçlü idi? (Diğer insanların tepkileri ile kıyaslanırsa ne kadar güçlü idiler?) Ne kadar sürdüler?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: İrkilme yok; 1: Hafif, minimal tepki; 2: Orta, kesin irkilme yanıtı var, diken üstünde hisseder; 3: Ciddi, belirgin irkilme tepkisi, başlangıcı takiben devam eden aşırı uyanıklık; 4: Ağır, aşırı irkilme, açık başetme davranışı (savaş gazisinin aniden yere yatması) Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
---	---

E. Kriteri : Bozukluğun süresi (B,C ve D kriterleri semptomları) 1 aydan fazladır.

18. Belirtilerin başlangıcı

(AÇIK DEĞİLSE) Bana bahsettiğiniz (TSSB) belirtileri ilk olarak ne zaman başladı? (Travmadan ne kadar zaman sonra başladılar? Altı aydan daha fazla mı?)	_____ Baştan itibaren geçen toplam ay Geç başlangıç (6 aydan fazla)? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
---	--

19. Belirtilerin süresi

(ŞİMDİKİ) Bu (tssb) belirtileri birlikte ne kadar sürdüler?	1 aydan fazla mı?	Şimdiki E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Hayatboyu E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
(HAYATBOYU) Bu (tssb) belirtileri birlikte ne kadar sürdüler?	toplam süre (ay)? Akut (3 aydan az)? Kronik(3 aydan fazla)?	_____ Akut <input type="checkbox"/> Kronik <input type="checkbox"/>	_____ Akut <input type="checkbox"/> Kronik <input type="checkbox"/>

F. Kriteri : Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmaya neden olur.

20. Öznel sıkıntı

(ŞİMDİKİ) Genel olarak bahsettiğiniz bu belirtiler (tssb) sizi ne kadar sıkıntıya soktu?	Şimdiki 0. yok 1. hafif, minimal sıkıntı 2. orta, sıkıntı var ancak başedilebilir 3. ciddi, belirgin sıkıntı 4. ağır, bunaltıcı sıkıntı	Hayat boyu
(HAYATBOYU) Genel olarak bahsettiğiniz bu belirtiler (tssb) sizi ne kadar sıkıntıya soktu?		

21. Sosyal işlevsellikte bozulma

(ŞİMDİKİ) Bu belirtiler (tssb) insanlarla olan ilişkilerinizi etkiledi mi? Nasıl?	Şimdiki 0. Kötü etki yok 1. Hafif etki, sosyal işlevsellikte hafif bozulma 2. Orta etki, bozulma var ancak birçok alanda sosyal işlevselliğini sürdürüyor 3. Ciddi, belirgin bozulma, ancak birkaç alanda işlevsel 4. Ağır etki, çok az veya hiç olmayan işlevsellik	Hayat boyu
(HAYATBOYU) Bu belirtiler (tssb) insanlarla olan ilişkilerinizi etkiledi mi? Nasıl?		

22. Mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma

<p>(ŞİMDİKİ - AÇIK DEĞİLSE) Halen çalışıyor musunuz?</p> <p>EVET İSE : Bu (TSSB) belirtiler işinizi veya çalışma yetinizi etkiliyor mu? Nasıl? (İŞ İLİŞKİLERİNİ, İŞ SAYISINI VE ÇALIŞMA SÜRELERİNİ KAPSAYACAK ŞEKİLDE ÇALIŞMA ÖYKÜSÜNÜ DAHİL EDİN. HASTALIK ÖNCESİ İŞLEVSELLİK BELİRSİZSE TRAVMA ÖNCESİ İŞ DENEYİMLERİNİ ARAŞTIRIN. ÇOCUK/ ERGEN TRAVMALARI İÇİN TRAVMA ÖNCESİ OKUL BAŞARISINI VE OLASI DAVRANIŞ PROBLEMLERİNİ DEĞERLENDİRİN.)</p> <p>HAYIR İSE : Bu (TSSB) belirtiler hayatınızın diğer önemli alanlarını etkiliyor mu? (GEREKTİĞİNDE EBEVEYNLİK, EV İŞLERİ, OKUL, GÖNÜLLÜ ÇALIŞMALAR GİBİ ÖRNEKLER VERİN) Nasıl?</p> <p>(HAYATBOYU - AÇIK DEĞİLSE) O zaman çalışıyor muydunuz?</p> <p>EVET İSE : Bu (TSSB) belirtiler işinizi veya çalışma yetinizi etkilemiş miydi? Nasıl? (İŞ İLİŞKİLERİNİ, İŞ SAYISINI VE ÇALIŞMA SÜRELERİNİ KAPSAYACAK ŞEKİLDE ÇALIŞMA ÖYKÜSÜNÜ DİKKATE ALIN. HASTALIK ÖNCESİ İŞLEVSELLİK BELİRSİZSE TRAVMA ÖNCESİ İŞ DENEYİMLERİNİ ARAŞTIRIN. ÇOCUK/ ERGEN TRAVMALARI İÇİN TRAVMA ÖNCESİ OKUL BAŞARISINI VE OLASI DAVRANIŞ PROBLEMLERİNİ DEĞERLENDİRİN.)</p> <p>HAYIR İSE : Bu (TSSB) belirtiler hayatınızın diğer önemli alanlarını etkilemiş miydi? (GEREKTİĞİNDE EBEVEYNLİK, EV İŞLERİ, OKUL, GÖNÜLLÜ ÇALIŞMALAR GİBİ ÖRNEKLER VERİN) Nasıl?</p>	<ol style="list-style-type: none">0. Ters bir etki yok1. Hafif etki, mesleki veya diğer işlevsellik alanlarında minimal bozulma2. Orta etki, bozulma mevcut ancak mesleki veya diğer işlevsellik alanlarının birçoğu halen korunmuş3. Ciddi etki, belirgin bozulma, sadece birkaç mesleki vya diğer işlevsellik alanı korunmuş4. Ağır etki, çok az ve ya hiç olmayan mesleki veya diğer önemli işlevsellik	<p>Şimdiki</p> <p>_____</p> <p>Hayat boyu</p> <p>_____</p>
--	--	--

ŞİMDİKİ TSSB BELİRTİLERİ:

A kriteri karşılanıyor mu? (travmatik olay)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- B kriteri belirti sayısı (1 veya daha fazla)?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- C kriteri belirti sayısı (3 veya daha fazla)?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- D kriteri belirti sayısı (2 veya daha fazla)?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
E kriteri karşılanıyor mu? (süre 1 ay veya daha fazla)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
F kriteri karşılanıyor mu? (sıkıntı/bozulma)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>

ŞİMDİKİ TSSB (A-F kriterleri karşılanıyor mu)? HAYIR EVET

ŞİMDİKİ TSSB KRİTERLERİ KARŞILANIYORSA, ilişkili özelliklere geçin
ŞİMDİKİ TSSB KRİTERLERİ KARŞILANMIYORSA, HAYATBOYU TSSB İÇİN
DEĞERLENDİRİN. TRAVMADAN SONRA BELİRTİLERİN EN YOĞUN OLDUĞU, EN
AZ BİR AYLIK BİR DÖNEMİ BELİRLEYİN.

(Olaydan) bu yana, TSSB belirtilerinin son bir ayda olduğundan daha yoğun
olduğu bir dönem oldu mu? Ne zamandı? Ne kadar sürdü? (En az bir ay?)

EĞER GEÇMİŞTE BİRDEN ÇOK DÖNEM VARSA: Bu belirtilerden (TSSB) en çok
ne zaman rahatsız olmuştunuz?

EN AZ BİR DÖNEM VARSA, 1-17 ARASI MADDELERİ ARAŞTIRIN, SIKLIKTA
DEĞİŞMELER VARSA EN YOĞUN DÖNEMİ ALIN: Bu zaman boyunca belirtileri
yaşadınız mı? Ne sıklıkta?

HAYATBOYU TSSB BELİRTİLERİ

A kriteri karşılanıyor mu? (travmatik olay)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- B kriteri belirti sayısı (1 veya daha fazla) ?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- C kriteri belirti sayısı (3 veya daha fazla) ?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
- D kriteri belirti sayısı (2 veya daha fazla) ?	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
E kriteri karşılanıyor mu? (süre 1 ay veya daha fazla)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>
F kriteri karşılanıyor mu? (sıkıntı/bozulma)	HAYIR <input type="checkbox"/>	EVET <input type="checkbox"/>

BÜTÜNSSEL DEĞERLENDİRME

23. Bütünsel geçerlilik

YANITLARIN GENEL OLARAK GEÇERLİLİĞİNİ BELİRLEYİN. GÖRÜŞMEDEKİ İŞBİRLİĞİ, MENTAL DURUM (ÖRNEĞİN YOĞUNLAŞMA GÜÇLÜKLERİ, SORULARI KAVRAYABİLME, DİSOSİYASYON) VE BELİRTİLERİ ABARTMA VEYA AZ GÖSTERME ÇABASI GİBİ ETMENLERİ DİKKATE ALIN.	<ul style="list-style-type: none">0. Mükemmel, geçersiz yanıt şüphesi yok1. İyi, geçerliliği ters yönde etkileyebilecek etmenler mevcut2. Orta, geçerliliği kesinlikle azaltacak etmenler mevcut3. Düşük, önemli ölçüde azalmış geçerlilik4. Geçersiz yanıtlar, ciddi şekilde Bozulmuş mental durum veya muhtemel kendini olduğundan daha iyi / kötü gösterme çabası
--	--

24. Bütünsel şiddet

TSSB BELİRTİLERİNİN GENEL ŞİDDETİNİ BELİRLEYİN. ÖZNEL SIKINTI, İŞLEVSEL BOZULMANIN DERECESESİ, GÖRÜŞMEDEKİ DAVRANIŞLARIN GÖZLEMLENMESİ VE BİLDİRİM TARZI HAKKINDAKİ YARGINIZI DİKKATE ALIN.	<ul style="list-style-type: none">0. Klinik önemi olmayan belirtiler, sıkıntı ve işlevsellikte bozulma yok1. Hafif, minimal sıkıntı veya işlevsellikte bozulma2. Orta, sıkıntı veya işlevsellikte bozulma mevcut ancak çaba ile yeterli işlevsellik3. Ciddi, açık sıkıntı veya işlevsellikte bozulma çaba ile bile kısıtlı işlevsellik4. Ağır, belirgin sıkıntı veya iki veya daha fazla önemli işlevsellik alanında belirgin bozulma	<p>Şimdiki</p> <p>_____</p> <p>Hayat boyu</p> <p>_____</p>
---	---	--

25. Bütünsel İyileşme

BAŞLANGIÇ DEĞERLENDİRMESİNDEN BERİ VAROLAN GENEL TOPLAM DÜZELMEYİ İŞARETLEYİN. ÖNCEDEN YAPILMIŞ DEĞERLENDİRME YOKSA BELİRTİLERİN SON 6 İÇİNDE NASIL DEĞİŞTİĞİNİ SORUN. DEĞİŞİKLİĞİN DERECESESİNİ VE TEDAVİYE BAĞLI OLUP OLMADIĞINI İŞARETLEYİN.	<ul style="list-style-type: none">0. Asemptomatik1. Belirgin düzelme2. Orta derecede düzelme3. Hafif düzelme4. Düzelme yok5. Yetersiz bilgi
---	--

İlişkili Özellikler

26. Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk

Sıklık (Olay) sırasında yaptığınız veya yapmadığınız herhangi birşey hakkında suçluluk duyduunuz mu? (Ne hakkında suçluluk duyduunuz?) Son bir ay içinde zamanın ne kadarında böyle hissettiniz?	Şiddet Bu suçluluk duyguları ne kadar güçlüydü? Ne kadar sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldular?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Çok kısa bir zaman (%10'dan daha az); 2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30); 3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60); 4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80'den fazla)	ŞİDDET: 0: Suçluluk duygusu yok; 1: Hafif derecede suçluluk duyguları; 2: Orta, suçluluk duyguları var, sıkıntı var ancak başedilebilir; 3: Ciddi, belirgin suçluluk duyguları ve sıkıntı; 4: Ağır, yıkıcı suçluluk duyguları, davranışı hakkında kendini mahkum etmek, bunaltıcı sıkıntı Belirtiniz _____
--	---

27. Hayatta kalmaktan/ kurtulmaktan suçluluk duyma

Sıklık Diğer kişilerin aksine hayatta kalmaktan/ olaydan kurtulmaktan suçluluk duyduğunuz oldu mu? (Ne için suçluluk duyuyorsunuz?) Son bir ay içinde zamanın ne kadarında böyle hissettiniz? Tanım/ Örnekler	Şiddet Bu suçluluk duyguları ne kadar güçlüydü? Ne kadar sıkıntı veya rahatsızlığa neden oldular?	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
--	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Çok kısa bir zaman (%10'dan daha az); 2: Bazı zamanlar (yaklaşık % 20-30); 3: Çoğu zaman (yaklaşık % 50-60); 4: Çoğu zaman veya her zaman (% 80'den fazla)	ŞİDDET: 0: Suçluluk duygusu yok; 1: Hafif derecede suçluluk duyguları; 2: Orta, suçluluk duyguları var, sıkıntı var ancak başedilebilir; 3: Ciddi, belirgin suçluluk duyguları ve sıkıntı; 4: Ağır, yıkıcı suçluluk duyguları, davranışı hakkında kendini mahkum etmek, bunaltıcı sıkıntı Belirtiniz _____
--	---

28. Çevresinin farkında olma durumunda azalma

Sıklık Çevrenizde olup bitenin farkında olmadığınız veya kendinizde olmadığınız dönemler oldu mu? (Flashback dönemlerinden ayırdediniz) Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? (AÇIK DEĞİLSE :) (Bir hastalık veya alkol/ maddelerin etkisine mi bağlıydı?) İlk olarak ne zaman böyle hissettmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet Bu çevrenin farkında olmama veya kendinizde olmama duyguları ne kadar güçlüydü? (Gerçekten o anda nerede olduğunuz veya ne yaptığınız hakkında şaşkınlık içinde miydiniz?) Ne kadar sürdü? Bu olurken ne yaptınız? (Diğer insanlar davranışlarınızı farkettiler mi? Neler söylediler?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Farkındalıkta azalma yok; 1: Hafif, farkındalıkta hafif azalma; 2: Orta, farkındalıkta kesin ancak geçici azalma, dalıp gitme hissi tanımlayabilir; 3: Ciddi, farkındalıkta belirgin azalma, birkaç saat sürebilir; 4: Ağır, çevrenin farkındalığının tamamen kaybı, yanıtız olabilir, o dönem için olası bellek kaybı Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
---	---

29. Derealizasyon

Sıklık Çevrenizde olanların size yabancı veya gerçekdışı / çok tuhaf gözüktüğü zamanlar oldu mu? (HAYIR İSE): (Tanıdığınız insanların size yabancıymış gibi gözüktüğü oldu mu?) Neye benziyordu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? (AÇIK DEĞİLSE) : (Bir hastalık veya alkol /madde etkisine mi bağlıydı?) İlk defa ne zaman böyle hissettmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet (Derealizasyon) ne kadar güçlüydü? Ne kadar sürdü? Bu olurken neler yaptınız? (Diğer insanlar davranışlarınızı farkettiler mi? Neler söylediler?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	---	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Derealizasyon yok; 1: Hafif derealizasyon; 2: Orta, kesin ancak geçici derealizasyon; 3: Ciddi, belirgin derealizasyon, neyin gerçek olduğuna dair şaşkınlık, birkaç saat sürebilir; 4: Ağır, derin derealizasyon, gerçeklik ve aşinalık duygusunun çarpıcı şekilde kaybı Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
---	--

30. Depersonalizasyon

Sıklık Vücudunuzun dışına çıkmış gibi hissettiğiniz, kendinizi bir başkası gibi gördüğünüz zamanlar oldu mu? (HAYIR İSE): (Vücudunuzun bir şekilde değişmiş, tuhaf veya size yabancıymış gibi hissettiğiniz oldu mu?) Neye benziyordu? Son bir ay içinde hangi sıklıkta oldu? (EĞER AÇIK DEĞİLSE): (Bir hastalık veya alkol /madde etkisine mi bağlıydı?) İlk defa ne zaman böyle hissetmeye başladınız? (olaydan sonra)	Şiddet Depersonalizasyon ne kadar güçlüydü? Ne kadar sürdü? Bu olurken neler yaptınız? (Diğer insanlar davranışlarınızı farkettiler mi? Neler söylediler?)	Şimdiki S _____ Ş _____ Hayat boyu S _____ Ş _____
---	--	---

SIKLIK: 0: Hiçbir zaman; 1: Bir ya da iki kez; 2: Haftada bir veya iki kez; 3: Haftada çeşitli kereler; 4: Hemen hergün	ŞİDDET: 0: Depersonalizasyon yok; 1: Hafif depersonalizasyon; 2: Orta, kesin ancak geçici depersonalizasyon; 3: Ciddi, belirgin depersonalizasyon, kendinden belirgin kopma duygusu, birkaç saat sürebilir; 4: Ağır, derin depersonalizasyon, çarpıcı şekilde kendinden kopma duygusu Belirtiniz _____ Travma ilişkisi : kesin <input type="checkbox"/> olası <input type="checkbox"/> değil <input type="checkbox"/>
---	---