

PCL-5

Instrukcje: poniżej znajduje się lista problemów, których ludzie czasami doświadczają w reakcji na bardzo stresujące przeżycie. Proszę przeczytać uważnie każdy problem, a następnie zakreślić jedną z liczb po prawej stronie, aby wskazać, jak bardzo trapił Pana/Panią ten problem w ciągu ostatniego miesiąca.

W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo trapiło Pana/Panią:	Wcale	Trochę	Umiarkowanie	Znacznie	Bardzo
1. Powtarzające się, niepokojące i niechciane wspomnienia stresującego przeżycia?	0	1	2	3	4
2. Powtarzające się, niepokojące sny o stresującym przeżyciu?	0	1	2	3	4
3. Nagłe uczucie lub zachowanie, jakby stresujące przeżycie ponownie miało miejsce (jakby rzeczywiście tam Pan/Pani był(a), przeżywając to ponownie)?	0	1	2	3	4
4. Poczucie zdenerwowania, gdy coś przypomniło Panu/Pani o stresującym przeżyciu?	0	1	2	3	4
5. Silne fizyczne reakcje, gdy coś przypomniło Panu/Pani o stresującym przeżyciu (np. kołatanie serca, problemy z oddychaniem, pocenie)?	0	1	2	3	4
6. Unikanie wspomnień, myśli lub uczuć związanych ze stresującym przeżyciem?	0	1	2	3	4
7. Unikanie sytuacji, które przypominają o stresującym przeżyciu (np. ludzie, miejsca, rozmowy, czynności, przedmioty lub sytuacje)?	0	1	2	3	4
8. Problem z przypomnieniem sobie ważnych części stresującego przeżycia?	0	1	2	3	4
9. Silne negatywne przekonania o sobie, innych ludziach lub świecie (na przykład myślenie typu: jestem zły/zła, coś jest ze mną nie tak, nikomu nie można ufać, świat jest niebezpieczny)?	0	1	2	3	4
10. Obwinianie siebie lub kogoś innego za stresujące przeżycie lub to, co się stało po nim?	0	1	2	3	4
11. Silne negatywne uczucia takie jak strach, przerażenie, złość, poczucie winy lub wstyd?	0	1	2	3	4
12. Utrata zainteresowania czynnościami, które sprawiały Panu/Pani przyjemność?	0	1	2	3	4
13. Poczucie dystansu lub odcięcia od innych ludzi?	0	1	2	3	4
14. Problemy z przeżywaniem pozytywnych uczuć (np. niezdolność do odczuwania szczęścia lub miłości do osób Panu/Pani bliskich)?	0	1	2	3	4
15. Drażliwe zachowanie, wybuchy złości lub agresja?	0	1	2	3	4
16. Podejmowanie zbyt dużego ryzyka lub postępowanie w sposób, który może wyrządzić Panu/Pani krzywdę?	0	1	2	3	4
17. Bycie wyjątkowo czujnym lub ostrożnym?	0	1	2	3	4
18. Nerwowość lub lękliwość?	0	1	2	3	4
19. Kłopoty z koncentracją?	0	1	2	3	4
20. Trudności w zasypianiu lub utrzymaniu snu?	0	1	2	3	4