



Imię i nazwisko data

- A. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy doświadczył/a Pan/Pani bardzo stresującej kryzysowej sytuacji, takiej jak np. nagła lub tragiczna śmierć bliskiej osoby, wypadek, napaść, inne formy przemocy, w tym molestowanie seksualne, poważna choroba zagrażająca życiu, katastrofa, klęska żywiołowa itp.?

TAK	NIE
Jeśli pacjent odpowie TAK , kontynuuj wywiad do części C włącznie	Jeśli pacjent odpowie NIE , zakończ wywiad po części B

- B. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał/a Pan/Pani

1. niepokój, lęk lub napięcie?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

2. rozdrażnienie lub irytację?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

3. złość, wściekłość lub gniew?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

4. przygnębienie, zniechęcenie lub zamartwianie się?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

5. ogólne zmęczenie lub osłabienie?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

6. trudności z koncentracją lub zapamiętywaniem?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

7. trudności w myśleniu i podejmowaniu decyzji?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

8. wycofanie się, niechęć do kontaktu z innymi?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

9. zaburzenia snu, koszmary nocne?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym



Jeśli pacjent w części A, zaznaczył odpowiedź TAK, poszerz wywiad o następujące pytania:

C. Czy ostatniego miesiąca pojawiały się u Pana/ Pani

1. natrętne, niechciane myśli/ obrazy/ wrażenia lub wspomnienia związane z tym zdarzeniem?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

2. unikanie wspomnień, myśli lub uczuć związanych z tym zdarzeniem?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

3. silne reakcje fizycznych, gdy coś przypominało o stresującym zdarzeniu (np.: bicie serca, trudności z oddychaniem, pocenie się)?

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

4. silne, negatywne przekonania na temat siebie, innych ludzi lub świata (np. takie myśli jak: jestem zły/a, coś naprawdę złego dzieje się ze mną, nikomu nie można zaufać, świat jest niebezpieczny)

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

5. brak pozytywnych stanów (radość, szczęście, zadowolenie)

1	2	3	4	5
Nie, wcale				Tak często/ bardzo, że trudno mi to znieść/ poradzić sobie z tym

Jeśli pacjent w części B zaznaczył przynajmniej w 3 przypadkach cyfrę 4 lub 5 na skali odpowiedzi sugerujemy rozważenie konsultacji psychiatrycznej.

Jeśli w części C w jakimkolwiek pytaniu zaznaczono odpowiedź 4 lub 5 wymagana jest konsultacja psychiatryczna oraz psychoedukacja na temat konsekwencji zdarzeń traumatycznych dla funkcjonowania człowieka. Konieczna jest pogłębiona diagnoza w kierunku występowania zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) lub zaburzenia stresu ostrego (ASD).

Gdy większość odpowiedzi w części B i C plasuje się na poziomie 3 zalecana jest psychoedukacja oraz zasugerowanie pacjentowi skorzystania z pomocy psychoterapeutycznej w celu wzmocnienia jego zasobów potrzebnych do radzenia sobie z trudnościami.

opracowały: dr hab. Dorota Mercz-Kot, mgr Agata Wężyk, mgr Aleksandra Jacukowicz, dr Adrianna Potocka