

Traume skema

Har du indenfor de sidste tre år været udsat for en voldsom hændelse f.eks. ulykke, overfald, dødsfald eller andet?

Sæt kryds: Nej Tak, du kan stoppe her.
 Ja Du bedes venligst besvare nedenstående spørgsmål

Dato for hændelse: _____

(Sæt ét X ved hvert spørgsmål)		Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
1.	Tilbagevendende tanker eller erindringer om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Føler i glimt, at det er ligesom at hændelsen gentager sig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Gentagne mareridt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ude af stand til at vise følelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bliver nemt forskrækket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Svært ved at koncentrere mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Besvær med at falde i søvn/sove igennem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Følelsen af at være på vagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Undgår aktiviteter, som minder mig om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ude af stand til at huske dele af hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mindre interesse i dagligdags aktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Føler jeg ikke har nogen fremtid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Undgår tanker eller følelser forbundet med hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	Oplever nogen gange, at jeg har foretaget mig ting, som jeg overhoved ikke kan huske.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Har en følelse af uvirkelighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Har nogle gange en følelse af at være ude af min krop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>