

DSS - PL
Carlson i Waelde
Przekład: Pietkiewicz i Tomalski, 2016

Imię i nazwisko: _____ Data: _____

Zaznacz, jak często dana rzecz miała miejsce W OSTATNIM TYGODNIU

Dla przejrzystości tekstu, w podanych stwierdzeniach użyto tylko formy męskiej.

	Wcale	Raz lub dwa razy	Prawie codziennie	Średnio raz dziennie	Częściej niż raz dziennie
w ostatnim tygodniu					
1	Czułem, jakby moje ciało było obce lub odrealnione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Otoczenie wydawało mi się dziwne lub odrealnione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Przypomniało mi się coś przykrego i na chwilę odpłynąłem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Chwilami traciłem kontrolę nad sobą i zachowywałem się tak, jakbym był w bardzo stresującym momencie z przeszłości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Miałem wrażenie, że wychodzę z siebie i obserwuję, jak robię różne rzeczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Usłyszałem coś, choć wiem, że tam tego nie było.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Coś mnie zdenerwowało i nie pamiętam, co wydarzyło się później.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czułem się jak w filmie – jakby to, co się dzieje nie było realne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nie czułem bólu, kiedy zrobiłem sobie krzywdę i powinienem coś odczuwać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Naszło mnie wspomnienie tak silne, że przestałem zwracać uwagę na to, co dzieje się wokół mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DSS - PL

		Wcale	Raz lub dwa razy	Prawie codziennie	Średnio raz dziennie	Częściej niż raz dziennie
w ostatnim tygodniu						
11	Złapałem się na tym, że patrzę przed siebie nie myśląc o niczym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Pomimo starań, nie mogłem sobie przypomnieć tego, co wydarzyło się w ciągu dnia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Miałem wrażenie, że nie jestem sobą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Zobaczyłem coś, co wydawało się rzeczywiste, ale nie było.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Nagle zdałem sobie sprawę, że nie zwracam uwagi na to, co dzieje się wokół mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Części mojego ciała wydawały mi się zniekształcone – jakby były większe lub mniejsze, niż zwykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Zareagowałem na ludzi lub sytuacje tak, jakbym był w jakimś okresie z przeszłości, kiedy byłem w dużym stresie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Tak bardzo skupiłem się na czymś, co działo się w mojej głowie, że przestałem zwracać uwagę na to, co dzieje się wokół mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Zauważyłem u siebie luki w pamięci dotyczące rzeczy, które mi się przytrafiły i które powinienem pamiętać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Wyczuwałem jakiś zapach, a wiem, że nie był realny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>