

## דף סימפטומים

בשאלון הבא אנא סמן/י X האם חווית בעבר את הרגשות/דפוסי התנהגות או הסימנים הבאים, האם הם ממשיכים להפריע גם בתקופה האחרונה:

| ממשיך להפריע גם היום | חוויתי בעבר |                                       |
|----------------------|-------------|---------------------------------------|
|                      |             | דימוי עצמי נמוך                       |
|                      |             | דיכאון                                |
|                      |             | מחשבות / נסיונות התאבדות              |
|                      |             | פחדים ורתיעה ממגע                     |
|                      |             | חוסר אמון באנשים                      |
|                      |             | קשיים ביצירת קשרים עם אחרים           |
|                      |             | קשיי ריכוז                            |
|                      |             | קשיי שינה                             |
|                      |             | פחדים ללכת לישון                      |
|                      |             | סיזמים חוזרים ונשנים                  |
|                      |             | בריחות מהבית או מביה"ס                |
|                      |             | הפרעות אכילה (אנורקסיה/בולמיה)        |
|                      |             | קשיי בליעה                            |
|                      |             | התמכרות לאלכוהול                      |
|                      |             | התמכרות לסמים                         |
|                      |             | תאונות/מחלות תכופות                   |
|                      |             | הימצאות במצבים מסוכנים                |
|                      |             | התנהגויות של פגיעה עצמית              |
|                      |             | שנאת הגוף שלי                         |
|                      |             | תחושות שהגוף אינו שייך לי             |
|                      |             | תחושה חוץ גופית                       |
|                      |             | חוש זמן פגוע                          |
|                      |             | אבדן זכרון חלקי                       |
|                      |             | פחד להשתגע                            |
|                      |             | התקפי זעם                             |
|                      |             | חוסר יכולת להביע כעס                  |
|                      |             | קהות רגשית (רגשית או פיזית)           |
|                      |             | יכולת לשאת כאבים גופניים עזים         |
|                      |             | כאבים חוזרים ונשנים בבטן או בראש      |
|                      |             | דלקות חוזרות ונשנות בנרתיק/בדרכי השתן |
|                      |             | הרטבה במיטה עד גיל מאוחר              |
|                      |             | התעללות בילדים קטנים יותר             |
|                      |             | פגיעה בבעלי חיים                      |
|                      |             | חייב/ת להיות בשליטה                   |
|                      |             | דאגנות יתר                            |
|                      |             | חייב/ת להיות עם פנים מול הדלת         |
|                      |             | חוסר יכולת להנות מקיום יחסי מין       |
|                      |             | יחסים מיניים עם הרבה אנשים            |
|                      |             | התנהגויות כפייתיות                    |
|                      |             | פחדים בלתי מוסברים                    |
|                      |             | שמיעת קולות בראש                      |
|                      |             | תחושה שאף אחד לא מכיר אותי באמת       |