

The Hebrew University of Jerusalem

Faculty of Social Science

Department of Psychology

**Thesis proposal**

**Does CBT for panic disorder also help sexual dysfunction?**

**Under the supervision of:** Jonathan D. Huppert, Ph.D

**By:** Asaf Cohen **id:** 201112851

**Abstract**

According to many treatment guidelines, cognitive behavioral therapy (CBT) is the most recommended type of psychotherapy for patients with panic disorder (Stein & McIntyre, 2010). In addition, a number of studies suggest a relation between panic disorder and sexual dysfunction (Aksoy et al., 2012; Figueira et al., 2001; Kaplan, 1987, 2014). To date, no studies have examined whether CBT for panic disorder ammeliorates sexual dysfunction. The proposed study will examine the effects of CBT for patients with panic disorder on sexual dysfunction, with the hypotheses that improvement in panic symptoms and in anxiety sensitivity over the course of treatment will be related to improved sexual functioning. To test this hypothesis, 60 patients (20 male and 40 females) that meet the DSM-5 criteria for a primary diagnosis of panic disorder will undergo CBT, and will complete self-report questionnaires regarding their panic and anxiety levels and their sexual-functioning. In addition, the relationship between panic disorder symptoms and sexual dysfunction, while controlling for depression will be examined.

**Introduction**

According to the 2012 National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), prevalence estimates for panic disorder are 2.7% (year) and 4.7% (lifetime; Kessler et al., 2005). Panic disorder is associated with high levels of social, occupational, and physical disability and considerable economic costs. Individuals with panic disorder may frequently be absent from work or school in order to attend doctor and emergency room visits, which can lead to withdrawal from education systems, or unemployment . In addition, safety behaviors impact numerous factors such as the patients' choice of work, hobbies, and how they spend time with their family (American Psychiatric Association 2013). Indeed, panic disorder can impact most areas of an individual’s life, including their sexual functioning (Aksoy et al., 2012; Figueira et al., 2001; Kaplan, 1987, 2014).

Today the most recommended type of psychotherapy for patients with panic disorder is cognitive-behavioral therapy (CBT; Stein & McIntyre, 2010). The CBT conceptualization of panic disorder is conditioned fear or anxiety about certain bodily sensations associated with panic (Barlow, 2014). CBT for panic disorder aims to target the fear of bodily sensations through psychoeducation, cognitive challenging, vivid and interoceptive exposures (מרום ועמיתיו/ה, 2011). The National Institute of Health (1991) noted that barriers such as accessibility and affordability often prevent individual’s with panic disorder from taking advantage of CBT oppurtunuties. To overcome these barriers, a novel method of CBT's administerion was developed - internet-based cognitive behavior therapy (ICBT). ICBT is a relatively new treatment option, with the first trial conducted at the beginning of the 21st century (Carlbring et al., 2001). ICBT typically consist of 6-15 modules, which are comprised of texts and short video chapters corresponding to face-to-face therapy sessions. In general, ICBT requires a low level of involvement from the therapist as they are only required to provide guidance and feedback on patient’s homework assignments (Andersson et al., 2014). Several randomized controlled trials have demonstrated that guided ICBT for panic disorder have equivalent overall effects as traditional face to face CBT (Andersson et al., 2014; Hedman et al., 2013).

**Panic Disorder and Sexual Dysfunction**

In addition to the functional and emotional difficulties experienced by patients with panic disorder, many studies also suggest a potential relationship between panic disorder and sexual dysfunction (Aksoy et al., 2012; Figueira et al., 2001; Kaplan, 1987, 2014). According to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), sexual dysfunctions are defined as a heterogeneous group of disorders that are typically characterized by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. The DSM-5 divides the sexual response into a four stages: (1) Desire to engage in sexual activity; (2) Sense of sexual pleasure which is expressed in erection in males, and vaginal lubricationand in females; (3) Orgasm and (4) Resolution, which is muscular relaxation and a subjectivesense of well-being (American Psychiatric Association, 2013).

Datillio (1992) found that both panic attacks and sexual activities share similar bodily sensations including heart palpations, disorientation, shortness of breath, and a dry mouth. Barlow’s (2002) model of sexual dysfunction suggests that in order to perform successful sexual activity, humans should focus on the sexual activity itself. However, when patients with panic disorder perform sexual activity, they do not focus only on the sexual activity itself, but also on their own body sensations related to a panic attack .

One study examined three case reports of men diagnosed both with panic disorder and with erectile problems (Sbrocco et al., 1997). In these cases, the researchers found evidence for the tenet that patients with both panic disorder and erectile problems experience a conditioned fear response to certain bodily sensations which shares many of the physical sensations of sexual arousal. In addition, each of the three patients reported less focus on the sexual activity itself, but rather more focus on their own bodyily sensations. These findings support Barlow’s model of sexual dysfunction, in male patients with panic disorder.

While Sbrocco et al., (1997) found a link between panic disorder and sexual dysfunction in men, a study by Hartmann et al., (2008) examined if women with panic disorder experience panic attacks during sexual activity. The study included 30 women with panic disorder and 27 controls. The researcher’s initial hypothesis was that women with panic disorder would feel similar sensations during sexual arousal and panic attacks, but these sensations will not trigger panic attacks during sexual activity because the women would not experience loss of control during sexual arousal. Interestingly, in contrast to their hypothesis, the study found that 50% of the participants experienced a loss of control during sexual arousal, and the other 50% mentioned the fear of losing control while being sexually active. In addition, 30% of the participants reported having a panic attack during sexual activity.

Contrary to the findings presented thus far, Mercan et al., (2006) evaluated sexual dysfunction frequency in women patients with panic disorder and patients with panic disorder accompanied by depression compared to a control group. Through the use of self-report questionnaires, it was found that decreased sexual desire and high sexual aversion in patients with panic disorder were the result of comorbidity with depression and was not directly related to panic disorder. Therefore, more information is needed regarding the direct relationship between sexual functioning and panic disorder and the mediating role of depression.

**Depression and Sexual Dysfunction in Panic Disorder?**

Studies in the literature suggest that many patients diagnosed with panic disorder also experience comorbid Axis I disorders, which generally range from 51% to 69% (Brown & Barlow 1992; Brown et al., 1995, 2001; Sanderson et al., 1990; Tsao, Lewin et al., 1998; Tsao, Mystkowsky et al., 2002). Some of the most common comorbid disorders are major depression and dysthymia. For example, Brown et al., (1995) found that 12.7% of patients diagnosed with panic disorder also had a mood disorder.

 In addition to the comorbidity of panic disorder and depression, studies show that depression is also comorbid with various types of sexual dysfunction (Clayton et al., 1995; Harrison et al., 1986; Harvey & Balon, 1995; Mathew et al., 1980; Thase et al., 1988). In a sample of 132 patients with depressive disorders, Casper et al., (1985) found that 73% of male patients diagnosed with depression and 53% of female patients diagnosed with depression reported at least one sexual dysfunction including: loss of sexual interest, loss of libido, or decrease of sexual desire or potency. More recent research which interviewed 135 depressed couples found that depression can lead an individual to eschew physical intimacy (Sharabi et al., 2016). The greatest explanation for this was due to their depressive symptoms and the side effects of medication causing them to experience less pleasure from sexual activities.

As such, the extant literature suggests an association between panic disorders and depression and between depression and sexual dysfunction. In light of this, the current proposal hopes to add to the current literature by examining whether panic disorders symptoms and sexual dysfunction are directly related, when taking into account depressive symptoms.

**Does CBT for Panic Disorder Also Help Reduce Sexual Dysfunction?**

As far as we know, no study has directly examined the improvement in sexual dysfunction, following CBT for panic disorder. A study by Hoyer et al., (2009) assessed changes in sexual dysfunctions among patients undergoing standard CBT for a variety of psychological disorders, even though the CBT itself was not directly focused on the improvement of sexual dysfunction directly. This study administered the sexual dysfunction questionnaire before and after treatment to 451 patients (68% female) and found that before the treatment, 63% of the patients reported on at least one kind of sexual dysfunction. The study results revealed that a significant number of patients who initially reported sexual dysfunction showed improvement in sexual dysfunction (44%), but only after successful treatment for the psychological disorder. While this study shows a reduction in sexual dysfunction following CBT treatment, the researchers investigated this on a wide range of psychological disorders and did not focus on panic disorder specifically.

The proposed study will examine two research hypotheses. First, we examine whether there is a direct connection between panic disorder symptoms and sexual dysfunction beyond depressive symptoms, with the hypothesis that there will be a relationship even when controlling for depression. The second hypothesis of this study will address the question of whether CBT for panic disorder can reduce symptmos of sexual dysfunction in addition to reducing panic disorder symptoms, even though the treatment does not focus on the sexual dysfunction, with the hypothesis that there will be improvement in sexual functioning.

**Method**

**Participants**

Patients will be recruited from the general public through various advertising, mainly on social media. The sample will consist of 20 males and 40 females who meet the DSM-5 criteria for a primary diagnosis of panic disorder and are above the age of 18.

Exclusion criteria will comprise of: (a) the presence of psychotic or bipolar disorder, (b) substance dependence within the past three months or current substance abuse, (c) the presence of any unstable medical condition, (d) suicidality, (e) receiving concurrent psychotherapy, (f) on a stable dose of medication for *less* than three months prior to beginning the study, (g) unwilling to remain stable on their medication for the duration of the active phase of treatment, (h) mental retardation or another pervasive developmental disability, (i) prior CBT treatment for panic disorder that includes interoceptive exposures, (j) the presence of other DSM-5 diagnoses as their main diagnosis.

**Measures**

**Demographic questionnaire.** The questionnaire will include questions relating to age, gender, marital status, education, use of medicines and employment status. The purpose of the questionnaire is to provide a general background of the patient and their suitability for the proposed treatment.

**The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-5 (M.I.N.I; Sheehan et al., 1998).** The diagnostic part of the clinical interview will be conducted using the MINI. The MINI is a widely used psychiatric structured diagnostic interview instrument, that has been found to be valid and reliable (Sheehan et al., 1997).

**Panic Disorder Severity Scale (PDSS; Shear et al., 1992; Appendix A).** PDSS will be utilised with intent to assess panic symptomatology. The PDSS is a 7-item scale whereby each item is rated on a 5-point Likert-scale. Questions pertain to domains such as attack frequency and level of distress experienced. The PDSS correlates strongly with other measures assessing similar constructs. The PDSS has shown inter-rater reliability ranging from .71 to .87 (Shear et al., 1997; Shear et al., 2001).

**Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI; Taylor et al., 2007; Appendix B)**. The ASI is a self-report questionnaire with 18 items geared toward capturing fear of anxiety related symptoms. A total ASI score and three subscores are obtained. The three subscores include psysical concerns,cognitive concerns, social concerns. Each of the three subscores consists of six different questions. Each item is rated on a 5-point Likert-scale. The ASI has demonstrated reliability across numerous studies ranging from 0.82 to 0.91 (Peterson & Reiss, 1993).

**The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ; Clayton et al., 1997; Appendix C**)**.** The CSFQ is a 14-item gender-specific self-report Questionnaire (worded separately for women and men) designed to measure changes in sexual functioning. A total CSFQ score and five domain scores are obtained. The five domains include sexual desire/frequency (two items), sexual desire/interest (three items), sexual pleasure (one item), sexual arousal (three items), and orgasm (three items). Through measurement of the five domains the CSFQ addresses all the DSM-5 four stages of sexual response. Additional questions ascertain the degree to which sexual functioning has changed over time, how extensive the change is, and the nature and probable cause of the change. The CSFQ is reported as having both high reliability and construct validity. Cronbach’s alpha coefficient for the total CSFQ score is .90 for the female version and .89 for the male version (Keller et al., 2006).

**Beck Depression Inventory II (BDI–II; Beck et al., 1996; Appendix D**)**.** The BDI–II is a 21-item self-report questionnaire created to assess the severity or intensity of depressive symptoms. Each item is rated on a 4-point Likert-scale. The BDI–II assesses affective, behavioral, cognitive, motivational, and physical aspects of depression. The BDI has shown good internal consistency reliability for both clinical and nonclinical populations.

**Procedure**

Potential participants will undergo a telephone-screening interview to determine if they appear to meet eligibility criteria. Those who appear eligible based on this screening will be invited to an evaluation by a laboratory member that will be supervised by Professor Huppert to verify that they meet DSM-5 panic disorder criteria and meet all inclusion criteria. The evaluation will be conducted using the PDSS and MINI questionnaires. Upon diagnosis, patients who will be found eligible will sign a consent form and commence treatment, whereas patients who meet exclusion criteria will be referred to alternative treatment.

Eligible patients will then begin one of two types of treatment: ICBT administered by a trained lab member comprising of six units based on the Craske and Barlow (2007) treatment protocol, or face-to-face standard CBT administered by clinical psychology MA stundents who participate in Jonathan Huppert’s CBT seminars and supervision. The patient will be asked to fill the BDI questionnaire at the beginning of their first therapy session and the CSFQ questionnaire at the beginning of their first therapy session and at the end of the treatment course. Prior to each unit, participants will be required to complete the PDSS and ASI questionnaires. After each unit, the participants will be required to complete the ASI questionnaire.

**Statistical analyses**

In order to test the research hypotheses, we will conduct a number of statistical analyses:

1. Pretreatment: correlation analyses between anxiety sensitivity symptoms(ASI-3 questionnaire score and its subscales) and sexual dysfunction symptoms (A total CSFQ score and five domain scores) alone and also when controlling for the effect of depression (BDI-II questionnaire score). We will also examine these via regression analyses, predicting change in sexual dyfunction from change in anxiety sensitivity symptoms and its interaction with gender and medication status. Given a significant interaction is established for either, we will calculate the correlations on the male and female samples separately or for the medication status separately.
2. Pretreatment: correlation analyses between Panic Disorder Symptoms(PDSS questionnaire score) and sexual dysfunction symptoms (A total CSFQ score and five domain scores) alone and also when controlling for the effect of depression (BDI-II questionnaire score). We will also examine these via regression analyses, predicting change in sexual dyfunction from change in Panic Disorder Symptomsand its interaction with gender and medication status. Given a significant interaction is established for either, we will calculate the correlations on the male and female samples separately or for the medication status separately.
3. In order to assess the ability of the CBT therapy to decrease panic disorder symptoms we will conduct paired sample t-tests. Specifically, we will examine whether there is a difference between PDSS or ASI scores pretreatment versus posttreatment. We will also conduct a mixed design ANOVA with time as the within subjects variable and gender and medications as between subjects variables while PDSS or ASI scores will be the dependent variable. If there is an interaction between gender/medication and time, this analysis will be conducted on the male and female samples separately or for the medication status separately.
4. In order to assess the ability of the CBT therapy to decrease sexual dysfunction symptoms, we will conduct paired sample t-tests. In these statistical tests, we will examine whether there is a difference between A total CSFQ score and five domain scores pretreatment versus posttreatment. We will also conduct a mixed design ANOVA with time as the within subjects variable and gender and medications as between subjects variables while A total CSFQ score and five domain scores will be the dependent variables. If there is an interaction between gender/medication and time, this analysis will be conducted on the male and female samples separately or for the medication status separately.
5. In order examine the correlation between the change in panic disorder symptoms and sexual dysfunction symptoms, we will conduct Pearson correlation coefficient analyses. In these statistical tests one variable utilized will be the differences between the PDSS or ASI before and after the therapy, and the other variable will be the differences between the total CSFQ score and five domain scores before and after the therapy (in both variables residual changes will serve as a proxy for change in scores). We will also examine these via regression analyses, predicting change in sexual dyfunction from change in panic symptoms (either PDSS or ASI) and its interaction with gender and medication status. Given a significant interaction for either, we will calculate the correlations on the male and female samples separately or for the medication status separately.

**Bibliography**

מרום, צ., גלבוע שכטמן, א.,מור, נ., ומאיירס, י. (2011). טיפול קוגניטיבי התנהגותי במבוגרים. עקרונות טיפוליים. תל-אביב: דיונון.

Aksoy, U. M., Aksoy, Ş. G., Maner, F., Gokalp, P., & Yanik, M. (2012). Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatria Danubina*, *24*(4.), 381-385.

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet‐based vs. face‐to‐face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta‐analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288-295.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders (2nd ed.).* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford publications.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 408.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 835.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation, Harcourt, Brace.

Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy, 32*(4), 751-764.

Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and relationship to the classification of depression. *Archives Of Gneral Psychiatry*, 42(11), 1098-1104.

Clayton, A. H., Owens, J. E., & McGarvey, E. L. (1995). Assessment of paroxetineinduced sexual dysfunction using the Changes in Sexual Functioning Question- naire. *Psychopharmacology Bulletin 3,* 397–413.

Clayton, A. H., McGarvey, E. L., & Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Guestlonnaire (CSFO): Development, Reliability, and Valldlty. *Psychopharmacology bulletin*, 33(4), 731-745.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Workbook for Primary Care Settings*. Oxford University Press.

Dattilio, F. M. (1992). Interoceptive sensations during sexual arousal and panic. *Behavior Therapist*, 15(9), 231-233.

Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369-377.

Harrison, W. M., Rabkin, J. G., Ehrhardt, A. A., Stewart, J. W., McGRATH, P. J., Ross, D., Quitkin, F.M., (1986). Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 6(3), 144-149.

Hartmann, U., Philippsohn, S., Heiser, K., Kuhr, A., & Mazur, B. (2008). Why do women with panic disorders not panic during sex (or do they)? Results of an empirical study on the relationship of sexual arousal and panic attacks. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 203-216.

Harvey, K. Y., & Balon, R. (1995). Clinical implications of antidepressant drug effects on sexual function. Annals of clinical psychiatry, 7(4), 189-200

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldo, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., Andersson, E., Svanborg, C., Lindefors, N., & El Alaoui, S. (2013). Effectiveness of Internet‐based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 457-467.

Hoyer, J., Uhmann, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders?. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 64-73.

Kaplan, H. S. (1987). *Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder*. New York: Brunner-Mazel.

Kaplan, H. S. (2014). *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*. Routledge.

Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Mathew, R. J., Weinman, M., & Claghorn, J. L. (1980). Tricyclic side effects without tricyclics in depression. *Psychopharmacology bulletin, 16*(3), 58.

Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E. B., Akpinar, A., Goksan, B., Gonenli, S., & Guven, T. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *International journal of psychiatry in clinical practice, 10*(4), 235-240.

National Institute of Health. (1991, September). Treatment of panic disorder. Paper presented at the NIH Consensus development conference consensus statement (Volume 9), Bethesda, MD.

Peterson, R. A., & Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.

Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308–312.

Sbrocco, T., Weisberg, R. B., Barlow, D. H., & Carter, M. M. (1997). The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *Journal of sex & marital therapy*, *23*(3), 212-220.

Sharabi, L. L., Delaney, A. L., & Knobloch, L. K. (2016). In their own words: How clinical depression affects romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(4), 421-448.

Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., ... & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American journal of psychiatry*, 154(11), 1571-1575.‏

Shear, M. K., Brown, T. A., Sholomskas, D. E., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., & Cloitre, M. (1992). Panic disorder severity scale (PDSS). *Pittsburgh, PA: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine.*

Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, Houck P, Wang T. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. J Psychiatr Res. 2001;35:293-296.

Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., Houck, P., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of psychiatric research*, 35(5), 293-296.‏

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E.,Bonara, L.I., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F.,Dunbar, G.C., )1997(. The validity of the Mini International Neuro-psychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European psychiatry*. 12, 224–231.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P. & Janavs, J. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry 59*, 22–33.

American Psychiatric Association. (2009). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Arlington, VA.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: developmentand initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment, 19*, 176–188

Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 357–371.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behavior Therapy, 33*, 493–509.

Thase M E, Reynolds C F, Jennings J R, Frank E, Howell J R, Hauck P R, Berman S, Kupfer D J (1988) Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *Biol Psychiat 24*: 33-46

**Appendices**

**Appendix A**

***PDSS-SR***

תאריך: ת.ז.:

כמה מן השאלות הבאות מתייחסות להתקפי פאניקה ולסימפטומים מצומצמים של ההתקפים. לצורך שאלון זה, *התקף פאניקה* מוגדר כבהלה פתאומית של פחד או אי-נוחות שמלווים ע"י לפחות 4 מהסימפטומים המצוינים למטה. כדי שייחשבו כבהלה פתאומית, על הסימפטומים להגיע לשיאם תוך 10 דקות. אפיזודות כמו התקפי פאניקה שיש להן פחות מ-4 מהסימפטומים המפורטים נקראות *התקפים מצומצמי סימפטומים*. הסימפטומים אותם יש להחשיב הם:

\* דופק לב מהיר או חזק \* כאב בחזה או אי נחת \*צמרמורות או הסמקות

\* הזעה \* בחילה \* פחד לאבד שליטה או להשתגע

\* רעידות \* סחרחורות או חולשה \*פחד למות

\* קוצר נשימה \* תחושה של אי-מציאות \*תחושת מחנק

\* תחושת שיתוק או תחושת דקירה

לכל אחת מהשאלות הבאות, אנא הקף/י את התשובה שמתארת בצורה הטובה ביותר את חוויותיך במהלך השבוע החולף.

**1. כמה התקפי פאניקה והתקפים מצומצמים היו לך בשבוע האחרון?**

0- לא היו התקפי פאניקה או התקפים מצומצמים.

1- קל: לא היו התקפי פאניקה מלאים ולא יותר מהתקף מצומצם אחד ביום.

2- מתון: 1 או 2 התקפי פאניקה מלאים ו/או מספר התקפים מצומצמים ביום.

3- קשה: יותר מ-2 התקפים מלאים אך בממוצע לא יותר מהתקף אחד ביום.

4- קיצוני: התקפים מלאים התרחשו בתדירות של יותר מפעם ביום, יותר ימים כן מאשר לא.

**2. אם היו לך התקפי פאניקה במהלך השבוע האחרון, כמה מעיקים (גרמו לאי נחת, מפחידים) הם היו בזמן התרחשותם? (אם היו לך יותר מהתקף אחד, התייחס/י לדירוג ממוצע. אם לא היו לך התקפי פאניקה אך היו לך התקפים מצומצמי סימפטומים, ענה/י לגבי ההתקפים המצומצמים).**

0- כלל לא מעיקים, או לא היו כלל התקפי פאניקה או התקפים מצומצמים במהלך השבוע האחרון.

1- מעיקים בצורה קלה (לא יותר מדי מורגש).

2- מעיק בצורה מתונה (מורגש אך ניתן להסתדר עם זה).

3- מעיק בצורה קשה (מאד מורגש).

4- מעיק באופן קיצוני (לחץ קיצוני בכל ההתקפים).

**3. במהלך השבוע האחרון, כמה היית מודאג/ת או חשת חרדה בנוגע למתי יתרחש התקף הפאניקה הבא או בנוגע לפחדים הקשורים להתקפים (למשל, שהמשמעות של ההתקפים היא שיש לך בעיות רפואיות או מנטליות או שהם יכולים לגרום לך מבוכה חברתית).**

0- כלל לא.

1- לעיתים רחוקות או רק באופן קל.

2- לעיתים קרובות או באופן מתון.

3- לעיתים קרובות מאד או ברמה שמפריעה מאד.

4- כמעט בקביעות וברמה שלא מאפשרת תפקוד.

**4. במהלך השבוע האחרון, האם היו מצבים או מקומות (למשל, תחבורה ציבורית, קולנוע, קהל אנשים, גשרים, מנהרות, קניונים, להיות לבד) שנמנעת מהם או שפחדת מהם (תחושת אי-נחת, רצון להימנע או לעזוב) בגלל פחד לקבל התקף פאניקה? האם יש מצבים אחרים שהיית נמנע/ת או מפחד/ת אם היית נתקל/ת בהם במהלך השבוע האחרון מאותן סיבות? אם התשובה לאחת מהשאלות היא חיובית, אנא דרג/י את רמת הפחד וההימנעות בשבוע האחרון.**

0- כלל לא: אין פחד או הימנעות.

1- קל: פחד או הימנעות לעיתים רחוקות אבל אני בדרך כלל יכול/ה להתעמת או לסבול את המצב. היה שינוי מועט או כלל לא באורח חיי בגלל סיבה זו.

2- מתון: פחד או המנעות בולטים אך כאלו שניתן להתגבר עליהם. נמנעתי מכמה מצבים אך יכולתי להתעמת איתם בליווי אדם נוסף. היה שינוי מסוים באורח חיי בגלל סיבה זו אך התפקוד הכולל שלי לא נפגע.

3- חמור: המנעות נרחבת. שינוי ניכר באורח החיים היה הכרחי בעקבות ההמנעות ולכן היה קושי לבצע את הפעילויות הרגילות.

4- קיצוני: פחד או המנעות מתמידים שלא מאפשרים תפקוד. שינוי נרחב באורח החיים היה הכרחי, כזה שמטלות חשובות לא בוצעו.

**5. במהלך השבוע האחרון, האם היו פעילויות (כמו מאמץ גופני, קשרים מיניים, מקלחת או אמבטיה חמה, שתיית קפה, צפייה בסרט מרגש או מפחיד) שנמנעת מהן או פחדת מהן (אי-נוחות לבצע אותן, רצון להימנע מהן או להפסיק אותן), מפני שהן גרמו לתחושות פיזיות כמו אלו שאת/ה חש/ה בזמן התקף פאניקה או שפחדת שתחושות אלו עלולות לעורר התקף פאניקה? האם יש פעילויות אחרות שמהן היית נמנע/ת או מפחד/ת אם היית נתקל/ת בהן במהלך השבוע, מסיבות אלו? אם התשובה לאחת מהשאלות היא חיובית, אנא דרג/י את רמת הפחד וההימנעות מפעילויות אלו בשבוע האחרון.**

0- אין פחד או הימנעות ממצבים או מפעילויות בגלל תחושות פיזיות מעיקות.

1- קל: פחד ו/או המנעות לעיתים רחוקות, אולם בדרך כלל הייתי יכול/ה להתעמת או לשאת (עם מוצקה מועטה בלבד) פעילויות שגורמות תחושות פיזיות. היה שינוי מועט של אורח חיי בעקבות זאת.

2- מתון: המנעות בולטת אך ניתן להתגבר עליה. היה שינוי ברור אך מוגבל באורח חיי, כך שהתפקוד הכולל לא נפגע.

3- חמור: המנעות נרחבת. היה שינוי ניכר באורח חיי או פגיעה בתפקוד.

4- קיצוני: המנעות ממושכת שלא מאפשרת תפקוד. היה שינוי נרחב באורח חיי בעקבות זאת, כזה שמטלות חשובות לא בוצעו.

**6. במהלך השבוע האחרון, כמה הסימפטומים הנ"ל בכללותם (התקפי פאניקה והתקפים מצומצמי סימפטומים, דאגה מהתקפים ופחד ממצבים ופעילויות בגלל התקפים), הפריעו ליכולתך לעבוד או לבצע את המחויבויות שלך בביתך (אם במהלך השבוע האחרון העבודה או המחויבויות בבית היו פחותות מבדרך כלל, ענה/י כיצד את/ה חושב/ת היית מבצע/ת את המחויבויות אילו היו רגילות).**

0- אין הפרעה בעבודה או במחויבויות בבית.

1- הפרעה קלה בעבודה או במחויבויות בבית, אך יכולתי לעשות כמעט כל מה שהיה ביכולתי לעשות אלמלא הבעיות האלו.

2- הפרעה משמעותית בעבודה או במחויבויות בבית, אך עדיין יכולתי להסתדר ולעשות את הדברים שהייתי צריך/ה לעשות.

3- פגיעה ניכרת בעבודה או מחויבויות בבית. היו דברים חשובים רבים שלא יכולתי לעשות בגלל הבעיות האלו.

4- פגיעה קיצונית ביכולת לתפקד. באופן מהותי, לא הייתי מסוגל/ת לבצע כל עבודה או מחויבויות בבית.

**7. במהלך השבוע האחרון, עד כמה התקפי פאניקה, התקפים מצומצמים, דאגה מהתקפים ופחד ממצבים ופעילויות בגלל התקפים, הפריעו בחייך החברתיים? (אם לא היו לך הרבה הזדמנויות להיות בחברה בשבוע האחרון, ענה/י כיצד את/ה חושב/ת היית נוהג/ת אילו היו לך הזדמנויות).**

0- אין הפרעה.

1- הפרעה קלה בפעילויות חברתיות בעבודה, אך יכולתי לעשות כמעט כל מה שהייתי יכול/ה לעשות אלמלא היו לי בעיות אלו.

2- הפרעה משמעותית בפעילויות החברתיות, אך יכולתי לעשות את רוב הדברים אם עשיתי מאמץ.

3- פגיעה ניכרת בפעילויות החברתיות. ישנם דברים חברתיים רבים שלא יכולתי לעשות בגלל בעיות אלו.

4- פגיעה קיצונית. כזו שכמעט ואין דבר חברתי אותו יכולתי לעשות.

**Appendix B**

***ASI***

 **סמן את המידה בה אתה מסכים למשפטים הבאים.**

**אם לא התנסית באחד הפריטים (לדוגמא: "זה מפחיד אותי כשאני מרגיש רעד") ענה כפי שהיית אולי מרגיש היה לך ניסיון דומה. אחרת, ענה על כל הפריטים על סמך ניסיונך.**

1. חשוב לי לא להיראות עצבני:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

2. כאשר אני לא מסוגל להתרכז במשימה, אני דואג שמא אשתגע:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

3. מפחיד אותי כשליבי פועם במהירות:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

4. כשיש לי קלקול קיבה, אני חושש שאני עלול להיות חולה מאד:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

5. מפחיד אותי כשאיני מסוגל להתרכז במשימה:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

6. כשאני רועד בנוכחות אחרים, אני חושש ממה שהם עלולים לחשוב עלי:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

7. כאשר אני חש לחץ בחזה, אני חושש שלא אוכל לנשום כהלכה:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

8. כשאני חש כאב בחזה, אני דואג שמא אקבל התקף לב:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

9. מדאיג אותי שאנשים אחרים ישימו לב לחרדה שלי:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

10. כאשר אני חש תחושת ריחוף או ניתוק אני דואג שאני אהיה חולה נפש:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

11. מפחיד אותי כשאני מסמיק בנוכחות אנשים:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

12. כשליבי מחמיץ פעימה, אני חרד שיש לי בעיה רצינית:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

13. אשר אני מתחיל להזיע בנסיבות חברתיות, אני חושש שאנשים יחשבו עלי רעות:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

14. כשמחשבותיי מתחילות לרוץ, אני דורג שאני אשתגע:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

15. כשהגרון שלי מרגיש חנוק, אני פוחד שאני עלול להיחנק למוות:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

16. כשיש לי קושי לחשוב בבהירות, אני חושש שמשהו אצלי לא בסדר:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

17. כשיש לי קושי לחשוב בבהירות, אני חושש שמשהו אצלי לא בסדר:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

18. כשיש לי מחסום מחשבתי, אני חושש שמשהו אצלי מאד לא בסדר:

1. מעט מאוד

2. מעט

3. באופן חלקי

4. מאד

5. הרבה מאד

**Appendix C**

***CSFQ:***

***CSFQ for women***

זהו שאלון על פעילות מינית ותפקוד מיני. כאשר אנחנו מדברים על פעילות מינית אנו מתכוונים ל יחסי מין, אוננות, פנטזיות מיניות וכדומה:

1.בהשוואה לתקופה בה היו חיי המין שלך המהנים ביותר עבורך, כמה מהנים הם היום?

1. לא מהנים

2. מעט מהנים

3. מהנים באופן חלקי

4. מהנים במידה רבה

5. מאוד מהנים

2. כיום באיזה תדירות את עוסקת בפעילות מינית (יחסי מין, אוננות וכדומה)?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

3. באיזה תדירות את רוצה לעסוק בפעילות מינית?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

4. כיום באיזו תדירות את עוסקת במחשבות מיניות (מחשבות הנוגעות לפעילות מינית, פנטזיות מיניות)?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

5. האם את נהנית מספרים, סרטים, מוזיקה או אומנות בעלי תוכן מיני?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

6. כמה הנאה את מפיקה ממחשבות מיניות או מפנטזיות מיניות ?

1. לא מפיקה הנאה

2. מפיקה מעט הנאה

3. מפיקה הנאה באופן חלקי

4. מפיקה הנאה במידה רבה

5. מפיקה הרבה מאוד הנאה

7. באיזה תדירות את מעוררת מינית?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

8. האם את חווה עוררות מינית בקלות?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

9. האם יש לך מספיק לובריקציה וגינלית במהלך פעילות מינית?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

10. באיזה תדירות את מתעוררת מינית אבל אז מאבדת עניין?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

11. באיזה תדירות את חווה אורגזמה?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

12. האם את מסוגלת לחוות אורגזמה כאשר את רוצה בכך ?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

13. כמה הנאה את מקבלת מהאורגזמה ?

1. לא מקבלת הנאה
2. מקבלת הנאה באופן מועט
3. מקבלת הנאה באופן חלקי
4. מקבלת הנאה במידה רבה
5. נהנית מאוד

14. באיזה תדירות את חווה אורגזמה כואבת ?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

***CSFQ for men***

זהו שאלון על פעילות מינית ותפקוד מיני. כאשר אנחנו מדברים על פעילות מינית אנו מתכוונים ל יחסי מין, אוננות, פנטזיות מיניות וכדומה:

1. בהשוואה לתקופה בה היו חיי המין שלך המהנים ביותר עבורך, כמה מהנים הם היום?

1. לא מהנים

2. מעט מהנים

3. מהנים באופן חלקי

4. מהנים במידה רבה

5. מאוד מהנים

2. כיום באיזה תדירות אתה עוסקת בפעילות מינית (יחסי מין, אוננות וכדומה)?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

3. באיזה תדירות אתה רוצה לעסוק בפעילות מינית?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

4. כיום באיזו תדירות אתה עוסק במחשבות מיניות (מחשבות הנוגעות לפעילות מינית, פנטזיות מיניות)

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

5. האם אתה נהנה מספרים, סרטים, מוזיקה או אומנות בעלי תוכן מיני?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

6. כמה הנאה או עונג אתה מפיק ממחשבות מיניות או מפנטזיות מיניות ?

1. לא מפיק הנאה

2. מפיק מעט הנאה

3. מפיק הנאה באופן חלקי

4. מפיק הנאה במידה רבה

5. מפיק הרבה מאוד הנאה

7. באיזה תדירות אתה חווה זקפה הקשורה או שאינה קשורה לפעילות מינית?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

8. האם אתה משיג זקפה בקלות?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

9. האם אתה מסוגל לשמור על הזקפה?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

10. באיזה תדירות אתה חווה זקפה ממושכת וכואבת ?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

11. באיזה תדירות אתה מגיע לשפיכה ?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

12. האם אתה מסוגל להגיע לשפיכה כאשר אתה רוצה בכך?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

13. כמה הנאה או עונג אתה מקבל מהאורגזמה ?

1. לא מקבל הנאה
2. מקבל הנאה באופן מועט
3. מקבל הנאה באופן חלקי
4. מקבל הנאה במידה רבה
5. נהנה מאוד

14. באיזה תדירות את חווה אורגזמה כואבת ?

1. אף פעם

2. לעיתים רחוקות (פעם בחודש או פחות )

3. לפעמיים ( יותר מפעם בחודש אבל פחות מפעמיים בשבוע)

4. לעיתים קרובות (יותר מפעמיים בשבוע)

5. כל יום

**Appendix D**

**BDI–II:**

**הוראות:** שאלון זה מורכב מ-21 קבוצות משפטים. אנא קרא בעיון כל קבוצת משפטים, ובחר **משפט אחד** בכל קבוצה שמתאר באופן הטוב ביותר את מה שהרגשת **במהלך השבועיים האחרונים, כולל היום**. הקף בעיגול את המספר שליד המשפט שבחרת. אם יש כמה משפטים באותה קבוצה שנראים לך מתאימים באותה מידה, הקף בעיגול את המספר הגבוה ביותר ביניהם. שים לב לא לבחור יותר ממשפט אחד בכל קבוצה, כולל בסעיף 16 (שינויים בשינה) או בסעיף 18 (שינויים בתיאבון).

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **עצב**
	1. אני לא מרגיש עצוב.
	2. אני מרגיש עצוב הרבה מהזמן.
	3. אני מרגיש עצוב כל הזמן.
	4. אני כל כך עצוב שאני לא יכול לסבול את זה.
2. **פסימיות**
	1. אני לא מרגיש מיואש לגבי העתיד שלי.
	2. אני מרגיש יותר מיואש לגבי העתיד שלי מאשר בעבר.
	3. אני לא מצפה שדברים יסתדרו לי.
	4. אני מרגיש שהעתיד שלי הוא חסר תקווה, ויכול להיות רק גרוע יותר.
3. **כישלונות בעבר**
	1. אני לא מרגיש שאני כישלון.
	2. נכשלתי יותר ממה שהייתי אמור להיכשל.
	3. כשאני מסתכל אחורה, אני רואה הרבה כישלונות.
	4. אני מרגיש שאני כישלון מוחלט כאדם.
4. **אבדן הנאה**
	1. אני נהנה מדברים כעת כמו שנהניתי מהם בעבר.
	2. אני כבר לא נהנה מדברים כמו שנהניתי בעבר.
	3. אני נהנה מעט מאוד מדברים שנהניתי מהם בעבר.
	4. אני לא נהנה בכלל מדברים שנהניתי מהם בעבר.
5. **תחושת אשמה**
	1. אני לא מרגיש אשם במיוחד.
	2. אני מרגיש אשם על דברים רבים שעשיתי או שהייתי צריך לעשות.
	3. אני מרגיש אשמה מסוימת רוב הזמן.
	4. אני מרגיש אשם כל הזמן.
 | 1. **תחושות הענשה**
	1. אני לא מרגיש שאני מוענש.
	2. אני מרגיש שאני עלול להיענש.
	3. אני מצפה להיענש.
	4. אני מרגיש שאני מוענש.
2. **שנאה עצמית**
	1. אני מרגיש כלפי עצמי כמו שהרגשתי תמיד.
	2. איבדתי אמון בעצמי.
	3. אני מאוכזב מעצמי.
	4. אני שונא את עצמי.
3. **ביקורת עצמית**
	1. אני לא מבקר את עצמי או מאשים את עצמי יותר מבדרך כלל.
	2. אני יותר ביקורתי כלפי עצמי ממה שהייתי.
	3. אני מבקר את עצמי על כל החסרונות שלי.
	4. אני מאשים את עצמי על כל דבר רע שקורה.
4. **מחשבות או משאלות אובדניות**
	1. אין לי מחשבות להרוג את עצמי.
	2. יש לי מחשבות להרוג את עצמי, אבל אני לא אממש אותן.
	3. הייתי רוצה להרוג את עצמי.
	4. אני אהרוג את עצמי אם תהיה לי הזדמנות.
5. **בכי**
	1. אני לא בוכה יותר ממה שהייתי בוכה בעבר.
	2. אני בוכה יותר מאשר בעבר.
	3. אני בוכה על כל דבר קטן.
	4. אני רוצה לבכות אבל לא מסוגל.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **חוסר מנוחה**
	1. אני לא יותר חסר מנוחה או מתוח מאשר בדרך כלל.
	2. אני מרגיש יותר חסר מנוחה מאשר בדרך כלל.
	3. אני כל כך חסר מנוחה ונסער שאני מתקשה להישאר רגוע.
	4. אני כל כך חסר מנוחה ונסער שאני כל הזמן חייב לזוז או לעשות משהו.
2. **אבדן עניין**
	1. לא איבדתי עניין באנשים או בפעילויות.
	2. אני מתעניין פחות באנשים או בדברים אחרים ממה שהייתי בעבר.
	3. איבדתי את רוב התעניינותי באנשים ובדברים אחרים.
	4. קשה לי להתעניין במשהו.
3. **חוסר החלטיות**
	1. אני מקבל החלטות כמו בעבר.
	2. יותר קשה לי להחליט מאשר בעבר.
	3. הרבה יותר קשה לי לקבל החלטה מאשר בעבר.
	4. קשה לי לקבל כל החלטה.
4. **חוסר ערך**
	1. אני לא מרגיש חסר ערך.
	2. אני מחשיב את עצמי פחות שווה ערך ויעיל מאשר בעבר.
	3. אני מרגיש פחות שווה ערך מאחרים.
	4. אני מרגיש חסר ערך לחלוטין.
5. **אבדן אנרגיה**
	1. יש לי אנרגיה כמו תמיד.
	2. יש לי פחות אנרגיה ממה שהיה לי בעבר.
	3. אין לי מספיק אנרגיה כדי לעשות את רוב הדברים.
	4. אין לי מספיק אנרגיה לעשות כלום.
6. **שינויים בדפוסי שינה.**
	1. לא היו בכלל שינויים בשינה שלי.
		1. אני ישן מעט יותר מאשר בדרך כלל.
		2. אני ישן מעט פחות מאשר בדרך כלל.
			1. אני ישן הרבה יותר מאשר בדרך כלל.
			2. אני ישן הרבה פחות מאשר בדרך כלל.
				1. אני ישן רוב היום
				2. אני מתעורר שעה או שעתיים מוקדם יותר ולא יכול לחזור לישון.
 | 1. **רגזנות**
	1. אני לא רגזני יותר מאשר בדרך כלל.
	2. אני יותר רגזני מאשר בדרך כלל.
	3. אני הרבה יותר רגזני מאשר בדרך כלל.
	4. אני כל הזמן רגזני.
2. **שינויים בתאבון**
	1. לא היו לי שום שינויים בתיאבון
	2. התיאבון שלי קצת פחת.
		1. התיאבון שלי קצת גדל.
			1. יש לי הרבה פחות תיאבון מבעבר.
			2. יש לי הרבה יותר תיאבון מבעבר.
				1. אין לי בכלל תיאבון.
				2. אני כל הזמן רעב.
3. **קשיי ריכוז**
	1. אני יכול להתרכז כמו בעבר.
	2. אני לא יכול להתרכז כמו תמיד.
	3. קשה לי להתרכז בנושא מסוים לאורך זמן.
	4. אני לא יכול להתרכז בשום דבר.
4. **עייפות**
	1. אני לא יותר עייף מבדרך כלל.
	2. אני מתעייף יותר בקלות מבעבר.
	3. אני עייף מכדי לעשות הרבה מהדברים שהייתי רגיל לעשות.
	4. אני עייף מכדי לעשות את רוב הדברים שהייתי רגיל לעשות.
5. **חוסר עניין במין**
	1. לא הבחנתי לאחרונה בשינוי כלשהו בהתעניינות שלי במין.
	2. אני פחות מעוניין במין ממה שהייתי רגיל.
	3. אני הרבה פחות מעוניין במין עכשיו.
	4. איבדתי כל עניין במין.
 |