

Essener Trauma-Inventar (ETI)
Esseński Kwestionariusz Traumy (EKT)
Morawa E., Kolankowska I, Masko A, Senf W, Tagay S.
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen
© 2007

ETI

Esseński Kwestionariusz Traumy

Kod / Nazwisko: _____

Wiek: _____

Data: _____

Instrukcja: Poniżej znajduje się lista obciążających zdarzeń, których ludzie mogą doświadczyć w swoim życiu. Przy każdym z poniżej wymienionych zdarzeń prosimy zaznaczyć krzyżykiem, czy Pan/Pani go doświadczyła (**tak**) czy też nie (**nie**). W przypadku odpowiedzi twierdzącej prosimy sprecyzować, czy zdarzenie przeżył/a Pan/Pani **osobiście**, czy też uczestniczył/a w nim jako **świadek**. Jeśli Pan/Pani przeżyła obciążające zdarzenie zarówno osobiście, jak i jako świadek, prosimy zakreślić obydwie możliwości. Pragniemy zaznaczyć, iż Pana/Pani odpowiedzi podlegają tajemnicy lekarskiej. Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie.

1. klęski żywiołowe (np.: powódź, huragan, trzęsienie ziemi)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

2. ciężki wypadek, pożar lub wybuch (np.: wypadek drogowy, wypadek przy pracy, katastrofa lotnicza lub statku)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

3. ciężka choroba (np.: wylew, nowotwór, zawał serca, ciężka operacja)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

4. przemoc ze strony osoby obcej (np.: pobicie, kradzież, grożenie bronią palną)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

5. przemoc ze strony członków rodziny lub znajomych (np.: pobicie, kradzież, grożenie bronią palną)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

6. śmierć bliskiej osoby (np.: skutek wypadku, samobójstwa, morderstwa)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

7. ograniczenie wolności osobistej (np.: pobyt w więzieniu, jeniec wojenny, zakładnik)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

8. molestowanie seksualne w dzieciństwie/wieku młodzieńczym przez osobę obcą (np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

9. molestowanie seksualne w dzieciństwie/wieku młodzieńczym przez osobę z kręgu rodziny lub znajomych (np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

10. uczestniczenie w działaniach wojennych lub przebywanie na obszarach wojennych

NIE: TAK: osobiście jako świadek

11. tortury (np.: wielodniowe pozbawienie snu, rażenie prądem, próby uduszenia)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

12. doznanie zaniedbania (np.: stałe doświadczenie odrzucenia, niewielkie zainteresowanie ze strony rodziców)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

13. doświadczenie przemocy seksualnej w wieku dorosłym przez osobę obcą (np.: gwałt lub próba gwałtu)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

14. doświadczenie przemocy seksualnej w wieku dorosłym przez osobę z kręgu rodziny lub znajomych (np.: gwałt lub próba gwałtu)

NIE: TAK: osobiście jako świadek

15. inne obciążające zdarzenie

NIE: TAK: osobiście jako świadek

jakie: _____

**Uwaga
Ważne!**

Które z Pana/Pani przeżyć było najgorsze? (Pytanie dotyczy jednego z powyżej wymienionych zdarzeń; prosimy podać odpowiedni numer. Jeśli Pan/Pani wyżej zakreślił/a tylko jedną twierdzącą odpowiedź, to właśnie to zdarzenie jest tym „najgorszym przeżyciem”. Jeżeli Pana/Pani „najgorsze przeżycie” nie zostało wyżej wymienione, prosimy podać je w tym miejscu.)

16.

Prosimy odpowiedzieć na następujące pytania W ODNIESIENIU DO TEGO NAJGORSZEGO PRZEŻYCIA.

17. Ile czasu minęło od tego najgorszego przeżycia?

dni: _____ tygodni: _____ miesięcy: _____ lat: _____

18. Podczas tego najgorszego przeżycia ...?

(prosimy zaznaczyć przy każdym punkcie TAK lub NIE)

	TAK	NIE
A1. został/a Pan/Pani ranny/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. myślał/a Pan/Pani, że Pana/Pani życiu zagraża niebezpieczeństwo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. ktoś inny został ranny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. myślał/a Pan/Pani, że życiu innej osoby zagraża niebezpieczeństwo ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. czuł/a Pan/Pani się bezradny/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. bardzo się Pan/Pani bał/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. był/a Pan/Pani bardzo przerażony/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. czuł/a się Pan/Pani bezsilny/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instrukcja: Poniżej wymieniony jest szereg problemów, które dotyczą czasami ludzi po ciężkich przeżyciach. Prosimy o dokładne przeczytanie opisu każdego problemu i wybranie tej odpowiedzi (wcale, rzadko, często, bardzo często), która najlepiej opisuje, w jakim stopniu Pan/Pani był/a dotknięty/a tym problemem **W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA** (tz. w ciągu ostatnich czterech tygodni łącznie z dniem dzisiejszym). Te pytania odnoszą się do Pana/Pani **najgorszego przeżycia**.

1. Czy minione zdarzenie wzbudzało u Pana/Pani obciążające myśli lub wspomnienia, które pojawiały się mimowolnie i chodziły Panu/Pani po głowie, chociaż Pan/Pani tego nie chciał/a?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

2. Staral/a się Pan/Pani nie myśleć o minionym zdarzeniu, nie rozmawiać o nim lub tłumić związane z nim uczucia?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

3. Miał/a Pan/Pani trudności z zaśnięciem lub przespaniem nocy?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

4. Miał/a Pan/Pani momenty, w których nie wiedział/a, co się dzieje lub czuł/a się tak jakby nie był/a częścią tego, co się dzieje?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

5. Miał/a Pan/Pani koszmary senne dotyczące minionego zdarzenia?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

6. Próbował/a Pan/Pani unikać sytuacji, które przypominały Panu/Pani o minionym przeżyciu (np.: unikanie czynności, ludzi lub miejsc?)

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

7. Miał/a Pan/Pani wybuchy złości lub był/a częściej rozdrażniony/a?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

8. Zmieniło się Pana/Pani poczucie czasu, jak gdyby wszystko działo się w zwolnionym tempie?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

9. Miał/a Pan/Pani uczucie, jak gdyby nagle na nowo przeżywał/a to zdarzenie?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

10. Nie mógł/a Pan/Pani przypomnieć sobie ważnego szczegółu minionego zdarzenia?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

11. Miał/a Pan/Pani trudności z koncentracją (np.: zapomniał/a Pan/Pani, co właśnie chciał/a zrobić, co właśnie przeczytał/a albo zobaczył/a w telewizji)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

12. Czy minione zdarzenie wydawało się Panu/Pani nierealne, jak gdyby Pan/Pani śnił/a lub oglądał/a film lub sztukę teatralną?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

13. Czy przypomnienie Panu/Pani tego zdarzenia było dla Pana/Pani obciążające (np.: czuł/a się Pan/Pani bezradny/a, wściekły/a, smutny/a, odczuwał/a wstyd)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

14. Stracił/a Pan/Pani zainteresowanie zajęciami, które przed minionym zdarzeniem były dla Pana/Pani ważne?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

15. Był/a Pan/Pani nadmiernie czujny/a (np.: baczne obserwowanie podejrzanie wyglądających ludzi z otoczenia, stały dostęp do telefonu, aby móc szybko wezwać pomoc)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

16. Zdarzało się czasami Panu/Pani, że spoglądając w lustro nie rozpoznawał/a w nim siebie?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

17. Występowały u Pana/Pani fizyczne reakcje na wspomnienie tego zdarzenia (np. wewnętrzny niepokój, drżenie, kołatanie serca)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

18. Czuł/a się Pan/Pani obcy/a lub odizolowany/a od ludzi ze swojego otoczenia?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

19. Czy łatwo można było Pana/Panią przestraszyć (np. głośnym hałasem) lub czy był/a Pan/Pani bardzo niespokojny/a?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

20. Czuł/a się Pan/Pani zdezorientowany/a? Zdarzało się, że nie był/a Pan/Pani pewny/a, gdzie się znajduje i która jest właśnie godzina?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

21. Miał/a Pan/Pani uczucie obojętności emocjonalnej (np.: niezdolność do płaczu lub przeżywania pozytywnych uczuć)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

22. Miał/a Pan/Pani uczucie, że Pana/Pani plany na przyszłość i nadzieje się nie spełnią (np.: że nie będzie Pan/Pani miał/a rodziny, będzie miał/a mniej szczęścia w życiu osobistym albo zawodowym niż inni)?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

23. Miał/a Pan/Pani czasami uczucie, jak gdyby własne ciało nie należało do Pana/Pani?

wcale (0) rzadko (1) często (2) bardzo często (3)

24. Odczuwał/a Pan/Pani po tym przeżyciu wzmożone dolegliwości? Jeśli tak, jakie?

(Można zaznaczyć więcej możliwości)

bóle brzucha (a) bóle głowy (b) nudności (c) biegunka (d)
drżenie (e) zawroty głowy (f) kołatanie serca (g) duszność (h)
skurcze (i) dalsze / inne: jeśli tak,
jakie?: _____

25. W jakim stopniu obciąża Pana/Panią obecnie minione zdarzenie?

- wcale 0
- bardzo mało 1
- mało 2
- średnio 3
- mocno 4
- bardzo mocno 5

26. Jak długo ma Pan/Pani wyżej wymienione dolegliwości (pytania 1-23)?

(prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi)

- krócej niż 1 miesiąc 1
- do 3 miesięcy 2
- ponad 3 miesiące 3

27. Kiedy po traumatycznym przeżyciu wystąpiły te dolegliwości (pytania 1-23)?

(prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi)

- w ciągu pierwszych 6 miesięcy 1
- po 6 miesiącach albo później 2

Instrukcja: Prosimy podać, czy wyżej wymienione problemy ograniczały Pana/Panią **W OSTATNIM MIESIĄCU** w poniżej podanych dziedzinach. Prosimy zakreślić tę odpowiedź, która najlepiej opisuje, jak duże trudności Pan/Pani miał/a w wymienionych dziedzinach (żadne, niewielkie, średnie, duże).

28.

trudności

	żadne	niewielkie	średnie	duże
	0	1	2	3
a. szkoła / wykształcenie / zawód	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. obowiązki domowe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. hobby i spędzanie wolnego czasu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. kontakty z przyjaciółmi / znajomymi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. kontakty z członkami rodziny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. seksualność	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>