

ETI

Esseński Kwestionariusz Traumy

Nazwisko:	_____
Imie:	_____
Wiek:	_____
Data:	_____



Instrukcja: Poniżej znajduje się lista dramatycznych i obciążających zdarzeń i przeżyć, które mogą być doświadczeniem w życiu każdego człowieka. W każdym punkcie proszę zaznaczyć krzyżykiem, czy w swoim życiu Państwo danej sytuacji doświadczyli (**TAK**), czy nie (**NIE**). W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę sprecyzować, czy w zdarzeniu uczestniczyli Państwo jako **świadek**, czy też przeżyli je **osobiscie**. Możliwe są obie odpowiedzi twierdzące jednocześnie. Przypominamy, że Państwa odpowiedzi podlegają tajemnicy lekarskiej. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie.

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

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

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

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

3. Ciężka choroba (np.: wylew krwi do mózgu, nowotwór, zawał serca, ciężka operacja)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

4. Brutalna przemoc ze strony osoby obcej (np.: pobicie, kradzież, groźenie bronią)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

5. Brutalna przemoc ze strony członków rodziny lub znajomych (np.: dotkliwe pobicie, kradzież, groźenie bronią)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

6. Śmierć lub strata bliskiej osoby (np.: poprzez samobójstwo, morderstwo, w wypadku)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

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

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

8. Jako dziecko/nastolatek wykorzystany seksualnie przez osobę obcą (np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

9. Jako dziecko/nastolatek wykorzystany seksualnie przez osobę z kręgu rodzinnego lub znajomych (np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

10. Uczestniczenie w działaniach wojennych lub przebywanie na obszarach wojennych

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

11. Tortury (np.: wielodniowe zabranianie snu, rażenie prądem, próby duszenia)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

12. Doznanie częstego odrzucenia, zaniedbywania (np.: brak opieki i więzi uczuciowych od strony rodziców)

NIE: | **TAK:** osobiscie świadek

13. Przemoc seksualna doswiadczona w wieku doroslym przez osobe obca

(np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwalt)

NIE: | TAK: osobiscie swiadek

14. Przemoc seksualna w wieku doroslym przez osobe z kregu rodzinnego lub znajomych

(np.: niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwalt)

NIE: | TAK: osobiscie swiadek

15. Inne obciazajace zdarzenia (np.: mobbing w pracy, rozejscie sie/ rozstanie sie partnerstwa/malzenstwa)

NIE: | TAK: osobiscie swiadek

Jakie: _____

16.

**Uwaga
wazne!**

Ktore z przezyc bylo najgorsze? (Pytanie odnosi sie do jednego z powyzej wymienionych zdarzen; prosze podac odpowiedni numer. Jezeli zakreslili Panstwo u jednego z powyzej wymienionych zdarzen „TAK” jest to „**NAJGORSZE PRZEZYCIE**”. Jezeli Panstwa „najgorsze przezycie” nie zostalo wyzej wymienione, prosz podac je tutaj:

Kolejne pytania odnosza sie TYLKO do Pani/Pana „NAJGORSZEGO PRZEZYCIA**”**

17. Jak duzo czasu minelo od tego przezycia?

- krocej niz 1 miesiac (1)
przed 1 do 2 miesiecy (2)
przed 3 do 6 miesiecy (3)
przed 6 miesiacami do 3 lat (4)
przed 3 do 5 lat (5)
wiecej niz 5 lat (6)

18. Podczas tego zdarzenia...?

(prosze zakreslic w danym wypadku TAK lub NIE)

- | | TAK | NIE |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A1. Zostal/a Pan/i ranna | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2. Maslal/a Pana/i, ze Pana/i zycie jest zagrozone | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A3. Zostal ktos inny zraniony | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A4. Myslal/a Pan/i, ze zycie kogos innego jest zagrozone..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A5. Czul/a sie Pan/i bezradny/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A6. Bal/a sie Pan/i lub byl/a Pan/i przerazony/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Instrukcja: Poniżej wymienione są problemy, które przypisane są ludziom po ciężkich przeżyciach. Proszę dokładnie przeczytać opis poszczególnych sytuacji i wybrać tą odpowiedź (wcale (0), rzadko (1), często (2), bardzo często (3)), która najlepiej opisuje, w jakim stopniu „**NAJGORSZE PRZEZYCIE**” miało wpływ na Pana/Panią w ciągu **OSTATNIEGO MIESIACA** (tzn. w ostatnich czterech tygodniach włącznie do dzisiaj) Te pytania odnoszą się do Pana/i „**NAJGORSZEGO PRZEZYCIA**”.

1. Przeżycie to wywoływało niechciane, natarczywe, niepodlegające woli, „wdzierające się, do głowy” myśli i wspomnienia?

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

2. Probowal/a Pan/i nie myśleć o tym zdarzeniu i o tym nie rozmawiać aby stłumić uczucia związane z tym zdarzeniem?

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

3. Miał/a Pan/i trudności z zasypianiem lub po zaśnięciu budził/a się Pan/i często?

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

4. Miał/a Pan/i momenty, w których nie wiedział/a Pan/i co się wtedy stało, lub miał Pan/i uczucie jakby nie był/a Pan/i częścią tego, co się zdarzyło?

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

5. Miał/ miała Pan/ Pani koszmary senne dotyczące tego zdarzenia?

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

6. Probowal/a Pan/Pani unikać sytuacji które przypominały o tym zdarzeniu (np.: unikanie miejsc, aktywności, ludzi)?

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

7. Miał/a Pan/Pani napady złości, gniewu lub był/była Pan/i często podrażniona?

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

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

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

9. Miał/a Pan/i uczucie jakby zdarzenie miało miejsce na nowo?

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

10. Nie mógł/a przypominać sobie Pan/i ważnych szczegółów tego zdarzenia?

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

11. Miał/ a Pan/ i trudności w koncentracji (np.: zapominał/a Pan/i, co w danym momencie chciał/a zrobić, lub co przed chwilą oglądał/a w telewizji, itp.)?

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

12. Wydawało się Panu/ i to zdarzenie nierealne, jakbyby oglądał/a Pan/i jakiś film?

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

13. Czy przypominanie o tym zdarzeniu jest dla Pana/i obciążające? (czuje się Pan/i bezradny/a, zły/a, smutny/a, wstydzi się Pan/i)?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

14. Czy stracił/a Pan/i zainteresowania dla aktywności, które przed tym zdarzeniem były dla Pana/i ważne lub sprawiały przyjemność?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

15. Czy był/a Pan/ i nadmiernie czujna? (np.: obserwowanie podejrzanie wyglądających ludzi, stały dostęp do telefonu aby móc wezwać pomoc, itp.)?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

16. Zdarzyło się Panu/i, że się nierozpoznał/a Pan/ i w lusterku?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

17. Występowały u Pana/i fizyczne reakcje, na wspomnienie tego zdarzenia (np.: wewnętrzny niepokój, drżenie lub palpacje serca)?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

18. Czuł/ czuła się Pan/i osamotniona i odizolowana od otoczenia?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

19. Czy łatwo można było Pana/ia przestraszyć lub był/a Pan/i lekliwy/a?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

20. Czuł/czuła się Pan/ Pani dezorientowana lub trudno było Panu/i określić miejsce i czas, w jakim się Pan/i znajduje?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

21. Miał/miała Pan/ pani uczucie emocjonalnej obojętności (np.: niezdolność do płaczu lub nieodczuwanie radości, niezdolność przeżywania pozytywnych uczuć)?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

22. Miał/a Pan/i uczucie, że Pana/i plany na przyszłość nie będą mogły się urzeczywistnić (np.: że nie będzie miał/a Pan/Pani własnej rodziny, zawodu, lub szczęścia w życiu)?

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

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

wcale 0 rzadko 1 często 2 bardzo często 3

24. Miał/miała Pan/ Pani po tym zdarzeniu wzmożone dolegliwości? Jeżeli tak, jakie?

objawy bólowe a

objawy żołądkowo-jelitowe b

objawy neurologiczne c

objawy sercowo-naczyniowe d

25. Jak bardzo obciążające jest obecnie to zdarzenie dla Pana/Pani?

- wcale..... (1)
bardzo mało..... (2)
mało..... (3)
mocno..... (4)
bardzo mocno..... (5)
ekstremalnie..... (6)

26. Jak długo trwały wymienione wyżej (pytania 1-23) dolegliwości?

(prosze zakreslic jedna odpowiedz)

- krocej niz 1 miesiac..... (1)
do 3 miesiecy..... (2)
ponad 3 miesiace..... (3)

27. W jakim czasie po traumatycznym przezyciu wystapily te dolegliwosci (pytania 1- 23)?

(prosze zakreslic jedna odpowiedz)

- wciagu ostatnich 6 miesiecy..... (1)
po 6 miesiacach lub pozniej..... (2)

Instrukcja: Czy wymienione problemy wplynely w **OSTATNIM MIESIACU** ujemnie na ponizej wyminiene dziedziny zycia? Prosze zakreslic **TAK**, jezeli te problemy ograniczily lub zmienily w jakis sposob nastepujace dziedziny zycia lub **NIE**, jezeli to ograniczenia Pana/Pania nie dotyczy.

28.

Ograniczenie

- | | NIE | TAK |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Ogolne zadowolenie z zycia..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Wyksztalcenie/Szkola wyzsza..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Praca zawodowa..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Praca i obowiazki domowe..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Rozrywka i czas wolny..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Stosunek do przyjaciol, znajomych, kolegow z pracy..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Stosunek do czlonkow rodziny..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Sexualnosc..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |