

Essener Trauma-Inventar (ETI)  
Tagay S., Senf W.  
Эссенский Травма – Инвентарь  
Übersetzung von: Barysenka V., Kuesner A., Senf W., Tagay S.  
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg - Essen  
© 2010

---

# ЭТИ

## Эссенский Травма – Инвентарь

**Шифр/Имя:** \_\_\_\_\_

**Возраст:** \_\_\_\_\_

**Дата опроса:** \_\_\_\_\_

**Предисловие:** в этой анкете Вы найдёте список отягощающих событий, которые люди могут пережить в своей жизни. Пожалуйста, отметьте крестиком напротив каждого события, если Вы пережили данное событие (**Да**), в ином случае (**Нет**). Если Вы отвечаете ДА, то отметьте, пожалуйста, пережили Вы данное событие **лично** или же Вам приходилось **наблюдать** за происходящим. Если же Вы пережили какое-то отягощающее событие и лично и в качестве свидетеля, тогда отметьте крестиком оба варианта. Обращаем Ваше внимание на то, что все Ваши ответы являются психологической и врачебной тайной и не подлежат распространению. Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос.

	НЕТ	ДА	
		лично	свидетель
1. Природная катастрофа (напр., наводнение, ураган, землетрясение)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Тяжелый несчастный случай, пожар или взрыв (напр., дорожное происшествие, производственная травма, авиакатастрофа или кораблекрушение)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Тяжёлое заболевание (напр., инсульт, рак, сердечный инфаркт, тяжёлая операция)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Насильственное нападение <u>неизвестным человеком</u> (напр., нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Насильственное нападение человеком <u>из круга семьи или знакомых</u> (напр., нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Смерть близкого человека (вдруг, неожиданно)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Заключение (напр., тюремное заключение, военный плен, захват в заложники)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. <u>В детском, юном возрасте</u> сексуальное насилие неизвестным человеком (напр., нежеланный или навязанный сексуальный контакт, изнасилование)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. <u>В детском, юном возрасте</u> сексуальное насилие человеком из круга семьи или знакомых (напр., нежеланный или навязанный сексуальный контакт, изнасилование)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Пребывание на территории военных действий	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. пытки (напр., долговременное лишение сна, электрошоки, попытки удушения)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Пренебрежение, безнадзорность (напр., постоянное отвержение, недостаточное внимание со стороны родителей)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. <u>Во взрослом возрасте</u> сексуальное насилие неизвестным человеком (напр., изнасилование или попытки изнасилования)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Во взрослом возрасте</u> сексуальное насилие человеком из круга семьи или знакомых (напр., изнасилование или попытки изнасилования)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Другие отягощающие события			

Какие: \_\_\_\_\_

**Внимание!  
Важно!**

**Какое событие было для Вас самым плохим?** (Вопрос относится к одному из вышеприведённых событий; пожалуйста, укажите соответствующий номер. Если ранее Вы уже отметили одно событие, то под ним соответственно будет пониматься «самое плохое событие». Если же пережитое Вами «самое плохое событие» не приведено выше, то допишите его, пожалуйста.)

16.

---



---

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, **относящиеся к самому плохому пережитому Вами событию.**

**17. Как давно произошло самое плохое событие?**

День: \_\_\_\_\_ Неделя: \_\_\_\_\_ Месяц: \_\_\_\_\_ Год: \_\_\_\_\_

**18. Во время этого самого плохого события:**

(пожалуйста, отметьте крестиком ДА или НЕТ)

	Да	Нет
A1. Получили ли Вы телесные повреждения?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. Думали ли Вы, что Ваша жизнь в опасности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. Получил ли кто-то другой телесные повреждения?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. Думали ли Вы, что жизнь другого человека в опасности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. Чувствовали ли Вы себя абсолютно беспомощно?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. Было ли Вам очень страшно?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. Пребывали ли Вы в ужасе?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. Чувствовали ли Вы себя обессиленно?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Условие:** далее представлен ряд проблем, которые иногда появляются у людей после пережитых тяжёлых событий. Пожалуйста, тщательно ознакомьтесь с каждой из проблем. Выберите тот вариант ответа (совсем нет, редко, часто, очень часто), который наиболее точно описывал бы насколько сильно Вы были одержимы этой проблемой **ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ** (т.е. в течение последних четырёх недель вплоть до сегодняшнего дня). Вопросы относятся непосредственно к пережитому Вами **самому плохому событию.**

	совсем нет	редко	часто	очень часто
1. Вызывало ли у Вас произошедшее событие угнетающие мысли или воспоминания, даже если Вы не хотели об этом думать?	①	①	②	③
2. Пробовали ли Вы не думать о том, что произошло, не говорить об этом или заглушить чувства, связанные с этим?	①	①	②	③
3. Было ли Вам трудно засыпать и спать, не просыпаясь до утра?	①	①	②	③
4. Были ли моменты, когда Вы не знали, что происходит или чувствовали себя так, будто Вы не являлись частью происходящего?	①	①	②	③

	совсем нет	редко	часто	очень часто
5. Беспокоили ли Вас кошмарные сны из-за произошедшего события?	①	②	③	④
6. Пробовали ли Вы избегать ситуации, которые напоминают о пережитом событии (напр., занятия, люди, места)?	①	②	③	④
7. Бывали ли у Вас приступы ярости или, возможно, Вы бывали несколько раздражительны?	①	②	③	④
8. Изменилось ли Ваше чувство времени настолько, что кажется, будто всё происходит в замедленном темпе?	①	②	③	④
9. Бывало ли так, будто Вы вдруг снова переживаете событие?	①	②	③	④
10. Бывало ли так, что Вы не могли вспомнить какую-то важную деталь произошедшего?	①	②	③	④
11. У Вас были сложности с концентрацией внимания (напр., Вы забыли, что Вы только что собирались сделать; Вы забыли, что Вы только что прочитали или посмотрели по телевизору)?	①	②	③	④
12. Казалось ли Вам произошедшее событие нереальным как во сне или будто Вы смотрите фильм или театральную постановку?	①	②	③	④
13. Отягощало ли Вас, если Вам напоминали о произошедшем событии (чувствовали ли Вы себя беспомощным, яростным, грустным, ощущали ли Вы стыд)?	①	②	③	④
14. Потеряли ли Вы интерес к занятиям, которые были для Вас важными до произошедшего события?	①	②	③	④
15. Были ли Вы чрезмерно бдительны (напр., осматривали людей в округе, которые подозрительно выглядят; держали телефон наготове, чтобы при необходимости быстро позвать на помощь)?	①	②	③	④
16. Случалось ли так, что Вы себя не узнавали в зеркале?	①	②	③	④
17. Проявлялась ли у Вас физическая реакция, если Вам напоминали о случившемся (напр., внутреннее беспокойство, дрожь или учащённое сердцебиение)?	①	②	③	④
18. Чувствовали ли Вы себя отчуждёнными или изолированными по отношению к окружающим Вас людям?	①	②	③	④
19. Можно ли было Вас легко испугать или же Вы были сильно обеспокоены (напр., громкими звуками)?	①	②	③	④
20. Чувствовали ли Вы себя дезориентированными? Были ли моменты, когда Вы не были уверены, где именно вы находитесь и сколько сейчас времени?	①	②	③	④
21. Наблюдались ли у Вас притуплённость в выражении эмоций (напр., не могли плакать, не могли ощущать позитив)?	①	②	③	④

совсем нет      редко      часто      очень часто

22. У Вас было предчувствие, что Ваши планы и надежды на будущее не осуществляются (напр., у Вас не будет семьи; будете менее успешными в жизни или профессии, чем другие)?

①      ①      ②      ③

23. Казалось ли Вам иногда, что Ваше тело Вам не принадлежит?

①      ①      ②      ③

24. Как давно имеются у Вас вышеупомянутые жалобы (вопрос 1-23)?

- менее одного месяца      ①
- менее 3-х месяцев      ②
- свыше 3-х месяцев      ③

25. Когда после самого плохого события начали появляться жалобы (вопрос 1-23)?

- в течение первых 6-ти месяцев      ①
- спустя 6 месяцев или позже      ②

26. Стало ли у Вас после этого события больше телесных недугов? Если да, то каких?  
(возможно несколько ответов)

Боль в животе	<input type="radio"/>	Головные боли	<input type="radio"/>	Тошнота	<input type="radio"/>	Понос	<input type="radio"/>
Дрожь	<input type="radio"/>	Головокружение	<input type="radio"/>	Учащённое сердцебиение	<input type="radio"/>	Одышка	<input type="radio"/>
Приступы судороги	<input type="radio"/>	Прочие: _____					

27. Насколько отягощающе пережитое событие для Вас в настоящее время?

- совсем нет      ①
- совсем немного      ①
- немного      ②
- умеренно      ③
- сильно      ④
- очень сильно      ⑤

**Условие:** пожалуйста, отметьте крестиком, беспокоили ли Вас вышеупомянутые недомогания за последние четыре недели в приведённых ниже сферах жизнедеятельности. Выберите ответ (совсем нет, немного, умеренно, сильно), который наиболее точно описывал бы трудности, возникшие у Вас в различных сферах деятельности.

28. **Трудности/ проблемы в различных сферах деятельности**

	<b>совсем нет</b>	<b>немного</b>	<b>умеренно</b>	<b>сильно</b>
a. Школа/ Проф. обучение/ Профессия	①	①	②	③
b. Обязанности по дому	①	①	②	③
c. Увлечения и досуг	①	①	②	③
d. Отношения к друзьям, знакомым, коллегам	①	①	②	③
e. Отношения к членам семьи	①	①	②	③
f. Сексуальность	①	①	②	③