

Э Т И

Эссенер Траума - Инвентарь

Шифр/Имя: _____

Возраст: _____

Дата опроса: _____

Указание: Ниже Вы найдёте список угнетающих событий, которые могут произойти в жизни человека. Пожалуйста отметьте для каждого события (**ДА**), если Вы пережили это событие и (**НЕТ**), если нет. Если Вы ответили ДА, то укажите, пережили ли Вы это **лично** или как **свидетель**. В случае если Вы пережили угнетающее событие лично и были свидетелем одновременно, то отметьте оба. Просим ещё раз обратить Ваше внимание на то, что все Ваши ответы защищены сохранением врачебной тайны. Пожалуйста ответьте на все вопросы.

1. Природная катастрофа (например, наводнение, ураган, землетрясение)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

2. Тяжелый несчастный случай, пожар или взрыв (например, дорожное происшествие, несчастный случай на работе, крушение самолёта или корабля)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

3. Тяжёлое заболевание (например, инсульт, рак, сердечный инфаркт, сложная операция)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

4. Насильственное нападение неизвестным человеком (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

5. Насильственное нападение человеком из круга семьи или знакомых (например нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

6. Смерть или потеря близкого человека (например, через несчастный случай, самоубийство, убийство)

НЕТ: | ДА: Свидетель

7. Заключение (например, тюремное заключение, как военнопленный, самоубийство, убийство)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

8. В детском, юном возрасте сексуальное насилие неизвестным человеком (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

9. В детском, юном возрасте сексуальное насилие человеком из круга семьи или знакомых (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

10. Участие в военных действиях или пребывание на территории военных действий

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

11. Издевательство (например, долговременное лишение сна, электрошок, попытки удушения)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

12. Недосмотр, запущение (например, постоянное отвержение, недостаток родительского внимания)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

13. Сексуальное нападение во взрослом возрасте неизвестным человеком (например, изнасилование или попытка изнасилования)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

14. Сексуальное нападение во взрослом возрасте человеком из круга семьи или знакомых (например, изнасилование или попытка изнасилования)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

15. Другое угнетающее событие (например, прилюдное намеренное унижение, расставание или развод)

НЕТ: | ДА: Лично Свидетель

Какое: _____

**Внимание
Важно!**

16.

Какое событие было для Вас самым плохим? (Вопрос относится к одному из вышеприведённых событий; пожалуйста укажите номер. Если Вы отметили только одно событие, то под ним понимается „самое плохое событие“. Если же Ваше „самое плохое событие“ не указано выше, напишите его, пожалуйста)

Пожалуйста, ответьте теперь на следующие вопросы, они относятся к САМОМУ ПЛОХОМУ СОБЫТИЮ.

17. Когда произошло это самое плохое событие?

- Меньше месяца назад..... (1)
- 1-3 месяца назад..... (2)
- 1-6 месяцев назад (3)
- полгодатри года назад..... (4)
- 3-5 лет назад..... (5)
- больше пяти лет назад..... (6)

18. Во время этого самого плохого события...?

(укажите ДА или НЕТ)

ДА НЕТ

- A1. Получили ли Вы телесные повреждения.....
- A2. Думали ли Вы, что Ваша жизнь находится в опасности.....
- A3. Получил ли кто-то другой телесные повреждения.....
- A4. Думали ли Вы, что жизнь другого находится в опасности
- A5. Чувствовали ли Вы себя беспомощно.....
- A6. Было ли Вам очень страшно или были ли Вы в совершенном
недоумении.....

Указание: Далее приведён ряд проблем, которые могут возникать у людей после угнетающих событий. Пожалуйста, прочитайте каждую из проблем внимательно. Выберите один из вариантов (совсем нет (0), редко (1), часто (2), очень часто (3)), который лучше всего описывает возможное влияние проблемы на Вас **ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ** (это значит последние 4 недели, включая сегодня). Эти вопросы относятся к Вашему **самому плохому событию**.

1. Вызывало ли у Вас произошедшее угнетающие мысли или воспоминания, которые возникали у Вас в голове, хотя Вы не хотели об этом думать?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

2. Пробовали ли Вы не думать о том, что произошло, не говорить об этом или заглушить чувства, связанные с этим?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

3. Было ли Вам трудно засыпать и спать, не просыпаясь, до утра?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

4. Были ли моменты, когда Вы не знали, что происходит или чувствовали себя так, как будто Вы не были частью того, что происходило?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

5. Были ли у Вас кошмарные сны о произошедшем?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

6. Пробовали ли Вы избегать ситуации, которые Вам напоминали о событии (например, виды деятельности, людей, места)?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

7. Были ли у Вас атаки ярости или были ли Вы чаще раздражены?

Совсем нет 0 Редко 1 Часто 2 Очень часто 3

8. Было ли измененно Ваше чувство времени так, что казалось будто время тянется бесконечно долго?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

9. Было ли так, как-будто Вы ещё раз переживали это событие?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

10. Было ли так, что Вы не могли вспомнить о чём-то важном из произошедшего?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

11. Было ли Вам трудно концентрироваться (например забывали, что Вы хотели сейчас делать, то что Вы только прочитали, увидели по телевизору)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

12. Казалось ли Вам произошедшее недействительным, как-будто во сне или смотрите фильм, театр?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

13. Отягощало ли Вас, если Вам напоминали о произошедшем? (например, чувствовали ли Вы себя беспомощно, были ли в ярости, расстроены, было ли Вам стыдно)

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

14. Потеряли ли Вы интерес делать что-то, что до этого происшествя было Вам важно?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

15. Были ли Вы чрезмерно осторожны (например, проверяли людей в Вашем окружении, которые выглядели подозрительно; имели ли Вы при себе телефон, чтобы можно было быстро позвонить и попросить о помощи)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

16. Было ли так, что Вы смотрели в зеркало и не узнавали себя?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

17. Наблюдали ли Вы неприятные ощущения, когда Вам напоминали о произошедшем (например, внутреннее беспокойство, дрожь, учащённое сердцебиение)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

18. Чувствовали ли Вы себя по отношению к людям в Вашем окружении чужим и изолированным?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

19. Можно ли было Вас легко испугать или привести в беспокойство (например, громкими звуками)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

20. Чувствовали ли Вы себя потерянным? Были ли моменты, когда Вы не были уверены, где Вы находитесь и в каком времени?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

21. Было ли у Вас чувство эмоционального опустошения (например, не могли плакать, не могли испытать позитивные эмоции)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

22. Было ли у Вас чувство, что Ваши планы на будущее и надежды не сбудутся (например, что у Вас не будет семьи, будете иметь меньше счастья в жизни и меньше успехов в профессии, чем другие)?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

23. Было ли у Вас чувство, что Вам казалось, что Ваше тело Вам не принадлежит?

Совсем нет (0) Редко (1) Часто (2) Очень часто (3)

24. Было ли у Вас после этого события больше телесных недомоганий? Если да, то какие?

Болевые симптомы | Недомогания: Желудочно-кишечные | Неврологические | Сердечно-сосудистые

(a)

(b)

(c)

(d)

25. Как отягощающе для Вас произошедшее сейчас?

совсем нет..... (1)
очень немного..... (2)
немного... (3)
сильно..... (4)
очень сильно..... (5)
невероятно сильно..... (6)

26. Как долго у Вас эти недомогания (Вопрос 1-23)?

(Пожалуйста отметьте один вариант)

меньше одного месяца (1)
меньше, чем 3 месяца (2)
больше, чем 3 месяца..... (3)

27. Когда после травмирующего события наступили эти недомогания?

(Вопрос 1- 23)? (Пожалуйста отметьте один вариант)

во время первых 6 месяцев (1)
после 6 месяцев и позже..... (2)

Указание: Пожалуйста ответьте, если эти проблемы имели влияние на ниже приведённые области **ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ**. Пожалуйста отметьте **ДА**, если это влияние было или **НЕТ**, если не было.

28.

ВЛИЯНИЕ

НЕТ ДА

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Общее удовлетворение жизнью..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Обучение/ Высшее учебное заведение..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Работа | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Домашняя работа и обязанности..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Развлечения и свободное времяпрепровождение..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Отношение к друзьям, знакомым, коллегам..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Отношение к членам семьи..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Сексуальность..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |