

# ETI-KJ

## Esseński Kwestionariusz Traumy dla dzieci i młodzieży

Kod / Nazwisko: \_\_\_\_\_

Wiek: \_\_\_\_\_

Data przeprowadzenia wywiadu: \_\_\_\_\_

**Instrukcja:** Poniżej znajdziesz listę obciążających zdarzeń, których ludzie mogą doświadczyć w swoim życiu. Prosimy, zakreśl przy każdym z podanych zdarzeń, czy go doświadczyłeś/-łaś (**TAK**) czy też nie (**NIE**). Jeśli Twoja odpowiedź będzie brzmiała TAK, prosimy, żebyś zakreślił/-a, czy przeżyłeś/-łaś to wydarzenie **osobiście** czy jako **obserwator**. Jeśli doświadczyłeś/-łaś jakiegoś obciążającego zdarzenia zarówno osobiście, jak i jako obserwator, prosimy, żebyś zakreślił/-a obydwie odpowiedzi. Twoje odpowiedzi potraktowane zostaną całkowicie poufnie oraz podlegają tajemnicy lekarskiej. Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie.

**1. klęska żywiołowa (np. powódź, huragan, trzęsienie ziemi)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**2. ciężki wypadek, pożar lub wybuch (np. wypadek samochodowy, pożar, katastrofa lotnicza lub statku)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**3. ciężka choroba (np. nowotwór, zapalenie opon mózgowych, choroba serca, ciężka operacja)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

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

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**5. przemoc ze strony członka rodziny lub osoby znajomej (np. pobicie, kradzież, grożenie bronią palną)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**6. śmierć bliskiej osoby (np. wskutek wypadku, ciężkiej choroby, samobójstwa, morderstwa)**

**NIE:**  | **TAK:** jako obserwator

**7. ograniczenie wolności osobistej, uwięzienie (np. areszt, jako jeńiec wojenny, jako zakładnik)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**8. molestowanie seksualne przez obcą osobę (np. niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**9. molestowanie seksualne przez członka rodziny lub osobę znaną (np. niechciany lub wymuszony kontakt seksualny, gwałt)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**10. przebywanie na terenie objętym działaniami wojennymi**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**11. doznanie zaniedbania (np. ciągłe doświadczenie odrzucenia, niewielkie zainteresowanie ze strony rodziców)**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

**12. inne obciążające zdarzenie**

**NIE:**  | **TAK:** osobiście  jako obserwator

jakie: \_\_\_\_\_

**Uwaga  
Ważne!**

**Które z przeżyć było dla Ciebie najgorsze?** (pytanie odnosi się do jednego z wyżej wymienionych zdarzeń; prosimy o podanie odpowiedniego numeru. Jeśli Twoje „najgorsze” przeżycie nie zostało wyżej wymienione, prosimy, podaj je tutaj.)

13. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosimy, odpowiedz teraz na następujące pytania dotyczące **TEGO NAJGORSZEGO PRZEŻYCIA**.

14. Ile czasu upłynęło od tego przeżycia?

dni: \_\_\_\_\_ tygodni: \_\_\_\_\_ miesięcy: \_\_\_\_\_ lat: \_\_\_\_\_

18. Podczas tego najgorszego przeżycia...?

(prosimy zakreślić TAK lub NIE)

**TAK NIE**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A1. zostałeś/-łaś ranny/-a .....                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2. myślałeś/-łaś, że Twemu życiu zagraża niebezpieczeństwo .....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A3. ranna została inna osoba .....                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A4. myślałeś/-łaś, że życiu innej osoby zagraża niebezpieczeństwo ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A5. czułeś/-łaś się bezradny/-a .....                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A6. bardzo się bałeś/ -łaś .....                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A7. byłeś/-łaś bardzo spięty/-a .....                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A8. byłeś/-łaś bardzo niespokojny/-a .....                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Instrukcja:** Poniżej znajdziesz listę problemów, które dotyczą nieraz ludzi po bardzo obciążających przeżyciach. Prosimy, zapoznaj się dokładnie z każdym z podanych problemów. Wybierz tę odpowiedź (wcale, rzadko, często, bardzo często), która najlepiej opisuje, jak bardzo **W OSTATNIM MIESIĄCU** (tzn. w ciągu ostatnich czterech tygodni aż do dziś) dotyczył Ciebie ten problem. Pytania powinny odnosić się do Twojego **najgorszego przeżycia**.

1. Czy przychodzą Ci do głowy uciążliwe myśli lub wspomnienia związane z tym wydarzeniem, choć wcale tego nie chcesz?

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

2. Czy próbowałeś/-łaś nie myśleć ani nie rozmawiać o tym, co się wydarzyło, oraz czy próbowałeś/-aś tłumić związane z tym uczucia?

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

3. Czy masz trudności ze snem?

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

4. Czy zdarzają Ci się takie chwile, w których czujesz się tak, jakbyś nie był/-a częścią tego, co się dzieje?

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

**5. Czy śnią Ci się koszmary od momentu tamtego przeżycia?**

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

**6. Czy próbowałeś/-łaś unikać sytuacji, które przypominają Ci o tym przeżyciu (np. czynności, ludzi lub miejsc)?**

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

**7. Czy zdarzają Ci się wybuchy złości lub czy jesteś częściej rozdrażniony/-a?**

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

**8. Czy zmieniło się Twoje poczucie czasu, tak jakby wszystko działo się w zwolnionym tempie?**

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

**9. Czy zdarza się czasami, jak gdybyś nagle przeżywał/-a to wydarzenie jeszcze raz?**

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

**10. Czy nie możesz przypomnieć sobie ważnego szczegółu tamtego przeżycia?**

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

**11. Czy masz problemy z koncentracją?**

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

**12. Czy tamto przeżycie wydaje Ci się nierzeczywiste, tak jakbyś śnił/-a lub oglądał/-a film albo sztukę teatralną?**

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

**13. Czy obciąża Cię, jeśli ktoś przypomni Ci o tamtym przeżyciu (czujesz się wtedy np. bezsilny/-a, wściekły/-a, smutny/-a albo się wstydzisz)?**

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

**14. Czy straciłeś/-łaś radość z wykonywania czynności, które były dla Ciebie ważne przed tamtym przeżyciem (np. hobby, sport itd.)?**

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

**15. Czy jesteś czasem zatroskany/-a i czujny/-a, choć właściwie w danej chwili nie istnieje ku temu żaden powód (np. sprawdzasz ludzi z otoczenia, którzy wyglądają podejrzanie, masz w pobliżu siebie telefon, by w razie potrzeby móc szybko zadzwonić po pomoc)?**

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

**16. Czy zdarza Ci się czasem, że patrząc w lustro, nie rozpoznajesz siebie?**

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

**17. Czy pojawiają się u Ciebie fizyczne reakcje, kiedy ktoś przypomina Ci o tym, co się wydarzyło (np. wewnętrzny niepokój, drżenie, szybkie bicie serca)?**

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

**18. Czy od momentu tamtego wydarzenia czujesz się obcy/-a wobec ludzi z Twojego otoczenia lub samotny/-a?**

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

**19. Czy łatwo można Cię przestraszyć lub czy czujesz się bardzo niespokojny/-a? (np. wskutek głośnych dźwięków i odgłosów)?**

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

**20. Czy zdarza Ci się, że nie jesteś pewien/-na, gdzie się znajdujesz lub która jest właśnie godzina?**

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

**21. Czy masz czasem poczucie emocjonalnej obojętności (np. nie potrafisz płakać lub przeżywać pozytywnych emocji)?**

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

**22. Czy masz poczucie, że Twoje plany na przyszłość oraz nadzieje nie zostaną zrealizowane (np., że nie będziesz miał/-a rodziny, że będziesz miał/-a mniej szczęścia w życiu osobistym, w szkole czy w pracy niż inni ludzie)?**

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

**23. Czy masz czasem poczucie, że Twoje ciało nie należy do Ciebie?**

wcale  0 rzadko  1 często  2 bardzo często  3

**24. Od jak dawna cierpisz na wyżej wymienione dolegliwości i problemy (pytania 1-23)?**

(prosimy o zakreślenie jednej odpowiedzi)

krócej niż miesiąc.....  1

do 3 miesięcy.....  2

ponad 3 miesiące.....  3

**25. Kiedy po tym najgorszym przeżyciu wystąpiły te dolegliwości (pytania 1-23)?**

(prosimy o zakreślenie jednej odpowiedzi)

w ciągu pierwszych 6 miesięcy.....  1

po 6 miesiącach albo później.....  2

**26. Czy po tym przeżyciu odczuwasz wzmożone dolegliwości? Jeśli tak, jakie?**

(można zaznaczyć więcej odpowiedzi)

bóle brzucha  a bóle głowy  b mdłości  c biegunka  d

drżenie  e zawroty głowy  f szybkie bicie serca  g duszność  h

skurcze  i Dalsze/Inne: Jeśli tak, jakie?: \_\_\_\_\_

**27. W jakim stopniu obciąża Cię to, co się wydarzyło i jego skutki, w chwili obecnej?**

wcale nie obciąża.....  0

bardzo mało obciąża.....  1

mało obciąża .....  2

średnio obciąża .....  3

silnie obciąża .....  4

bardzo silnie obciąża .....  5

**Instrukcja:** Prosimy o odpowiedź, czy miałeś/-łaś **W OSTATNIM MIESIĄCU** trudności w wymienionych poniżej dziedzinach życia. Wybierz tę odpowiedź, która najlepiej opisuje, jak duże były te trudności w wymienionych dziedzinach: żadne, niewielkie, średnie, duże.

28.

**trudności**

	<b>żadne</b> <i>0</i>	<b>niewielkie</b> <i>1</i>	<b>średnie</b> <i>2</i>	<b>duże</b> <i>3</i>
a. szkoła/ wykształcenie/ zawód.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. zadania i 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, kolegami ze szkoły.....	<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"/>