

Impact of Events Skala (IES)

Name:

Alter:

Datum:

Оберіть ту відповідь, яка найчастіше протягом останніх 7 днів з Вами трапилась. Якщо ситуації Вам нетипичні, то оберіть відповідь “зовсім ні”.

	Зовсім ні	рідко	інколи	часто
1. Кожен вид спогаду про ситуацію викликає знову неприємні почуття.				
2. Мені вдавалось важко заснути чи виспатися, тому що мені картини чи думки про пережити і побачене крутилися в голові.				
3. Інші об'єкти викликали у мене спогади про пережите.				
4. Я почував/-ла себе роздратованою і злісною.				
5. Я приховував/-ла свою внутрішню напругу, коли я думав/думала про це чи хтось мені про це нагадував.				
6. Я думав про це і тоді, коли не хотів/-ла про це думати.				
7. Мені здавалось начебто це не правда чи це не відбулось.				
8. Я відсторонився/-лася від усього, що мені про це нагадувало.				
9. Картини пережитого виринали перед очима.				
10. Я був/-ла знервованим/-ною і напуганим/-ою.				
11. Я пробував/-ла про це не думати.				
12. Я усвідомлювала/-вав, що емоційно пережите мною мене все ще турбує, але я не турбувався/-лася цим.				
13. Мої почуття про це були начебто притуплені.				
14. Я помітив/-ла, що поведжу себе начебто				

знову переживаю ці події.				
15. Я не міг/могла заснути.				
16. У мене були із-за цього часті емоційні зриви.				
17. Я пробував/-ла ці спогади вичеркнути з моєї пам'яті.				
18. Мені вдавалось важко сконцентруватися.				
19. Спогади про пережити викликали у мене тілесні відчуття: потіння, проблеми з диханням, головокружіння чи сильне серцебиття.				
20. Мені сниться пережите мною.				
21. Я сприймав/-ала себе занадто обережною, уважною і настороженою.				
22. Я пробував/-ла про це не говорити.				

Zur Auswertung bitte in unsere Praxis schicken.