

埃森创伤问卷 (ETI)

Tagay S., Zhou J., Shan T., Shi QJ., Senf W.

Rheinische Kliniken Essen, Duisburg-Essen University

© 2007

ETI

埃森创伤问卷

姓名: _____

编号: _____

填写日期: _____

说明：人在其一生中任何时候都有可能经历到一些会造成精神负担的事件。请您在以下列举出来的事件中标出您是否经历过（**有：**经历过；**无：**没有经历过）。如果您的回答是“有”，请您标出是**自己**还是作为**目击者**经历此事。如果两者都是，请您都标上，**请您每个问题都作答**。再次提醒您，所有的资料将遵守保密原则。

1. 自然灾害（如：洪灾、雷雨风暴、地震）

无： 有： 自己 目击者
2. 严重的事故、火灾或是爆炸（如：交通事故、工作事故、飞机失事或翻船事件）

无： 有： 自己 目击者
3. 严重的疾病（如：中风、癌症、心肌梗死、重大手术）

无： 有： 自己 目击者
4. 受到陌生人的暴力攻击（如：暴力殴打、抢劫、持枪威胁）

无： 有： 自己 目击者
5. 受到亲人或是熟人的暴力攻击（如：暴力殴打、抢劫、持枪威胁）

无： 有： 自己 目击者
6. 一个对自己很重要的人的死亡（如：事故、自杀、谋杀）

无： 有： 目击者
7. 被囚禁（如：囚犯、战犯、人质）

无： 有： 自己 目击者
8. 在童年或是少年时期遭受过陌生人的性侵犯（如：强奸或被强迫地进行性接触）

无： 有： 自己 目击者
9. 在童年或是少年时期遭受过亲人或是熟人的性侵犯（如：强奸或被强迫地进行性接触）

无： 有： 自己 目击者
10. 参与作战或驻留战区

无： 有： 自己 目击者
11. 身心折磨（如：电击、窒息或连续数日不允许睡觉）

无： 有： 自己 目击者
12. 被冷落、被抛弃（如：经常被拒绝或很少得到父母的关注）

无： 有： 自己 目击者
13. 成年后遭受过陌生人的性侵犯（如：强奸或强奸未遂）

无： 有： 自己 目击者

14. 成年后遭受过亲人或是熟人的性侵犯（如：强奸或是强奸未遂）

无： 有：自己 目击者

15. 其他造成精神负担的事件

无： 有：自己 目击者

请说明：_____

注意!

哪个是您最糟糕的经历?

请从以上您选了“有”的事件中选出一个最糟糕的事件，将号码写在以下的横线上；如果您在以上列举出来的事件中只勾了一个“有”，就是指的那个“最糟糕的事件”；

如果您经历的“最糟糕的事件”不是以上列举的，也请写在下列横线上。

16.

请您现在开始回答关于这个**最糟糕的事件**，**注意：**接下来的问题全部是关于这个最糟糕的事件的。

17. 经历最糟糕的事情到现在有多久了?

年：_____ 月：_____ 星期：_____ 日：_____

18. 在这次事件中.....?

（请勾“是”或“否”）

是 否

- | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| A1. 您身体受伤了? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2. 您认为自己的生命受到了威胁? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A3. 有其他人身体受伤了? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A4. 您认为他人的生命受到了威胁? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A5. 您感到无助吗? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A6. 您感到非常的焦虑 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A7. 您感到非常的恐慌 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A8. 您感到无力 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

说明：在以下列举的关于精神负担的问题中，请您标出您认为最合适的答案（完全没有（0），很少（1），经常（2），很多（3）），它可以描述这些问题在**最近一个月**（最近四周到目前的时间）的情况。这里所指的问题特指由**最糟糕的事件**所带来的问题。

1. 虽然您不愿想起，但是这样一些有精神负担的想法或回忆还是会出现在您的脑海里？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

2. 您有尝试过不去想这件事、不去谈论这件事或是压抑相关的感觉吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

3. 您有睡眠问题吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

4. 有没有这样的时候，您对自己经历的事情完全不知道，或者认为经历的事情跟自己无关？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

5. 您做过关于这件事情的恶梦吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

6. 您有试图回避能让您想起这件事的情景吗（如：活动、人或地方）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

7. 您容易被激怒或是经常发脾气吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

8. 有没有时候您感觉一切事情好像都在慢镜头里发生一样？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

9. 您有过好像突然再次经历这个事件的情况吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

10. 您不能回忆起来这个事件的重要部分吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

11. 您很难集中注意力吗？（如：忘记了您刚才要做什么、刚才读的什么或是刚才电视放的什么）

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

12. 您感觉经历的事情不真实吗，就好像是在梦里、电影里或是戏剧里看到的？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

13. 当您想起这件事的时候，您感觉难受吗？（如：您感觉到无助、愤怒、伤心、羞耻）

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

14. 您失去对一些活动的兴趣吗？这些活动在经历这个事件之前对您来说是很重要的。

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

15. 您极为警惕（如：检查周围看上去可疑的人、手边放着电话以便可以最快求救）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

16. 您有过在镜子面前不认识自己的情况吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

17. 当您想起这件事情的时候，会有身体反应吗（如：不安、发抖或是心跳加快）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

18. 您感觉到周围的人陌生或是疏远了吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

19. 您容易受惊吓或是不安吗（如：有很响的噪音的时候）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

20. 有失去方向感的时候吗？是不是在一些情况下您不确定是什么时候和什么地方？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

21. 您有情绪麻木的感觉吗（如：不会哭泣，没有积极的感觉）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

22. 您觉得您的希望破灭或是不能实现自己未来的理想吗（如：没有家庭、在生活和工作上觉得不幸福）？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

23. 有时候您感觉身体好像不属于自己吗？

完全没有 (0) 很少 (1) 经常 (2) 很多 (3)

24. 当您经历过这件事情以后，有更多的躯体不适吗？如果有，是哪些（可以多选）？

无：○ 有：a 肚子痛 b 头痛 c 恶心 d 腹泻 e 肚子痛发抖 f 头昏

g 心跳加速 h 呼吸困难 i 痉挛

更多：如果有，是哪些：_____

25. 这件事情现在对您造成的痛苦有多强烈？

1 完全没有 2 很轻 3 较痛苦 4 痛苦 5 非常痛苦 6 极其痛苦

26. 您有这些问题多长时间了（问题1—23）？（请只选一项）

1 个月以内 (1) 3 个月以内 (2) 超过 3 个月 (3)

27. 在创伤性事件之后多久出现以上的问题（问题 1—23）？（请只选一项）

最初的 6 个月以内

1

6 个月以后或更晚的时间

2

说明：以上的问题在**最近一个月**在以下哪些方面对您造成恶劣的影响。请您标出“是”或“否”。

28.

	严重程度			
	没有影响	较少影响	有影响	很大影响
a. 生活满意度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 培训、高等教育	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 工作	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 家务	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 娱乐、业余活动	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 关系（比如朋友、熟人、同事）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 家庭关系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 性	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>