

# 少年儿童创伤经历筛查问卷

请回答在那件事发生后，你是否经历过以下这些情况。

1. 关于那件事，有没有很多想法或回忆是你想要清除掉的？	有	没有
2. 你有没有做过有关那件事的恶梦？	有	没有
3. 你是有没有感觉到或表现得好像那件事又会再发生？	有	没有
4. 一旦想起那件事，你有没有产生一些身体的反应 (如心跳加快，胃里难受，出汗和头晕)？	有	没有
5. 你有没有入睡困难或容易醒？	有	没有
6. 你有没有感觉心情烦躁或想发脾气？	有	没有
7. 你有没有一看到跟那件事有关的东西就感到难受？	有	没有
8. 你有没有发现自己很难集中注意力？	有	没有
9. 你有没有在“小心翼翼”地防备着可能对自己或别人产生危险的情况？	有	没有
10. 当有出乎意料或突如其来的事发生时，有没有让你“吓得跳起来”？	有	没有

©2006

版权所有，不得复制。如需使用，请申请许可，联系  
Justin Kenardy <j.kenardy@uq.edu.au>