**对立违抗性障碍严重程度临床工作者评定量表**

姓名： 年龄： 性别：□男 □女 日期：

|  |
| --- |
| **指导语：**本量表用于评估对立违抗性障碍症状的存在及其严重程度。请根据你掌握的个体接受治疗的所有信息和你的临床诊断，评定该个体**在过去7天内**体验到的对立违抗性问题及其严重程度（在对应方框内打“√”）。 |
|  | **水平0** | **水平1** | **水平2** | **水平3** |
| **评定个体存在的对立违抗性问题的水平或严重程度** | **□****无**（无对立违抗性症状） | **□****轻度**（症状只局限于一种情境[如：在家、在学校、在工作中或跟同伴在一起]） | **□****中度**（一些症状存在于至少两种情境之中） | **□****重度**（一些症状存在于至少三种情境中） |