**DSM-5 水平1-症状评定量表-6-17岁儿童父母评定**

姓名： 年龄： 性别： 男 女 日期： 年 月 日

**指导语:***（对儿童父母或监护人的说明）*下面的问题会问一些可能困扰你孩子的事情。对每个问题，圈出最能描述你孩子在**过去2周内**被这个问题困扰的程度（或频率）的数字。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **在过去的2周内**，你的孩子在多大程度（或多经常）…… | **无**一点也不 | **轻微**很少，少于一天或两天 | **轻度**几天 | **中度**超过一周 | **重度**几乎每天 | 最高得分（临床工作者使用） |
| I | 1. 抱怨腹痛、头痛、或其他疼痛？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 说他/她担心自己的健康或担心自己生病？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| II | 1. 被不能入睡，不能保持睡眠或醒来太早所困扰？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| III | 1. 被不能专心于上课、做作业、读书或做游戏所困扰？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| IV | 1. 相比以前，他/她做事的乐趣减少？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 感觉持续几个小时地悲伤或沮丧？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| V&VI | 1. 感觉比平时更烦躁或更容易被惹怒？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 感到生气或者发脾气？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| VII | 1. 比平常启动更多的项目或比平常做更多冒险的事情？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 比平常睡得少但仍然精力充沛？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| VIII | 1. 说他/她感到紧张、焦虑或害怕？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 不能停止担心？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 说他/她不能做想做或本应该做的事，因为它们让他/她感到紧张？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| IX | 1. 说他/她听到有声音正在谈论他/她或告诉他/她要做什么或说他/她的坏话，但其实并没人在那里？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 说他/她在完全清醒时，眼前会呈现出一些人或事物，而这些人或事物是其他人看不到的？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| X | 1. 说他/她会有一些想法不断涌进脑海，这些想法是，他/她将会做一些不好的事或那些不好的事将发生在他/她或他人身上吗？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 说他/她感觉必须反复多次地检查某些事情，比如是否锁了门或是否关了炉火？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 看起来非常担心他/她接触到的东西是脏的或有细菌或是有毒的？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. 说他/她感到不得不以一种特定的方式做事，如数数或大声说特别的东西，来阻止不好的事情发生？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 在过去的两周内，你的孩子是否…… |
| XI | 1. 喝过一种酒精饮料（啤酒、红酒、含酒精饮料，等等）？
 | □是 | □否 | □不清楚 |
| 1. 抽过烟、雪茄、烟斗或鼻吸或者咀嚼烟草？
 | □是 | □否 | □不清楚 |
| 1. 使用毒品比如大麻、可卡因或霹雳可卡因、俱乐部毒品（如摇头丸）、致幻剂（如麦角酸二乙基酰胺）、海洛因、吸入剂或溶剂（如强力胶[[1]](#footnote-1)）、或冰毒（如快速丸）？
 | □是 | □否 | □不清楚 |
| 1. 在没有医生处方的情况下使用任何药物（例如止痛药[如维柯丁]、兴奋剂[如利他林或阿得拉]、镇静剂或镇定剂[如安眠药或安定]或类固醇）？
 | □是 | □否 | □不清楚 |
| XII | 1. 在**过去两周内**，说他/她是否考虑或计划过自杀？
 | □是 | □否 | □不清楚 |
| 1. 说他/她**曾经**是否尝试过自杀？
 | □是 | □否 | □不清楚 |

1. **注：**强力胶是一种毒品，非生活中常见的固体或液体胶。 [↑](#footnote-ref-1)