



段 A: 症状自评量表 (SCL-90)

A1. 主试ID :

该问题请询问实验者获取其主试ID。

A2. 您的编号 :

A3. 以下表格中列出了有些人可能有的病痛或问题，请仔细阅读每一条，然后根据最近一星期以内下述问题影响你或使你感到苦恼的程度，选择一个最合适的选择。

	没有	很轻	中等	偏重	严重
头痛	<input type="checkbox"/>				
神经过敏，心中不踏实	<input type="checkbox"/>				
头脑中有不必要的想法或字句盘旋	<input type="checkbox"/>				
头晕和昏倒	<input type="checkbox"/>				
对异性的兴趣减退	<input type="checkbox"/>				
对旁人责备求全	<input type="checkbox"/>				
感到别人能控制您的思想	<input type="checkbox"/>				
责怪别人制造麻烦	<input type="checkbox"/>				
忘性大	<input type="checkbox"/>				
担心自己的衣饰整齐及仪态的端正	<input type="checkbox"/>				
容易烦恼和激动	<input type="checkbox"/>				
胸痛	<input type="checkbox"/>				
害怕空旷的场所或街道	<input type="checkbox"/>				
感到自己的精力下降，活动减慢	<input type="checkbox"/>				
想结束自己的生命	<input type="checkbox"/>				



	没有	很轻	中等	偏重	严重
听到旁人听不到的声音	<input type="checkbox"/>				
发抖	<input type="checkbox"/>				
感到大多数人都不可信任	<input type="checkbox"/>				
胃口不好	<input type="checkbox"/>				
容易哭泣	<input type="checkbox"/>				
同异性相处时感到害羞不自在	<input type="checkbox"/>				
感到受骗、中了圈套或有人想抓住您	<input type="checkbox"/>				
无缘无故地突然感到害怕	<input type="checkbox"/>				
自己不能控制地发脾气	<input type="checkbox"/>				
怕单独出门	<input type="checkbox"/>				
经常责怪自己	<input type="checkbox"/>				
腰痛	<input type="checkbox"/>				
感到难以完成任务	<input type="checkbox"/>				
感到孤独	<input type="checkbox"/>				
感到苦闷	<input type="checkbox"/>				

段 B:

B1.

	没有	很轻	中等	偏重	严重
过分担忧	<input type="checkbox"/>				
对事物不感兴趣	<input type="checkbox"/>				
感到害怕	<input type="checkbox"/>				
我的感情容易受到伤害	<input type="checkbox"/>				
旁人能知道您的私下想法	<input type="checkbox"/>				
感到别人不理解您不同情您	<input type="checkbox"/>				



	没有	很轻	中等	偏重	严重
感到人们对您不友好，不喜欢您	<input type="checkbox"/>				
做事必须做得很慢以保证做得正确	<input type="checkbox"/>				
心跳得很厉害	<input type="checkbox"/>				
恶心或胃部不舒服	<input type="checkbox"/>				
感到比不上他人	<input type="checkbox"/>				
肌肉酸痛	<input type="checkbox"/>				
感到有人在监视您谈论您	<input type="checkbox"/>				
难以入睡	<input type="checkbox"/>				
做事必须反复检查	<input type="checkbox"/>				
难以作出决定	<input type="checkbox"/>				
怕乘电车、公共汽车、地铁或火车	<input type="checkbox"/>				
呼吸有困难	<input type="checkbox"/>				
一阵阵发冷或发热	<input type="checkbox"/>				
因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动	<input type="checkbox"/>				
脑子变空了	<input type="checkbox"/>				
身体发麻或刺痛	<input type="checkbox"/>				
喉咙有梗塞感	<input type="checkbox"/>				
感到没有前途没有希望	<input type="checkbox"/>				
不能集中注意	<input type="checkbox"/>				
感到身体的某一部分软弱无力	<input type="checkbox"/>				
感到紧张或容易紧张	<input type="checkbox"/>				
感到手或脚发重	<input type="checkbox"/>				
想到死亡的事	<input type="checkbox"/>				
吃得太多	<input type="checkbox"/>				



段 C:

C1.

	没有	很轻	中等	偏重	严重
当别人看着您或谈论您时感到不自在	<input type="checkbox"/>				
有一些不属于您自己的想法	<input type="checkbox"/>				
有想打人或伤害他人的冲动	<input type="checkbox"/>				
醒得太早	<input type="checkbox"/>				
必须反复洗手、点数目或触摸某些东西	<input type="checkbox"/>				
睡得不稳不深	<input type="checkbox"/>				
有想摔坏或破坏东西的冲动	<input type="checkbox"/>				
有一些别人没有的想法或念头	<input type="checkbox"/>				
感到对别人神经过敏	<input type="checkbox"/>				
在商店或电影院等人多的地方感到不自在	<input type="checkbox"/>				
感到任何事情都很困难	<input type="checkbox"/>				
一阵阵恐惧或惊恐	<input type="checkbox"/>				
感到在公共场合吃东西很不舒服	<input type="checkbox"/>				
经常与人争论	<input type="checkbox"/>				
单独一人时神经很紧张	<input type="checkbox"/>				
别人对您的成绩没有作出恰当的评价	<input type="checkbox"/>				
即使和别人在一起也感到孤单	<input type="checkbox"/>				
感到坐立不安心神不定	<input type="checkbox"/>				
感到自己没有什么价值	<input type="checkbox"/>				
感到熟悉的东西变成陌生或不象是真的	<input type="checkbox"/>				
大叫或摔东西	<input type="checkbox"/>				
害怕会在公共场合昏倒	<input type="checkbox"/>				



	没有	很轻	中等	偏重	严重
感到别人想占您的便宜	<input type="checkbox"/>				
为一些有关“性”的想法而很苦恼	<input type="checkbox"/>				
您认为应该因为自己的过错而受到惩罚	<input type="checkbox"/>				
感到要赶快把事情做完	<input type="checkbox"/>				
感到自己的身体有严重问题	<input type="checkbox"/>				
从未感到和其他人很亲近	<input type="checkbox"/>				
感到自己有罪	<input type="checkbox"/>				
感到自己的脑子有毛病	<input type="checkbox"/>				