**解离症状严重程度量表——成人版**

\*解离经验量表简版(DES-B)修订版

姓名： 年龄： 性别：男 女 日期： 年 月 日

**指导语：**对于下面的陈述，请勾选方框中最符合你过去七天内发生过的状况的答案。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 临床工作者使用 |
|  |  | **完全没有** | **一次或两次** | **几乎每天** | **大约一天一次** | **一天不止一次** | 条目分数 |
| 1. | 我发现自己直愣愣地盯着某一个地方，什么都没想。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 2. | 我身边的人、物品或世界看起来很陌生或不真实。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 3. | 我发现自己做过一些我不记得有做过的事情。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 4. | 当我一个人的时候，我会和自己大声说话。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 5. | 我感觉自己好像透着一层雾在看世界，以致人和事物显得非常遥远或不清晰。.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 6. | 我能忽视疼痛。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 7. | 我在不同的情境下表现得截然不同，以至于我好像是两个不同的人。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 8. | 我可以很轻松地做那些对我来说原本非常困难的事情。 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 总体／部分原始得分： |  |
| 按比例计算得分：（若1到2个条目未填写） |  |
| 平均分： |  |