

# SMHAT-1 (日本語版)

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1  
DEVELOPED BY THE IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



選手の名前: \_\_\_\_\_ 選手の ID 番号: \_\_\_\_\_

### SMHAT-1とは?

国際オリンピック委員会 (IOC) のSport Mental Health Assessment Tool 1: SMHAT-1は、メンタルヘルスの症状や障害のリスクがある、またはすでに経験しているアスリート (定義: プロ、オリンピック、パラリンピック、大学レベル、16歳以上) にできるだけ早く気が付き、タイムリーに適切な支援や治療に繋げるために開発された評価ツールです。

### SMHAT-1の使用者

SMHAT-1は、スポーツドクターおよび有資格の医療専門家が使用できます。SMHAT-1 (ステップ3bを参照) 内の臨床評価については、スポーツドクターや有資格のメンタルヘルスの専門家が使用することが望まれます。スポーツドクターや有資格の医療専門家でない場合は、the IOC Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1)を使用してください。スポーツドクターと共に働く理学療法士やアスレティックトレーナーもSMHAT-1を使用できますが、使用する際には、スポーツドクターの責任の下で行われることが求められます。

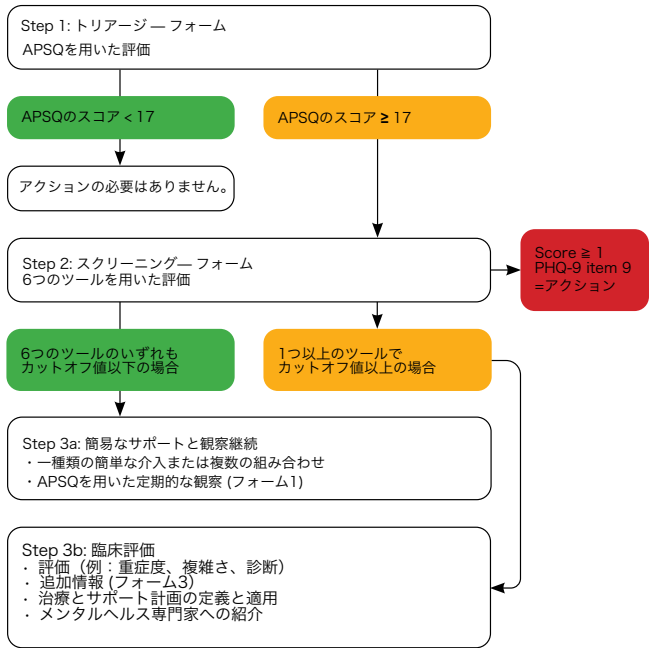
### SMHAT-1を使用する理由

メンタルヘルスの症状と障害は、現役選手/引退後の選手にとつてめずらしくありません。精神疾患は、通常は、精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-5) または国際疾病分類 (ICD10) など、特定の診断基準を満たさず臨床的に重大な苦痛または障害を引き起こす状態として定義されます。しかし、症状は自己申告であり、それが重大な場合もありますが、診断基準を満たすように決まったパターンでは起きないことがほとんどです。さらに、それが必ずしも重大な苦痛や機能障害を引き起こすとも限りないということも留意が必要です。

### SMHAT-1を使用するタイミング

理想的には、競技前の期間 (つまり、トレーニングの開始後数週間)、シーズン中とシーズン終了時の間に組み込むことが望ましいです。また、怪我、病気、手術、原因不明のパフォーマンス低下時など、アスリートにとって重大なイベントが発生した場合は、その他にも、主要な大会後、ハラスメントや虐待が疑われる際、大きなライフイベントがあった際の使用が推奨されます。

この紙版のSMHAT-1を使用するには、片面印刷してください。SMHAT-1は、個人、チーム、グループ、および組織に印刷して自由に配布いただけます。改訂して用いるには、IOCメンタルヘルスワーキンググループによる承認が必要です。商業的利益のためのブランド変更や販売をしないでください。SMHAT-1および関連するスクリーニングツールの開発に関する詳細は、British Journal of Sports Medicineの論文に記載されています。



## Step 1. メンタルヘルスの症状と障害のためのトリアージツール

🔴 **アクション:** このステップでは、アスリートのフォーム1を参照してください。以下に記入してください。10項目の回答を合計して、スコアを計算します

合計点

合計スコアが10-16の場合 >>> これ以上のアクションは必要ありません

合計スコアが17-50の場合 >>> 選手はフォーム2に回答してください。フォーム2に記入したら、ステップ2に進みます。

## Step 2. メンタルヘルスの症状と障害のスクリーニングツール

🔴 **アクション:** このステップでは、アスリートのフォーム2を参照してください。以下に記入してください。

### スクリーニング1 (不安)

7つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

### スクリーニング4 (アルコール・飲酒)

3つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

### スクリーニング2 (うつ)

9つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

### スクリーニング5 (薬物使用)

4つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

項目9のアスリートの回答 (0、1、2、または3) に注意してください。

回答

どの薬がアスリートに影響を及ぼしたかをメモします

薬物

### スクリーニング3 (睡眠障害)

5つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

### スクリーニング6 (摂食障害)

6つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

## ステップ2 (スクリーニング) に関するサマリー

- アクション：計算されたすべてのスコアを参照して、サマリー表を完成させます。スクリーニングスコアをメモし、適切なボックスにチェックマークを付けてください。

	合計点	閾値 (カットオフ) 未満		閾値 (カットオフ) 以上	
スクリーニング1 (不安)		0-9	<input type="checkbox"/>	≥10	<input type="checkbox"/>
スクリーニング2 (うつ)		0-9	<input type="checkbox"/>	≥10	<input type="checkbox"/>
スクリーニング2+ (うつ項目9)		0	<input type="checkbox"/>	≥1	<input type="checkbox"/>
スクリーニング3 (睡眠障害)		0-7	<input type="checkbox"/>	≥8	<input type="checkbox"/>
スクリーニング4 (アルコール・飲酒)		男性 0-3; <input type="checkbox"/> 女性 0-2 <input type="checkbox"/>		男性 ≥4; <input type="checkbox"/> 女性 ≥3 <input type="checkbox"/>	
スクリーニング5 (薬物使用)		0-1	<input type="checkbox"/>	≥2	<input type="checkbox"/>
スクリーニング6 (摂食障害)		0-3	<input type="checkbox"/>	≥4	<input type="checkbox"/>

不安：5-9点 =軽度; 10-14点 =中程度; ≥15点 =重度

うつ：5-9点 =軽度; 10-14点 =中程度; 15-19点 =やや重度; ≥20点 =重度

睡眠障害：5-7点 =軽度; 8-10点 =中程度; ≥11点 =重度

うつ項目9のチェックボックスがついた選手 >>> 安全を確保するためのアクションが必要です。

すべてのスクリーニングで閾値 (カットオフ値) を下回った場合 >>> ステップ3aに進みます

1つ以上のツールで閾値 (カットオフ値) 以上の場合 >>> ステップ3bに進みます

## Step 3a. 簡易なサポートと観察継続

3

- アクション：選手に、心理教育、マインドフルネス、瞑想、メンタルスキルトレーニング、ストレスコントロールなどの単一の介入または簡単な介入の組み合わせを紹介します。

- アクション：簡単な介入の後、選手はトリアージツール (フォーム1: APSQ) を使用して再評価し、次のアクションが求められます。

APSQ合計点が0-16点の場合 >>> これ以上のアクションは必要ありません

APSQ合計点が17-50点の場合 >>> ステップ3bに進んでください

## Step 3b. 臨床評価とマネジメント

このステップは、スポーツ医学の医師または有資格のメンタルヘルスの専門家が実施します。このステップの目的は、重要な問題/診断を特定し、管理/介入計画を作成するために、包括的な臨床評価を実施することです。

- アクション：トリアージとスクリーニングのスコアを確認、解釈し、追加情報を得るための臨床評価を実施します。

これまでに経験したスポーツの内外でのハラスメント/虐待についても聴取します。

- アクション：包括的な評価では、次のことに配慮が必要です。

## 重症度：

重症度とは、臨床的問題が、選手の健康や幸福を著しく損なう可能性を指します。たとえば、重度の機能障害、著しく乱れた行動、および/または自己または他者へのリスク (例えば、自殺/殺人の意図、重大なセルフネグレクト) を引き起こすこと、または摂食障害の電解質異常は重症度が高いと見なされます。

## 複雑性：

精神的健康と他の病状 (例:アルコール使用障害と不安症・うつ病や糖尿病、重大な筋骨格損傷) および/または、重大なスポーツ (例、パフォーマンスの懸念、キャリアの不満) または非スポーツ (例えば、人間関係や経済的問題、死別) のストレス要因など様々な要因が考えられる。「成功」は、予期しないストレスとして主要なライフイベントになる可能性があることに注意してください。

## 診断の曖昧さ：

診断に関する不確実性を指します。例としては、軽躁状態やADHDでの過活動状態に基づくハイレベルの競技活動/身体活動、摂食障害によるパフォーマンスに固執した食行動、その他にも、双極性障害と大うつ病の区別があります。

## 治療への反応：

治療への反応は、治療の際に、あまり効果が見られず (無反応または部分的な反応) で、その経験が1回または2回ある場合を指します。

④ ACTION: 下の表（「課題」の列）に、アスリートの最も重要な課題に注意し、該当する場合は適切なボックスにチェックを付けて表を完成させてください。

課題	重症度	複雑性	診断の曖昧さ	治療への反応
課題 1				
課題 2				
課題 3				

重症度、複雑性、診断の曖昧さ、または治療の反応にチェックがつく場合  
 >>> 治療/サポートは、スポーツドクター/プライマリケア医により提供されます。さらに、IOCによるコンセンサステートメントを参照されることが望まれます。

診断の曖昧さに当てはまる場合、あるいは詳細情報が役立つ可能性がある場合  
 >>> さらに追加のスクリーニングツールを選手が受ける必要があるかどうか検討してください。必要に応じて、フォーム3を使用します。注意欠陥多動性障害のスクリーニング7、双極性障害のスクリーニング8、心的外傷後ストレス障害のスクリーニング9、ギャンブルのスクリーニング10、精神病のスクリーニング11。合計点およびその解釈については、フォームの最後のセクションを参照してください。

追加のスクリーニングを行った後でも、重症度/複雑性/診断の曖昧さ、治療への反応に当てはまる場合  
 >>> 選手を、メンタルヘルスの専門家（臨床心理士や精神科医など）に紹介してください。

#### メンタルヘルスの症状と障害のための追加のスクリーニングツール

アクション：フォーム3を参照してください。以下に記入してください。

##### スクリーニング7（注意欠陥・多動性障害（ADHD））

6つの項目の回答を合計してスコアを計算します;スコア $\geq 4$  = ADHDと一致する可能性の高い症状です

合計点

##### スクリーニング8（双極性障害）

項目1の回答を記入します。

項目2の回答に注意してください

項目3の回答に注意してください

合計点

点

点

合計点が7以上で、項目2 = 1且つ項目3 = 1の場合に双極性障害と一致する可能性の高い状態です

##### スクリーニング9（心的外傷後ストレス障害）

5つの項目の回答を合計してスコアを計算します

3のカットオフ=0.95の感度と0.85の特異度。4のカットオフ=0.83の感度と0.91の特異度

合計点

##### スクリーニング10（ギャンブル）

9つの項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

スコア0 = 問題のないギャンブル; スコア1-2 = 問題のレベルが低く、否定的な結果がほとんどまたはまったく特定されていない。スコア3~7 = 中程度のレベルの問題で、悪影響があります。スコア $\geq 8$  = ギャンブル依存症で、悪影響があり、コントロールが失われる可能性があります。

##### スクリーニング11（精神病）

16項目の回答を合計してスコアを計算します

合計点

スコア $\geq 6$  = 精神病のリスクがある

# SMHAT-1(日本語版)

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1  
DEVELOPED BY THE IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



選手の名前 \_\_\_\_\_ 選手の ID 番号: \_\_\_\_\_

## フォーム 1

1

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。あてはまる欄を選んでください。

	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
1. チームメイトの近くにいるのがつらかった	1	2	3	4	5
2. 私はやるべきことをやるのが難しいと感じた	1	2	3	4	5
3. 私のモチベーションは下がっていた	1	2	3	4	5
4. 私はイライラしたり、怒ったり、または攻撃的だったりした	1	2	3	4	5
5. 私は怪我やパフォーマンスについて心配せずにはいられなかった	1	2	3	4	5
6. 私にとってトレーニングはよりストレスになるものだった	1	2	3	4	5
7. 私は選考のプレッシャーに対応するのが大変だった	1	2	3	4	5
8. 競技生活を引退した後の人生が心配だった	1	2	3	4	5
9. 私はリラックスするためにアルコールや薬物が必要だった	1	2	3	4	5
10. 私は競技外で普段だったらしないような危険を冒した	1	2	3	4	5

Ojio, Y., Matsunaga, A., Kawamura, S., Horiguchi, M., Yoshitani, G., Hatakeyama, K., Amemiya, R., Kanie, A., Purcell, R., Rice, S. M., & Fujii, C. (2021). Validating a Japanese Version of the Athlete Psychological Strain Questionnaire. *Sports medicine - open*, 7(1), 90. doi: 10.1186/s40798-021-00385-9

## SMHAT-1

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1  
DEVELOPED BY THE IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



2

## ATHLETE'S FORM 2

## スクリーニング1

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？

	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1. 緊張感、不安感または神経過敏を感じる	0	1	2	3
2. 心配することを止められない、または心配をコントロールできない	0	1	2	3
3. いろいろなことを心配しすぎる	0	1	2	3
4. くつろぐことが難しい	0	1	2	3
5. じっとしていることができないほど落ち着かない	0	1	2	3
6. いらいらしがちであり、怒りっぽい	0	1	2	3
7. 何か恐ろしいことがおこるのではないかと恐れを感じる	0	1	2	3

Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 52: 64-69, 2018.

## スクリーニング9

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁（ひんぱん）に悩まされていますか？

	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1. 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	0	1	2	3
2. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	0	1	2	3
3. 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	0	1	2	3
4. 疲れた感じがする、または気力が無い	0	1	2	3
5. あまり食欲が無い、または食べ過ぎる	0	1	2	3
6. 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳が無いと感じる	0	1	2	3
7. 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	0	1	2	3
8. 他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふたんよりも動き回ることがある	0	1	2	3
9. 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	0	1	2	3

村松公美子 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 第7号, p35-39, 2014.

## スクリーニング3

以下の質問は、睡眠習慣に関するものです。あなたの最近の睡眠習慣を最も当てはまるものにチェックをつけてください。

1. ここ最近の睡眠時間は何時間くらいでしたか？（寝床にいた時間でなく、実際にねむっていた時間を書いてください。）

5～6時間	4
6～7時間	3
7～8時間	2
8～9時間	1
9時間以上	0

Athlete's form 2: page 1 of 3

2. 睡眠の質にどのくらい満足していますか／不満ですか？

非常に満足	0
やや満足	1
どちらともいえない	2
やや不満である	3
満足していない	4

3. 最近、寝床についてから眠りにつくまでにどれくらいの時間がかかりますか？

15分以下	0
16～30分	1
31～60分	2
61分以上	3

4. ぐっすり眠れないと感じることがありますか？

ない	0
週に1～2回	1
週に3～4回	2
週に5～7日	3

5. どのくらいの頻度で、眠るために薬を服用していますか？（処方薬あるいは薬局窓口で買った薬）

ない	0
週に1～2回	1
週に3～4回	2
週に5～7日	3

日本版ASSQ: 開発者の許可を得て作成; オリジナル版: Samuels C, et al. The Athlete Sleep Screening Questionnaire: a new tool for assessing and managing sleep in elite athletes. Br J Sports Med.50(7):418-22, 2016.

#### スクリーニング4

以下の質問は、アルコール・飲酒に関するものです。あなたの最近の状況について最も当てはまるものにチェックをつけてください。

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？

飲まない	0
1カ月に1度以下	1
1カ月に2～4度	2
1週に2～3度	3
1週に4度以上	4

2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

1～2ドリンク	0
3～4ドリンク	1
5～6ドリンク	2
7～9ドリンク	3
10ドリンク以上	4

3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

ない	0
1カ月に1度未満	1
1カ月に1度	2
1週に1度	3
毎日あるいはほとんど毎日	4

## Screening 5

以下の質問は、薬物使用に関するものです。あなたの過去3ヶ月の状況について最も当てはまるものにチェックをつけてください。カフェインやニコチンなどの合法のもの、違法のもの、処方された以外の方法で使用されたものについて教えてください。（粉砕や注入等さまざまな服用方法を含みます）。ここではアルコールは含めません。

	はい	いいえ
1. この3ヶ月間に、薬物使用を減らさなければいけないと感じたことがありますか？	1	0
2. この3ヶ月間に、他人があなたの薬物使用を非難するので気にさわったことがありますか？	1	0
3. この3ヶ月間に、自分の薬物使用について悪いか申し訳ないと感じたことがありますか？	1	0
4. この3ヶ月間に、薬物を使いたくなくて目覚めることがありましたか？	1	0

CAGE：川上憲人ら、CAGEアルコール症スクリーニング尺度日本語版の信頼性と妥当性、を参考に作成

過去3か月間に、以下にリストされているどの薬物が、あなたに影響を及ぼしましたか？  
 （影響の例：薬物関連のストレス、うつ病、不眠症、経済的負担、人間関係の問題、大量使用/過剰摂取、渴望、離脱、フラッシュバック、喧嘩、逮捕、欠勤、また、肝炎、発作、体重減少などの医学的問題）。該当するものすべてに丸を付けてください。

None	Stimulants-nicotine	Hallucinogens (LSD; mushrooms)
Cannabis-marijuana	Stimulants-powder cocaine	Inhalants (volatile solvents)
Cannabis-oil	Stimulants-crack cocaine	Opioids-heroin
Cannabis-edibles	Stimulants-methamphetamine (meth)	Opioids-opium
Cannabis-synthetics (K2; Spice)	Stimulants-methylphenidate (ADD/ADHD medication)	Opioids-pain medications (e.g. oxycodone, hydrocodone)
Club Drugs (MDMA-ecstasy; GHB)	Stimulants-amphetamine salts (ADD/ADHD medication)	Synthetic Cathinones (bath salts)
Stimulants-caffeine	Dissociative Drugs (Ketamine; PCP)	Other (specify)

## Screening 6

以下の項目は、あなたの態度や気持ちや行動についてお聞きするものです。食べ物や食べることに関する項目と、あなたがあなた自身について持つ感情に関する項目とがあります。過去一週間のあなたについて、最も当てはまるものにチェックを記入して下さい。

	いつも そうです	たいてい そうです	たびたび そうです	ときどき そうです	ほとんど ありません	全く ありません	
1. 食べ過ぎた後は、ものすごく罪悪感を感じます。	3	2	1	0	0	0	
2. もっと痩せたいという願いとらわれています	3	2	1	0	0	0	
3. 私の胃袋は大きすぎると思います	3	2	1	0	0	0	
4. 自分の体型に満足しています	0	0	0	1	2	3	
5. 両親は私が優秀であることを期待してきました	3	2	1	0	0	0	
6. 子供の頃、両親や先生をがっかりさせないようにとても頑張りました	3	2	1	0	0	0	
7. あなたは今ダイエットしようとしていますか？					はい	いいえ	
8. これまでに、ダイエットをしたことはありますか？					はい	いいえ	
9. はいの方は、これまでに何回ダイエットを試みましたか？					1-2回	3-5回	>5回

EDI-2日本語版（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所心身医学研究部版）を参考に作成

# SMHAT-1(日本語版-開発中)

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1

DEVELOPED BY THE IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



## ATHLETE'S FORM 3

3

### Screening 7

Please circle the answer that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months.

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?	0	0	1	1	1
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?	0	0	1	1	1
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?	0	0	1	1	1
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?	0	0	0	1	1
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?	0	0	0	1	1
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?	0	0	0	1	1

### Screening 8

Please respond to each question by circling 'yes' or 'no'.

	Yes	No		
1. Has there ever been a period of time when you were not your usual self and...				
...you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self or you were so hyper that you got into trouble?	1	0		
...you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?	1	0		
...you felt much more self-confident than usual?	1	0		
...you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?	1	0		
...you were much more talkative or spoke faster than usual?	1	0		
...thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down?	1	0		
...you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?	1	0		
...you had much more energy than usual?	1	0		
...you were much more active or did many more things than usual?	1	0		
...you were much more social or outgoing than usual, for example, you telephoned friends in the middle of the night?	1	0		
...you were much more interested in sex than usual?	1	0		
...you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish, or risky?	1	0		
...spending money got you or your family in trouble?	1	0		
2. If you checked YES to more than one of the above, have several of these ever happened during the same period of time? Please check 1 response only.	1	0		
3. How much of a problem did any of these cause you — like being able to work; having family, money, or legal troubles; getting into arguments or fights? Please check 1 response only.				
	No problem=0	Minor problem=0	Moderate problem=1	Serious problem=1
4. Have any of your blood relatives (ie, children, siblings, parents, grandparents, aunts, uncles) had manic-depressive illness or bipolar disorder?	Yes	No		
5. Has a health professional ever told you that you have manic-depressive illness or bipolar disorder?	Yes	No		



**Screening 9**

Sometimes things happen to people that are unusually or especially frightening, horrible, or traumatic. For example, a serious accident or fire, a physical or sexual assault or abuse, an earthquake or flood, a war, seeing someone be killed or seriously injured, or having a loved one die through homicide or suicide.

Please respond to the following question by circling 'yes' or 'no'.

Have you ever experienced this kind of an event?	Yes	No	
If yes, did the event occur inside or outside of sport?	Inside	Outside	Both

If you have not experienced one or more of these events, then stop here with Screening 9 and please go to Screening 10.

If you have experienced an event or events like this, please circle your answer to the following 5 questions.

	Yes	No
In the past month, have you had nightmares about the event(s) or thought about the event(s) when you did not want to?	1	0
In the past month, have you tried hard not to think about the event(s) or went out of your way to avoid situations that reminded you of the event(s)?	1	0
In the past month, have you been constantly on guard, watchful, or easily startled?	1	0
In the past month, have you felt numb or detached from people, activities, or your surroundings?	1	0
In the past month, have you felt guilty or unable to stop blaming yourself or others for the event(s) or any problems the events may have caused?	1	0

**Screening 10**

Please circle the answer that best represents how you have been feeling towards gambling in the last 12 months.

	Never	Sometimes	Most of the time	Almost always
1. Have you bet more than you could really afford to lose?	0	1	2	3
2. Have you needed to gamble with larger amounts of money to get the same feeling of excitement?	0	1	2	3
3. When you gambled, did you go back another day to try to win back the money you lost?	0	1	2	3
4. Have you borrowed money or sold anything to get money to gamble?	0	1	2	3
5. Have you felt that you might have a problem with gambling?	0	1	2	3
6. Has gambling caused you any health problems, including stress or anxiety?	0	1	2	3
7. Have people criticized your betting or told you that you had a gambling problem, regardless of whether or not you thought it was true?	0	1	2	3
8. Has gambling caused any financial problems for you or your household?	0	1	2	3
9. Have you felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?	0	1	2	3

**Screening 11**

Please circle the answer that best represents how you are feeling.

		If TRUE: how much distress did you experience?			
		None	Mild	Moderate	Severe
1. I feel uninterested in the things I used to enjoy.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
2. I often seem to live through events exactly as they happened before (déjà vu).	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
3. I sometimes smell or taste things that other people can't smell or taste.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

		None	Mild	Moderate	Severe
4. I often hear unusual sounds like banging, clicking, hissing, clapping or ringing in my ears.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
5. I have been confused at times whether something I experienced was real or imaginary.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
6. When I look at a person, or look at myself in a mirror, I have seen the face change right before my eyes.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
7. I get extremely anxious when meeting people for the first time.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
8. I have seen things that other people apparently can't see.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
9. My thoughts are sometimes so strong that I can almost hear them.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
10. I sometimes see special meanings in advertisements, shop windows, or in the way things are arranged around me.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
11. Sometimes I have felt that I'm not in control of my own ideas or thoughts.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
12. Sometimes I feel suddenly distracted by distant sounds that I am not normally aware of.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
13. I have heard things other people can't hear like voices of people whispering or talking.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
14. I often feel that others have it in for me.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
15. I have had the sense that some person or force is around me, even though I could not see anyone.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		None	Mild	Moderate	Severe
16. I feel that parts of my body have changed in some way, or that parts of my body are working differently than before.	True <input type="checkbox"/> False <input type="checkbox"/>	0	1	2	3