

Kjære pasient

Når du fyller ut dette skjemaet gir du psykologen en oversikt over plagene dine og livssituasjonen og livshistorien din. Det gjør det lettere å avgjøre hva en bør fokusere på i undersøkelsen, slik at den går raskere og blir mer pålitelig.

Les instruksjonene og spørsmålene nøye. Svar så godt du kan. De fleste spørsmålene er ja/ nei spørsmål. Velg det alternativet som blir mest riktig. Hvis du vil, kan du skrive kommentarer til svarene dine ved siden av eller under hvert spørsmål. Om du har problemer med å lese og forstå instruksjonene og spørsmålene, kan det være nyttig å få hjelp av en person du stoler på når du fyller ut.

Noen av spørsmålene kan virke fremmede og rare. Husk på at dette skjemaet brukes av pasienter som har forskjellige typer plager. Derfor vil nok en del av det vi spør om ikke gjelde deg. Det er likevel bra om du svarer, fordi du da gjør det lett å utelukke problemer.

Flere av spørsmålene gjelder private ting, og vi har forståelse for det dersom du ikke ønsker å gi slik informasjon til en person du ikke har møtt. Du kan hoppe over spørsmål du ikke ønsker å svare på.

Dato for utfylling \_\_\_\_\_

Har du lese- og skrivevansker eller dysleksi?

Ja Nei

Forstår du godt ting du leser?

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsdato \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Utdanning \_\_\_\_\_ Yrke \_\_\_\_\_

**Livssituasjon**

Nevn de viktigste personene i ditt liv idag. Skriv litt om din kontakt med hver av dem. Trenger du mer plass, kan du skrive på baksiden eller på et eget ark.

Fornavn	Fødselsår	Relasjon	Kommentarer
[eksempel:] Per	2006	sønn	Bor hos meg.
[eksempel:] Ingvild	1979	venninne	Ses ca en gang i uken.
[eksempel:] Harald	1937	far	Nært forhold, men bor langt unna.

---



---



---



---



---

	Ja	Nei
Har du problemer i familielivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du problemer med venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du problemer i arbeidslivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du problemer med skole eller studier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du problemer med bolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du problemer med økonomi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du ufør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du sykmeldt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bor du alene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Står du i en vanskelig konflikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjenner du deg ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Oppvekst

Nevn foreldre, søsken og andre betydningsfulle personer i oppveksten din og skriv eventuelt en kommentar. Trenger du mer plass, kan du skrive på baksiden eller på et eget ark.

	Fornavn	Fødselsår	Relasjon	Kommentar
[eksempel:]	Harald	1937	Far	Varm og snill.
[eksempel:]	Mona	1939	Mor	Slet med depresjoner. Innlagt i perioder.
[eksempel:]	Tor	1973	Halv søster	Mors barn fra tidligere forhold. Mye krangling.

---



---



---



---



---

	Ja	Nei
I en periode i oppveksten hadde jeg det vanskelig hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en periode i oppveksten hadde jeg det vanskelig på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en periode i oppveksten hadde jeg det vanskelig i nærmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en periode i oppveksten hadde jeg det vanskelig i andre sammenhenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De største vanskelighetene jeg hadde i oppveksten var (beskriv): \_\_\_\_\_

---

	Ja	Nei
Hadde du i oppveksten kontakt hjelpeapparatet (f.eks. psykolog, psykiater, spesialpedagog, PPT eller BUP?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde du spesialundervisning på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psykisk og fysisk helse

	Ja	Nei
Har du gått til psykolog, psykiater eller annen psykisk helsearbeider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært innlagt på grunn av et psykisk problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått antidepressiva eller annen medisin mot psykiske plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått annen undersøkelse eller behandling som gjelder psykisk helse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har lege eller psykolog stilt en diagnose som gjelder psykisk lidelse hos deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenk på hvordan de siste 14 dagene har vært når du svarer på spørsmålene under. Sammenlign med hvordan det har vært i perioder der du har hatt det bra eller helt greit.

<u>Er du plaget av...</u>	Ja	Nei	
tristhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1
nedtrykthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
irritabilitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
energiløshet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
at du blir fort sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
at det er vanskelig å komme i gang med ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mangel på interesse for ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3 so
mangel på glede over ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
konsentrasjonsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da
problemer med å huske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
problemer med å ta avgjørelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lav selvtillit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Db
lav selvfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tenk på hvordan de siste 14 dagene har vært når du svarer på spørsmålene under. Sammenlign med hvordan det har vært i perioder der du har hatt det bra eller helt greit.

<u>Er du plaget av...</u>	Ja	Nei	
skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dc
mindreverdighetsfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
at du ser mørkt på fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dd su
at du ser lite håp for deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dd su
at du helst vil være død?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De su
dårlig matlyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Df so
søvnproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dg S
du har det særlig tungt om morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D so
at du våkner minst to timer før du har pleid å våkne og ikke får sove igjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D so
redusert seksuell lyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D so
at du spiser for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Sp
negative tanker om din egen kropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sp
raseriutbrudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ag
uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
hjerterbank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
høy puls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
svetting i hendene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hete- eller kuldetokter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
skjelving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prikking i huden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tenk på hvordan de siste 14 dagene har vært når du svarer på spørsmålene under. Sammenlign med hvordan det har vært i perioder der du har hatt det bra eller helt greit.

<u>Er du plaget av...</u>	Ja	Nei	
pustevansker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kvelningsfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
smerte eller ubehag i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kvalme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
diaré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
svimmelhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
en følelse av å besvime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
«gele i beina»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
anspenthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
smerter i nakke eller rygg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
smerter i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
uvirkelighetsfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hyperventilering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
plutselige anfall der du kjenner skremmende følelser i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
frykt for situasjoner der det passer dårlig å bli urolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ag
frykt for situasjoner der det er vanskelig å komme seg vekk dersom du skulle bli urolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
frykt for situasjoner der det er vanskelig å få hjelp dersom du skulle trenge det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bekymring for hva andre tenker og mener om deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SA
bekymring for hvordan du ser ut, snakker eller oppfører deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tanker som ikke vil gå bort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T

Tenk på hvordan de siste 14 dagene har vært når du svarer på spørsmålene under. Sammenlign med hvordan det har vært i perioder der du har hatt det bra eller helt greit.

Er du plaget av... Ja Nei

plagsomme bilder i hodet?

frykt for at du kan være en grusom eller pervers person?

frykt for at du holder på å bli gal?

trang til å gjøre bestemte ting på en bestemt måte?

trang til å vaske, telle, kontrollere eller ordne ting på en overdrevet måte?

frykt for alvorlig sykdom?   HA

plutselige minner om en dramatisk og skremmende opplevelse?   Tr

gjennomlevelse av en situasjon der du eller andre personer var i alvorlig fare?

Har du noen gang hatt en periode der du... Ja Nei Hm

kjente deg svært høyt oppe, ovenpå, hyper, eller full av energi?

kjente deg irritabel hele tiden, slik at du kranglet, slåss eller skrek til folk?

hadde svært høy selvfølelse?

tenkte at du kunne utrette svært store ting i verden?

tenkte at du var en spesielt viktig person?

hadde mindre behov for søvn?

snakket svært mye og fort?

hadde mange ulike tanker som raste fort gjennom hodet?

stadig begynte på nye gjøremål før du var ferdig med det du holdt på med?

Har du noen gang hatt en periode der du...

Ja Nei <sup>Hm</sup>

satte igang mange prosjekter?

tok mye mer kontakt med folk enn du pleier?

tok større risikoer enn du pleier?

brukte penger mer ukritisk enn du pleier?

Ja Nei <sup>R</sup>

Drikket du i gjennomsnitt mer enn 14 alkoholenheter i løpet av en uke?  
(= 14 små øl; 4,7 liter) eller tre flasker vin (2,1 liter) eller 14 drinker (0,48 liter 40% brennevin)

Har du måttet drikke mer for å oppnå den samme virkningen som da du nettopp hadde begynt å drikke alkohol?

Har du noen gang prøvd å redusere alkoholforbruket uten å klare det?

Har du merket skjelving, svetting eller uro i perioder der du ikke har drukket alkohol?

Hender det at du drikker mer enn du i utgangspunktet hadde tenkt?

Går alkoholbruken ut over helsen, familien eller jobben din?

Bruker du narkotiske stoffer (f.eks. hasj, amfetamin eller GHB)?

Bruker du beroligende tabletter (f.eks. valium, vival, stesolid)?

Har du problemer med...

Ja Nei <sup>Ad</sup>

å fullføre en oppgave etter at de interessante delene er unnagjort ?

å få orden på ting når du skal utføre en oppgave som krever organisering?

å huske avtaler eller forpliktelser?

å gå i gang med en oppgave som krever at du tenker nøye igjennom det du skal gjøre?



Har du problemer med...

Ja Nei <sup>Ad</sup>

å la være å fikle med noe når du må sitte lenge i ro?

at du føler du deg overdrevet aktiv og tvunget til å gjøre noe, som om du var drevet av en indre motor?

Var du et svært urolig eller ukonsentrert barn?

Ja Nei

Tror du at noen spionerer på deg?

<sup>Ps</sup>

Tror du at noen prøver å skade deg?

Tror du at noen eller noe plasserer tanker i hodet ditt eller styrer hva du gjør?

Tror du at du er besatt?

Tror du at det blir sendt spesielle beskjeder til akkurat deg gjennom TV, aviser og andre massemedier?

Hører du ting andre ikke kan høre?

Ser du ting andre ikke kan se?

Synes venner eller familie at noen av oppfatningene dine er merkelige?

Har du opplevd noe av det følgende:

Ja Nei <sup>Tr</sup>

alvorlig ulykke

å være vitne til alvorlig ulykke

trusler

overfall

vold i hjemmet

voldtekt

seksuelt misbruk

Har du opplevd noe av det følgende:

Ja Nei Tr

alvorlig sykdom

alvorlig sykdom eller ulykke for et familiemedlem

å miste en nær person

Har du noen kroppslige sykdommer? I såfall, hvilke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bruker du medisiner? I såfall, hvilke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Får du annen behandling? I såfall, hvilken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Om du har kommet på plager, hendelser eller andre ting som er viktig å nevne, kan du skrive dem her, eller på eget ark:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ja Nei

Hadde du problemer med å forstå spørsmålene i dette skjemaet?