

DIAGNOSTISK INTERVJU

Kiddie-Sads-Aktuell och Livstid Version (K.SADS-PL) i svensk översättning KSADS-PL-S-2009

Arbetsutgåva - Screeningintervju:

Barnets namn: _____ ID#: _____

Intervjuare: _____ ID#: _____

Klinik: _____ Psykiater: _____

Datum för intervjun År: _____ Månad: _____ Dag: _____

KSADS-PL 2009 arbetsutgåva har utvecklats från KSADS-PL. Förändringar innefattar alla hänvisningar till DSM-III-R har tagits bort, finslipning av frågor samt tröskelnivåer för de flesta störningar, tillägg av screeningfrågor och supplement för autismspektrumstörning och en större förändring i avsnittet om bipolära störningar. Instrumentet har utvecklats av David Axelson (MD), Boris Birmaher (MD), Jamie Zelazny (RN, MPh), Joan Kaufman (PhD), och Mary Kay Gill (MSN) med stöd av "Advanced Center for Intervention and Services Research" (ACISR, MH66371) PI David Brent (MD). Författarna tackar de många konsulter som har bidragit till detta instrument och bland dem Oscar Bukstein (MD), John Campo (MD), Carrie Christopher Fascetti (MSW), Andrew Gilbert (MD), Benjamin Goldstein (MD), Tina Goldstein (PhD), Diane Goudreau (PhD), Megan Muir Grivas (MA), Ben Handen (MD), Ami Klin (PhD), David Kolko (PhD), Catherine Lord (PhD), Martin Lubestky (MD), Rita Scholle (BA) och Eunice Torres (MS). Särskilda tack till Jason Lyons (MA), för den omfattande redigeringen av instrumentet.

Svensk översättning: Docent Tord Ivarsson (MD), (Screeningintervju samt supplementen Affektiva störningar, Ångeststörningar, Beteendestörningar och Drogmisbruk och övriga störningar), Gunilla Olsson (MD) (supplement Affektiva störningar), Gunilla Campenhausen (MD) (supplement Psykotiska störningar), Mia Luther (MD) och Lena Spak (MD) (supplement Drogmisbruk och övriga störningar), Leila Lönnroth (Fil kand) (supplement Beteendestörningar) samt Björn Kadesjö (MD) (supplement Beteendestörningar).

Översättningen är återöversatt till engelska och granskad och godkänd av Dr. Kaufman 16/11 2001.

Svensk nyöversättning och bearbetning 14/8 2005, Anna Lundh, MD, BUP, Stockholm (anna.lundh@sll.se) i samarbete med D Shaffer, MS Gould, P Fisher, H Bird, Columbia University, New York. Layout av Ann Nordström, BUP, Göteborg 28/2 2010.

Sektioner genomgångna: Screeningintervju #1 affektiv____, #2 psykos____, #3 ångest____, #4 beteende____, #5 missbruk____, #6 ät____, #7 tourette____, #8 asperger____.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-------|
| Introduktion | |
| Bakgrundsinformation | i-xiv |
| Depressiva störningar | 1 |
| Introduktion till Mani/hypomani | 6 |
| Mani | 7 |
| Psykos | 10 |
| Paniksyndrom | 12 |
| Agorafobi | 13 |
| Separationångest | 14 |
| Social fobi | 16 |
| Specifika fobier | 17 |
| Generaliserad ångeststörning | 18 |
| Tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder) | 20 |
| Enures | 22 |
| Enkopres | 24 |
| Anorexia nervosa | 26 |
| Bulimia nervosa | 27 |
| Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) | 29 |
| Trotssyndrom | 31 |
| Uppförandestörning | 33 |
| Tourettes syndrom (Tics) | 36 |
| Autismspektrumstörningar | 37 |
| Cigarett/tobaksbruk | 40 |
| Alkoholbruk | 41 |
| Alkoholmissbruk | 42 |
| Drogbruk | 43 |
| Drogmissbruk | 44 |
| Posttraumatiskt stressyndrom | 46 |
| Children's Global Assessment Scale (CGAS) ¹ | I |
| Sammanfattning livstidsdiagnoser | II |
| Droglista | IV |
| Checklista över genomgångna supplement | V |

¹D Shaffer, Madelyn S Gould, J Brasic, PJ Ambrosini, P Fischer, H Bird, and SA Aluwahlia.
Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:1228-31. Reviderad 2007.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 Years)

Kiddie-SADS Lifetime Version (K-SADS-PL)

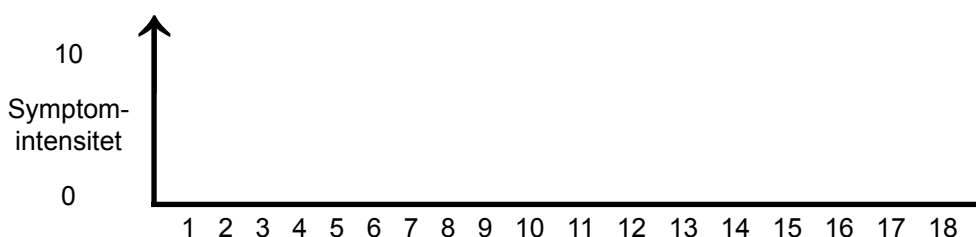
K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva är en semi-strukturerad diagnostisk intervju sammanställd med syftet att undersöka nuvarande och tidigare episoder av psykopatologi hos barn och tonåringar i enlighet med kriterierna i DSM-IV. Frågor och objektiva kriterier används för att skatta enskilda symptom. De huvudsakliga diagnoser som kan bedömas med K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva inkluderar: Egentlig Depression, Dystymi, Mani, Hypomani, Cyklotymi, Bipolära störningar, Schizoaffektiva störningar, Schizofreni, Schizofreniform störning, Kort Reaktiv Psykos, Panikstörning, Agorafobi, Separationsångeststörning, Fobisk störning i barndomen och tonåren, Specifik fobi, Social fobi, Generaliserad ångeststörning, Tvångssyndrom, Uppmärksamhetsstörning med Hyperaktivitet, Uppförandestörning, Trotssyndrom, Enures, Enkopres, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Övergående Ticsstörning, Tourettes syndrom, Kroniska Motoriska eller Vokala Ticsstörningar, Alkoholmissbruk, Drogmissbruk, Posttraumatiskt Stressyndrom, Anpssningsstörningar och Autismspektrumstörningar.

K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva är en semi-strukturerad intervju. De frågor som ingår i instrumentet behöver inte reciteras verbatim. De ska snarare ses som illustrationer över sätt att få fram den information som behövs för att varje fråga ska kunna skattas. Intervjuaren ska snarare känna sig fri att anpassa frågorna till barnets utvecklingsnivå och till det språk föräldrarna och barnet använder när de utfrågas om specifika symptom.

K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva administreras så att man intervjuar föräldrarna, barnet och slutligen tar fram en summerande skattning som inkluderar alla informationskällor (föräldrarna, barnet, skolan, journal, med flera). När man använder instrumentet med förpubertetsbarn bör man genomföra föräldraintervjun först, när man arbetar med tonåringar bör man börja med dem. När diskrepanser mellan olika informanter föreligger måste bedömaren använda sitt bästa kliniska omdöme. I de fall diskrepanser mellan föräldrarnas och barnens uppgifter föreligger, handlar oenigheterna oftast om subjektiva fenomen då föräldern inte vet medan barnet är mycket tydlig rörande närvaron eller frånvaron av vissa symptom. Detta är särskilt sant för moment som skuld känslor, hopplöshet, sömnstörningar, hallucinationer och suicidtankar. Om skiljaktigheterna rör observerbart beteende (ex. skolk, eldande eller tvångsritualer) bör undersökaren fråga ut föräldern(rarna) och barnet om de olika uppgifterna man givit. Om enighet inte kan uppnås kan man ha hjälp av att träffa föräldern(rarna) och barnet tillsammans för att diskutera skälen till oenigheten. Till syvende och sist måste intervjuaren använda sitt bästa kliniska omdöme i sammanställningen av den slutliga bedömningen.

Följande riktlinjer bör användas när man kodar **för symptom**:

1. **Aktuella Diagnoser:** Då man kodar för aktuella episoder (AE) av störningar, bör symptomen skattas avseende den period då de var som svårast under den aktuella episoden. *Markera i marginalen om och när speciella symptom (t.ex. insomningssvårigheter) förbättrades eller gick över.*
2. **Störningar som behandlats med läkemedel:** Då man kodar för störningar som behandlats med läkemedel (t.ex. ADHD) skall bedömaren använda skattningen för att beskriva den mest uttalade symptomintensiteten som förelåg innan medicineringen påbörjades eller under läkemedelsfria perioder ”drug holidays”. *Markera i marginalen symptom som behandlats effektivt med läkemedel.*
3. **Tidigare Diagnoser:** För att en episod ska betraktas som ’överstånden’ eller ’förbi’, bör barnet varit symptomfri (från störningen) under minst *två månader*. Episoder som skattas i avsnittet ”tidigare störningar” bör motsvara den Mest Allvarliga Tidigare (MAT) episod som upplevts av störningen i fråga.
4. **Tidslinje:** För barn med en anamnes på återkommande eller episodiska störningar, är det rekommendabelt att konstruera en tidslinje för störningens förlopp under barnets livstid. Härigenom underlättas skattning av symptomintensitet förknippad med varje episod av sjukdomen i fråga.



Då intervjun gjorts färdigt kan det visa sig att diagnoser som initialt trots vara 'förbi' i själva verket visar sig vara aktuella diagnoser i partiell remission. Sedan intervjun färdigställts kan man korrigera skattningarna av aktuell och tidigare svårighetsgrad.

Genomförandet av K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva kräver att man färdigställer: 1) en ostrukturerad Inledande Intervju; 2) en Diagnostisk Screeningintervju; 3) Checklisten över färdigställda Supplement; 4) de tillämpliga Diagnostiska Supplementen; 5) Checklisten för sammanställning av Livstidsdiagnoser; och 6) *skattning i enlighet med Children's Global Assessment Scale (C-GAS) ratings*. K-SADS-PL genomförs initialt med varje informant separat, därefter görs checklista för Livstidsdiagnoser och C-GAS skattningen sedan alla data sammanställts och skiljaktigheter vad gäller informanterna lösts. Om inga antydningar om aktuell eller tidigare psykopatologi föreligger, behöver enbart Screeningintervjun genomföras. Varje fas i K-SADS-PL intervjun diskuteras kort nedan.

Den Ostrukturerade Inledande Intervjun. Detta avsnitt av K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva tar ungefär 10 till 15 minuter att göra. I detta avsnitt inhämtas demografiska uppgifter och uppgifter om hälsotillståndet, det aktuella problemet/åkomman, tidigare psykiatrisk behandling, liksom information om barnets sätt att fungera i skolan, hobbyer, kamrat- och familjerelationer. Genomgången av dessa senare ämnen är extremt viktiga då de förser oss med det sammanhang där förekomst av symptom på ändrat stämningsläge (depression och irritabilitet) kan fastställas, liksom information som möjliggör utvärdering av försämrad funktionsförmåga. Detta avsnitt av K-SADS-PL bör användas för att åstadkomma en relation med föräldern(rarna) och barnet och *bör aldrig* utlämnas. Detaljerade riktlinjer för hur den ostrukturerade intervjun skall genomföras finns på sidan iii och ett skattningsschema där man kan skriva in den information man samlar in under denna del intervjun kommer därefter.

Screeningintervjun. Screeningintervjun skapar en översikt över de grundläggande symptomen inom de olika diagnoser som undersöks i K-SADS-PL 2009 arbetsutgåva. Specifika sonderande frågor och kriterier för skattningen finns för bedömningen av varje symptom. *Bedömaren behöver inte recitera frågorna verbatim, eler använda samtliga frågor. Man bör använda precis så många som krävs för att symptomet i fråga skall kunna bedömas.* Utfrågningen bör vara så neutral som möjligt och *ledande* frågor bör undvikas (ex. "Du känner dig väl aldrig ledsen, eller hur?").

Symptom som skattas i screeningintervjun granskas avseende **aktuell (AE)** och **mest allvarliga tidigare (MAT) episoder** samtidigt. Börja med att fråga barnet om det *någonsin* upplevt symptomet. Om svaret är nej, skatta symptomet som negativt avseende aktuell och tidigare episoder och gå vidare till nästa fråga. Om svaret är ja, ta reda på när symptomet förelåg. Om symptomets närvaro bekräftas för en tidpunkt (ex. Aktuellt), fråga särskilt om symptomet förelåg under någon annan tidpunkt (ex. Tidigare).

Diagnoser som undersöks med screeningintervjun behöver inte gå igenom i tur och ordning. Intervjuaren kan börja med de diagnoser som antyds genom det aktuella problemet som framkommit i den ostrukturerade intervjun. Samtliga avsnitt i Screeningintervjun måste gå igenom. De flesta bedömare tycker att det är enklast att fortsätta från början till slutet.

Checklistan över Livstidsdiagnoser skall kartlägga basal diagnostisk information, såväl aktuell som tidigare. Kliniker/forskare kan lägga till mer specifik information (exempelvis datum för start/slut eller duration av ytterligare episoder).

Skattning. Huvuddelen av punkterna i K-SADS-PL skattas med en skattningsskala som använder sig av 0-3 poäng. 0 poäng indikerar att ingen information finns tillgänglig; 1 poäng antyder att symptomet inte föreligger; 2 poäng indikerar symptom under tröskeln; och 3 poäng representerar att tröskelnivån uppnåtts. De återstående punkterna skattas med en skattningsskala från 0-2 poäng där 0 innebär ingen information; 1 innebär att symptomet inte föreligger och 2 innebär att symptomet föreligger. *Medan symptom under tröskelnivå inte kan räknas som tillräckliga för att diagnosticera en störning, kan det finnas skäl för ytterligare utfrågning i vissa fall. Poäng under tröskeln för psykotiska symptom eller anhopningar av andra symptom som är förknippade med en speciell diagnos bör lyftas fram så att läkaren eller forskningshandledaren blir uppmärksammade på problemet.*

Riktlinjer för att genomföra den Inledande Ostrukturerade Intervjun: Patienter.

Den ostrukturerade intervjun bör ta **minst 15 minuter** att genomföra. Målsättningen med den ostrukturerade intervjun är att etablera en relation, få information om de problem/svårigheter man söker för, tidigare psykiatriska problem, och barnets globala funktionsnivå. Det är ofta värdefullt att tillbringa några minuter med allmänt samspråk så att både barn och förälder känner sig väl till mods.

Intervjun öppnar med frågor om grundläggande demografiska uppgifter. Detta är lätt att prata om för de flesta människor och informationen hjälper intervjuaren bli orienterad om barnets levnadsomständigheter. Data om hälso- och utvecklingshistoria bör också hämtas in, bl.a. för att informationen kan bli till hjälp när differentialdiagnostik skall genomföras. Exempel på frågor som kan locka fram de svårigheter/problem man söker för följer nedan.

Jag skulle vilja börja med att tala med dig om den sorts problem som fick dina föräldrar att ta dig hit för att träffa oss, så att jag kan börja fundera på hur vi bäst kan hjälpa dig.

Varför tog dina föräldrar hit dig idag?

Vilket är ditt främsta problem?

Vad sade de?

Kan du gissa varför?

Vad är det senaste som hände som fick dina föräldrar att ta dig hit?

Har du varit bekymrad eller oroad av något på sistone? Problem?

När märkte du första gången att du hade det här (symptom)?

Om barnets svar är alltför kort: Kan du berätta mer om det där? Om svaret är svårbegripligt: Kan du förklara vad du menar med detta? Om barnets svar är vagt eller diffust: Kan du ge mig ett exempel på det där? Har du några andra problem?

När man diskuterar debut och förlopp av symptom har många barn svårt att ge pålitliga uppgifter om tid. Detta är utvecklingsmässigt normalt. Om barnet inte ger sådana uppgifter vid den första utfrågningen så kommer han/hon förmodligen inte att kunna ge det överhuvudtaget.

När man intervjuar föräldern får man modifiera frågorna så att de refererar till barnet.

I den inledande intervjun och igenom hela K-SADS uppmuntras intervjuarna att använda det språk barnet och/eller föräldrarna använt när man frågar vidare om symptomen (ex., "Hur länge kände du dig sågad?").

När man gått igenom skälen till hänvisningen (till enheten), be om information om behandlingshistorik. Fråga sedan om barnets anpassning i skolan och sociala relationer.

När man intervjuar barn är det inte nödvändigt, och vanligen inte produktivt, att färdigställa hela den inledande intervjun. Gå igenom de grundläggande demografiska uppgifterna (ex. ålder, årskurs, familjens sammansättning, syskonens namn och åldrar), problem/svårigheter man söker för (förmodligen i mindre detalj än med föräldern), och information om familjen, skolanpassning och om relationer med jämnåriga. Diskussionen av dessa senare ämnen är synnerligen viktiga eftersom den förser oss med den kontext i vilken symptom på sinnesstämning (depression och irritabilitet) kan lockas fram hos barn och där man kan få fram preliminär information för att bedöma funktionsinskränkning.

BAKGRUNDSINFORMATION
INLEDANDE INTERVJU: SKATTNINGSFORMULÄR

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Personnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | - | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

Kön:

pojke

flicka

Etnicitet:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Med vem/vilka bor barnet nu (välj endast en)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> båda biologiska föräldrar | <input type="radio"/> växelvis hos båda biologiska föräldrar | <input type="radio"/> biomamma och styvpappa |
| <input type="radio"/> biopappa och styvmamma | <input type="radio"/> biomamma och sambo | <input type="radio"/> biopappa och sambo |
| <input type="radio"/> biomamma enbart | <input type="radio"/> biopappa enbart | <input type="radio"/> styvmamma enbart |
| <input type="radio"/> styvpappa enbart | <input type="radio"/> far/morföräldrar | <input type="radio"/> adoptivföräldrar |
| <input type="radio"/> annan släkting/vän | <input type="radio"/> familjehem | <input type="radio"/> gruppboende |
| <input type="radio"/> behandlingshem | <input type="radio"/> internatskola | <input type="radio"/> på rymmen |
| <input type="radio"/> studentkorridor | <input type="radio"/> eget boende | <input type="radio"/> annat: _____ |

DELTAGANDE AV FÖRÄLDER:

Vem/vilka blir intervjuad/e?

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> båda biologiska föräldrar | <input type="radio"/> biomamma | <input type="radio"/> biopappa | <input type="radio"/> adoptivföräldrar | <input type="radio"/> adoptivmamma |
| <input type="radio"/> adoptivpappa | <input type="radio"/> styvmamma | <input type="radio"/> styvpappa | <input type="radio"/> far/morföräldrar | <input type="radio"/> annan släkting |
| <input type="radio"/> familjehem | <input type="radio"/> annan: _____ | | | |

PATIENTENS MOR

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Detta är patientens: biomamma styvmamma familjehemsmamma adoptivmamma

Kvalitet på relationen mellan patient och mor: utmärkt bra skaplig dålig

PATIENTENS FAR

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Detta är patientens: biopappa styvpappa familjehemspappa adoptivpappa

Kvalitet på relationen mellan patient och far: utmärkt bra skaplig dålig

PRIMÄR ANNAN VÅRDADSHAVARE (gäller endast om boende med barnet)

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Detta är patientens: mamma pappa styvmamma styvpappa
 familjehemsmamma familjehemspappa far/mormor far/morfar
 moster/faster morbror/farbror annan, beskriv: _____

Kvalitet på relationen mellan patient och vårdnadshavare: utmärkt bra skaplig dålig

SEKUNDÄR ANNAN VÅRDADSHAVARE (gäller endast om boende med barnet)

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Detta är patientens: mamma pappa styvmamma styvpappa
 familjehemsmamma familjehemspappa far/mormor far/morfar
 moster/faster morbror/farbror annan, beskriv: _____

Kvalitet på relationen mellan patient och vårdnadshavare: utmärkt bra skaplig dålig

SYSKON TILL PATIENTEN

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ålder:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Detta är patientens: helsyskon halvsyskon

Kvalitet på relationen mellan patient och syskon: utmärkt bra skaplig dålig

SYSKON TILL PATIENTEN

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ålder:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Detta är patientens: helsyskon halvsyskon

Kvalitet på relationen mellan patient och syskon: utmärkt bra skaplig dålig

SYSKON TILL PATIENTEN

Förnamn:

Efternamn:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ålder:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Detta är patientens: helsyskon halvsyskon

Kvalitet på relationen mellan patient och syskon: utmärkt bra skaplig dålig

(Om patienten inte bor med sin biomamma): relation till biomamma:

- modern död utmärkt skaplig
 modern lever men ingen kontakt bra dålig

(Om patienten inte bor med sin biopappa): relation till biopappa:

- fadern död utmärkt skaplig
 fadern lever men ingen kontakt bra dålig

Socialtjänsten involverad (om tillämpligt): pågående tidigare

HÄLSOSCREENING:

GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING:

1. Moderns ålder vid födelse:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

2. Drabbades modern av sjukdom eller skada under graviditeten?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Tog hon andra mediciner än vitaminer och järn?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Drack hon alkohol under graviditeten?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5. Rökte hon under graviditeten?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6. Var det en prematur förlossning?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7. Födelsevikt:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

gram

8. Förlossningskomplikationer?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

9. Andra komplikationer (gulsot, infektion m.m.)?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

10. Hur länge stannade spädbarnet på BB efter förlossningen?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

dagar

TIDIGARE SOMATISKT:

11. Längd:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

cm

Vikt:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

kg

12. Vem sköter somatiska kontroller?

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

13. Datum för senaste somatiska kontroll:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

14. Har ert barn uppvisat allergisk reaktion på läkemedel? Om **JA**, beskriv!

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Har ert barn uppvisat allergisk reaktion på födoämnen? Om **JA**, beskriv!

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Har ert barn uppvisat allergisk reaktion på insektsbett? Om **JA**, beskriv!

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

15. Har ert barn fått alla vaccinationer?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

16. Har det förekommit svår reaktion efter vaccination?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TIDIGARE SOMATISKT (forts.):

17. Inläggningar på sjukhus? Om **JA**, orsak?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

18. Allvarliga fysiska skador? Om **JA**, orsak?

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

19. Trauma mot huvudet?
(ange om medvetandeförlust)

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

20. Annat aktuellt eller tidigare hälsoproblem?
Om **JA**, beskriv:

ja nej

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UTVECKLINGSHISTORIA:

1. Problem med sociala relationer under spädbarnstid och småbarnsår:

ja nej

Om "ja", beskriv:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Milstolpar i utvecklingen inom normala gränser:

ja nej

Om "nej", beskriv:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Behandlare/läkare

Överläkare

Datum:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Problem/svårigheter man söker för:

TIDIGARE BEHANDLING:

Alder vid 1:a gång

| | | | | År | Månader | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|----|-----------------------|-----|----------------------|----------------------|
| Öppenvårdsbehandling | <input type="radio"/> | Information saknas | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nej | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ----- | | | | | | | | |
| Psykiatrisk slutenvårdsbehandling | <input type="radio"/> | Information saknas | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nej | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ----- | | | | | | | | |
| Dagvårdsbehandling | <input type="radio"/> | Information saknas | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nej | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ----- | | | | | | | | |
| Behandlingshem | <input type="radio"/> | Information saknas | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nej | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ----- | | | | | | | | |
| Hemma-hos-vård | <input type="radio"/> | Information saknas | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nej | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Antal psykiatriska vårdtillfällen:

INFORMATIONENS TILLFÖRLITLIGHET

god skaplig dålig

Medicinlista:

Tidigare/aktuell

| | | | | | |
|----|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. | <input type="text"/> |

ÄRFTLIGHET

Släkting #1:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

- halvsyskon faster/moster
 farföräldrar farbror/morbror
 morföräldrar kusin
 annan:

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOMATIK

kranskärslssjukdom slaganfall
 plötslig död diabetes
 cancer migrän
 annat: kramper

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Släkting #2:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

- halvsyskon faster/moster
 farföräldrar farbror/morbror
 morföräldrar kusin
 annan:

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOMATIK

kranskärslssjukdom slaganfall
 plötslig död diabetes
 cancer migrän
 annat: kramper

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Släkting #3:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

- halvsyskon faster/moster
 farföräldrar farbror/morbror
 morföräldrar kusin
 annan:

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOMATIK

kranskärslssjukdom slaganfall
 plötslig död diabetes
 cancer migrän
 annat: kramper

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Släkting #4:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> halvsyskon | <input type="radio"/> faster/moster |
| <input type="radio"/> farföräldrar | <input type="radio"/> farbror/morbror |
| <input type="radio"/> morföräldrar | <input type="radio"/> kusin |
| | <input type="radio"/> annan: |

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| SOMATIK | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> kranskärslssjukdom | <input type="radio"/> slaganfall |
| <input type="radio"/> plötslig död | <input type="radio"/> diabetes |
| <input type="radio"/> cancer | <input type="radio"/> migrän |
| <input type="radio"/> annat: | <input type="radio"/> kramper |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Släkting #5:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> halvsyskon | <input type="radio"/> faster/moster |
| <input type="radio"/> farföräldrar | <input type="radio"/> farbror/morbror |
| <input type="radio"/> morföräldrar | <input type="radio"/> kusin |
| | <input type="radio"/> annan: |

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| SOMATIK | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> kranskärslssjukdom | <input type="radio"/> slaganfall |
| <input type="radio"/> plötslig död | <input type="radio"/> diabetes |
| <input type="radio"/> cancer | <input type="radio"/> migrän |
| <input type="radio"/> annat: | <input type="radio"/> kramper |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Släkting #6:

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> mor | <input type="radio"/> far |
| <input type="radio"/> bror | <input type="radio"/> syster |

Annan:

på mors sida på fars sida

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> halvsyskon | <input type="radio"/> faster/moster |
| <input type="radio"/> farföräldrar | <input type="radio"/> farbror/morbror |
| <input type="radio"/> morföräldrar | <input type="radio"/> kusin |
| | <input type="radio"/> annan: |

| PSYKIATRI | Depression | (Hypo)mani | ADHD | Beteende | Schizofreni | Psykos | Missbruk | Suicid |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Säker: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> död |
| Trolig: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> försök |

Psykiatrisk behandling: ingen slutenvård öppenvård dagvård

Beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| SOMATIK | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> kranskärslssjukdom | <input type="radio"/> slaganfall |
| <input type="radio"/> plötslig död | <input type="radio"/> diabetes |
| <input type="radio"/> cancer | <input type="radio"/> migrän |
| <input type="radio"/> annat: | <input type="radio"/> kramper |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Skolgång

Aktuell årskurs (eller senaste): grundskola gymnasium gått om årskurs:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Aktuell skolsituation: kommunal anpassad undervisning inkl. IV program
 friskola enbart praktik
 specialskola (p.g.a. störning) ingen skolgång
 hemundervisning annat, beskriv:
 internetundervisning

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fortsatt skolsituation: assistent heltid stödundervisning
 assistent deltid läxhjälp
 annat, beskriv:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Betyg - senast i läsåmen:

Bäst:

MVG VG G IG

Genomsnitt:

MVG VG G IG

Sämst:

MVG VG G IG

Är bra på (ämne):

| |
|--|
| |
|--|

Har svårt för (ämne):

| |
|--|
| |
|--|

Anmärkning från lärare för beteendeproblem:

Kvarsittningar (senaste året):

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Avstängning (senaste året):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Avstängning (någonsin):

ja nej

Om ja, hur många?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Relationer med jämnåriga

Bästa vän(ner): ja nej

Relationer till skolkamrater: utmärkta goda skapliga dåliga

Relationer till barn i boendeområdet: utmärkta goda skapliga dåliga

Mobbad av andra: aldrig/sällan - inget problem ibland - kan vara ett problem

ofta - definitivt ett problem mycket ofta - stort problem

Andra aktiviteter/intressen

Hobbyer 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Favorit-
aktivitet
på fritid 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 3

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 4

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sport 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 3

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 4

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Organisa-
tioner 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DEPRESSIVA STÖRNINGAR

1. Depressiv sinnesstämning

Avser subjektiva känslor av depression vilka baseras på verbalt uttryckta klagomål eller känner sig deprimerad, ledsen, oglad, dystert, mycket olycklig, nere, tom, dåliga känslor, gråtfärdig. Ta inte med sådant som innefattar tankeinnehåll (som modlöshet, pessimism, känslor av värdelöshet), suicidförsök eller depressiv framtoning. Vissa barn kommer att förneka känslor av "ledsenhet" och beskriver bara att det känns "dåligt" varför det är viktigt att fråga specifikt om varje dysforisk affekt. Beakta inte känslor av ångslan och spänning.

Irritabilitet utan någon annan ihållande dysforisk affekt skall inte skattas här. I intervjun med föräldrarna kan moderns "magkänsla" (empatiskt inkännande) att barnet ofta känner sig deprimerad tas som positivt belegg för barnets depressiva sinnesstämning om föräldern inte själv lider av en aktuell depression.

Har du någonsin känt dig ledsen, dystert, nere, eller tom?

Kändes det som om du ville gråta?

När var det?

Känner du dig _____ nu?

Har det funnits någon annan gång du känt _____? Hade du då några andra svåra känslor?

Fanns det någon dålig känsla hos dig som du inte kunde bli kvitt? Grät du eller hade du tårarna i ögonen?

Kände du dig _____ hela tiden, delar av tiden? (Procent av vaken tid: summera % av alla "beteckningar" om de inte förekommer samtidigt).

(Bedömning av dygnsvariation kan sekundärt klargöra daglig varaktighet av depressiv sinnesstämning).

Kom det och gick?

Hur ofta? Varje dag?

Hur länge varade det?

Vad tror du gjorde att det blev så?

(Bedöm sambandet mellan depressiv sinnesstämning och separation från den som har omsorg om barnet.)

Kände du dig ledsen när din mamma var borta? Om separation från modern anges som orsak: Kände du dig _____ när din mamma var tillsammans med dig?

Kände du dig lite bättre eller hade känslan helt försvunnit?

Kunde andra människor se när du var ledsen?

Hur kunde de se det? Såg du annorlunda ut?

OBSERVERA:

IBLAND GER BARNET INITIALT NEKANDE SVAR I BÖRJAN VID INTERVJUN MEN BLIR UPPENBART LEDSEN UNDER INTERVJUNS FÖRLOPP. I SÅ FALL BÖR DESSA FRÅGOR REPETERAS MEDAN MAN LYFTER FRAM DET AKTUELLA STÄMNINGSLÄGET SOM EXEMPEL FÖR ATT FÅ EN UPPFATTNING OM HUR OFTA DET FÖREKOMMER. LIKASÅ, OM MAMMAN RAPPORTERAR ATT BARNET ÄR LEDSET MEST HELA TIDEN OCH BARNET FÖRNEKAR DET, SKALL BARNET KONFRONTERAS MED MAMMANS UPPGIFT OCH FRÅGAS OM VARFÖR HAN/HON KÄNNER SIG LEDSEN SÅ OFTA.

OBSERVERA:

NÄR ETT BARN ELLER FÖRÄLDER RAPPORTERAR FREKVENTA KORTA PERIODER AV LEDSENHET UNDER DAGEN, ÄR DET SANNOLIKT ATT BARNET ALLTID ÄR LEDSET OCH ENBART RAPPORTERAR EXACERBATIONERNA I VILKET FALL SKATTNINGEN FÖR DEPRESSIV SINNESSTÄMNING BLIR 3. DÄRFÖR ÄR DET ALLTID VÄSENTLIGT ATT FRÅGA OM RESTEN AV TIDEN: "Utöver tiderna när du kände dig (_____), hur var det resten av tiden, kände du dig glad eller var du mer ledsen än dina vänner?"

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Inte alls eller mer sällan än en gång i veckan.
- 2 2 2 Under tröskel: Ibland depressiv sinnesstämning åtminstone 2-3 dagar i veckan under en stor del av dagen.
- 3 3 3 Tröskel: Depressiv sinnesstämning de flesta dagar (5-7 dagar i veckan) större delen av dagen (eller > ½ av vaken tid).

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

OBS! Depressiv sinnesstämning av dystym typ är förenlig med en poäng om 3 i skalan ovan

Varaktighet av Depressiv Sinnesstämning (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Varaktighet av Depressiv Sinnesstämning (veckor):
(mest allvarlig tidigare)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

DEPRESSIVA STÖRNINGAR

2. Irritabilitet och Vrede

Subjektiva känslor av irritabilitet, vrede, surhet, dåligt humör, lättretad, förbittring eller förargelse, vare sig om patienten uttalat detta eller ej. Skatta intensiteten och varaktigheten av sådana känslor.

Har det varit så någon gång att du blev förargad, irriterad, eller sur över småsaker?

Har det varit så någon gång att du tappade humöret mycket? När var det?

Är du så nu också? Var det också så någon annan gång att du kände _____?

Vad fick dig att känna dig _____?

Kände du dig ursinnig och arg också (även om du inte visade det)?

Hur arg?

Mer än tidigare?

Vad för saker fick dig att känna dig arg?

Hände det ibland att du kände dig arg och/eller irritabel och/eller sur och inte visste varför?

Hände det ofta?

Tappade du humöret?

Med familjen?

Dina vänner?

Vem mer?

I skolan?

Vad gjorde du?

Sade någon någonting om det?

Hur stor del av tiden kände du dig arg, irritabel och/eller sur? Hela tiden?

En stor del av tiden?

Bara då och då?

Inte någon del av tiden?

Vad tänkte du på när du blev riktigt arg?

Tänkte du på att döda andra eller göra dig själv illa? Eller på att göra dem illa eller att tortera dem? Vem då? Hade du en plan för det hela? Hur?

OBSERVERA: IRRITABILITET KAN ORSAKAS AV ANDRA TILLSTÄND, T. EX. BIPOLÄR STÖRNING, ADHD, TROTSSYNDROM, DROGMISBRUK, AUTISMSPEKTRUMSTÖRNING.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Inte alls eller mer sällan än en gång i veckan.

2 2 2 Under tröskel: Känner sig definitivt mer arg eller irritabel än vad situationen påkallar, minst 2-3 dagar i veckan under stor del av tiden.

3 3 3 Tröskel: Känner sig irritabel/argsint dagligen eller nästan dagligen, åtminstone 50% av den vakna tiden.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

Varaktighet av Irritabilitet och Vrede (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Varaktighet av Irritabilitet och Vrede (veckor):
(mest allvarlig tidigare)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

DEPRESSIVA STÖRNINGAR

3. Anhedoni, Brist på Intresse, Apati, Låg Motivation eller Leda/Uttråkad

Att ha tråkigt är en term alla barn förstår och som ofta avser förlust av förmåga att glädjas/känna tillfredsställelse (anhedoni) eller förlust av intresse eller båda. Förlust av tillfredsställelse och förlust av intresse är inte ömsesidigt uteslutande varandra utan kan samexistera.

*Vilka saker gör du när du vill ha roligt? Vad tycker du är roligt?
(Be om exempel: Nintendo, sport, vänner, favoritlekar (spel), skolämnena, utflykter, familjeaktiviteter, favoritprogram på TV, dator eller videospel, musik, dans, leka ensam, läsning, gå ut, etc.).*

Har det någonsin funnits en tid då du kände att det var tråkigt för det mesta? När var det?

Känner du ofta att det är tråkigt nu?

*Har det varit så tidigare att du kände att det var tråkigt för det mesta? Tyckte du det var tråkigt när du tänkte på att göra sådant du vanligen tycker är roligt att göra?
(Ge exempel som nämnts ovan).*

Fick det här dig att sluta göra de sakerna?

Kände du (också) att det var tråkigt när du gjorde saker som du tidigare brukade tycka var roliga?

Anhedoni avser partiell eller fullständig (genomgripande) förlust av förmågan att få tillfredsställelse, nöje, ha roligt när man deltar i aktiviteter som barnet tyckt om, som de som listats ovan. Det avser också den grundläggande njutning som är en följd av att äta älskningsmat, och för tonåringar, sexuella aktiviteter.

Såg du fram emot att göra de saker du brukade tycka om? (Ge exempel)

Försökte du komma igång och göra dem?

Fick du tvinga dig själv att göra dina favoritaktiviteter? Intresserade de dig?

Blev du ivrig eller entusiastisk över att göra dem? Varför inte?

Hade du lika roligt när du gjorde dem som du hade innan du började känna dig (ledsen, etc.)?

Om det inte var lika roligt, gillade du dem lite mindre? Mycket mindre? Inte alls?

Hade du lika roligt som dina vänner?

Hur många saker är mindre roliga nu än de brukade vara? (Använd konkreta exempel som barnet tidigare givit).

Hur många var lika roliga? Roligare? Mer roliga?

Gjorde du ___ mindre än du brukade? Hur mycket mindre?

TONÅRINGAR (om sexuellt aktiv): *Tycker du om sex lika mycket som du brukat? Är du mindre sexuellt aktiv än vad du brukat vara?*

Denna punkt avser inte oförmåga att engagera sig i aktiviteter (förlust av förmågan att koncentrera sig på läsning, spel, TV, eller skolämnena)

Två jämförelser bör göras vid varje bedömning: Tillfredsställelse/njutning jämförd med kamraternas och/eller tillfredsställelse jämförd med barnet själv när inte deprimerad. Den andra jämförelsen är inte möjlig i episoder med lång varaktighet eftersom barnets preferenser normalt förändras med åldern. Svårighetsgrad avgörs genom det antal aktiviteter som är mindre tillfredsställande för barnet och genom graden av förlust av förmågan att känna tillfredsställelse.

Blanda inte samman med brist på möjligheter att göra saker, något som kan vara en följd av alltför strikta restriktioner från föräldrarna.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Flera aktiviteter är definitivt mindre tillfredsställande eller intressanta. Eller uttråkad eller apatisk åtminstone tre gånger i veckan under aktiviteter.

3 3 3 Tröskel: De flesta aktiviteter är mycket mindre tillfredsställande eller intresserande. Eller uttråkad eller apatisk dagligen, eller så gott som dagligen, åtminstone 50% av tiden.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

Varaktighet av Anhedoni (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Varaktighet av Anhedoni (veckor):
(mest allvarlig tidigare)

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

DEPRESSIVA STÖRNINGAR

4a. Återkommande Tankar på Döden

*Ibland kan barn som blir upprörda eller känner sig dåliga önska att de var döda eller känner att det skulle vara bättre om de var döda.
Har du någonsin haft den sortens tankar? När då?
Känner du så nu?
Har du känt så någon annan gång?*

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Förekommer inte.
2 2 2 Under tröskel: Enstaka tankar om döden (ex. mera sällan än en gång i månaden, vaga, ospecifika).
3 3 3 Tröskel: Återkommande tankar om döden, "Det hade varit bättre om jag vore död: eller "Jag önskar jag vore död".

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4b. Suicidtankar

Detta inkluderar upptagenhet med tankar om döden eller suicid och auditiva befallande hallucinationer då barnet hör en röst som säger till honom/henne att döda sig själv eller till och med föreslår en metod.

Inkludera inte enbart rädsla att dö.

*Ibland kan barn som blir upprörda eller känner sig dåliga tänka på att dö eller till och med att döda sig själva. Har du någonsin haft den sortens tankar?
Hur skulle du göra det?
Hade du en plan?*

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Inte alls.
2 2 2 Under tröskel: Enstaka eller vaga tankar om suicid (ex. mera sällan än en gång i månaden).
3 3 3 Tröskel: Återkommande tankar på suicid.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4c. Suicidhandlingar - Avsikt att Dö

Bedöm allvarlighetsgraden i den suicidalavsikten så som den avspeglar sig i suicidförsöket: Sannolikhet för att bli räddad; försiktighetsåtgärder mot upptäckt; försök att få hjälp under eller efter försöket; graden av planering; uppenbart syfte med försöket (manipulativ eller sann suicidalavsiikt).

*Har du försökt ta ditt eget liv?
När då?
Vad gjorde du? Gjorde du också andra saker?
Ville du verkligen dö?
Hur nära var du att verkligen begå självmord?
Var någon i rummet? I lägenheten?
Berättade du för dem i förväg?
Hur hittade man dig? Ville du verkligen dö?
Bad du om hjälp efter det att du gjort det?*

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Inget suicidförsök.
2 2 2 Under tröskel: Förberedelser utan verklig avsikt att dö (höll tabletterna i handen). Avbrutet suicidförsök.
3 3 3 Tröskel: Självskadande beteende med NÅGON suicidal avsikt. (Om personen uttryckt bara 1% koda för över tröskeln.)

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

Har någonsin gjort självmordsförsök: ja nej

Antal självmordsförsök som uppfyller kriteriet "3" ovan:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

DEPRESSIVA STÖRNINGAR

4d. Suicid Handling - Medicinsk Letalitet

Verkligt medicinskt "hot mot liv" eller kroppsligt tillstånd som är en följd av den allvarligaste suicidalhandlingen. Ta metoden i beaktande, graden av sänkt medvetandegrad vid räddningen, allvarlighetsgraden vad gäller den kroppsliga skadan, toxicitet av substansen som svalts, reversibiliteten, tidsåtgång för att återhämta sig och hur mycket medicinsk behandling som krävdes.

Hur nära var du att dö efter ditt (mest allvarliga suicidförsök)?

Vad gjorde du när du försökte ta ditt liv?

Vad hände med dig efter det att du försökte ta ditt liv?

OBSERVERA: KODA SJÄLVSKADANDE BETEENDE UTAN AVSIKT ATT DÖ SOM "ICKE-SUICIDAL KROPPSLIG SJÄLVDESTRUKTIV HANDLING" – INTE SOM SJÄLVMORDS-FÖRSÖK.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Ej suicidförsök eller gest utan avsikt att dö (e.x., höll tablettorna i handen). Ingen medicinsk skada.
- 2 2 2 Under tröskel: Skurit sig ytligt, rispat sig på handleden, tog några för många tabletter.
- 3 3 3 Tröskel: Medicinsk intervention förekom eller behövdes; eller skar sig påtagligt djupt så att blödning uppstod, eller tog fler än ett par tabletter.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4e. Icke-suicidala Kroppsliga Självd destruktiva Handlingar

Avser självutörelse, eller andra handlingar som görs utan avsikt att ta sitt liv.

Har du någonsin försökt skada dig själv?

Har du någonsin bränt dig med tändstickor/ljus?

Eller rispat dig själv med nålar/kniv? Dina naglar?

Eller lagt heta mynt på huden?

Något annat?

Varför gjorde du det?

Hur ofta?

Råkar du ut för många olyckshändelser?

Vilket slags?

Hur ofta?

En del barn/ungdomar gör sådana saker för att de vill ta sitt liv, och andra barn/ungdomar gör det för att det får dem att känna sig lite bättre efteråt. Varför gör du dom här sakerna?

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Förekommer inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Sällan (1-3 gånger per år). Har aldrig åsamkat sig själv allvarlig skada.
- 3 3 3 Tröskel: Ofta (fyra eller fler gånger per år) eller har åsamkat sig själv allvarlig skada (ex. brännskada med ärr; brutna ben).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM INTERVJUPERSONEN FÅTT EN POÄNG OM 3-4 PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ NÅGON AV DE FÖREGÅENDE PUNKTERNA, Fyll i AVSNITTET OM DEPRESSIVA/DYSTYMA STÖRNINGAR (AKTUELL) I SUPPLEMENT #1, AFFEKTIVA STÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM INTERVJUPERSONEN FÅTT EN POÄNG OM 3-4 PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV DE FÖREGÅENDE PUNKTERNA, Fyll i AVSNITTET OM DEPRESSIVA/DYSTYMA STÖRNINGAR (TIDIGARE) SUPPLEMENT #1, AFFEKTIVA STÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR DEPRESSIV/DYSTYM STÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE DEPRESSIVA STÖRNINGAR).

Introduktion till avsnittet om Mani/Hypomani

Identifiering av symptom på mani och diagnosen bipolär störning hos barn och ungdomar är svår. Det föreligger betydande kontroverser om DSM-IV-kriterierna för olika aspekter på episoder av manisk, blandad eller hypoman typ kan tillämpas på yngre. Frågor som varit särskilt besvärliga inkluderar om: (1) avgränsade episoder av abnormt förhöjd/irritabel sinnestämning behövs eller om kronisk irritabilitet räcker; (2) (hypo)mana tillstånd måste vara tydligt associerade med debut och resolution av abnormt förhöjd/irritabel stämning; (3) kriterierna för varaktigheten av en manisk/hypoman/blandad episod är tillämplig; och (4) komplexa mönster av cyklicitet mellan depression och mani föreligger och är kliniskt signifikanta. Mani/hypomaniavsnittet av KSADS-PL applicerar DSM-IV-kriterierna strikt på frågorna 1-3, men tillåter identifiering av episoder som är kortare. Det gör ingen bedömning beträffande fråga 4 (varaktigheten) utan hjälper istället att avgöra om den hypomana/maniska episoden uppfyller tröskelkriteriet för en manisk/hypoman episod oavsett intensiteten av de depressiva symptom som samexisterar med maniska eller hypomana symptom. Om kriterierna för en manisk episod är uppfyllda fullt ut, så ombeds bedömaren ta ställning till att fråga om samtidigt föreliggande depressiva symptom för att avgöra om DSM-IV-kriterierna är uppfyllda för en "Blandad Episod".

Möjliga hypomana/maniska symptom skall bedömas som positiva bara om de är associerade med den onormala sinnestämningen (antingen att debuten är förknippad med den onormala sinnestämningen, eller, om symptomet föreligger kroniskt, intensifieras av eller förvärras i samband med debuten av den onormalt förhöjda/upprymda/irritabla sinnestämningen. Om symptomet på ett tveksamt sätt är associerat med onormal sinnestämning, så skall det bedömas föreligga under tröskelnivån. DSM-IV-kriterier för varaktighet/frekvens för hypomana/maniska symptom är att symptomet har varit ihållande och närvarande på ett markant sätt under perioden med onormal sinnestämning. Detta är mindre specifikt än kriterierna för en egentlig depression d.v.s. större delen av dagen, i stort sett varje dag. Intervjaren måste använda sitt kliniska omdöme för att avgöra om symptomet uppfyller varaktighets/frekvens-kriteriet, men en rimlig riktlinje kan vara att symptomet måste föreligga intermittent under större delen av episoden med stämningsförskjutning eller att symptomet är framträdande under en kortare andel av episoden med onormal sinnestämning. Om symptomet föreligger men inte uppfyller kriteriet för att vara ihållande/närvarande till en signifikant del så kodar man för närvaro under tröskeln.

1. Upprymdhet, Förhöjd eller Expansiv Sinnesstämning

Upprymd sinnesstämning och/eller optimistisk attityd som inte står i rimliga proportioner till omständigheterna – över och bortom vad man förväntar av barn/ungdomar i samma ålder eller samma utvecklingsnivå. **Särskilj från normal sinnesstämning hos kroniskt deprimerade patienter! Skatta inte positivt, om en lätt upprymdhet rapporteras i situationer som jul, födelsedagen, nöjesfält, vilka normalt överstimulerar barn och gör dem mycket upphetsade.**

OBSERVERA: SKATTA INTE POSITIVT OM DEN UPPRYMDA SINNESSTÄMMNINGEN HELT BEROR PÅ LÄKEMEDEL/NARKOTIKA ELLER NÅGOT ANNAT PSYKIATRISKT ELLER MEDICINSKT TILLSTÅND.

Har det någonsin hänt, att du har känt dig jätteglad, verkligt verkligt glad eller jättetoppen? Mer än du brukar när du är glad på ditt normala sätt? Kom den super-glada känslan rakt ur det blå? Har det varit tillfällen när du var superfänig, mycket fänigare än alla andra runt omkring dig? Skrattade du åt saker som du normalt sett inte skulle tycka var roliga? Kändes det som att du inte skulle kunna sluta skratta?

Skrattar du eller beter du dig dumt? Händer det utan något rimligt skäl? Märker andra människor det? Skrattar du rakt ut i klassen? Arbetar de andra i klassen lugnt samtidigt? Betedde du dig som om var full eller hög på knark, fastän du inte tagit knark eller druckit någon alkohol? Märkte andra det? Har dina vänner någonsin sagt dig att du är alltför glad, fänig eller tokig? Kände du dig super-positiv som om ingenting skulle kunna gå fel? Hade du känslan att allt var helt perfekt och att allt skulle bli precis så som du ville? Kände du som om det inte fanns någonting du inte kunde göra? Kände du dig väldigt upprymd eller full av entusiasm men att det egentligen inte fanns något skäl att känna på det sättet? Kan du ge mig några exempel på det? Hur länge varade den känslan för det mesta? Kom och gick den känslan under dagen? Hamnade du någonsin i svårigheter eller råkade illa ut för att du var alltför lycklig eller kände dig hög?

Fråga föräldern: *Är det här är över och bortom vad du ser hos hans/hennes vänner eller andra barn/ungdomar i samma ålder eller utvecklingsnivå under samma omständigheter?*

2. Explosiv Irritabilitet/Vrede

Har det nånsin hänt, att du kände dig sur, irriterad och så arg att du exploderade? När du känner dig riktigt ursinnig, kastar du saker eller slår sönder saker? Förstör ditt rum? Har du någonsin slagit hål i väggen när du var arg? När du blivit riktigt arg har du någonsin hotat eller faktiskt skadat föräldrar eller lärare? Hur är det med andra barn/ungdomar eller husdjur? Vad var det som var på gång när det där hände? Vad var det som satte igång dig? Har det hänt att du känt dig superarg utan att veta varför eller över småsaker som du normalt inte skulle bli upprörd över?

OBSERVERA: IRRITABILITET KAN ORSAKAS AV ANDRA STÖRNINGAR, T.EX. EGENTLIG DEPRESSION, ADHD, TROTSSYNDROM, UPPFÖRANDESTÖRNING, MISSBRUK, AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR.

IRRITABILITET MED TRÖTTHET OCH PSYKOMOTORISK HÄMNING ÄR MERA SANNLOLIKT ASSOCIERAD MED DEPRESSIV SINNESSTÄMMNING.

OM IRRITABILITET HUVUDSAKLIGEN ÄR ASSOCIERAD MED DEPRESSIV SYMPTOMATOLOGI, BEDÖM SOM POSITIVT I DEPRESSIONSAVSNITTET.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Definitivt upprymd och överdrivet optimistisk attityd som är något överdrivet i förhållande till omständigheterna (över och bortom vad som förväntas utifrån utvecklingsåldern). Föreligger mindre än fyra timmar/dag och/eller färre än tre olika dagar.
- 3 3 3 Tröskel: Förhöjd sinnesstämning och optimistisk inställning som är överdriven i förhållande till omständigheterna. Märkbar för andra och betraktad som ovanlig eller överdriven. Förekommer under minst fyra timmar per dag under minst två dagar i sträck eller under minst tre separata dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

Varaktighet av Upprymdhet (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Varaktighet av Upprymdhet (veckor):
(mest allvarlig tidigare)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Definitiva perioder med överdriven irrtabel/argsint stämning. Irritabiliteten/argsinheten är överdriven i förhållande till situationen och varar större delen av dagen eller intensivt under en kortare period (< 1 timma).
- 3 3 3 Tröskel: Episoder av explosiv irritabilitet/argsinhet som är avgjort utom rimlig proportion till stressor eller stimuli – har associerat aggressivt beteende (ex. hotar, förstör egendom eller är fysiskt aggressiv). Förekommer under minst två dagar i rad eller vid minst tre separata dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

Varaktighet av Irritabel Stämning (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Varaktighet av Irritabel Stämning (veckor):
(aktuell episod)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

3. Episoder med Ovanlig Energi/Aktivitet

*Har det hänt att du haft perioder med mycket mer energi än vanligt, så mycket att det kändes för mycket? Vad brukade du göra för något när det hände?
Blev det någon ändring i hur mycket du gjorde eller hur snabbt du rörde dig?
Tyckte du att du gjorde för många saker när du var "super"/"hyper"?
Hur länge varade den känslan? Märkte andra det?
Skiljde det sig från hur andra runt om dig var?
Tyckte du att det var något som orsakade den känslan?
Var det något annat som var annorlunda med dig under de där tillfällena med mycket energi – hur du pratade, tänkte, eller något annat?*

OBSERVERA: OM BARNET HAR ADHD ELLER ÄR VÄLDIGT AKTIVT OCH ENERGISKT I SITT HABITUALTILLSTÅND, BEDÖM POSITIVT BARA OM DETTA ÄR EN TYDLIG PERIOD ELLER EN MARKANT ÖKNING I ENERGIN.

4. Minskat Behov av Sömn

Mindre sömn behövs än normalt för att känna sig utvilad (ta ett genomsnitt över flera dagar med minskat behov av sömn).

*Har du någonsin behövt mindre sömn för att känna dig utvilad? Hur mycket sömn brukar du behöva i vanliga fall?
Hur mycket sov du?
Stannade du kvar uppe för att du kände dig så full av energi eller hög/uppåt?
Var du med vänner eller själv? Hade du tagit någon drog? Gjorde du saker hela tiden?
När vaknade du?
Kände du dig trött nästa dag, eller hade du en massa energi och verkade inte behöva sova?*

OBSERVERA: SKATTA INTE POSITIVT OM DET MINSKADE BEHOVET AV SÖMN TRIGGAS AV EN SPECIELL SOCIAL HÄNDELSE ELLER BRUK AV DROGER, ELLER OM DET SPEGLAR DET TYPISKT OREGELBUNDNA SOVMÖNSTRET HOS TONÅRINGAR.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Kort(a) period(er) av ökad energi, eller mild intensifiering från habitualtillståndet (eller) troligen orsakad av miljöfaktor; av tveksam klinisk dignitet.
3 3 3 Tröskel: Definitiva perioder av klart ökad energi, väl utöver habitualtillståndet eller mycket mer än jämnåriga kamrater i samma situation. Förekommer under minst fyra timmar under en dag under antingen två dagar i följd eller under tre separata dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Åtminstone 1 ½ timma mindre än vanligt utan att känna trötthet, under minst två dagar i följd eller åtminstone tre separata dagar.
3 3 3 Åtminstone tre timmar mindre än vanligt för att han/hon kände sig full av energi eller hög och inte kände sig trött. Förekommer under minst två dagar i följd eller under åtminstone tre separata dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

5. Hypersexualitet

OBSERVERA: HYPERSEXUALITET I FRÅNVARO AV SEXUELLA ÖVERGREPP ELLER OTILLBÖRLIG EXPONERING AV SEXUELLT BETEENDE ELLER MEDIA ÄR ETT GANSKA SPECIFIKT SYMPTOM PÅ MANI/HYPOMANI. DET ÄR INTE ETT SEPARAT DSM-IV DIAGNOSTISKT KRITERIUM MEN NÄR DET FÖREKOMMER KAN DET POTENTIELLT BÅDE FULLFÖLJA B-KRITERIET "ÖKAD MÅLINRIKTAT BETEENDE" OCH "RISKFYLLT NJUTNINGSSÖKANDE BETEENDE".

För yngre barn fråga föräldern/vårdnadshavaren:

Har det funnits perioder när ditt barn varit överdrivet fokuserat på sex, att vara naken, sina könsorgan eller att röra andras könsorgan?

Visade ditt barn ett överdrivet intresse för att visa sina könsorgan bland andra eller klädde sig på ett otillbörligt eller sexigt sätt?

Ville ditt barn kyssa dig eller röra vid dig på ett sexuellt sätt eller var alldeles för kramig istället för sitt vanliga sätt att visa känslor?

Hur var hans/hennes sinnesstämning då?

Var det något som hade hänt som orsakade förändringen?

Med tonåringar:

Har det funnits tillfällen när du plötsligt blivit mycket mer intresserad av sex än vanligt eller att din sexdrift verkade öka något otroligt?

Betodde du dig på något annat sätt när det här hände (klätt dig på ett sexuellt utmanande sätt, prata mycket om sex eller be andra komma närmare dig eller ha sex med dig)?

Fanns det tillfällen när du drevs att ha sex mycket mer än vanligt eller med många olika partners?

OBSERVERA! OM BEKRÄFTAT. MÅSTE MAN UTESLUTA SEXUELLA ÖVERGREPP ELLER EXPONERING FÖR OTILLBÖRLIGT SEXUELLT MATERIAL ELLER BETEENDE.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
 1 1 1 Föreligger inte.
 2 2 2 Isolerade, korta incidenter av o betydligt sexuellt beteende av tveksam klinisk betydelse.
 3 3 3 Definitiva episoder av klart otillbörligt sexuellt beteende.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING ELLER EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE, **ELLER** EN POÄNG OM 2 PÅ BÅDE UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING **OCH** EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE, Fyll i AVSNITTET MANI/HYPOMANI I SUPPLEMENT #1, AFFEKTIVA STÖRNINGAR.
- OM **AKTUELL** SKATTNING FÖR **OVANLIGT ENERGISK, MINSKAT BEHOV AV SÖMN ELLER HYPERSEXUALITET** GETT 3 POÄNG MEN INTE UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING **ELLER** EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE, GÖR EN FÖRNYAD OMSORGSFULL BEDÖMNING OM FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING/UPPRYMDHET ELLER EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE SOM KAN HA FÖREKOMMIT PARALLELLT MED SYMPTOMET.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **TIDIGARE** SKATTNING PÅ UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING ELLER EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE, **ELLER** EN POÄNG OM 2 PÅ BÅDE UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING **OCH** EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE, Fyll i AVSNITTET OM TIDIGARE MANI/HYPOMANI I SUPPLEMENT #1, AFFEKTIVA STÖRNINGAR.
- OM **TIDIGARE** SKATTNING FÖR **OVANLIGT ENERGISK, MINSKAT BEHOV AV SÖMN ELLER HYPERSEXUALITET** GETT 3 POÄNG **MEN** INTE UPPRYMDHET/FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING **ELLER** EXPLOSIV IRRITABILITET **OCH** VREDE, GÖR EN FÖRNYAD OMSORGSFULL BEDÖMNING OM FÖRHÖJD SINNESSTÄMNING/UPPRYMDHET ELLER EXPLOSIV IRRITABILITET OCH VREDE SOM KAN HA FÖREKOMMIT PARALLELLT MED SYMPTOMET.
- INGA BELÄGG FÖR MANI/HYPOMANI.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE MANIER).

1. Hallucinationer

Har det någonsin hänt att dina sinnen spelat dig ett spratt?
Ibland kan barn, när de är ensamma, höra röster eller se saker, eller känna lukter och inte riktigt veta varifrån de kommer. Har det någonsin hänt dig? Berätta för mig om det.

Har det någonsin hänt någon gång att du hört röster när du var ensam?
Vad var det du hörde?

Har du någonsin hört någon ropa ditt namn när det inte fanns någon i närheten?
Vad var det för sorts saker du hörde? Har du någonsin hört musik som andra människor inte kunde höra?

Har det någonsin hänt att du såg saker som egentligen inte fanns där? Har du sett skuggor eller andra föremål som rörde på sig?

Har du någonsin sett spöken?

När? Hände det bara på natten när du försökte sova, eller hände det på dagen också?

Vad var det som du såg?

Har det hänt någon gång att du känt lukter som andra inte kunde känna eller kände saker som inte fanns där?

OBSERVERA: OM HALLUCINATIONER BEDÖMS MÖJLIGEN FÖRELIGGA, SÅ SKALL MAN, INNAN MAN SLUTLIGT SKATTAR DENNA PUNKT, BEDÖMA INTERVJUPERSONENS ÖVERTYGELSE OM VERKLIGHETSBAGGRUNDEN TILL HALLUCINATIONERNA MED HJÄLP AV FRÅGORNA NEDAN.

Vad tror du att det var?

Tror du att det var din fantasi eller var det verkligt?

Tänkte du att det var verkligt när du (hörde, såg, etc.) det?

Vad gjorde du när du (hörde, såg, etc.) det?

De här rösterna du hörde (eller andra hallucinationer), kom de när du var vaken eller när du sov? Kunde det ha varit en dröm?

Hände det här när du just höll på att somna? När du vaknade? Bara när det var mörkt? Hände det här också vid någon annan tidpunkt? Var du sjuk med feber när det hände? Har det hänt någon gång när du druckit öl, vin eller sprit, eller tagit någon drog?

Var det som en tanke eller mer som en röst (ljud) eller en syn?

OBSERVERA: OM HALLUCINATIONERNA ÄR PÅGÅENDE, BEDÖM NOGGRANT OM DE HAR SAMBAND MED FÖRSTÄMNINGSSYMTOM ELLER ÄR OBEROENDE AV FÖRSTÄMNINGSSYMTOM. DET KOMMER ATT UNDERLÄTTA DIFFERENTIALDIAGNOSTIKEN.

OBSERVERA: SKATTA INTE SOM POSITIVA SYMTOM OM DET ERBART RÖR SIG OM ATT HA HÖRT NÅGON ROPA ENS NAMN VID ENDAST ETT ELLER TVÅ TILLFÄLLEN.

SKATTA INTE ILLUSIONER SOM POSITIVA. Illusioner definieras som falska perceptioner baserade på äkta sensoriska stimuli som omvandlas momentant. De uppträder ofta beroende på dålig perceptuell upplösning (mörker, bullriga lokaler) eller bristande uppmärksamhet och korrigeras omedelbart när uppmärksamheten fokuseras på yttre sensoriska stimuli eller de perceptuella förhållandena förbättras.

OBSERVERA: Om hallucinationer bedöms som drivna av ångest och/eller dissociation OCH som delsymptom i dissociativ störning, PTSD eller annan svårare ångeststörning, instabil personlighetsstörning eller anorexia nervosa, skattas dessa som 2) under tröskel. Dessa hallucinationer/abnorma perceptuella upplevelser kan i stunden upplevas externt genererade men patienten förstår eller agerar ändå som om upplevelserna är internt genererade (kommande från personen själv) och de förvränger vanligen inte tankarna eller beteendet undantaget beteenden som faller inom ovanstående diagnoser (exempelvis matvägran vid anorexia nervosa, självskadande beteende vid instabil personlighetsstörning etc.)

OBSERVERA: TAG HÄNSYN TILL PERSONENS KULTURELLA BAKGRUND.

OBSERVERA: TAG HÄNSYN TILL OM BARNET AGERAR UT HALLUCINATIONER.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Misstänkt eller sannolik. Sv. tillägg: Det förekommer hallucinationer/abnorma perceptuella upplevelser som i stunden upplevs externt genererade men där patienten ändå förstår eller agerar som om upplevelserna är internt genererade (kommande från personen själv) och de förvränger vanligen inte tankarna eller beteendet eller "verkliga" hallucinationer som uppträder sällan. Personen betar sig i närståendes ögon normalt eller röster som enbart uppmannar till självskadebeteenden.
- 3 3 3 Tröskel: Föreligger definitivt. Sv. tillägg: Hallucinationer som patienten upplever är externt genererade (kommande utifrån) förekommer ofta och påverkar tankarna och beteendet.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Vanföreställningar

*Hade du tankar om saker du inte berättat för någon för att du var rädd att de inte skulle förstå?
Vad var det för tankar?
Har du några hemliga tankar du inte berättat för någon?
Trodde du på saker som andra människor inte trodde på?
Som vad?*

Fråga om var och en av vanföreställningarna i översikten nedan:

*Har det någonsin hänt någon gång att du känt det som att någon varit ute efter att skada dig? Vem? Varför?
Är det någon annan som kontrollerar ditt psyke eller din kropp (som en robot)?
Har du tänkt någon gång att du var en mycket viktig eller betydelsefull person?
Har du några speciella förmågor som inte andra människor har?
När du var tillsammans med människor du inte kände, kunde du få för dig att de pratade om dig?
Har det hänt någon gång att du känt det som att något hände med din kropp? Som att du trodde att du ruttade från insidan, eller att det var något fel med den?
Kände du dig någon gång övertygad om att världen skulle gå under?
Hur ofta tänkte du _____?*

OBSERVERA: OM VANFÖRESTÄLLNINGAR FÖRELIGGER, RELATERA DEM NOGRANT TILL TIDSLINJEN SÅ ATT DU KAN AVGÖRA OM HUR DE FÖRHÅLLER SIG TILL STÄMNINGSLÅGET (OBEROENDE ELLER BEROENDE). DETTA KOMMER ATT UNDERLÄTTA DIAGNOSTIKEN.

F B S

0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Misstänkt eller sannolik vanföreställning.
3 3 3 Tröskel: Definitivt vanföreställning.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGONDERA AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet AKTUELLT I SUPPLEMENT #2, PSYKOTISKA STÖRNINGAR NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGONDERA AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet "TIDIGARE" I SUPPLEMENT #2, PSYKOTISKA STÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR PSYKOS.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE HALLUCINATION OCH VANFÖRESTÄLLNINGAR).

PANIKSYNDROM

1. Panikattack

Har du någonsin, helt plötsligt, "ut ur det blå", utan någon särskild orsak fått en känsla av ängslan, nervositet eller som att du blivit skrämmd? Berätta om det.

Första gången du fick en sådan attack, vad tror du framkallade den?

Kom känslan ur tomma intet?

Hur var det?

Hur länge varade det?

Efter det att det hänt första gången, oroade du dig för att det skulle hända igen?

Om specifika symptom inte kommer fram spontant när attacker beskrivs, fråga om vart och ett av följande symptom:

Associerade Symptom: Tungandad, palpitationer, bröstsmärtor, illamående, svettningar, frossbrytningar, känsla av att kvävas, yrsel, domningar i händer eller fötter, svettning, svaghetskänsla, darrning eller skakning, depersonalisering eller överklighetskänsla, rädsla att dö, rädsla att tappa kontrollen.

OBSERVERA: RÄKNA INTE OM ATTACKEN VARAR EN HEL DAG ELLER DIREKT ORSAKADES AV DROGER ELLER LÄKEMEDEL

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Åtminstone en oförsedd attack. Ingen kvarstående oro för framtida attacker, och inga effekter på beteendet som kan relateras till attackerna.
- 3 3 3 Tröskel: Återkommande oväntade attacker med kvarstående oro under minst en månad för att få ytterligare en attack eller betydande förändring i beteendet som kan relateras till attackerna.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING AV PANIKATTACK, FYLL I AVSNITTET AKTUELL PANIKSYNDROM I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM 3 POÄNG PÅ PUNKTEN TIDIGARE PANIKATTACK, FYLL I AVSNITTET OM TIDIGARE PANIKSYNDROM I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR PANIKSTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE PANIKSTÖRNINGAR).

AGORAFOBI

1. Agorafobi

Har du någonsin varit riktigt rädd för att vara på en plats med mycket folk eller vara ute bland folk alldeles ensam?

Var du rädd för att gå till köpcentrat eller någon annan sådan plats? Hur har det varit när du varit på en bro, åkt bil, buss eller tåg?

Vad var du rädd skulle hända? Var du rädd att du skulle få en panikattack? För att inte kunna komma undan?

OBSERVERA: BEDÖM POSITIVT BARA OM BETEENDET ÄR ÖVER OCH BORTOM VAD MAN KAN FÖRVÄNTA SIG AV BARN I SAMMA ÅLDER OCH UTVECKLINGSNIVÅ.

Bedöm inte som förekomst om problemet bättre kan förklaras av annan psykiatrisk störning (dvs. psykos, depression, separationsångest, social fobi) eller medicinska problem.

2. Obehag/Ångest/Undvikande

Hur rädd gjorde _____ dig?

Blev du orolig i magen eller fick det ditt hjärta att banka hårt/slå snabbt? Hur länge varade _____? Är du mer rädd för _____ än någon av dina vänner?

Har det hänt att din rädsla för _____ hindrade dig för att göra något?

Försökte du undvika _____?

Har det funnits tillfällen när du kunnat _____? Om någon var med dig, kunde du då _____?

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Rädsla för stimulus eller situation är allvarigare än för ett typiskt barn i samma ålder.
- 3 3 3 Tröskel: Ihållande ängslan över att vara på en plats eller i en situation som man svårigen kan försvinna ifrån (eller det skulle vara genant) eller i vilken hjälp kanske inte finns tillgänglig i händelse av en oväntad eller situationsberoende panikattack eller paniklika symptom. Rädsla för stimulus eller situationen är klart oproportionerlig i förhållande till situationen.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Associerad bara med lindriga och övergående symptom på obehag/oro. Liten eller tillfällig undvikande.
- 3 3 3 Tröskel: Fruktad stimulus eller situation är associerad med måttligt till svårt obehag. Stimulus eller situationen undviks konsekvent.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV OVANSTÅENDE FRÅGOR, FYLL I AVSNITTET AKTUELL AGORAFOBI I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR. NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM 3 POÄNG PÅ PUNKTEN TIDIGARE SKATTNING AV NÅGON AV OVANSTÅENDE FRÅGOR, FYLL I AVSNITTET TIDIGARE AGORAFOBI I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR. NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR AGORAFOBI.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE PANIKSTÖRNINGAR).

SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING

OBSERVERA: BEAKTA BARNETS UTVECKLINGSNIVÅ. SKATTA POSITIVT BARA OM SYMPTOMET ÄR UTÖVER VAD MAN KAN FÖRVÄNTA SIG AV ETT BARN I SAMMA ÅLDER OCH UTVECKLINGSNIVÅ. OM OCD FÖRELIGGER MED ORO (UTLÖST AV AGGRESSIVA TVÅNGSTANKAR ATT FÖRÄLDRARNA ELLER BARNET SJÄLV SKALL SKADAS) OCH SOM BEDÖMS BERO PÅ OCD, SKALL INTE ORON OCKSÅ RÄKNAS SOM SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING.

1. Oroar Sig För att Förskräcklig Händelse Skall Försaka Separation

F B S

Har du någonsin oroat dig över att något hemskt skulle hända dig så att du aldrig mer skulle få träffa dina föräldrar igen? Som att bli vilse, kidnappad, dödad, eller drabbas av en olycka?

Hur mycket oroar du dig över det?

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Oroar sig ibland. Oroar sig mer och oftare än ett vanligt barn i samma ålder.
3 3 3 Tröskel: Oroar sig ofta i separations-situationer. Ihållande och överdriven oro att något skall orsaka separation från huvudsaklig anknytningsperson.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Oroar Sig att Anknytningsobjekt Skall Skadas

F B S

Har det hänt någon gång att du oroade dig över att något förskräckligt skulle hända dina föräldrar? Som vad? Var du rädd att de skulle råka ut för en olycka eller bli dödade? Var du rädd för att de skulle lämna dig och inte komma tillbaka?

Hur mycket oroade du dig över det?

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Oroar sig ibland. Oroar sig mer och oftare än ett vanligt barn i samma ålder.
3 3 3 Tröskel: Oroar sig ofta i separations-situationer. Ihållande och överdriven oro att förlora föräldern eller att någon skada skulle kunna drabba anknytningspersonen.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

3. Ovilja Gå i Skolan/Skolvägran

F B S

Var det så någon gång att man fick tvinga dig att gå till skolan?

Var du orolig över att gå till skolan? Berätta om hur du kände det.

Vad var du rädd för?

Hade du gått i skolan?

Hur ofta var du borta från skolan eller gick du hem tidigare från skolan?

OBSERVERA: RÄKNAS ENBART OM UNDVEK SKOLAN FÖR ATT STANNA HOS ANKNYTNINGSOBJEKT ELLER HEMMA.

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Ofta något motspänstig mot att gå till skolan men kan vanligen övertalas att gå, missar inte fler än en dag på två veckor.
3 3 3 Tröskel: Protesterar intensivt mot att gå till skolan, eller hemskickad eller vägrar gå åtminstone en dag per vecka. Ihållande motvilja eller vägran att gå till skolan.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING

4. Rädd Sovs Borta Hemifrån/Sova Ensam

F B S

Har det hänt någon gång efter det att du fyllt fyra, att du varit rädd att sova ensam?

0 0 0 Information saknas.

Kände du dig rädd om du måste sova borta utan att föräldrarna var med dig?

1 1 1 Föreligger inte.

Går du till mammas och pappas säng mitt i natten?

2 2 2 Under tröskel: Ibland rädd. Räds-la att sova borta eller ensam mer uttalat och mer ofta än ett vanligt barn i samma ålder.

Behöver du att mamma eller pappa sover i ditt sovrum?

3 3 3 Tröskel: Ofta rädd, visst undvikande av att sova ensam eller sova borta. Ihållande vägran att somna utan att vara nära anknytningsperson eller att sova borta.

Undviker du att sova över hos kompisar?

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

5. Rädd vara Ensam Hemma

F B S

Har det hänt någon gång, efter det du fyllt fyra, att du brukade följa efter din mamma vart hon än gick? Blev du upprörd om hon inte var i samma rum som du?

0 0 0 Information saknas.

Klängde du på din mamma?

1 1 1 Föreligger inte.

Kontrollerade du ofta var din mamma var?

2 2 2 Under tröskel: Ibland rädd. Rädd vara ensam på ett allvarigare sätt och oftare än ett vanligt barn i samma ålder.

Ville du alltid veta var din mamma fanns?

3 3 3 Tröskel: Klänger på mamma; rädd, en del undvikande av att vara ensam. Ihållande och överdriven rädsla eller motvilja att vara ensam eller utan huvudsaklig anknytningsperson hemma.

Hur rädd brukade du vara?

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ **NÅGON** AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I SEKTIONEN OM SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **TIDIGARE** SKATTNING PÅ **NÅGON** AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I SEKTIONEN OM SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING).

SOCIAL FOBI

1. Rädsla för Sociala Situationer

Är du riktigt ordentligt blyg?

Kan du känna dig illa till mods, nervös, självmedveten eller blyg tillsammans med människor du inte känner så väl?

Har du känt dig så blyg att du inte kunde säga någonting? Inte ens till andra barn?

Var det svårt för dig att vara med andra barn? Även med barn du känner?

Vilken sorts situationer känns besvärliga för dig?

_____ Prata framför andra (t.ex. svara på frågor i klassen, ha prov i skolan när man måste prata, visa och berätta)?

_____ Äta framför andra (t.ex. i bamba/skolmatsalen, snabbmatsrestaurang)?

_____ Skriva framför andra (t.ex. framför svarta tavlan/whiteboarden, vara med på prov)?

_____ Använda skoltoaletten (eller annan allmän toalett när andra finns i närheten)?

_____ Situationer när man ska prestera något (som i gymnastiken, på rasten, i sport-sammanhang)?

_____ Byta om när andra är i närheten (t.ex. i omklädningsrummet på gymnastiken eller i badhuset)?

_____ Gå på kalas eller på någon annan social begivenhet (som på kafé eller föreläsning)?

Hur gammal var du när du började att känna det på det här sättet? Hur länge har det känts så här?

OBSERVERA: BLYGHET OCH RÄDSLOR FÖR SOCIALA SITUATIONER MÅSTE PÅVERKA BARNET PÅ ETT PÅTAGLIGT SÄTT. SKATTA INTE SOM POSITIV OM SVÅRIGHETERNA BÄTTRE FÖRKLARAS AV ANNAN PSYKIATRISK STÖRNING (T.EX. PDD/ASPERGERS SYNDROM).

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Tydligt självmedveten och obehaglig till mods i sociala/prestationssituationer; undviker bara en eller två aktiviteter som inte är avgörande för att barnet ska må bra (t.ex. undviker stora kalas där barnet inte känner någon alls).

3 3 3 Tröskel: Upplever stark självmedvetenhet som skapar avsevärt obehag i flera sociala situationer; minst en aktivitet undviks (t.ex. ihållande och upprepad vägran att prata/presentera saker inför klassen, undviker samlingar där barnet inte känner precis alla). En markant och ihållande fruktan för en eller flera sociala/prestationssituationer - är rädd att bete sig på ett sätt (eller visa tecken på rädsla/ängslan) som skulle vara förödmjukande eller generande. **SKATTA INTE ÖVER TRÖSKELN OM BARNETS ENDA RÄDSLOR ÄR ATT TALA OM NÅGOT INFÖR KLASSEN.**

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ FÖREGÅENDE FRÅGA FYLL I AVSNITTET SOCIAL FOBI (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **TIDIGARE** SKATTNING PÅ FÖREGÅENDE FRÅGA FYLL I AVSNITTET SOCIAL FOBI (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR SOCIAL FOBI.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE SEPARATIONSÅNGESTSTÖRNING).

SPECIFIK FOBI

Skatta enbart den svåraste fobin.

1. Obehag/Plåga

Specifika Fobier:

Är du väldigt rädd för något särskilt?

Är du riktigt riktigt dörrädd för ställen med en massa människor, över att vara ensam, vara på en bro eller att åka i en buss, ett tåg, eller en bil?

Har det hänt någon gång att du varit riktigt dörrädd för hundar, hästar, insekter, höjder, hissar, tunnelbanor, mörker. . . (fråga om alla situationer på listan).

Var du rädd för något annat?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Rädslan för stimuli eller situationen är mer allvarlig än för ett typiskt barn i hans/hennes ålder.

3 3 3 Tröskel: Markant och ihållande rädsla som är överdriven och orimlig, och som sätts igång av närvaro eller förväntan av kontakt med ett särskilt föremål eller särskild situation.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

2. Obehag/Undvikande

Hur rädd blev du för _____?

Blev du konstig eller orolig i magen? Fick du hjärtklappning?

Hur länge varade _____?

Är du mer rädd för _____ än dina vänner?

Har det hänt någon gång att din rädsla för _____ hindrat dig från att göra något?

Försökte du undvika _____?

Fanns det gånger du kunde _____?

Om någon var med dig, kunde du _____?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Associerad med bara lindriga och övergående symptom på obehag/ångest. Lindrigt eller bara tillfälligtvis undvikande.

3 3 3 Tröskel: Rädslan för stimuli eller situationen är associerad med måttligt svåra symptom på obehag/ångest. Fruktat stimuli eller situation undviks konsekvent.

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

Specificera värsta fobin:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Specificera andra fobier:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

— OM FÅTT **3** POÄNG PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ **NÅGON** AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i AVSNITTET SPECIFIKA FOBIER (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— OM FÅTT **3** POÄNG PÅ **TIDIGARE** SKATTNING PÅ **NÅGON** AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i AVSNITTET SPECIFIKA FOBIER (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— INGA BELÄGG FÖR SPECIFIKA FOBIER.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE AGORAFOBI ELLER SPECIFIKA FOBIER).

GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING

1. Överdriven Oro och Bekymmer

Är du en sådan som jämt oroar dig?

Är du alltför bekymrad över saker?

Tror du att du oroar dig mer än andra barn i din ålder? Har någon sagt till dig att du bekymrar dig för mycket?

Är du ofta nervös?

Kan du ge mig några exempel?

OBSERVERA: OM DEN ENDA ORO BARNET TAR UPP RELATERAR TILL ANKNYTNINGSOBJEKTET ELLER EN ENKEL FOBI, SKATTA INTE POSITIVT HÄR. SKATTA POSITIVT ENBART OM BARNET OROAR SIG ÖVER FLERA SAKER.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Oroar sig ofta något överdrivet (åtminstone tre gånger per vecka) över förväntade händelser eller aktuellt beteende.

3 3 3 Tröskel: Är de flesta av veckans dagar överdrivet oroad över åtminstone två olika livsomständigheter eller förväntade händelser eller aktuellt beteende.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Somatiska Klagomål

Har det funnits tider när du ofta varit sjuk?

Missade du ofta lektioner i skolan, gymnastiken eller andra aktiviteter eftersom du inte kände dig bra?

Har det ofta varit så att du fått ont någonstans?

Fick du huvudvärk, ont i magen, i benen eller i ryggen? Några andra typer av problem? Varje dag? Ibland?

När fick du _____? På morgonen, kvällarna, veckosluten? Bara på skoldagar?

OBSERVERA: RÄKNA INTE MED OM PROBLEMEN ENBART RELATERAR TILL SEPARATIONSSITUATIONER ELLER SKOLVÅGRAN.

OBSERVERA: RÄKNA INTE OM SYMPTOMEN ORSAKAS AV DIAGNOSTICERAD MEDICINSK SJUKDOM.

Fråga särskilt efter återkommande vaga symptom (t.ex. magont/huvudvärk).

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Ibland symptom/ besvär. Symptomen/besvären är allvarigare och förekommer oftare än de ett typiskt barn i hans/ hennes ålder upplever.

3 3 3 Tröskel: Ofta symptom/besvär (mer än en gång per vecka) och är något av ett problem.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING

3. Känner Sig Påtagligt Spänd/Oförmögen att Slappna Av

F B S

*Har det funnits någon period som du känt dig "på helspänn" eller jättespänd ofta?
Som om du inte kunde slappna av även om du försökte?
Blev du så nervös att du inte kunde sitta stilla?
Kände du dig ofta skakis eller "som på nålar"?*

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Ofta nervös/ängslig (mer än en gång per vecka), något av ett problem.
3 3 3 Tröskel: Är nervös/ängslig de flesta av veckans dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i AVSNITTET GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i AVSNITTET GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELL OCH TIDIGARE GENERALISERAD ÅNGESTSTÖRNING).

TVÅNGSSYNDROM (OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER)

1. Tvångstankar

Återkommande och påträngande tankar, impulser, eller bilder som orsakar obehag/plåga och är störande och över vilka personen har liten kontroll.

Har det någonsin funnits perioder när tankar trängde sig på och du bara inte kunde få bort dem?

Har det någonsin funnits perioder när du besvärats av tankar, "bilder" eller ord som bara fortsatte att komma in i huvudet utan rimligt skäl och som du inte kunde stoppa eller bli kvitt?

Brukade du någonsin oro dig en massa över att få smuts eller baciller på händerna, eller oro dig för att du skulle kunna bli sjuk av smuts eller baciller?

Oroade du dig någonsin över om du gjorde saker perfekt eller om saker blev jämna eller gick jämnt ut eller arrangerade saker på ett särskilt sätt?

Hur var det med tankar om att något dåligt skulle kunna hända, eller att du gjort något förskräckligt fast du visste att det inte var sant?

Någon annan sorts tankar som hållit på och snurrat runt i ditt huvud?

Hur har det varit med dumma tankar, ord eller siffror som inte ville försvinna?

Hur ofta tänkte du så här? Var de som en hicka som inte ville försvinna, som bara fortsatte och fortsatte?

Är de här tankarna besvärliga för dig?

Kändes de orimliga?

Var tankarna till hindres för dig eller hindrade dig att göra saker?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Misstänkt eller sannolik.

3 3 3 Tröskel: Definitivt tvångstankar, har viss påverkan på funktionsförmågan eller ger obehag/plåga.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: SKATTA INTE FRÅGAN OM TVÅNGSTANKAR POSITIVT OM IDÉER/TANKAR ÄR AV VANFÖRESTÄLLNINGSKARAKTÄR, ELLER HELT BEROR PÅ ANNAN AXELI-STÖRNING (t.ex. tankar om mat vid en ätstörning; tankar om att föräldrarna kan skadas vid en separationsångeststörning; överdrivna bekymmer vid GAD). SKATTA INTE POSITIVT OM DET SOM SÅGS ÄR "Jag kan inte sluta tänka på min pojk/flickvän eller musik".

TVÅNGSSYNDROM (OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER)

2. Tvångshandlingar

F B S

Återkommande, påträngande, repetitiva, avsiktliga beteenden som utförs som ett respons på en tvångstanke, i enlighet med vissa regler, eller på ett stereotypt sätt som är plågsamt och störande, och över vilka personen har liten kontroll.

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Misstänkt eller sannolik.

3 3 3 Tröskel: Definitiv tvångshandlingar, ger viss påverkan på funktionsförmågan eller obehag/plåga.

Har det någonsin varit så någon gång att du upptäckt att du känt dig tvungen att göra saker som du själv tyckte var orimligt eller onödigt, saker du inte kunde låta bli att göra om och om igen, som att röra vid saker, eller räkna eller tvätta dina händerna många gånger, eller kontrollera lås eller andra saker?

Fanns det saker du kände du måste göra om och om igen?

Hade du någon kontroll på det du gjorde? Upplevde det du gjorde som störande?

Fanns det saker som du kände att du alltid måste göra på exakt samma sätt eller på ett speciellt sätt?

Har du någonsin haft problem med att göra färdigt ditt skolarbete för att du måste läsa om delar av uppgiften om och om igen eller för att du skrev om och skrev om din läxa igen och igen?

Har du någonsin haft problem med att ta dig till i skolan i tid för att det tog dig alltför länge att göra dig i ordning på morgonen?

Om du gjorde ett misstag i ditt skolarbete, fick du börja om från början?

Hur var det när du skulle somna, måste du kontrollera något flera gånger innan du kunde somna?

Eller måste du arrangera saker på ditt rum på ett särskilt sätt? Har andra människor sagt något om de här vanorna?

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: SKATTA INTE SOM POSITIVT OM BETEENDET BÄTTRE FÖRKLARAS AV NÅGON ANNAN STÖRNING (t.ex. PDD/Aspergers syndrom, tics, psykos eller en ätstörning.)

Debutsymptom: _____ Ålder vid debut: _____ / _____ år/månad

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **AKTUELL** SKATTNING PÅ TVÅNGSTANKAR **ELLER** TVÅNGSHANDLINGAR, FYLL I AVSNITTET TVÅNGSSYNDROM (OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER) (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ **TIDIGARE** SKATTNING PÅ TVÅNGSTANKAR **ELLER** TVÅNGSHANDLINGAR, FYLL I AVSNITTET TVÅNGSSYNDROM (OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER) (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSFÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR TVÅNGSSYNDROM.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE TVÅNGSSYNDROM).

1. Kissar På Sig Upprepade Gånger

Många barn drabbas ibland av en olyckshändelse och kissar i sängen när de sover på natten. Har det någonsin hänt dig? Har en sådan olyckshändelse hänt dig på dagen? Hur var det om du skrattade eller nös riktigt hårt?

a. Nattenures

Hur ofta hände detta på natten?

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 En till fyra gånger per månad under tre eller fler månader.
3 3 3 Två gånger i veckan under tre månader i sträck.

TIDIGARE:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F | B | S |

b. Dagenures

Hur ofta hände detta under dagen?

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 En till fyra gånger per månad under tre eller fler månader.
3 3 3 Två gånger i veckan under tre månader i sträck.

TIDIGARE:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F | B | S |

c. Totalt

Uppskatta frekvens av natt- och dagenures tillsammans.

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 En till fyra gånger per månad under tre eller fler månader.
3 3 3 Två gånger i veckan under tre månader i sträck.

TIDIGARE:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 2 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i FRÅGORNA PÅ FÖLJANDE SIDA.
- OM FÅTT 2 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i FRÅGORNA PÅ FÖLJANDE SIDA
- INGA BELÄGG FÖR ENURES, GÅ TILL AVSNITTET ENKOPRES PÅ SIDAN 24.

ENURES

Obehag/Plåga

Vad brukade du göra när en sådan olyckshändelse skedde? Berättade du för din mamma? Din lärare? Vad gjorde de? Visste de andra barnen på skolan att du ibland kissade på dig? Hur jobbigt var det för dig när du kissade på dig?

Funktionsförmåga: (hemma, skola, kamrater)

Duration (specificera):

2. Uppfyller kriterier för Enures:

- A. Kissar på sig återkommande i sängen eller i kläderna (oavsett om avsiktligt eller oavsiktligt);
- B. Beteendet har klinisk betydelse på så sätt att det antingen sker åtminstone två gånger i veckan under minst tre månader i sträck, eller genom kliniskt betydelsefullt obehag/lidande eller påverkan på funktionsförmågan i sociala sammanhang, i skola eller inom andra viktiga funktionsområden;
- C. Kronologisk ålder minst fem år (eller motsvarande utvecklingsnivå);
- D. Beteendet är inte helt och hållet en direkt fysiologisk följd av en drog (t.ex. ett vattendrivande läkemedel) och är inte sekundärt till somatisk sjukdom, såsom diabetes, spina bifida, urinvägsinfektion, eller krampsjukdom.

— UPPFYLLER DSM-IV-KRITERIER FÖR ENURES (AKTUELL). (Skattade 3 ELLER 2 plus funktionsinskränkning).

— UPPFYLLER DSM-IV-KRITERIER FÖR ENURES (TIDIGARE). (Skattade 3 ELLER 2 plus funktionsinskränkning).

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR AKTUELL OCH TIDIGARE ENURES).

ENKOPRES

1. Bajsar På Slg Upprepat

En del barn drabbas av olyckshändelser där de bajsar på sig i sängen när de sover om natten. Har det någonsin hänt dig? Har det någonsin hänt dig en olyckshändelse där du bajsat på dig i byxorna på dagen? Har det hänt någon gång när du blivit ordentligt skrämmd, eller om du av något skäl inte kunde komma till toaletten när du behövde? Vilken sorts sådana olyckshändelser råkade du ut för? Att du kisade på dig eller bajsade på dig?

OBSERVERA: SKATTA POSITIVT FÖR FÖREKOMST ENBART OM DET KOM AVFÖRING I PATIENTENS UNDERKLÄDER.

a. Natlig enkopres

Hur ofta hände detta på natten?

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Mindre ofta än en gång i månaden.
3 3 3 Tröskel: En gång per månad eller oftare under minst tre månader.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

b. Dagenkopres

Hur ofta hände detta under dagen?

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Mindre ofta än en gång i månaden.
3 3 3 Tröskel: En gång per månad eller oftare under minst tre månader.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

c. Totalt

Uppskatta det totala antalet nattliga och dagtida enkoprestillfällen.

Specificera: _____

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Mindre ofta än en gång i månaden.
3 3 3 Tröskel: En gång per månad eller oftare under minst tre månader.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

— OM FÅTT 2 POÄNG ELLER MER PÅ DEN AKTUELLA SKATTNINGEN PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i FRÅGORNA PÅ FÖLJANDE SIDA.

— OM FÅTT 2 POÄNG ELLER MER PÅ DEN TIDIGARE SKATTNINGEN PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i FRÅGORNA PÅ FÖLJANDE SIDA.

— OM INGA BELÄGG FÖR ENKOPRES, GÅ TILL AVSNITTET ANOREXIA NERVOSA PÅ SIDAN 26.

Obehag/Plåga

Vad brukade du göra när du råkat ut för en sådan olyckshändelse? Berättade du för din mamma? Din lärare? Vad gjorde de? Visste de andra barnen på skolan om att du ibland råkade ut för sådana olyckshändelser? Hur jobbigt var det för dig när du råkade ut för en sådan olyckshändelse?

Funktionsförmåga: (hemma, skola, kamrater)

Duration (specificera):

2. Uppfyller kriterier för Enkopres:

- A. Bajsar upprepade gånger på olämpliga ställen (ex. i byxorna eller på golvet) avsiktligt eller oavsiktligt;
- B. Åtminstone en gång per månad under minst tre månader;
- C. Kronologisk och mental ålder åtminstone fyra år (eller motsvarande utvecklingsnivå);
- D. Beteendet är inte enbart en följd av droger (t.ex. laxativa) eller är sekundärt till somatisk sjukdom (som en krampsjukdom) utom då förstoppning bidrar som "mekanism".

— UPPFYLLER DSM-IV-KRITERIER FÖR ENKOPRES (AKTUELL). (Skattade 3 ELLER 2 plus funktionsinskränkning).

— UPPFYLLER DSM-IV-KRITERIER FÖR ENKOPRES (TIDIGARE). (Skattade 3 ELLER 2 plus funktionsinskränkning).

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR AKTUELL OCH TIDIGARE ENKOPRES).

ANOREXIA NERVOSA

Börja detta avsnitt med en kort (2-3 minuter) semi-strukturerad intervju för att få information om ätvanor:

Tycker du att du är för tjock?

Har det hänt någon gång att du önskat att du var slankare?

Har du prövat någon typ av diet?

Hur mycket vägde du?

Hur mycket ville du väga?

Om du hade bantat ned dig till den vikten, vilken skillnad tror du att det inneburit för ditt liv?

1. Rädsla att Bli Fet

Har det hänt någon gång att du varit rädd att bli tjock?

Trodde du att du var tjock?

Har du någon gång verkligen varit överviktig?

Var du hela tiden vaksam på vad du åt?

Var du rädd att äta vissa sorters mat för att du var rädd att de skulle göra dig fet?

Vilken sorts mat?

Hur mycket tid tillbringade du med att tänka på mat och att oroa dig för att bli fet?

Om du såg att du gått upp ett halvt eller ett helt kilo, ändrade du då dina matvanor?

Fastade du en dag eller gjorde du något annat?

OBSERVERA: KOM IHÅG DIFFERENTIALDIAGNOSER SOM ÄNGESTSTÖRNING, OCD OCH PSYKOS.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Intensiv och ihållande rädsla att bli fet, något som förekommer trots tidigare vikhistorik och/eller aktuell vikt, lugnande försäkringar, etc. Rädslan har bara måttlig påverkan på beteendet och/eller funktionsförmågan (ex. metoder att minska i vikt används åtminstone en gång per månad, men mer sällan än en gång i veckan).

3 3 3 Tröskel: Intensiv och ihållande rädsla att bli fet, som har allvarlig påverkan på beteendet och/eller funktionsförmågan (ex. konstant upptagen med oro för vikten; eller använder metoder att minska i vikt minst en gång i veckan eller oftare).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Utmärgling

Vikten är proportionellt lägre än idealvikten för längden (se tillväxtkurva).

Om man vid observation får misstanke på utmärgling, måste man väga barnet och lägga in vikten i tillväxtkurvan. Om man tvekar, fråga inte, bara väg barnet.

OBSERVERA: SKATTA INTE POSITIVT OM VIKTFÖRLUSTEN BEROR PÅ MEDICINSKA TILLSTÅND ELLER EN AFFEKTIV STÖRNING.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte..

2 2 2 Under tröskel: Vikten är under 90% av idealvikten.

3 3 3 Tröskel: Vikten är under 85% av idealvikten.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

— OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I AVSNITTET OM ANOREXIA NERVOSA (AKTUELL) I SUPPLEMENT #6, ÄTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I AVSNITTET OM ANOREXIA NERVOSA (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #6, ÄTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— INGA BELÄGG FÖR ANOREXIA NERVOSA.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELL OCH TIDIGARE ANOREXIA NERVOSA).

BULIMIA NERVOSA

1. Metoder för Viktnedgång

Har du någonsin använt dietpiller för att hålla kontroll på din vikt?

Hur är det med laxativa, eller vattendrivande medicin för att gå ner i vikt?

Gjorde du ibland så att du kräktes?

Tränade du mycket för att gå ner i vikt? Mer än vanligt? Hur mycket? Hur många timmar per dag?

Fanns det perioder på åtminstone en vecka då du inte åt något annat än icke-kalorihaltiga drycker (te, dietläsk, kaffe, vatten)?

Kodning:

0 = Information saknas

1 = Föreligger inte

2 = Mera sällan än en gång per vecka

3 = En eller fler gånger per vecka

| | Föräldern AE | Föräldern MAT | Barnet AE | Barnet MAT | Sammantaget AE | Sammantaget MAT |
|---|-------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| a. Använder dietpiller | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| b. Tar laxativa | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| c. Tar vattendrivande mediciner | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| d. Kräks upp maten | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| e. Tränar mycket | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| f. Tar enbart icke-kalorihaltiga drycker under en vecka eller mer | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| g. Kombinerad frekvens metoder att gå ner i vikt | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

BULIMIA NERVOSA

2. Hetsätning eller Hetsätningssattacker

Återkommande avgränsade episoder av okontrollerbara överdrivna hastiga intag av kaloririka födoämnen som går lätt att äta och som varar som mest ett par timmar, under vilka patienten vanligen gömmer sig undan, och som slutar med magsmärter, uppkastningar, eller insomning, och som kan följas av nedstämdhet och sänkt självaktning. En typisk hetsätning uppgår till åtminstone 2000 - 3000 kalorier eller mer.

Har det hänt någon gång att du haft attacker av hetsätning?

Vad är det mesta du ätit på en gång?

Har det någonsin hänt någon gång att du åt så mycket att du kände dig sjuk? Hur ofta har det hänt?

(Försäkra dig om alla detaljer i definitionen).

Vad utlöste en hetsätning?

Vad brukade du vanligen äta när du hetsåt?

Vad är det mesta du ätit när du hetsåt?

Tvingade du någonsin fram en kräkning efter det att du hetsätit?

Hur kände du dig efter det att du hetsätit?

Hetsåt du vanligen ensam eller tillsammans med andra människor?

Visste andra människor om att du hetsåt?

OBSERVERA: SKATTA ENBART POSITIVT HETSÄTNING SOM ÄR PATOLOGISK (d.v.s. dold för familjemedlemmar och kamrater och som åtföljs av depressiv sinnesstämning, och/eller framkallade kräkningar). RÄKNA INTE MED TYPISKA ÅTORGIER HOS TONÅRINGAR (ex. utflykter med vänner för att äta pizza och glass).

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Hetsätning som förekommer mindre ofta än en gång per vecka.
3 3 3 Tröskel: Hetsätning som förekommer en gång per vecka eller mer.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV METODERNA FÖR ATT GÅ NER I VIKT, ELLER PÅ PUNKTEN HETSÄTNING, FYLL I AVSNITTET BULIMI (AKTUELL) I SUPPLEMENT #6, ÄTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV METODERNA FÖR ATT GÅ NER I VIKT, ELLER PÅ PUNKTEN HETSÄTNING, FYLL I AVSNITTET BULIMI (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #6, ÄTSTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR BULIMI.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELL OCH TIDIGARE BULIMIA NERVOSA).

UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET (ADHD)

Bestäm debutåldern för de första ADHD-symptom som förekommit. Om symptomen bibehållits sedan tidig barndom, använd aktuell skattning för att ange symptomens största svårighetsgrad under det föregående året. Skatta symptom som att det tidigare "inte föreligger" såvida inte tidigare episod av symptomatologi följdes av en period på sex månader eller mer under vilken barnet var fri från ADHD-problem.

Om debutåldern för symptomen är efter åtta års ålder, bedöm noggrant förekomst av andra störningar, t.ex. affektiva- eller ångeststörningar.

Hur bedömer föräldern det om man jämför sitt barn/tonåring med andra barn/tonåringar i samma ålder. Fråga också om lärare eller andra personer klagat på eller påpekat speciella symptom eller beteenden.

Om symptomen är episodiska, beakta möjligheten av en affektiv störning eller andra orsaker (ex. alkohol, droger eller medicinska problem).

Om barnet behandlas med läkemedel för ADHD, skatta svårighetsgraden hos symptomen under den värsta perioden före medicinering eller under medicinuppehåll (OBS! För NA-aktiva läkemedel måste uppehållet vara mer än några månader) och markera i marginalen vilka symptom som förbättrades av läkemedlet.

Fråga: Hur länge har _____ varit ett problem? Har det varit problem sedan dagis? Första klass? Startade problemen till och med tidigare?

1. Svårigheter att Bibehålla Uppmärksamhet på Uppgifter eller Lekaktiviteter

F B S

Har det någonsin hänt att du haft svårt att vara uppmärksam i skolan? Påverkade det ditt skolarbete?

0 0 0 Information saknas.

Fick du problem på grund av det?

1 1 1 Föreligger inte.

Brukade dina tankar fara omkring när du gjorde läxan? Hur var det när du lekte eller spelade spel? Kunde du glömma när det var din tur?

2 2 2 Under tröskel: Har ibland svårigheter att bibehålla uppmärksamheten vid uppgifter eller vid lek. Problemet har bara obetydlig effekt på funktionsförmågan.

Brukade lärarna klaga?

3 3 3 Tröskel: Har ofta (4-7 dagar/vecka) svårigheter att bibehålla uppmärksamheten. Problemet har betydande effekt på funktionsförmågan.

OBSERVERA: SKATTNINGEN BASERAS PÅ DATA SOM RAPPORTERAS AV SAGESMAN (ex. lärare eller förälder) ELLER OBSERVATIONER. SKATTA INTE POSITIVT OM SVÅRIGHETERNA BARA FÖREKOMMER UNDER EN AFFEKTIV EPISOD.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Lätt Distraherbar

F B S

Har det hänt någon gång att små distraktioner gjorde det svårt för dig att få tankarna att stanna på det du gjorde?

0 0 0 Information saknas.

Som att om ett annat barn i klassen frågade läraren något medan klassen arbetade tyst, var det då svårt för dig att hålla tankarna kvar på ditt eget arbete?

1 1 1 Föreligger inte.

När du blev störd, som om telefonen ringde, var det svårt att gå tillbaka till det du gjorde innan du blev störd? Har det funnits gånger när du kunnat behålla tankarna på det du gjorde och smäljud och saker inte störde dig?

2 2 2 Under tröskel: Ibland avledbar. Problemet har bara liten effekt på funktionsförmågan.

Hur ofta var sådant ett problem?

3 3 3 Tröskel: Uppmärksamheten störs ofta (4-7 dagar/vecka) av mindre distraktioner som andra barn skulle kunna ignorera. Problemet har betydande effekt på funktionsförmågan.

Brukade läraren klaga på det här?

OBSERVERA: SKATTA UTIFRÅN UPPGIFTER SOM RAPPORTERATS AV INFORMATÖR ELLER PÅ OBSERVATIONER. SKATTA INTE POSITIVT OM DET BARA FÖREKOMMER UNDER EN AFFEKTIV EPISOD.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET (ADHD)

3. Svårigheter att Sitta Still

Var det så någon gång att du jämt gick iväg från din bänk i skolan?
Hamnade du i svårigheter på grund av det?
Var det jobbigt att stanna kvar i din bänk i skolan? Hur var det när ni skulle äta middag?

Föräldrar: När han/hon var liten, kunde ni ta med honom på restaurang eller på någon tillställning?
Var de här prolemlen större än för andra barn i samma ålder?

OBSERVERA: SKATTA UTIFRÅN UPPGIFTER SOM RAPPORTERATS AV INFORMATÖR ELLER PÅ OBSERVATIONER.

Beakta att dessa symptom tenderar att bli bättre med åren. Fråga noggrant om hur det var när han/hon var yngre.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Har ibland svårt att sitta stilla när detta är nödvändigt. Problemet har bara liten effekt på funktionsförmågan.
3 3 3 Tröskel: Har ofta (4-7 dagar/vecka) svårt att sitta stilla när det är nödvändigt. Problemet har betydlig effekt på funktionsförmågan.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4. Impulsivitet

Handlar du innan du tänker, eller tänker innan du handlar?
Har det hänt någon gång att du hamnat i svårigheter på grund av att du gjort det?
Ge mig några exempel.

OBS! DENNA FRÅGA ÄR INTE ETT DSM-IV-KRITERIUM. RÄKNA INTE MED I ANTALET ADHD-SYMPATOM.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Ibland impulsiv. Problemet har bara liten effekt på funktionsförmågan.
3 3 3 Tröskel: Ofta (4-7 dagar/vecka) impulsiv. Problemet har måttlig till allvarlig effekt på funktionsförmågan.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET (AKTUELL) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELL OCH TIDIGARE UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET).

TROTSSYNDROM

Det essenstiella i denna störning är det återkommande mönstret av negativistiskt, trotsigt/trilskt, olydigt och fientligt beteende mot auktoritetsfigurer. Problemet har varat minst sex månader och förekommer oftare än hos andra i jämförbar ålder och utvecklingsnivå.

Beakta differentialdiagnoser som egentlig depression, bipolär störning, ångeststörning, OCD, ADHD, psykos, drogmissbruk och medicinska problem. Beakta också miljöfaktorer.

Medan DSM-IV inte är tydlig på denna punkt, överväg att ställa denna diagnos bara om symptomet föreligger i mer än en situation (d.v.s. hemma och skolan) och överväg diagnosen störning i föräldra-barnrelationerna när symptomen BARA förekommer hemma.

1. Humörutbrott

*Har det hänt någon gång att du lätt blev upprörd och blev riktigt irriterad?
Behövdes det mycket för att du skulle bli arg? Hur ofta blev du riktigt arg eller sur
och tappade humöret?*

För att försäkra dig om att det är ett humörutbrott, fråga:
*Var någonstans brukar du få ett riktigt utbrott?
Vad gör du när du får ett riktigt rejält utbrott?*

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Ibland humör utbrott. Utbrotten är allvarigare och förekommer oftare än ett typiskt barn i hans/hennes ålder (**minst en gång per vecka**).
3 3 3 Tröskel: Mindre allvarliga utbrott dagligen eller allvarliga humörutbrott 2 - 5 gånger per vecka.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Grälar Mycket med Vuxna

*Har det varit så någon gång att du grälat mycket med vuxna, käftat emot, varit uppstudsigt?
Mot dina föräldrar eller lärare?
Vilka sorts saker brukade du gräla med dem om?
Grälade du mycket med dem?
Hur svåra blev grälen?*

OBSERVERA: GRÄLANDET INNEFATTAR EN OVILLIGHET ATT KOMPROMISSA, GE EF-TER, ELLER FÖRHANDLA MED VUXNA ELLER MED KAMRATER.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Grälar ibland med föräldrar och/eller lärare. Grälen är allvarigare och förekommer oftare än för ett typiskt barn i hans/hennes ålder.
3 3 3 Tröskel: Grälar ofta med föräldrar och/eller lärare. Dagligen eller nästan dagligen (**4-7 dagar/vecka**).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

TROTSSYNDROM

3. Lyder inte Regler/Trotsar eller vägrar följa vuxnas krav/begäran

F B S

Händer det att du med vilje trotsar eller inte lyder reglerna hemma? I skolan? Hur ofta?

Tycker du att dina föräldrar/lärare ber dig göra saker som du inte skall behöva göra? Vilka saker då?

Fråga tonåringar följande saker:

Hur ofta klarar du dig undan utan att hamna i svårigheter eller att det blir upptäckt? Får det dig att hamna du i svårigheter (klistret)?

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Trotsar ibland aktivt eller vägrar vuxnas krav eller regler (ex. vägrar göra uppgifter i hemmet). Olydig oftare än ett typiskt barn i hans/hennes ålder.
3 3 3 Tröskel: Trotsar ofta aktivt eller vägrar följa vuxnas krav eller regler. Dagligen eller nästan dagligen (4-7 dagar per vecka).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I AVSNITTET TROTSSYNDROM (AKTUELL) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FYLL I AVSNITTET TROTSSYNDROM (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR TROTSSYNDROM.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELL OCH TIDIGARE UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING MED HYPERAKTIVITET).

UPPFÖRANDESTÖRNING

De essentiella dragen i en uppförandestörning är ett återkommande och varaktigt beteendemönster där personen bryter mot andra människors grundläggande rättigheter eller väsentliga regler för socialt umgänge som motsvarar åldern. Åtminstone tre beteenden måste funnits under de föregående 12 månaderna och att åtminstone ett beteende funnits under de senaste sex månaderna.

Beakta differentialdiagnoser som bipolär störning, egentlig depression, ADHD, psykos eller drogmissbruk.

Om symptomen bara förekommer under en affektiv episod, överväg att inte ställa båda diagnoserna. Det kan emellertid, vid kronisk depression/dystymi, vara omöjligt att särskilja dem, varför du kanske måste ställa båda diagnoserna.

1. Ljuger

Alla ljuger någon gång. En del ljuger för att de gillar att överdriva, andra för att inte råka illa ut, medan andra gör för att lura eller bedra andra.

Händer det att du ljuger?

Vilken sorts lögner brukar du använda?

För vem brukar du ljuga?

Har folk någonsin kallat dig lögnare?

Vilken är den värsta lögn du någonsin sagt?

Ljög du för att få andra människor att göra saker för dig?

Ljög du för att slippa betala tillbaka pengar eller en tjänst du var skyldig?

Har någon någonsin kallat dig för bedragare?

Klagat på att du brukar bryta löften?

Hur ofta brukade du ljuga?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Ljuger ibland. Ljuger oftare än ett typiskt barn i hans/hennes ålder. En till fyra gånger per månad under tre eller fler månader.

3 3 3 Tröskel: Ljuger ofta, flera gånger i veckan eller mer (**för att bedra och lura**).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: SKATTA BARA POSITIVT BELÄGG FÖR ATT LJUGA MED AVSIKT ATT BEDRA ELLER LURA.

2. Skolk

Har det hänt någon gång att du skolkade och var borta från skolan en hel dag utan att dina föräldrar visste om det?

Har det hänt att du gick till skolan och gick från skolan tidigt innan du egentligen fick? Händet det att du kom för sent?

Var det ibland så att du inte gick på några lektioner på morgonen?

Hamnade du i svårigheter för det? Hur ofta?

För tonåringar: *Hur gammal var du när du började skolka första gången?*

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Skolkning vid en isolerad händelse.

3 3 3 Tröskel: Skolkat vid flera tillfällen (**ex. två eller fler gånger eller många**).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: SKATTA BARA POSITIVT OM SKOLKANDET BÖRjade FÖRE 13 ÅRS ÅLDER. DESSUTOM, SKOLK HANDLAR OM ATT MISSA DELAR AV ELLER HELA SKOLDAGAR. OAVSETT FÖRÄLDERNS FÖRMÅGA ATT SE TILL ATT BARNET GÅR I SKOLAN.

UPPFÖRANDESTÖRNING

3. Startar Slagsmål

Har det ofta hänt att du hamnat i slagsmål med knytnävar?
Vem brukade starta slagsmålen?
Vilket är det värsta slagsmål du hamnat i? Vad var det som hände? Blev någon skadad?
Vem brukade du slåss med?
Har du någonsin slagit en lärare? Någon av dina föräldrar? Någon annan vuxen?
Hur ofta brukade du slåss?
Har du någonsin försökt eller velat döda någon?

Är du eller någon av dina vänner med i en ungdomsliga? Motorcykelgäng? Något annat sådant gäng?

- Markera här om belägg för avsikt att mörda.

 Markera här om belägg för involverad i kriminellt gäng.

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Slåss enbart med kamrater. Inget slagsmål har resulterat i allvarlig skada på kamrat (ex. Har ej behövts medicinsk intervention, sys, etc.).
3 3 3 Tröskel: Rapporterar att varit inblandad i minst ett slagsmål med vuxen (t.ex. lärare eller förälder) ELLER rapporterar att han/hon varit i ett eller flera slagsmål som resulterat i allvarlig skada på kamrat eller många slagsmål som inte lett till att någon skadats (startar slagsmål minst 1-2 gånger i månaden).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4. Mobbar, Hotar eller Skrämmar Andra

Brakar du mobba andra ungar/ungdomar eller hota dem för att få dem att göra det du vill?

Hur ofta har du gjort någon av de här sakerna?

- _____ Kallat dem kränkande saker/namn (t.ex. fitta, svartskalle) eller hånat dem.
_____ Hotat att ge dem stryk.
_____ Knuffat dem.
_____ Lagt krokben för dem.
_____ Slagit böcker/telefoner eller annat ur händerna på dem.
_____ Tvingat dem att göra saker för dig.
_____ "Bötat" dem (d.v.s. utpressning mot hot om våld eller dylikt).

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte.
2 2 2 Under tröskel: Mobbar, hotar, eller trakasserar andra ibland.
3 3 3 Tröskel: Mobbar, hotar, skrämmar eller trakasserar andra vid flera tillfällen eller nästan dagligen eller åtminstone flera gånger i veckan.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: RÄKNA INTE MED SYSKONRIVALITET AV MER TRIVIAL TYP.

UPPFÖRANDESTÖRNING

5. Icke-Aggressiv Stöld

Under det sista året, har du stulit något?

Vad är den dyraste sak du stulit?

Vilka andra saker har du stulit? Från vem? Från vilka affärer?

Har du stulit en leksak från en affär? Pengar från din mamma? Något annat?

Hur ofta har du stulit saker?

OBSERVERA: RÄKNA ENBART STÖLDER AV ICKE-TRIVIALT VÄRDE (EX. 200 KR ELLER MER). UNDANTAG: UPPREPADE STÖLDER UTANFÖR HEMMET ÄVEN AV MINDRE VÄRDE.

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Under tröskel: Har stulit utan att konfronteras med offret vid bara ett tillfälle.

3 3 3 Tröskel: Har stulit utan att konfronteras med offret vid två eller fler tillfällen.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet UPPFÖRANDESTÖRNING (AKTUELLT) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet UPPFÖRANDESTÖRNING (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #4, BETEENDESTÖRNINGAR, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR UPPFÖRANDESTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE UPPFÖRANDESTÖRNINGAR: NOTERA OM INBLANDAD I UNGDOMSLIGA).

TOURETTES SYNDROM (TICS)

1. Motoriska Tics

F B S

Har det hänt att du märkt att dina muskler rört sig på ett sätt som du inte ville, eller som du inte väntat dig?

0 0 0 Information saknas.

Som att lyfta på ögonbrynen (demonstrera), blinka en massa (demonstrera), rynka på näsan (demonstrera), rycka på axlarna (demonstrera), eller röra på huvudet så här (demonstrera)?

1 1 1 Föreligger inte.

Har du någonsin blinkat en massa eller väldigt hårt och inte kunnat sluta? Ungefär hur ofta brukade det hända?

2 2 2 Under tröskel: Specifika tics förekommer ibland, inte dagligen. Om skurar av tics förekommer, är de korta och förekommer sällan.

3 3 3 Tröskel: Specifika tics förekommer många gånger under en dag, nästan dagligen eller i perioder under ett års tid.

OBSERVERA: SKATTA BASERAT BÅDE PÅ RAPPORT OCH OBSERVATION.

TIDIGARE:

Skatta inte positivt om det bäst förstås som tvångshandlingar eller stereotypa rörelser vid PDD/ASD.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Vokala tics

F B S

Har det hänt någon gång att du gjorde ljud som du inte ville, upprepade ljud eller ord som du inte ville säga?

0 0 0 Information saknas.

Som att snörvla, fnysa, hosta eller harkla dig när du inte var förkyld?

1 1 1 Föreligger inte.

Gjorde djurläten eller grymtande läten, eller till och med upprepade saker som du eller andra människor sade?

2 2 2 Under tröskel: Specifika tics förekommer ibland, inte dagligen. Om skurar av tics förekommer, är de korta och förekommer sällan.

3 3 3 Tröskel: Specifika tics förekommer ofta under en dag, nästan dagligen, eller i perioder under ett år eller mer.

OBSERVERA: SKATTA BASERAT PÅ RAPPORT OCH OBSERVATION.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ PUNKTERNA MOTORISKA ELLER VOKALA TICS, Fyll i AVSNITTET TICSSTÖRNINGAR (AKTUELL) I SUPPLEMENT #7, TOURETTES SYNDROM, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ PUNKTERNA MOTORISKA ELLER VOKALA TICS, Fyll i AVSNITTET TICSSTÖRNINGAR (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #7, TOURETTES SYNDROM, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR TICSSTÖRNING.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIG AKTUELLA OCH TIDIGARE TICSSTÖRNINGAR).

AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR

Genomgripande störningar i utvecklingen karaktäriseras av allvarlig och genomgripande inskränkt funktionsförmåga inom flera utvecklingsområden: färdigheter i ömsesidigt socialt samspel; förmåga att kommunicera; eller förekomsten av stereotyp beteende, insnävade intressen och aktiviteter. De kvalitativt annorlunda funktionsinskränkningar som definierar dessa tillstånd skall vara tydligt avvikande sett i förhållande till individens allmänna utvecklingsnivå eller mentala ålder.

OBSERVERA:

- 1) Dessa störningar är vanligen märkbara tidigt i livet. Kom ihåg att för varje fråga nedan skaffa upplysningar om varaktigheten av symptomet och om det fanns närvarande tidigt i livet. Det är också av särskild vikt att du som undersökare sammanställer dina egna observationer under intervjun med övriga uppgifter i den sammantagna bedömningen (S).
- 2) Om barnet/ungdomen förnekar, men föräldrarna rapporterar ett symptom och/eller du själv observerar det medan du intervjuar barnet. lägg större vikt vid föräldrarnas eller dina egna observationer än barnets självrapportering eftersom han/hon kanske inte själv är medveten om problemet.
- 3) När du bedömer varje symptom här nedan, överväg om det inte bättre förklaras av någon annan störning (huvudsakligen OCD, ADHD, psykos, mental retardation, svår social ångest etc.) eller en medicinsk eller neurologisk sjukdom. Ta också barnets mentala utvecklingsnivå i beaktande, normala beteenden och känslor, om barnet försumrats eller utsatts för övergrepp liksom barnets och familjens kulturella bakgrund.
- 4) Kom ihåg att skatta symptomet som närvarande om du själv observerar det under intervjun. Till exempel kan föräldern och/eller barnet förneka att barnet har udda rörelsemönster samtidigt som barnet håller på att flaxa/fladdra med sina händer eller går på tå konsekvent ständigt när han/hon är inne på ditt kontor. Föräldrar och barn kanske rapporterar att han är väldigt socialt trevlig, vänlig och har bra förmåga till icke-verbal kommunikation, samtidigt som du inte alls observerar detta under intervjun. I ett sådant fall måste du vänligt uppmärksamma föräldern på detta. Du kan till exempel säga: "Under intervjun lade jag märke till att [barnet] inte tittar, eller undviker se på mig (eller jag såg att han/hon rörde händerna på det eller det sättet), är det här något nytt eller har du och andra märkt det?"

OBSERVERA: I DE FLESTA KSADS-PL-SEKTIONER FINNS GOTT OM EXEMPEL PÅ INTERVJUFRÅGOR TILL BARNEN FÖR ATT FÅ FRAM UPPGIFTER OM SYMPTOMEN. DENNA SEKTION HAR EXEMPEL PÅ FRÅGOR RIKTADE TILL FÖRÄLDRARNA EFTERSOM MAN FÖRMODAR ATT FÖRÄLDRARNA ÄR DE BÄSTA INFORMANTERNA KRING DESSA BETEENDEN, OCH ATT MÅNGA BARN MED AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR INTE HAR INSIKT OM ATT SYMPTOMEN FINNS ELLER ATT DE HAR BETYDELSE. DESSA FRÅGOR SKALL OCKSÅ STÄLLAS TILL BARNEN MEN MAN MÅSTE LÄGGA STÖRRE VIKT VID FÖRÄLDRARNAS UPPGIFTER OCH PÅ INTERVJUARENS OBSERVATIONER NÄR MAN BEDÖMER FRÅGORNA.

1. Försenad Utveckling av Kommunikationsförmågan

F B S

Ålder för första ord: *Hur gammalt var ditt barn när han/hon första gången använde ett ord, utöver "mamma" eller "pappa"?*
Minns du det första ord han/hon använde för att uttrycka något?

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte. Inga belägg för försenad språkutveckling.
2 2 2 Under tröskel: Använde enstaka ord eller meningar inom tre månader från normal tid.
3 3 3 Tröskel: Utvecklar användning av enstaka ord eller meningar mer än tre månader senare än normalt.

OBSERVERA: INKLUDERA INTE ORDEN "MAMMA" ELLER "PAPPA" NÄR DU BEDÖMER ENSTAKA ORD. INKLUDERA ALLA ANDRA SPONTANA LJUD SOM LIKNAR RIKTIGA ORD. VID NORMAL UTVECKLING KOMMER ENSTAKA ORD FÖRE 24 MÅNADERS ÅLDER OCH MENINGAR FÖRE 33 MÅNADER.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

Ålder — enstaka ord:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

månader

Ålder — meningar:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

månader

2. Stereotypa och Repetitiva Vanor/Rörelser

F B S

Föräldern: *Har ditt barn lite ovanliga rörelser som att flaxa med händerna, gunga med huvudet eller kroppen? Brukar han/hon snurra runt?*
Kan bli väldigt upptagen med att vicka på fingrarna?

- 0 0 0 Information saknas.
1 1 1 Föreligger inte. Inga ovanliga hand- eller fingerrörelser
2 2 2 Under tröskel: Ett fåtal isolerade händelser, som förekommer sällan.
3 3 3 Tröskel: Förekommer ibland eller mer ofta.

Barnet: *Tycker du om att titta på dina fingrar när du vickar på dem?*
Känner du dig lugnare om du får gunga fram och tillbaka när det inte känns bra?
Brukar folk säga till dig att bli stilla eller sluta snurra runt?

OBSERVERA: BEDÖM BASERAT PÅ FÖRÄLDRERNES OCH BARNETS RAPPORTERING LIKSOM PÅ DINA EGNA OBSERVATIONER.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

3. Håller oflexibelt fast vid speciella rutiner eller ritualer

Föräldern: Är ditt barn oflexibel och har svårt att stå ut med små förändringar i planer eller vanor/rutiner som man inte skulle förvänta sig orsaka ett problem (som att köra till skolan en annan väg, gå nerför gångarna i affären en annan väg, eller att ha en familjepicknick nere på vardagsrumsgolvet istället för att äta vid bordet)?

Försöker du anstränga dig hårt för att undvika förändringar i era vanor för att ditt barn inte ska bli upprörd?

Har han/hon varit sådan ända sedan före femårsåldern?

Till exempel: När ditt barn växer ur sina kläder, är han/hon emot att ta på sig nya kläder du köpt/skaffat?

Hatar ditt barn förändringar i rutiner, som att om han/hon brukar bada eller klä på sig vid en viss tidpunkt och det inte går av något skäl, blir han/hon väldigt upprörd då?

Barnet: Blir du väldigt upprörd när det blivit en oväntad förändring i dina planer eller det sätt som du brukar göra saker på? Som att skolan börjar lite senare än vanligt, eller att middagen börjar tidigare än ni brukar äta eller om du måste åka hem en annan väg än den du brukar åka?

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte. Flexibilitet inom normalområdet
- 2 2 2 Under tröskel: Bara litet oflexibel, eller inflexibiliteten fanns inte i tidig barndom.
- 3 3 3 Tröskel: Betydande och ihållande rigitt fasthållande vid rutiner och ritualer och som leder till att han/hon blir upprörd vid förändringar. Beteendemönstret har funnits sedan tidig barndom.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

4. Ihållande upptagen med ett eller flera stereotypa och begränsade intressen

Oftast tar de sig primärt uttryck i utvecklingen av en omfattande upptagenhet av ett begränsat ämne eller intresse, omkring vilket personen kan samla en massa fakta och information. Dessa intressen och aktiviteter bedrivs med stor intensitet vanligen med följden att andra aktiviteter exkluderas. Bedöm fokus och/eller intensitet.

Föräldern: Har ditt barn intressen som inte är vanliga bland andra barn i hans/hennes ålder, som fläktar eller värmeelement?

Har han/hon memorerat ovanliga fakta som busstidtabeller, historiska fakta, eller någon annan sorts fakta som upptar honom/henne dagligen?

Har ditt barn en speciell aktivitet som han/hon är mycket fokuserad på?

Tycker du att han/hon är alltför "besatt av" vissa aktiviteter eller intressen bortom vad man kan förvänta sig i hans/hennes ålder?

Barnet: Finns det något särskilt som du verkligen är intresserad av eller som du verkligen tycker om att prata om, läsa om eller göra? Kan du berätta om det?

F B S

- 0 0 0 Information saknas.
- 1 1 1 Föreligger inte.
- 2 2 2 Under tröskel: Ovanlig upptagenhet som inte orsakar betydande inskränkning i funktionsförmågan eller tar ovanligt mycket tid.
- 3 3 3 Tröskel: Klart upptagen med en eller flera stereotypa och begränsade mönster för intressen som är abnormala, antingen i sin intensitet eller sitt innehåll. Orsakar betydande inskränkning i social funktionsförmåga eller begränsar deltagande i andra aktiviteter.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

OBSERVERA: BEDÖM SOM POSITIVT OM DET INTE PASSAR IN FÖR ÅLDERN ELLER BARNETS KULTUR, OCH OM DET ÄR ÖVERDRIVET. RÄKNA INTE MED UPPTAGENHET MED VIDEOPEL ELLER DATORPEL HÄR.

Skatta inte positivt om beteendet ingår som en del i en annan störning såsom OCD eller en psykosjukdom.

AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR

5. Markant försämrat Icke-Verbalt Beteende

F B S

Ögonkontakt: *Måste du ofta påminna ditt barn om att se på dig eller på andra personer han/hon pratar med?*

0 0 0 Information saknas.

Ansiktsuttryck: *Visar ditt barn de vanliga ansiktsuttrycken?*

1 1 1 Föreligger inte. Inga problem inom området.

Kan du se glädje i hans/hennes ansikte när han/hon är glad?

Ser han/hon sur eller ledsen ut när han/hon är ledsen?

2 2 2 Under tröskel: Subtila problem inom ett eller flera områden som är tydlig för familjemedlemmar eller kliniker men inte för lärare eller klasskamrater.

Kan han/hon visa lite ovanligare ansiktsuttryck som förvåning, intresse eller skuld?

Gester: *När han/hon var i förskole- eller koltåldern, brukade ditt barn använda vanliga gester som att peka för att visa intresse, klappa händerna när han/hon var glad, och nicka för att säga "ja"?*

3 3 3 Tröskel: Problem inom en eller flera aspekter av icke-verbala beteenden och som orsakar inskränkning i den sociala funktionsförmågan.

För skolbarn och tonåringar: *Använder han/hon gester för att hjälpa till med att visa hur något fungerar eller medan han/hon förklarar något?*

TIDIGARE:

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| F | B | S |

Markera problematiska områden för icke-verbala beteenden:

- Ögonkontakt Mimik Gester

— OM FÅTT 3 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV PUNKTERNA OVAN, FYLL I AVSNITTET AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR (AKTUELL) I SUPPLEMENT #8, ASPERGERS SYNDROM, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— OM FÅTT 3 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ PUNKTERNA AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR, FYLL I AVSNITTET AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #8, ASPERGERS SYNDROM, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— INGA BELÄGG FÖR AUTISMSPEKTRUMSTÖRNINGAR.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE ASPERGERS SYNDROM/PDD NOS)

CIGARETT/TOBAKSBRUK

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

| | Förälder | Barn | Sammantaget |
|--|----------|-------|-------------|
| 1. <u>Bruk</u> | | | |
| A. Någonsin rökt | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| B. Någonsin tuggat tobak | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| C. Någonsin snusat | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| D. Någonsin rökt (eller tuggat) eller snusat dagligen under en månad eller mer | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |

Anteckningar:

— OM NÅGONSIN RÖKT CIGARETTER, Fyll i frågorna nedan.

— OM INGA BELÄGG FÖR CIGARETTBRUK, GÅ TILL AVSNITTET ALKOHOLBRUK PÅ FÖLJANDE SIDA.

| | Förälder | Barn | Sammantaget |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| 2. <u>Storlek på cigarettbruk</u> | | | |
| A. Aktuellt bruk (cigaretter eller snusprillor/dag) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| B. Största omfattning på bruk (cigaretter eller snusprillor/dag) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vid ålder: <input type="text"/> | | | |
| 3. <u>En cigarett/snusprilla per dag eller mer</u> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| Ålder vid första regelbundna bruk: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. <u>Någonsin försökt att sluta</u> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| 5. <u>Någonsin slutat</u> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| Om Ja, skatta längst # månader: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anteckningar:

ALKOHOLBRUK

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

Börja detta avsnitt med en kort (2-3 minuter) semi-strukturerad intervju för att få information om dryckesvanor.

Frågor:

Hur gammal var du när du drack alkohol första gången? (Tog din första drink?)

Vad tycker du bäst om att dricka?

Har du kompisar som du brukar dricka tillsammans med, eller dricker du oftast ensam?

Var brukar du dricka? Hemma? Fester? Hemma hos en god vän? Ute på gatan? Krogar?

Finns det speciella tillfällen när det är mer troligt än annars att du dricker? Skoldanser eller andra fester?

Hur gammal var du när du började dricka regelbundet, säg två glas eller fler per vecka?

Har det under de sista sex månaderna varit åtminstone en vecka då du druckit åtminstone två glas?

| | Förälder | Barn | Sammantaget |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. <u>Bruk</u> | | | |
| A. Drack två glas under en vecka fyra eller fler gånger. <i>(Ett glas är ekvivalent med en 33 CL flaska öl, 15 CL glas med vin eller 4 CL starksprit).</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| B. Ålder för första regelbundna bruk (år). | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C. Aktuell frekvens drickande (dagar per månad). | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D. Har det hänt att du druckit tre eller fler glas under samma dag? | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| 2. <u>Drickandet medfört problem</u> | | | |
| Har ditt drickande någonsin ställt till med problem hemma? Med föräldrarna? Med ditt skolarbete? Med dina lärare? Med dina vänner? Med ett jobb? Har du någonsin råkat illa ut när du druckit? | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| 3. <u>Fått behandling för alkoholproblem.</u> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |

— OM FÅTT 2 POÄNG PÅ FÖREGÅENDE TVÅ PUNKTER, FORTSÄTT MED FRÅGORNA PÅ FÖLJANDE SIDA.

— OM INGA BELÄGG FÖR AKTUELLT ELLER TIDIGARE ALKOHOLBRUK, GÅ TILL AVSNITTET DROGBRUK PÅ SIDAN 43.

ALKOHOLMISSBRUK

1. Kvantitet

A. Hur mycket brukar du vanligen dricka när du dricker?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 En/ett till två drinkar/glas vin (starköl).

2 2 2 Tre eller fler drinkar/glas vin (starköl).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

B. Vad är det mesta du druckit under en enda dag? När var det?
Hur har det varit under det senaste halvåret?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 En/ett till två drinkar/glas vin (starköl).

2 2 2 Tre eller fler drinkar/glas vin (starköl).

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

2. Frekvens

Vilket är det flesta antal dagar under en vecka som du druckit?
Dricker du oftast fredag och lördag kväll? Mitt i veckan också?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 En till två dagar.

2 2 2 Tre eller fler dagar.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

3. Andra Oroar sig över Drickandet

Har någon någonsin klagat på ditt drickande? Vänner? Föräldrar? Lärare?
Har du själv någonsin oroat dig över det över huvud taget?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Nej.

2 2 2 Ja.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

— OM FÅTT 2 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV OVANSTÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet om ALKOHOLMISSBRUK (AKTUELLT) i SUPPLEMENT #5, ALKOHOL- OCH DROGMISSBRUK, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— OM FÅTT 2 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV OVANSTÅENDE PUNKTER, Fyll i avsnittet om ALKOHOLMISSBRUK (TIDIGARE) i SUPPLEMENT #5, ALKOHOL- OCH DROGMISSBRUK, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.

— INGA BELÄGG FÖR ALKOHOLMISSBRUK.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGT AKTUELLT OCH TIDIGARE ALKOHOLMISSBRUK).

DROGBRUK

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

Innan man startar detta avsnitt, skall man ge Intervjupersonen listan med droger som finns med i slutet av screeningintervjun. Påminn barnet/tonåringen om intervjuens konfidentiella natur innan man påbörjar följande frågor (om tillämpligt).

1. Drogbruk

Berätta om du använt någon av drogerna på denna lista, även om du bara provat dem en gång. Vilka har du använt?

| | Förälder Någonsin | Barn Någonsin | Sammantaget Någonsin |
|--|----------------------|------------------|-------------------------|
| a. Cannabis <i>Marijuana, hasch, THC</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| b. Stimulantia <i>Speed, uppåttjack, amfetamin, dexedrine, dietpiller, crystal meth</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| c. Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika <i>Barbiturater (sedativa, nedåttjack), Benzodiazepiner, Rohypnol/Roppor, quaalude (ludes), valium, ibrium, xanor</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| d. Kokain <i>Kokain, crack</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| e. Opoider <i>Heroin, rökheroin, morfin, kodein, metadon</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| f. PCP <i>Angel dust</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| g. Hallucinogener <i>Psykedeliska droger, LSD, mescaline, peyote</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| h. Lösningssmedel/Inhalantia <i>Lim, solution, bensin, tri, tändargas kloroform, eter, färg</i> | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| i. Andra <i>Receptbelagda mediciner, kväveoxid (nitrous oxide), ecstasy, MDA, GHB etc.</i> Specificera: _____ | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| j. Blandbruk av droger (Fråga om blandbruk av alla drogerna som listats) | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |

— OM ANVÄNT NÅGON DROG, FYLL I PUNKTERNA PÅ FÖLJANDE SIDA.

— OM INGA BELÄGG FÖR AKTUELLT ELLER TIDIGARE DROGBRUK, GÅ TILL AVSNITTET OM POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM PÅ SIDAN 46.

DROGMISSBRUK

1. Frekvens

Under de senaste sex månaderna, vad är det mesta du använt _____?
 Varje dag eller nästan varje dag under åtminstone en vecka? Mer? Mindre?
 Fanns det någon period när du använde _____ mer?

Kodning:

- 0 = Information saknas
- 1 = Föreligger inte
- 2 = Mindre ofta än en gång per månad
- 3 = Oftare än en gång per månad

| | Föräldern AE | Föräldern MAT | Barnet AE | Barnet MAT | Sammantaget AE | Sammantaget MAT |
|--|-----------------|------------------|--------------|---------------|-------------------|--------------------|
| a. Cannabis <i>Marijuana, hasch, THC</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| b. Stimulantia <i>Speed, uppåttjack, amfetamin, dexedrine, dietpiller, crystal meth</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| c. Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika <i>Barbiturater (sedativa, ned-åttjack), Benzodiazepiner, Rohypnol/Ropor, quaalude (ludes), valium, ibrium, xanor</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| d. Kokain <i>Kokain, crack</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| e. Opoider <i>Heroin, rökheroin, morfin, kodein, metadon</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| f. PCP <i>Angel dust</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| g. Hallucinogener <i>Psykedeliska droger, LSD, mescaline, peyote</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| h. Lösningemedel/Inhalantia <i>Lim, solution, bensin, tri, tändargas, kloroform, eter, färg</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| i. Andra <i>Receptbelagda mediciner, kväveoxid (nitrous oxide), ecstasy, MDA, GHB etc.</i> | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| j. Blandmissbruk av droger | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

DROGMISSBRUK

2. Problem relaterade till bruk/missbruk

Har din användning av _____ någonsin lett till problem hemma?
Med skolarbetet? Med lärarna? Med vänner? Med polisen?

F B S

0 0 0 Information saknas.

1 1 1 Föreligger inte.

2 2 2 Föreligger.

TIDIGARE:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | B | S |

- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ PUNKTEN AKTUELL FREKVENNS FÖR NÅGON DROG, FYLL I AVSNITTET DROGMISSBRUK (AKTUELL) I SUPPLEMENT #5, ALKOHOL- OCH DROGMISSBRUK, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- OM FÅTT 3 POÄNG PÅ PUNKTEN TIDIGARE FREKVENNS FÖR NÅGON DROG, FYLL I AVSNITTET DROGMISSBRUK (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #5, ALKOHOL- OCH DROGMISSBRUK, NÄR SCREENINGINTERVJUN FÄRDIGSTÄLLTS.
- INGA BELÄGG FÖR DROGMISSBRUK.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGT AKTUELLT OCH TIDIGARE DROGMISSBRUK).

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

1. Traumatiska Händelser

Fråga:

Jag kommer att fråga dig om flera svåra saker som kan hända barn/ungdomar i din ålder, och jag vill att du ska berätta för mig om någon av de sakerna någonsin hänt dig. Berätta, även om det bara hänt en gång.

| Kriterier | | Förälder Någonsin | Barn Någonsin | Sammantaget Någonsin |
|--|--|----------------------|------------------|-------------------------|
| A. Bilolycka | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin råkat ut för en svår bilolycka? Vad hände? Skadades du? Blev någon annan i bilen skadad?</i> | Betydande bilolycka i vilken barnet eller någon annan person i bilen skadades eller behövde medicinsk åtgärd. | | | |
| B. Annan Olyckshändelse | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin råkat ut för någon annan svår olycka? Kanske en cykelolycka? Annan sorts olycka? Vad var det som hände? Blev du skadad?</i> | Betydande olyckshändelse i vilken barnet skadades och behövde medicinsk åtgärd. | | | |
| C. Brand | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin råkat ut för en allvarlig brand? Har huset du bor i eller skolan någonsin börjat brinna? Har det hänt att du själv startat en eld som du tappade kontrollen över? Vad var det som hände? Blev någon skadad? Blev mycket förstört?</i> | Barnet nära vittne till brand som orsakade betydande skador på egendom eller måttliga till allvarliga kroppsliga skador. | | | |
| D. Bevitnat Katastrof | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin råkat ut för en riktigt allvarlig storm, som en orkan eller tornado? Har du någonsin hamnat i en översvämning med så djupt vatten att man måste simma?</i> | Barnet bevitnade naturkatastrof som orsakade betydande förstörelse. | | | |

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

1. Traumatiska Händelser (forts.)

Fråga:

Jag kommer att fråga dig om flera svåra saker som kan hända barn/ungdomar i din ålder, och jag vill att du ska berätta för mig om någon av de sakerna någonsin hänt dig. Berätta, även om det bara hänt en gång.

| Kriterier | Förälder Någonsin | Barn Någonsin | Sammantaget Någonsin |
|---|--|------------------|-------------------------|
| E. Vittne till Våldsbrott | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin sett någon råna eller skjuta någon?</i> <i>Sjåla från en affär eller attackera någon?</i> <i>Ta någon gisslan? Vad var det som hände?</i> <i>Var du när det här hände?</i> <i>Blev någon skadad?</i> | Barnet nära vittne till hotfullt eller våldsamt brott. | | |
| F. Offer för Våldsbrott | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har någon någonsin rånat dig eller attackerat dig på något annat sätt? Vad hände? Blev du skadad?</i> <i>Har du någonsin blivit utsatt för bötning (utpressning med hot om stryk)?</i> | Barnet offer för allvarligt hot eller våldsbrott. | | |
| G. Konfronterad med Traumatiska Nyheter | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin fått riktigt dåliga nyheter helt oväntat? Som att få veta att någon du älskar precis dött eller var sjuk och aldrig skulle bli bättre?</i> | Fick vetskap om plötsligt, oväntat dödsfall av en älskad person, eller att personen har livshotande sjukdom. | | |
| H. Trauma som Relaterar till Terrorism | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin varit i närheten av en terrorist-attack som t.ex. den elfte september i New York?</i> | Någon älskad person har saknats under längre tid, skadats eller dödats i terroristattack. | | |

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

1. Traumatiska Händelser (forts.)

Fråga:

Jag kommer att fråga dig om flera svåra saker som kan hända barn/ungdomar i din ålder, och jag vill att du ska berätta för mig om någon av de sakerna någonsin hänt dig. Berätta, även om det bara hänt en gång.

| Kriterier | | Förälder Någonsin | Barn Någonsin | Sammantaget Någonsin |
|--|--|----------------------|------------------|-------------------------|
| I. Trauma från Liv i Krigszon | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har du någonsin levt i en krigszon? Varit med om att ditt hem attackerats? Blivit vittne till att människor dödats eller våldtagits? Sett allt runt dig börja brinna?</i> | Levt i krigszon. Blivit vittne till död och massförstörelse. | | | |
| J. Bevittnat Våld i Hemmet | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Föräldrarna till en del barn har otäcka gräl. De kallar varandra fula namn, kastar saker, hotar att man ska göra något hemskt med den andre, eller kan ibland verkligen göra varandra illa. Har dina föräldrar (mamma/pappa och hans/hennes sambo/partner) någonsin hamnat i riktigt otäcka bråk? Berätta om det värsta bråk du minns att dina föräldrar haft! Vad hände?</i> | Barnet vittne till explosiva bråk som involverar hot mot eller faktisk skada på föräldern. | | | |
| K. Fysiskt Övergrepp | | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
| <i>Har det hänt att föräldrarna slagit dig när de blivit riktigt arga på dig? Har du någonsin blivit slagen så att du fått blåmärken eller märken på kroppen eller skadad på något sätt? Vad hände? Om övergrepp framkommer: Har de sociala myndigheterna haft kontakt med din familj? Varför?</i> | Blåmärken åsamkats vid mer än ett tillfälle, eller åsamkats mer allvarlig skada. | | | |

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

1. Traumatiska Händelser (forts.)

Fråga:

Jag kommer att fråga dig om flera svåra saker som kan hända barn/ungdomar i din ålder, och jag vill att du ska berätta för mig om någon av de sakerna någonsin hänt dig. Berätta, även om det bara hänt en gång.

| Kriterier | Förälder Någonsin | Barn Någonsin | Sammantaget Någonsin |
|-----------|----------------------|------------------|-------------------------|
| | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |

L. Sexuellt Övergrepp

*Har någon någonsin rört dig på könet när de inte borde gjort det? Vad hände?
Har någon någonsin rört vid dig på ett sätt som fått dig att må dåligt? Har någon som inte borde fått dig att klä av dig, rört vid dig mellan benen (alt. rört vid könet), fått dig att lägga dig i sängen med honom/henne eller fått dig att röra vid hans/hennes kön?*

Isolerad eller upprepad incident med genital beröring/smekning, oralsex, eller vaginalt eller analt samlag.

Om övergrepp framkommer: *Har de sociala myndigheterna haft kontakt med din familj? Varför?*

M. Annat

Är det något annat som har hänt dig som var riktigt dåligt, eller något annat som var riktigt skrämmande som du kan berätta om?

Notera incident nedan.

| | | |
|-------|-------|-------|
| 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |
|-------|-------|-------|

Incident:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

— **OM BELÄGG FÖR TIDIGARE TRAUMA (2 POÄNG PÅ NÅGON FRÅGA), FYLL I FRÅGORNA OM POSTTRAUMATISK STRESSYNDROM PÅ FÖLJANDE SIDA.**

— **OM INGA BELÄGG FÖR TIDIGARE TRAUMA, AVSLUTA SCREENINGINTERVJUN. FÄRDIGSTÄLL BLADET TILLÄMPLIGA SUPPLEMENT OCH PRELIMINÄRA LIVSTIDSDIAGNOSER.**

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR TIDIGARE TRAUMATISKA HÄNDELSER).

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

Screeningsfrågor

OBSERVERA: DÅ MAN TALAR OM TRUMATISKA HÄNDELSE MED BARN ÄR DET VIKTIGT ATT ANVÄNDA DERAS SPRÅKBRUK UNDER SAMTALET. (ex. Tänker du ofta på när han stack sin snopp i din rumpa?)

Om mer än en traumatisk händelse beskrevs, fråga: Vilken av de här sakerna var allra svårast för dig?

| | Förälder AE | | | Förälder AE | | | Barn MAT | | | Barn MAT | | | Sammantaget AE | | | Sammantaget MAT | | |
|---|----------------|---|---|----------------|---|---|-------------|---|---|-------------|---|---|-------------------|---|---|--------------------|---|---|
| 1. Återkommande Tankar eller Bilder av Händelsen | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| <i>Har det någonsin hänt att du sett _____ om och om igen? Hur ofta hände det? Har minnet av det som hände kommit tillbaka åter och åter igen? Tänkte du mycket på det?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Försöker Undvika Tankar eller Känslor som Associeras med Traumat. | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| <i>Vad för sorts saker måste du göra eller har du gjort för att slippa tänka på _____? För att kunna bli kvitt jobbiga tankar kan en del barn/ungdomar läsa, göra en massa saker för att vara sysselsatt eller sova. Har du någonsin gjort någon av de sakerna eller andra saker för att bli av med jobbiga tankar och/eller känslor?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Ansträngningar Undvika Aktiviteter eller Situationer som Väcker Minne av Traumat | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| <i>Du sade tidigare att _____ ibland påminner dig om det som hände. Försöker du undvika _____?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Mardrömmar | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| <i>Har det hänt någon gång att du fått mycket mardrömmar? Drömde du någonsin om _____? Hur ofta? Hur kändes det när du vaknade upp ur någon av dina mardrömmar?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Koda: 0 = Information saknas 1 = Nej 2 = Ja

| | Förälder AE | Förälder AE | Barn MAT | Barn MAT | Sammantaget AE | Sammantaget MAT |
|---|----------------|----------------|-------------|-------------|-------------------|--------------------|
| 5. Återkommande Lek som Relaterar till Händelsen/Återupprepning | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 | 0 1 2 |

(OBS! ENBART FÖR BARN 12 ÅR OCH YNGRE)

När du lekte, hände det att du låtsades/lekte att _____?

När du lekte med dina dockor, gjorde du ibland _____?

Hur ofta lät du dina dockor göra _____?

Som en följd av sexövergrepp kan markant förföriskt beteende, sexlekar med dockor eller kamrater, eller ökad onani förekomma.

Som en följd av misshandel kan markant aggressiv lek förekomma.

— OM FÅTT 2 POÄNG PÅ AKTUELL SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FÄRDIGSTÄLL AVSNITTET OM PTSD (AKTUELL) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR.

— OM FÅTT 2 POÄNG PÅ TIDIGARE SKATTNING PÅ NÅGON AV FÖREGÅENDE PUNKTER, FÄRDIGSTÄLL AVSNITTET OM PTSD (TIDIGARE) I SUPPLEMENT #3, ÅNGESTSTÖRNINGAR.

NOTERINGAR: (ANTECKNA DATUM FÖR MÖJLIGA AKTUELLA OCH TIDIGARE POSTTRAUMATISKA STRESSYNDROM).

GLOBAL BEDÖMNINGSSKALA FÖR BARN

(CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE)

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa-sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62). Skatta aktuell funktionsförmåga utan hänsyn till behandling eller prognos. De tillhandahållna exemplen på beteenden är enbart illustrativa och erfordras inte för en speciell skattning.

- 100 - 91 **Synnerligen god funktionsförmåga på alla områden** (hemma, i skolan och med kamrater), involverad i ett brett spektrum av aktiviteter och har många intressen (t.ex. har hobbyer eller deltar i aktiviteter utanför skolan eller tillhör en organiserad grupp såsom scouter, etc.). Sympatisk, självsäker, vardagliga bekymmer blir aldrig ohanterliga. Klarar sig bra i skolan. Inga symptom.
- 90 - 81 **God funktionsförmåga på alla områden.** Trygg i familjen, skolan och med kamrater. Det kan förekomma tillfälliga svårigheter och vardagsbekymmer som ibland blir ohanterliga (t.ex. mild ångest i anslutning till ett viktigt prov, sporadiska vredesutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).
- 80 - 71 **Endast obetydliga funktionssvårigheter** hemma, i skolan eller bland kamrater. Viss beteendestörning eller vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser (t.ex. föräldrars separation, dödsfall eller ett syskons födelse), men dessa är kortvariga och störningen av funktionsförmågan övergående. Dessa barn är endast minimalt störande för andra och anses inte avvika av personer som känner dem.
- 70 - 61 **En del svårigheter inom ett enstaka område, men fungerar allmänt sett ganska väl** (t.ex. sporadiska eller isolerade antisociala handlingar som tillfälligt skolk eller småstöld; genomgående smärre svårigheter med skolarbete, kortvariga växlingar i stämningssläge; rädslor och ångslan som inte leder till allvarligt undvikande beteende; tvivel på sig själv). Har några meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner barnet väl skulle inte betrakta honom/henne som avvika, men de som känner honom/henne väl skulle kunna uttrycka oro.
- 60 - 51 **Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symptom inom flera, men inte alla, sociala områden.** Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang.
- 50 - 41 **Måttlig påverkan av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område**, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionssymptom, täta ångestattacker, bristfälliga eller olämpliga sociala färdigheter, täta episoder av aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer.
- 40 - 31 **Allvarligt nedsatt funktionsförmåga inom flera områden och oförmögen att fungera inom ett av dessa områden**, d.v.s.. störd hemma, i skolan, med kamrater eller i samhället i stort (t.ex. ihållande aggression utan uppenbar anledning; påtagligt tillbakadraget och isolerat beteende beroende på antingen stämning- eller tankestörning, suicidförsök med tydlig dödlig avsikt). Dessa barn behöver sannolikt särskild skolgång och/eller inläggning på sjukhus eller bli avstängda från skolan (men detta är inte ett tillräckligt inklusionskriterium för denna kategori).
- 30 - 21 **Oförmögen att fungera inom nästan alla områden**, t.ex. stannar hemma, på avdelning eller i säng hela dagen utan att delta i sociala aktiviteter eller allvarlig störning av verklighetsuppfattningen eller allvarlig kommunikationsstörning (t.ex. ibland osammanhängande eller inadekvat).
- 20 - 11 **Kräver ansenlig tillsyn och övervakning** för att förhindras att skada andra eller sig själv, t.ex. ofta våldsam, upprepade suicidförsök, eller för att sköta personlig hygien, eller grav störning av alla former av kommunikation, t.ex. allvarlig avvikelse i verbal kommunikation och kroppsspråk, markerad social reservation, stupor, etc.
- 10 - 1** **Kräver ständig tillsyn och övervakning (24-tim vård) på grund av allvarligt aggressivt eller självdestruktivt beteende eller grav störning i verklighetsuppfattning, kommunikation, kognition, affekt eller personlig hygien.**

Global Bedömningsskala För Barn adapterades från Global Assessment Scale for Adults (Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231.)

Aktuell

Skatta personens nivå av allmän funktionsförmåga under de **föregående två veckorna** genom att välja den nivå som bäst beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum från hälsa - sjukdom.

Mest Allvarliga Tidigare

Skatta personens nivå av allmän funktionsförmåga under hans/hennes **Mest Allvarliga Tidigare episod av psykiatrisk sjukdom.**

Högsta Tidigare

Skatta barnets **högsta** nivå av funktionsförmåga under det föregående året.

Notera tidsperiod som skattats.

SAMMANFATTNING LIVSTIDSDIAGNOSER

Använd skattningsskalan på föregående sida.

| Diagnos | Tidigare Allvarligaste Episod | | | | Aktuell Episod | | | | |
|---|-------------------------------|-----|----|-----------------|--------------------|-----|-------------------------|----|-----------------|
| | Information saknas | Nej | Ja | Debutålder (år) | Information saknas | Nej | Ja, men nu subsyndromal | Ja | Debutålder (år) |
| | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Egentlig depression | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>med psykos</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| Dystymi | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Depression UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Manisk episod | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>med psykos</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| Blandad episod | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>med psykos</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| Hypoman episod | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Bipolär UNS episod | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>med psykos</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| LIVSTIDSDIAGNOS | | | | | | | | | |
| Bipolär 1 | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Bipolär 2 | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Bipolär UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Cyclotymi | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Schizoaffektiv störning - depressiv typ | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Schizoaffektiv störning - bipolär typ | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Schizofreni | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Schizofreniformt syndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Kortvarig reaktiv psykos | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Psykotiskt syndrom UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Enures | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Enkopres | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Paniksyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Separationsångeststörning | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Specifik fobi | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Agorafobi | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Social fobi | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Generaliserat ångestsyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Tvångssyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Posttraumatiskt stressyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Akut stressyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Ångeststörning UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Anorexia nervosa | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Bulimia nervosa | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Ätstörning UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| ADHD | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>kombinerad</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| <i>bristande uppmärksamhet</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| <i>hyperaktivitet/impulsivitet</i> | | 1 | 2 | — | — | 1 | 2 | — | — |
| ADHD UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Uppförandestörning | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |

SAMMANFATTNING LIVSTIDSDIAGNOSER (forts.)

| Diagnos | Tidigare Allvarligaste Episod | | | | Aktuell Episod | | | | |
|---|-------------------------------|-----|----|-----------------|--------------------|-----|-------------------------|----|-----------------|
| | Information saknas | Nej | Ja | Debutålder (år) | Information saknas | Nej | Ja, men nu subsyndromal | Ja | Debutålder (år) |
| Trotssyndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Beteendestörning UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Tourettes syndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Kroniska motoriska/vokala tics | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Övergående tics | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Tics UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Aspergers syndrom | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Autismspektrumstörning UNS | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Alkoholmissbruk | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Alkoholberoende | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Drogmissbruk | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Drogberoende | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Maladaptiv stressreaktion med nedstämdhet | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Maladaptiv stressreaktion med ångest | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Maladaptiv stressreaktion med både ångest och nedstämdhet | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Maladaptiv stressreaktion med beteendestörning | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Maladaptiv stressreaktion med både emotionella och beteendestörningar | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Annan psykiatrisk störning 1 | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>Beskriv</i> | | | | | | | | | |
| Annan psykiatrisk störning 2 | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>Beskriv</i> | | | | | | | | | |

DROGLISTA

A. Cannabis

Marijuana, pot, hasch, THC

B. Centralstimulantia

Speed, uppåttjack, amfetamin, dexedrine, dietpiller, crystal meth

C. Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika

Barbiturater (sedativa, nedåttjack), Benzodiazepiner, Rohypnol qaalude (ludes), valium, librium, xanor

D. Kokain

Coke, crack

E. Opioider

Heroin, morfin, kodein, metadon, demerol, percodan

F. PCP

Angel dust

G. Hallucinogener

Psykedeliska droger, LSD, meskalin, peyote

H. Lösningsmedel/Inhalationsmedel

Lim, solution, bensin, kloroform, eter, färg

I. Övriga

Receptförskrivna mediciner, kväveoxid, ecstasy, MDA, GHB etc.

CHECKLISTA ÖVER GENOMGÅNGNA SUPPLEMENT

RIKTLINJER: Gå igenom och markera avsnitten som skall färdigställas i varje supplement.
Notera datum och/eller debutålder för varje möjlig aktuell eller tidigare störning.

Supplement #1: Affektiva Störningar

_____ Depressiva Störningar — Aktuell
_____ Depressiva Störningar — Tidigare
_____ Mani — Aktuell
_____ Mani — Tidigare

Supplement #4: Beteendestörningar

_____ ADHD — Aktuell
_____ ADHD — Tidigare
_____ Trotssyndrom — Aktuell
_____ Trotssyndrom — Tidigare
_____ Uppförandestörning — Aktuell
_____ Uppförandestörning — Tidigare

Supplement #2: Psykotiska Störningar

_____ Psykos — Aktuell
_____ Psykos — Tidigare

Supplement #5: Drogmissbruk och Övriga störningar

_____ Alkoholmissbruk — Aktuell
_____ Alkoholmissbruk — Tidigare
_____ Drogmissbruk — Aktuell
_____ Drogmissbruk — Tidigare

Supplement #3: Ängeststörningar

_____ Panikångestsyndrom — Aktuell
_____ Panikångestsyndrom — Tidigare
_____ Agorafobi — Aktuell
_____ Agorafobi — Tidigare
_____ Separationsångest — Aktuell
_____ Separationsångest — Tidigare
_____ Social Fobi — Aktuell
_____ Social Fobi — Tidigare
_____ Generaliserad ångest — Aktuell
_____ Generaliserad ångest — Tidigare
_____ Tvångssyndrom — Aktuell
_____ Tvångssyndrom — Tidigare
_____ PTSD — Aktuell
_____ PTSD — Tidigare

Supplement #6: Ätstörningar

_____ Anorexia Nervosa — Aktuell
_____ Anorexia Nervosa — Tidigare
_____ Bulimi — Aktuell
_____ Bulimi — Tidigare

Supplement #7: Tourettes syndrom/Tics

_____ Ticsstörning — Aktuell
_____ Ticsstörning — Tidigare

Supplement #8: Aspergers syndrom

_____ Aspergers syndrom — Aktuell
_____ Aspergers syndrom — Tidigare