

Behandlare/HSA-ID

Namn/Patient-ID

Ålder

Kön

Datum

Flicka

Pojke

A

A

M

M

D

D

## Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i Namn eller Patient-ID, Ålder, Kön och Datum.

Detta frågeformulär består av två delar. Den första innehåller ett par generella frågor om din bakgrund. I den andra delen ombeds du ange i vilken utsträckning vissa påståenden överensstämmer med dina erfarenheter.

Det som nämns i frågeformuläret kan hända när människor befinner sig under inflytande av alkohol, droger eller mediciner. Det är meningen att du ska besvara detta formulär som du upplever dig själv utan nyttjande av ovanstående preparat.

Du ombeds sätta ett kryss i rutan med den siffra som stämmer bäst in på dig. Varje svar är ett bra svar så länge som det reflekterar din egen uppfattning.

**Var vänlig svara på alla frågor.**

Exempel:

- Genom att kryssa i den vita rutan vid en siffra kan du visa om ett påstående är mer eller mindre passande på dig.
- Om påståendet "måttligt bra" stämmer in på dig ska du kryssa i rutan med 3:an som i nedanstående exempel.
- Efter varje påstående ska du göra ett kryss i den ruta som passar bäst in på dig.

Hur väl stämmer följande in på dig?	Inte alls	Lite	Moderat	Ganska mycket	Extremt mycket
Jag har svårt att bestämma mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

1 = Detta överensstämmer inte alls

2 = Detta överensstämmer lite grand

3 = Detta överensstämmer måttligt bra

4 = Detta överensstämmer tämligen bra

5 = Detta överensstämmer extremt bra

Del 1

### A. Civilstånd

- 1 Ensamstående
- 2 Gift
- 3 Samboende
- 4 Skild
- 5 Änkeman/änka

### B. Utbildning

- 1 Låg- och mellanstadium
- 2 Högstadium
- 3 Gymnasium 2 år
- 4 Gymnasium 3–4 år
- 5 Högskola/universitet 2 år
- 6 Högskola/universitet 2 år eller mera
- 7 Annat

C. Minns du om du vid något tillfälle upplevt svåra skador, livshotande eller traumatiska upplevelser?

- 0 Nej, gå direkt vidare till del 2 på nästa sida
- 1 Ja, gå vidare till fråga D →

D. Om Ja, ange vad, flera svar möjliga

- 1 Svåra kroppsskador
- 2 Fysisk misshandel
- 3 Krig
- 4 Sexuella övergrepp av familjemedlemmar
- 5 Sexuella övergrepp av andra (icke medlemmar i familjen)
- 6 Känsломässig misshandel
- 7 Annat

Fortsätt till del 2 på nästa sida

Namn/Patient-ID

Datum

A A M M D D

**Instruktion och förklaring till formuläret**

Fyll i de vita fälten i formuläret. Sätt ett kryss i den ruta som stämmer in på dig, för varje påstående nedan.

Del 2	Inte alls	Lite	Moderat	Ganska mycket	Extremt mycket
1 Ibland känns det som om jag drömmer.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 Jag har ofta en känsla av att allt är överkligt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 Ibland verkar det som om jag har förlorat kontakten med min kropp.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 Jag proppar i mig mat utan att tänka på det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 Medan jag kör och /eller cyklar, inser jag plötsligt att jag inte kan komma ihåg vad som hänt på vägen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 Jag kan, utan anledning och utan att vilja det, helt plötsligt börja gap-skratta eller gråta.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 Det händer att jag har känslan av att jag är någon annan.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8 Det händer att jag lyssnar på någon, för att plötsligt inse att jag inte hört delar av, eller hela berättelsen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9 När jag är trött verkar det som om en okänd kraft, utifrån, styr mig och bestämmer vad jag ska göra.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10 Jag hamnar i situationer i vilka jag inte vill vara.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11 Ibland känner jag ett stort avstånd mellan mig själv och de saker jag tänker och gör.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12 Ibland undrar jag vem jag egentligen är.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13 Det händer att jag hittar nya saker bland mina tillhörigheter utan att jag kan komma ihåg att jag någonsin köpt dessa.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14 Jag känner regelbundet en stark längtan att äta något, även då jag inte är hungrig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15 Det händer att jag blir arg utan att alls vilja vara det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16 Det händer att jag är fast besluten att göra något men att min kropp handlar helt annorlunda, mot min vilja.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17 Det händer att jag känner mig förvirrad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18 Vid vissa tillfällen kan jag inte komma ihåg var jag var dagen (eller dagarna) innan.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19 Det händer att det berättas för mig att jag betar mig som om vänner eller familjemedlemmar vore främlingar för mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20 I särskilda situationer upplever jag mig själv som en delad personlighet.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21 Det händer att jag inte kan komma ihåg något från vissa viktiga händelser i mitt liv, såsom min examensdag eller mitt bröllop.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22 Det händer att jag är på väg att säga något då jag istället säger något helt annat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23 Det kan ske en plötslig, fullständig förändring av mitt humör.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Namn/Patient-ID

Datum

A	A	M	M	D	D

**Instruktion och förklaring till formuläret**

Fyll i de vita fälten i formuläret.

Sätt ett kryss i den ruta som stämmer in på dig, för varje påstående nedan.

		Inte alls	Lite	Mode- rat	Ganska mycket	Extremt mycket
24	Det händer att jag gör något utan att tänka på det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25	Jag glömmer omedelbart bort vad andra människor berättat för mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26	Det händer att jag gör något och att jag plötsligt får en blackout.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27	Det inträffar att jag ser mig själv i spegeln utan att känna igen mig själv.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28	Det händer att jag grips av känslan att min kropp håller på att genomgå en förändring.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29	Det händer att jag får en känsla av att andra människor, andra saker och min omgivning inte är verklig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30	Jag har en känsla av att min kropp egentligen inte är min egen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31	När jag ser på TV så lägger jag inte märke till någonting av det som händer omkring mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32	Det händer att fullständiga tidsperioder försvinner, och att jag inte kan komma ihåg vad jag gjorde då.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
33	Jag kan dra mig till minnes något som hände förr, så pass levande, att jag har känslan av att jag återupplever det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
34	Det verkar ibland som om någon annan inom mig bestämmer vad jag gör.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
35	Ibland upptäcker jag att jag gjort något utan att alls komma ihåg det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36	Jag undrar hur jag kan hindra mig själv från att göra vissa saker.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37	Ibland finner jag mig plötsligt vara på ett ställe jag inte känner igen, utan att veta hur jag kommit dit.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
38	Det händer att jag inte är säker på hurvida vissa minnen verkligen hände, eller om jag mestadels drömt om dem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39	Ibland återfinner jag mig på ett bekant ställe, som framstår konstigt och okänt för mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40	Jag har känslan av att jag gör vissa saker utan att veta varför.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
41	Ibland tänker, eller gör jag något, emot mitt gillande på ett sätt som inte alls passar mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
42	Jag upptäcker att jag bevakar mig själv noga i allt jag gör.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
43	Jag kan försjunka så pass djupt i fantasier eller dagdrömmar att det verkligen verkar hända.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
44	Det händer att jag stirrar planlöst, utan att tänka på något.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
45	Jag tänker ofta på ingenting.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Namn/Patient-ID

Datum

A	A	M	M	D	D

## Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret.

Sätt ett kryss i den ruta som stämmer in på dig, för varje påstående nedan.

		Inte alls	Lite	Mode- rat	Ganska mycket	Extremt mycket
46	Jag tycker att det är svårt att motstå ovanor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47	Jag glömmer ibland var jag har lagt något.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48	När jag äter gör jag det utan att tänka på det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
49	Det händer att jag kommer på mig själv med att dagdrömma.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50	Jag önskar att jag hade större självbehärskning.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51	När jag går är jag medveten om varje steg jag tar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
52	I särskilda situationer upptäcker jag att jag kan göra vissa saker med största lätthet, vilka jag finner svåra att utföra annars (exempelvis sport, arbete och sociala kontakter).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53	När jag äter är jag medveten om varje tugga jag tar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
54	Jag förlorar allt tidsbegrepp.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
55	Det händer att jag inte kommer ihåg om jag verkligen har gjort något eller om jag endast har planerat det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
56	Det händer att jag vill göra två saker på samma gång och att jag upptäcker att jag argumenterar för- och nackdelarna med mig själv.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
57	Det händer att jag har en känsla av att mina tankar är splittrade.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
58	Det händer att jag hittar egna anteckningar och teckningar utan att jag kommer ihåg att jag någonsin har gjort dem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
59	Jag har en känsla av att jag är två (eller flera) personer.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
60	Jag gör ofta något utan att tänka på det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
61	Det händer att jag hör röster i mitt huvud som säger till mig vad jag ska göra, eller som kommenterar det jag gör.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62	Jag ser annorlunda på mig själv, jämfört med hur andra ser mig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63	Det händer att det känns som om jag ser på världen genom ett dis, där människor och saker kring mig blir avlägsna eller vaga.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Slut