

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

## HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE

De følgende spørgsmål drejer sig om symptomer, som folk kan have efter at have oplevet ubehagelige eller voldsomme begivenheder. Læs venligst hvert enkelt spørgsmål og angiv i hvilken grad du har været generet af dette symptom i den foregående uge (Sæt ét x ved hvert spørgsmål).

	Slet ikke	Lidt	Meget	Ekstremt meget
	1	2	3	4
1. Tilbagevendende tanker eller erindringer om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
2. Følt som om du oplever begivenhederne igen				
3. Tilbagevendende mareridt om begivenhederne				
4. Føler dig isoleret fra andre mennesker				
5. Ude af stand til at mærke følelser				
6. Bliver let forskrækket				
7. Har svært ved at koncentrere dig				
8. Har søvnbesvær				
9. Føler at du er på vagt				
10. Føler dig irriteret				
11. Undgår aktiviteter, der minder dig om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
12. Ude af stand til at huske dele af begivenhederne				
13. Formindsket interesse i dagligdags aktiviteter				
14. Føler som om du ikke har nogen fremtid				
15. Undgår tanker og følelser, der er forbundet med de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
16. Pludselige følelsesmæssige eller kropslige reaktioner, når du bliver mindet om begivenhederne				

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

**HOPKINS SYMPTOMCHECKLISTE 25****Vejledning**

Nedenfor er en liste over symptomer eller problemer, man kan have. Venligst læs dem grundigt og vurder, hvor meget du har følt dig generet eller ulykkelig over dem den sidste uges tid inklusiv i dag. Sæt et kryds i det relevante svarfelt.

	Slet ikke	Lidt	Meget	Ekstremt meget
<b>Del 1 - Angstsymptomer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Pludselig bange uden grund				
2. Føler dig angst				
3. Tendens til besvimelse, svimmelhed eller svaghed				
4. Fornemmelse af nervøsitet eller indvendig rysten				
5. Hjertet slår hårdt eller galoperer af sted				
6. Rysten				
7. Følelse af anspændthed eller nervøsitet				
8. Hovedpine				
9. Angst-/panikanfald				
10. Rastløshed/uro				
<b>Del 2 - Depressionssymptomer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
11. Følelse af energiforladthed, langsommelighed				
12. Selvbefredelse				
13. Let til tårer				
14. Manglende sexlyst				
15. Appetitløshed				
16. Besvær med at falde i søvn og sove igennem				
17. Ingen tro på fremtiden				
18. Tristhedsfølelse				
19. Ensomhedsfølelse				
20. Selvmordstanker				
21. Føler dig fanget				
22. Er overbekymret				
23. Føler ingen interesse for noget				
24. Føler at alt er en byrde				
25. Føler dig værdiløs				



## WHO-FEM TRIVSELSINDEKS (1999 VERSION)

Sæt venligst ved hvert af de 5 udsagn et kryds i det felt der kommer tættest på hvordan du har følt dig i de seneste to uger. Bemærk at et højere tal står for bedre trivsel.

**Eksempel:** Hvis du har følt dig *glad og i godt humør* i lidt mere end halvdelen af tiden i de sidste to uger, så sæt krydset i feltet med 3-tallet i øverste højre hjørne.

	I de sidste 2 uger ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1.	... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2.	... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3.	... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4.	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5.	... har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

### Pointberegning

For at beregne dit pointtal skal du lægge tallene i de afkrydsede felter sammen og gange summen med fire.

Du får nu et tal mellem 0 og 100. Jo flere points jo højere trivsel. Hvis dit tal er 50 eller mindre, er du i en risikozone for stress eller depression.

## SHEEHAN DISABILITY SCALE (SDS)

### SPØRGESKEMA OM BEGRÆNSNINGER

**VEJLIDNING:** Afkryds ÉT felt for hvert spørgsmål. Alle svarene skal referere til de sidste 14 dage.

#### ARBEJDE/DAGLIGE OPGAVER

Har symptomerne forstyrret dit arbejde/dine daglige opgaver?

Overhovedet ikke      Lidt      Noget      Meget      Rigtig meget

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### DIT SOCIALE LIV

Har symptomerne forstyrret dit sociale liv?

Overhovedet ikke      Lidt      Noget      Meget      Rigtig meget

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### FAMILIELIV/HJEMLIGE FORPLIGTELSER

Har symptomerne forstyrret dit familieliv/dine hjemlige forpligtelser?

Overhovedet ikke      Lidt      Noget      Meget      Rigtig meget

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

### Instruktion:

De følgende spørgsmål drejer sig om dine vanlige sovevaner i **den sidste måned**. Dine svar skal give det bedste billede af dine sovevaner i løbet af **de fleste** dage og nætter i den sidste måned. Vær venlig at besvare **alle** spørgsmålene.

### 1: I gennem den sidste måned, hvornår er du almindeligvis gået i seng?

Vanlige sengetid \_\_\_\_\_

### 2: I gennem den sidste måned, hvor lang tid (i minutter) har det almindeligvis taget dig at falde i søvn?

Antal minutter \_\_\_\_\_

### 3: I gennem den sidste måned, hvornår er du almindeligvis stået op om morgenen?

Vanlige stå op tid \_\_\_\_\_

### 4: I gennem den sidste måned, hvor mange natlige timer af *egentlig søvn*, har du fået? (Dette er eventuelt anderledes end det faktiske antal timer, du har ligget i sengen)

Timer af *egentlig søvn* per nat \_\_\_\_\_

For hver af de sidste spørgsmål sæt kun ét kryds ved det bedst mulige svar. Vær venlig at besvare **alle** spørgsmålene.

### 5: I gennem den sidste måned, hvor ofte har du haft problemer med at sove på grund af at du .....

#### (a) ikke kan falde i søvn inden 30 min

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

#### (b) vågner om natten eller tidlig morgen

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

#### (c) er nødt til at gå på toilettet en eller flere gange

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(d) har besvær med at trække vejret ordentligt**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(e) hoster eller snorker højt**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(f) har det for koldt**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(g) har det for varmt**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(h) har mareridt**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(i) har smerter**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(j) Andre end de nævnte grunde. Vær venlig at beskrive dem**

---

---

---

**Hvor mange gange igennem den sidste måned har du haft problemer med at sove på grund af dette**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**6: I gennem den sidste måned, hvordan vurderer du din overordnede søvnkvalitet?**

- (0) Meget god
- (1) Rimelig god
- (2) Rimelig dårlig
- (3) Meget dårlig

**7: I gennem den sidste måned, hvor ofte har du taget medicin (på recept eller i håndkøb) for at hjælpe dig med at sove?**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| (0) Ikke i gennem den sidste måned <input type="checkbox"/> | (1) Mindre end en gang om ugen <input type="checkbox"/> | (2) En eller to gange om ugen <input type="checkbox"/> | (3) Tre eller flere gange om ugen <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

**8: I gennem den sidste måned, hvor ofte har du haft problemer med at holde dig vågen i mens du kører bil, at du spiser et måltid mad, eller er i gang med sociale aktiviteter?**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| (0) Ikke i gennem den sidste måned <input type="checkbox"/> | (1) Mindre end en gang om ugen <input type="checkbox"/> | (2) En eller to gange om ugen <input type="checkbox"/> | (3) Tre eller flere gange om ugen <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

**9: I gennem den sidste måned, hvor stort et problem har det været for dig at opretholde nok entusiasme til at få tingene gjort?**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| (0) Ingen problem overhovedet      | <input type="checkbox"/> |
| (1) Et ubetydelig problem          | <input type="checkbox"/> |
| (2) Til tider et betydende problem | <input type="checkbox"/> |
| (3) Ofte betydende problem         | <input type="checkbox"/> |

**10: Har du en sengepartner eller deler værelse med en anden person?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Ingen sengepartner eller deler værelse        | <input type="checkbox"/> |
| Har partner eller beboer i et andet værelse   | <input type="checkbox"/> |
| Partner i samme værelse men ikke i samme seng | <input type="checkbox"/> |
| Partner i samme seng                          | <input type="checkbox"/> |

**11: Hvis du har en sengepartner eller deler værelse med en anden person, spørg ham/hende om hvor ofte du i gennem den sidste måned har.....**

**(a) snorket højlydt.**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| (0) Ikke i gennem den sidste måned <input type="checkbox"/> | (1) Mindre end en gang om ugen <input type="checkbox"/> | (2) En eller to gange om ugen <input type="checkbox"/> | (3) Tre eller flere gange om ugen <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

**(b) haft lange pauser i vejtrækningen, når du sover.**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| (0) Ikke i gennem den sidste måned <input type="checkbox"/> | (1) Mindre end en gang om ugen <input type="checkbox"/> | (2) En eller to gange om ugen <input type="checkbox"/> | (3) Tre eller flere gange om ugen <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

**(c) sparket eller spjættet med benene, imens du sover.**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| (0) Ikke i gennem den sidste måned <input type="checkbox"/> | (1) Mindre end en gang om ugen <input type="checkbox"/> | (2) En eller to gange om ugen <input type="checkbox"/> | (3) Tre eller flere gange om ugen <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

**(d) haft episoder af disorientering eller forvirring, imens at du sover.**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen

**(e) haft andre forstyrrelser imens du sover. Vær venlig at beskrive:**

---

---

---

**Hvor ofte har du i gennem den sidste måned oplevet dette**

(0) Ikke i gennem den sidste måned

(1) Mindre end en gang om ugen

(2) En eller to gange om ugen

(3) Tre eller flere gange om ugen





Disturbing dreams and Nightmare Severity Index (DDNSI)

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

	Slet ikke	Lidt	Moderat	Meget	Ekstremt meget
6. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt, gør at jeg ikke sover					
7. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt gør, at jeg har svært ved at falde i søvn					
8. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker min søvnkvalitet					
9. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker mit humør					
10. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt gør det svært at sove hele natten igennem					
11. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker mit psykiske helbred					
12. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker mit fysiske helbred					
13. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker sociale aktiviteter eller fritidsaktiviteter					
14. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker min præstation i skole eller på arbejde					
15. Mine forstyrrende drømme og/eller mareridt påvirker mine relationer til andre mennesker					

REM Sleep Behavior Disorder Screening Questionnaire (RBDSQ)

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

**REM SLEEP BEHAVIOR DISORDER SCREENING QUESTIONNAIRE**

	SPØRGSMÅL	JA	NEJ
1.	Jeg har nogle gange meget livlige drømme		
2.	Mine drømme har hyppigt et aggressivt indhold eller en høj grad af aktivitet		
3.	Drømmeindholdet stemmer overens med min natlige adfærd		
4.	Jeg ved, at mine arme eller ben bevæger sig, når jeg sover		
5.	Jeg har i forbindelse med disse livlige drømme (været tæt på) at skade mig selv eller min sengepartner		
6.	Når jeg drømmer udviser jeg (eller har tidligere udvist) følgende adfærd:		
	<i>6.1 Tale, råbe, bande, grine højt</i>		
	<i>6.2 Pludselige bevægelser af arme og/eller ben, "som i kampe"</i>		
	<i>6.3 Gestikulere, komplekse bevægelser som f.eks. at vinke, at gøre honnør, skræmme myg, falde ud af sengen</i>		
	<i>6.4 Ting, der falder på gulvet rundt om sengen, f.eks. en sengelampe, bog, briller</i>		
7.	Det hænder, at mine bevægelser vækker mig		
8.	Jeg husker som regel indholdet af drømmene, efter jeg er vågnet		
9.	Min søvn er hyppigt forstyrret		
10.	Jeg har/havde en sygdom, der involverer mit nervesystem (f.eks. slagtilfælde, hovedtraume, parkinsonisme, restless legs syndrome, narkolepsi, epilepsi, betændelsestilstand i hjernen). Hvilken?		

**Samlet score** (Antal Ja-svar)

Kommentar:

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

**SCL-90 Somatiserings items****INSTRUKTION**

Nedenfor er anført en række problemer og gener, som man undertiden kan have. Læs venligst hver enkelt grundigt. Når du har gjort det, bedes du sætte en kryds i den cirkel, der bedst beskriver, i **hvor høj grad det pågældende problem har voldt dig ubehag i løbet af den sidste uge inklusiv i dag**. Afkryds kun én cirkel for hvert problem. Hvis du skifter mening, bedes du slette din første markering tydeligt. Det er af stor betydning, at du besvarer alle spørgsmålene.

I hvilken grad har du været plaget af:	(0) Slet ikke	(1) Lidt	(2) Noget	(3) En hel del	(4) Særdeles meget
1 Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Svimmelhed eller tilløb til at besvime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Smerter i hjerte eller bryst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lavtsiddende rygsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kvalme eller uro i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 At du har svært ved at få vejret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Anfald af varme- eller kuldefornemmelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 En klump i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 At du føler dig svag i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 At dine arme eller ben føles tunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visual Analogue Scale (VAS)

Dato: \_\_\_\_\_ Ratingnr.: \_\_\_\_\_ Label:

**Visuel Analog Skala (VAS)**

1. Hvor mange smerter har du haft i nakke og ryg den sidste uge (sæt kryds på linjen)?

Ingen smerter (0)

meget alvorlige smerter (10)

\_\_\_\_\_

2. Hvor mange smerter har du haft i armene den sidste uge (sæt kryds på linjen)?

Ingen smerter (0)

meget alvorlige smerter (10)

\_\_\_\_\_

3. Hvor mange smerter har du haft i benene den sidste uge (sæt kryds på linjen)?

Ingen smerter (0)

meget alvorlige smerter (10)

\_\_\_\_\_

4. Hvor meget hovedpine har du haft den sidste uge (sæt kryds på linjen)?

Ingen smerter (0)

meget alvorlige smerter (10)

\_\_\_\_\_

## Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX-P1)

PEX er et instrument, der anvendes til at undersøge patientens erfaringer med og præferencer for specifikke psykoterapeutiske interventioner inden start af psykoterapi.

### 1. samtale:

- PEX udleveres til patienten ved første samtale med henblik på, at han/hun skal udfylde skemaet derhjemme. Patienten introduceres til redskabet, og formålet med redskabet forklares.
- Udover den formelle indledning, som står på skemaet nedenfor kan man forklare patienten følgende:

*"Her ser du en række sætninger, som beskriver noget, der kan forekomme i psykoterapi eller typiske forestillinger om, hvad psykoterapi er. Måske du allerede har gjort dig nogle tanker, eller måske du ikke rigtig ved, hvad psykoterapi er. Så det du skal gøre er at læse hver sætning og vurdere, om du er enig i det der står, og hvor meget du synes, det passer på det, du tænker om terapi".*

*"Grunden til at vi beder dig om at udfylde dette ark er for at prøve at finde de metoder, der kan være mest passende til dine ønsker og behov. Derfor er det vigtigt for os at vide, hvad du forestiller dig, og hvad du tænker kunne være gavnligt i dit forløb her".*

### 3. samtale (den første samtale efter assessment er fuldført) :

- I denne samtale tages der udgangspunkt i patientens svar, hvor det sammen med patienten kan drøftes, hvilke ligheder og forskelle der er i, hvordan patienten og terapeuten forestiller sig det fremtidige samarbejde. Skemaet kan herfra anvendes som en hjælp til at få formuleret ønsker og mål for terapien, som kan munde ud i en konkret problemliste.

### Scoring:

- Spørgsmålene er rettet mod 5 underkategorier. Man kan vælge at udregne et gennemsnit af alle items. Et højt gennemsnit indikerer, at patienten overordnet har en positiv tilgang til terapi. Et lavt gennemsnit, indikerer en overordnet negativ tilgang til terapi og ligeledes lav motivation for terapi.
- Vær opmærksomhed på, hvis patienten scorer højt på de punkter, der indikerer modstand på konfrontation af smertefulde tanker og følelser. Dette kan bruges som anledning til at drøfte formålet med terapien yderligere samt indikere et behov for fokus på motivation.

**Underkategorier:** AE = Affect Expression (udtrykke følelser)  
AS = Affect Suppression (undertrykke følelser)  
I = Inwardly oriented (indadorientering)  
O = Outwardly oriented (udadorientering)  
S = Support (støtte)

**Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (v.3.3)**

(PEX-P1)

**Vejledning**

Nedenfor er en række udsagn vedrørende præferencer som man kan have, inden opstart i psykoterapi. Forestil dig, at du skal til at starte i psykoterapi. Læs hvert udsagn, og overvej i hvilken grad du på nuværende tidspunkt er enig eller uenig. Sæt en cirkel ved det svar, som passer dig bedst. Vælg kun et svar for hver udtalelse.

Overvej følgende spørgsmål:

**Hvad vil hjælpe dig, såfremt du skal starte i psykoterapi?**

<i>Jeg vil være bedst hjulpet ved at:</i>	Meget uenig (1)	Lidt uenig (2)	Delvist enig (3)	Enig (4)	Meget enig (5)	Fuldstændig enig (6)	Kategori
1. dele følelser, som jeg er vant til at holde for mig selv							AE
2. få gode råd							S
3. træne færdigheder i praktisk problemløsning							O
4. lære at glemme smertefulde minder							AS
5. dele positive følelser							AE
6. få aktiv støtte							S
7. udtrykke vrede							AE
8. undersøge tilbagevendende livsmønstre							I
9. lære at tackle problemer							S
10. tale om smertefulde minder							AE
11. undertrykke mine følelser							AS
12. arbejde henimod konkrete mål							O
13. udforske skjulte motiver							I
14. give udtryk for min sorg							AE
15. arbejde på, ikke at tænke på mine bekymringer							AS
16. sætte ord på mine følelser							I
17. udforske ubevidste tanker og følelser							I
18. arbejde med en aktiv og initiativrig terapeut							S
19. arbejde med min forståelse af mine relationer til andre							I
20. holde mine følelser under kontrol							AS
21. lære at tackle konkrete problemer							O
22. konfrontere specifikke problemer, trin-for-trin							O
23. blive opmuntret							S
24. lære at undgå ubehagelige tanker							AS
25. afprøve nye løsninger på praktiske problemer							O