

M.I.N.I.

MINI INTERNASJONALT NEUROPSYKIATRISK INTERVJU

(MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)

Norsk Versjon 5.0.0

(DSM-IV kriterier)

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Huguerta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine,
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

© Copyright 1994, 1998, Sheehan DV & Lecrubier Y

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Sheehan or Dr. Lecrubier. Researchers and clinicians working in nonprofit or publicly owned settings (including universities, nonprofit hospitals, and government institutions) may make copies of a M.I.N.I. instrument for their own clinical and research use.

M.I.N.I. 5.0.0 (December 1, 1998)

M.I.N.I. 5.0.0 (Norsk utgave: Leiknes KA, Leganger S, Malt EA & Malt U. Psykosomatisk avdeling, Rikshospitalet, juni 1999.)
(Forkortet utgave for medisinske studenter v/ SK 2002)

Pasientens navn:	Protokoll nummer:
Fødselsdato/personnummer:	Tidspunkt intervju start:
Intervjuers navn. :	Tidspunkt intervju slutt:
Dato for intervju:	Total tid:

LIDELSE	TIDSROM	OPPFYLLER: KRITERIENE	DSM-IV	ICD-10 (korresponderende)
A ALVORLIG DEPRESSIV EPISODE (ADE)	Pågående (2 uker)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Enkel	F32.x
	Tidligere	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36	Tilbakevendende F33.x
ADE MED MELANKOLI	Pågående (2 uker)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Enkel	F32.x
Valgfritt			296.30-296.36	Tilbakevendende F33.x
B DYSTYMI	Pågående (Siste 2 år)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C SUICIDALITET	Pågående (Siste måned)	<input type="checkbox"/>		
D MANISK (HYPOMAN) EPISODE	Pågående	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Tidligere	<input type="checkbox"/>		
E PANIKKLIDELSE	Pågående (Siste måned)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	Livstid	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBI	Pågående	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G SOSIAL FOBI	Pågående (Siste måned)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H OBSESSIV-KOMPULSIV LIDELSE (Tvangslidelse)	Pågående (Siste måned)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)	Pågående (Siste måned)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
Valgfritt				
J SUBSTANSBRUKSLIDELSER - Alkohol	Siste 12 måneder + livstid	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.1
K SUBSTANSBRUKSLIDELSER – Stoff/medikament	Siste 12 måneder + livstid	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	11.1-F19.1
L PSYKOTISKE LIDELSER	Livstid	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
	Pågående	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/ 298.8/298.9	
M ANOREXIA NERVOSA	Pågående (Siste 3 mnd)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Pågående (Siste 3 mnd)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
O GENERALISERT ANGSTLIDELSE	Pågående (Siste 3 mnd)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P ANTISOSIAL PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE	Livstid	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
Valgfritt				

GENERELL INFORMASJON OG RETNINGSLINJER

M.I.N.I. er et strukturert intervju for Akse I Psykiatriske lidelser i DSM-IV med tillegg av tilnærmede ICD-10 koder. Validitets- og reliabilitetsstudier har sammenlignet M.I.N.I. mot SCID-P (DSM-III-R) og CIDI (ICD-10). Studiene viser akseptabel høy validitets- og reliabilitetsskår. Intervjuet kan utføres på gjennomsnittlig 15 –20 minutter. Intervjuet kan anvendes av klinikere etter en kort opplæring. Ikke-klinikere trenger mer omfattende opplæring. M.I.N.I. Plus er en utvidet utgave av M.I.N.I. Symptomer som best kan forklares som uttrykk for en fysisk (somatisk) lidelse, bruk av alkohol eller stoff, skal ikke kodes positivt i M.I.N.I. M.I.N.I. Plus har spørsmål som utreder disse tilstandene.

INTERVJU:

For å gjøre intervjuet så kort som mulig, bør pasienten få informasjon om at du vil gjennomføre et strukturert intervju med presise spørsmål om psykologiske problemstillinger. Svarene skal være JA eller NEI.

MODULER:

M.I.N.I. Plus er delt opp i **moduler** identifisert av bokstaver. Hver bokstav representerer en diagnostisk kategori.

I begynnelsen av hver modul (bortsett fra psykotiske lidelser) er det screeningsspørsmål knyttet til hovedkriteriene for lidelsen. Disse spørsmålene er markert med **grå boks**.

Ved avslutning av hver modul er det diagnostiske bokser der intervjueren kan angi om de diagnostiske kriteriene er oppfylt.

RETNINGSLINJER:

Setninger skrevet med "normal font" bør leses opp for pasienten slik de er skrevet for å standardisere den diagnostiske vurderingen.

Setninger skrevet med "STORE BOKSTAVER" skal IKKE leses til pasienten. Dette er instruksjoner til intervjueren.

Setninger skrevet med "fet skrift" angir tidsrommet som undersøkes. Intervjueren bør lese disse. Bare symptomer som er tilstede i det angitte tidsrommet tas med.

Svar med pil over (□) angir at et kriterium som er nødvendig for diagnosen ikke er tilstede. Gå til slutten av modulen, sett ring rundt **NEI** i diagnoseboksen(e) og gå til neste modul.

Når en term er delt med *skråstrek (/)*, skal intervjueren lese det symptomet som er tilstede hos pasienten (for eksempel spørsmål M20-M23).

Tekst i (parentes) er kliniske eksempler vedrørende et symptom. Disse kan leses til pasienten for å klargjøre spørsmålet.

INSTRUKSJONER FOR SKÅRING:

Spørsmålene skåres ved å sette ring rundt JA eller NEI på høyre side av hvert spørsmål.

Intervjueren må forsikre seg om at alle aspekter ved spørsmålet er tatt i betraktning, som tidsrom, hyppighet, alvorlighetsgrad osv.

For informasjon kontakt:

David Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tlf : +1 813 974 4544
Faks : +1 813 947 4575
E-post : dsheehan@com1.med.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
Tlf : +33 (0) 1 42 16 16 59
Faks : +33 (0) 1 45 85 28 00
E-post : hergueta@ext.jussieu.fr

Norsk versjon:

Kari Ann Leiknes
Psykosomatisk poliklinikk
Rikshospitalet
0027 Oslo
Norge
Tlf: +47 22 86 81 52
Faks: +47 22 86 8134
E-post: k.a.leiknes@klinmed.uio.no

A. ALVORLIG DEPRESSIV EPISODE

(BETYR : GÅ TIL DIAGNOSEBOKSENE, SETT RING RUNDT NEI I ALLE DIAGNOSEBOKSER OG GÅ TIL NESTE MODUL)

A1	Har du vært vedvarende nedfor eller deprimert det meste av dagen, nesten hver dag i løpet av de siste 2 ukene?	NEI	JA	1
b	Har du i løpet av de siste 2 ukene hatt mindre interesse for ting enn før eller vært mindre i stand til å glede deg over ting enn tidligere.	NEI	JA	2
	ER A1 ELLER A2 KODET JA ?	<input type="checkbox"/> NEI	JA	

A3 **I løpet av de siste 2 ukene** da du følte deg deprimert eller uinteressert:

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----|---|
| a | Var matlysten din økt eller nedsatt nesten hver dag? Gikk du opp eller ned i vekt ufrivillig? (MED ±5% AV KROPPSVEKTEN ELLER ±3.5 KG FOR EN 70 KG PERSON I LØPET AV EN MÅNED)?
HVIS JA TIL ETT AV DE TO SPØRSMÅLENE, KODES JA . | NEI | JA | 3 |
| b | Hadde du søvnproblemer nesten hver natt (problemer med innsøvning, avbrutt nattesøvn, tidlig oppvåkning om morgenen eller uvanlig stort behov for søvn)? | NEI | JA | 4 |
| c | Snakket eller beveget du deg saktere enn normalt, var du urolig eller rastløs, eller hadde du problemer med å sitte stille nesten hver dag? | NEI | JA | 5 |
| d | Følte du deg trett eller tom for energi nesten hver dag? | NEI | JA | 6 |
| e | Følte du deg verdiløs eller skyldbetyngt nesten hver dag? | NEI | JA | 7 |
| f | Hadde du vansker med å konsentrere deg eller ta avgjørelser nesten hver dag? | NEI | JA | 8 |
| g | Tenkte du flere ganger på å skade deg selv, ta livet ditt, eller ønsket du at du var død? | NEI | JA | 9 |
| | | <input type="checkbox"/>
NEI | JA | |

A4 ER MINST **3** ELLER FLERE **A3** SVAR KODET **JA** ?
(ELLER **4** **A3** SVAR, DERSOM **A1** ELLER **A2** ER KODET **NEI** ?)

NEI	JA
ALVORLIG DEPRESSIV EPISODE	
PÅGÅENDE	

DERSOM PASIENTEN OPPFYLLER KRITERIENE FOR ALVORLIG DEPRESSIV EPISODE:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|-----|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| A5 | a | Har du i løpet av ditt liv hatt andre perioder på 2 uker eller mer da du følte deg nedfor eller uinteressert i de fleste ting, eller hadde flere av de vanskelighetene som vi nettopp snakket om? | NEI | JA | 10 | |

b Har du hatt en periode på minst 2 måneder uten symptomer på depresjon eller tap av interesse, mellom din pågående episode og din tidligere depresjonsepisode?

NEI JA 11

ER **A5b** KODET **JA** ?

NEI	JA
<i>ALVORLIG DEPRESSIV EPISODE</i>	
TIDLIGERE	



B. DYSTYMI

(BETYR : GÅ TIL DIAGNOSEBOKSEN, SETT RING RUNDT NEI, OG GÅ TIL NESTE MODUL)

B1	Har du følt deg trist, nedfor eller deprimert mesteparten av tiden i løpet av de siste 2 årene?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	20
B2	Følte du deg bra i 2 måneder eller mer i løpet av denne perioden?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	21
B3	I løpet av denne perioden hvor du følte deg deprimert mesteparten av tiden:				
a	Merket du noen vesentlig forandring av matlysten din?		NEI	JA	22
b	Hadde du søvnproblemer eller sov du veldig mye?		NEI	JA	23
c	Følte du deg trett eller energifattig?		NEI	JA	24
d	Mistet du selvtilliten?		NEI	JA	25
e	Hadde du vanskeligheter med å konsentrere deg eller ta avgjørelser?		NEI	JA	26
f	Hadde du en følelse av håpløshet?		NEI	JA	27
	ER 2 ELLER FLERE B3 SPØRSMÅL KODET JA?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	
B4	Har denne følelsen av å være deprimert bekymret deg mye eller redusert din evne til å fungere tilfredsstillende sosialt, i arbeid, eller på andre viktige områder?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NEI	JA	28

DERSOM B4 ER KODET JA, KODES JA.

NEI JA

DYSTYMI

PÅGÅENDE

C. SUICIDALITET

Har du i løpet av den siste måneden:

C1	Tenkt at det ville være bedre om du var død eller har du ønsket deg selv død?	NEI	JA	1
C2	Ønsket å skade deg selv?	NEI	JA	2
C3	Tenkt på å ta ditt eget liv?	NEI	JA	3
C4	Hatt en plan for å ta ditt eget liv?	NEI	JA	4
C5	Forsøkt å ta ditt eget liv?	NEI	JA	5

Har du i løpet av ditt liv:

C6	Noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?	NEI	JA	6
----	---------------------------------------	-----	----	---

DERSOM MINST ET AV SPØRSMÅLENE OVENFOR ER KODET **JA**, KODES **JA**.

HVIS **JA**, SPESIFISER NIVÅET AV SUICIDRISIKO SOM FØLGER:

C1 eller **C2** eller **C6** = **JA**: Lav

C3 eller (**C2** + **C6**) = **JA**: Moderat

C4 eller **C5** eller (**C3** + **C6**) = **JA**: Høy

NEI	JA
SUICIDRISIKO PÅGÅENDE	
Lav	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Moderat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Høy	<input type="checkbox"/>

D. MANISK (HYPOMAN) EPISODE

(BETYR : GÅ TIL DIAGNOSEBOKSENE, SETT RING RUNDT NEI I ALLE DIAGNOSEBOKSER, OG GÅ TIL NESTE MODUL)

D1	a	Har du noen gang hatt en periode hvor du har følt deg “høyt oppe” eller “ovenpå” eller så full av energi at du kom i vanskeligheter, eller hvor andre har ment at du ikke helt var deg selv? (Ta ikke med de periodene hvor du var påvirket av alkohol eller narkotika.)	NEI	JA	1
		DERSOM JA TIL D1a :			
	b	Føler du deg for tiden “høyt oppe” eller full av energi?	NEI	JA	2
		<small>DERSOM PASIENTEN IKKE FORSTÅR ELLER ER USIKKER PÅ HVA DU MENER MED “HØYT OPPE” ELLER “OVENPÅ”, KLARGJØR SOM FØLGER: <i>MED “HØYT OPPE” ELLER “OVENPÅ” MENES Å HA ET HEVET STEMNINGSLEIE, UNORMALT ØKT ENERGI, BEHOV FOR LITE SØVN, RASKE TANKER, FULL AV IDEER, ØKT PRODUKTIVITET, ØKT KREATIVITET, MER IMPULSIV ADFERD.</i></small>			
D2	a	Har du noen gang vært urimelig irritabel over lengre tid (minst 4 dager), slik at du kranglet eller slåss eller skrek til personer utenfor din familie? Har andre kommentert at du har overreagert i situasjoner der du selv følte at din reaksjon var berettiget?	NEI	JA	3
		DERSOM JA TIL D2a :			
	b	Føler du deg stadig irritabel for tiden?	NEI	JA	4
		DERSOM D1a ELLER D2a ER KODET JA , KODES JA .	<input type="checkbox"/>	NEI	JA
D3		HVIS D1b ELLER D2b = JA : UNDERSØK BARE PÅGÅENDE EPISODE HVIS D1b OG D2b = NEI : UNDERSØK DEN MEST SYMPTOMGIVENDE TIDLIGERE EPISODEN			
		I løpet av den tiden du følte deg høyt oppe, full av energi eller irritabel:			
	a	Følte du at du kunne gjøre ting som andre ikke kunne, eller at du var en spesielt viktig person?	NEI	JA	5
	b	Følte du deg uthvilt etter få timers søvn ?	NEI	JA	6
	c	Snakket du uten stans eller så hurtig at andre hadde vanskeligheter med å forstå deg?	NEI	JA	7
	d	Hadde du mange tanker som raste fort gjennom hodet?	NEI	JA	8
	e	Ble du distraheret og forstyrret av den minste ting?	NEI	JA	9
	f	Ble du så aktiv eller rastløs at andre ble bekymret for deg?	NEI	JA	10
	g	Ble du så engasjert i lystbetonte aktiviteter at du ignorerte farene eller konsekvensene (f.eks. stort pengeforbruk, råkjøring eller seksuelle utskielser)?	NEI	JA	11
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		ER MINST 3 D3 SVAR KODET JA (MINST 4 DERSOM D1a ER NEI FOR TIDLIGERE EPISODE ELLER D1b ER NEI FOR PÅGÅENDE EPISODE)?	NEI	JA	
D5		Varte symptomene minst en uke og forårsaket problemer hjemme,	NEI	JA	13

i arbeid eller på skole? Var du innlagt på sykehus pga problemene?



EPISODEN UNDERSØKT VAR:

HYPOMAN EPISODE **MANISK EPISODE**

ER **D4** KODET **NEI** ?

SPESIFISER OM DEN IDENTIFISERTE EPISODEN ER PÅGÅENDE ELLER TIDLIGERE.

NEI	JA
<i>HYPOMAN EPISODE</i>	
Pågående	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tidligere	<input type="checkbox"/>

D8 ER **D4** KODET **JA**?

SPESIFISER OM DEN IDENTIFISERTE EPISODEN ER PÅGÅENDE ELLER TIDLIGERE.

NEI	JA
<i>MANISK EPISODE</i>	
	<input type="checkbox"/>
Pågående	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tidligere	<input type="checkbox"/>

E. PANIKKLIDELSE

(BETYR : SETT RUNDT NEI I E5, OG GÅ TIL F1)

E1	Har du mer enn en gang hatt plutselige anfall der du følte deg engstelig, redd, ille til mote eller urolig i en situasjon der de fleste andre personer ikke ville følt det på denne måten? Utviklet anfallene seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	1
E2	Har noen av disse anfallene, en eller annen gang, oppstått spontant, uventet eller uprovosert og forløpt på en uforutsigbar måte?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	2
E3	Har du noen gang hatt et slikt anfall der du i en måned eller mer etterpå gikk med stadig redsel for å få et nytt anfall, eller bekymret du deg for konsekvensene av anfallet?		NEI	JA	3
E4	Tenk på det verste anfallet du kan huske:				
a	Hadde du uregelmessig hjerteslag, hjertebank eller økt hjerterefrekvens?		NEI	JA	4
b	Hadde du svette eller klamme hender?		NEI	JA	5
c	Hadde du skjelvninger eller risting i kroppen?		NEI	JA	6
d	Hadde du åndenød eller pustevansker?		NEI	JA	7
e	Hadde du en kvelningsfølelse eller en slags klump i halsen?		NEI	JA	8
f	Hadde du smerter, trykkfølelse eller annet ubehag i brystet?		NEI	JA	9
g	Følte du deg kvalm, hadde du mageproblemer eller plutselig diaré?		NEI	JA	10
h	Følte du deg svimmel, ustø, ør i hodet eller holdt du på å besvime?		NEI	JA	11
i	Følte du at ting rundt deg var rare, uvirkelige, fremmede eller ukjente, eller følte du deg kroppslig sett helt eller delvis utenfor deg selv?		NEI	JA	12
j	Var du redd for at du ville miste kontrollen eller forstanden?		NEI	JA	13
k	Var du redd for at du kom til å dø?		NEI	JA	14
l	Hadde du prikkinger, nummenhet eller visshetsfølelse i noen del av kroppen?		NEI	JA	15
m	Hadde du hete- eller kuldetokter?		NEI	JA	16

E5 ER 4 ELLER FLERE E4 SPØRSMÅL ER KODET JA?

DERSOM E5= NEI, GÅ TIL E7.

NEI

JA

PANIKKLIDELSE

LIVSTID

E6 Har du hatt 2 eller flere anfall etterfulgt av en vedvarende redsel for å få et nytt anfall i løpet av den siste måneden ?

NEI	17	JA
<i>PANIKKLIDELSE</i>		
PÅGÅENDE		

HVIS PASIENTEN BENEKTER DETTE - SPØR LIKEVEL OM SYMPTOMENE I **E4**.

E7 Har du hatt plutselige anfall med bare 3, 2 eller 1 av symptomene vi nettopp snakket om i løpet av den siste måneden?

NEI	18	JA
<i>PANIKKLIDELSE med begrensede symptomer</i>		
PÅGÅENDE		

F. AGORAFOBI

F1 Har du **noen gang** følt deg engstelig eller urolig på steder eller i situasjoner der du kan få panikkanfall eller panikk lignende symptomer og hvor det er vanskelig å få hjelp eller kunne trekke seg unna, for eksempel i en stor menneskemengde, i en kø, alene borte fra hjemmet, på en bro, på reise med buss, tog eller bil? NEI JA 19

DERSOM F1 = **NEI**, SETT RING RUNDT **NEI** I F2.

F2 Har du noen gang fryktet disse situasjonene så mye at du enten har unngått dem, lidd deg gjennom dem, eller trengt en ledsager for å kunne utsette deg for situasjonene?

NEI JA 20

**AGORAFOBI
PÅGÅENDE**

Er **F2** (AGORAFOBI, PÅGÅENDE) KODET **NEI**,
OG
ER **E6** (PANIKKLIDELSE, PÅGÅENDE) KODET **JA** ?

NEI JA

**Panikk lidelse
uten AGORAFOBI
PÅGÅENDE**

Er **F2** (AGORAFOBI, PÅGÅENDE) KODET **JA**,
OG
ER **E6** (PANIKKLIDELSE, PÅGÅENDE) KODET **JA** ?

NEI JA

**Panikk lidelse, med
AGORAFOBI
PÅGÅENDE**

Er **F2** (AGORAFOBI, PÅGÅENDE) KODET **JA**,
OG
ER **E6** (PANIKKLIDELSE, LIVSTID) KODET **NEI** ?

NEI JA

**AGORAFOBI, PÅGÅENDE
uten
anamnese på panikk lidelse**

G. SOSIAL FOBI

(☐☐BETYR: GÅ TIL DIAGNOSEBOKSEN, SETT RING RUNDT NEI, OG GÅ TIL NESTE MODUL)

G1	Har du vært redd eller flau for å være i sentrum av oppmerksomheten eller redd for å bli ydmyket i løpet av den siste måneden? Dette inkluderer situasjoner som f.eks. å snakke i en offentlig sammenheng, å spise ute eller sammen med andre eller å skrive mens noen ser på.	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	1
G2	Er denne redselen overdreven eller urimelig?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	2
G3	Er du så redd for disse situasjonene at du unngår dem eller lider deg gjennom dem?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	3
G4	Forstyrrer denne redselen deg i ditt arbeid, i sosiale aktiviteter eller forårsaker den betydelig uro hos deg?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	4

ER **G4** KODET **JA**?

NEI

JA

SOSIAL FOBI

PÅGÅENDE

H. OBSESSIV-KOMPULSIV LIDELSE (Tvangslidelse)

(BETYR : GÅ TIL DIAGNOSEBOKSEN, SETT RING RUNDT NEI , OG GÅ TIL NESTE MODUL)

H1 Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av tilbakevendende tanker, innfall, eller fantasier som er uønskede, upassende, påtrengende eller urovekkende? (For eksempel, tanker som kom om og om igjen om at du var skitten **eller** engstelse for å smitte andre **eller** engstelse for at du skulle skade noen andre selv om du ikke ønsket dette, **eller** frykt for at du skulle handle etter en impuls, **eller** en gnagende uro for at du skulle bli ansvarlig for ting som gikk galt, **eller** overopptatthet av seksuelle tanker, fantasier eller impulser, **eller** religiøse tanker, **eller** samlemani.)

NEI JA 1
 til H4

(UTELUKKE OVERDREVNE BEKYMRINGER OM REELLE LIVSPROBLEMER, TVANGSTANKER RELATERT DIREKTE TIL SPISEFORSTYRRELSER, SEKSUELL ADFERD, SPILLEMANI ELLER ALKOHOL- ELLER STOFFMISBRUK DER PASIENTEN KAN HA GLEDE AV AKTIVITETEN OG KUN ØNSKER Å AVSTÅ FRA DEN AV HENSYN TIL DE NEGATIVE KONSEKVENSENE.)

H2 Kom disse tankene tilbake igjen og igjen, selv om du forsøkte å la være å tenke på dem eller bli kvitt dem?

NEI JA 2
 til H4

H3 Tror du at disse ubehagelige tankene bare oppstår i ditt eget hode og ikke kommer utenfra på noe vis?

NEI JA 3
**obsesjoner/
tvangstanker**

H4 Har du i løpet av den siste måneden gjort noe om og om igjen uten å kunne la det være? F.eks. overdreven rengjøring og vasking, telle eller kontrollere ting igjen og igjen, ordne ting i en bestemt form, rekkefølge eller mønster, eller andre ritualer?

NEI JA 4
**kompulsjoner/
tvangshandlinger**

ER H3 ELLER H4 KODET JA?

NEI JA

H5 Hadde du forståelse for at disse tankene og handlingene var overdrevne eller urimelige?

NEI JA 5

Har disse tvangstankene og tvangshandlingene forstyrret dine vanlige aktiviteter, arbeidsevne, sosial fungering eller samvær med andre, eller opptok de mer enn 1 time i løpet av en dag?

NEI JA
**Obsessiv-kompulsiv lidelse
(Tvangslidelse - OCD)**
PÅGÅENDE

O. GENERALISERT ANGSTLIDELSE (GAD)

(BETYR : GÅ TIL DIAGNOSEBOKSENE, SETT RING RUNDT NEI I ALLE DIAGNOSEBOKSER, OG GÅ TIL NESTE MODUL)

O1	a	Har du i løpet av de siste 6 månedene vært overdrevent bekymret eller engstelig omkring en rekke hendelser og aktiviteter (slik som fungering i yrke eller utdanning)?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	1
	b	Er bekymringene eller angsten tilstede nesten hver dag?		NEI	JA	2
		ER BÅDE O1a OG O1b KODET JA ?		NEI	JA	
		ER PASIENTENS ANGST TYDELIG KNYTTET TIL ELLER BEDRE FORKLART VED EN ANNEN AKSE I LIDELSE UNDERSØKT TIDLIGERE?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	3

O2		Er det vanskelig for deg å skyve disse bekymringene unna eller skaper de problemer for deg slik at du ikke får konsentrert deg om det du holder på med?	<input type="checkbox"/>	NEI	JA	4
O3		HVIS SYMPTOMENE ER TYDELIG KNYTTET TIL AKSE I LIDELSER UNDERSØKT TIDLIGERE, KODES NEI FOR FØLGENDE: I løpet av de siste 6 månedene, har du ofte:				
	a	Følt deg rastløs, oppskrudd eller overspent?		NEI	JA	5
	b	Vært lett trettbar?		NEI	JA	6
	c	Hatt konsentrasjonsvansker eller følt deg ”tom i hodet”?		NEI	JA	7
	d	Vært irritabel?		NEI	JA	8
	e	Hatt muskelspenninger?		NEI	JA	9
	f	Hatt søvnforstyrrelser (vanskeligheter med å sovne inn, eller forbli sovende eller hatt urolig, utilfredstillende nattesøvn?).		NEI	JA	10

ER 3 ELLER FLERE **O3** SVAR KODET **JA**?

NEI

JA

Generalisert angstlidelse
PÅGÅENDE