

Kæri viðtakandi.

Áður en sálfræðimeðferð hefst er mikilvægt að kortleggja vandlega þá erfiðleika sem leitað er aðstoðar við. Góð kortlagning í upphafi stuðlar að því að þú fáið meðferð við hæfi og er leiðarvísirinn að því sem síðar er gert til þess að uppræta vandann. Því viljum við biðja þig um að fylla út meðfylgjandi spurningalista þar sem spurt er út í ýmis einkenni sem tengst geta kvíða. Sum kannast þú líklega við, önnur ekki. Mikilvægt er að fylla þessa spurningalista út eftir bestu getu og mæta með þá útfyllta í fyrsta viðtalið. Með þessu móti verður fyrsta viðtalið markvissara og flýttir fyrir mati á því sem er að hrjá þig. Farið verður með spurningalistana sem trúnaðargögn og hefur aðeins sá sálfræðingur sem þú hittir við Kvíðameðferðarstöðina aðgang að þeim.

Jafnframt viljum við biðja þig að lesa meðferðarsamninginn aftan á þessu blaði vel yfir og undirrita. Ef þú hefur einhverjar spurningar má spyrja ritara KMS eða sálfræðing þinn.

Virðingafyllst,

sálfræðingar Kvíðameðferðastöðvarinnar

Fullt nafn: \_\_\_\_\_ Dagsetning: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_

Símanúmer: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Starf: \_\_\_\_\_ Hjúkaskaparstaða: \_\_\_\_\_

Nánasti aðstandandi og tengsl við þig: \_\_\_\_\_

Símanúmer aðstandanda: \_\_\_\_\_

### Trúnaður og lög um réttindi skjólstæðinga

Samkvæmt lögum og siðareglum sálfræðinga eru sálfræðingar Kvíðameðferðarstöðvarinnar (KMS) bundnir trúnaði varðandi þær upplýsingar sem þú veitir. Það þýðir meðal annars að sálfræðingur getur ekki veitt öðrum aðilum upplýsingar um þig nema með skriflegu leyfi þínu.

Undantekningar á þessu trúnaðarákvæði eru:

1. Þegar velferð barns, fatlaðs eða aldraðs einstaklings er í húfi, ber sálfræðingi að tilkynna það til yfirvalda (til dæmis Barnaverndar).
2. Þegar grunur leikur á að þú eða annar aðili sé líklegur til að valda sjálfum sér eða öðrum skaða, ber sálfræðingnum að hafa samband við einhvern tengdan viðkomandi, viðeigandi stofnun eða yfirvöld.

Sálfræðingar KMS njóta reglulegrar handleiðslu hjá reyndum sálfræðingi til að tryggja gæði meðferðar. Engar persónugreinanlegar upplýsingar eru veittar í þeirri handleiðslu. Nemar við KMS starfa undir handleiðslu reynds sálfræðings við KMS og ber sá sálfræðingur ábyrgð á þeirri meðferð sem veitt er.

Til að tryggja trúnað við skjólstæðinga KMS viljum við fara þess á leit við þig að þú ræðir ekki við aðra um það hverja þú sérð eiga leið um KMS.

Upplýsingar um réttindi sjúklinga má finna á þessari vefslóð: <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1997074.html>

### Greiðsla fyrir viðtöl og námskeið

Verð á viðtölum við sálfræðinga KMS er skv. gjaldskrá KMS hverju sinni (sjá á heimasíðu KMS, [www.kms.is](http://www.kms.is)). Greiðsla er innt af hendi fyrir hvert viðtal og þú færð kvittun fyrir greiðslunni og hægt er að greiða með greiðslukortum. Mörg stéttarfélag taka þátt í kostnaði vegna sálfræðipjónustu og ef þú kýst getur þú framvísað kvittunum fyrir viðtölum hjá þínu stéttarfélagi og kannað hvort þú eigir rétt á að fá kostnaðinn endurgreiddan að hluta. Hvert viðtal er 50 mínútur að lengd.

Greiða þarf 20% af hópmeðferðar- eða námskeiðsgjaldi tíu dögum áður en hópmeðferð/námskeið hefst til að tryggja sér pláss. Þetta gjald fæst ekki endurgreitt ef hætt er við þátttöku í hópmeðferð eða námskeiði.

### Ábyrgð þín

Þú berð ábyrgð á að muna eftir að mæta í viðtalstíma og ert ekki minnt(ur) sérstaklega á tímann. Þér ber einnig að taka virkan þátt í þeirri meðferð sem þú ert að hefja.

### Forföll

*Ef þú forfallast ertu vinsamlega beðin(n) um að láta vita af því með minnst 24 tíma fyrirvara, hvort sem er með samtali í síma 5340110 eða með tölvupósti á [kms@kms.is](mailto:kms@kms.is). Ef þú lætur ekki vita, eða lætur vita með minna en 24 tíma fyrirvara, ber þér að greiða hálf viðtalið og verður sendur reikningur fyrir því í heimabanka. Þetta sama á við þótt hafir þú fengið samþykki þriðja aðila fyrir greiðslu á viðtölum. Samstarfsaðilar KMS (Félagsþjónustan, VIRK, endurhæfingarstöðvar og fleiri) greiða ekki fyrir viðtöl sem ekki er mætt í og fellur það því í þinn hlut að greiða fyrir slík viðtöl ef ekki er afboðað með tilskyldum fyrirvara. Af fenginni reynslu verðum við því miður að setja þá reikninga sem ekki hafa verið greiddir fyrir eindaga í innheimtu.*

### Neyðartilvik

Ef þú eða einhver nákominn þér álitur líðan þína vera mjög alvarlega ber þér/ykkur að hafa samband við slysadeild, göngudeild geðdeildar Landspítala háskólasjúkrahúss eða hringja í neyðarnúmerið 112.

Ég hef lesið yfir ofangreind atriði og haft tækifæri til að spyrja út í þau.

---

Undirskrift þín og dagsetning

# Psychlops -Spurningalisti um þig og líðan þína

**Spurning 1: Meginvandi -greindu frá því vandamáli sem veldur þér mestum erfiðleikum** (vinsamlegast skrifaðu í reitinn hér að neðan)

**Hversu mikil áhrif hefur þessi vandi haft á þig undanfarna viku?** (0-5, þar sem 0 merkir engin áhrif og 5 merkir mjög mikil áhrif)

Engin áhrif 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Mjög mikil áhrif

**Hvenær hafðir þú fyrst áhyggjur af þessu vandamáli?** (vinsamlegast merktu aðeins í einn reit)

Fyrir minna en mánuði	Fyrir 1-3 mánuðum	Fyrir 3-12 mánuðum	Fyrir 1-5 árum síðan	Meira en 5 árum síðan

**Spurning 2: Annar vandi -greindu frá öðru vandamáli sem veldur þér erfiðleikum ef það á við** (vinsamlegast skrifaðu í reitinn hér að neðan)

**Hversu mikil áhrif hefur þessi vandi haft á þig undanfarna viku?** (0-5, þar sem 0 merkir engin áhrif og 5 merkir mjög mikil áhrif)

Engin áhrif 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Mjög mikil áhrif

**Hvenær hafðir þú fyrst áhyggjur af þessu vandamáli?** (vinsamlegast merktu aðeins í einn reit)

Fyrir minna en mánuði	Fyrir 1-3 mánuðum	Fyrir 3-12 mánuðum	Fyrir 1-5 árum síðan	Meira en 5 árum síðan

**Spurning 3: Greindu frá því sem þú átti í erfiðleikum með að gera vegna vandamálsins (eða vandamálanna)**

**Hversu erfitt hefur verið að gera þessa hluti undanfarna viku?** (vinsamlegast merktu aðeins í einn reit)

Alls ekki erfitt 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Mjög erfitt

**Spurning 4: Hvernig hefur þér liðið undanfarna viku?** (0-5, þar sem 0 merkir mjög vel og 5 merkir mjög illa)

Mjög vel 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Mjög illa

# SKIMUNARLISTI FYRIR GEÐRÆN EINKENNI

Í þessum spurningalista er spurt um líðan þína, hugsanir og hegðun. Merktu við **JÁ** ef spurningin á við um þig.  
Ef spurningin á ekki við um þig merkir þú við **NEI**.

	Já	Nei	<i>SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...</i>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið döpur/dapur/dapurt eða þunglynd/þunglyndur/þunglynt?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið döpur/dapur/dapurt eða þunglynd/þunglyndur/þunglynt mestan hluta dagsins, næstum alla daga?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...færð þú minni ánægju eða gleði af því sem þú hefur venjulega ánægju eða gleði af?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú minni áhuga á því sem þú hefur venjulega áhuga á?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur matarlyst þín verið mun minni en venjulega?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur matarlyst þín verið mun meiri en venjulega?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur svefninn þinn raskast eða verið óreglulegri en venjulega? ...hefur þú verið mjög uppstökk(ur/t), líkamlega óróleg(ur/t) eða átt í vandræðum með að sitja í
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rólegheitum?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið uppgefin(n)/uppgefið á nær daglega?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...færð þú oft samviskubit eða sektarkennd?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú rífið þig niður og hugsað mjög neikvætt um þig næstum daglega?
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þér liðið eins og þú værir mislukkaður/mislukkuð/mislukkað næstum daglega?
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú átt í erfiðleikum með að einbeita þér næstum daglega?
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þér þótt erfiðara að taka ákvarðanir en venjulega? ...hefur þú hugsað um að þú vildir deyja án þess að valda því sjálf(ur/t) eins og að sofna og vakna
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aldrei aftur?
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú óskað þess að þú værir dái(n)/dáið eða hugsað að þú værir betur komin(n)/komið dái(n)/dáið?
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...íhugaðir þú sjálfsvíg án þess að þú mundir í raun framkvæma það?
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...íhugaðir þú alvarlega að taka eigið líf?
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hugsaðir þú um sérstaka leið til þess að taka eigið líf?
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú einhvern tímann á lífsleiðinni gert tilraun til þess að taka eigið líf?

	Já	Nei	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hefur þú einhvern tímann orðið fyrir áfalli á borð við líkamsárás, kynferðislega misnotkun, nauðgun, stríðsátök eða eitthvern annan hræðilegan atburð?
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hefur þú á einhvern tímann orðið vitni að áfalli eins og banaslysi, líkamsárás, nauðgun eða einhverju öðru hræðilegu atviki?
			<i>EF ÞÚ SVARAÐIR JÁ VIÐ SPURNINGU 21 EÐA 22:</i>
	Já	Nei	<i>SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...</i>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa hugsanir um áfallið verið að sækja mikið að þér?
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú oft farið úr jafnvægi vegna hugsana um áfallið?
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa draumar eða minningar um áfallið angra þig mikið?
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...veldur það sem minnir á áfallið mjög mikilli vanlíðan?
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...reynir þú að bægra hugsunum eða tilfinningum tengdum áfallinu frá?
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...reynir þú að forðast athafnir, staði eða fólk sem minna þig á áfallið?
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...færð þú leiftursýnir þar sem þér finnst þú endurupplifa áfallið?
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur það sem minnir á áfallið valdið þér skjálfta, svita eða örum hjartslætti?
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þér liðið eins og þú sért fjarlæg(ur/t) eða úr tengslum við annað fólk eftir að áfallið gerðist?
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið tilfinningalega dofin(n)/dofið í kjölfar áfallsins?
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú látið af framtíðarmarkmiðum þínum í kjölfar áfallsins?
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið á varðbergi vegna áfallsins?
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið uppstökk(ur/t) og viðbrigðin(n)/viðbrigðið eftir að áfallið á sér stað?

Já	Nei	SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hafa komið upp atvik sem þú telur raunveruleg en aðrir telja ímyndun þína?
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú verið sannfærð(ur)/sannfært um að aðrir séu að fylgjast með þér, tala um þig eða að njósna um þig?
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist þú vera í hættu vegna þess að einhver hafi fyrirætlanir um að skaða þig?
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist þú hafa sérstakar gáfur, krafta eða mátt sem annað fólk hefur ekki?
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist eins og utanaðkomandi máttur eða kraftur stjórni huga þínum eða gjörðum?
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú heyrt raddir sem aðrir heyra ekki eða séð hluti sem aðrir sjá ekki?

Já	Nei	SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú tekið endurtekin átköst (þ.e. borðað mjög mikið magn fæðu, mjög hratt á skömmum tíma)?
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú fundið fyrir stjórnleysi í þessum átköstum?
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú tekið átkast þar sem þú borðar svo mikið að þú verður óþægilega södd/saddur/satt?
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú tekið átkast þar sem þú hefur borðað mikið magn fæðu þrátt fyrir að vera ekki svöng/svangur/svangt?
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...tekur þú átköst í einrúmi vegna þess að þú skammast þín fyrir það hversu mikið þú borðar?
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú tekið áttarnir og fyllst ógeði á sjálfri/sjálfum/sjálfu þér í kjölfarið?
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú orðið mjög reið(ur)/reitt út í þig vegna átkasta?
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú farið í stífa megrun eða æft óhóflega til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu eftir átkast?
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú framkallað uppköst, notað hægðalyf eða önnur lyf til þess að koma í veg fyrir að þyngjast eftir átkast?
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þyngd þín eða lögum líkamans verið einn mikilvægasti þátturinn í hvað þér finnst um þig?

Já	Nei	SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hafa leitað á þig endurteknar, uppþrengjandi eða óþægilegar hugsanir, efasemdir, ímyndir eða hvatir?
53		...hafa leitað á þig <u>óþægilegar og uppþrengjandi</u> hugsanir um eftirfarandi:
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...um sýkla og smit?
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...um að þú berir ábyrgð á skaða eða slysum?
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...um kynlíf, ofbeldi, trú eða forboðin málefni?
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...um samhverfu eða að hlutir séu ekki „eins og þeir eigi að vera“?
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist þú knúin(n)/knúið til að bregðast við þessum hugsunum með því að gera eitthvað ákveðið til þess að draga úr óþægindum eða að koma í veg fyrir eitthvað slæmt (hvort sem er sýnileg hegðun eða í huganum)?
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist þú knúin(n)/knúið til að bregðast við þessum hugsunum með því að gera eitthvað ákveðið til þess að draga úr óþægindum eða að koma í veg fyrir eitthvað slæmt (hvort sem er sýnileg hegðun eða í huganum)?
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þér fundist þessar hugsanir og viðbrögð við þeim trufla þig í daglegu lífi (t.d.vinnu, skóla, samskiptum, frístundum)?

Já	Nei	SÍÐASTLIÐNAR TVÆR VIKUR...
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...verður þú mjög hrædd(ur)/hrætt ef hjartað þitt slær hratt?
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...verður þú mjög hrædd(ur)/hrætt ef þú stendur á öndinni eða verður móðu(ur)?
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...verður þú mjög hrædd(ur)/hrætt ef þú ert óstyrk(ur/t) eða finnur fyrir yfirliðskenn?
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...færð þú skyndileg hræðslu- eða kvíðaköst sem koma eins og þruma úr heiðskýru lofti eða án ástæðu?
61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...færð þú skyndileg hræðslu-eða kvíðaköst þar sem þér finnst eins og eitthvað hræðilegt sé að gerast eins og að þú sért að deyja, sturlast eða missa stjórn?
62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ... færð þú skyndileg hræðslu-eða kvíðaköst þar sem þú finnur fyrir þremur eða fleiri eftirfarandi einkennum: Örum eða þungum hjartslætti, svita, skjálfta, köfnunartilfinningu, ógleði, svima eða yfirliðskenn?
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...hefur þú miklar áhyggjur af því að fá óvænt hræðslu- eða kvíðakast?
64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...færð þú kvíðaköst sem gera það að verkum að þú ert farin(n)/að forðast ákveðnar aðstæður eða ert búin(n)/að að breyta út af því hvernig þú gerir hluti venjulega eða þinni daglegu rútinu?

	Já	Nei	<u>UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...</u>
65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú forðast aðstæður endurtekið vegna þess að þú ert hrædd(ur)/hrætt um að þú getir fengið hræðslu/kvíðakast?
66			...veldur eftirfarandi þér ótta, kvíða eða óþægindum vegna þess að þú hefur áhyggjur af að fá hræðslu- eða kvíðakast:
	Já	Nei	
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að vera fjarri heimilinu þínu
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að vera í mannþröng
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að standa í löngum biðröðum
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að fara í jarðgöng eða vera á brú
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að ferðast um í strætisvagni, lest, báti eða flugvél
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að keyra eða vera farþegi í bíl
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að vera ein(n)/eitt heima
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að vera á stórum, opnum svæðum (eins og í almenningsgarði eða úti á víðavangi)
67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verður þú nær alltaf mjög kvíðin(n) um leið og þú stendur frammi fyrir ofangreindum aðstæðum?
68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðast þú einhverjar af ofangreindum aðstæðum vegna kvíða eða hræðslu?

	Já	Nei	<u>UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...</u>
69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú miklar áhyggjur af því að verða þér til skammar fyrir framan aðra?
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú miklar áhyggjur af því að gera eitthvað sem gæti gert það að verkum að fólki finnst þú vitlaus eða kjánaleg(ur/t)?
71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verður þú mjög taugaóstyrk(ur/t) í aðstæðum þar sem fólk gæti veitt þér athygli?
72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verður þú mjög taugaóstyrk(ur/t) í félagslegum aðstæðum?
73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðast þú reglulega aðstæður vegna þess að þú ert hrædd(ur) um að gera eða segja eitthvað sem yrði þér til skammar?
74	Já	Nei	...hefur þú mjög miklar áhyggjur af því að gera eða segja eitthvað sem yrði þér til skammar í eftirfarandi aðstæðum:
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að tala opinberlega eða fyrir framan aðra
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að borða eða drekka svo aðrir sjái til
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að nota almenningssalerni
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að skrifa svo aðrir sjái til
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að segja eitthvað heimskulegt á meðal fólks
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...að spyrja spurninga í hópi fólks
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...á viðskiptafundum
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...í veislum eða öðrum félagslegum samkomum
75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verður þú oftast mjög kvíðin(n)/kvíðið í ofangreindum aðstæðum?
76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðast þú einhverjar af ofangreindum aðstæðum vegna kvíða eða ótta?

	Já	Nei	<u>UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...</u>
77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þér fundist þú drekka of mikið eða of oft?
78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...finnst einhverjum í fjölskyldunni þinni þú drekka of mikið eða að þú eigir við áfengisvanda að stríða?
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa vinir, lækna eða einhverjir aðrir sagt að þeim finnst þú drekka of mikið?
80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú íhugað draga úr áfengisneyslu þinni?
81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...finnst þér þú eiga við áfengisvanda að stríða?
82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur áfengisneyslan þín stuðlað að vandamálum í hjónabandi, vinnu, samskiptum eða komið niður á heimilisstörfum eða öðrum mikilvægum þáttum lífsins?

	Já	Nei	<u>UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...</u>
83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú notað fikniefni eða ávanabindandi efni?
84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þér fundist þú nota of mikið af fikniefnum eða ávanabindandi efnum?
85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...finnst einhverjum í fjölskyldunni þinni þú nota of mikið af fikniefnum eða ávanabindandi efnum og að þú eigir við fiknivanda að stríða?
86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa vinir, lækna eða einhverjir aðrir sagt að þeim finnst þú nota of mikið af fikniefnum eða ávanabindandi efnum?
87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú íhugað að draga úr notkun þinni á fikniefnum eða ávanabindandi efnum?
88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...finnst þér þú eiga við fiknivanda að stríða?

89   ...hefur neysla þín stuðlað að vandamálum í hjónabandi, vinnu, samskiptum eða komið niður á heimilisstörfum eða öðrum mikilvægum þáttum lífsins?

Já	Nei	UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...	
90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið með áhyggjur, ofhugsað hluti eða stressast upp flesta daga? ...tengjast áhyggjur þínar eða ofhugsanir tveimur eða fleiri viðfangsefnum eins og heilsu, fjárhag, öryggi, ástvinum,
91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frammistöðu, hversdagslegum verkefnum, skipulagi, framtíð? ...hefur þú oft áhyggjur af eða ofhugsar hversdagslega hluti eða hluti sem aðrir telja smávægilega (t.d. að mæta of seint,
92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvar eigi að leggja, hvernig skal fara á milli staða, matarinnkaup, ýmsar ákvarðanir)?
93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hafa einhver af eftirtöldum atriðum <b>ítrekað truflað þig</b> undanfarna 6 mánuði:
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verið upptrekk(ur) eða eirðarlaus(t)?
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...vöðvaspenna?
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...svefntruflanir?
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...einbeitingarerfiðleikar eða fundist þú tóm(ur/t) í höfðinu?
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...þreytist auðveldlega?
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...pírringur?
94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...telur þú að þú hafir áhyggjur eða ofhugsir hluti meira en annað fólk?
95			Er algengt að þú:
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...biðjir aðra um álit?
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðist að taka ákvarðanir eða ert lengi að því?
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...skipuleggir mikið?
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...sækir í hughreystingu við minnsta tilefni?
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...tékkir endurtekið á hlutum eða öryggi ástvina?
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...frestir því að gera hluti?
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðist hluti?

Já	Nei	UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...	
96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú verið að glíma við margvísleg maga- eða meltingafæraeinkenni eins og ógleði, uppköst, mikinn loftgang, verið uppþembd(ur)/uppþembt eða með niðurgang?
97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa verkir eða sársauki verið að angra þig?
98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...veikist þú oft en flestir aðrir?
99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur líkamleg heilsa þín verið slæm meirihluta lífs þíns?
100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hafa læknað átt erfitt með að finna skýringar á einkennum þínum?

Já	Nei	UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...	
101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú oft haft áhyggjur af því að vera alvarlega veik(ur/t) eða að þú munir veikjast af alvarlegum sjúkdómi?
102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...verður þú gjarnan kvíðin(n)/kvíðið eða áhyggjufull(ur/t) um heilsufar þitt t.d. ef þú tekur eftir líkamlegum einkennum, fréttir af eða ert minnt(ur) á veikindi eða sjúkdóma?
103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú meiri áhyggjur af heilsufari þínu en aðrir?
104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...reynist þér erfitt að bægja frá þér áhyggjum af heilsu þinni þrátt fyrir að lækningar þínar, fjölskylda eða vinir segja þær óþarfar?
105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...trufla áhyggjur þínar af alvarlegum sjúkdómum þig við dagleg störf eða á öðrum mikilvægum sviðum lífsins? Er algengt að þú...
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...leitir endurtekið til læknis eða annars heilbrigðisstarfsfólks?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...biðjir um rannsóknir?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðist læknisheimsóknir, rannsóknir eða aðgerðir?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...forðist samtöl, fólk, staði eða annað sem minnir á veikindi eða sjúkdóma?

Já	Nei	UNDANFARNA 6 MÁNUÐI...	
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur þú miklar áhyggjur af útliti þínu?
107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hugsar þú mikið um útlit þitt og óskar þess að þú gætir hugsað minna um það?
108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...veldur útlit þitt þér mikilli vanlíðan?
109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hefur skoðun þín á eigin útliti áhrif á vináttu, sambönd eða á getu þína til þess að stunda vinnu eða skóla?

**110**   ...átt þú í vandræðum vegna húðkropps, hártogs eða annars ávana sem þér finnst ómögulegt að stöðva eða láta af?

**111**   ...ert þú mjög hrædd(ur)/hrætt við afmarkaða hluti, dýr eða aðstæður, eins og að fljúga, sjá blóð, sprautur, lofthæð, lokuð rými, uppköst, ákveðnar tegundir af dýrum eða pöddum?

Ef svo er, vinsamlegast skráðu hér hvað þú ert hrædd(ur) við:

---

---

**Já** **Nei**

**112**   ...átt þú erfitt með að einbeita þér að einu verkefni í einu?

**113**   ...gengur þér erfiðlega að skipuleggja þig?

**114**   ...missir þú oft athygli í samræðum?

**115**   ...týnir þú oft hlutum sem þú þarft á að halda?

**114**   ...trufla utanaðkomandi áreiti þig auðveldlega?

**115**   ...forðast þú verkefni sem krefjast einbeitingar?

**116**   ...gleymir þú oft því sem þú ætlaðir að gera eða ert beðinn um að gera?

**Já** **Nei** FYRRI GEDGREININGAR OG MEDFERÐ...

Hefur þú áður leitað til sálfræðinga, geðlækna eða annarra

**117**   heilbrigðisstarfsmanna vegna vanlíðanar eða geðrænna vandamála?

Ef já, hvaða vandamál hef ég verið greind(ur) með?

---

---

**118**   Hefur þú leitað áður til sálfræðinga, geðlækna eða annarra heilbrigðisstarfsmanna vegna vanlíðanar eða geðrænna vandamála?

Ef já, hvernig meðferð, hjá hverjum og hvenær?

---

---

---

---

Aðrar gagnlegar upplýsingar:

Kynhneigð:

Gagnkynhneigð(ur/tt)  Samkynhneigð(ur/tt)  Tvíkynhneigð(ur/tt)  Vil ekki svara  Annað: \_\_\_\_\_

Kynvitund:

Kona  Karl  Kynsegin  Óviss/skilgreini ekki kyn mitt  Vil ekki svara  Annað: \_\_\_\_\_

Glímir þú við einhver líkamleg vandamál eða sjúkdóma? Ef svo er, hvaða vandamál eða sjúkdóma \_\_\_\_\_

---

---



## Mælikvarði á áhyggjur (GAD-7)

(svaraðu með því að draga hring utanum 0-3)

Hversu oft á síðastliðnum 2 vikum hefur eftirfarandi valdið þér hugarangri:

		Aldrei	Nokkra daga	Oftar en helming daganna	Næstum daglega
1	Verið taugaóstyrk(ur/t), kvíðin(n)/kvíðið eða hengd(ur)/hengt upp á þráð	0	1	2	3
2	Ekki tekist að bægra frá þér áhyggjum eða hafa stjórn á þeim	0	1	2	3
3	Haft of miklar áhyggjur af ýmsum hlutum	0	1	2	3
4	Átt erfitt með að slaka á	0	1	2	3
5	Verið svo eirðarlaus að þú áttir erfitt með að sitja kyrr	0	1	2	3
6	Orðið gröm/gramur/gramt eða pirruð/pirraður/pirrað af minnsta tilefni	0	1	2	3
7	Verið hrædd(ur)/hrætt eins og eitthvað hræðilegt gæti gerst	0	1	2	3

Summa GAD-7

(af 21 mögulegum)

## Mælikvarði á depurð (PHQ-9)

(svaraðu með því að draga hring utanum 0-3)

Hversu oft hafa eftirfarandi vandamál truflað þig síðastliðnar 2 vikur:

		Aldrei	Nokkra daga	Oftar en helming daganna	Næstum daglega
1	Lítill áhugi eða gleði við að gera hluti	0	1	2	3
2	Verið niðurdregin(n/ð), döpur/dapur(t) eða vonlaus(t)	0	1	2	3
3	Átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina	0	1	2	3
4	Þreyta og orkuleysi	0	1	2	3
5	Lystarleysi eða ofát	0	1	2	3
6	Liðið illa með þig eða fundist þér hafa mistekist eða ekki staðið þig gagnvart sjálfum þér eða fjölskyldu þinni	0	1	2	3
7	Erfiðleikar með einbeitingu t.d. við að lesa blöðin eða horfa á sjónvarp	0	1	2	3
8	Hreyft þig eða talað svo hægt að aðrir hafi tekið eftir því. Eða hið gagnstæða -verið svo eirðarlaus(t) eða óróleg(ur/t) að þú hreyfðir þig mikið meira en venjulega	0	1	2	3
9	Hugsað um að það væri betra ef þú værir dái(n)/dáið eða hugsað um að skaða þig á einhvern hátt	0	1	2	3

Summa PHQ-9

(af 27 mögulegum)

Ert þú sem stendur að taka einhver lyf vegna ofangreindra vandamála, t.d. þunglyndislyf?

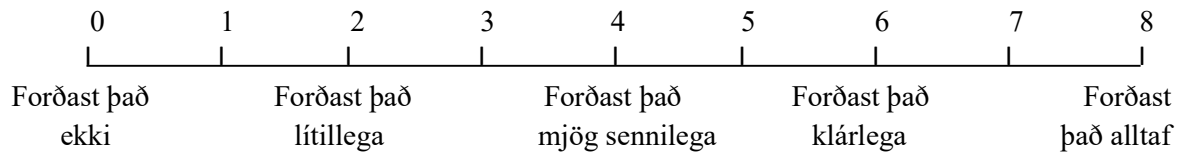
✓

Já  Nei

Ef svo er, hvaða lyf og í hvaða skömmtum?

## Fælnikvarðar (IAPT Phobia Scales)

Leggðu mat á hve mikið þú forðast eftirfarandi aðstæður á meðfylgjandi skala og skráðu viðeigandi tölu hægra megin við hverja spurningu.

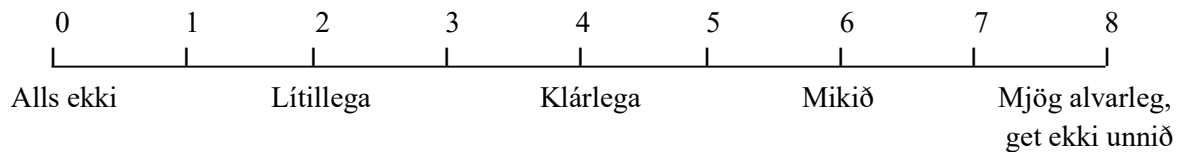


1	Félagslegar aðstæður af ótta við að fara hjá mér eða verða mér til skammar	
2	Ákveðnar aðstæður af ótta við að fá kvíðakast eða önnur óþægileg einkenni (t.d. missa þvag, æla eða finna til svima)	
3	Ákveðnar aðstæður af ótta við tiltekin fyrirbæri eða aðstæður (t.d. dýr, háar hæðir, lokuð rými, sjá blóð, keyra eða fljúga).	

## Matskvarði á vinnu og félagslega aðlögun (Work and Social Adjustment Scale)

Vandamál hafa stundum áhrif á getu fólks til að sinna tilteknum verkefnum daglegs lífs.

Leggðu mat á hver áhrifin eru á getu þína til að sinna hverju sviði fyrir sig samkvæmt neðangreindum skala:



1	Vinna – hvernig vandamálin hafa áhrif á starfsgetu þína (hakaðu við „á ekki við“ ef þú ert á eftirlaunum eða starfar ekki af ástæðum ótengdum vandamálinu).	
	<i>Á ekki við</i> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
2	Heimilishald – hreingerning, tiltekt, matreiðsla, innkaup, umönnun heimilis/barna, borga reikninga o.fl.	
3	Félagslíf – hitta annað fólk, t.d. fara í veislur, á skemmtistaði o.fl.	
4	Tómstundaiðja – gera eitthvað í einrúmi, t.d. sinna áhugamálum, lesa, ganga, sauma, vinna í garðinum.	
5	Fjölskyldu- og vinatengsl – mynda og viðhalda nánum tengslum við aðra, þar á meðal við fjölskyldu mína.	

**Heildarskor**