

BoB

Frågeformulär om Bakgrund och Behandling vid Anorexi/Bulimi

VERSION 1.1, DECEMBER 1995

David Clinton, Claes Norring & Bengt Eriksson

Instruktioner

Detta frågeformulär handlar om din bakgrund, dina tidigare behandlingserfarenheter och dina föreställningar/önskemål om kommande behandling. Läs varje fråga eller påstående och ta ställning till vilket svarsalternativ du tycker stämmer bäst för dig. Sätt sedan ett kryss (X) i rutan vid detta svarsalternativ. Markera bara ett alternativ för varje fråga/påstående (om inget annat anges). Hoppa inte över någon fråga. Dina svar behandlas naturligtvis under tystnadsplikt. Tack för din medverkan.

Din nuvarande sociala situation

1. Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

- ¹ ensamstående, aldrig samboende/gift
² gift sedan (år):.....
³ samboende sedan (år):.....
⁴ separerad sedan (år):.....
⁵ skild sedan (år):.....
⁶ änka/änkling sedan (år):.....

2. Hur lång är/var den längsta relation till en partner (make/maka/sambo/pojk-/flickvän) du haft?

- ¹ mer än 1 år
² 6–12 månader
³ mindre än 6 månader
⁴ aldrig haft fast relation

3. *Endast för kvinnor:* Hur många gånger har du varit gravid? gånger

4. Hur många barn har du? Var snäll och ange kön och ålder!

	flicka	pojke	ålder
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur ser din boendesituation ut?

(Flera alternativ möjliga.)

- ¹ bor ensam
² bor tillsammans med make/maka/sambo
³ bor tillsammans med mitt/mina barn
⁴ bor tillsammans med en av eller båda mina föräldrar
⁵ bor tillsammans med släktingar
⁶ bor tillsammans med vänner
⁷ bor på annat sätt hur?

6. Vilken är den högsta utbildning som du har avslutat?

- universitets-/högskoleutbildning linje/ämnen?.....
 yrkesutbildning eller annan postgymnasial utbildning vilken?.....
 gymnasieskola linje/program?.....
 grundskola
 ingen

7. Vilken är din nuvarande sysselsättning?

(Flera alternativ möjliga.)

- arbetar som vad?..... omfattning:.....% (av heltid)
 studerar vad?..... omfattning:.....% (av heltid)
 är arbetslös omfattning:.....% (av heltid)
 arbetar i hemmet (hemmafru/-man) omfattning:.....% (av heltid)
 gör militärtjänst
 är ålderspensionerad
 är sjukskriven omfattning:.....% (av heltid)
 har sjukbidrag/är sjukpensionerad omfattning:.....% (av heltid)
 annat vad?..... omfattning:.....% (av heltid)

Dessa förhållanden gäller sedan (månad och år, tack):.....

8. Om du är sjukskriven/har sjukbidrag/-pension eller är arbetslös, vad gjorde du innan?

(Flera alternativ möjliga.)

- arbetade som vad?..... omfattning:.....% (av heltid)
 studerade vad?..... omfattning:.....% (av heltid)
 arbetade i hemmet (hemmafru/-man) omfattning:.....% (av heltid)
 gjorde militärtjänst
 annat vad?..... omfattning:.....% (av heltid)

9. Hur försörjer du dig huvudsakligen? Markera endast den försörjningskälla som är **viktigast** för dig!

- försörjer mig själv (lön, studiemedel, föräldrapenning etc)
 försörjer mig genom sjukpenning/-bidrag/-pension
 försörjer mig genom socialbidrag
 är beroende av andra (t ex föräldrar, make/maka/sambo) för min försörjning
 försörjer mig på annat sätt hur?.....

Din ursprungsfamilj

10. Vem/vilka växte du huvudsakligen upp tillsammans med?

- ¹ båda mina biologiska föräldrar
- ² en av mina biologiska föräldrar vem? mamma pappa
- ³ en av mina biologiska föräldrar vem? mamma pappa
och en styvförälder
- ⁴ foster- eller adoptivföräldrar
- ⁵ annat förhållande vilket?

11. Är du adopterad? ⁰ nej ¹ ja

12. Uppgifter om dina föräldrar:

	ålder	yrke	död	okänd
biologisk mor:	<input type="checkbox"/> år	<input type="checkbox"/>
biologisk far:	<input type="checkbox"/> år	<input type="checkbox"/>
styv-/foster-/adoptivmor:	<input type="checkbox"/> år	
styv-/foster-/adoptivfar:	<input type="checkbox"/> år	

13. Vilket är dina föräldrars nuvarande civilstånd? Vi syftar här på de föräldrar du huvudsakligen växte upp med. (Om någon av dem är död, var snäll och ange hur det var medan personen levde.)

- ¹ gifta/sambo
- ² skilda/separerade år
- mamma omgift år
- pappa omgift år
- ³ annat förhållande vilket?

14. Vad har dina föräldrar för ursprung?

- ¹ båda är svenskar
- ² en är svensk, en är invandrare/flykting från vilket land?
- ³ båda är invandrare/flyktingar från vilka länder?

15. Var är du själv född?

- ¹ Sverige ² annat land vilket?

16. Hur många helsyskon har du? (antal)

17. Hur många halvsyskon har du? (antal)

Tidigare och nuvarande behandling

18. Använder du regelbundet något av följande läkemedel?

(Flera alternativ möjliga. Markera vilket/vilka du använder genom att kryssa i rutan till vänster. Skriv sedan namnet på läkemedlet och den dosering du använder.)

	namn	dosering (mg/dag)
¹ <input type="checkbox"/>	lugnande medicin
² <input type="checkbox"/>	sömnmedicin
³ <input type="checkbox"/>	antidepressiv medicin
⁴ <input type="checkbox"/>	annan medicin för psykiska besvär
⁵ <input type="checkbox"/>	smärtstillande medicin
⁶ <input type="checkbox"/>	insulin
⁷ <input type="checkbox"/>	annan medicin för kroppsliga besvär

19. Endast för kvinnor: Använder du p-piller för närvarande? ⁰ nej ¹ ja

20. Vilka vårdkontakter har du haft för dina matproblem? (Flera alternativ möjliga.)

	när?
a. <input type="checkbox"/> skolhälsovård var?.....	år.....
b. <input type="checkbox"/> ungdomsmottagning var?.....	år.....
c. <input type="checkbox"/> barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård var?.....	år.....
d. <input type="checkbox"/> barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård var?.....	år.....
e. <input type="checkbox"/> privatpraktiserande kroppsläkare var?.....	år.....
f. <input type="checkbox"/> privatpraktiserande psykiater/psykoterapeut var?.....	år.....
g. <input type="checkbox"/> primärvård (vårdcentral/husläkare) var?.....	år.....
h. <input type="checkbox"/> somatisk (= kroppslig) slutenvård var?.....	år.....
i. <input type="checkbox"/> vuxenpsykiatrisk öppenvård var?.....	år.....
j. <input type="checkbox"/> vuxenpsykiatrisk slutenvård var?.....	år.....
k. <input type="checkbox"/> annan kontakt vad?..... var?.....	år.....

21. Vilka behandlingar för matproblem har du erfarenhet av? (Flera alternativ möjliga.)

	ingen erfarenhet	sammanlagt mindre än 1 års erfarenhet	sammanlagt 1 års erfarenhet eller mera	när?
a. individuell psykoterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
b. familjeterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
c. gruppterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
d. stödsamtal	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
e. psykiatrisk slutenvård	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
f. psykofarmaka	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år
g. annan behandling	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	år

vilken?

Kommentar:

22. Blev du hjälpt av den/de behandlingar du tidigare varit med om? (Sätt en markering (X) endast för den/de behandlingar du tidigare varit med om.)

	nej, försämrad	nej, oförändrad	ja, något	ja, mycket
a. individuell psykoterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
b. familjeterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
c. gruppterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
d. stödsamtal	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
e. psykiatrisk slutenvård	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
f. psykofarmaka	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
g. annan behandling	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

23. Har du nu någon pågående behandling för dina matproblem?

- ⁰ ingen pågående behandling
- ¹ pågående behandling som håller på att avslutas vad?
- ² pågående behandling som fortsätter vad?
- och som beräknas avslutas år och månad

24. Har du någon somatisk (=kroppslig) sjukdom som du behövt sjukhusvård för?

- ⁰ har ingen somatisk sjukdom
- ¹ har somatisk sjukdom som krävt sjukhusvård en gång vilken sjukdom? när?
- ² har somatisk sjukdom som krävt sjukhusvård flera gånger vilken sjukdom? när?

25. Hur mycket visste du om våra behandlingsmetoder innan du besökte oss för första gången?

- ⁰ ingenting alls
 ¹ nästan ingenting
 ² lite grann
 ³ en hel del
 ⁴ mycket
-

26. Vilken uppfattning hade du om oss innan du kom i kontakt med oss?

- ⁰ mycket negativ
 ¹ negativ
 ² neutral, varken eller
 ³ positiv
 ⁴ mycket positiv
-

27. Vem tog huvudinitiativet till din kontakt med oss?

- ¹ jag själv
 ² mina släktingar/min partner vem?.....
 ³ primärvården
 ⁴ psykiatriska öppenvården
 ⁵ somatiska slutenvården
 ⁶ psykiatriska slutenvården
 ⁷ privatpraktiserande läkare/terapeut
 ⁸ Försäkringskassan/Socialförvaltningen (*stryk under det som gäller*)
 ⁹ annan vem?.....
-

28. Hur länge fick du vänta på ditt första besök hos oss?.....veckor (ca)

29. Hur upplevde du väntetiden till ditt första besök?

- ⁰ lätt, inga problem
 ¹ ganska lätt
 ² neutral, varken eller
 ³ ganska jobbig
 ⁴ mycket jobbig

30. Hur många personer i din omgivning känner till dina matproblem?

- ⁰ 3 eller flera
¹ 1–2
² ingen

31. Hur många av dessa personer (se fråga 30) skulle du kunna vända dig till för stöd och hjälp när du har det svårt?

- ⁰ 2 eller flera
¹ 1
² ingen

32. Hur lång tid tror du det kommer att ta för dig att komma till rätta med dina problem?

- ¹ mindre än 2 månader
² 2–6 månader
³ 6–12 månader
⁴ 1–2 år
⁵ mer än 2 år

33. Hur mycket hjälp tror du att du skulle ha av följande behandlingsformer när det gäller att komma till rätta med dina matproblem?

	ingen hjälp alls	nästan ingen hjälp	någon hjälp	en hel del hjälp	mycket hjälp
a. individuella samtal.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
b. samtal med mig och min familj tillsammans.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
c. gruppsamtal med patienter som har liknande problem..	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
d. en vistelse på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
e. en vistelse på ett behandlingshem.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
f. dagvård (d v s behandling dagtid, med samtal, matlagning och andra aktiviteter).....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
g. sjukgymnastik och kroppsriktad terapi.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
h. arbetsträning och rehabilitering.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
i. uttryckande behandlingsformer (t ex bildterapi, dans, symboldrama).....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
j. avslappning.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
k. hypnos och suggestioner.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>
l. mediciner.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>

Vad du tror att du skulle bli hjälpt av

Följande påståenden gäller vad du tror att du skulle bli hjälpt av i en behandling för dina problem. Läs varje påstående och fundera över vilket svarsalternativ du tycker stämmer bäst för dig **just nu**. Sätt sedan ett kryss (X) i rutan under svarsalternativet som stämmer bäst. Markera bara ett svarsalternativ för varje påstående.

	stämmer					
	inte alls	i stort inte	i viss mån	ganska väl	väl	mycket väl
34. Jag skulle bli hjälpt av att öka min kontroll över mina matvanor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Det är viktigt att hjälpa mig att sätta ord på mina tankar och känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Det skulle bara göra mina problem värre att återuppleva och prata om tidigare smärtsamma upplevelser under behandlingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Det är inte så viktigt om min terapeut eller kontaktperson bryr sig om mig och engagerar sig i mina problem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Att skriva en dagbok över mitt ätande och diskutera denna under behandlingen skulle hjälpa mig få bättre kontroll över mina matproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Jag behöver en behandling som hjälper mig att behärska obehagliga tankar och känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jag behöver hjälp att planera mina måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Jag behöver verkligen någon som stöder och uppmuntrar mig under behandlingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Jag behöver hjälp att glömma bort jobbiga saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Jag behöver hjälp att förstå mitt omedvetna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Jag behöver en terapeut eller kontaktperson som tycker om mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Jag behöver ingen hjälp att förstå mig själv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Jag skulle bli hjälpt av goda råd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Jag behöver hjälp att äta regelbundna måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Jag skulle bli hjälpt av att undersöka sambandet mellan mina problem och min barndom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Det är oerhört viktigt att min terapeut eller kontaktperson förstår mig och bekräftar mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Jag behöver någon som aktivt kan engagera sig i mina problem och visa mig hur jag ska handskas med dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Jag behöver ingen hjälp att bestämma vad och hur jag ska äta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

stämmer

	inte alls	i stort inte	i viss mån	ganska väl	väl	mycket väl
52. Det är mycket viktigt för mig att kunna lätta på hjärtat under behandlingen och berätta om mina problem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Jag vill att vi kommer överens om hur behandlingen ska gå till.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Jag måste konfronteras med mina problem för att kunna lösa dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Jag behöver en behandling som kan hjälpa mig att klargöra mina känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Jag behöver mötas med omtanke och få ett gott omhändertagande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Jag skulle bli hjälpt av möjligheten att reflektera över återkommande mönster i mitt liv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Jag behöver ingen hjälp att få bättre ordning på mitt ätande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Det viktigaste är "personkemin", att jag och min(a) behandlare passar ihop.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Jag behöver ingen behandling som rotar i mina tankar och känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Jag behöver hjälp att undvika situationer som ger mig ångest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Jag behöver någon som hjälper mig att tänka igenom mina handlingsalternativ och välja en vettig väg att lösa mina problem på.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Det är mycket viktigt att min terapeut eller kontaktperson och jag arbetar tillsammans mot gemensamma mål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>