

Mia Audrey Nerland

## Måleegenskaper ved DISK

En ny screeningsskala for dissosiative lidelser

Hovedoppgave i Medisin  
Veileder: Hans M. Nordahl  
Januar 2022



Mia Audrey Nerland

# Måleegenskaper ved DISK

En ny screeningsskala for dissosiative lidelser

Hovedoppgave i Medisin  
Veileder: Hans M. Nordahl  
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
BESKRIVELSE .....	1
METODE .....	1
RESULTATER .....	1
KONKLUSJON .....	1
<b>ABSTRACT (ENGELSK SAMMENDRAG)</b> .....	<b>2</b>
OBJECTIVE .....	2
METHOD .....	2
RESULTS .....	2
CONCLUSION.....	2
<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
DISSOSIASJON SOM FENOMEN .....	4
UTFORDRENDE DIFFERENSIALDIAGNOSTIKK .....	6
SCREENINGVERKTØY OG DIAGNOSTIKK VED DISSOSIERING .....	7
VANSKELIG DIAGNOSTIKK .....	8
HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	8
<b>MATERIALE OG METODE</b> .....	<b>9</b>
DISK .....	9
DATAINNSAMLING .....	9
HVEM OG NÅR.....	10
STATISTIKK.....	11
ETIKK .....	11
DATAANALYSER .....	11
<b>RESULTATER</b> .....	<b>12</b>
FAKTORANALYSE.....	12
INDRE RELIABILITET OG TEST-RETEST RELIABILITET .....	16
VALIDITET .....	17
<i>Konvergent validitet</i> .....	17
<i>Diskriminativ validitet</i> .....	18
<b>DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>23</b>
VEDLEGG 1: DE TRE FAKTORENE I DISK (PEARSON R VERDI).....	26
VEDLEGG 2- DISK (VER.01).....	27
VEDLEGG 3: SPØRREUNDERSØKELSE (N=300) SENDT UT VIA NETTSKJEMA.NO .....	29

# Sammendrag

## Beskrivelse

Dissosiasjon er et omfattende og inngripende psykologisk fenomen som viser seg i en rekke psykiatriske lidelser. Det finnes i dag ulike verktøy for å utrede dissosiasjon, men disse er begrenset i omfang da de i liten grad skiller angst, PTSD og somatoforme lidelser. DISK er et nykonstruert selvrapporteringskjema for utredning og kartlegging av dissosiasjon. Skjemaet favner fem hovedområder ved dissosiering; amnesi, derealisering, depersonalisering, identitetsforvirring og somatiske flashback/pseudo hallusinasjoner (1). Formålet med denne studien er å undersøke om DISK er et reliabelt og valid screeningverktøy for dissosieringssymptomer, samt undersøke hvilke psykometriske egenskaper skjemaet har.

## Metode

DISK ble sammen med fem andre standardiserte skåringsinstrument, sendt til et utvalg av den generelle norske befolkningen (bekvemmelighetsutvalg). Datainnsamlingen foregikk digitalt via nettskjema.no og 339 voksne ble inkludert i studien. 300 informanter ble inkludert i analyser av intern reliabilitet, faktoranalyse og korrelasjoner for konvergent og diskriminant validitet. Vi gjennomførte også en test-retest-analyse, som ble kjørt på innhentet data fra en annen kohort på 39 respondenter. For å undersøke for intern reliabilitet brukte vi Cronbach`s alfa og PKA (prinsipiell faktoranalyse) for å ekstrahere subskalaer i skjemaet. ICC ble kjørt for å finne intern validitet. Bivariate pearson korrelasjonsanalyser ble brukt for å finne konvergent og diskriminant validitet.

## Resultater

DISK er et screeningsskala med høy 4-ukers test-retest reliabilitet. Vi fant at skalaen har tre hovedfaktorer; Depersonalisasjon/Derealisasjon, Dissosiativ amnesi og Perseptuell forstyrrelse. I tillegg viser skalaen konvergent validitet med Zanarini (emosjonell ustabilitet) og diskriminativ validitet sammenlignet med kognitiv kontroll (MCT), angstsymptomer (GAD) og depressive symptomer (PHQ).

## Konklusjon

Funnene viser at DISK er et reliabelt og valid verktøy og kan potensielt være nyttig for å kartlegge dissosieringssymptomer. DISK har tre dimensjoner: depersonalisasjon/derealisasjon, Dissosiativ amnesi og Perseptuell forstyrrelse. DISK viser adekvat konvergent og diskriminativ validitet, med konvergering mot emosjonell ustabilitet, og diskriminasjon mot symptomer (angst, depresjon) og metakognisjoner.

## Abstract

### Objective

Dissociation is a complex and comprehensive psychological phenomenon that occurs in a broad specter of psychiatric illnesses. There are several screening tools in use for screening and diagnosing dissociation disorders, but these are limited in scope and differentiate poorly between anxiety, PTSD and somatoform disorders. DISK is a new self-report questionnaire, meant to be used in the work-up and mapping of disease. The scale includes the five dimensions which build the construct of dissociation; amnesia, de-realization, de-personalization, identity confusion and somatic flashback/pseudohallucinations(1). The aim of this study is to investigate the psychometric properties of the scale and if it is a valid and reliable tool to screen for dissociative disorders.

### Method

DISK was, together with five other self-report questionnaires, distributed to a general selection of the Norwegian population (convenience selection). Data collection was done digitally through nettskjema.no and 339 adults were included in the study. 300 informants were included in analysis for internal reliability, a factor analysis and correlation test for convergent and discriminant validity. We also performed a test-retest analysis, which was conducted on another cohort of 39 respondents. To investigate for internal reliability, we used Cronbach's alpha and PCA (Principal component analysis) to extract different subscales. ICC was used to find DISKs internal validity and bivariate pearson correlations was used to distinguish convergent and discriminative validity.

### Results

DISK is a screening tool with high four-week test-retest reliability. Four factors were extracted; Depersonalization/Derealization, Dissociative amnesia and Perceptual disturbance. We found that DISK has convergent validity with Zanaflex (emotional lability) and discriminative validity with cognitive control (MCT), anxiety symptoms (GAD) and depressive symptoms (PHQ).

### Conclusion

The results in this study verify DISK as a reliable and valid tool to screen for dissociative symptoms. DISK has three factors: Depersonalization/Derealization, Dissociative amnesia and Perceptual disturbance, and shows good adequate convergent and discriminative

validity, with converging values against dysfunctional strategies and discrimination against symptoms (anxiety, depression) and metacognitions.



## Innledning

### Dissosiasjon som fenomen

Begrepet dissosiasjon betyr å koble fra eller å skille elementer som hører sammen fra hverandre. Når psykiske og/eller fysiske påkjenningene overskrider det man selv klarer å håndtere splittes minnene opp i ulike fragmenter slik at de ikke lagres og integreres i hukommelsen i form av sin helhet, men adskilt fra hverandre. Man antar at dette er en psykologisk beskyttelse mot u håndterlige og overveldende følelsesmessige opplevelser. Som en konsekvens av oppsplittingen oppstår det ofte hukommelsestap og identitetsforvirring. Identitetsforvirringen kan komme til uttrykk som *depersonalisasjon* og/eller *derealisasjon*. *Depersonalisasjon* betyr at man føler seg fremmed fra sin egen kropp mens *derealisasjon* betyr at verden oppleves uvirkelig. Dissosiasjon kan også forekomme som motoriske forstyrrelser eller sanseutfall, som lammelser eller nummenhet i kroppen (2). Noen kan også dissosiere med stupor, fuge eller transetilstander. Det mest typiske er dog dissosiativ amnesi, hvor man ikke husker noe av episoden, som er en aktiv undertrykking av traumeminnene.

Det kan være mange ulike måter å forstå og definere dissosiering på, og en definisjon er: "dissociation represents a process whereby certain mental functions which are ordinarily integrated with other functions presumably operate in a more compartmentalized or automatic way usually outside the sphere of conscious awareness or memory recall"(3: p.93).

Dissosiasjon er altså forstått som en prosess hvor perseptene splittes opp og personen unnlater å integrere perseptet i bevisstheten. Dissosiering kan beskrives som en dysfunksjonell reaksjonsmåte eller mestringsstrategi (avverge) ved overveldende eller angstinduserende opplevelser. Dissosiering har opptatt mange kjente klinikere og forskere helt fra starten av 1800-tallet. Den franske psykiateren, filosofen og psykoterapeuten Pierre Janet beskrev det psykologiske fenomenet ved slutten av 1900-tallet på lignende måte(4). Han var ikke den første som introduserte konseptet, men var den som knyttet det til opplevde traumatiske opplevelser. Fenomenet har i mange år vært nært beslektet og knyttet til Sigmund Freud (1856-1939) og hans begrep om sinnstilstanden hysteri. Freud er kjent for sine beskrivelser av pasienter med en rekke forskjellige somatiske symptomer med rot i psykisk problematikk (5). Sent på 1800-tallet var hysteri sett på som et samlebegrep for tilstander som vi i dag kaller dissosiative lidelser, og er i dag kun et eldre medisinsk begrep som ikke lenger brukes i diagnostikken(6). I 1980 ble diagnosen «hysterisk nevrose, konversjonstype» endret til «konversjonslidelser»(DSM-III, 1980). Dissosiasjon er ofte kommentert og studert og søker man på *Dissosiasjon* i PubMed får man opp 172 127 resultater (7). Det psykologiske

fenomenet har vært en del av American Psychiatric Association (APA) sitt diagnosesystem siden 1980, der de dissosiative tilstandene er beskrevet både i DSM-III (1980) og DSM-III-R (1987). Likevel er det fortsatt i dag ansett å være komplisert og omfattende og fange opp og diagnostisere pasienter med slike problemer.

I nåtidens klassifikasjonssystem for psykiske lidelser, DSM-5 (APA) defineres dissosiasjon som «disruption of and/or discontinuity in the normal integration of consciousness, memory, identity, emotion, perception, body representation, motor control, and behavior» (8). I klassifikasjonen tenker man på dissosiering som en reaksjon på traumer eller traumatiske reaksjoner, men også som en form for mestrings- og overlevelsestrategi. I ICD-10 finner vi de dissosiative lidelsene (konversjonslidelser) under kapittel F44. Her beskrives lidelsene som «(...) delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser, og tap av kontroll og kroppsbevegelser.» (2). I motsetning til hos de med hensiktsmessig dissosiering, får man funksjonstap og ofte benektelse av problemene knyttet til lidelsen som kan være åpenbare for andre. I ICD-10 er lidelsene gruppert under F44.0 Dissosiativ amnesi, F44.1 Dissosiativ fugue, F44.2 Dissosiative stupor, F44.3 Transe og besettelsestilstander, F44.4-7 Dissosiative motoriske forstyrrelser og sanseutfall som inkluderer motoriske forstyrrelser, krampetilstander, følelseløshet og sanseutfall samt F44.8 som omfatter Andre spesifiserte dissosiative lidelser (2).

Dissosiasjon opptrer på et spektrum og er en tilstand og mestringsstrategi som trer i kraft i ulike situasjoner. De fleste mennesker kan ha milde dissosiative opplevelser, som for eksempel å føle seg frakoblet sin egen kropp eller bli oppslukt av noe og ikke huske hvordan man kom seg frem dit man er. Mer omfattende dissosiasjon skjer når en hendelse er for overveldende slik at man ikke tåler å tenke på den eller kjenne på følelsene som har oppstått i etterkant av hendelsen. En kan si at dissosiasjon har som formål å håndtere angst eller akutte invasive traumeminner, men som konsekvens også går utover ens psykiske, sosiale og arbeidsmessige fungering (9). Graden av dissosiasjon kan variere fra hensiktsmessig og milde former til uhensiktsmessige og mer alvorlige former, som da betegnes som patologisk dissosiasjon. I enkelte yrker, som f.eks hos utrykningspersonell, kan det å kunne skille følelser fra rasjonalitet i øyeblikket være en god emosjonell reguleringsmekanisme som gjør jobben lettere å gjennomføre (10). En slik form for enkel dissosiasjon er hensiktsmessig og gjør en i stand til å handle på en rasjonell måte samt å unngå at man blir følelsesmessig

overveldet. Da blir dissosiasjonen en normal reaksjon på en unormal situasjon(11). Dersom man utsettes for langvarig og mer alvorlig påkjenninger vil avspaltingen bli en mer integrert del av personens håndtering av ubehagelige situasjoner eller påminnelser om disse og konsekvensene blir mer gjennomgripende i personenes liv(12). Da begynner dissosieringen å prege pasientens personlighet og alvorlighetsgraden blir mye større slik at pasientens sosiale og arbeidsmessige funksjon faller og behandling bør iverksettes.

Lidelsene antas å være av psykogen opprinnelse og de er nært forbundet i tid med traumatiske hendelser, uløselige, utholdelige eller forstyrrede mellommenneskelige forhold (2).

Differensialdiagnostisk er det flere somatiske tilstander som kan ligne på dissosiering. Klinisk kan intoksikasjon, utmattelse, post-iktal amnesi ved epilepsi, psykose og organisk hjerneskade ha lignende uttrykk. Det er svært viktig å kunne skille de psykologiske og traumatiske tilstandene fra de somatiske tilstandene, spesielt i en akutt situasjon hvor liv og helse kan stå på spill(13).

Dissosiasjon er et omfattende og inngripende psykologisk fenomen som viser seg i en rekke psykiatriske lidelser, først og fremst ved psykiske traumer, dissosieringslidelser, dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID), borderline personlighetsforstyrrelse og PTSD. Vi ser også at alvorlige former for dissosiasjon forekommer ved schizofreni, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser(14). Man har sett at dissosiering ofte er tegn på komplekse tilstander, som utvikler seg fra tidlig barndom (1). Ved dissosiering er den totale sykdomsbyrden ofte høyere og behandlingsresponsen dårligere (10).

I psykisk helsevern, spesielt ved poliklinikker og akuttpsykiatriske mottak, møter man som helsepersonell ofte pasienter med dissosieringssymptomer eller lidelser. Pasientene blir undersøkt gjennom kliniske intervju og psykiatriske observasjoner. Ofte er diagnostikken upresis (lite reliabel), og i den medisinske undersøkelsen mangler man valide, effektive verktøy for å kunne etablere presise diagnoser på de ulike dissosieringstilstandene (15).

### Utfordrende differensialdiagnostikk

En av grunnene til at mange med dissosiative lidelser ikke fanges opp er forvekslingen mellom dissosiative symptomer, psykotiske episode og schizofreni. I ICD-10 og DSM-5 er det en betydelig overlapp mellom de tre lidelsene. Psykose og dissosiasjon har flere ting til felles, noe som vanskeligjør presis diagnostisering. Likevel kan man klare å skille dem fra hverandre ved enkelte punkter. Posttraumatisk stress og opplevde overveldende hendelser

som f.eks seksuelle overgrep er ofte det som gjør at pasienten får diagnosen «dissosiative lidelse» istedenfor «psykotisk lidelse». Men det finnes også flere symptomatiske tegn som skiller de to psykiatriske lidelsene fra hverandre (15). Både depersonalisasjon og derealisasjon sees ved begge tilstander. Derealisasjon er noe mer vanlig ved psykose, da man ofte lider av identitetsbrist. Auditiv verbal hallusinoser er også vanlig ved begge tilstander, men ved dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) beskriver pasienten pseudohallusinasjoner, der stemmene identifiseres som å være ens egen, mens ved psykose blir stemmehøringen opplevd som påført fra eksterne kilder. Dissosiativ amnesi og dissosiativ fuge er mye hyppigere ved dissosiasjon og er svært viktig i differensialdiagnostikken ved vanskelige tilfeller. I tillegg er identitetsveksling mye hyppigere blant pasienter med dissosiative lidelser som kalles for Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID). De kan ofte bytte mellom flere ulike identiteter, som skiller seg ved f.eks å ha forskjellig bakgrunn, stemme og alder. En annen ulikhet er at DID ikke har realitetsbristen som er et krav for å stille diagnosen psykose. I dagens psykiatri har man en rekke retningslinjer for behandling av psykose (172 totalt) mens det er ingen klare retningslinjer for behandling av dissosiative lidelser (15).

### Screeningverktøy og diagnostikk ved dissosiering

For å utrede for mangfoldet av dissosiative symptomer finnes det få gode utredningsverktøy i bruk i Norge i dag. Det samme gjelder for utredning av traumer. Den mest brukte skalaen for måling av dissosiasjonssymptomer er «*Dissosiative experience scale*» (DES). Dette er et selvrapporteringskjema som bygger på en kontinuumforståelse av dissosiasjonsbegrepet med spørsmål om normale variasjoner i bevissthet (8). Skjemaet består av 28 spørsmål, og har tre underskalaer: amnestisk dissosiasjon, absorbering og imaginativ involvering samt depersonalisering/derealisering. Flere studier har gått god for skjemaet, og det er oversatt til flere ulike språk, blant annet iransk, svensk og finsk(16-18). Et annet utredningsverktøy er «*Somatoform dissosiasjon*» (SDQ-20) som består av 20 spørsmål om fysiske symptomer. Dette skjemaet er også kvalitetssikret og oversatt til en rekke språk, blant annet svensk, tysk og spansk(19-21).

Disse verktøyene er i bruk, men begrenset i omfang, da de kun måler få aspekter ved dissosiering, og kan beskrives som snevre i kartleggingen. Disse verktøyene skiller i liten grad mellom angst, somatoforme tilstander og PTSD. Dette innebærer at de har svakheter ved både reliabilitet og validitet i kartlegging av dissosiering hos traumatiserte pasienter.

Det kliniske intervjuet “*Strukturert Klinisk Intervju for DSM-IV Dissosiative Lidelser*” (SCID-D), er det eneste diagnostiske verktøyet for dissosiative lidelse. Det er utviklet av Marlene Steinberg, M.D. (USA), og intervjuet er oversatt til norsk. Intervjuet er validert, brukt i forskning, og benevnes som «gull-standarden» for diagnostikk av dissosiering. Utfordringen er at intervjuet krever grundig opplæring og er ressurskrevende å bruke både for diagnostiker og pasient da det tar mange timer å gjennomføre og pasienten bør være i en stabilisert tilstand og kunne samarbeide godt.(22)

### Vanskelig diagnostikk

Lite anvendelige utredningsverktøy gir mangelfull og feilaktig diagnostisering, noe som gjør at pasienter går langvarig i behandling som ikke er rettet mot alle deler av det psykiske problemet. Det er derfor en stor utfordring i dag at man mangler effektive og pålitelige verktøy som kan gjennomføres på kort tid og som kan gi et rimelig godt bilde av pasientenes dissosieringsproblemer i en akuttmedisinsk situasjon. Konsekvensen av feildiagnostisering gjør at pasienten står i faresonen for å utvikle kroniske tilstander i kjølevannet av langvarig og lite effektiv behandling. Kliniske studier viser at det er nødvendig at dissosiativ lidelse identifiseres. Når pasienten får tidlig og riktig behandling for dissosieringssymptomene vil de fungere bedre både sosialt og arbeidsmessig (9).

### Hensikt og problemstilling

Med dette prosjektet ønsker vi å undersøke om et nyutviklet screeningskjema, DISK (dissosierings skala), laget av professor Hans Nordahl ved NTNU, kan brukes til å kartlegge og måle grad av dissosiasjon. Vi vil undersøke om DISK er et reliabelt og valid verktøy ved dissosiering og utforske hvilke psykometriske egenskaper skjemaet har. Målet er å undersøke om skjemaet kan brukes for å kartlegge patologisk dissosiering slik at det kan brukes av fastleger, legevaktsleger og psykiatere/psykologer i utredning og diagnostikk av personer med dissosieringssymptomer.

Følgende problemstillinger skal belyses i denne undersøkelsen:

- 1) Er DISK et reliabelt instrument for dissosieringssymptomer?
- 2) Hvor mange faktorer (subskalaer) kan ekstraheres fra DISK?
- 3) Hva er psykometriske egenskaper av DISK og konvergent og diskriminant validitet?

## Materiale og metode

### DISK

DISK er et screeningskjema utformet som et selvrapporteringskjema, konstruert for å kartlegge og identifisere dissosieringssymptomer hos pasienter som utredes for psykisk sykdom. Skjemaet måler dissociative erfaringer, relatert til 8 deler av dissosiasjonsfenomenet. Skjemaet består av 16 ledd, fordelt på åtte symptomgrupper. Disse er dissociativ amnesi (2 spørsmål), derealisering (2 spm), depersonalisering (3 spm), identitetsendring (3 spm), identitetsforvirring (2 spm), pseudohallusinasjoner (1 spm), flashbacks (1 spm) og somatiske flashbacks (2 spm). Deltagerne blir bedt om å fylle ut hvor hyppig hvert enkelt symptom har forekommet i løpet av de siste fire ukene på en fem-punkts skala, hvor 0= Forekommer aldri, 1= Forekommer sjeldent, 2= Forekommer noen ganger (25% av tiden), 3= Forekommer jevnlig (50% av tiden), 4= Forekommer ofte (75% av tiden) og 5= Forekommer stort sett hele tiden. En totalsum angir alvorlighetsgraden av dissosiering- og funksjonsplager. Skårer mellom 0 og 9 antyder ingen dissosiering, mens skår på over 40 antyder alvorlig dissosiasjon. I tillegg gis det en oversikt over hvilke av de åtte dimensjonene av dissosiasjon man skårer høyest på ved hjelp av de ulike delskalaene. Spørsmålene måler ikke intensitet eller grad av subjektivt ubehag og funksjonssvikt. Spørreskjemaet tar mellom fem til ti minutter og gjennomføre.

### Datainnsamling

For å måle de psykometriske egenskapene ved DISK utførte vi en kvantitativ tverrsnittstudie og en kvantitativ kohortstudie. I tverrsnittstudien ble DISK (ver.01) sammen med fem andre måleinstrumenter satt sammen til et stort spørreskjema kalt «*Spørreundersøkelse NTNU, psykiske og fysiske plager*» (tverrsnittstudie). Skjemaet ble lagt inn i nettskjema.no, et selvbetjent og universelt utformet skjemaløsningsprogram laget av UIO, et sikkert verktøy godkjent av NTNU for datainnsamling. Skjemaet ble sendt digitalt til tilfeldige informanter i den generelle befolkningen

De andre måleinstrumentene som inngikk i spørreskjemaet kartla symptomer og adferd innenfor emosjonell ustabilitet og traume (Zanarini, BPD), depresjon og stemningssymptomer (PHQ-11), angst (GAD7), grubling og bekymring (MCQ-5) og smerte og somatiske plager (HSCL-25). Vi ønsket å se på hvilke ledd og skalaer i de ulike skjemaene som kunne knyttes

sammen, og hvilke endringer i adferd og symptomer som ble målt samtidig. Dette var nødvendig for å undersøke validiteten til DISK.

I tillegg til det sammensatte skjemaet utførte vi også en test-retest analyse (kohortstudie) for å undersøke DISKs evne til å gi stabile måleresultater over tid. Vi brukte også nettskjema.no til dette. Ved test-retest analysen lagde vi et digitalt skjema med kun DISK (ver.01). Dette ble så sendt ut til en tilfeldig gruppe av den generelle befolkningen. Vi hadde som mål om å inkludere 40 personer til test-retest analysen. Skjemaet ble sendt ut to ganger med et intervall på 4 uker. DISK ble utfylt anonymt. For å kunne koble skjemaene til hverandre ble deltagerne bedt om å fylle ut to felter der den ene indikerte initialene til deltagerens mor og den andre feltet fødselsåret (fire sifre) til far. Slik kunne vi opprettholde anonymiteten, men samtidig klare å koble skjemaene og svarene med hverandre i etterkant.

### Hvem og når

Datainnsamlingen for ble startet medio juli 2021 og avsluttet første uken i november 2021, da vi hadde inkludert 300 deltagere til å svare på «*Spørreundersøkelse NTNU, Psykiske og fysiske plager*». Skjemaet ble sendt ut til og besvart av folk i alle aldre, bakgrunn og kjønn, slik at det var mulig å oppnå et bredt utvalg. Skjemaet var anonymt og loggførte ingen personopplysninger. «*Spørreundersøkelse NTNU, Psykiske og fysiske plager*» ble besvart av totalt 300 personer, derav 230 (76,7%) kvinner, 66 menn (22,0%) og 4 hen (1,3%). Gjennomsnittsalderen ( $\pm$  standarddeviasjon) var  $33,59 \pm 13,8$  år med et spenn fra 19 til 81 år (62 år). Av de 300 inkluderte i studien oppga 146 (48,7%) å være studenter, 141 (47,0%) å være i jobb (over 50%) og de resterende 13 (4,3%) enten arbeidsledig, pensjonert, hjemmeværende, sykemeldt, ufør eller i permisjon.

For test-retest analysen ble 85 personer spurt om å fullføre DISK som et selvstendig skjema. Fire uker etterpå ble samme gruppe mennesker bedt om å gjennomføre undersøkelsen på ny. 39 av dem returnerte et utfylt skjema, og av disse var 34 (87,2%) damer og 5 (12,8%) menn. Gjennomsnittsalderen ( $\pm$  standardavviket) var  $43,3 \pm 13,64$  med et spenn fra 22 år til 64 år (42 år).

## Statistikk

Datainnsamlingen i nettskjema ble eksportert til Exel og analysene kjørt i SPSS (IBM versj. 27). Reliabiliteten til skjemaet ble evaluert gjennom analyser for indre konsistens (ICC) og test-retest testing. Begrepsvaliditet ble vurdert via konvergent og diskriminant validitet, som sier noe om hvor godt de ulike subskalaene i DISK korrelerer med andre mål fra de andre inkluderte spørreskjemaene (konvergent validitet), samt hvor godt DISK skiller seg fra de andre skjemaene som var inkludert (diskriminant validitet). Dette ble gjort ved at vi lagde hypoteser for diskriminant og konvergent validitet og tenkte oss at subskalaer i DISK og i Zannarini (emosjonell ustabilitet) i noen grad ville konvergere, og DISK og skalaer på depresjon (PHQ) angst (GAD7), samt metakognisjoner og selvregulering (MCQ) ville diskriminere. Videre fikk vi normerte skårer og middelværdier på en såkalt normalpopulasjon (bekvemmelighetsutvalg) som ga et utgangspunkt for normdata for DISK. Normdata la grunnlaget for å skille mellom hva som er normale symptomnivå og kliniske nivå for DISK.

## Etikk

Studien ble for sikkerhets skyld søkt til REK for vurdering av protokollen. Dette fant vi nødvendig ettersom en del av leddene kan være utfordrende og kan hende aktivere vonde tanker eller følelser hos informantene. REK besluttet at prosjektet ikke trengte etisk godkjenning for å kunne gjennomføres da data var anonymisert. I informasjonen til informantene ble det oppgitt kontaktperson og telefonnummer for de som kjente behov for å snakke med noen etter utfyllingen av skjema.

## Dataanalyser

Dataanalysene ble gjennomført i SPSS (IBM, versj. 27) Den interne reliabiliteten til DISK ble estimert ved Chronbach's  $\alpha$ . Det ble også utført en PKA (prinsipiell komponent analyse) for å utforske DISK sine subskalaer. I forkant av faktoranalysen kjørte vi de preliminare testene Barlett's og KMO, for å undersøke om forutsetningene for PKA var tilstede. Test-retest reliabiliteten ble undersøkt ved Pearson korrelasjoner for å undersøke skalaens temporale stabilitet.



## Resultater

### Faktoranalyse

PKA ble utført på DISK sine 16 ledd med det initiale datamaterialet (N=300). PKA ble benyttet som faktor ekstraksjonsmetode i alle analysene, og det ble benyttet Kaisers kriterium for egenverdi (eigenvalue) som ble komplementert med MAP analyse («minimum average partial rule») Med kriteriene til disse analysene kunne vi verifisere ekstraksjonen (23, 24). Barletts-, Jennerichs-, Steiger-, og Kaiser-Meyer-Olkins (KMO) test og den bi-variate korrelasjonsmatrisen ble inspisert i forkant av PKAen og determinantene viste en høy korrelasjon mellom leddene i datamatriksen.

**FIGUR 1: KMO AND BARLETTS TEST**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.903
Barletts Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1823,646
	Df	120
	Sig.	0,000

*Figur 1 Resultater av KMO og Barletts's Test*

Resultatet viser at dataene er egnet for PKA, med en Kaiser-Meyer-Olkins skåre på 0.9 (må være > 0.6) og en signifikant Barletts Test of Sphericity (se figur 1). Betingelsene for å gå videre på en faktoranalyse og se på ekstraksjonsbetingelser for datasettet er derfor tilstede, men multikollinearitet er en mulig utfordring. I tillegg må analysen være justert for høy korrelasjon mellom leddene og dette indikerer at vi må bruke oblimin rotasjon i analysen (25).

I vurderingen av antall ekstraksjonsfaktorer ble det benyttet følgende kriterier:

- 1) Hver faktor må forklare mer en 5% av den totale variansen, og ha en eigenvalue på minst 1.00 for at faktoren skal ha en verdi.
- 2) Faktor strukturen må være meningsfull, i den forstand at faktoren som utgjør en skala må være klinisk definerbar (klinisk, åpenbar validitet).

Tre faktorer ble trukket ut og sammen forklarte de 56.42 % av den totale variansen. Den første faktoren hadde eigenvalue på 6,64 og forklarer 41,51 % av variansen alene. Den består av 8 ledd og ble definert som *Depersonalisasjon/Derealisasjon*. Den andre faktoren hadde en eigenvalue på 1,33 og forklarer 8,32% av variansen. Den består av 7 ledd og ble definert som *Dissosiativ amnesi*. Den tredje faktoren består av bare 2 ledd og hadde en eigenvalue på 1,05.

Denne faktoren forklarer 6,58 % av variansen og ble definert som *Perseptuell forstyrrelse*. Faktoranalysen gir oss 3 faktorer med eigenvalue høyere enn 1. (se Scree Plott i figur 4.)

Ettersom vi antar det er høye korrelasjoner mellom leddene ble Pattern matrix avlest. Pattern matrix viser ladningene som regresjonskoeffisienter og ikke vanlige bivariate korrelasjoner. Vi kan ved inspeksjon av de ulike grupperingene av høye koeffisienter definere hvilke ledd som hører sammen, og derved definere deres innhold i et felles begrep eller benevnelse. (se figur 3)

**FIGUR 2: RESULTAT AV PRINSIPIELL FAKTORANALYSE FOR DISK (n=300)**

Komponent	Initiell eigenvalue			Ekstraksjonssum av «Squared Loadings»			Rotasjonssum av «Squared Loadings»
	Total	% av varians	Kumulativ %	Total	% av varians	Kumulativ %	Total
1	<b>6,643</b>	<b>41,519</b>	41,519	6,643	41,519	41,519	5,344
2	<b>1,331</b>	<b>8,321</b>	49,840	1,331	8,321	49,840	4,748
3	<b>1,053</b>	<b>6,583</b>	56,422	1,053	6,583	56,422	2,321
4	0,942	5,889	62,311				
5	0,867	5,418	67,730				
6	0,713	4,458	72,187				
7	0,642	4,010	76,197				
8	0,626	3,911	80,108				
9	0,546	3,411	83,519				
10	0,491	3,071	86,590				
11	0,435	2,717	89,307				
12	0,428	2,767	91,983				
13	0,351	2,192	94,175				
14	0,337	2,105	96,281				
15	0,318	1,986	98,267				
16	0,277	1,733	100,000				

Figur 2 Faktor Ekstraksjonsmetode: Prinsipiell Komponent Analyse

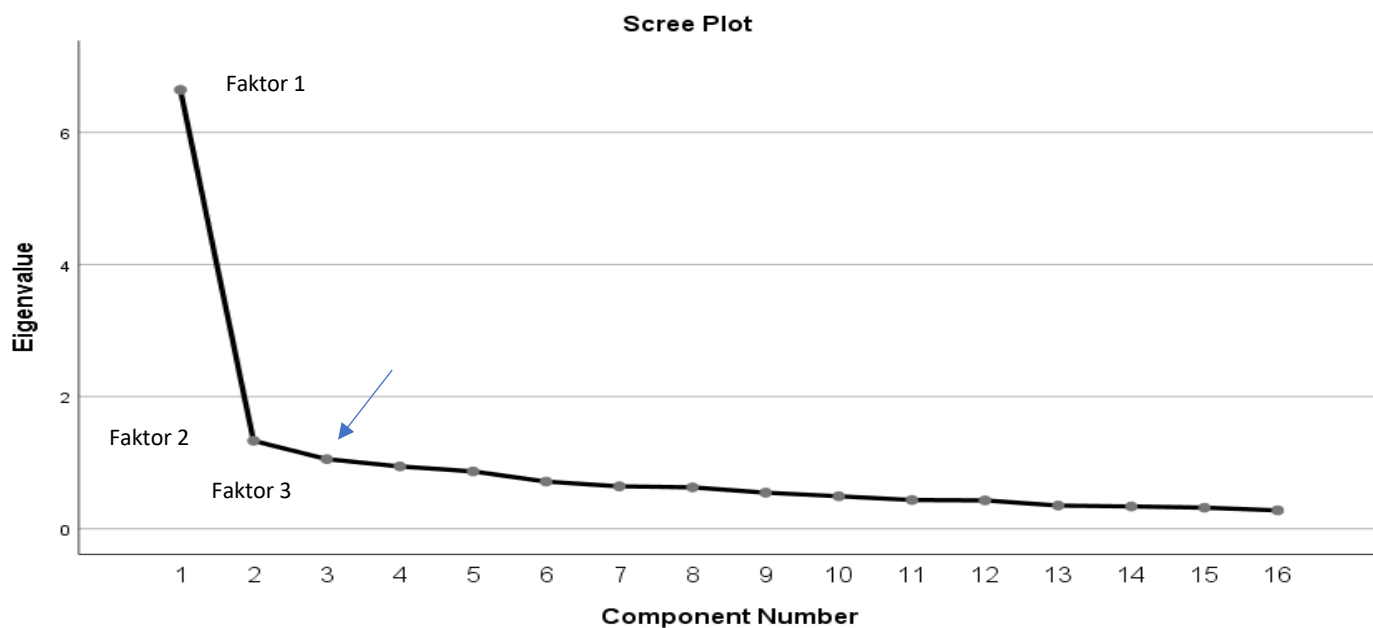
**FIGUR 3**  
**SAMMENDRAG AV KOMPONENTER OG PRINSIPIELL KOMPONENT**  
**ANALYSE VED PATTERN MATRIX, TRE-KOMPONENTMODELL FOR DISK**  
**(n=300)**

Ledd	Delskalaer		
	Depersonalisering/ derealisering	Dissosiativ amnesi	Perseptuell forstyrrelse
1. Har du opplevd alvorlige episoder hvor du ikke kan huske noe av det som skjedde?		0,716	
2. Har du opplevd at du har glemt viktig informasjon om deg selv eller om ting som har skjedd i livet ditt?		0,729	
3. Har du følt at verden rundt deg har kjentes uvirkelig, som om alt er urealistisk?		0,380	
4. Har du opplevd at ting rundt deg plutselig har endret form, størrelse eller farge av seg selv?			0,762
5. Har du opplevd situasjoner hvor du ser på deg selv utenfra, som om du var i midten av en film?	0,430		
6. Har du opplevd situasjoner hvor du har vært uten kontakt med din kropp eller følelser?		0,625	
7. Har du opplevd situasjoner der grensene mellom deg og andre mennesker ikke er tydelige?		0,702	
8. Har du opplevd det som plagsomt at følelsen av hvem du er (din identitet) har endret seg i visse situasjoner?	0,695		
9. Har du opplevd at du automatisk har snakket med en annen stemme enn den du mener er din egen?	0,560		
10. Har du opplevd at du mister kontrollen over din egen tale eller tanker?	0,793		
11. Har du hatt følelsen av at det er noen andre enn deg selv som styrer deg?			0,608
12. Har du opplevd at du har endret deg og handlet som om du var en annen person eller et barn?	0,491		
13. Har du hørt stemmer i hodet ditt som om noen snakker til deg, men at du gjenkjenner stemmen som din egen?	0,729		
14. Har du opplevd sterke bilder av traumatiske situasjoner, som om en ubehagelig film blir avspilt?	0,660		
15. Har du opplevd skremmende smerter eller sterkt ubehag i kroppen, som dukker opp uten grunn?	0,560		
16. Har du opplevd kortvarige lammelser som svikt i bena eller hender ved høyt stress?		0,620	

Figur 3 viser at de tre faktorene som ble trukket ut fra faktoranalysen var:

- i) Faktor 1 (8 ledd): Depersonalisasjon/Derealisasjon; f.eks Ledd 10: «Har du opplevd at du mister kontrollen over din egen tale eller tanker?»
- ii) Faktor 2 (6 ledd): Dissosiativ amnesi; f.eks «Ledd 2: Har du opplevd at du har glemt viktig informasjon om deg selv eller om ting som har skjedd i livet ditt?»
- iii) Faktor 3 (2 ledd): Perseptuell forstyrrelse; f.eks Ledd 4: «Har du opplevd at ting rundt deg plutselig har endret form, størrelse eller farge av seg selv?»

**FIGUR 4: SCREE PLOT FOR PRINSIPIELL FAKTORANALYSE FOR DISK (n=300)**



Figur fire viser Scree Plot for analysen. Faktoranalysen ga oss tre eigenvalues over 1, og figuren i viser oss hvor brytningspunktet for eigenvalue er. Faktor 1, 2 og 3 har en eigenvalue på  $>1$  og er derfor tre uavhengige faktorer som vi kan ekstrahere fra DISK.

**FIGUR 5: INTERKORRELASJONER (pearson-r) MELLOM TOTAL DISK SKÅR OG DE TRE SUBSKALAENE (n=300)**

	<u>Faktor 1</u>	<u>Faktor 2</u>	<u>Faktor 3</u>	<u>Total DISK</u>
Faktor 1	1	.698	.590	.946
Faktor 2	.698	1	.513	.884
Faktor 3	.590	.513	1	.676

Figur 5: Interkorrelasjonsmatrisen viser høye faktor ladninger for de ulike subskalaene.

**Indre reliabilitet og Test-retest reliabilitet**

Evaluering av DISKs interne reliabilitet viste en Cronbach`s alpha på  $\alpha = 0.901$ , noe som tilsier en høy korrelasjon mellom leddene i DISK og høy indre reliabilitet. Test-retest reliabiliteten (ICC) over 4 uker var 0,891 (single measure), med et gjennomsnitt på 0,942. ( $p < 0.001$ ).

**FIGUR 6: INTRAKLASSE KORRELASJONS KOEFFISIENT**

	Intraclass Correlations	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,891	,797	,942	18,574	38	38	,000
Average Measures	,942	,887	,970	18,574	38	38	,000

Figur 6: To-veis modell med fikserte og random effekter

Det er gjort en toveis modell på ICC, da tid var en relevant faktor i test-retest studien. Deretter ble det kjørt randomiserte og fikserte effekter. De randomiserte testenes resultater vil kunne generaliseres etter studiens slutt, mens de fikserte resultatene vil ikke kunne generaliseres (26). Single measure viser til en ICC-indeks av reliabiliteten til resultatene for et mål, mens average measure er en ICC-indeks for reliabiliteten til gjennomsnittet av flere ulike mål (single measures). Average measure vil alltid være høyere enn single measure (27).

## Validitet

For å vurdere om DISK måler det vi ønsker undersøkte vi for begrepsvaliditet. Den konvergente validiteten måler hvorvidt ulike variabler man antar er en del av et større konsept/teori (f.eks selvtillit, depresjon, motivasjon) som en i teorien antar henger sammen, altså korrelerer bra. Den diskriminative validiteten måler på den andre siden hvilke konsept som man ville tenkt seg skiller seg fra DISK, og faktisk gjør det (28). Konvergent og diskriminant validitet ble undersøkt ved å analysere korrelasjonen (Pearson correlation) mellom DISK og de andre målene (Zanarini, MCQ, GAD, PHQ) i studien. Skala for angst (GAD7), metakognisjoner (MCQ) og depresjon (PHQ9) forventes å være lavere korrelert med DISK, mens skalaen for emosjonell ustabilitet (Zanarini) forventes å vise en konvergent validitet.

Begrepsvaliditet måles med verdier fra -1 til +1. Desto nærmere 1 man måler korrelasjonen, desto mer konvergerer innholdet. Det finnes dog ingen god grenseverdi for korrelasjonsverdiene for å kunne bevise en av validitetsformene, det viktigste er bare at den konvergente validiteten er høyere enn den diskriminative (28). Vi har likevel valgt å sette en cutoff-grense for våre resultater, og kommet frem til å vurdere den konvergente validiteten når korrelasjonen er mellom 0.35 og 0.75, mens den diskriminative validiteten når korrelasjonen gjennomgående er lavere enn 0.3 (29, 30).

## Konvergent validitet

Resultatene fra korrelasjonsanalysene (pearson-r) mellom DISK og Zanarini styrker den konvergente validiteten til begge skalaene (se tabell 1.) Skårer over cut-off er uthevet.

TABELL 1. PEARSON-R KORRELASJONER MELLOM DISK OG ZANARINI (N=300)

	Zanarini-Q1	Zanarini-Q2	Zanarini-Q3	Zanarini-Q4	Zanarini-Q5
DISK 1	<b>,382</b>	,331	,248	,253	,235
DISK 2	,313	,278	,268	<b>,390</b>	<b>,384</b>
DISK 3	<b>,349</b>	<b>,355</b>	,347	<b>,590</b>	<b>,398</b>
DISK 4	,233	,152	,271	<b>,353</b>	,338
DISK 5	<b>,388</b>	<b>,353</b>	<b>,382</b>	,316	<b>,407</b>

## Diskriminativ validitet

Resultatene fra korrelasjonsanalysene (pearson-r) mellom DISK og MCQ, GAD7 og PHQ9 viser lavere korrelasjonsverdier (se tabell 2-4).

**TABELL 2. PEARSON-R KORRELASJONER MELLOM DISK OG MCQ (N=300)**

	MCQ 1	MCQ 2	MCQ 3	MCQ4	MCQ5
DISK 1	,156	,175	,190	,127	,168
DISK 2	,164	,250	,278	,219	,264
DISK 3	,251	,253	,274	,272	,344
DISK 4	,125	,173	,199	,187	,252
DISK 5	,199	,255	,264	,233	,271

**TABELL3 PEARSON-R KORRELASJONER MELLOM DISK OG GAD (N=300)**

	GAD 1	GAD 3	GAD 3	GAD 4	GAD 5
DISK 1	,189	,156	,221	,275	,343
DISK 2	,252	,258	,229	,308	,370
DISK 3	,323	,322	,341	,325	,300
DISK 4	,192	,185	,173	,212	,196
DISK 5	,244	,213	,243	,274	,273

**TABELL4 PEARSON-R KORRELASJONER MELLOM DISK OG PHQ (N=300)**

	PHQ 1	PHQ 2	PHQ 3	PHQ 4	PHQ 5
DISK 1	,268	,286	,250	,236	,349
DISK 2	,330	<b>,356</b>	,222	,296	,315
DISK 3	,285	,304	,220	<b>,352</b>	,307
DISK 4	,245	,236	,173	,222	,263
DISK 5	,242	,275	,164	,245	,313

## Diskusjon

Denne studien beskriver bakgrunnen for og oppbygningen av det nye selvutfyllingsskjema DISK. DISK skal være et verktøy utredning og kartlegging av symptomer på dissosiasjon. Skalaen har vært utprøvd i kliniske poliklinikker innenfor St.Olavs hospital og døgnposter, men det har manglet en studie som undersøker de psykometriske egenskapene (subskalaer, reliabilitet, konvergent og diskriminativ validitet og test-retest reliabiliteten) til skalaen.

Resultatene i denne studien indikerer at DISK er et reliabelt verktøy i utredning av dissosiative symptomer. DISK viste gode psykometriske egenskaper. Med en Cronbach`s alfa på 0.901, viser skjemaet høy intern reliabilitet, da en god Cronbach`s alfa bør ligge på mellom 0.70 og 0.90 (31). Det vil da være en nokså god sammenheng mellom de ulike leddene, samtidig som det er en viss spredning. En Cronbachs alfa skår på 0.9 sier oss at alle leddene i DISK er relevante for utredningen av dissosiasjon, men at de også kan være litt for lite spredning mellom leddene, og gi et smalt målingsgrunnlag av symptomer.

Faktoranalysen identifiserte tre faktorer som tilsammen tilsvarer 56.42 % av den totale variansen. Disse er Depersonalisasjon/Derealisasjon, Dissosiativ amnesi og Perseptuell forstyrrelse. Disse faktorene er alle elementer som inngår i den basale teorien som dissosiasjon (32). Det finnes mange ulike studier på dissosiasjon der faktoranalysen har gitt andre subskalaer, men vi mener at disse subskalaene tilsammen gir et godt bilde av det generelle mønsteret ved dissosiering (33).

ICC av DISK var 0,891 (single measure) og 0,942 (average measure). ICC verdier under 0,5 ansees å beskrive liten reliabilitet, verdier mellom 0,50 og 0,75 moderat reliabilitet, verdier mellom 0,75 og 0,90 god reliabilitet og verdier over 0,90 svært god reliabilitet (34). En verdi på 0,942 møter de anbefalte kriteriene, og forteller oss at DISK har god indre reliabilitet.

Ved bedømming av validitet har vi satt kravene mellom 0,35 og 0,75, mens koeffisienter lavere enn 0,30 indikerer lavere korrelasjon og betegnes da som diskriminanter (29, 30). Den konvergente validiteten til DISK og Zandarini lå hovedsakelig mellom 0.35-0.45 (se tabell 1) og viser moderat konvergens, mens MCQ, GAD og PHQ har gjennomgående vesentlig lavere korrelasjonsverdier og indikerer derfor diskriminativ validitet.



Det er gjort en rekke studier som har undersøkt andre utredningsvektøy for dissosiative lidelser. International Society for the Study of Dissociation (ISSD, 1997) har i sine guidelines for utredning og screening av dissosiasjon anbefalt to skjema; The Dissociation Questionnaire (Dis-Q; Vanderlinen, van Dyck, Vandereycken, Vertnomen & Verkes, 1993) og Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986) (35). Både DIS-Q og DES har vist gode psykometriske egenskaper i flere studier, og studiene viser god korrelasjon mellom hverandre (36, 37). DES viser gode resultater men også tegn til forbedring (35, 38). DES har lignende subkategorier som DISK; Amnestisk dissosiasjon, absorbering og depersonalisering. Skjemaet består av ledd som utforsker amnesi og depersonalisasjon godt, men lite om somatiske flashbacks (38). Studier som har undersøkt skjemaets psykometriske egenskaper har vist høy validitet og reliabilitet, (både kliniske og ikke-kliniske grupper) (39-41), mens enkelte meta-analytiske studier har konkludert med at faktorstrukturen fortsatt ikke er signifikant, og at den diskriminante validiteten er lite dokumentert (42-44). DES regnes likevel som stabilt instrument, men test -retest reliabiliteten er ikke optimal (42). DIS-Q er et annet skjema (36, 45) og en svensk studie på den svenske versjonen viser gode psykometriske egenskaper, men denne versjonen er ennå i lite bruk i Sverige (35).

Vi har ekstrahert 3 faktorer ved hjelp av PKA, og disse er gode subskaler i vurdering av dissosiering. Likevel ser vi at det i flere andre studier er trukket ut 4-5 subskaler ved måling av dissosiasjon. Skjemaene inneholder også flere ledd. DIS-Q består av 63 ledd og har fått påvist fire subskalaer; (identitetsforvirring/fragmentering, amnesi, tap av kontroll og absorpsjon) (36). DES består av 28 ledd (faktorene absorpsjon, depersonalisasjon/derealisasjon og amnesi)(32). DISK består av kun 16 ledd, og tar da også relativt rask tid å gjennomføre noe som er nyttig dersom man har begrenset med tid, men man kan også tenke seg at det gjør at man ikke får med alle elementene av dissosiering. Når det kommer til faktorer ekstrahert fra ulike studier har Carlson et al. funnet i DES at når man kontrollerer for skjevfordeling i datamaterialet (data ikke normalfordelt) vil det bare ekstraheres en felles dissosiasjonsfaktor, og at de enkelte faktorene som er ekstrahert når man ikke har tatt hensyn til skjevfordeling, kun sier noe om frekvensen av hver enkel faktor (46). Det er derfor vanskelig å si om subskalaene egentlig forteller oss noe om de ulike komponentene ved dissosiering eller om de kun sier noe om hyppigheten av hver enkelt faktor og at skalaen kun egentlig bare måler en felles dissosiasjonsfaktor. Dette er viktig å ha i bakhode når man undersøker slike skalaer på denne måten (46, 47).

For å vurdere validiteten til skalaen i denne studien har vi sett på konvergens med andre skalaer i psykiatridiagnostikken (MCQ, GAD, ZANARINI og PHQ), men vi har ikke undersøkt konvergens for DISK med andre skalaer som er konstruert for å måle dissosiative symptomer, f.eks DIS-Q eller DES. Dette begrunnes i at disse skjemaene er svært lange og det ble vurdert som vanskelig å få informanter i den generelle befolkningen til å fylle ut skjemaer av slike dimensjoner. Det ble i stedet benyttet ZANARINI sitt skjema som i større grad er ment å måle dysfunksjonell emosjonell mestring, som vi forventer skal korrelere med DISK. Dersom vi hadde kjørt analyser for pearson korrelasjon mellom DISK og andre skalaer som er ment å måle dissosiasjon (DES, DIS-Q, SDQ-20) vil man kunne tenke seg at vi ville fått en høyere overlapp og konvergent validitet.

Et siste element som byr på utfordringer ved DISK er at enkelte ledd i skalaen kan for noen være vanskelig å svare på, da de forutsetter selv-observasjoner som kanskje ikke er så lett tilgjengelige. Se f.eks ledd 8, («Har du opplevd det som plagsomt at følelsen av hvem du er (din identitet) har endret seg i visse situasjoner?»), ledd 11 («Har du hatt følelsen av at det er noen andre enn deg selv som styrer deg?»), og ledd 12 (Har du opplevd at du har endret deg og handlet som om du var en annen person eller et barn.») Reliabiliteten til svaret på disse spørsmålene avhenger av at personen selv er bevisst på, og tør å verifisere at slike situasjoner faktisk har oppstått. Et tredje element i vurdering av svakheten til DISK er at validiteten til skjemaet er begrenset av teorien om sentrale dimensjoner i dissosiasjon som skjemaet bygger på (37).

DISK vil som alle andre screeningverktøy være preget av bias og brukerfeil, men skjemaet har også flere fordeler som kan gjøre det lettere å kartlegge dissosieringssymptomer på en oversiktlig og rask måte. Skjemaet tar ca. 5-10 minutter, og er enkelt å gjennomføre. Pasienten kan selv fylle ut skjemaet og det kreves ingen grundig opplæring av fagpersonen før det kan tas i bruk. I tillegg er DISK nyttig da det både kartlegger psykoform og somatoforme dissosieringssymptomer og kan derfor være nyttig og anvendelig i kliniske settinger (19).

Dissosiasjon er et omfattende psykologisk fenomen som man ser i en rekke psykiske lidelser. Det er en mestringsstrategi som kan utvikle seg til å bli patologisk, ofte sett i sammenheng med opplevde traumer. Når dissosiasjon er en del av sykdomsbyrden vil det påvirke både prognose og behandlingsutsikter. DISK kan brukes som et verktøy for å screene for dissosiasjon og kartlegge alvorlighetsgraden, men skjemaet kan ikke alene gi den fullstendige

forståelsen av pasientens problem. Dersom man kun lener seg på skjemaets skår i vurderingen, kan man ende opp med en ukomplett forståelse av pasientens utfordringer. Det er viktig med en bred utforsking av problemet, da dissosiasjon ofte sees som et symptom i flere psykiske sykdommer. Likevel er det viktig med et godt screeningverktøy i utredningsfasen da man har sett at skjema som brukes i utredning innen psykiatrien er viktige for å kunne og validere de individuelle vurderingene klinikerer gjør av pasienten (48). Dersom skjemaet viser tegn til dissosiasjon er man nødt til å gjøre en grundig utredning og klinisk intervju, f.eks SCID-D. På en slik måte vil flere pasienter kunne få riktig diagnose, god tilpasset behandling og i den sammenheng bedre utsikter med henblikk på bedring.

DISK et reliabelt instrument for å kartlegge dissosieringssymptomer. Det ble funnet 3 skalaer i DISK og disse er Depersonalisasjon/Derealisasjon, Dissosiativ amnesi og Perseptuell forstyrrelse. Vi fant at DISK har brukbar begrepsvaliditet. Konvergent og diskriminant validitet viste at skalaen korrelerer med Zanafini (emosjonell ustabilitet) med verdier mellom 0,30-0,40 og har diskriminativ validitet med MCQ, GAD og PHQ ( $<0.3$ ). Resultatene viser at DISK har akseptabel validitet og reliabilitet, men at det også er nødvendig å anvende det mot pasientgrupper, for å se om denne skalaen tolereres bra, om det er utfordringer rundt utfylling, og ikke minst validere en klinisk cut-off.

## Referanseliste

1. Şar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2014;12(3):171-9.
2. (WHO) WHO. ICD-10: Psykiske lidelser og atfersforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka) ICD-10 Gyldendal akademisk 2021 p. 76-105.
3. Ludwig AM. The psychobiological functions of dissociation. *Am J Clin Hypn*. 1983;26(2):93-9.
4. Hart O, Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*. 1989;2:397-412.
5. Cherry K. What is Hysteria? The past and present verywellmind.com 2020 [Available from: <https://www.verywellmind.com/what-is-hysteria-2795232>].
6. Ross CA. History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In: (Eds) KMWJR, editor. *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*: Springer, Boston, MA 1996. p. 3-24.
7. Dissociation [Internet]. 2021 [cited 16.11.21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=dissociation>.
8. Association AP. *Dissociative Disorders 300*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC 2013.
9. Mueller-Pfeiffer C, Rufibach K, Perron N, Wyss D, Kuenzler C, Prezewowsky C, et al. Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*. 2012;200(2):475-81.
10. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry*. 2018;175(1):37-46.
11. Aida A. *Trauma, Torture and Dissociation : A Psychoanalytic View*. London: Routledge; 2011.
12. Aarre TF, Dahl AA. *Praktisk psykiatri*. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2018.
13. Bowman ES CP. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2000(64(2)):164–80.
14. Ulrik Fredrik Malt OAA, Eva Albertsen Malt, Ingrid Melle. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) Krisereaksjoner og sorg. In: Årsland D, editor. *Lærebok i Psykiatri*. 4. Oslo Gyldendal Akadmiske; 2018. p. 199.
15. Bækkelund AOBøH. Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* 2015.
16. Ghaffarinejad A, Sattari N, Raaii F, Arjmand S. Validity and reliability of a Persian version of the Dissociative Experiences Scale II (DES-II) on Iranian patients diagnosed with schizophrenia and mood disorders. *J Trauma Dissociation*. 2020;21(3):293-304.
17. Körlin D, Edman G, Nybäck H. Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Nord J Psychiatry*. 2007;61(2):126-42.
18. Lipsanen T, Saarijärvi S, Lauerma H. The Finnish version of the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) and psychiatric distress. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(1):17-22.
19. Nilsson D, Lejonclou A, Svedin CG, Jonsson M, Holmqvist R. Somatoform dissociation among Swedish adolescents and young adults: The psychometric properties of the Swedish versions of the SDQ-20 and SDQ-5. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015;69(2):152-60.

20. Mueller-Pfeiffer C, Schumacher S, Martin-Soelch C, Pazhenkottil AP, Wirtz G, Fuhrhans C, et al. The Validity and Reliability of the German Version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Trauma & Dissociation*. 2010;11(3):337-57.
21. González-Vázquez AI, Del Río-Casanova L, Seijo-Ameneiros N, Cabaleiro-Fernández P, Seoane-Pillado T, Justo-Alonso A, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Psicothema*. 2017;29(2):275-80.
22. RVTS. Utredningsverktøy Traumebehandling med voksne RVTS Øst; 2020 [Available from: <https://www.traumebehandling.no/oppdage/utredningsverktoy/>].
23. Kaiser HF. The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*. 1960;20(1):141-51.
24. Velicer WF. Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*. 1976;41(3):321-7.
25. Glen S. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test for Sampling Adequacy. *Elementary Statistics for the rest of us!* [Internet]. Available from: <https://www.statisticshowto.com/kaiser-meyer-olkin/>.
26. Qin S, Nelson L, McLeod L, Eremenco S, Coons SJ. Assessing test-retest reliability of patient-reported outcome measures using intraclass correlation coefficients: recommendations for selecting and documenting the analytical formula. *Qual Life Res*. 2019;28(4):1029-33.
27. MedCalc. Intraclass correlation coefficient MedCalc: MedCalc Software Ltd; 2021 [Available from: <https://www.medcalc.org/manual/intraclass-correlation-coefficient.php>].
28. Trochim WMK. Convergent & Discriminant Validity conjointly.com 2021 [Available from: <https://conjointly.com/kb/convergent-and-discriminant-validity/>].
29. Statistics L. Pearson Product-Moment Correlation Lærd statistics Lund Research Ltd; 2018 [Available from: <https://statistics.laerd.com/statistical-guides/pearson-correlation-coefficient-statistical-guide.php>].
30. Mulhern B, Meadows K. The construct validity and responsiveness of the EQ-5D, SF-6D and Diabetes Health Profile-18 in type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:42.
31. Liu HJ TX, Wang XX. Health measurement scales: a practical guide to their development and use *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2016;40 (3):294-5.
32. Tzikos A, Arvaniti A, Kalamara E, Vorvolakos T, Kafalis G, Samakouri M, et al. Validating Dissociative Experience Scale (DES) in a Greek sample. *J Trauma Dissociation*. 2021;22(5):522-39.
33. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. revised ed.* Washington, DC APA 1987.
34. Portney L, Watkins MP. *Foundation of Clinical Research. Application to Practice.* Upper Saddle River. 2009:61-77.
35. Nilsson D, Svedin CG. Evaluation of the Swedish version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, among adolescents. *J Trauma Dissociation*. 2006;7(3):65-89.
36. Vanderlinden J, van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes R. The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1993;1:21-7.
37. van Ijzendoorn MH, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*. 1996;16(5):365-82.

38. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(12):727-35.
39. Thomas Holtgraves GS. The assessment of dissociative experiences in a non-clinical population: reliability, validity, and factor structure of the Dissociative Experiences Scale. *Personality and Individual Differences.* 1997;22(5):699-706.
40. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1030-6.
41. Dubester KA, Braun BG. Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(4):231-5.
42. Marinus H. van Ijzendoorn CS. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical and Psychology Review* 1996;16(5):365-82.
43. Ruiz MA, Poythress NG, Lilienfeld SO, Douglas KS. Factor structure and correlates of the Dissociative Experiences Scale in a large offender sample. *Assessment.* 2008;15(4):511-21.
44. Stockdale GD, Gridley BE, Balogh DW, Holtgraves T. Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical sample. *Assessment.* 2002;9(1):94-106.
45. Matsui Y, Naito K, Matsuishi K, Kato H, Maeda K, Tanaka K. Assessment of dissociation symptoms in patients with mental disorders by the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Kobe J Med Sci.* 2011;56(6):E263-9.
46. Carlson EBP, F.W, et.al. Factor analysis of the Dissociative Experience Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Proceedings of the Eight International Conference on Multiple Personality and Dissociative States [Internet].* 1991.
47. Putnam EBCF. An update one the Dissociative Experience Scale Dissociation [Internet]. 1993; 6(1):[16-27 pp.]. Available from: <http://hdl.handle.net/1794/1539>.
48. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, et al. Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American psychologist.* 2001;56(2):128.

## VEDLEGG 1: DE TRE FAKTORENE I DISK (PEARSON $r$ VERDI)

### **Faktor 1 (8 ledd): Depersonalisasjon/Derealisasjon**

- Ledd 5: Har du opplevd situasjoner hvor du ser på deg selv utenfra, som om du var i midten av en film? (0,430)
- Ledd 8: Har du opplevd det som plagsomt at følelsen av hvem du er (din identitet) har endret seg i visse situasjoner? (0,695)
- Ledd 9: Har du opplevd at du automatisk har snakket med en annen stemme enn den du mener er din egen? (0,560)
- Ledd 10: «Har du opplevd at du mister kontrollen over din egen tale eller tanke?» (0,793)
- Ledd 12: Har du opplevd at du har endret deg og handlet som om du var en annen person eller et barn? (0,491)
- Ledd 13: Har du hørt stemmer i hodet ditt som om noen snakker til deg, men at du gjenkjenner stemmen som din egen? (0,729)
- Ledd 14: Har du opplevd sterke bilder av traumatiske situasjoner, som om en ubehagelig film blir avspilt? (0,660)
- Ledd 15: Har du opplevd skremmende smerter i kroppen, som dukker opp uten grunn? (0,560)

### **Faktor 2 (6 ledd): Dissosiativ amnesi;**

- Ledd 1: Har du opplevd alvorlige episoder hvor du ikke kan huske noe av det som skjedde? (0,716)
- Ledd 2: Har du opplevd at du har glemt viktig informasjon om deg selv eller om ting som har skjedd i livet ditt? (0,729)
- Ledd 3: Har du følt at verden rundt deg har kjentes uvirkelig, som om alt er surrealistisk? (0,380)
- Ledd 6: Har du opplevd situasjoner hvor du har vært uten kontakt med din kropp eller følelser (0,625)
- Ledd 7: Har du opplevd situasjoner der grensene mellom deg og andre mennesker ikke er tydelige? (0,702)
- Ledd 16: Har du opplevd kortvarige lammelser som svikt i bena eller hender ved høyt stress? (0,620)

### **Faktor 3 (2 ledd): Perseptuell forstyrrelse**

- Ledd 4: Har du opplevd at ting rundt deg plutselig har endret form, størrelse eller farge av seg selv? (0,762)
- Ledd 11: Har du hatt følelsen av at det er noen andre enn deg selv som styrer deg? (0,608)

## VEDLEGG 2- DISK (ver.01)

### Dissosierings Skala

Instruks: Vennligst angi riktig skåre ved siden av hvert utsagn, og bruk skalaen nedenfor til å bedømme hvor hyppig hvert enkelt symptom har forekommet i løpet av de siste 4 ukene på en skala fra 0(aldri) til 5(hele tiden).

<i>0 = Forekommer aldri</i>
<i>1= Forekommer sjeldent</i>
<i>2= Forekommer noen ganger (25% av tiden)</i>
<i>3= Forekommer jevnlig (50% av tiden)</i>
<i>4= Forekommer ofte (75% av tiden)</i>
<i>5= Forekommer stort sett hele tiden</i>

I løpet av **de siste fire uker:**

1. Har det hendt at du hadde et tomrom i hukommelsen hvor du ikke kan huske noe av det som skjedde? (dis-amn)	
2. Har du har glemt informasjon om deg selv eller om viktige ting som har skjedd i livet ditt? (dis-amn)	
3. Har du følt at verden rundt deg har kjentes uvirkelig - som i en film? (dereal)	
4. Har du opplevd at ting rundt deg har endret form eller størrelse eller farge av seg selv? (dereal)	
5. Har du opplevd som om du var i en film, hvor du ser på deg selv utenfra? (dep)	
6. Har du opplevd at du har vært uten kontakt med deler av din kropp eller dine følelser? (dep)	
7. Har du opplevd følelsen av at det ikke er klare grenser mellom deg og andre mennesker? (dep)	
8. Har du opplevd det som plagsomt at din identitet har endret seg i visse situasjoner? (id end)	
9. Har du opplevd at du automatisk har snakket med en annen stemme? (id-end)	
10. Har du opplevd det som om du mister kontrollen til noen andre? (id-end)	
11. Har du hatt følelsen av at det er noen annen som styrer deg? (id-forv)	
12. Har du opplevd at du endres og handler som en annen person, eller som et barn? (id-forv)	
13. Har du hørt stemmer i hodet ditt som du antar kan være dine egne tanker? (pseud)	
14. Har du opplevd traumesituasjoner på nytt, som om en ubehagelig film blir avspilt? (flash)	
15. Har du opplevd smerter eller sterkt ubehag i kroppen uten grunn? (som flash)	
16. Har du opplevd lammelser eller svikt i beina eller i hender ved stress? (som flash)	
	<b>SUM</b>

(© NDPS, Hans M Nordahl 2016, DISK)



## Skåringer-DISK

Instruks: Skåringene summeres og angir grad av dissosieringsplager og funksjonsplager. Måler ikke intensitet eller grad av subjektivt ubehag.

0- 9: Ingen dissosiering

10-19: Noe dissosieringsplager

20-29: Har dissosieringsplager- klar funksjonsnedsettelse

30-39: Store dissosieringsplager- store funksjonsproblemer

40 +: Alvorlig dissosiering- funksjonssvikt- Vurder suicidfare

<u>Grupper av dissosieringsspørsmål-</u>	<u>Profil</u>
Dissosiativ amnesi (dis-amn, 2 spm)= Sumskåre/2 =	<input type="checkbox"/>
Derealisering (dereal, 2 spm) = Sumskåre/2 =	<input type="checkbox"/>
Depersonalisering (dep, 3 spm) = Sumskåre/3 =	<input type="checkbox"/>
Identitetsendring (id-end, 3 spm) = Sumskåre/3 =	<input type="checkbox"/>
Identitetsforvirring (id-forv, 2 spm)= Sumskåre/2 =	<input type="checkbox"/>
Pseudohallusinasjoner (pseud, 1 spm)= Sumskåre =	<input type="checkbox"/>
Flashback (flash, 1 spm)= Sumskåre =	<input type="checkbox"/>
Somatisk flashback (som flash, 2 spm)= Sumskåre/2 =	<input type="checkbox"/>

## VEDLEGG 3: SPØRREUNDERSØKELSE (N=300) SENDT UT VIA NETTSKJEMA.NO

### Spørreundersøkelse i regi av NTNU: Psykiske og fysiske plager

*Spørreundersøkelsen er et prosjekt ved NTNU, og handler om ulike psykiske og fysiske plager som opptrer hyppig i befolkningen. Mange av plagene er vanlige og vi ber deg besvare alle spørsmål. Du trenger ikke ha psykiske eller fysiske plager for å delta, da vi ønsker å se på hvordan folk flest svarer på ulike tema.*

*Undersøkelsen skal gjennomføres anonymt. Vennligst ikke sett inn ditt navn eller personnummer i dette skjemaet.*

*Ved å fylle ut skjemaet samtykker du samtidig til deltagelse. Kontakt oss gjerne dersom du ønsker mer informasjon om prosjektet eller spørreskjemaene. Kontaktadressen finner du også på siste side i undersøkelsen.*

*Vi er takknemlige for at du ønsker å delta og ønsker gjerne tilbakemeldinger på undersøkelsen.*

*Undersøkelsen tar ca. 15 minutter å gjennomføre.*

*Med vennlig hilsen*

*Hans M Nordahl, NTNU (prosjektleder) og Mia Nerland, NTNU (stud.med)*

[hans.nordahl@ntnu.no](mailto:hans.nordahl@ntnu.no)

[miaane@stud.ntnu.no](mailto:miaane@stud.ntnu.no)

**Vennligst ikke skriv ditt navn eller personnummer i denne besvarelsen!**

ALDER: Hvor gammel er du ? \_\_\_\_ år

KJØNN: \_ Kvinne \_ Mann

For tiden er jeg: - STUDENT

- I JOBB (Vennligst angi prosent i jobb): \_\_\_\_\_

- ARBEIDSLEDIG

- ANNET (beskriv): \_\_\_\_\_

Hvis du er i jobb

Vennligst angi prosent

Hvis du svarte annet

Vennligst beskriv

### DISK:

Vennligst angi riktig skåre ved siden av hvert utsagn, og bruk skalaen nedenfor til å bedømme hvor hyppig hvert enkelt symptom har forekommet i løpet av de siste 4 ukene på en skala fra 0 (aldri) til 5 (hele tiden).

1. Har du opplevd alvorlige episoder hvor du ikke kan huske noe av det som skjedde?
2. Har du opplevd at du har glemt viktig informasjon om deg selv eller om ting som har skjedd i livet ditt?
3. Har du følt at verden rundt deg har kjentes uvirkelig, som om alt er urealistisk?
4. Har du opplevd at ting rundt deg plutselig har endret form, størrelse eller farge av seg selv?

5. Har du opplevd situasjoner hvor du ser på deg selv utenfra, som om du var i midten av en film?
6. Har du opplevd situasjoner hvor du har vært uten kontakt med din kropp eller følelser?
7. Har du opplevd situasjoner der grensene mellom deg og andre mennesker ikke er tydelige?
8. Har du opplevd det som plagsomt at følelsen av hvem du er (din identitet) har endret seg i visse situasjoner?
9. Har du opplevd at du automatisk har snakket med en annen stemme enn den du mener er din egen?
10. Har du opplevd at du mister kontrollen over din egen tale eller tanker?
11. Har du hatt følelsen av at det er noen andre enn deg selv som styrer deg?
12. Har du opplevd at du har endret deg og handlet som om du var en annen person eller et barn?
13. Har du hørt stemmer i hodet ditt som om noen snakker til deg, men at du gjenkjenner stemmen som din egen?
14. Har du opplevd sterke bilder av traumatiske situasjoner, som om en ubehagelig film blir avspilt?
15. Har du opplevd skremmende smerter eller sterkt ubehag i kroppen, som dukker opp uten grunn?
16. Har du opplevd kortvarige lammelser som svikt i bena eller hender ved høyt stress?

**Zanarini:**

Vennligst angi riktig skåre ved siden av hvert utsagn, og bruk skalaen nedenfor til å bedømme hvor hyppig hvert enkelt symptom har forekommet i løpet av de siste 4 ukene på en skala fra 0 (aldri) til 5 (hele tiden).

1. Har du observert episoder med krangling/konflikter i din familie eller blant dine nærmeste?
2. Har du noen gang med vilje skadet deg selv (f.eks. slått/kuttet/ brent deg selv)?
3. Har du hatt minst to andre problemer med impulsive handlinger (f.eks spiseorgier, blakket deg fullstendig for penger, drukket for mye eller hatt skikkelige aggressive utblåsninger uten kontroll)?
4. Har du vært svært humørsyk, og opplevd at humøret svinger opp og ned over en kort periode?
5. Har du følt deg sinna over lang tid, f.eks kjent deg svært aggressiv eller spydig mot andre?

6. Har du ofte følt mistillit eller mistenksomhet mot andre?
7. Har du ofte følt at ting er surrealistisk, som om det som skjedde med deg var uvirkelig?
8. Har du kjent deg følelsesmessig helt tom (ingen følelser)?
9. Har du følt at du ikke vet hvem du selv er eller at du opplever en mangel på identitet?
10. Har du vært desperat for å unngå å bli avvist eller forlatt av andre?

### **MCQ-30:**

Denne delen dreier seg om egen tankestil. Vennligst kryss av tallet som viser grad av uenighet/enighet med utsagnene nedenfor.

1. Jeg bekymrer meg mye.
2. Jeg kan bli syk av bekymring.
3. Mine bekymringstanker går ikke bort, uansett hvordan jeg forsøker å stoppe dem.
4. Jeg klarer ikke å ignorere bekymringstankene mine.
5. Mine bekymringer kan gjøre meg gal.
6. Når jeg starter å bekymre meg, kan jeg ikke stoppe.
7. Jeg har liten tiltro til min hukommelse for ord og navn.
8. Hukommelsen min kan fra tid til annen villedde meg.
9. Jeg har dårlig hukommelse.
10. Jeg har liten tillit til min hukommelse for steder.
11. Jeg stoler ikke på hukommelsen min.
12. Jeg har liten tiltro til at jeg husker alt jeg har gjort.

Side 6

### **GAD-7:**

Hvor ofte har du vært plaget av følgende problem i løpet av de siste to ukene? (Skåres fra 0 til 3)

1. Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppet.
2. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine.
3. Bekymret deg for mye om ulike ting.

4. Hatt vansker med å slappe av.
5. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille.
6. Blitt lett irritert eller ergret deg over ting.
7. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje.

Side 7

### **PHQ-9:**

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere følgende problem i løpet av de siste to ukene?  
(Skåres fra 0 til 3)

1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting.
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet.
3. Vansker med å sovne eller å sovet uten avbrudd, eller sovet for mye.
4. Følt deg trett eller energiløs.
5. Dårlig matlyst eller å spise for mye.
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din.
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV.
8. Beveget deg eller snakket så veldig langsomt eller motsatt, følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig.
9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «3; Nesten hver dag», Mer enn halvparten av tiden» eller «Noen dager» er valgt i spørsmålet «9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv.»

Trenger du noen å snakke med?

Mental Helses hjelpetelefon: 116 123 (døgnåpnet)

Kirkens SOS: 22 40 00 40 (døgnåpent)

Har du spørsmål eller kommentarer til undersøkelsen, vennligst fyll inn under.

Kontaktinformasjon:

Hans M Nordahl, NTNU (prosjektleder) [hans.nordahl@ntnu.no](mailto:hans.nordahl@ntnu.no)

Mia Nerland, NTNU (stud.med.) [miaane@stud.ntnu.no](mailto:miaane@stud.ntnu.no)

