

# Screening för bipolaritet – MDQ

	Ja	Nej	
<b>1 Har det någon gång i ditt liv funnits en period då du upplevt att du inte varit ditt normala jag och...</b>			
...du mådde så bra eller var så överaktiv att andra inte tyckte du var dig lik, eller du var så uppåt att du ställde till med problem för dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var så irriterad att du blev högljudd eller skrek åt människor, började gräla eller blev våldsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du kände dig mycket mer självsäker än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du sov betydligt mindre än vanligt utan att det påverkade dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var mycket mer pratsam eller pratade fortare än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...tankar rusade i huvudet eller du inte kunde hejda tankeflödet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var så lätt distraherad av händelser omkring dig att du hade svårt att koncentrera dig eller vara fokuserad på en uppgift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du hade mycket mer energi än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var mycket mer aktiv eller gjorde många fler saker än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var betydligt mer social och utåtriktad än vanligt? (T ex ringde vänner mitt i natten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du var mycket mer intresserad av sex än i vanliga fall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du gjorde saker du inte brukar göra eller som andra människor skulle ha tyckt var överdrivna, tokiga eller riskabla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...du slösade med pengar på ett sätt som skapade problem för dig eller din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2 Om du svarat ”ja” på mer än en av ovanstående frågor, har då flera av dessa någonsin inträffat under samma tidsperiod?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3 I vilken utsträckning orsakade dessa saker problem för dig? (T ex oförmåga att arbeta, svårigheter att fungera i familjen, ekonomiska problem, juridiska problem, meningsskiljaktigheter, bråk eller våldsamheter)</b>			
Inga problem	Mindre problem	Problem	Allvarliga problem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn: .....

Datum: .....