

Foreldre-CATS 7 -17 år

Dato:

Kjønn:

Alder:

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte de følgende reaksjonene har plaget barnet ditt **de siste to ukene**. Svar så godt du kan:

0 Aldri / 1 En gang i blant / 2 Halvparten av tiden / 3 Nesten hele tiden

Hvor ofte har barnet ditt:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende tanker eller bilder av hendelsen(e) eller spilt hendelsen(e) ut i lek. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer relatert til hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Handlet, lekt eller følt det som om hendelsen(e) skjer om igjen, her og nå. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt svært opprørt når det har blitt minnet på hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke kroppslige reaksjoner når det har blitt minnet på hendelsen(e) (som svetting og hjertebank). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å huske, snakke om eller ha følelser knyttet til hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Unngått aktiviteter, personer, steder, eller ting som minner om hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske viktige deler av hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om seg selv, andre eller verden etter hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tenkt at hendelsen(e) skjedde fordi han/hun eller noen andre gjorde noe galt, eller ikke gjorde nok for å stoppe det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt svært negative følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Mistet interessen for aktiviteter som han/hun pleide å like godt før hendelsen(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Følt seg distansert eller isolert fra folk rundt seg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke vist positive følelser (som å være glad eller ha kjærlige følelser) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Vært irritabel eller hatt sinneutbrudd uten god grunn, eller latt sinnet gå utover andre mennesker eller ting. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Hatt risikoatferd eller atferd som kunne ha vært skadelig. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært overdrevent årvåken eller på vakt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten eller lettskremt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere seg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Har de problemene du markerte over, påvirket:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hvordan barnet ditt kommer overens med andre | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 2. Fritidsaktiviteter/ ha det gøy | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 3. Skole eller arbeid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 4. Forhold til andre i familien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 5. Generelt hvor fornøyd barnet ditt er | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |