

## CATS7 -17 år

Dato:

Kjønn:

Alder:

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg **de siste to ukene**:

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

### Hvor ofte har du:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende tanker eller bilder av det som skjedde som plutselig har dukket opp i hodet ditt.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minner deg om det som skjedde.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Følt det som om det som skjedde, skjer om igjen.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Følt deg veldig opprørt når du blir minnet om det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke følelser i kroppen når du blir minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å tenke på, eller ikke ha følelser om det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Holdt deg unna personer, steder, situasjoner eller ting som minner deg om det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg kommer ikke til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt mye vonde følelser (som å føle deg redd, sint, skyldig eller skamfull).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting du pleide å gjøre.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Følt deg veldig sint, hatt raseriutbrudd, eller latt sinnet gå utover andre.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Gjort farlige eller utrygge ting.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært mer enn vanlig forsiktig (sjekket hvem som er rundt deg).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere deg.   | 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 du har det sammen med andre mennesker      | <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. Hvordan du har det sammen med andre i familien din | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 5. Generelt hvor fornøyd du er                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

Tilbys TF-CBT?  Ja  Nei

I tilfelle nei, hvorfor ikke: \_\_\_\_\_