

PARENT TIC QUESTIONNAIRE

(Frågeformulär om tics för föräldrar)

Namn _____ Datum _____

Namn på skattande förälder/ar _____

För varje tics nedan, markera "JA" eller "NEJ" angående huruvida ditt barn har haft ticset under den senaste veckan.

För varje tics som du markerar med "JA", markera hur **FREKVENT** (ofta) ticset inträffade under den senaste veckan enligt följande:

Konstant: nästan hela tiden under dagen

Timme: minst en gång per timme

Dag: minst flera gånger om dagen

Vecka: endast ett par gånger eller mindre under veckan

Under **INTENSITET**, skatta hur intensivt du tror ticset kändes för ditt barn under den senaste veckan. Till exempel, om det var väldigt mildt, som en svag ryckning, ska du skatta "1". Ett mycket mer kraftfullt tics som är väldigt märkbart för andra och kanske även är smärtsamt ska skattas som "3" eller ännu högre. Varje tics som är tydligt märkbart för andra ska skattas som minst "2".

Motoriska tics

	Förekomst		Frekvens				Intensitet (1 - 4)
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	<u>K</u>	<u>T</u>	<u>D</u>	<u>V</u>	
			4	3	2	1	
Ögonblinkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ögonrullningar/snabba ögonrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Huvudryckningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ansiktsgrimaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Mun-/tungrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Axelryckningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Bröst-/magspänningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Bäckenspänningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ben-/fotrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Arm-/handrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ekopraxi (härma annans gester)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Kopropraxi (obscena gester)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Andra motoriska tics _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Komplexa motoriska kombinationer (flera tics samtidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____

PARENT TIC QUESTIONNAIRE

(Frågeformulär om tics för föräldrar)

FREKVENNS

Konstant: nästan hela tiden under dagen

Timme: minst en gång per timme

Dag: minst flera gånger om dagen

Vecka: endast ett par gånger eller mindre under veckan

INTENSITET

Milt: 1, Tydligt för andra: 2, Väldigt märkbart eller smärtsamt: 3 eller högre.

Vokala tics

	Förekomst		Frekvens				Intensitet (1 - 4)
	<u>J</u> a	<u>N</u> ej	<u>K</u>	<u>T</u>	<u>D</u>	<u>V</u>	
			4	3	2	1	
Grymtningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Sniffningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Fnysningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Hostningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Djurläten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Stavelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Fraser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Ekolali (upprepa vad någon annan sagt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Koprolali (obscena ord)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Oförmåga att få fram tal/stamning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Annat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Andra vokala tics _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____
Komplexa vokala kombinationer (flera tics samtidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	T	D	V	_____

Svensk översättning av Kristina Aspvall och Per André (2014), BUP FUNK OCD & relaterade tillstånd, Stockholm. Tillbakaöversatt av Anders Görning. Med tillstånd av författaren Douglas W. Woods.

Referens till engelsk originalversion:

Chang, S., Himle, M. B., Tucker, B. T. P., Woods, D. W., & Piacentini, J. (2009). Initial Psychometric Properties of a Brief Parent-Report Instrument for Assessing Tic Severity in Children with Chronic Tic Disorders. *Child & Family Behavior Therapy, 31* (3), 181-191.