

KATES del 1 – Kartlegging av traumatiske erfaringer, selvrapporing 6-18 år NKVTS 2018

Navn: _____ Alder: _____ Dato: _____

Det hender man opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser.

Kryss av JA hvis dette har skjedd deg. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd deg. Kryss av PASS hvis du ikke vil svare på dette akkurat nå.

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil/sykkelulykke, hundebitt eller idrettsskade. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 3. Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien min. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 4. Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 5. Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 6. Sett noen i familien min bli truet, slått eller hardt skadet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 7. Sett noen på skolen eller i nærmiljøet bli truet, slått eller hardt skadet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 8. Noen har gjort seksuelle ting med meg (som tatt meg på tissen, rumpa, puppene) eller fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem når jeg ikke kunne si nei. Eller jeg var tvunget eller presset. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 9. Noen har bedt om eller presset meg til å gjøre seksuelle ting på nettet eller i sosiale medier – som å ta eller sende bilder. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 10. Noen har mobbet meg ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 11. Noen har mobbet meg på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 12. Noen jeg er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 13. Jeg har hatt en stressende eller skremmende medisinsk behandling. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 14. Opplevd eller vært i nærheten av krig. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 15. Andre stressende eller skremmende hendelser? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |

Beskriv hva som skjedde uten å si noens navn eller steder: _____

CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) – Kartlegging av posttraumatisk stress

NKVTS 2015

KUN TF-CBT terapeuter som skal fylle ut.

Hvor i løpet: Oppstart av TF-CBT behandling
 Midtveis (ca. 6 time)
 Avslutning

Type løp: Opplærings sak med veiledning
 Opplærings sak på egenhånd
 Sertifisert

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 (skremmende/ veldig ubehagelige) tanker eller bilder av det som skjedde som plutselig har dukket opp i hodet ditt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minnet 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. Blitt veldig ute av deg, redd eller trist når du har blitt minnet om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke følelser i kroppen når du har blitt 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 alt som har minnet deg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det). | 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 ikke kommer 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 seg 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 (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre). | 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 (som kunne ha skadet deg). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært mer forsiktig enn vanlig (som å ha 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 nå har fortalt om, gjort noe med:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 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. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

Skåre: _____

Tilbys TF-CBT? Ja Nei

Hvis nei, hvorfor? _____