

Veileder for KATES-2

Formål

KATES-2 består av to deler. Den første delen kartlegger potensielt traumatiserende hendelser et barn eller ungdom kan ha opplevd, og den andre delen kartlegger symptomer på posttraumatisk stress samt hvordan symptomene påvirker barnets fungering. Skjemaet finnes som selvrappotering for barn og unge, og for omsorgsgivere som har den daglige omsorgen for barnet. Skjemaet er validert for alderen 7-17 år, men brukes i klinisk praksis med barn og unge mellom 6 og 18 år.

KATES-2 er et hjelpemiddel for terapeuten og erstatter ikke en god klinisk samtale med barnet. KATES-2 inneholder skåring av grad av posttraumatiske stress-symptomer (PTSS), samt skåring som kan være til støtte til diagnosesetting. KATES er imidlertid ikke et diagnostisk verktøy og kan ikke erstatte en samlet klinisk vurdering.

Ny og eldre versjon

KATES-2 er en oppdatert versjon av KATES del 1 (utviklet ved NKVTS) og CATS – Child and Adolescent Trauma Screen (Sachser m.fl., 2017). KATES-2 måler symptomer på PTSD i henhold til både DSM-5- og ICD-11-kriterier, samt symptomer på kompleks PTSD (CPTSD) i henhold til ICD-11 kriterier, og har gode psykometriske egenskaper (Sachser m.fl., 2022). Vi anbefaler derfor at KATES-2 benyttes.

Administrering

Det er en fordel om både barnet og omsorgsgiveren(e) besvarer KATES-2. Dette gir et mest mulig helhetlig bilde, som er til hjelp i diagnosesetting, planlegging og tilpasning av behandling og tiltak. Det aller viktigste er imidlertid at barnet selv svarer. Foreldre og barn fyller ut skjemaene hver for seg slik at de får muligheter til å svare mest mulig korrekt.

Barnet kan enten fylle ut svarene selv eller terapeuten kan lese opp spørsmålene for barnet. En mulig fordel ved at barnet svarer selv er at noen kan synes det er enklere å svare ærlig på hva de opplevd når de sitter for seg selv. Etter at barnet har fylt ut skal terapeuten gå igjennom hvert positivt svar sammen med barnet for å få mer utdypende informasjon og validere barnets erfaringer. En mulig fordel ved at terapeuten leser opp spørsmålene er at terapeuten kan støtte barnet og foreldre og hjelpe med nødvendige avklaringer.

Terapeuten må selv gjøre en vurdering av hva som vil være mest hensiktsmessig for det enkelte barn. Spesielt for yngre barn kan det være mest aktuelt med klinisk intervju. Uansett hva som velges er det nyttig at terapeuter er til stede dersom barnet har spørsmål. I alle tilfeller fraråder derfor vi å sende disse spørreskjemaene for første gangs utfylling hjemme.

Del 2 fylles bare ut dersom barnet har et eller flere positive avkryssninger i del 1. Det er viktig at terapeuten informerer om hva som vil skje med de opplysningene som blir gitt og at videre rapportering til omsorgsgiver eller andre instanser ikke vil skje uten at barnet er informert og involvert i prosessen.

Vi anbefaler at kartleggingen gjøres så tidlig som mulig i kontakten med familien, helst allerede i de første møtene. Husk at resultatene viser symptomnivå for de siste fire ukene, så hvis det er lenge

siden kartleggingen ble foretatt, bør det vurderes å gjøre en ny før oppstart av traumebehandling. Del 2 kan også benyttes gjennom behandlingen for å måle symptomendring.

Still alle spørsmålene i skjemaet, og gi forklaringer eller kom med eksempler dersom barnet eller omsorgsgiver ikke forstår spørsmålet. Tilpass språk til alder og utviklingsnivå. Sørg for at det er lav terskel for dem å si ifra om det er noe som er uklart eller forvirrende. Validering og normalisering av reaksjoner virker betryggende for barnet og er en viktig del av en god klinisk samtale. Videre er det fint å gi håp og å formidle at det finnes hjelp å få. De fleste barn synes ikke det er ubehagelig å bli kartlagt for traumer og -symptomer (Skar, Ormhaug, & Jensen, 2019).

Del 1, kartlegging av potensielt traumatiske hendelser:

Hvis barnet svarer JA på ett eller flere spørsmål på KATES-2 del 1, er det viktig at barnets svar anerkjennes og utforskes videre for å sikre at terapeuten har forstått barnet riktig. Snakk med barnet om hva som har skjedd, utforsk om dette var en situasjon der barnet ble fryktelig redd og overveldet, og om det er noe som fortsatt pågår.

Hvis barnet har opplevd noen av disse hendelsene bør de kartlegges videre med del 2 for å vurdere om de har utviklet posttraumatisk stress etter hendelsene.

I KATES-2 er ikke «pass» satt opp som et svaralternativ for spørsmålene i del 1. Hvis et spørsmål ikke besvares, kan behandler undersøke hvorfor spørsmålet ikke er besvart. Om barnet ikke har forstått spørsmålet, bruk da tid på å gi en aldersadekvat forklaring. Andre årsaker kan være at barnet ikke klarer eller ikke har lyst til å svare, for eksempel fordi det er ubehagelig å snakke om. Enkelte barn trenger mer tid på å bli trygg nok på terapeuten sin til å tørre å fortelle. Si at du er opptatt av å vite om noen har gjort, eller gjør, noe som er farlig for barnet, og at du kommer til å ta opp dette spørsmålet igjen senere. Det blir da viktig at behandler faktisk følger opp dette. Vær oppmerksom på pågående traumer, som vold og overgrep, eller om barnet har blitt truet til ikke å fortelle.

Del 2, kartlegging av posttraumatiske stress-symptomer:

Dersom det er én eller flere typer hendelser som er bekreftet i del 1, så kartlegg videre med del 2. Barnet skal svare ut fra hvordan hen har hatt det de siste 4 ukene. Til forskjell fra tidligere versjon skal man i KATES-2 vurdere symptomer for alle rapporterte traumatiske hendelser samlet. Siste spørsmål i del 1 omhandler likevel hvilken traumehendelse barnet er mest plaget av, da dette er nyttig informasjon med tanke på kasusformulering og behandlingsplanlegging.

Spørsmål 1-5 tilhører symptomkategorien gjenopplevelser.

Spørsmål 6-7 tilhører symptomkategorien unngåelse.

Spørsmål 8-14 tilhører symptomkategorien negative endringer i tanker og følelser.

Spørsmål 15-20 tilhører symptomkategorien økt aktivering.

De neste spørsmålene kartlegger hvorvidt symptomene påvirker barnets liv og fungering.

Skåring av posttraumatisk stress (del 2)

På side 3 i KATES-2 skal totalskåren summeres for å kunne vurdere graden av posttraumatiske stress-symptomer.

Diagnosesystemene DSM og ICD har noen forskjeller når det gjelder PTSS og kriterier for å stille en PTSD-diagnose, og dette er det tatt høyde for i skåringen av del 2, KATES-2:

For vurdering av PTSS i henhold til DSM-5, summeres skårer (0-3) på alle ledd (#1- #20). NB! På #9, #10 og #15 skal kun én skåre brukes, den høyeste. I eksempelet under skal kun skåren (2) på #15 b telles med.

15. A takle sterke følelser.				
a. Det er veldig vanskelig for meg å roe meg ned når jeg er opprørt.	0	1	2	3
b. Jeg føler meg sint. Har sinneutbrudd som går utover andre.	0	1	2	3

For vurdering av PTSS ut fra ICD-11, summeres skårer (0-3) på ledd #2, #3, #6, #7, #17, #18.

For vurdering av CPTSS ut fra kriteriene for kompleks PTSD (CPTSD) i ICD-11, summeres skårer (0-3) fra #2, #3, #6, #7, #9b, #9d, #10a, #13, #14, #15a, #17, #18.

Vurdering av PTSD og CPTSD

På side 4 i KATES-2 er det tabeller som skal være til hjelp i diagnosesetting etter kriteriene i DSM-5 og ICD-11 (her både PTSD og CPTSD). Til forskjell fra skåring for PTSS, skal nå *kun skårer på 2 og 3 telles med*. I tabellene betyr «1+» at det må være ett symptom eller flere (med skåre på 2 eller 3) for å tilfredsstille kriteriet, mens «2+» betyr at det må være to symptomer eller flere (med skåre på 2 eller 3) for å tilfredsstille kriteriet. Dersom alle kriteriene er oppfylt, er det sannsynlig at barnet oppfyller kriteriene for PTSD eller CPTSD-diagnose.

Differensialdiagnostiske vurderinger

En stor andel av barn med PTSD tilfredsstiller i tillegg diagnostiske kriterier for angst og depresjon, og det kan være utfordrende å skille mellom enkelte symptomer som ligner i ulike lidelser. Det er derfor viktig å få vite om plagene oppstod, eller ble verre, i etterkant av de traumatiske hendelsene.

Videre er det viktig å undersøke nærmere hvordan symptomene oppleves. Til forskjell fra depressiv grubling, er påtrengende minner eller tanker ved PTSD ofte livaktige, visuelle og/eller kommer i form av andre sanseopplevelser. Traumerelatert unngåelse skiller seg fra spesifikke fobier ved at førstnevnte er direkte knyttet til noe som minner om den traumatiske hendelsen.

Vurdering

En del barn tilfredsstiller av forskjellige grunner ikke alltid alle kriteriene for å få en PTSD-diagnose etter ICD, men plages likevel av høy grad av posttraumatisk stress. Dersom barnet eller ungdommen har en samlet skåre over klinisk grense i del 2 og minst ett symptom i hver av symptomkategoriene,

bør det vurderes om barnet skal tilbys en traumefokusert behandling. I denne vurderingen anbefaler vi å bruke totalskåren for PTSD ifølge DSM-5 kriteriene.

Behandling

Dersom barnet rapporterer om signifikante posttraumatiske symptomer, er det viktig å tilby en behandling som kan redusere barnets plager. Ifølge internasjonale retningslinjer (eks. ISTSS guidelines, 2018; NICE guidelines, 2018; Bjåstad m.fl, 2020) anbefales det at behandlingen er traumefokusert. En av de anbefalte metodene for barn er Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Denne behandlingen er også anbefalt for CPTSD (ISTSS, 2019).

Referanser

Bjåstad, J. F., Haugland, B. S. & Kornør, H. (2020, 7. august). *Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (2. utg.)*. Ungsinn. Hentet fra: [Traumefokusert kognitiv atferdsterapi \(TF-CBT\) \(2. utg.\) | Ungsinn](#)

ISTSS (2019). Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. Hentet fra: [ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx](#)

ISTSS (2019) Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents. Hentet fra: [ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](#)

NICE guideline (2018). Post-traumatic stress disorder (PTSD). Hentet fra: [Post-traumatic stress disorder \(nice.org.uk\)](#)

NKVTS (2016) Kartlegging av traumatiske erfaringer barn og foreldre (KATE-B og KATE-F). <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>

Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, Plener, P. L. & Jensen, T. K. (2022) The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580>

Skar, AM. S., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2019). Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Network Open* 2(5). doi: [10.1001/jamanetworkopen.2019.4003](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4003).