

**KARTLEGGING AV BELASTENDE LIVSHENDELSER (KBL)**

Spørsmålene under refererer til hendelser som kan ha inntruffet når som helst i livet ditt, inkludert tidlig barndom.

**1. Har du noen gang hatt en livstruende sykdom?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

**2. Har du noen gang vært med i en livstruende ulykke?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Døde noen? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Ble du fysisk skadet? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Ble du innlagt på sykehus? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

**3. Har du noen gang vært berørt av en naturkatastrofe?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Døde noen? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Ble du fysisk skadet? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Var livet ditt i fare? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

**5. Har du noen gang blitt utsatt for ran eller overfall med bruk av fysisk makt eller våpen?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Døde noen? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Ble du fysisk skadet? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Var livet ditt i fare? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

**6. Har noen i din aller nærmeste familie, samboer/kjæreste eller svært nær venn dødd i ulykke, drap eller selvmord?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

**7. Har du noen gang opplevd at noen (foreldre, annet familie-medlem, partner, bekjent eller andre) ved bruk av fysisk makt eller trusler har tvunget deg til å ha samleie eller oral sex eller anal sex mot din vilje?**

(Enten ved å fysisk tvinge deg, true deg, eller ved å utnytte en situasjon der du ikke kunne forsvare deg, for eksempel at du sov eller var bevisstløs/beruset.)

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**8. Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for:**

**Har du noen gang opplevd at noen har berørt kjønnsorganene dine mot din vilje, eller fått deg til å berøre sitt kjønnsorgan mot din vilje?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**9. Da du var barn: Opplevde du at en av foreldrene dine, en omsorgsperson eller noen annen voksen noen gang sparket deg, slo deg, eller på annen måte angrep eller skadet deg?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**10. Som voksen: Har du noen gang blitt sparket, slått, banket opp eller på annen måte blitt fysisk skadet av en partner, en kjæreste, et familie-medlem, en bekjent eller en annen?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**11. Har en av foreldrene dine, en kjæreste/partner eller familiemedlem gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verd?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**12. Har noen utenfor familien, som medelever eller kollegaer, gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verdt?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**13. Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd at noen har truet deg med et våpen (som for eksempel en kniv eller en pistol)?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange ganger? 1 \_\_\_\_\_, 2-4 \_\_\_\_\_, 5-10 \_\_\_\_\_, mer enn 10 \_\_\_\_\_

**14. Har du noen gang vært vitne til at en annen person ble drept, alvorlig skadet, mishandlet eller utsatt for et seksuelt overgrep?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

**15. Har du noen gang opplevd noen annen situasjon der du ble alvorlig skadet eller livet ditt var i fare (for eksempel militær strid, opphold i krigssone eller et terrorangrep)?**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Døde noen? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Ble du fysisk skadet? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Var livet ditt i fare? Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

**16 Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd noen annen situasjon som var veldig skremmende eller fryktelig, eller der du følte deg svært hjelpeløs**

Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor gammel var du? \_\_\_\_\_

Vennligst beskriv. \_\_\_\_\_