

## Kartlegging av traumeerfaringer og symptomer (KATES) Foreldre (6-18 år)

Navn på barnet \_\_\_\_\_ Barnets alder \_\_\_\_\_ Relasjon til barnet \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

### KATES del 1 – Kartlegging av barnets traumatiske erfaringer

Det hender barn opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser. Så godt som du kan kryss av JA hvis dette har skjedd barnet ditt. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd barnet ditt.

1.	Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2.	Alvorlig ulykke eller skade, som bil-/sykkelulykke, hundebitt eller idrettsskade.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
3.	Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4.	Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
5.	Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
6.	Sett at noen i familien bli truet, slått eller hardt skadet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
7.	Sett at noen på skolen eller i nærmiljøet bli truet, slått eller hardt skadet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
8.	Noen har tvunget eller presset barnet mitt til å gjøre seksuelle ting. Eller barnet har måttet gjøre seksuelle ting uten å kunne si nei.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
9.	Noen har bedt om eller presset barnet mitt til å ta eller sende bilder av sine private kroppsdeler på internett. Eller til å ta på seg selv.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
10.	Noen har mobbet barnet mitt ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer han/henne.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
11.	Noen har mobbet barnet mitt på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer han/henne.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
12.	Noen barnet mitt er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
13.	Stressende eller skremmende medisinsk behandling.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
14.	Opplevd eller vært i nærheten av krig.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
15.	Andre stressende eller skremmende hendelser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Beskriv: \_\_\_\_\_

## KATES del 2 – Kartlegging av barnets posttraumatiske stressymptomer

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte de følgende reaksjonene har plaget barnet ditt **de siste to ukene**. Svar så godt du kan:

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

### Hvor ofte har barnet ditt:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende tanker eller bilder av hendelsen(e) eller spilt hendelsen(e) ut i lek.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer relatert til hendelsen(e).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Handlet, lekt eller følt det som om hendelsen(e) skjer om igjen, her og nå.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt svært opprørt når det har blitt minnet på hendelsen(e).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke kroppslige reaksjoner når det har blitt minnet på hendelsen(e) (som svetting og hjertebank).                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å huske, snakke om eller ha følelser knyttet til hendelsen(e).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Unngått aktiviteter, personer, steder, eller ting som minner om hendelsen(e).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske viktige deler av hendelsen(e).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om seg selv, andre eller verden etter hendelsen(e).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tenkt at hendelsen(e) skjedde fordi han/hun eller noen andre gjorde noe galt, eller ikke gjorde nok for å stoppe det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt svært negative følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull)  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Mistet interessen for aktiviteter som han/hun pleide å like godt før hendelsen(e).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Følt seg distansert eller isolert fra folk rundt seg.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke vist positive følelser (som å være glad eller ha kjærlige følelser)  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Vært irritabel eller hatt sinneutbrudd uten god grunn, eller latt sinnet gå utover andre mennesker eller ting.                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Hatt risikoatferd eller atferd som kunne ha vært skadelig.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært overdrevent årvåken eller på vakt.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten eller lettskremt.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere seg.   | 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 barnet ditt kommer overens med andre | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 2. Fritidsaktiviteter/ ha det gøy               | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 3. Skole eller arbeid                           | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 4. Forhold til andre i familien                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 5. Generelt hvor fornøyd barnet ditt er         | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

**Hvilken av de traumatiske hendelsene plager barnet mest I dag?**

---