

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

Navn _____ Alder _____ Dato _____

KATES del 1 – Kartlegging av traumatiske erfaringer

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 ble truet, slått eller hardt skadet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Pass <input type="checkbox"/>
8.	Noen har tatt meg på tissen eller rumpa når de ikke skulle, eller gjort seksuelle ting med meg. Eller de har fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem. Jeg kunne ikke si nei eller 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 ta eller sende bilder av mine private kroppsdeler på nett eller sosiale medier. Eller jeg ble presset til å ta på meg selv.	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.	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: _____

KATES del 2 – Kartlegging av posttraumatiske stressymptomer

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for 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

Skåre:

Har de problemene du nå har fortalt om, gjort noe med:

- Hvordan du har det sammen med andre mennesker Ja Nei
- Fritidsaktiviteter/ ha det gøy Ja Nei
- Skole eller arbeid Ja Nei
- Hvordan du har det sammen med andre i familien din Ja Nei
- Hvor fornøyd du er med livet ditt nå Ja Nei

Hvilken av de traumatiske hendelsene plager deg mest i dag? _____

