

KARTLEGGING AV TRAUMATISKE ERFARINGER OG SYMPTOMER (KATES-2)

OMSORGSIVERE (7-17 ÅR)

BARNETS NAVN: _____ OMSORGSIVERS NAVN: _____ DATO: _____

Det hender barn opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser. Ut fra det du vet og/eller det barnet ditt har fortalt, kryss av JA hvis dette har skjedd barnet ditt. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd barnet ditt.

| | JA | NEI |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil/sykkelulykke, hundebitt eller idrettsskade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Blitt truet, slått eller hardt skadet av noen i familien. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Blitt truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Blitt angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Sett at noen i familien ble truet, slått eller hardt skadet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Sett at noen på skolen eller i nærmiljøet ble truet, slått eller hardt skadet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Noen har gjort seksuelle ting med barnet mitt eller fått barnet mitt til å gjøre seksuelle ting med dem når hun eller han ikke kunne si nei. Eller at barnet mitt var truet eller tvunget. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Noen har bedt om eller presset barnet mitt til å gjøre seksuelle ting på nett eller sosiale medier - som å sende eller ta bilder. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Noen har mobbet barnet mitt ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer han/henne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Noen har mobbet barnet mitt på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer han/henne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Noen barnet mitt er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Stressende eller skremmende medisinsk behandling. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Opplevd eller vært i nærheten av krig. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Andre stressende eller skremmende hendelser? <u>Beskriv:</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | |
| 16. Hvilken/hvilke av hendelsene plager barnet mest i dag? | | |
| _____ | | |

Snu arket og svar på de neste spørsmålene om alle de skremmende og stressende hendelsene barnet har opplevd.

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for barnet ditt de siste fire ukene. 0 = Aldri / 1 = Noen ganger / 2 = Ofte / 3 = Nesten hele tiden

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende (skremmende/veldig ubehagelige) tanker eller minner av det som skjedde. Eller lekt ut det som har hendt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minner om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Handlet, lekt eller følt det som om det som skjedde skjer akkurat nå. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt veldig urolig, redd eller trist når blitt minnet om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Fått sterke følelser i kroppen når blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøver å ikke tenke på eller ha følelser knyttet til det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Unngår alt som minner 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, slik som: | | | | |
| a. Jeg kommer ikke til å ha et godt liv. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Jeg kan ikke stole på andre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c. Verden er et utrygt sted. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d. Jeg er ikke bra nok. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Skyld for hendelsen. | | | | |
| a. Skylder på seg selv for det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Skylder på andre for det som skjedde, selv om det ikke var deres feil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt mye vonde følelser (følt seg redd, sint, skyldig eller skamfull). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ikke hatt lyst til å gjøre aktiviteter han/hun gjorde før. Mistet interesse for aktiviteter han/hun likte før. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Vært mindre glad enn før. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Å takle sterke følelser. | | | | |
| a. Vanskelig å roe seg når han/hun er opprørt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Irritert. Hatt sinneutbrudd som går utover andre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Gjort farlige eller utrygge ting. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært på vakt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten. | 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 disse problemene gjort noe med:

JA NEI

JA NEI

1. Barnets relasjoner til andre

4. Barnets relasjoner til familiemedlemmer

2. Fritidsaktiviteter

5. Hvor fornøyd barnet er

3. Skole eller arbeid

SKÅRING MED GRENSEVERDIER FOR SCREENING

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (DSM-5 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål 1 til 20. Bruk kun en skåre for #9, #10 and #15. Bruk den barnet skårer høyest på.

Sum av DSM-5 PTSD = _____

| | | | |
|--|--|---|--|
| CATS 7-17 år Skåre <15 Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | CATS 7-17 år Skåre 15-20 Moderat traumerelatert stress.* | CATS 7-17 år Skåre ≥ 21* Forhøyet stress. Over klinisk grense * | CATS 7-17 år Skåre ≥ 25* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.* |
|--|--|---|--|

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #17, #18.

Sum av ICD-11 PTSD = _____

| | | | |
|---|--|--|---|
| CATS 7-17 år Skåre <5 Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | CATS 7-17 år Skåre 5-6 Moderat traumerelatert stress.* | CATS 7-17 år Skåre ≥ 7* Forhøyet stress. Over klinisk grense.* | CATS 7-17 år Skåre ≥ 9* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.* |
|---|--|--|---|

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 CPTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #9b, #9d, #10a, #13, #14, #15a, #17, #18.

Sum av ICD-11 CPTSD = _____

| | | | |
|--|---|---|---|
| CATS 7-17 år Skåre <9* Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | CATS 7-17 år Skåre 10-12* Moderat traumerelatert stress.* | CATS 7-17 år Skåre ≥ 13* Forhøyet stress. Over klinisk grense * | CATS 7-17 år Skåre ≥ 16* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig CPTSD.* |
|--|---|---|---|

* Foreløpige kliniske grenser, avventer validering.

SKÅRING FOR Å STILLE SANNSYNLIG DIAGNOSE

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

DSM-5 PTSD

| DSM-5-kriterier: | Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom) | Antall symptomer som må være oppfylt: | Er DSM-5-kriteriet oppfylt? | |
|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Gjenopplevelse Spørsmål 1-5 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Unngåelse Spørsmål 6-7 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Negativ endring i humør/tanker Spørsmål 8-14 (høyeste av 9, 10 og 15) | | 2+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hyperaktivering Spørsmål 15-20 | | 2+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Sannsynlig DSM-5 PTSD-diagnose* | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

ICD-11 PTSD og CPTSD

| ICD-11-kriterier: | Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom) | Antall symptomer som må være oppfylt: | Er ICD-11-kriteriet oppfylt? | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Gjenopplevelse Spørsmål 2, 3 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Unngåelse Spørsmål 6, 7 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hyperaktivering Spørsmål 17, 18 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Sannsynlig ICD-11 PTSD-diagnose* | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

| CPTSD-kriterier (kun hvis kriterier for ICD-11 PTSD er oppfylt): | | | | |
|--|--|----|-----------------------------|------------------------------|
| Emosjonsregulering Spørsmål 14, 15a | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Negativt selvkonsept Spørsmål 9d, 10a | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Interpersonlige vansker Spørsmål 9b, 13 | | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Sannsynlig ICD-11 CPTSD-diagnose* | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

*KATES-2 er laget for å være et kartleggingsinstrument som kan brukes til screening. Forhøyede skåre kan bety at traumefokusert behandling kan være nyttig. Siden KATES-2 er et selvrapporteringsinstrument bør behandlere imidlertid være forsiktige med å bruke det som et diagnostisk verktøy.