

# 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?<br><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 = \_\_\_\_\_

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre &lt;15</b><br><br>Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre 15-20</b><br><br>Moderat traumerelatert stress.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 21*</b><br><br>Forhøyet stress. Over klinisk grense * | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 25*</b><br><br>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 = \_\_\_\_\_

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre &lt;5</b><br><br>Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre 5-6</b><br><br>Moderat traumerelatert stress.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 7*</b><br><br>Forhøyet stress. Over klinisk grense.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 9*</b><br><br>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 = \_\_\_\_\_

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre &lt;10*</b><br><br>Normalt. Ikke klinisk forhøyet.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre 10-12*</b><br><br>Moderat traumerelatert stress.* | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 13*</b><br><br>Forhøyet stress. Over klinisk grense * | <b>CATS 7-17 år</b><br><b>Skåre ≥ 16*</b><br><br>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<br>Spørsmål 1-5                                       |  | 1+                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Unngåelse<br>Spørsmål 6-7  |  | 1+                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Negativ endring i humør/tanker<br>Spørsmål 8-14 (høyeste av 9 og 10) |  | 2+                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hyperaktivering<br>Spørsmål 15-20 (høyeste av 15)                    |  | 2+                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Innvirkning på fungering i dagliglivet<br>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<br>Spørsmål 2, 3                               |  | 1+                                    | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nei |
| Unngåelse<br>Spørsmål 6, 7                                    |  | 1+                                    | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hyperaktivering<br>Spørsmål 17, 18                            |  | 1+                                    | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nei |
| Innvirkning på fungering i dagliglivet<br>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<br>Spørsmål 14, 15a                           |  | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Negativt selvkonsept<br>Spørsmål 9d, 10a                         |  | 1+ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Interpersonlige vansker<br>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.