

# Riktlinje beteende- syndrom 2019



*Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri*

#### **Arbetsgrupp**

Clara Hellner, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, adjungerad professor

Maria Helander, leg psykolog, doktorand

Jens Högström, leg psykolog, med dr

#### **För SFBUP**

Håkan Jarbin, med dr och Maria Unenge Hallerbäck, med dr

---

Tack till BUP Stockholm

## INNEHÅLL

<b>Syfte</b> .....	3
<b>Klinisk bild</b> .....	5
<b>Utredning</b> .....	7
Screening.....	7
Steg I utredning.....	7
Steg II utredning.....	12
Steg III utredning.....	14
<b>Behandling</b> .....	16
Psykosocial behandling.....	16
Övergripande rekommendationer.....	16
Steg I Vid lindrig till medelsvår beteendeproblematik i en miljö.....	19
Steg II Vid svår problematik med symptom i flera miljöer.....	19
Steg III Vid mycket svår problematik.....	20
Farmakologisk behandling.....	22
Steg I.....	22
Steg II.....	22
Steg III.....	22
<b>Ickegöra</b> .....	23
<b>Utvärdering</b> .....	24
<b>Kvalitetsindikatorer</b> .....	25
<b>Implementering</b> .....	25
<b>Referenser</b> .....	25
<b>Diagnos- och KVÅ-koder</b> .....	26

# Kliniska riktlinjer för beteende- syndrom

## ■ SYFTE

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av beteendesyndrom har utarbetats på uppdrag av Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP).

Begreppet beteendesyndrom används här som en övergripande term för att beskriva beteendeproblem som t ex olydnad, negativ attityd och aggressivitet mot andra. I diagnostiskt avseende ingår framför allt diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är att identifiera och behandla dessa och andra psykiatriska symtom hos barn och unga och att motivera till och erbjuda såväl kort- som långsiktigt stöd.

Socialtjänstens ansvarsområde är att verka för att barn och unga får växa upp under trygga förhållanden. Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt de barn som riskerar att utvecklas på ett sätt som kan vara till skada för dem. Lokala överenskommelser mellan region och kommun får styra hur samverkan ska ske kring barn som behöver insatser från båda dessa huvudmän.

Oavsett vilken utförare som ska genomföra en insats är det dock allas gemensamma ansvar att medverka till att barnet/ungdomen får adekvata insatser. I dessa ärenden krävs ofta samarbete med skola och socialtjänst, och såväl hälso- och sjukvårdens interna arbete som samverkan med andra huvudmän ska utgå från ett helhetsperspektiv och präglas av långsiktighet.

Riktlinjerna är utformade utifrån ålder och svårighetsgrad, vilket betyder att ålder och svårighetsgrad av beteendeproblematik skall vara styrande då det gäller val av metod för utredning och behandling. Steg I kan även användas av första linjen. Farmakologisk behandling av beteendesyndrom sköts alltid inom hälso- och sjukvården, medan psykosociala insatser kan erbjudas inom hälso- och sjukvården men även av socialtjänsten. Riktlinjerna

avser barn och ungdomar i åldersgruppen to m 17 år.

*Riktlinjerna syftar särskilt till:*

- Att barn och unga som söker vård och är i riskzon för att utveckla beteendesyndrom ska erbjudas en adekvat utredning och diagnostik.
- Att barn med utagerande beteendeproblematik ska erbjudas psykosocial behandling specifikt riktad mot dessa problem.
- Att läkemedel för beteendesyndrom endast ska ges enlighet med Läkemedelsverkets riktlinjer:
  - Efter noggrann utredning ska behandlingen inledas i första hand med psykosociala interventioner.
  - Eventuell läkemedelsbehandling ska i första hand riktas mot samtidiga psykiatriska tillstånd, t ex adhd.
  - Samtliga insatser ska noggrant följas upp och utvärderas.
  - Vid allvarligt utagerande och kvarstående beteendesyndrom kan behandling med risperidon övervägas.
- Att diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning ska identifieras och tillsammans med andra tillstånd styra innehållet i behandlingsplanen.
- Att barn och ungdomar med beteendeproblem ska ges systematisk och evidensbaserad vård.
- Att vården erbjuder låg tröskel vid krissituationer kombinerat med ett uthålligt, långvarigt och behovsanpassat stöd.
- Att vården genomsyras av ett arbetssätt som underlättar för barn och familj att medverka i olika insatser.

Riktlinjerna föreslår stegvisa åtgärder och är indelade i steg I–II–III. Notera att för både utredning och behandling gäller att vid allvarlig problematik ska arbetet inledas på den mest lämpliga högre nivån.

#### *Utredningssteg*

- Steg I är basnivån och skall utföras för samtliga patienter men ibland kan steg II vara mest relevant redan vid den första bedömningen.
- Steg II är bredare och utförs vid mer uttalade beteendeproblem i kombination med misstänkt psykiatrisk samsjuklighet.
- Steg III är mest omfattande och utförs om symtombilden är komplex med uttalad psykiatrisk samsjuklighet och svår funktionsnedsättning, samt om problemen har kvarstått trots upprepade tidigare behandlingsinsatser.

#### *Behandlingssteg*

- Steg I är basnivån vid lätt till medelsvår beteendeproblematik med symptom i huvudsakligen en miljö (oftast i hemmet) och ska erbjudas till alla patienter. De insatser som rekommenderas har starkt vetenskapligt stöd. Delar av eller hela steg I kan erbjudas inom första linjen, och behöver ofta kompletteras när patienten blir aktuell inom BUP.
- Steg II är basnivå vid svår beteendeproblematik med symptom inom två miljöer så som hem och skola. Dessa insatser har starkt vetenskapligt stöd.
- Steg III är basnivå vid svår till mycket svår beteendeproblematik med symptom inom fler än två områden, och när insatser enligt steg I och II visat sig otillräckliga. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.

Riktlinjerna grundar sig på vetenskaplig evidens och konsensus sammanfattad i svenska och internationella riktlinjer samt Läkemedelsverkets rekommendationer. Synpunkter har inhämtats från SFBUPs medlemmar samt medarbetare inom barn och ungdomspsykiatri i Sverige. Riktlinjerna är utformade i samråd med styrelsen för SFBUP.

## ■ KLINISK BILD

**UTAGERANDE BETEENDEPROBLEM** är beteckningen på komplexa tillstånd som kännetecknas av bland annat olydnad, irriterabilitet, aggressivitet, svårigheter att anpassa sig till sociala normer och regler samt, i de mer allvarliga fallen, kriminella handlingar. Många faktorer kan bidra till utveckling av utagerande beteendeproblem, såsom personlighet och temperament, utsatthet för trauma, misshandel eller övergrepp, utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar som adhd. Även socioekonomiska faktorer, såsom ekonomisk utsatthet, trångboddhet, arbetslöshet, psykisk/fysisk sjukdom eller substansbruk hos föräldrar har betydelse både för utveckling av dessa tillstånd och möjligheterna att initiera och fullfölja behandlings- och stödinsatser.

**DE FLESTA BARN OCH UNGA** uppvisar någon gång under uppväxten beteenden som utmanar omgivningen. Vanligtvis är sådant som olydnad, häftigt temperament och trotsig attityd övergående och kan ses som del av en normal utveckling. Det som avgör om det rör sig om det vi kallar utagerande beteendesyndrom (trotssyndrom och uppförandestörning) är arten och graden av det utmanande beteendet, liksom varaktigheten över tid. Gränsdragningen mot tillstånd som är mer allvarliga avgörs också av i vilken mån symtomen medför en allvarlig funktionsnedsättning för individen och/eller i vilken mån beteendena medför lidande för omgivningen.

Prevalensen av utagerande beteendeproblem varierar beroende på undersökningspopulation, och om man räknar in allt utagerande eller bara de som uppfyller diagnoskriterierna för trotssyndrom och uppförandestörning. I epidemiologiska studier varierar förekomsten av trotssyndrom mellan 2 och 5 procent, och för uppförandestörning är variationen 1,7 till 3 procent. Variationen i kliniska populationer är större, vilket delvis kan förklaras av olika diagnostiska traditioner. Uppförandestörning varierar mellan 1,7 och 3 procent i epidemiologiska studier och mellan 6 och 28 procent i kliniska studier. Både trotssyndrom och uppförandestörning är vanligare hos pojkar än hos flickor.

**UTAGERANDE BETEENDEPROBLEM** förekommer i alla åldrar. Under småbarnsåren kan beteendet visa sig som häftigt humör, återkommande konflikter med jämnåriga och vuxna, negativa beteenden mot andra och/eller svårigheter att anpassa sig till gruppsaktiviteter. I skolåldern och senare under tonåren kan sådana beteenden förstärkas och yttra sig som trots, utmanande attityd, elakhet, lögn och bedräg-

ligt beteende, ageranden som syftar till att skaffa sig fördelar på andras bekostnad, våld mot andra och/eller andra kriminella handlingar. Inte sällan förekommer samtida riskbeteenden som bruk av alkohol/droger eller andra impulsiva handlingar som får negativa konsekvenser.

**AVSEENDE SVÅRIGHETSGRAD** delar DSM in diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning i lindrig, medelsvår, och svår. I DSM-5 finns även specifikationen ”med begränsade prosociala känslor” för diagnosen uppförandestörning.

I detta kriterium ingår oförmåga att känna skuld, bristande empati, att man struntar i skol- och arbetsprestationer samt att känslouttrycken bedöms vara utan djup eller bristfälliga. Information från flera källor ska användas för denna bedömning.

Bakgrunden är att de individer som bedöms uppfylla kriteriet kan förväntas ha en mer allvarlig utveckling och därför kan behöva mer omfattande insatser. När en individ uppvisar impulsiva aggressionutbrott som är värre än förväntat i relation till grundtillståndet finns det även möjlighet att ställa diagnosen intermitterent explosivitet, antingen ensamt eller som tilläggsdiagnos.

**UTAGERANDE BETEENDEPROBLEM** förekommer ofta parallellt med andra psykiatriska diagnoser, exempelvis adhd eller missbruk. Många som uppvisar utagerande beteendeproblem har också affektiva problem varför förekomst av ångestsyndrom och/eller depression ska kartläggas och diagnosticeras.

Utagerande beteendeproblem kan också vara associerade med självskadebeteenden och/eller suicidala handlingar. Det är viktigt att alltid beakta risken att barnet/ungdomen också är eller har varit utsatt för trauma eller kränkningar.

Då utagerande beteendeproblem är vanliga under uppväxten är det viktigt att identifiera de barn och ungdomar som riskerar att utveckla mer allvarliga tillstånd, eftersom det hos dessa individer finns risk för en mycket negativ utveckling.

Debut före tio års ålder av allvarliga beteendeproblem medför risk för omfattande och långvarig problematik.

**BÅDE TROTSSYNDROM** och uppförandestörning är associerade med ökad risk för skolmisslyckanden, missbruk, annan psykisk ohälsa, kontakt med rättsväsendet och antisocial personlighetsstörning i vuxen ålder.

Även om de utagerande problemen är mest fram-

trädande och kanske det som föranleder kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, så är emotionella problem, inklusive självskada och suicidala beteenden, vanligt förekommande även hos dessa barn och ungdomar.

Den kliniska bilden och funktionsnedsättningen påverkas av samspelet mellan individens störning och omgivningens förmåga att identifiera problem och ge stöd. Utagerande beteendeproblem är en vanlig orsak till kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Familjer med utagerande barn och ungdomar har ofta varit utsatta för press under lång tid, och relationen barn-föräldrar kan vara starkt påverkad, ibland av årtal av konflikter. Detta kan påverka såväl motivation som förmåga att medverka i utredning och behandling.

När det gäller utagerande beteendesyndrom krävs ofta upprepad och uthållig samverkan med t ex skola och socialtjänst för att ge bästa möjliga stöd. En gemensam vårdplan med tydligt identifierade målsättningar, fördelning av ansvarsområden och regelbunden uppföljning utgör stommen i vårdarbetet.

## ■ UTREDNING

### Screening

#### REKOMMENDATION

1. Alla som söker vård för psykiska besvär ska screenas med riktad anamnes för utagerande beteenden vars kärnsymtom utgörs av ett mönster av negativt, trotsigt och aggressivt beteende gentemot omgivningen.

Utagerande beteendeproblem kan förekomma både med och utan samtidig förekomst av annan problematik. Även om beteendeproblem ofta förekommer samtidigt som annan psykiatrisk problematik, t ex vid adhd, autism, ångestillstånd och substansbruk, så är utagerande beteendeproblem ett eget område och inte något som ingår i symtombilden i t ex en adhd-diagnos. Området bör därför alltid kartläggas för sig och inte bara som en del som förklaras av en annan problematik och som man därför inte behöver utreda och diagnostisera. Låt därför inte förekomsten av t ex adhd eller ett autistiskt syndrom hindra genomförandet av en utredning av utagerande beteendeproblem. Utagerande beteendeproblem kan också många gånger föreligga utan någon samsjuklighet och behöver därför inte vara orsakat av något annat underliggande psykiatriskt problem.

### Steg I

#### Utredning

#### REKOMMENDATION

1. Inled skyndsamt en regelbunden och motivationsskapande kontakt.

Beteendeproblem kan medföra stor stress för familjen och inte sällan söker man hjälp vid en akut kris.

Familjer med barn eller unga som uppvisar utagerande beteendeproblem kan ha svårt att medverka i och/eller motivera vårdkontakten för den det berör.

Ett utforskande och respektfullt förhållnings-sätt, liksom möjligheten för familjen att få stöd när det behövs, är förtroendeskapande och kan minska risken för avhopp. Ett krisläge kan dessutom möjliggöra etablerandet av en kontakt som tidigare inte har varit möjlig, och när familjen bestämmer sig för att söka vård så kan det vara viktigt att erbjuda kontakt skyndsamt. Vetskapen om att man snabbt

kan komma i kontakt med vården vid förnyat behov är också trygghetsskapande. Avbrott i kontakten eller uteblivna besök bör inte utesluta nya försök att inleda eller fortsätta utredning och behandling.

#### REKOMMENDATION

2. Kartlägg utlösande situationer, frekvens och former av beteendeproblem tillsammans med barnet och föräldrarna.

Fråga om vilka former av beteendeproblem som barnet uppvisar, hur ofta bråk och trots förekommer, allvarlighetsgraden av dessa beteenden samt debut-ålder.

Sträva efter att kartlägga händelsekedjor: Be om exempel på konkreta situationer där beteendeproblemen uppkommer; identifiera utlösande situationer, kartlägg förloppet i detalj och vad beteendeproblemen får för konsekvenser. Fråga om förekomst av konflikter mellan barn och vårdnadshavare och hur vårdnadshavarna bemöter barnets beteendeproblem.

Det är krävande att vara vårdnadshavare till ett barn med utagerande beteendeproblem och ofta kan långa perioder av konflikter ha lett fram till att samspelet mellan barnet och de vuxna i familjen har kommit att kännetecknas av misstro, negativitet och en låg tröskel för uppstart av nya konflikter. Frekventa konflikter med vårdnadshavare och förekomst av mycket negativt samspel mellan barn och vårdnadshavare bör bedömas som försvårande omständigheter.

I de fall vårdnadshavare använder hot och verbal/fysisk aggressivitet, överdrivet auktoritär föräldrastil eller använder förklenande tillmälen och sarkasmer kring barnet, alternativt tvärtom har en extremt passiv, uppgiven eller tillåtande föräldrastil, bör detta också bedömas som försvårande omständigheter.

Vid förekomst av frekventa aggressiva beteenden, ställ frågor för att klargöra om denna aggressivitet huvudsakligen är av reaktiv eller proaktiv form.

Reaktiv aggressivitet kännetecknas av att den utlöses av upplevda provokationer, i samband med ilskutbrott och förlust av kontroll. Proaktiv aggressivitet innebär att barnet avsiktligt använder aggressivitet för att få igenom sin vilja eller för att få något (vanligtvis utan närvaro av provokation eller ilska).

Frågor kan ställas om huruvida barnet är lättprovocerat, svarar snabbt på provokationer med att ge igen och oftast upplever att andra startar bråken (reaktiv aggressivitet) samt om barnet använder hot/

våld för att få igenom sin vilja eller för att dominera över andra barn (proaktiv aggressivitet). Denna kartläggning kan vara vägledande vid behandlingsplaneringen för att ta ställning till om t ex ilskekontrollträning, färdighetsträning eller andra komponenter bör inkluderas.

Fråga även efter var barnet uppvisar beteendeproblem, t ex i skolan/förskolan, hemma och/eller tillsammans med kompisar på fritiden. Förekomst av beteendeproblem i många olika miljöer bör bedömas som en försvårande omständighet. I de fall barnet är tillräckligt gammalt och/eller moget att ge sin egen bild av situationen, fråga vad han/hon uppfattar som problematiskt i vardagen, i vilka situationer konflikter brukar uppstå, vilka personer som brukar vara inblandade, vad barnet uppfattar är orsaken till att konflikterna uppstår och vad de vanligtvis handlar om.

#### REKOMMENDATION

### 3. Kartlägg kriterier för beteendesyndrom.

Undersök med en klinisk intervju om barnet uppfyller kriterier för trotssyndrom och/eller uppförandestörning (se diagnoskriterier nedan). För bedömning av omfattning av beteendeproblem rekommenderas att använda validerade skattningsskalor, t ex Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Ett vanligt antagande är att trotssyndrom föregår uppförandestörning i tid, dvs. att barn som vid lägre ålder uppfyller kriterier för trotssyndrom tenderar att utveckla uppförandestörning senare under tonåren. Det finns forskning som stöder att trotssyndrom är en riskfaktor för utvecklandet av uppförandestörning men det finns även studier där man inte har hittat det sambandet. Viktigt att beakta är därför att båda diagnoserna kan förekomma i både barn- och ungdomsåret och att det t ex är möjligt att ha en uppförandestörningsdiagnos utan att den har föregåtts av ett trotssyndrom. I tidigare versioner av DSM uteslöt förekomst av uppförandestörning att man även kunde uppfylla en trotssyndromdiagnos, men detta exklusionskriterium finns inte kvar i DSM-5 varför det nu är möjligt att ställa båda diagnoserna samtidigt.

#### REKOMMENDATION

### 4. Undersök förekomst av de vanligaste samsjukliga tillstånden.

Samsjuklighet är mycket vanligt vid trotssyndrom och uppförandestörning. Båda diagnoserna kan sättas samtidigt och samtidigt med de flesta andra psykiatriska diagnoser så som adhd, autism, depression och substansmissbruk. Den diagnos som idag helt utesluter diagnosen trotssyndrom är diagnosen dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår (på engelska Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD).

Om barnet är yngre än 5 år finns särskilda instruktioner för hur diagnosen trotssyndrom kan ställas från 3 års ålder. Uppförandestörning kan starta i barndomen men ses oftare i tonåren. Diagnosen kan också sättas i vuxen ålder.

I diagnosen trotssyndrom delas symptomen in i två undergrupper av symtom:

1) affektiva symtom, som beskriver ett argt och irriterat stämningläge (tappar ofta besinningen, är ofta lättretad och stingslig, är ofta arg och förbittrad) och

2) beteendeinriktade symtom, som beskriver ett trotsigt utagerande beteende (grälar ofta med vuxna, trotsar ofta aktivt eller vägrar underordna sig vuxnas krav eller regler, förargar ofta andra med avsikt, skyller ofta på andra för egna misstag eller dåligt uppförande).

De affektiva symptomen är associerade med en fortsatt inåtvänd psykiatrisk problematik så som ångest, depression och bipolär sjukdom, medan beteendesymptomen har visat sig vara associerade med en fortsatt utagerande problematik så som uppförandestörning och antisocial personlighetsstörning. Eftersom det krävs minst fyra kriterier för att diagnosen trotssyndrom ska kunna ställas innebär det att det inte räcker att uppfylla enbart de tre affektiva kriterierna, utan man behöver även uppfylla minst ett beteendeinriktat symtom.

Hos barn och ungdomar med svårigheter att reglera sitt temperament och/eller beteende, så som t ex vid adhd, ses ofta de affektiva symptomen. Om alla de affektiva symptomen förekommer tillräckligt ofta (hos små barn 3–5 gånger dagligen och över 5 år en gång per vecka), tillsammans med minst ett av beteendesymptomen, och dessa tillsammans utgör en påtaglig funktionsnedsättning, handlar det om adhd i kombination med trotssyndrom. Denna kombination är mycket vanlig med en samsjuklighet på 50 procent och ofta behöver man använda riktlinjer för adhd och trotssyndrom parallellt.

Vid autism ses ofta ilskeutbrott som reaktion på



stark stress i situationer som är svåra att hantera, till exempel i vissa sociala sammanhang och situationer som innebär mycket intryck eller vid förändringar.

Vid konkret kartläggning med kedjeanalys är det oftast lättare att identifiera typ av utlösande situationer som kan underlätta differentialdiagnostiken. Ofta kan man då identifiera de affektiva symptomen i trotssyndrom.

Lindrigare fall kan ofta förebyggas med ökad tydlighet, förberedelser och lågaffektivt bemötande från omgivningen, men om föräldrar och barn befinner sig i en negativ relation med gräl och aktivt trotsigt beteende, rör det sig om ett trotssyndrom som kräver aktiv behandling enligt de här beskrivna riktlinjerna.

Ilskeutbrott kan också ses vid ångesttillstånd som tvångssyndrom eller separationsångest men i dessa lägen är det ofta ångesttillståndet som är det primära tillståndet och det som driver utbrotten.

Irritabilitet är också ett symptom vid depression, och trotssyndrom förekommer ibland samtidigt som depression. Vid irritabilitet är det därför viktigt att både undersöka depressiva symptom och symptom på trotssyndrom för differentialdiagnosticering.

Depressivitet kan också vara en följd av dåliga relationer mellan föräldrar och barn/ungdom som inte sällan är fallet vid trotssyndrom. Kartläggning med tidslinje kan vara till hjälp för att kartlägga start och förlopp vid differentialdiagnosticering. Vid lindrig och måttlig depression med samtidigt trotssyndrom där det föreligger en negativ relation mellan föräldrar och barn kan de depressiva symptomen ofta minska vid behandling enligt dessa riktlinjer. Beakta även andra omständigheter som kan påverka humör och beteende, till exempel annan läkemedelsbehandling.

Vid emotionell instabilitet (motsvarande personlighetssyndrom EIPS enligt ICD och borderline enligt DSM) och självskadebeteende är utagerande beteendeproblem vanligt, liksom samsjuklighet med trotssyndrom och uppförandestörning. Flickors symptom på beteendesyndrom underdiagnosticeras ofta, medan pojkars symptom på emotionell instabilitet och självskadebeteende riskerar att missas. Undersök båda dessa områden vid diagnosticering och sätt i förekommande fall flera diagnoser. Behandling för emotionell instabilitet/självskadebeteende kan minska de affektiva symptomen vid trotssyndrom och förbättra relationerna i familjen. Ta på nytt ställning till om dessa riktlinjer skall följas efter genomförd behandling.

#### REKOMMENDATION

5. Kartlägg förekomst av utagerande beteendeproblem hemma, i skolan och på fritiden samt värdera funktionsnivån.

Kartlägg förekomst av beteendeproblem i hemmet, skolan och på fritiden när barnet är med kamrater genom att tillfråga både vårdnadshavare/föräldrar, barnet självt och, om möjligt, lärare i skolan.

Samlad information från flera källor krävs för att få en så fullödlig och samlad bild som möjligt av barnets symptomatiska och beteendemässiga profil och problemens allvarlighetsgrad. Det är också viktigt att bedöma barnets funktionsnivå och för detta finns det klinikerskattade skalor så som t ex Children's Global Assessment Scale (CGAS).

#### REKOMMENDATION

6. Använd skattningsskalor vid upprepade tillfällen under behandlingskontakten.

Ett viktigt syfte med att mäta beteendeproblem och funktionsnivå vid inledningen av behandlingskontakten är att i ett senare skede kunna utvärdera den behandling som ges genom att man administrerar skattningsskalor vid upprepade tillfällen.

Skattningsskalor kan även administreras via post eller via 1177 för att löpande kunna följa förändringar av beteendeproblemen, mellan träffar, vid utglesad kontakt eller vid uppföljningar efter avslutad kontakt.

För beteendeproblem kan man förutom SDQ använda Child Behaviour Checklist (CBCL), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) eller Swanson, Nolan & Pelham Questionnaire (SNAP-IV). Andra skattningsskalor kan också vara aktuella så länge de specifikt identifierar det utagerande beteendet.

## ■ TROTSSYNDROM

**A** Ett mönster av argsinthet/irritabilitet, argumentativt/trotsigt beteende eller hämndlystnad med minst 6 månaders varaktighet och som visar sig i form av minst fyra av nedanstående symtom. Symtomen ska visa sig vid interaktion med minst en annan person som inte är ett syskon.

### Argsintheit/irritabilitet

1. Tappar ofta besinningen.
2. Är ofta lättretad och stingslig.
3. Är ofta arg och förbittrad.

### Argumentativt/trotsigt beteende

4. Argumenterar ofta mot auktoritetspersoner eller, för barn och ungdomar, mot vuxna personer.
5. Trotsar ofta aktivt eller vägrar följa etablerade regler eller underordna sig krav från auktoritetspersoner.
6. Förargar ofta avsiktligt andra.
7. Skyller ofta på andra för sina egna misstag eller sitt eget dåliga uppförande.

### Hämndlystnad

8. Har varit elak eller hämndlysten vid åtminstone två tillfällen under de senaste 6 månaderna.

Obs: Varaktigheten och frekvensen i dessa beteenden utgör grunden för att särskilja beteenden som ligger inom normalgränserna från sådana beteenden som utgör symtom på trotssyndrom. För barn som är yngre än 5 år ska beteendet inträffa

## Kriterier enligt DSM-5® 313.81 (F91.3)

de flesta dagarna under minst 6 månaders tid, såvida inte annat anges (Kriterium A8). För personer som är 5 år eller äldre ska beteendet inträffa minst en gång i veckan under minst 6 månaders tid, såvida inte annat anges (Kriterium A8). Dessa anvisningar ger vägledning till den miniminivå av varaktighet och frekvens som krävs för diagnos. Andra faktorer ska också beaktas, såsom individens utvecklingsnivå, kön och kulturella tillhörighet, för att avgöra om frekvensen och intensiteten i beteendet ligger utanför normalgränserna.

**B** Beteendet medför lidande för individen eller andra i dennes omedelbara sociala närhet (t ex familj, kamrater, arbetskollegor), eller så medför det försämrade funktion socialt, i studier, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

**C** Beteendet inträffar inte uteslutande i samband med en psykos, ett substansbrukssyndrom, en depression eller ett bipolärt syndrom. Kriterierna för dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår är inte heller uppfyllda.

### Specificera aktuell svårighetsgrad:

**Lindrigt:** Symtomen förekommer i endast ett sammanhang (t ex hemma, i skolan, på jobbet, med kamrater).

**Medelsvårt:** Vissa symtom förekommer i minst två sammanhang.

**Svårt:** Vissa symtom förekommer i tre eller fler sammanhang.

## ■ UPPFÖRANDESTÖRNING

**A** Ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler. Störningen tar sig uttryck i minst tre av följande 15 kriterier under den senaste 12-månadersperioden med minst ett kriterium uppfyllt under de senaste 6 månaderna:

### Aggressivt beteende mot människor och djur

1. Hotar, trakasserar eller skrämmer ofta andra.
2. Påbörjar ofta slagsmål.
3. Har använt något vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada på andra (t ex slagträ, tegelsten, trasig flaska, kniv, pistol).

4. Har visat fysisk grymhet mot annan person.
5. Har visat fysisk grymhet mot djur.
6. Har begått stöld under direkt konfrontation med offret (t ex rån med eller utan vapenhot, väskryckning, utpressning).
7. Har tvingat någon till sexuellt umgänge.

### Skadegörelse

8. Har avsiktligt anlagt brand i syfte att orsaka allvarlig skadegörelse.
9. Har avsiktligt förstört andras egendom (på annat sätt än genom brand).

### Bedrägligt beteende eller stöld

10. Har brutit sig in i någon annans bostad, lokal eller bil.

11. Ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika förpliktelser (dvs slår ”blå dunster” i ögonen på folk).
12. Har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med något offer (t ex snatteri, förfalskning).

#### Allvarliga norm- och regelbrott

13. Är ofta ute på nätterna trots föräldrarnas förbud med början före 13 års ålder.
14. Har rymt från föräldrahem eller fosterhem och stannat borta över natten minst två gånger, eller en gång utan att återvända hem under en längre tid.
15. Skolkar ofta från skolan med början före 13 års ålder.

**B** Beteendestörningen orsakar kliniskt signifikant funktionsförsämring socialt, i studier eller i arbete.

**C** Om personen är 18 år eller äldre får kriterierna för personlighetssyndrom, antisocial form inte vara uppfyllda.

#### Specificera form

efter debutålder:

**312.81 (F91.1)** Debut i barndom: Minst ett symptom på uppförandestörning före 10 års ålder.

**312.82 (F91.2)** Debut i ungdom: Inga symptom på uppförandestörning före 10 års ålder.

**312.89 (F91.9)** Ospecificerad debut: Kriterierna för uppförandestörning är uppfyllda, men informationen är otillräcklig för att fastställa om det första symptomet förelåg före 10 års ålder.

#### Specificera om

##### Med begränsade prosociala känslor:

För att den här specifikationen ska vara tillämpbar måste personen ha uppvisat minst två av följande särdrag ihållande, i ett flertal olika relationer och sammanhang och under minst 12 månaders tid. Särdragen återspeglar personens typiska emotionella och mellanmänskliga funktionsmönster under den här perioden och visar sig inte bara tillfälligt i vissa situationer. För att kunna bedöma om kriterierna för den här specifikationen är uppfyllda, krävs således information från flera olika källor. Utöver personens egen berättelse, krävs även redogörelser från andra som har känt personen under långa tidsperioder (t ex föräldrar, lärare, arbetskamrater, släktingar, jämnåriga bekanta).

**1.) Saknar ånger eller skuld känslor:** Känner ingen ånger eller skuld när han eller hon gör något som är fel (inkludera inte ångerkänslor som bara kommer till uttryck när personen har åkt fast och/eller ska bestraffas). Personen är genomgående oberörd av de negativa konsekvenserna av sina handlingar. Personen känner sig t ex inte ångerfull efter att ha skadat någon och bryr sig inte om konsekvenserna av att bryta normer och regler.

**2.) Grym - oempatisk:** Struntar i och är oberörd av andras känslor. Personen beskrivs som kallsinnig och utan omtänksamhet. Personen förefaller mer upptagen av vilka konsekvenser handlingarna har för honom eller henne själv, snarare än konsekvenserna för andra, till och med när de medför betydande skada för andra.

**3.) Struntar i skol- och arbetsprestationer:** Struntar i om det går dåligt i skolan, på jobbet eller inom andra viktiga aktiviteter. Personen lägger inte ner den energi som krävs för att lyckas, även när förväntningarna är tydligt utsagda. Han eller hon skyller sen på andra när det går dåligt.

**4.) Känslost uttryck utan djup eller bristfälliga:** Varken uttrycker eller visar känslor inför andra, förutom på ett sätt som ter sig oäkta, oärligt eller utan djup (t ex handlingarna motsäger känslouttrycket; kan snabbt koppla på eller av känslor), eller använder känslost uttryck för personlig vinning (t ex visar känslor i syfte att manipulera eller skrämna andra).

#### Specificera aktuell svårighetsgrad:

**Lindrig:** Få, om ens några, beteendeproblem utöver det antal som krävs för diagnosen. Beteendeproblemen orsakar relativt liten skada för andra (t ex ljuger, skolkar, stannar ute nattetid utan tillåtelse, andra norm- och regelbrott).

**Medelsvår:** Antalet beteendeproblem och deras konsekvenser för andra ligger mellan nivåerna ”lindrig” och ”svår” (t ex stjal utan direkt konfrontation med offret, vandalism).

**Svår:** Ett flertal beteendeproblem utöver det antal som krävs för diagnosen, eller så förorsakar beteendeproblemen avsevärd skada för andra (tilltvingar sig sexuellt umgänge, visar fysisk grymhet, använder vapen, rånar, begår inbrott).

*Kriterier för Diagnosområdet enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)  
© American Psychiatric Publishing 2013*

**REKOMMENDATION**

7. Kartlägg alltid försvårande omständigheter så som övergrepp, social utsatthet, missbruk eller bristande omsorgsförmåga hos vårdnadshavare.

Ta ställning till om det föreligger försvårande omständigheter som förvärrar eller vidmakthåller beteendeproblemen, t ex utsatthet för mobbing/övergrepp, förekomst av psykisk ohälsa, riskbruk/missbruk, eller andra problem inom familjen. Dessa problem kan behöva utredas, behandlas och/eller avhjälpas med rätt stöd till barnet och vårdnadshavarna, parallellt med behandlingen för beteendeproblemen, eller i vissa fall innan det är meningsfullt att inleda en behandling av beteendeproblemen. Ibland kan föräldrarna behöva stöd i att få till stånd hjälpinsatser för egen del, t ex via remiss från BUP. Orosanmälan till socialtjänsten kan bli aktuell.

**REKOMMENDATION**

8. Oavsett på vilken nivå utredningen görs: Sammanfatta och återge resultatet till berörda parter.

Oavsett om det gäller utredning nivå I, II eller III bör arbetet avslutas med att all information sammanställs och återges till familjen. Återgivningen blir ett tillfälle för barn och föräldrar att få komplettera och ge synpunkter på resultatet. Återgivnings-samtalet bör också ta upp hur familjen ser på sitt behov av stöd och hur de bedömer sina förutsättningar att delta i olika insatser, och utgöra grund för vårdplan.

En sammanfattning av utredningen bör innehålla:

- Ett ställningstagande till om och vilken/vilka diagnoser som föreligger inklusive redovisning av underlag för diagnos/er
- Beskrivning av eventuell samsjuklighet och övriga relevanta problemområden
- En redogörelse för föreliggande risk- och skyddsfaktorer och i vilken utsträckning de har betydelse för behandlingsplaneringen (gäller nivå II och III)

Information om utredningen kan ofta behöva delges vårdgrannar (t ex socialtjänsten) vilket kan ske efter familjens godkännande. Om man redan i detta skede bedömer att t ex socialtjänst och skola behöver medverka i behandlingen bör ett samver-

kansmöte initieras. Socialtjänsten kan också kopplas in via en orosanmälan i de fall du misstänker att barnet i fråga far illa. En orosanmälan bör inte för-anleda att ansvaret för insatser kring barnet/familjen lämnas över, utan BUP kvarstår som ansvarig för fortsatt behandling av beteendeproblem och övrig psykiatrisk samsjuklighet. Vid förnyade utredningar på steg II och III är det av vikt att familjen får fortsatt löpande återkoppling på dessa bedömningar också.

## Steg II

### Utredning

Insatser på steg-II bör övervägas när beteendeproblem visar sig kvarstå efter utredning och behandling på steg I. I de fall ett barn redan har omfattande beteendeproblem avseende allvarlighetsgrad (t ex vid förekomst av allvarligt fysiskt våld), frekvens (dagligen) och utbredning (problemen förekommer i flera miljöer), så bör utredningsåtgärder på både steg I och II initieras direkt och från början av kontakten.

Indelningen i var problemen förekommer (dvs miljöavgränsningen) är ett sätt att försöka bedöma allvarlighetsgraden i problematiken. Man bör dock göra en helhetsbedömning och väga in såväl arten och graden av problemen samt den totala funktionsnedsättningen när man väljer vilka insatser som ska erbjudas.

**REKOMMENDATION**

1. Vid allvarliga och bestående beteendeproblem ska risk- och skyddsfaktorer kartläggas och utgöra underlag i behandlingsplaneringen.

Många omständigheter kan bidra till att utagerande beteenden utvecklas och/eller upprätthålls. En bred anamnes, inklusive kartläggning av risk- och skyddsfaktorer, är en viktig grund för behandlingsplaneringen. Kartläggning av problemområden är också ett viktigt stöd för kommunikation och samverkan med andra parter (t ex skola och socialtjänst) för att tydliggöra ansvarsområden. Kartläggningen kan också fungera som ett stöd i samband med uppföljning och utvärdering av olika insatser.

Det är angeläget att den unges egen syn på situationen, såväl negativa som positiva aspekter, får utrymme.

Nedanstående checklista lyfter upp ett antal områden som bör beaktas i utredningen och kan betraktas som ett stöd vid anamnestagandet. Vid

utebliven behandlingseffekt rekommenderas även att man går igenom checklistan för att identifiera om det finns omständigheter kring barnet, familjen eller omgivningen som kan förklara varför problemen

### ■ Checklista 1

#### Omständigheter kring barnet/ungdomen

- ✓ Tidig debut av utagerande beteendeproblem (före 7 års ålder)
- ✓ Utsatthet för trauma, övergrepp eller försummelse
- ✓ Förekomst av hyperaktivitet, impulsivitet eller uppmärksamhetsproblem
- ✓ Trotsighet, ilska eller oräddhet/risktagande
- ✓ Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger
- ✓ Destruktiva kamratrelationer, saknar vänner eller är utsatt för mobbing
- ✓ Gängtillhörighet
- ✓ Destruktiva beteenden på sociala medier (t ex riskfyllda sexuella kontakter)
- ✓ Bristfälliga skolprestationer och/eller inlärningsvårigheter
- ✓ Upprepade kontakter med myndigheter p g a utagerandeproblemen
- ✓ Uppvisar en antisocial attityd (t ex glorifierar våldsanvändning, rör sig i kretsar där det finns risk för radikaliserings/extremism)) eller ett antisocialt tankemönster (t ex legitimerar våldsanvändning) eller visar inte skuld/ånger när hen har tillfogat andra skada
- ✓ Normbrytande beteenden
- ✓ Stresskänslighet, förmåga att hantera ilska, utmaningar och konflikter
- ✓ Alkohol- eller droganvändning

#### REKOMMENDATION

2. Genomför en heltäckande och detaljerad diagnostisk intervju.

En fördjupad bedömning på steg II bör även inbegripa en gedigen diagnostik för att kartlägga eventuell förekomst av samsjukliga psykiatriska tillstånd

inte minskar. Notera att kompletterande metoder för informationsinhämtning kan bli aktuella, såsom skolbesök, observation i förskola eller hembesök.

### ■ Checklista 2

#### Omständigheter i familj och omgivning

- ✓ Socioekonomisk belastning i familjen
- ✓ Brist på kontinuitet hos vårdnadshavare (t ex föräldrar är frånvarande i perioder och i synnerhet om barnet har varit separerat från båda vårdnadshavarna under en period)
- ✓ Svårigheter i föräldra-barnrelationen
- ✓ Avsaknad av stödjande personer eller socialt nätverk omkring familjen
- ✓ Aktuella stressorer i och omkring familjen (t ex föräldrars arbetslöshet, sjukdom/missbruk eller upprepade flyttningar)
- ✓ Föräldrastil som är aggressiv och hotfull alternativt extremt tillåtande
- ✓ Boende i ett socialt utsatt område med kriminalitet, arbetslöshet och gängbildning
- ✓ Förekomst av antisociala attityder och kriminalitet inom familjen

### ■ Checklista 3

#### Skyddsfaktorer

- ✓ Goda relationer och nära band till viktiga vuxna
- ✓ Positiv skolanknytning och prestationer
- ✓ Positiva umgängen och aktiviteter
- ✓ Positiva förhållningssätt och problemlösningar
- ✓ Medvetenhet och motivation hos den unge och/eller familjen
- ✓ Familjens ork, engagemang och stöd

så som t ex självskadebeteende/suicidala handlingar, PTSD, dyslexi eller andra läs- och skrivsvårigheter, tvångssyndrom eller autism, eller annat som kan inverka menligt på behandlingen av beteendeproblemen. Ta gärna hjälp av en strukturerad diagnostisk intervju t ex K-SADS som innehåller detaljerade bilagor för respektive diagnosområde (finns på SFBUP:s hemsida). Vid upptäckt av ett samsjukligt

psykiatriskt tillstånd bör detta behandlas enligt respektive riktlinje, parallellt med fortsatta insatser riktade mot beteendeproblemen. Vårdplanering bör ske i överenskommelse med familjen och utgå från familjens önskemål och förutsättningar att medverka i behandling.

Man bör även undersöka hur beteendeproblemen interagerar med andra eventuellt förekommande psykiatriska tillstånd. Om autism är det samtidiga tillståndet så ska man t ex utreda huruvida frustration i situationer där den unge inte förstår eller blir överväldigad leder fram till utagerande eller aggressivitet. Detta kan göras med hjälp av kedjeanalys där man tillsammans med den unge och vårdnadshavarna kartlägger utlösande situationer, tankar, känslor samt kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av det utagerande beteendet. Vid samtidig förekomst av beteendeproblem och tvångssyndrom kan man t ex finna att stark ångest i samband med tvångstankar leder fram till tvångshandlingar som är så omfattande att vårdnadshavarna försöker avbryta dem. När detta sker reagerar den unge genom att med våld försöka avskilja sig för att kunna fortsätta med tvångsritualerna. Vid samtidig förekomst av beteendeproblem och PTSD kan irritabilitet och ilska, som hänger samman med traumatiseringen, utlösas av mycket små provokationer och för vissa finns även ett genomgripande ilsket känslotillstånd med i PTSD-symtombilden. Med hjälp av noggrann diagnosticering och analys av hur ett eventuellt samsjukligt psykiatriskt tillstånd samverkar med, utlöser eller vidmakthåller beteendeproblem, kan viktig information om hur behandlingsinsatserna bör planeras framkomma.

## Steg III

### Utredning

Insatser på steg III bör genomföras när utredning och behandling på steg I och II har visat sig otillräckliga, dvs då beteendeproblemen kvarstår trots en gedigen bedömning och behandlingsinsats som pågått i exempelvis sex månader eller mer. En steg III-utredning bör även inledas då beteendeproblemen är av en sådan synnerligen svår allvarlighetsgrad att det finns risk för att personer i barnets omgivning eller att barnet själv riskerar att komma till allvarlig skada till följd av beteendeproblemen. Om det inte skett tidigare bör man på den här nivån inhämta information från kompletterande källor för att öka förståelsen för barnet/ungdomen, familjen respektive sammanhanget, via hembesök, skolobservationer eller dylikt.

#### REKOMMENDATION

##### 1. Genomför en förnyad diagnostisk utredning.

Även om det har genomförts en diagnostisk utredning tidigare så kan den behöva förnyas, eftersom den totala symtombilden, inklusive tecken på samsjuklighet (utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar eller andra tillstånd), kan förändras eller bli tydligare i takt med att barnet utvecklas och blir äldre. Syftet med en utredning i det här skedet är att ta ställning till om förekomst av hittills odiagnostiserade utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och/eller nytillkommen psykiatrisk problematik kan förklara den uteblivna behandlingseffekten, och om så är fallet, inleda behandlande insatser för dessa.

#### REKOMMENDATION

##### 2. Bedöm om försvärande omständigheter föreligger.

Kartlägg och screena noggrant efter förekomst av eventuella missförhållanden kring barnet som kan ha missats tidigare, t ex våld i hemmet, sexuella övergrepp, eller sexuellt riskfyllda beteenden som prostitution eller missbruk hos barn/ungdom eller vårdnadshavare. Om det inte har genomförts en strukturerad risk- och behovsbedömning tidigare (se steg II-utredning) så är det viktigt att en sådan kommer till stånd nu, och om tidigare bedömning finns ska den förnyas. Genom en systematisk riskbedömning kan missförhållanden kring barnet uppdagas och insatser för att avvärja dessa kan inledas för att på så sätt skapa bättre förutsättningar för att behandla beteendeproblemen.

#### REKOMMENDATION

##### 3. Genomför en kognitiv testning.

Om det inte har genomförts någon neuropsykologisk utredning tidigare ska man göra en sådan i det här skedet, som även beaktar aktuell samsjuklighet. Syftet med en kognitiv utredning/testning är att utreda om utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar kan förklara den uteblivna behandlingseffekten, och om så är fallet, inleda behandlande insatser för dessa. En kognitiv utredning bör inbegripa ett begåvningsstest och eventuellt ytterligare neuropsykologiska test, särskilt vid misstanke om svag begåvning, ojämn begåvningsprofil eller problem med exekutiva funktioner.

## REKOMMENDATION

## 4. Kartlägg empatisk utveckling och eventuella brister inom det området.

Då brister i den empatiska utvecklingen hos ett barn har visat sig ha betydelse för utfallet av psykosocial behandling, så bör man komplettera utredningen med en skattningsskala som mäter empatibrister, oförmåga att känna skuld känslor, ansvarslöshet, känslomässig ”ytlighet” och dylika drag.

En sådan skattningsskala är Antisocial Process Screening Device (APSD; 3-11 år) som fylls i av en vårdnadshavare.

En annan sådan skala är Child Problematic Traits Inventory (CPTI; 3-12 år) som fylls i av en vårdnadshavare eller av barnets lärare/förskolepedagog.

Viktigt att beakta är att det kan vara svårt att skilja olika typer av empatiska svårigheter från varandra. Svårigheter med att identifiera känslouttryck hos andra och brister i förmågan till social interaktion kan känneteckna både personer med autism och sådana med huvudsaklig empatibrister. Det är därför viktigt att kartlägga och analysera dessa symtom för att kunna differentiera dem från varandra och för att kunna planera eventuella tillägg till behandlingen för beteendeproblem. Kännetecknande för unga med begränsade prosociala känslor är att man har en välfungerande kognitiv empati, dvs kan ta andras perspektiv och förstå hur det egna beteendet uppfattas av andra, medan man saknar en affektiv empati, dvs upplever inte känslomässigt obehag av att uppfatta andra personers obehag/lidande.

Vid autism har man oftast en fungerande affektiv empati om man har lyckats förstå att den andre har ett lidande medan man har bristande förmåga till kognitiv empati.

## REKOMMENDATION

## 5. Genomför en strukturerad risk- och behovsbedömning.

En strukturerad riskbedömning säkerställer att adekvata riskfaktorer identifieras, och kan också ge en indikation om allvaret i problematiken. Bedöm med hjälp av strukturerad intervju föreliggande riskfaktorer och skyddsfaktorer för fortsatt antisocial utveckling. Använd företrädesvis ett beslutsstöd så som Early Assessment Risk List for Boys/Girls (EARL-20B/G, 6-12år), Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; 12-18 år) eller datorbaserade Evidensbaserad STrukturerad bEdömning av Risk och skyddsfaktorer (ESTER, 0-18 år) för att kartlägga kända riskfaktorer. I de fall

man saknar utbildning i dessa instrument, och då kompetensen inte heller finns på den mottagning där man är verksam, så bör man ändå kartlägga de områden som ingår i ovan nämnda riskbedömningsinstrument (se checklista sida 10). Notera att utan utbildning ska man inte använda skalor till att räkna poäng, utan endast använda dessa som vägledning om vilka områden som är viktiga att beakta i behandlingsplanen. Det är viktigt att göra en avvägd bedömning kring varje riskfaktor och beakta att varje område kan variera i svårighetsgrad, t ex så till vida att ett barn kan ha vissa svårigheter med skolprestation och ligga efter i vissa ämnen (måttlig svårighetsgrad) medan ett annat barn kan ha så stora inlärningssvårigheter att det är placerat i specialklass och ligger flera år efter sin årskurs eller ålder (allvarlig svårighetsgrad). På liknande sätt kan man tänka att alla riskfaktorer kan variera från inga svårigheter till allvarliga svårigheter inom det området. Tänk på att även en strukturerad riskbedömning är en färskvara och kan behöva göras vid upprepade tillfällen.

## REKOMMENDATION

## 6. Koppla in fler behandlare för att belysa den unges problematik med nya ögon.

När en behandlingskontakt pågått under en längre tid och särskilt då kontakten kanske har upplevts som frustrerande och utan att större förbättringar har kommit till stånd så kan det uppstå trötthet, misstro och irritation hos så väl barnet, föräldrarna som de ansvariga behandlarna. Det kan då vara givande att koppla in fler eller andra behandlare/bedömare i ärendet, till exempel genom att låta ett nytt team genomföra en eventuell förnyad eller fördjupad utredning. På detta sätt kan ny och viktig information framkomma, nya behandlingsalternativ kan uppenbara sig och eventuella frustrationer mellan familjen och behandlare avhjälpas.

## ■ BEHANDLING

Målet för behandling av beteendeproblem är att förbättra relationen mellan barn/ungdom och förälder, och att minska bråk och konflikter. Ytterligare målsättningar är att öka barnets/ungdomens kontroll över sitt eget beteende och att minska förekomsten av destruktiva beteenden som trots, normbrytande, missbruk och andra riskbeteenden.

Det är också viktigt att barnets/ungdomens känslomässiga mående förbättras, och att behandlingen stödjer återgång till dagliga aktiviteter som skola eller praktik. En viktig aspekt i all vårdplanering är att också beakta familjens och den unges motivation och ork och att planera realistiskt så att nya behandlingsmisslyckanden undviks.

### Psykosocial behandling

#### Övergripande rekommendationer

##### REKOMMENDATION

1. Anpassa val av behandlingsmetod efter ålder på barnet/ungdomen, svårighetsgrad samt efter i vilka miljöer beteendeproblemen visar sig.

De sammanhang där beteendeproblemen uppstår bör beaktas i behandlingsplanen. För mindre barn är beteendeproblemen ofta mest förekommande i hemmet, vilket gör att en behandlingsinsats som riktar sig till föräldrar många gånger kan vara tillräcklig.

Vid stigande ålder är beteendeproblemen ofta mer befästa och kan förekomma i flera sammanhang så som hem, skola, i relation till kompisar och på fritiden på kvällar och helger.

Vid tonårsbehandling är därför oftast multimodala insatser, som riktar sig både till ungdomen själv, till familjen och till de sammanhang där ungdomen befinner sig mer effektiva.

Vid val av behandlingsmetod bör alltså ålder och svårighetsgrad och spridning på barnets/ungdomens problematik beaktas. Det är viktigt att direkt erbjuda den nivå av behandlingsinsats som har störst möjlighet att lyckas utifrån ålder och svårighetsgrad av problemet utan att först pröva en lägre nivå av insats.

Om en för låg nivå av insatser sätts in finns stor risk för misslyckande, förlorat hopp och avbrutna behandlingar, vilket riskerar att bidra till att problematiken förvärras och att förtroendet för vården påverkas negativt.

##### REKOMMENDATION

2. Fokusera initialt på att förbättra relationen mellan barnet/ungdomen och dennes föräldrar/vårdnadshavare för att efter detta arbeta med att minska beteendeproblemen.

Utagerande beteendeproblematik kännetecknas ofta av en ansträngd relation mellan barn/ungdom och föräldrar eller andra vuxna omkring barnet. För att minska beteendeproblem behöver relationen förbättras så pass att både föräldrar och den unge upplever att man blir respekterad, validerad och lyssnad till.

När relationen är förbättrad är det möjligt att lösa konflikter genom problemlösning och kommunikation och på det sättet minska aggressivitet och utbrott. De behandlingsprogram som beskrivs i denna riktlinje är alla uppbyggda på detta sätt.

Det är viktigt att vårdplanen utformas i nära samarbete med familjen och externa parter, så att inte omfattning eller tidsplan är orealistisk. Om situationen är ansträngd och familjen belastad kan man behöva prioritera vad som är mest akut, och föräldrar kan behöva egna insatser parallellt med insatser som riktar sig mot barnet.

##### REKOMMENDATION

3. Arbeta med att stärka föräldrars färdigheter.

Ilska väcks ofta i situationer där man upplever vanmakt och där de strategier man har att ta till inte räcker till. I all effektiv behandling för utagerande beteendestörningar arbetar man med att öka föräldrars färdigheter att hantera problematiska situationer på ett lugnt sätt som gör att relationen till den unge inte tar skada. När föräldern lär sig att hantera konflikter på ett lugnt sätt innebär detta också att föräldern visar för sitt barn hur konflikter kan lösas, vilket skapar en modell som barnet kan ta efter.

I behandlingen får föräldrar hjälp att anpassa sina krav efter den unges förmåga och ge uppmaningar på ett sätt som hjälper den unge att göra det som uppmaningen gäller. Utagerande beteenden förstärks ofta om de får kortsiktig effekt, dvs leder till en önskad konsekvens. I behandlingen är det därför viktigt att fokusera på hur det utagerande beteendet bemöts av vuxna omkring och att föräldrar väljer strategier som inte förstärker beteendeproblemen.



## REKOMMENDATION

## 4. Träna ilskekontroll och problemlösningstrategier för barn med svårigheter att reglera affekter.

Barn med allvarliga beteendeproblem saknar ofta färdigheter för att reglera känslor och för att hitta prosociala strategier för att lösa problem. Många gånger har beteendeproblemen funnits länge och barnet har upplevt vinster med att agera antisocialt vilket förstärker problematiken. Ofta kan antisociala kamrater påverka den unge i en negativ riktning.

För äldre barn, från 9 års ålder, och ungdomar som har affektregleringssvårigheter och saknar prosociala (konstruktiva, icke aggressiva och socialt accepterade) strategier för att lösa problem, kan det vara till hjälp att träna ilskekontroll och problemlösningstrategier. Gemensamt för dessa behandlingsmetoder är att den unge identifierar vad som utlöser ilskeutbrott, hur känslor i allmänhet och ilska i synnerhet upplevs, och hur man kan göra för att lugna ner sig så pass att det går att tänka ut en prosocial lösning. Man tränar på att förutse vilka konsekvenser en viss strategi kommer att få, både för sig själv och för andra, och på att välja prosociala strategier som är till hjälp i ett längre perspektiv.

## REKOMMENDATION

## 5. Beakta och behandla samsjuklighet.

Samsjukliga tillstånd är vanliga vid utagerande beteendeproblem och behandling för dessa ska finnas med i behandlingsplanen. Här nämns förhållningssätt vid vanliga samsjukliga tillstånd.

Vid samtidig adhd bör anpassning och eventuell medicinering för adhd ske samtidigt med behandling för trotssyndrom och/eller uppförandestörning. Behandling för adhd kan underlätta men inte ersätta behandling för trotssyndrom/uppförandestörning; se riktlinjer för adhd. Psykosocial behandling vid samtidig adhd och trotssyndrom har god evidens. Ross Greenes ”Collaborative Problem Solving” har också visat god effekt i två studier för barn med både adhd och trotssyndrom.

Vid mild depression parallellt med trotssyndrom kan de depressiva symptomen klinga av vid behandling för trotssyndrom och uppförandestörning. Vid medelsvår till svår depression bör det affektiva tillståndet behandlas. Följ upp tecken på depression och om symptom kvarstår, se riktlinjer för depression.

Vid missbruksproblematik bör kontroller av drogintag ske, t ex i samarbete med en beroendemot-

tagning. Behandling av missbruk kan ske samtidigt som man behandlar trotssyndrom och/eller uppförandestörning, då de behandlingsmetoder som rekommenderas vid missbruk är mycket lika de som rekommenderas för trotssyndrom/uppförandestörning i tonåren.

Samtidigt självskadebeteende bör behandlas parallellt. Bedöm också risk för suicidala beteenden/suicid. Om trotssyndrom eller uppförandestörning kvarstår efter avslutad behandling för självskadebeteende, följ riktlinjer för dessa tillstånd nedan. Svårighetsgraden på problematiken avgör behandlingsplanens utformning.

Vid samtidig autism, bör anpassningar göras i hem och skola för att minska stress och situationer som är svåra att hantera. Lågaffektivt bemötande är en spridd metod som än så länge har begränsat vetenskapligt stöd men som många kan beskriva gör god nytta för att förebygga beteendeproblem.

Vid samtidig autism och trotssyndrom har ett antal studier visat effekt av föräldraträning. Vid svåra beteendeproblem och samtidig autism bör dessa riktlinjer följas med målet att förbättra relationer och minska våldsamt beteende.

En noggrann och konkret kartläggning av beteendeproblemen, i vilka situationer de uppstår och dess konsekvenser är utgångspunkten för behandlingsplaneringen.

## REKOMMENDATION

## 6. Erbjud låg tröskel och snabb tid vid akuta situationer.

Närstående till barn och ungdomar med allvarlig beteendeproblematik lever under stark stress och behöver ha snabb tillgång till bedömning och behandling vid akuta situationer för att fånga upp familjer innan de resignerar och ge dem hjälp att hantera krissituationer. Det finns en risk att våldsamma situationer eskalerar och det är viktigt att snabbt hitta ingångar till att bryta en sådan utveckling. Det förekommer att föräldrar ger upp om de upplever att ”ingenting händer”, t ex om de inte får kontakt med eller respons från vården, om pågående insats/-er inte leder till förbättring, eller om situationen akut försämras.

Vårdnadshavares ork och motivation är en förutsättning för barnets/ungdomens och utgör en central del i behandlingsplanen. Vårdens uppgift bör därför vara att kombinera ett långsiktigt och uthålligt stöd i kombination med möjlighet till akut kristöd.

## REKOMMENDATION

## 7. Ge möjlighet till varaktigt stöd.

Beteendeproblem riskerar att återkomma, ibland på grund av kriser, ibland på grund av omständigheter som hindrar föräldrar att använda effektiva föräldrastراتيجier, ibland på grund av att ytterligare problematik tillkommit. Det är i dessa lägen viktigt att göra en fördjupad bedömning och identifiera bakomliggande orsaker till att problemen återkommit, för att kunna beakta dessa i en ny behandlingsplan.

Bland barn och ungdomar som uppvisar allvarliga beteendeproblem är det inte ovanligt med placeringar utanför hemmet. Även under sådana perioder bör man sträva efter kontinuitet och långsiktighet, och om möjligt upprätthålla vårdkontakten så att man kan ta vid när placeringen avslutas. Vid placeringar långt bort från hemlandstinget kan det också behövas remiss till BUP i den del av landet där placeringen äger rum, t ex för att sköta läkemedelsbehandling. Just placerade barn och ungdomar får inte sällan en fragmenterad vård med många behandlarbyten. Polyfarmaci är också vanligt förekommande, utan att någon tar långsiktigt ansvar för översyn av läkemedelsbehandlingar.

## Rekommenderade behandlingsinsatser utifrån barnets ålder och syndromets svårighetsgrad

Ålder/svårighetsgrad	Vid måttlig beteendeproblematik som mestadels förekommer i hemmiljön	Vid måttlig till svår problematik som förekommer i flera miljöer	Mycket svår problematik som förekommer i de flesta miljöer
3-12 år	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> <li>• KOMET</li> <li>• De otroliga åren</li> <li>• Cope</li> </ul>	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> <li>• KOMET</li> <li>• De otroliga åren</li> <li>• Cope</li> </ul>	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parent Child Interaction Therapy</li> </ul>
9-14 år	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> <li>• KOMET</li> <li>• De otroliga åren</li> <li>• Cope</li> </ul>	llskek kontroll- och problemlösningsträning <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping Power Program</li> <li>• Problem Solving Skills Training</li> </ul>	llskek kontroll- och problemlösningsträning <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping Power Program</li> <li>• Problem Solving Skills Training</li> </ul>
12-17 år	Föräldraträning i grupp/individuellt kan övervägas för ungdomar upp till 14 år <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionell Familjeterapi</li> </ul>	Multimodal behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionell Familjeterapi (FFT)</li> </ul>	Multimodal behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multisystemisk terapi (MST)</li> <li>• Treatment Foster Care Oregon (TFCO)</li> </ul>

## Steg I

### Vid lindrig till medelsvår beteendeproblematik mestadels i en miljö

#### REKOMMENDATION

1. Föräldraträning i grupp rekommenderas som förstahandsinsats vid trotssyndrom och uppförandestörning upp till 12 år.

Föräldraträning har starkast evidens vid utagerande beteenden och är verksamt oavsett allvarlighetsgrad av beteendeproblematik. Stora effekter kan ses även vid svår beteendeproblematik när barnet är mellan 3 och 12 år. Föräldraträning kan övervägas även för yngre tonåringar (upp till 14 år). Evidensen är dock starkare för yngre barn.

När föräldrar har egna svårigheter som gör det svårt för dem att genomföra hemuppgifter och fullfölja strategier behöver föräldraträningen anpassas individuellt efter föräldrarnas behov och förmåga. Innehållet i individuell föräldraträning är detsamma som vid gruppbehandling.

Föräldraträning är en manualbaserad metod med god effekt i studier världen över och som rekommenderas i de allra flesta behandlingsriktlinjer.

I Sverige finns flera föräldraträningsprogram som har visat god effekt: Komet, De otroliga åren och Cope.

Gemensamt för Komet, De otroliga åren och Cope är att man arbetar med:

- Att skapa en positiv relation mellan barn och föräldrar genom positiv samvaro.
- Att öka barnens positiva beteenden med hjälp av förberedelser, uppmuntran och belöningar.
- Att minska barnets negativa beteenden med hjälp av redskap så som tydliga regler, tydliga konsekvenser och minskad förstärkning av negativt beteende.

Föräldraträning i grupp är mellan 10 och 12 veckor lång och leds av två gruppledare. Gruppträffarna varar mellan 2 och 2,5 timmar. I behandlingen tränar man föräldrastراتيجier med hjälp av videoexempel, rollspel och hemuppgifter. Bäst resultat får man om manualen följs noga och om båda föräldrarna närvarar i behandlingen och deltar i alla gruppträffar eftersom gruppträffarnas innehåll följer en logisk ordning och bygger på varandra. Om föräldrar missar en gruppträff, bör man erbjuda individuell ersättningstid för att gå igenom innehåll och hemuppgift. Detta kan ske per telefon om det inte går att lösa på annat sätt.

Individuell föräldraträning finns i form av Förstärkt KOMET som har samma innehåll som KOMET och dessutom innehåller ilske- och stresshantering för föräldrar. Tempot är långsammare och det finns utrymme för mer stöd och individuell anpassning till föräldrarna. Förstärkt KOMET innehåller 9 i gruppstillfällen à 2,5 timmar och 9 individuella tillfällen à 1 timme. Individuell föräldraträning kan också ges utifrån manual för gruppbaserad föräldraträning.

#### REKOMMENDATION

2. Vid medelsvår beteendeproblematik i tonåren, överväg funktionell familjeterapi (FFT).

Funktionell familjeterapi (FFT) har utvärderats internationellt för ungdomar med beteendeproblem. Behandlingen är relativt kort (20–30 timmar) och har visat effekt vid god manualtrogenhet. Behandlingen har också visat resultat för ungdomar som har samtidigt missbruk och depression. I behandlingen arbetar man med att förbättra relationer och kommunikation inom familjen för att minska beteendeproblem.

## Steg II

### Vid svår problematik med symtom i flera miljöer

#### REKOMMENDATION

1. Vid 3-12 års ålder ska föräldraträning i grupp eller individuellt utgöra basen i behandlingsinsatsen.

Även på denna nivå har föräldraträning visat god effekt. Om familjen tidigare deltagit i föräldraträning bör man utvärdera om metoden hade effekt, hur det hela fungerade, om det fanns hinder som gjorde att man inte fullt ut kunde delta i behandlingen. Om det har gått lång tid sedan förra behandlingen kan detta också vara ett skäl till att det är relevant att pröva igen, eftersom olika utvecklingsfaser kan ställa nya och andra krav på föräldern. Om föräldern har egna svårigheter kan man pröva föräldraträning individuellt.

## REKOMMENDATION

2. Vid 9-14 års ålder kan barnfokuserad träning i ilskek kontroll och problemlösningstrategier läggas till föräldraträningen.

Ilskek kontroll- och problemlösningsträning som riktar sig direkt till den unge, rekommenderas som tillägg till föräldrafokuserad behandling för barn mellan 9 och 14 år. För de yngre barnen bedöms föräldraträning vara tillräcklig behandling. Coping Power Program, ett program som kombinerar grupp-baserad ilskek kontroll- och problemlösningsträning, är internationellt utvärderad och visar god effekt.

I en svensk studie visade den manualbaserade gruppbehandlingsmetoden Coping Power Program god effekt direkt efter behandling för barn mellan 8 och 12 år med svår beteendeproblematik i kombination med föräldraträning. Den svenska versionen av Coping Power Program är omarbetad för att passa svenska förhållanden och består av 15 grupp-träffar á 2,5 timmar.

Ilskek kontroll- och problemlösningsträning innehåller:

- Ilskehantering – träning i att identifiera starka känslor och orsaker till att starka känslor triggas, samt tekniker för att reglera stark affekt/ilkska.
- Perspektivtagande - träning i att ta andras perspektiv med målet att minska tendensen att tolka andras avsikter mer negativt än vad som ofta är fallet.
- Problemlösningsträning – träning i att generera prosociala lösningar och tänka i termer av hur olika beteenden och val av lösning leder till vilka konsekvenser.
- Träning i att stå emot grupstryck.

Individuell färdighetsträning (Problem Solving Skills Training), är utvärderad i USA med goda resultat.

## REKOMMENDATION

3. Vid svår beteendeproblematik i åldern 11-17 år med symptom i flera miljöer så som allvarligt trotssyndrom och samtidig uppförandestörning, rekommenderas multimodala behandlingsinsatser som fokuserar på alla sammanhang där den unge rör sig och där det finns en risk för att beteendeproblemen förstärks.

Funktionell Familjeterapi, (FFT), har utvärderats internationellt och har i studier visat viss effekt vid god manualtrogenhet för behandling av trotssyndrom och uppförandestörning också vid svår problematik, se beskrivning ovan.

## Steg III

## Vid mycket svår problematik

## REKOMMENDATION

1. Vid 3-12 års ålder ska föräldraträning i grupp eller individuellt utgöra basen i behandlingsinsatsen.

Även vid mycket svår beteendeproblematik hos barnet har föräldraträning i grupp visat god effekt.

Individuell föräldraträning som riktar sig både till barn och föräldrar rekommenderas vid mycket svår beteendeproblematik i de lägen där både barn och föräldrar har egna svårigheter som utgör ett hinder i behandlingen

Parent Child Interaction Therapy (PCIT) är en effektiv metod med goda behandlingsresultat i en stor mängd studier världen över. Metoden finns ännu inte i Sverige men har använts i Norge med goda resultat. PCIT har även utvärderats för barn med begåvningshandikapp, autism, olika fysiska åkommor, barn som har varit utsatta för våld, trauma, omsorgsbrist och familjehemsplacerade barn. Metoden utvecklades först för barn i åldrarna 2-7 år men har sedan vidareutvecklats för barn upp till 12 år.

PCIT är en metod som innehåller samma behandlingskomponenter som föräldraträning men där föräldrar och barn tillsammans deltar i behandlingen. Föräldern har en hörsnäck i örat och coachas av behandlare genom en spegelvägg eller via videolänk, vilket gör att de föräldrar som behöver

ökat stöd för att omsätta föräldrafärdigheter i praktiken här får konkret hjälp med detta. Behandlingen anpassas också efter barn med olika typer av egna svårigheter.

#### REKOMMENDATION

2. Vid mycket svår beteendeproblematik så som allvarlig uppförandestörning i åldern 11-17 år rekommenderas multimodala behandlingsinsatser som fokuserar på alla sammanhang som den unge rör sig i där det finns risk för att beteendeproblematiken förstärks.

Multisystemisk Terapi (MST) är en omfattande behandlingsinsats som har visat viss effekt i internationella studier. Generellt ger MST bättre effekt vid god manualtrogenhet.

Behandlingen syftar till att:

- Öka vårdnadshavares föräldrafärdigheter
- Förbättra relationerna i familjen
- Involvera ungdomen med kamrater som inte begår brott och som inte har ett antisocialt beteende
- Förbättra skolsituationen

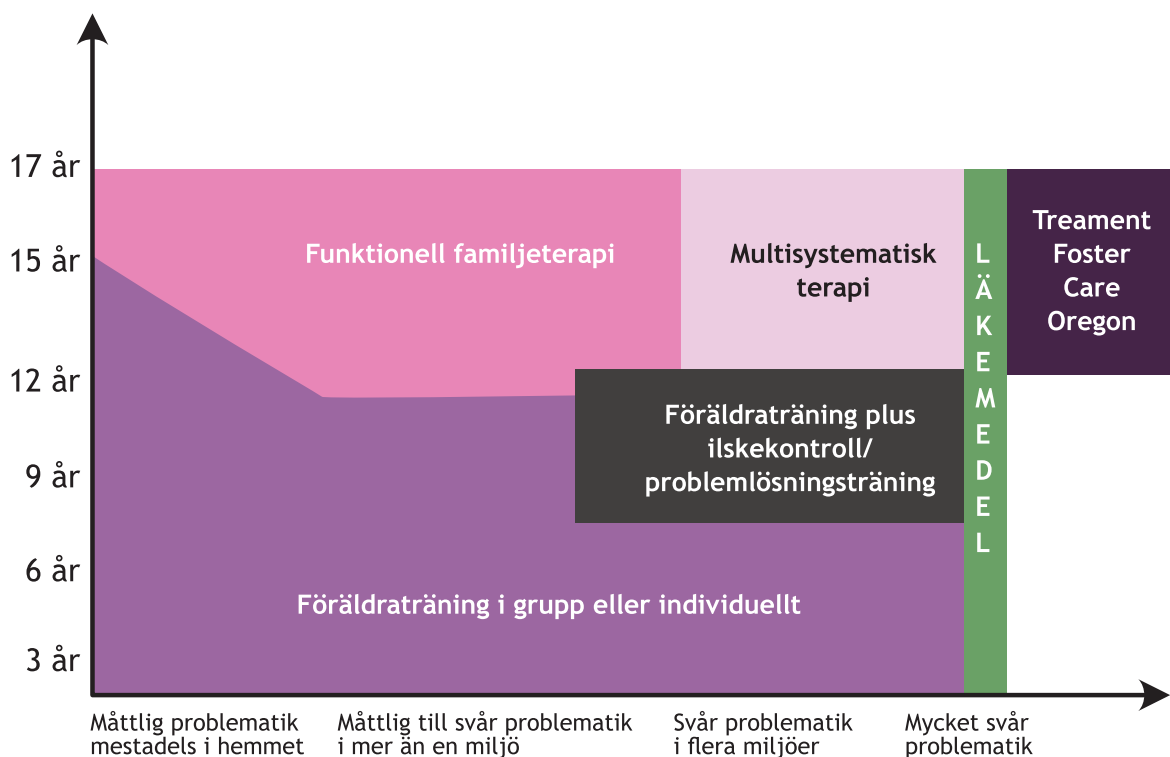
- Involvera ungdomen i positiva fritidsaktiviteter
- Bygga ett bestående nätverk av familj, släkt, grannar, vänner som kan hjälpa vårdnadshavaren över tid

Behandlingen sker i team med 3-4 behandlare. Mötet sker flera gånger i veckan och behandlarna har jour 24 timmar per dygn. Behandlingen pågår i ca tre månader med en genomsnittlig behandlingstid på 60 timmar.

#### REKOMMENDATION

3. Vid mycket allvarlig uppförandestörning och kriminellt beteende på en nivå som motiverar placering utanför hemmet, rekommenderas Treatment Foster Care Oregon/Behandlingsfamilj.

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) kallades tidigare Multi Treatment Foster Care (MTFC) och på svenska kallas modellen ibland ”behandlingsfamilj”. Det är en manualbaserad metod som kombinerar familjehemsplacering i specialtränade familjehem, individuell terapi och familjeterapi för ungdomar 12-17 år. Behandlingen pågår i 8-12 månader och har visat goda resultat i flera studier.



**Figur 1.** Rekommenderade insatser vid olika åldrar och vid olika svårighetsgrader av problematik, för barn och ungdomar med trotssyndrom och/eller uppförandestörning.

## Farmakologisk behandling

### Steg I

#### REKOMMENDATION

1. Läkemedel är inte förstahandsåtgärd vid utagerande beteenden.

Behandling för utagerandebeteenden/beteendesyndrom ska alltid inledas med psykosociala interventioner. Barn med dessa beteenden har ofta – men inte alltid – andra psykiska symtom. Samsjuklighet ska alltid utredas och vid behov behandlas med läkemedel enligt riktlinjer för det specifika tillståndet, t ex adhd. Läkemedelsbehandling av samsjuklighet kan påverka patientens situation i gynnsam riktning och öka förutsättningarna för att familjen och barnet/ungdomen kan medverka i och tillgodogöra sig annan behandling. Det finns viss evidens för att stimulantia-behandling vid adhd dämpar även aggressivitet, varför dosen av adhd-läkemedel bör optimeras vid samtidigt utagerande beteende.

### Steg II

#### REKOMMENDATION

1. Eventuell läkemedelsbehandling ska primärt riktas mot samtidiga psykiatriska tillstånd, till exempel adhd.

Om det föreligger andra barnpsykiatriska tillstånd kan dessa kräva läkemedelsbehandling, och ska behandlas med läkemedel specifika för respektive tillstånd. Om samsjuklighet föreligger ska utvärdering av olika insatsers effekt på alla symptom/tillstånd utgöra en naturlig del av uppföljningen.

#### REKOMMENDATION

2. Vid utebliven effekt: Optimera i första hand dosen av adhd-läkemedel om sådan ingår i behandlingen (följ Riktlinje adhd).

Några studier indikerar att det finns ett dos-responsförhållande mellan stimulantia-behandling och minskat aggressivt beteende, varför en dosjustering avseende adhd-läkemedel kan prövas i de fall full beteendekontroll inte har uppnåtts. Amfetamin och metylfenidat anses ha likvärdig effekt i detta avseende, men det kan finnas individuella variationer

i hur man svarar och båda läkemedlen kan behöva provas.

### Steg III

#### REKOMMENDATION

1. Vid fortsatt allvarligt utagerande beteende kan läkemedelsbehandling med neuroleptika övervägas.

De läkemedel som är mest studerade i relation till aggressiva och utagerande beteenden är atypiska neuroleptika. Flera översiktsstudier rekommenderar risperidon, antingen som tilläggsbehandling till centralstimulantia vid adhd, eller som enda läkemedelsbehandling vid utagerande. Det finns visst stöd för att risperidon minskar aggression och uppförandeproblem på kort sikt hos barn mellan 5 och 18 år, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.

I nuläget är risperidon det enda neuroleptika som Läkemedelsverket rekommenderar för denna indikation. Dosen ska initialt hållas låg och titreras upp gradvis (se faktaruta). Uppföljning enligt Läkemedelsverkets riktlinjer ska ske. Barn och ungdomar med svår utagerandeproblematik har ofta kontakt med flera vårdgivare.

I behandlingsplanen bör ingå tydliga överenskommelser om hur behandlingen ska följas upp och utvärderas, till exempel om barnet/ungdomen byter vistelseort. Just barn och ungdomar som är placerade utanför hemmet löper risk att behandlas med flera olika läkemedel (polyfarmaci), ibland under långa perioder, utan att någon aktiv uppföljning sker av läkare med adekvat kompetens.

Alla parter bör få utförlig information om för- och nackdelar med behandlingen, inklusive risken för biverkningar som viktuppgång. Läkemedelsbehandlingen ska ses som ett komplement till övriga insatser och utvärderas kontinuerligt, (t ex avseende längd, vikt, BMI vid neuroleptikabehandling; se riktlinjer). Dokumentera noggrant utfallet av läkemedelsbehandling utifrån de(t) specifika problem som föranledde insättningen – har önskat mål uppnåtts?

Fråga aktivt efter biverkningar och dokumentera dessa, och notera att andra vanligt förekommande läkemedel i denna patientgrupp i sig kan medföra biverkningar som försämrar den unges mående (t ex aggression vid atomoxetin, aggression, trots och ilska eller nedstämdhet och suicidalitet vid SSRI).

Det finns studier på andra läkemedel än risperidon vid utagerande beteenden, men inget preparat

har i nuläget indikation för detta område i Sverige. Vid off-label förskrivning är det än mer angeläget med noggrann uppföljning och dokumentation av behandlingseffekt (i relation till specifikt problemområde) och eventuella biverkningar.

Utsättningsförsök av läkemedel som är riktade mot det utagerande beteendet bör göras. Inte sällan kan det finnas tveksamhet inför sådana utsättningsförsök, och det kan behövas ett motivationsarbete och planering. Att välja en lugnare och mindre kravfylld period (tex sommarlov) kan underlätta. Även utsättningsförsök bör noga utvärderas med avseende på just de specifika utagerandeproblemen.

Bland barn och ungdomar med utagerande-problem på denna nivå är det vanligt med bruk av alkohol och droger. Detta bör beaktas när man tar ställning till om läkemedelsförskrivning är möjlig, hur den ska genomföras och följas upp, och hur effekterna ska utvärderas. Den unges förmåga att själv ta ansvar för genomförandet av en läkemedelsbehandling kan vara begränsad, och stöd i form av daglig dosering/uthämtning, eventuellt med hjälp av föräldrar eller hälso- och sjukvården, bör övervägas. En förtroendefull och öppen dialog med såväl ungdom som förälder i dessa avseenden minskar risken för felaktig eller riskfylld användning av läkemedlet. Samverkan med socialtjänsten, t ex för urinprovskontroll parallellt med läkemedelsbehandling, är ibland nödvändig.

## Icke-göra

**Boot camps** – Träningsläger inspirerat av militär träning som i studier har visat sig öka kriminalitet och antisocialt beteendet.

**Scared straight** – Behandlingsprogram som består av besök på fängelser som skall verka avskräckande för ungdomar i risk för antisocial utveckling. Behandlingsprogrammet medför risk för ökad kriminalitet.

**Ospecificerade stödsamtal** utan interventioner riktade mot det utagerande beteendet riskerar att bli verkningslösa. Det medför risk att barn och familj tappar förtroendet för vården och minskar motivation och uthållighet.

Användning av **läkemedel med beroendepotential**, som bensodiazepiner, sömnmedel, opiatbaserade smärtstillande mm.

Långvarig läkemedelsanvändning av ett eller flera läkemedel **utan utsättningsförsök**.

## ■ UTVÄRDERING

### Utvärdering av behandlingseffekt

#### REKOMMENDATION

1. Vid alla uppföljningssamtal ska hela symtombilden och barnets/ungdomens funktionsnivå vara i fokus.

Målet för alla insatser bör vara förbättrade relationer, ökad kontroll över det egna beteendet, minskning av destruktiva och/eller riskfyllda beteenden, förbättrad känslomässig status och återgång till/bibehållande av dagliga aktiviteter som skola eller praktik. Varje behandlingsinsats eller annan intervention behöver utvärderas i relation till alla dessa områden.

#### ■ Checklista - utvärdering

Utvärderingen bör innefatta en mätning gentemot utgångsläge vad gäller:

- ✓ Relationer
- ✓ Kontroll över det egna beteendet
- ✓ Minskning av destruktiva beteenden
- ✓ Förbättrat känslomässigt status
- ✓ Återgång/bibehållande av deltagande i dagliga aktiviteter

#### REKOMMENDATION

2. Vid otillräcklig behandlingseffekt ska den tidigare utredningen och bedömningen omprövas.

En liten grupp barn och ungdomar har mer uttalade svårigheter och kommer att behöva ha långvarig och omfattande kontakt. För dessa är det vanligt att akuta kriser följs av lugnare perioder för att sedan följas av nya kriser. Det kan komma perioder då kraven på den unge ökar snabbare än vad vederbörande klarar (t ex vid stadiumövergångar i skolan), eller när händelser i omgivningen skapar stress som en mer sårbar individ inte kan hantera. För dessa barn och ungdomar, och deras familjer, är det viktigt

att tröskeln till förnyad kontakt med vården är låg. Det bör finnas en mental beredskap för att förnyad kontakt kan komma att bli aktuell, t ex genom att utforma en gemensam krisplan tillsammans med familjen och övriga vårdgivare. Samverkansmöten, uppföljning av en samordnad individuell plan (SIP) och regelbunden avstämning med barn/ungdom och dennes familj bör ske regelbundet, både vid krissituationer och under lugnare perioder. Detta arbete ska ses som själva grundförutsättningen för hela behandlings- och stödarbetet. Utgångspunkten ska vara att stödet ska vara uthålligt och långvarigt; med en sådan hållning minskar risken för nya besvikelser och upplevelser av misslyckanden.

Utebliven behandlingseffekt, eller försämring trots pågående insatser, ska leda till omprövning av tidigare bedömning, och vid behov en utvidgning av fokus för vidare utredning. Det är viktigt att inte tänka i termer av ”fel” eller ”rätt” till exempel när det gäller diagnos; man bör i stället fråga sig om man har tillräckligt mycket eller korrekt information för att göra en så fullödig bedömning av situationen och individen som möjligt, eller om det har tillkommit något som bör beaktas i behandlingsplanen. Har de insatser som planerats genomförts fullt ut? Finns områden som inte beaktats tillräckligt och som skulle kunna utgöra hinder för medverkan i och fullföljande av behandling? Har alla parter (vård, skola, socialtjänst) fullföljt sina åtaganden?

Checklistan ovan kan användas som stöd i denna kartläggning. Barn och ungdomar utvecklas, det händer saker i deras omgivning, och det kan ha funnits information om faktorer som påverkar utfallet som tidigare inte varit kända. Ett öppet och utforskande förhållningssätt utan ifrågasättande mellan professionella eller gentemot familjen ökar förutsättningarna för att familjen och den unge ska få så gott stöd som möjligt.

Det är viktigt att den unge och/eller familjen ges flera och alternativa möjligheter att delta i behandling. Om en förälder inte har fullföljt föräldraträning i grupp kanske individuell föräldraträning kan vara ett alternativ; om den unge inte medverkade i ett behandlingsförsök kanske förutsättningarna är bättre vid en senare tidpunkt. En förnyad bedömning ska avspeglas i en uppdaterad/ändrad behandlingsplan som regelbundet följs upp.



## KVALITETSINDIKATORER

### REKOMMENDATION

1. Följande parametrar bör kunna identifieras i journal och stöder vård enligt riktlinjer.

#### Utredning

- Ärftlighet
- Strukturerad diagnos
- Kartläggning av det utagerande beteendet
- Samsjuklighet
- Funktionsbedömning enligt C-GAS
- Tobak, alkohol och drogbruk
- Riskbedömning

#### Behandling

- Föräldraträning
- Individuella insatser till barnet
- Multimodal behandling
- Farmakologisk behandling
- Vårdplan som involverar alla berörda parter

#### Utvärdering kvartalsvis

- Mål och delmål
- Skattning av symtom/funktion med hjälp strukturerade skalor
- Uppföljning av riskbedömning
- Aktuellt utagerande beteende
- Aktuellt självskadebeteende och/eller suicidalt beteende
- Uppföljning av läkemedels positiva och negativa effekter
- Somatisk uppföljning (vid neuroleptika-behandling)

## Implementering

Information om utbildningar och skattningsskalor som är relevanta för detta område finns på SFBUP:s hemsida. Vissa skattningsskalor kan också återfinnas på Socialstyrelsens hemsida. Andra enheter som ger utbildning är Centrum för psykiatriforskning i Stockholm (psykiatriforskning.se) och Örebro universitet (se länkar nedan).

### Webbsidor:

Utbildning SAVRY <https://www.psykiatriforskning.se/utbildning/fortbildning/savry/>

KOMET: <http://www.kometprogrammet.se/> <http://www.forster.se/kometabc/>

COPE <http://www.svenskacope.se/>

De otroliga åren: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/de-otroliga-aren/>

Parent-child interaction therapy <http://www.pcit.org/norway.html>

Ilskkontroll- och problemlösningsträning Coping Power Program <http://www.copingpower.com/index.html>, [http://www.copingpower.com/cp\\_inatn.html](http://www.copingpower.com/cp_inatn.html)

Funktionell familjeterapi (FFT) <http://www.stiftelsenfftsverige.se/> ,

Multisystemisk terapi (MST) <http://www.mst-sverige.se/>

## Referenser

1. National Institute for Health and care Excellence (NICE). (2013, 2017). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition and management (Clinical Guideline 158) <http://nice.org.uk/guidance/cg158>

2. Jennifer W. Kaminski & Angelika H. Claussen (2017) Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Disruptive Behaviors in Children, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46:4, 477-499, DOI: 10.1080/15374416.2017.1310044 <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>

3. Michael R. McCart & Ashli J. Sheidow (2016) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45:5, 529-563, DOI: 10.1080/15374416.2016.1146990 <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2016.1146990>

4. Holly Barrett Waldron & Charles W. Turner (2008) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37:1, 238-261, DOI: 10.1080/15374410701820133 <https://doi.org/10.1080/15374410701820133>

5. Läkemedelsverket (2016): Neuroleptika vid vissa barnpsykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar (lv.se/neuroleptika)

6. Läkemedelsverket (2016): Läkemedel vid adhd (lv.se/adhd)

## Diagnos- och KVÅ-koder

Diagnosområde kod enl.	DSM-5	ICD-10
Trotssyndrom	313.81	F91.3
Uppförandestörning, debut i barndomen	312.81	F91.1
Uppförandestörning, debut i tonåren	312.82	F91.2
Uppförandestörning, ospecificerad debutålder	312.89	F91.9
Ospecificerad utagerande beteende-, impuls kontroll- och uppförandestörning	312.9	F91.8

	Utredning	KVÅ
Bedömning av individens personlighet, förekomst av neuro-psykologiska avvikelser, psykologiska begränsningar och resurser vilken grundas på observation och klinisk intervju.	Bedömningen kan syfta till att ge underlag för exempelvis beslut om psykoterapi eller annan psykologisk behandling, beslut om fördjupad utredning eller deltagande i visst pedagogiskt program. Avser bedömningar där standardiserat instrument ej används	AU002
Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	Fastställande av psykiatriska syndromdiagnoser med hjälp av vedertaget standardiserat diagnostiskt instrument. Undersökningen syftar till att fastställa diagnoser enligt ICD eller DSM. Exempel på instrument är SCID, MINI och Kiddie-SADS	AU006
Skattning av psykiska symtom	Bedömning av bl a individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner, stämningsläge och förekomst av psykiska symtom etc grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju eller motsvarande. Undersökningen syftar till att kartlägga psykiska symtom avseende förekomst, frekvens och svårighetsgrad. Tex PANSS, CPRS, BPRS, BDI, MADRS, Y-BOCS	AU011
Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	Bedömning av bl a individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner och kognitiva resursprofil grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju, test eller motsvarande. Tex WAIS, WISC, WCST	AA085

Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor	Med användning av för ändamålet avsett standardiserat instrument genomförd bedömning av patientens alkohol- och drogvänor. Exempel på instrument är AUDIT och DUDIT	AU119
Strukturerad farlighetsbedömning	Strukturerad bedömning av risken för att patienten genom våld ska komma att vara farlig för annan. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykiskt status och en, med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer, gjord värdering av risken för våld mot annan. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken	AU122

**Behandling****KVÅ**

Funktionell familjeterapi (FFT)	Manualbaserad behandling med en serie behandlingssessioner där terapeuten arbetar med hela familjen i syfte att minska patientens antisociala beteende eller missbruk	DU024
Samspelsbehandling förälder och barn	Strukturerad behandling av samspellet mellan förälder och barn	DU027
Föräldraträning utifrån manualiserad metod	Föräldraträning som sker utifrån manualiserad metod, exempelvis COPE (the community parent education program)	DU028

**Samverkan****KVÅ**

Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)	Insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 §. För uppföljning, se AW010. Utesluter XU042 Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård och AU125 Upprättande av samordnad individuell plan vid utskrivning	AU124
Anmälan enligt SoL angående barn med möjligt skyddsbehov	Anmälan till socialnämnden enligt 14 kap 1§ SoL av förhållande som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd	GD008



*Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri*

[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[info@sfbup.se](mailto:info@sfbup.se)

