

SVENSKA INSTITUTET FÖR  
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE  
FOR CBT/SCHEMATHERAPY

Funktionella neurologiska symptom hos barn,  
en litteraturstudie och intervjuer med föräldrar till barn vid  
BUP på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Åsa Norén

Legitimationsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning kognitiv beteendeterapi  
Svenska institutet för kognitiv psykoterapi  
Våren 2016

Handledare: Annika El Masri, leg läk, specialist inom barn och ungdomspsykiatri, PhD  
Examinator: Stefan Borg, leg läk, specialist inom allmänpsykiatri, docent

## **SAMMANFATTNING**

Funktionella neurologiska symptom är ett tillstånd som medför stort lidande för barnet och dess familj. Det finns i dag ingen enhetlig diagnosticering eller rekommendation gällande behandling. En litteraturstudie gjordes för att sammanfatta aktuell kunskap inom området. En kvalitativ studie gjordes för att undersöka hur föräldrarna till några barn med funktionella neurologiska symptom uppfattat vården vid BUP på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Litteraturstudien visade att tillståndet bör kategoriseras under diagnosen konversionssyndrom/funktionell neurologisk symptomstörning enligt DSM-5. Några större kontrollerade studier gällande effektiv behandling finns inte publicerade. Barnen får olika behandling beroende på var vården ges. De flesta barn tillfrisknar dock och blir helt eller delvis av med sina symptom. Tidig diagnos och behandling är tydligt korrelerat till god prognos. Samsjuklighet med ångest och depression är vanligt. De intervjuade föräldrarna önskade bland annat bättre information om tillståndet och mer samarbete med barnneurologkliniken. Det som föräldrarna upplevde som hjälpsamt var barnpsykiatrins stöd och sjukgymnastisk behandling.

Ett stort tack till er ungdomar och familjer med funktionella neurologiska symptom som jag haft förmånen att lära känna. Tack för ert förtroende.

Tack Annika för allt ditt stöd, utan dina insatser hade uppsatsen blivit något helt annat.

Tack Henrik, Filipa, Fredrik, Daniel, Gabriella och Johanna för att ni ständigt påminner mig om vad som är viktigt.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>2</b>
<b>1 INTRODUKTION</b>	<b>3</b>
1.1 Problemområde	3
1.2 Motiv till valt ämne	3
1.3 Bakgrund	4
1.4 Syfte	5
<b>2 LITTERATURSTUDIE</b>	<b>6</b>
2.1 Metod	6
2.1.1 Metodval och urvalskriterier	6
2.1.2 Litteratursökning	6
2.1.3 Analys	9
2.2 Resultat	9
2.2.1 Diagnostisering vid funktionella symptom	10
2.2.2 Incidens och klinisk presentation	10
2.2.3 Etiologi och möjliga verkningsmekanismer	12
2.2.4 Behandling och prognos	14
2.3 Diskussion	16
2.3.1 Metoddiskussion	16
2.3.2 Resultatdiskussion	17
<b>3 FÖRÄLDRASTUDIE</b>	<b>20</b>
3.1 Metod	20
3.1.1 Metodval	20
3.1.2 Undersökningsgrupp/val av respondenter	21
3.1.3 Undersökningens genomförande	22
3.1.4 Bearbetning av materialet	22
3.1.5 Etiska överväganden.	23
3.2 Resultat	23
3.2.1 Specifikt hjälpsamt	24
3.2.2 Övrigt att önska	24
3.3 Diskussion	25
<b>4 REFERENSER</b>	<b>27</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>29</b>

## **1 INTRODUKTION**

Funktionella neurologiska symptom hos ett barn betyder att barnet har neurologiska symptom som t ex svårigheter att gå eller röra vissa kroppsdelar, ändrad känsel, kramper eller svimningar där orsaken till symptomen inte är neurologiska. Barnet har således blivit noggrant utrett med olika undersökningar och provtagningar varefter man kommit fram till att det inte finns någon organisk orsak. Det går inte att hitta något fel på kroppen trots att symptomen kvarstår. Barn med funktionella neurologiska symptom remitteras oftast till barn och ungdomspsykiatri (BUP).

### **1.1 Problemområde**

I dag finns det inga riktlinjer för hur vi inom BUP i Sverige ska behandla de barn och ungdomar som kommer till oss med funktionella neurologiska symptom. Det finns ingen enhetlig diagnostisering och ingen rekommenderad behandling. Det vore av stort värde att hitta faktorer som är positiva för behandlingen av dessa patienter för att på sikt kunna utforma en evidensbaserad rekommendation gällande behandling.

### **1.2 Motiv till valt ämne**

Barn och ungdomar med funktionella neurologiska symptom träffar jag i mitt arbete på BUP vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB). Som barnpsykiater och terapeut tycker jag att dessa patienter är oerhört engagerande att arbeta med. Dessa barn har ofta ett mycket stort lidande och familjerna känner sig inte sällan frustrerade inför barnets symptom. Familjerna kan ofta vara tveksamma till att remitteras från somatisk till psykiatrisk vård. De känner sig inte hemma inom psykiatri, eftersom symptomen inte är klassiskt psykiatriska utan somatiska. Frustrationen för mig som barnpsykiater handlar om att det finns så lite kunskap sammanfattad om vilken typ av behandling som är mest effektiv. Behandlingen de får hos mig är troligtvis annorlunda från behandlingen de får på andra enheter och kanske inte ens samma som hos min kollega i rummet bredvid. Sedan har vi också de patienter som inte förbättras. Varför gör de inte det? Behöver de en annan typ av behandling?

### 1.3 Bakgrund

Enligt den diagnostiska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) klassificeras funktionella neurologiska symptom under diagnosen konversionssyndrom (bilaga 1). Även diagnoser som dissociativa symptom, psykogena neurologiska symptom, funktionella gångrubbningar, psykogena kramper, icke-epileptiska kramper och somatiseringssymptom används kliniskt för att beskriva symptomen. En förklaring till att funktionella neurologiska symptom går under så många olika diagnostiska namn kan vara svårigheten att sätta en psykiatrisk diagnos på en patient som inte uppfattar sig ha psykiska besvär. Nicholson, Stone och Kanaan (2011) uppmärksammar detta och belyser att kriteriet ”psykologiskt orsakat” vilket behöver uppfyllas enligt kriterierna för diagnosen konversionssyndrom, inte alltid är identifierbart och att kriteriet ”inte påhittade symptom” kliniskt är mycket svårbedömt. Vidare poängterar författarna att det är svårt för en psykiatrisk specialist att vid diagnostisering kunna bedöma om det gjorts en tillräckligt grundlig neurologisk utredning, vilket också ingår i kriterierna.

För vuxna med funktionella neurologiska symptom finns visst stöd för att kognitiv beteendeterapi (KBT) är en verksam behandlingsmetod enligt Hopp och LaFrance (2012). Behandlingen av barn med funktionella neurologiska symptom varierar mellan olika vårdgivare. Olika team runt om i världen arbetar på olika sätt med dessa och närliggande symptom. Dell och Campo (2011) ger en beskrivning av sitt breda arbetssätt vid somatoforma störningar hos barn, inkluderande funktionella neurologiska symptom. Familjeterapeutiskt fokus finns beskrivet i Koslowska, English, Savage och Chudleigh (2012). Griffin och Christie (2008) beskriver ett lösningsfokuserat behandlingsupplägg. En mycket styrd ”återhållen rehabilitering” finns beskrivet av Calvert och Jureidini (2003). Ofta är flera yrkeskategorier involverade i olika delar av utredning och behandling. Dessa yrkeskategorier är t ex barnläkare, barnneurolog, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, kurator, barnpsykiater och psykolog. Det är vanligt att barnen får psykologisk behandling i kombination med sjukgymnastik. På BUP vid ALB, Solna är oftast psykolog, barnpsykiater och kurator på enheten involverad liksom barnneurolog och sjukgymnast. Den psykologiska behandlingen som patienten får, styrs här framför allt av vilken kompetens och tidigare erfarenhet som de aktuella behandlarna har. Behandlingen blir således mer kognitivt beteendeinriktad hos KBT-kunnig behandlare och mer familjefokuserad hos behandlare med mer uttalad familjeterapeutisk kompetens.

## 1.4 Syfte

Uppsatsens huvudsyfte var att genom en litteraturgenomgång sammanfatta aktuell kunskap om funktionella neurologiska symptom hos barn och ungdomar. Ett andra syfte var att undersöka hur några föräldrar till patienter med funktionella neurologiska symptom som behandlats på en BUP-mottagning, hade uppfattat given behandling. Det som framkom i denna studie kan förhoppningsvis ligga till grund för utformning av mer kontrollerade studier, för att på sikt kunna utforma bästa tänkbara behandling för denna patientgrupp.

Vid litteraturgenomgång hoppades författaren kunna få svar på: Vilken typ av diagnostisering bör användas vid funktionella neurologiska symptom? Vilka etiologiska faktorer är möjliga och hur bör en utredning på bästa sätt gå till? Finns det på andra enheter riktlinjer, alternativt speciella behandlingsprogram för funktionella neurologiska symptom? Finns det evidens för att någon behandlingsmetod är verksamt vid funktionella neurologiska symptom hos barn? Är KBT verksamt?

Vid föräldrantervjuer hoppades författaren få svar på vad föräldrarna tyckte var viktigt för att deras barn skulle förbättras. Uppfattades några av de faktorer som i litteraturstudien framkom som verksamma för tillfrisknande som viktiga även för våra intervjuade föräldrar?

## 2 LITTERATURSTUDIE

### 2.1 Metod

#### 2.1.1 Metodval och urvalskriterier

För att få en aktuell kunskapsöversikt om funktionella neurologiska symptom hos barn och ungdomar genomfördes en beskrivande litteraturstudie. Inför utformningen av uppsatsens syfte gjordes en inledande litteratursökning gemensamt med bibliotekarie vid Karolinska Universitets Sjukhusets Fackbibliotek i november 2014. Vid detta tillfälle gjordes en genomgång av olika sökord inom PubMed, såsom MeSH-termer. Vid detta tillfälle gjordes även flera experimentella sökningar för att förstå vad olika relaterade sökord gav för resultat. MeSH-terminen ”conversion disorder” var den som bäst motsvarade funktionella neurologiska symptom.

Utgångspunkten vid urvalet av artiklar var att innehållet skulle beröra funktionella neurologiska symptom, såsom konversionssyndrom hos barn och psykiatri/psykologi i enlighet med uppsatsens syfte. Många artiklar valdes bort då artikeln enbart fokuserade på neurologisk diagnosticering och utredning. Många artiklar valdes också bort då de trots ovanstående begränsningar vid sökningen, ändå beskrev diagnosen hos vuxna.

Ett krav var också att artiklarna skulle vara peer-reviewed och att de skulle vara författade på svenska eller engelska. Studierna skulle omfatta undersökningar av grupper av barn och fallrapporter av enstaka barn exkluderades. Sökningarna begränsades till att främst fokusera på artiklar publicerade de senaste åren.

#### 2.1.2 Litteratursökning

Sökningar i PubMed gjordes under april-juni månad 2015. En sökning med sökorden ”conversion disorder” and ”psychotherapy” gjordes med filter inställt på Humans och Child: birth -18years, English, från år 1995 till 2015 gav 59 artiklar. Av dessa var det 28 stycken artiklar som enligt titeln på något vis hade anknytning till funktionella neurologiska symptom hos barn. Abstract till dessa artiklar genomlästes med fokus på uppsatsens frågeställning

varefter 14 artiklar lästes i sin helhet. 1 artikel valdes till uppsatsen.

Sökning i PubMed med enbart sökordet ”conversion disorder” och med filter enligt ovan gav 516 träffar. Filtret ändrades då till att enbart ta med artiklar från de senaste 10 åren vilket gav 297 träffar. När sökningen begränsades till att enbart ta med artiklar de senaste 5 åren blev resultatet 164 träffar. Bland dessa titlar fanns 14 artiklar vars abstract genomlästes då de var relevanta för frågeställningen. Av dessa granskades sedan 8 artiklar i sin helhet. 3 artiklar valdes till uppsatsen.

En sökning i PsycINFO gjordes tillsammans med bibliotekarie på Karolinska Universitetssjukhusets fackbibliotek i maj 2015. Sökning på ”conversion disorder” expanderat, med filter barn 0-17 år och år från 1995 gav totalt 47 artiklar. Av dessa var 13 stycken nya artiklar relaterade till ämnet, varför abstract till dessa genomlästes. 9 artiklar granskades sedan i sin helhet. 3 artiklar inkluderades i uppsatsen.

En sekundärsökning gjordes genom personsökning på författaren Kasia Kozłowska, då det uppmärksammades att hon skrivit upprepade artiklar i ämnet. Sökningen resulterade i 28 träffar, där 5 stycken var nya artiklar relevanta för frågeställningen. Abstract till dessa genomlästes, varefter 3 artiklar granskades i sin helhet. En av dessa artiklar inkluderades i uppsatsen. En sekundärsökning genom så kallad kedjesökning gjordes också där referenserna till artiklarna gav ytterligare referenser till sammanlagt 24 artiklar. Dessa genomlästes i sin helhet och 6 artiklar valdes till uppsatsen.

Två intressanta artiklar i referenser från ovanstående PubMed sökning gick inte att hitta varken i PubMed eller på PsycINFO. Dessa artiklar gick istället att finna på Google Scholar. De granskades i sin helhet. Ingen valdes till uppsatsen.

Sammanlagt genomlästes totalt 60 artiklar i sin helhet. Artiklarna var alla relevanta för frågeställningen. De allra flesta av dessa artiklar var dock sammanfattningar av hur vissa kliniker arbetar eller enstaka fallbeskrivningar. 15 av artiklarna innehöll någon typ av studie av funktionella neurologiska symptom hos barn. En av dessa artiklar bedömdes ha alltför låg kvalitet då det inte gick att följa hur författaren kommit fram till sina siffror. Detta understöddes av att artikeln inte fanns upptagen i PubMed eller PsycINFO utan istället hittades på Google Scholar. Denna artikel inkluderades inte. En annan artikel innehöll fallstudier av få barn varför den inte inkluderades. Kvarvarande 13 artiklar valdes till



litteraturstudien. 1 ytterligare artikel innehöll en sammanfattning av flera olika observationsstudier, denna valdes också till litteraturstudien (se tabell 1). Till bakgrunden valdes utöver ovanstående ytterligare 6 artiklar som belyste och beskrev faktorer som sammanfattades i introduktionen trots att de inte innehöll någon faktisk studie.

*Tabell 1 Databas sökning*

Databas	Sökord	Begrän- ningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
PubMed 150422	Psychotherapy and Conversion Disorder	Ålder 0-18 år, Årtal 1995-2015 Språk engelska	59	28	14	1
PubMed 150422	Conversion Disorder	Ålder 0-18 år, Årtal 1995-2015 Språk engelska	516	-	-	-
PubMed 150422	Conversion Disorder	Ålder 0-18 år, Årtal 2005-2015 Språk engelska	297	-	-	-
PubMed 150422	Conversion Disorder	Ålder 0-18 år, Årtal 2010-2015 Språk engelska	164	14	8	3
PubMed 150605	K Kozlowska	Ålder 0-18år	28	5	3	1
PsycInfo 150529	Conversion Disorder	Ålder 0-18 år, Språk engelska	47	13	9	3
PubMed 150422- 150609	Kedjesökning	-	-	-	24	6
Google Scholar 150529	Kedjesökning	-	-	-	2	0

### 2.1.3 Analys

Artiklarna genömlästes noggrant var och en för sig flertalet gånger och innehållet sammanfattades kortfattat. Artiklarna analyserades sedan enligt Fribergs ("Dags för uppsats, 2012") metod för dataanalys vid litteraturstudie. Artiklarnas frågeställning noterades således först. Det noterades vilka teoretiska utgångspunkter som fanns beskrivna. Det noterades hur väl personerna som studerades var beskrivna och hur många de var. Det noterades hur olika faktorer beskrevs och vilka instrument som användes. Resultaten och artikelförfattarens slutsatser granskades. Artiklarna jämfördes därefter med varandra och likheter och skillnader noterades gällande ovanstående. Olika teman noterades och benämndes i enlighet med uppsatsens syfte. Granskning av artiklarnas olika beviskraft noterades i enlighet med Fribergs (2012) modell för analys av artiklar där studiens storlek och eventuell randomisering bland annat noterades.

## 2.2 Resultat

Flera artiklar innehöll studier med matchade kontroller och flera var kvantitativt beskrivande studier av olika storlek. Ingen randomiserad kontrollerad studie, som har det högsta bevisvärdet, noterades. Artiklarnas innehåll grupperades i olika teman i enlighet med uppsatsens syfte.

*Tabell 2 Litteraturstudiens tema*

Tema 1	Diagnostisering vid funktionella neurologiska symptom
Tema 2	Incidens och klinisk presentation
Tema 3	Etiologiska faktorer och tänkbara verkningsmekanismer
Tema 4	Behandling och prognos

För sammanfattande översikt gällande artiklarna, se bilaga 2.

### **2.2.1 Diagnostisering vid funktionella symptom**

Svårigheterna med diagnostisering tas upp av Gooch et al (1997) och De Gusmao et al (2014). I båda dessa artiklar framhävs att en diagnos som beskriver patientens fungerande utan att uppge specifik etiologi är den mest användbara. Här används funktionella gångrubbningar eller funktionella neurologiska symptom som exempel. Att använda diagnosen konversionssyndrom eller somatiseringssyndrom uppfattas av dessa författare som svårt då en psykologisk orsak ofta är svår för familjerna att acceptera. De Gusmao et al (2014) menar att man inte heller bör kalla symptomen för dissociativa eftersom man då syftar på en mekanism som inte är vetenskapligt bevisad. Att kalla symptomen ”medicinskt oförklarliga” är inte heller lämpligt menar samma författare, eftersom syftningen då blir att utredningen kanske bör fortgå.

Kozłowska, författare till sammanlagt sex olika artiklar i denna kunskapsöversikt, använder alltid diagnosen konversionssyndrom enligt kriterierna i DSM-IV liksom Ani et al (2013) och Pehlivan Türk et al (2002). Ingen av dessa författare problematiserar gällande användande av diagnosen. I kommande del av uppsatsen används den term som författarna själv använt i sin studie.

De Gusmao et al (2014) noterar dock att man i den nya DSM-5-manualen har tagit hänsyn till ovanstående svårigheter. Här har diagnosen fått ett dubbelnamn; Konversionssyndrom (Funktionell neurologisk symptomstörning). Kriterierna för diagnosen har även ändrats något för att ta hänsyn till att psykologisk orsak till symptom inte alltid går att fastställa (se bilaga 3).

### **2.2.2 Incidens och klinisk presentation**

Kozłowska et al (2007) uppger i sin kohortstudie en incidens av 2,3 – 4,2 barn med konversionssyndrom per 100 000 invånare. I studien uppmanades kliniker i hela Australien att rapportera barn med diagnosen konversionssyndrom under två års tid. Totalt inkluderades 194 barn. Ani et al (2013) noterade något lägre siffror 1,3/100 000 invånare i sin kohort av 204 barn med diagnosen konversionssyndrom i Storbritannien och Irland. Denna lägre incidens

kan enligt författarna bero på att man i studien inte tog med symptom som gick över inom 7 dagar och att man hade en möjlig underrapportering då färre kliniker här återkom med svarsrapporter jämfört med Kozłowska et al (2007). Medelålder för insjuknande var ca 12 år i båda dessa studier. Ani et al (2013) kunde också visa att incidensen ökar med stigande ålder och att fall fanns rapporterade från 7 års ålder. I samma studie noterades att 75 % av patienterna med konversionssyndrom var flickor, vilket även noterades i Schwingenschub et al (2008). Kozłowska et al (2007) uppgav att 71 % av patienterna var flickor.

Enligt de stora studierna Ani et al (2013) och Kozłowska et al (2007) insjuknade barnen ofta med mer än ett kroppsligt symptom samtidigt. Vanligast var gångsvårigheter och andra motoriska svårigheter. Även abnormt rörelsemönster och icke-epileptiska anfall var vanligt, liksom sensorisk påverkan, smärta och trötthet. Tid från symptom till diagnos varierade här mellan en vecka och sex månader. Patienterna hade många besök inom vården, var ofta inlagda på vårdavdelning under någon period och hade ofta hög skolfrånvaro. Pehlivanlıturk och Unal (2002) fann i en studie av 40 barn med konversionssyndrom i Turkiet att fördelningen av olika konversionssyndrom var annorlunda jämfört med studierna i västvärlden. Här var icke-epileptiska kramper vanligast följt av motoriska och sensoriska symptom. Endast 3 % av patienterna i denna studie hade flera kroppsliga symptom.

Ani et al (2013) fann att 22 % av barnen hade en psykiatrisk diagnos innan insjuknandet. De diagnoser som oftast fanns rapporterade var ångest och depression. De psykiatriska diagnoser som noterades föreligga samtidigt med konversionssyndrom var också ångest och depression, där ångest var vanligast. I denna studie konstaterades även att skolvägran var mycket vanligt. Vid ett-årsuppföljningen i denna studie hade 25 % av barnen fått ytterligare en psykiatrisk diagnos. Liknande siffror innan insjuknande noterades av De Gusmao et al (2014).

Kozłowska et al (2007) fann dock att 42 % hade en tidigare psykiatrisk diagnos. I denna studie separerades emellertid inte tidigare och aktuell psykiatrisk sjukdom, vilket kan vara en förklaring till skillnaden.

Gällande eventuell samsjuklighet med neuropsykiatriska diagnoser noterade Ani et al (2013) att 1,6 % av barnen med konversionssyndrom hade en diagnos inom autismspektrum och 0,5 % diagnosen ADHD när de inkluderades i studien. Även Ferrara et al (2008) noterade en förekomst av neuropsykiatriska diagnoser i sin studie av 54 barn med psykogena rörelserubbningar. I denna studie hade 9 % av barnen ADHD och mindre än 4 % hade

inlärningssvårigheter innan insjuknandet. Över 30 % av barnen i denna studie kategoriserades dock som mycket högpresterande kognitivt. Kozłowska et al (2007) uppgav inga siffror gällande eventuell förekomst av neuropsykiatriska diagnoser, då man inte specifikt frågat efter dessa diagnoser i denna studie.

Samtidig neurologisk sjukdom finns inte tydligt studerat i de stora studierna Ani et al (2013) och Kozłowska et al (2007). Hos Ani et al (2013) rapporteras däremot att hälften av barnen hade kontakt med sjukvården för olika kroppsliga symptom året innan insjuknande i konversionssyndrom. Här grupperas symptomen efter vad man sökt för, t ex neurologiska besvär, buksmärter, kramper, men eventuella diagnoser har inte registrerats. Kozłowska, Palmer, Brown, Scher, Chudleigh, Davie et al. (2015) noterade att 9,5 % av de 57 studerade barnen hade en samtidig neurologisk diagnos. Plioplys et al. (2014) studerade 55 barn med psykogena icke-epileptiska kramper, där deras syskon fungerade som kontrollgrupp. Här noterades att barnen med konversionssyndrom hade signifikant mer samsjuklighet än sina syskon gällande sjukdomar i allmänhet, neurologiska sjukdomar och psykiatriska sjukdomar.

### **2.2.3 Etiologi och möjliga verkningsmekanismer**

Ani et al (2013) rapporterar i sin studie att 81 % av individerna upplevde någon form av stressande händelse innan insjuknandet och att 2,7 % av barnen uppfyllde kriterierna för Posttraumatisk Stresssyndrom (PTSD). Den vanligaste stressande händelsen var här mobbning (24 %), men även föräldrars separation (19 %), förlust av närstående (17 %), sjukhusinläggning av familjemedlem (12 %) och misshandel (7 %) finns rapporterade. Liknande uppgifter om stressande faktorer rapporteras av De Gusmao et al (2014) där påfrestningar gällande skolan rapporterades i nästan 50 %. Samma höga siffra rapporterades för påfrestningar inom familjen i samma studie. Schwingenschub et al (2008) noterade att hos 40 % av barnen rapporterades ett mindre kroppsligt trauma, såsom t ex fallskada i anslutning till insjuknandet. I studien av Kozłowska et al (2007) noterades påfrestande livshändelser innan insjuknandet hos 62 % av barnen. Vanligast i denna studie var separation/förlust av nära anhörig (34 %). I denna studie noterades också stressorer i form av konflikter/våld i familjen (20 %), skolsvårigheter (14 %) och nyligen genomgången kroppslig sjukdom (8 %). I samma studie rapporterades också att 4 % av barnen utsatts för sexuella övergrepp. Kozłowska, Palmer, Brown, Scher, Chudleigh, Davies et al. (2015) redovisar att ca 9 % av

barnen utsatts för sexuella övergrepp och ca 5 % för misshandel. Ferrara, & Jankovic (2008) rapporterar att 6 % av barnen med diagnosen psykogena rörelserubbningar utsatts för sexuella övergrepp. I studier som t ex De Gusmao et al. (2014) eller Pehlivan Türk och Unal (2002) finns inga rapporter om sexuella övergrepp.

Plioplys et al (2014) visade i sin studie av barn med icke-epileptiska kramper att de hade en högre ångestkänslighet än kontrollgruppen, som utgjordes av barnens syskon. Barnen med funktionella kramper vände sig också i mindre utsträckning till vuxna i omgivningen för att få hjälp vid känslomässiga svårigheter och de hade genomgått fler negativa livshändelser. Inga skillnader noterades mellan grupperna gällande kognitiva faktorer.

Kozłowska, Brown, Palmer och Williams (2013) studerade 57 barn med konversionssyndrom vilka jämfördes med matchade kontroller. Här noteras att barnen med konversionssyndrom reagerade snabbare på bilder av ansikten som uttryckte ledsenhet och långsammare på ansikten som uttryckte glädje jämfört med kontrollgruppen. Detta skulle enligt författaren kunna tyda på en förhöjd vakenhet, så kallad arousal, hos individer med konversionssymptom.

Ett ökat påslag av det sympatiska nervsystemet hos barn med konversionssyndrom jämfört med matchade kontroller visades i studien av Kozłowska, Palmer, Brown, McLean, Scher, Gevirtz et al (2015). Studien baseras på 57 barn, samma kohort som ovan. En ökad hjärtfrekvens och minskad hjärtfrekvensvariabilitet hos barnen med konversionssyndrom noterades, liksom att barnen med konversionssyndrom reagerade med mindre flexibilitet i sitt autonoma nervsystem vid olika interventioner. Detta tolkade artikelförfattarna som ett möjligt tecken på att barnens autonoma nervsystem redan var uppreglerat och därför inte på ett funktionellt sett kunde reagera som det skulle vid stressande situationer. Dessa resultat var inte korrelerade till känslomässig påfrestning hos de studerade barnen. Den subgrupp av barn med konversionssyndrom som hade svimning som ett av sina symptom hade ytterligare försämrad autonom flexibilitet. Hjärtfrekvens, hjärtfrekvensvariabilitet och andning var här tydligt påverkade, vilket man relaterade till påverkad halt av syre och koldioxid i blodet. En ytterligare ytterst liten påverkan hos en individ med detta tillstånd skulle kunna ge kraftig påverkan på hjärtfrekvens och då eventuellt minskat blodflöde till hjärnan. Ovanstående presenteras av artikelförfattarna som en möjlig orsak till funktionella anfall/svimningar.

Kognitiv funktion hos barn med konversionssyndrom har studerats av Kozłowska, Palmer,

Brown, Scher, Chudleigh, Davies et al. (2015). Studien genomfördes i samma grupp som ovan. Barnen med konversionssyndrom uppvisade sämre förmåga gällande uppmärksamhet, exekutiva funktioner och minne jämfört med matchade kontroller. Det förelåg ingen skillnad mellan de två grupperna gällande uppskattad intelligenskvot. Det fanns ingen korrelation mellan kognitiv funktion och upplevd känslomässig påfrestning. Inga noteringar gällande kognitiva eller exekutiva svårigheter fanns innan insjuknandet.

Anknytningsmönster och utveckling av konversionssyndrom har studerats av Kozłowska och Williams (2009). Studien innefattar 28 barn med konversionssyndrom och visar att dessa barn oftare har vissa specifika typer av anknytningsmönster baserat på bedömning enligt Dynamic-Maturation Model (DMM), Crittenden (2002). Enligt DMM kategoriseras barnens emotionella svar på stress i tre större grupper: Typ A - Undvikande anknytning, Typ B - Trygg anknytning och Typ C - Ambivalent anknytning. Det finns också inom grupperna flera olika subgrupper av anknytningsmönster. I studien fann man att barnen med konversionssyndrom ofta hade en undvikande anknytning där de tryckt ned kroppsliga och känslomässiga behov, eller ett ambivalent anknytningsmönster där barnen med sina kroppsliga symptom uppfattades söka mer omsorg från sin anknytningsperson. En grupp barn växlade även mellan dessa två anknytningsmönster. Resultaten bekräftades i Kozłowska, Scher och Williams (2011) studie där man jämförde 76 barn med konversionssyndrom med matchade kontroller. Av barnen med konversionssyndrom använde här 57 % en undvikande anknytningsstrategi, 34 % en ambivalent anknytningsstrategi och 9 % alternerade mellan undvikande och ambivalent anknytning. I kontrollgruppen använde sig de allra flesta barnen av en trygg anknytningsstrategi. I studien noterades också att undvikande anknytning var kopplat till vissa specifika kroppsliga symptom såsom diskreta känselbortfall, tremor och tics. Ambivalent anknytning var associerat till onormal gång och annorlunda kroppshållning, medan icke-epileptiska kramper fanns som symptom hos båda grupperna.

#### **2.2.4 Behandling och prognos**

I studien av Ani et al (2013) erhöll barnen många olika behandlingsinsatser; psykoedukation, stödkontakt, ångesthantering såsom t ex avslappningstekniker, familjeterapi och kognitiv beteendeterapi. Uppföljning efter ett års tid visade att 75-100% av barnen var förbättrade.

Pehlivanrk och Unal (2002) fann i sin studie av 40 barn att 85 % av barnen var helt tillfrisknade vid uppföljningen efter 4 r. God prognos var tydligt relaterat till tidig diagnos, där de som fick diagnos inom en månad efter symptomdebut tillfrisknade snabbare än vriga. Patienter med tidig diagnos enligt ovan, tillfrisknade i genomsnitt efter drygt 3 månader medan patienter med sen diagnos tillfrisknade efter drygt 10 månader. Det noterades också att de barn som hade symptom relaterade till diagnosen uppfrndestrning hade en sämre prognos för tillfrisknande, där endast 27 % var friska vid uppföljningen. Den behandling patienterna fick sammanfattades som; psykoedukation, minskande av onödig oro, uppmuntrande av att hitta utlösande/vidmakthållande faktorer, ångesthantering, behandling av sekundrvinster, uppmuntran att uttrycka känslor verbalt och minskande av att uttrycka känslor med kroppen. Integrativa arbetssätt användes, där hela familjen involverades. 55 % av barnen fick medicinering på psykiatrisk indikation. Samarbetet mellan den barnmedicinska kliniken och den barnpsykiatriska kliniken beskrevs som en viktig faktor i barnens rehabilitering.

Koslowska beskriver i sin senaste artikel Kozlowska, Palmer, Brown, McLean, Scher, Gevirtz et al (2015) att man på hennes klinik nu lagt till interventioner utifrån de resultat som studien visar. De lär därför ut stresshanterande/ångest reducerande tekniker genom andningsövningar, normalisering av sömn och biofeedback i tillägg till tidigare behandlingsprogram. Någon utvärdering av detta finns dock inte med i artikeln.

Schwingenschub et al (2008) studerade effekten av kognitiv och beteendefokuserad behandling. Studien omfattade 15 barn och den visade frbttade symptom hos de flesta av dessa. I denna retrospektivt utformade studie fann man också att tiden till diagnos och behandling föreföll vara en mycket viktig prognostisk faktor. Ju snabbare barnet fick diagnos och behandling desto större chans till tillfrisknande. Tiden mellan symptomdebut och diagnos varierade i studien mellan 2 veckor och 5 r. Samtliga barn som endast haft symptom i mindre än en månad innan diagnos tillfrisknade. De patienter som tillfrisknade helt skilde sig inte signifikant från övriga gällande ålder, komorbiditet, stressande faktorer, utlösande faktorer eller behandling fr vrigt. I denna studie fanns dessutom en negativ korrelation till antidepressiv behandling, där ingen av de tre barnen med antidepressiv behandling helt tillfrisknade. Beteendefokuserad intensiv behandling med positiv förstärkning genom belöningssystem och mycket sjukgymnastik under inneliggande vård visade också positiva resultat enligt en studie av Gooch, Wolcott och Speed (1997). Denna studie innefattade 8



patienter där alla tillfrisknade.

FitzGerald, Southby, Haines, Hough och Skinner (2015) beskriver i sin översiktsartikel en genomgång av tolv mindre observationsstudier gällande effekten av sjukgymnastik. Sammanfattningsvis konstateras här att det inte går att dra slutsatsen att sjukgymnastik är effektivt för barn med konversionssyndrom eftersom gjorda studier är alltför begränsade och av alltför låg kvalitet.

## **2.3 Diskussion**

### **2.3.1 Metoddiskussion**

Urvalet att enbart inkludera artiklar innehållande studier gjorde att många intressanta beskrivande artiklar inte togs med i litteraturstudien. Att enbart artiklar med studier togs med begränsade dock risken för att valet av artiklar blev alltför subjektivt.

En större tyngd har lagts på de resultat som visas i Ani et al (2013) och Kozłowska (2007), eftersom dessa studier baseras på ett större antal deltagare än övriga.

Kozłowska stod som huvudförfattare till 6 av de 14 artiklar som användes i litteratur studien. Det hade varit bättre att ha en större spridning med fler artiklar från olika författare, men det bedömdes ändå inte rimligt att avstå från att ta med de välgjorda studier som relaterade till ämnet enbart för att de var skrivna av samma författare. Det bör dock nämnas att Kasia Kozłowska skrivit sammanlagt 28 artiklar relevanta för ämnet där flera således inte togs med eftersom de inte innehöll någon studie alternativt inte var av tillräckligt god kvalitet. Tre artiklar baserades på olika studier av samma kohort; Kozłowska, Brown, Palmer och Williams (2013), Kozłowska, Palmer, Brown, Scher, Chudleigh, Davies et al. (2015) och Kozłowska, Palmer, Brown, McLean, Scher, Gevirtz et al (2015). Eventuella slutsatser som är gemensamma för dessa tre studier kan således vara typiskt för en specifik grupp barn med konversionssyndrom och inte för tre från varandra skilda grupper av barn.

En av de artiklar som inkluderades, FitzGerald et al (2015) var en sammanfattning av gjorda observationsstudier. En risk här är att resultatet helt baseras på hur artikelförfattarna granskat

och förstått de studerade artiklarna, då ursprungsartiklarna inte granskats separat. Beslut att inte granska de ursprungliga artiklarna separat togs då studierna endast berörde sjukgymnastisk behandling vid konversionssyndrom, vilket inte var uppsatsens huvudsakliga syfte.

En svaghet med studien är att i den absolut bredaste sökningen med enbart sökord ”conversion disorder” granskades enbart artiklar från de senaste 5 åren. Detta gjordes då mängden artiklar med samma sökord och längre tidsintervall blev alltför stort för att kunna granskas i denna uppsats. Risken finns således att någon för uppsatsen intressant studie missades. Förhoppningsvis minskade risken för detta genom de andra förhållandevis breda sökningarna och genom sekundärsökningar.

Att så många fler artiklar genomlästes än de som kom att ingå i studien bedömdes inte som bortkastad tid utan som viktigt. Förståelsen för tillståndet och hur de olika beskrivna komponenterna kan värderas ökade härmed och var till stor hjälp under uppsatsens arbete.

### **2.3.2 Resultatdiskussion**

I denna kunskapsöversikt finns endast några få studier representerade gällande behandling av funktionella neurologiska symptom hos barn. Aktuella publikationer av olika behandlingsinterventioner tycks istället oftast vara baserade på klinisk erfarenhet. Många team beskriver hur de arbetar, men har inte gjort några uppföljande studier. Hur kommer det sig att det finns så få artiklar där man studerat etiologiska faktorer, utredning och behandling? Kanske för att diagnostiseringen på många kliniker är otydlig? Kanske också för att dessa barn har symptom som hör hemma både inom psykiatrisk och somatisk vård? Psykiatriker är inte vana vid att sätta en psykiatrisk diagnos delvis utifrån kroppsliga symptom. Att värdera hur de kroppsliga symptomen förändras med psykologisk behandling är inte heller det traditionella sättet att mäta lyckad psykologisk eller psykiatrisk behandling. Förhoppningsvis kan den nya diagnostiseringen i och med DSM-5 göra att vi får en mer enhetlig diagnossättning. Detta borde på många sätt möjliggöra bättre studier och utvärdering av behandling för tillståndet framöver.

Att snabbt kunna sätta diagnosen funktionella neurologiska symptom och därmed snabbt

kunna sätta in behandling blir som nämnts i flera studier oerhört viktigt för en god prognos. Att den tidiga kliniska bedömningen då oftast är rättvisande som noterades i artikel De Gusmao et al (2014) blir här viktigt. Samtidigt är det självklart att utredningen måste vara gjord på bästa möjliga sätt. Förhoppningsvis kan utredningen mer och mer komma att fokusera på positiva fynd som tyder på funktionell neurologisk symptom istället för avsaknad av fynd för organisk sjukdom.

Screening för och diagnostisering av samtidig ångest och depression är viktigt eftersom upptäckt depression och ångest är mycket vanligt och viktigt att behandla vid funktionella neurologiska symptom. Det blir samtidigt viktigt att inte enbart använda en diagnos så som ångest eller depression som psykiatrisk diagnos utan istället se dessa diagnoser som tillägg till DSM-5-diagnosen konversionssyndrom/funktionella neurologiska symptom, som blir huvuddiagnos. Kliniskt har detta inte varit praxis vilket avsevärt har försvårat all typ av uppföljning och utvärdering av konversionssyndrom. Att det är vanligt med ångest och depression hos dessa barn blir en logisk följd efter genomläsning av studien av Kozłowska, Palmer, Brown, McLean, Scher, Gevirtz et al (2015). Efter att denna studie visat ett tydligt påslag på det autonoma nervsystemet förefaller en generell fokusering på nedreglering av barnets arousal på alla verk samma sätt vara oerhört viktigt. Interventioner som kan agera på olika nivåer t ex genom direkt fokus på autonoma nervsystemet eller genom att fokusera på stressande biologiska, psykologiska, sociala och relationella faktorer blir självklart viktiga.

Hur kan man tänka om de studier av funktionella neurologiska symptom, som visar att endast ett fåtal barn varit utsatta för övergrepp? Är det få barn i den här gruppen som faktiskt har utsatts för ett psykologiskt trauma eller har man inte frågat tillräckligt bra? I vissa studier så som i Pehlivanlıturk och Unal (2002) konstateras att man inte ställt traumaspecifika frågor. I flera studier har man haft vissa frågor om trauma, men samtidigt noterat att frågorna sällan ställts på ett sådant sätt eller i en sådan miljö som uppmuntrar en hög svarsfrekvens såsom hos De Gusmao et al (2014). I vissa större studier som t ex Ani et al (2013) och Kozłowska et al (2007) hittar man inte någon hög frekvens av trauma och i dessa studier har man i övrigt på många sätt kunnat inhämta känslig information om stressande faktorer. Detta skulle tala för en faktiskt låg frekvens. Detta skiljer sig i sådana fall från vuxenpopulationen med funktionella neurologiska symptom, där psykologiskt trauma såsom sexuella övergrepp, fysisk eller psykisk misshandel i barndomen finns i ökad utsträckning enligt Roelofs et al (2002). Sammantaget talar detta för att screening gällande eventuellt trauma, fortsätter att vara viktigt.

Önskemålet gällande framtida studier blir självklart att frågor skriftligt och muntligt specifikt gällande trauma alltid bör ställas till barn och till föräldrar till barn med funktionella neurologiska symptom för bättre bedömning.

Det är viktigt att vara medveten om att barnen fungerar kognitivt sämre med brister i exekutiva funktioner vid konversionssyndrom, så som visats i studien av Kozłowska, Palmer, Brown, Scher, Chudleigh, Davies et al. (2015). Innan barnen tillfrisknat bör tas i beaktande att en neuropsykiatrisk testning när patienten fortfarande är sjuk troligtvis inte blir helt rättvisande. Hur den kognitiva påverkan förändras vid förändrade symptom och tillfrisknande blir spännande att följa i framtida studier.

Det finns flera olika tänkbara faktorer som kan bidra till att ett barn insjuknar med funktionella neurologiska symptom. Med ökade möjligheter att undersöka hur hjärnan och resten av kroppen är aktiverad vid olika tillstånd ökar förhoppningsvis även förståelsen för vad som händer vid funktionella neurologiska symptom. I funktionella neuroimaginära studier har det vid psykogena rörelserubbningar hos vuxna noterats abnormitet inom vissa delar av hjärnan, bland annat prefrontalt enligt Metha, Rowe and Schrag (2013). Kommande neuroimaginära studier kan förhoppningsvis öka vår kunskap om mekanismen vid funktionella symptom och även eventuellt möjliggöra interventioner framöver. Vetskapen om att vi i dag ännu inte helt och fullt förstår vad som orsakar symptomen leder förhoppningsvis till en öppen och ödmjuk inställning vid omhändertagandet av dessa patienter.

Det finns på många håll engagerade kunniga kliniker som arbetar med dessa patienter med gott resultat. Fler studier gällande verksam behandling är nödvändigt. Om KBT är verksamt som behandlingsmetod går inte tydligt att utvärdera även om Gooch et al (1997) och Schwingenschub et al (2008) beskriver förbättrade symptom hos sina patienter. Kunskapen om tillståndet och behandlingen ökar dock hela tiden och fler studier med utvärdering och uppföljning av behandling är att vänta.

### 3 FÖRÄLDRASTUDIE

För att undersöka hur några föräldrar till barn med funktionella neurologiska symptom uppfattat vården, gjordes en mindre kvalitativ studie vid BUP-mottagningen på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna. Frågorna till föräldrarna baserades till stor del på den information som framkommit i litteraturstudien.

#### 3.1 Metod

##### 3.1.1 Metodval

En kvalitativ studie bedömdes lämplig för att på bästa sätt detaljerat och nyanserat kunna ta del av de intervjuades personliga upplevelser. För att utveckla en förståelse för hur de intervjuade tyckte och tänkte bedömdes kvalitativ metod med utförliga intervjuer med ett fåtal respondenter passande. En kvantitativ studie vid enheten bedömdes inte heller möjlig att genomföra på grund av svårigheter att inkludera tillräckligt många personer, då diagnostiserandet i dag är mycket otillfredsställande.

Tematisering är en typ av kvalitativ analys där man noterar gemensamma teman i respondenternas svar. Dessa teman kan vara bestämda i förväg så kallad deduktiv tematisk analys eller utarbetas utifrån det insamlade materialet så kallad induktiv tematisk analys. (Langemar 2008). I denna studie kombinerades dessa två tematiska analyser. Frågorna som ställdes i frågeformuläret var formulerade utifrån några tänkta teman som framkommit vid litteraturstudien. Dock skedde merparten av tematiseringen med induktiv analys då de svar som respondenterna rapporterade fick styra vilka de slutgiltiga temana blev.

Ett frågeformulär sammanställdes med både flervalsfrågor och öppna frågor (bilaga 4). Formuläret baserades på de faktorer som framkommit som intressanta vid litteraturgenomgången och frågor utifrån uppsatsens syfte. Att föräldrarna fick fylla i frågeformuläret skriftligt bedömdes viktigt för att få deras egen upplevelse nedskrivet helt med egna ord. Den skriftliga sammanfattningen, i egen takt, gjorde också förhoppningsvis att föräldrarna på egen hand komprimerade sina svar till att troligtvis innehålla essensen av vad de ville säga.

En efterföljande telefonintervju bedömdes viktig för att minska risken för eventuella missförstånd. I samband med telefonintervjun fick föräldrarna även svara på ytterligare bakgrundsfrågor framförallt gällande kroppsliga symptom (bilaga 5). Dessa frågor skickades inte ut i förväg eftersom uppsatsförfattaren då befarade att fokus av intervjun skulle hamna på de kroppsliga symptomen samt att det skulle bli ett alltför omfattande frågeformulär att fylla i.

### **3.1.2 Undersökningsgrupp/val av respondenter**

De intervjuade var samtliga föräldrar till tre barn som tidigare behandlats på BUPs Konsultenhet vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna, för funktionella neurologiska symptom. Föräldrarna fyllde i frågeformulär och intervjuades enskilt utan någon bindning till den andra föräldern. Tre mammor och en pappa deltog i studien. De pappor som inte deltog i studien trots att barnets mamma deltog svarade inte på telefonsamtal trots upprepade meddelanden. Enligt mammorna fanns olika orsaker till detta bland annat att de inte deltagit överhuvudtaget i barnets vård eller att allvarlig egen sjukdom förelåg. Samtliga föräldrar där kontakt etablerades telefonledes uppgav att de ville delta i studien. En mamma skickade dock aldrig in sina svar och gick inte heller fortsättningsvis att få kontakt med. Denna förälder deltog därför inte i studien. Det fanns ytterligare två familjer som uppsatsförfattaren försökte kontakta. Detta lyckades inte trots upprepade försök med hjälp av de kontaktuppgifter som fanns på mottagningen. Uppsatsförfattaren hade inte tidigare varit i kontakt med de intervjuade familjerna och inte varit involverad i tidigare behandling.

Barnen till de intervjuade var samtliga flickor. Åldern vid insjuknandet var mellan 11 och 15 år. De hade alla haft många sjukhusbesök och varit vårdade på barnsjukhus för sina kroppsliga symptom. De hade alla varit hemma från skolan på heltid i flera månader på grund av sina symptom. När de var som sjukast så hade alla barnen så allvarliga symptom att de inte kunde gå, utan tog sig fram med hjälp av gånghjälpmedel såsom t ex rullstol under någon period. Flera av barnen hade kramper, frånvaroattacker och ändrad känsel. Ingen av barnen hade någon organisk neurologisk sjukdom eller annan känd kroppslig sjukdom. Alla utom ett barn hade vid tiden för intervjun återhämtat sig och levde nu ett förhållandevis normalt liv.

### **3.1.3 Undersökningens genomförande**

Kollegor på min arbetsplats, BUP vid ALB Solna, tillfrågades om personuppgifter till patienter som de haft i behandling för funktionella neurologiska symptom. Därefter kontrollerades i journalen att patienten hade haft symptom i enlighet med ovanstående och att behandlingen var avslutad på mottagningen. Föräldrarna kontaktades därefter telefonledes. De informerades om studien och erbjöds att svara på frågor i frågeformulär skriftligt samt gå igenom sina svar vid en senare telefonintervju. Tid för telefonintervju bokades direkt när så var möjligt. Frågeformuläret skickas därefter hem till föräldrarna tillsammans med skriftlig information och ett samtycke att delta i studien (bilaga 6). Efter ifyllande av frågeformulär återsändes detta tillsammans med förälderns samtycke till mig. Inför telefonintervjun läste jag igenom respondentens svar. Vid intervjun gick jag igenom de frågor som var öppna och de frågor som respondenten på något sätt markerat eller inte svarat på. Jag läste upp respondentens nerskrivna svar och frågade om den intervjuande ville utveckla sina svar ytterligare. Där svaren var svåra att förstå, ställdes följdfrågor. Vid telefonintervjun ställdes ytterligare standardiserade frågor med flervalssvar, som fokuserade på kroppsliga symptom för bakgrundsinformation (bilaga 5). Respondentens kompletterande information antecknades med annan färg direkt i svarsformuläret och i kompletterande detaljerade anteckningar. Efter intervjun lästes anteckningarna igenom och förtydligades där så behövdes.

### **3.1.4 Bearbetning av materialet**

Frågeformulär och anteckningar från telefonintervjuer renskrevs och lästes noggrant igenom ett flertal gånger.

Svaren grupperades sedan utifrån tematisering där gemensamma teman noterades. Flera av dessa teman återkom hos flera av respondenterna. Svaren sorterades sedan efter flera olika preliminära teman. Därefter genomlästes allt material igen, men denna gång med fokus på ett tema i taget. All text som hörde till just detta schema plockades ut. Vissa teman modifierades, utgick eller ändrade här innehåll. En slutgiltig benämning av huvudtema och undertema gjordes. Väsentligt innehåll under varje tema sammanfattades så komprimerat som möjligt och belystes med citat.

### 3.1.5 Etiska överväganden

Bedömning av om föräldrarna var lämpliga för intervju gjordes av de behandlare som haft kontakt med familjerna. Direktintervjuer med barnen genomfördes inte, även om detta hade varit mycket intressant, på grund av risken att på något vis störa det tillfrisknande som förhoppningsvis skett. Intervjuer med familjer där behandlingen var pågående valdes också bort för att inte på något vis påverka aktuell behandling negativt. Alla föräldrar informerades om studiens upplägg och dess syfte innan de gav sitt godkännande att delta i studien. Föräldrarna informerades också om att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande samt om möjligheten att kontakta antingen sin tidigare behandlare eller uppsatsförfattaren om oro eller frågor skulle uppstå efter intervjun. Enhetschef och verksamhetschef för BUP-mottagningen informerades och gav sitt godkännande till studien.

## 3.2 Resultat

I respondenternas egna beskrivningar som svar på öppna frågor gällande hur behandlingen upplevts framkom tydligt två teman med respektive underteman. De olika temana var:

*Tabell 3 Föräldrastudie tema*

Huvudtema	Specifikt hjälpsamt	Övrigt att önska
Undertema	BUP gav stöd Sjukgymnastik	Information Samarbete med barnneurologen Personal faktorer Tveksamhet om medicinering



### 3.2.1 Specifikt hjälpsamt

**BUP gav stöd.** Att BUP fungerat stödjande beskrevs som viktigt av respondenterna. Just tillgängligheten och möjligheten att kunna få den tid som behövdes beskrevs som viktigt. En respondent skriver på frågan vad som varit viktigast i kontakten med BUP: ”tillgängligheten och vissa samtal”. En annan skriver: ”BUP-teamets vilja och ambition att hitta felet, deras tillgänglighet och tillmötesgående...”. En ytterligare skriver ”stöd för att lära sig leva med livslång sjukdom.”, en ytterligare ” Att det var lätt att få tid hos er”. Det individuella stödet för barnet uppfattades som extra viktig. En förälder skriver som svar på frågan ”Vad tror du att ditt barn tyckte var viktigast i kontakten med BUP?: ”få prata om sina all dagliga problem att relatera till sina kompisar och bror”. En annan skriver på samma fråga ”Att få prata av sig.”

**Sjukgymnastik.** Att sjukgymnastiskbehandling var viktigt svarade flera respondenter. På frågan vad du tror varit absolut viktigast för förbättrat mående hos ditt barn svarar en respondent ”...test av alla typer av fysisk behandling”. En ytterligare svarade att ”X fick en utmärkt behandling i form av sjukgymnastik.” En annan svarade ”Sjukgymnastiken med tips och råd spelade en stor roll för min dotter.”

### 3.2.2 Övrigt att önska

**Information.** Mer information om tillståndet efterfrågades av respondenterna. Avsaknad av information om tillståndet och planerad behandling för tillfrisknande beskrevs av flera respondenter. En respondent svarar på frågan förslag till förbättringar: ”Vi fick aldrig arbetsmodeller och eller handlingsplan att hålla oss till”.....”och vi frågade efter sådana!” ”fanns ingen prognos”. En annan skriver ” Det fanns ingen plan (som jag såg det) för Xs behandling”. En tredje skriver ”Vilka parametrar mäter man för att se om X mår bättre?” Som en följd på avsaknad av plan för behandling beskrev respondenter att de upplevde att det var upp till dem att se till att barnets behandling gick framåt. På frågan ”Vilket råd vill du ge familjer med ett nyinsjuknat barn/ungdom?” svarar en respondent ”våga stå på sig”. En annan svarar ”Att vara på lästa till 100 % om sitt barns situation för att på det sättet (tyvärr) sätta fart på BUP, det händer inget/mkt lite annars.” En tredje skriver: ” Samla styrka och kraft. Ställ in dig på att det här kommer handla om att du orkar för ditt barn.”

**Samarbete med barnneurolog.** Samtliga respondenter beskrev att noggrann kroppslig utredning med diagnos var mycket viktigt. Samarbete mellan barnneurologen och BUP beskrevs som viktigt, med förnyad kroppslig utredning när det behövdes. En respondent efterfrågar mer teamarbete och skriver ” När ni får en remiss, förvänta er inte att de är klara”. En ytterligare skriver ”Kan ej svara på frågan...det förekom nämligen ingen kontakt dem emellan. Men självklart är svaret mycket viktigt”.

**Personalfaktorer.** Svårigheter med behandlare som uppskattas och sedan byts ut beskrevs av respondenterna. Flera respondenter beskrev att det var svårt med stor personal omsättning och dålig kontinuitet i behandlingen. På frågan ”förslag på förbättring” skriver en respondent: ”Samma personal hela vägen.” En annan skriver ”Stor personalomsättning”. En ytterligare skriver ”...Håll kvar en läkare hela tiden!” Att det däremot också kunde vara vissa behandlare som barnet/familjen inte trivdes med beskrevs också tydligt. Vissa behandlare hade vissa familjer svårt att ha tilltro till och tycka om. På frågan ”Vad tror du att ditt barn tyckte var mindre bra i kontakten med BUP svarar en respondent: ”Vissa läkare och terapeuter tyckte hon inte om”. En annan svarar att ...”en av psykologerna försökte ändra hennes svar och menade att hon egentligen tyckte eller menade något annat än det hon faktiskt svarade, den behandlaren gillade X inte alls.”

**Tveksamhet om medicinering.** Flera respondenter beskrev alltför stor fokusering på psykiatrisk medicinering. På frågan vad som varit mindre bra i kontakten med BUP svarar en respondent ”Fokus på medicinering”. En annan svarade ”BUP gav antidepressiva till X efter första besöket utan att ens ha lärt känna min dotter ordentligt”.

### 3.3 Diskussion

Barnen i vår studie hade en liknande klinisk presentation som återfunnits i litteraturstudien. De var flickor med en medelålder på 13,2 år vid insjuknandet. De hade uttalade kroppsliga symptom, många besök inom vården och skolfrånvaro. De hade alla flera kroppsliga symptom och svårt att gå. Alla utom en hade tillfrisknat vid tiden för studien, vilket också stämmer överens med litteraturen.

Flera av de temana som framkom i undersökningen går att återfinna i artiklarna från litteraturstudien. Föräldrarna beskrev att det var viktigt med individuellt stöd och sjukgymnastisk behandling, något som återfinns i litteraturen även om det än så länge inte är tillräckligt väl studerat gällande effektivitet. Flera av de temana som återkom hos undersökningsgruppen är sådana faktorer som man i de olika behandlingsprogrammen runt om i världen försöker ta hänsyn till. Respondenterna upplevde att de fick en dålig information om tillståndet och planering för behandling. Detta återfanns även i De Gusmaos (2014) uppföljning av familjer. I samtliga behandlingsmodeller i litteraturen är psykoedukation med tydlig information om diagnosen, prognos och verksamma behandlingsmetoder viktiga inslag.

Respondenterna underströk vikten av ett samarbete mellan neurologkliniken och barnpsykiatri. De poängterade även att det i vissa fall inte fanns något samarbete där det borde ha funnits. Detta styrker den återkommande åsikten i litteraturstudien att multiprofessionella team är en viktig ingrediens för lyckad behandling, även om inte heller detta finns studerat. Att föräldrarna beskrev att de varit tvungna att driva behandlingen framåt är oroväckande. Det speglar troligtvis bristen av behandlingsprogram på enheten. En stor personalomsättning med olika behandlare underlättar självklart inte den uppföljning, utvärdering och tydliga fokus på vart barnet är på väg, som litteraturen beskriver som kliniskt viktig.

Familjerna på BUP på ALB i Solna kommer förhoppningsvis få en något förbättrad vård framöver. Om inte annat så kan uppsatsförfattaren, efter att ha tillägnat sig ovanstående kunskap på ett oerhört mycket bättre sätt nu ge information om vad vi i dag vet och inte vet om funktionella neurologiska symptom hos barn. Att vid första bedömningsamtalen bland annat kunna tala om för familjerna att de allra flesta barn blir friska och kunna ha tydligt underlag för dessa siffror känns bra.

#### 4 REFERENSER

- Ani, C., Reading, R., Lynn, R., Forlee S & Garralda, E. (2013). Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (6) 413-418.
- Calvert, P, Jureidini, J. (2003). Restrained rehabilitation: an approach to children and adolescents with unexplained signs and symptoms. *Archives of Disease in Childhood*, 88,399-402
- Crittenden, PM, (2002). Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder. *World Journal of Psychiatry*, 1,72-75
- De Gusmao, C., M., Guerreiro, R., M., Bernson-Leung, M., E., Pier, D., Ibeziako, P., I., Bujoreanu, S., et al. (2014). Functional Neurological Symptom Disorders in a Pediatric Emergency Room: Diagnostic Accuracy, Features, and Outcome. *Pediatric Neurology* 51, 233-238.
- Dell, M,L, Campo, J. (2011). Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 34, 643-660
- Ferrara, J., & Jankovic, J. (2008). Psychogenic Movement Disorders in Children. *Movement Disorders*, 23 (13), 1875-1881.
- FitzGerald, T., L., Southby, A., K., Haines, T., P., Hough, J., P., & Skinner, E., H. (2015). Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health* 51, 159-167.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund; Studentlitteratur
- Gooch, J., L., Wolcott, R., & Speed, J. (1997). Behavioral Management of Conversion Disorder in Children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 264-8.
- Griffin, A, & Christie, D. (2008). Taking the Psycho out of the Psychosomatic: Using Systemic Approaches in a Paediatric Setting for the Treatment of Adolescents with unexplained Physical Symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 13, 531-542
- Hopp, J & LaFrance, C. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Psychogenic Neurological Disorders. *The Neurologist*, 18, 364-372.
- Kozłowska, K., Nunn, K., P., Rose, D., Morris, A., Ouvrier, R., A., & Verghese, J. (2007). Conversion Disorder in Australian Pediatric Practice. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 68-75.

- Kozłowska, K., & Williams, L., M. (2009). Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 223-233.
- Kozłowska, K., Scher, S., & Williams, L., M. (2011). Patterns of Emotional-Cognitive Functioning in Pediatric Conversion Patients: Implications for the Conceptualization of Conversion Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 73, 775-788.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B & Chudleigh, C. (2012). Multimodal Rehabilitation: A mind-body. Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 1: The Program. *The American Journal of Family Therapy*, 40, 399-419
- Kozłowska, K., Brown, K., J., Palmer, D., M., & Williams, L., M. (2013). Specific Biases for Identifying Facial Expression of Emotion in Children and Adolescents With Conversion Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 75, 272-280.
- Kozłowska, K., Palmer, D., M., Brown, K., J., Scher, S., Chudleigh, C., Davies, F., et al. (2015). Conversion disorder in children and adolescents: A disorder of cognitive control. *Journal of Neuropsychology*, 9, 87-108.
- Kozłowska, K., Palmer, D., M., Brown, K., J., McLean, L., Scher, S., Gevirtz, R., et al. (2015). Reduction of Autonomic Regulation in Children and Adolescents With Conversion Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 77, 356-370.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi-att låta en värld öppna sig*. Stockholm; Liber.
- Metha, A, Rowe, J & Schrag, A. (2013). Imaging Psychogenic Movement Disorders. *Current Neurology and Neuroscience*, 13(11), 1-13
- Nicholson, T., R., J., Stone, J., & Kanaan, R., A., A. (2011). Conversion disorder: a problematic diagnosis. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 82, 1267-1273.
- Pehlivan Türk, B., & Unal, F. (2002). Conversion disorder in children and adolescents. A 4-year follow-up study, *Journal of Psychosomatic Research* 52, 187-191.
- Plioplys, S., Doss, J., Siddarth, P., Bursch, B., Falcone, T., Forgey, M., et al. (2014). A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 55 (11), 1739-47.
- Roelofs, K., Keijsers, G., PJ., Hoogduin, K., A., L., Näring, G., W., B., & Moene, F., C. (2002). Childhood Abuse in Patients With Conversion Disorder. *Am J Psychiatry*, 159, 1908-1913.
- Schwingenschub, P., Pont-Sunyer, C., Surtees, R., Edwards, M., J., & Bhatia, K., P. (2008). Psychogenic Movement Disorders in Children: A Report of 15 Cases and a Review of the Literature. *Movement Disorders*, 23 (13), 1882-1888.

## BILAGOR

### Bilaga 1

#### DSM-IV

##### 300.1 Konversionssyndrom F44.x

- A. Minst ett symptom eller funktionsbortfall som rör viljestyrda eller sensoriska funktioner, vilket antyder neurologiskt eller annan somatisk sjukdom.
- B. Dessa symptom eller funktionsbortfall bedöms ha samband med psykologiska faktorer, eftersom debut eller försämring av störningen har föregåtts av konflikter eller andra stressfaktorer.
- C. Symptomen eller funktionsbortfallen är inte medvetet framkallade eller simulerade (vilket är fallet vid pantomimi eller simulering).
- D. Symptomen eller funktionsbortfallen kan, efter adekvat utredning, inte helt förklaras av somatisk sjukdom/skada, som en direkt fysiologisk effekt av någon substans eller som kulturellt sanktionerat beteende/upplevelse.
- E. Symptomen eller funktionsbortfallen orsakar klinisk signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden, eller motiverar klinisk utredning.
- F. Symptomen eller funktionsbortfallen är inte begränsade till smärtupplevelser eller sexuella funktionsstörningar, uppträder inte enbart i samband med somatiseringssyndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

*Specificera typ av symptom eller funktionsbortfall*

**med motoriska symptom eller funktionsbortfall F44.4**

(t ex försämrad koordination eller balans, förlamning eller lokal svaghet, svårigheter att svälja eller klump i halsen, tappat rösten, urinretention)

**med sensoriska symptom eller funktionsbortfall F44.6**

(t ex förlust av berörings- eller smärtekänsla, dubbelseende, blindhet, dövhet och hallucinationer)

**med krampanfall eller konvulsioner F44.5:** inkluderar krampanfall eller konvulsioner med frivilliga motoriska eller sensoriska inslag.

**med blandade symptom F44.7:** Symptom från flera kategorier föreligger

Bilaga 2  
**Artikelöversikt**

Författare, Årtal	Titel	Land	Tidskrift	Syfte	Metod/ Deltagare	Resultat	Tema
Ani et al (2013)	Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland.	Storbritannien och Irland	Br J Psychiatry	Att dokumentera klinisk presentation, incidens, omhändertagande och 12-månaders uppföljning hos barn med diagnos konversionssyndrom.	Pediatriker i hela Storbritannien och Irland uppmanades att under perioden 081001-091231 rapportera barn under 16 år med konversionssyndrom, via British Pediatric Surveillance Unit, en organisation för sjukdomsregistrering. 204 barn inkluderades.	Incidensen var 1.3/100 000. Medelåldern var 12.5 år. 75 % var flickor. Könskillnaden var lika stor i hela åldersgruppen. 69 % hade flera olika konversionssymptom. 81 % angav påfrestande livshändelser. 22 % hade tidigare psykiatrisk problematik. Samtidig psykiatrisk diagnos hos ca hälften av barnen. Ångest, depression och skolfobi var vanligast. Barnen hade många vårdkontakter och vården minskade inte efter diagnos. 75-100% var förbättrade vid uppföljningen.	1, 2, 3, 4
De Gusmao et al (2014)	Neurological Symptom Disorder in a Pediatric Emergency Room: Diagnostic Accuracy, Features and Outcome	USA	Pediatric Neurology	Att utvärdera diagnostisk säkerhet vid bedömningen på barnakutmottagning. Beskriva klinisk presentation, demografiska data, socioekonomisk påverkan och klinisk uppföljning, inkluderande hur nöjda föräldrarna var med vården.	Barn som varit inlagda på Boston Childrens Hospital Våren 2010-våren 2011 med funktionella neurologiska symptom studerades retrospektivt. 27 barn inkluderades.  Barn som sökte akut oktober12-januari och hade misstänkta funktionella neurologiska symptom studerades prospektivt. 30 barn inkluderades.	Den kliniska bedömningen var rättvisande för att förutsäga senare diagnos av funktionella neurologiska symptom i 93-94%. Det behövdes inga extraordinära stressande faktorer för att utlösa funktionella neurologiska symptom hos barn. Barnen har ofta en god prognos, 78 % var symptomfria vid uppföljning efter 3-6 månader. Tillståndet innebar en stor påfrestning för familjen. Föräldrarna var oftast nöjda med vården, man önskade mer information om tillståndet.	1, 2, 3

Ferrara et al (2008)	Psychogenic Movement Disorders in Children	USA	Movement Disorders	Att beskriva Psykogena rörelsestörningar hos barn, klinisk presentation tänkbara utlösande faktorer och samsjuklighet.	Barn som varit inlagda på Movement Disorders Clinic, Houston mellan 1988 och 2008 och fått diagnosen psykogena rörelsestörningar studerades retrospektivt. 54 barn inkluderades.	Median åldern vid insjuknande var 14.2 år. 75 % var flickor. 52 % hade psykiatrisk samsjuklighet, där depression och ångest var vanligast. Psykosociala stressfaktorer var vanliga. 6 % rapporterade sexuella övergrepp. I 11 % fanns rörelserelaterade symptom hos någon i bekantskapskretsen.	2, 3
Gooch et al (1997)	Behavioral Management of Conversion Disorder in Children	USA	Arch of Physical Medicine and Rehab	Att beskriva beteende fokuserad behandling av konversionssyndrom hos barn och preliminärt utvärdera dess effektivitet.	På barnrehabiliterings avdelningen, Salt Lake City studerades de första patienterna med konversionssyndrom retrospektivt. 8 barn inkluderades. Tidsangivelser saknas tyvärr.	Barnen fick inliggande beteendefokuserad behandling, med tydliga mål och delmål och belöningssystem. Sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och läkare deltog i rehabiliteringen. Alla barnen hade normal gång och ADL funktion vid utskrivningen.	1, 4
Kozlowska et al (2007)	Conversion Disorder in Australian Pediatric Practice	Australien	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	Att beskriva incidensen och klinisk presentation av barn med konversionssyndrom vid Australiens pediatrika mottagningar.	Pediatriker i hela Australien uppmanades att under perioden 020101-031231 rapportera barn under 16 år med konversionssyndrom via Australian Pediatric Surveillance Unit, en organisation för sjukdomstegring. 194 inkluderades.	Incidensen var mellan 2.3- 4.2 /100 000. Medelåldern var 11.8 år. 71 % var flickor. Hos de yngre barnen var skillnaden mellan kön mindre. Av barnen under 10 år, var 57 % flickor. 55 % hade flera olika konversionssymptom. 62 % angav påfrestande livshändelser. 42 % hade tidigare/nuvarande psykiatrisk problematik. Vanligast var ångest och depression.	1, 2



Kozłowska et al (2009)	Self-protective organization in children with conversion and somatorform disorders	Australien	J Psyhosom Resarch	Att testa hypotesen att konversions syndrom hos barn reflekterar motoriska-/sensoriska delar av två tydligt olika emotionella svar, ett hämmande och ett överaktivt som utvecklas som anpassning till upprepade hot i nära relationer.	På en enhet för psykologiska/kroppsliga symptom studerades 28 barn med konversionssyndrom. Dynamic-Maturational-Model(DMM) användes för att studera känslomässiga svar på interpersonellt hot. The Preschool Assessment of Attachment(PAA) användes för barn under 6 år, the School Aged Assessment of Attachment(SAA) användes för barn 6-13 år och Adult Attachment Intervju(AAI) användes för barn över 13 år. Svaren vid testerna kodades av kodare som var blinda för studiens hypotes och blinda för barnens diagnos och symptom.	43 % använde undvikande anknytnings strategi. 43 % använde en ambivalent anknytnings strategi. 14 % alternerade mellan undvikande och ambivalent strategier. Alla familjer rapporterade livshändelser innan insjuknandet. Psykisk sjukdom hos mamma, familjekonflikt, sjukdom hos barnet, psykisk sjukdom hos pappa, död eller separation från familjemedlem, mobbning eller sexuella övergrepp rapporterades i fallande skala. 89 % av barnen fick även annan psykisk diagnos. Depression och ångest var vanligast. Även uppförande störning noterades.	1, 3
Kozłowska et al (2011)	Patterns of Emotionnal-Cognitvie Functioning in Pediatric Conversion Patients: Implications for the Conceptualization of Conversion Disorders	Australien	Psychosom Med.	Att undersöka känslomässigt processande hos barn med konversionssyndrom och bedöma om dessa mönster är associerade till några specifika kluster av konversions symptom.	På en enhet för psykologiska/kroppsliga symptom studerades 76 barn med konversions syndrom och 76 åldersmatchade friska kontroller. De bedömdes med hjälp av Dynamic-Maturational-Model(DMM). School Aged Assessment of Attachment(SAA) användes för barn 6-13 år och Transition to Adult Attachment Intervju(TAAI) användes för barn 13-18 år. Svaren kodades av kodare som var blinda för barnens diagnos och symptom.	57 % använde en undvikande anknytnings strategi. 34 % använde en ambivalent anknytnings strategi. 9 % alternerade mellan undvikande och ambivalenta strategier. I kontrollgruppen använde de alla flesta en balanserad anknytnings strategi. Undvikande anknytning var associerat till vissa konversionssymptom liksom ambivalent anknytning som var associerat till alla andra konversions symptom. Icke-epileptiska kramper fanns i båda grupperna. Det fanns en hög grad(75 %) av icke bearbetad förlust/trauma hos barnen med konversions syndrom, jämfört med 12 % hos kontrollgruppen.	1, 3

Kozłowska (2013)	Specific biases for identifying facial expression of emotion in children and adolescents with conversion disorders.	Australien	Psychosom Med.	Att studera hur barn med konversions syndrom identifierar olika känslor, uttryckt med ansiktsuttryck och att undersöka hur identifikation av olika känslor korrelerar till upplevelsen av känslomässig påfrestning.	På en enhet för psykologiska/kroppsliga symptom studerades 57 barn med konversionssymptom och 57 könsmatchade friska kontroller. De genomgick en datoriserad test där träffsäkerheten i att identifiera känslan och reaktionstiden registrerades. Reaktionstiden för de fem känslorna rädsla, ilska, ledsenhet, avsky och glädje subtraherades från reaktionstiden för neutralt ansiktsuttryck. Deltagarna fyllde i självskattningsskala gällande upplevd känslomässig påfrestning,	Barn med konversions syndrom uppvisade en snabbare reaktionstid för att identifiera ansikten som uttryckte ledsenhet och en långsammare reaktionstid för ansikten som uttryckte känslan glad. Det fanns ingen korrelation till upplevd känslomässig påfrestning. Det fanns inga skillnader i träffsäkerheten i att identifiera någon känsla.	1, 3
Kozłowska et al (2015)	Conversion disorder in children and adolescents: A disorder of cognitive control	Australien	J Neuropsychol	Att utvärdera kognitiv funktion hos barn och ungdomar med akut konversionssyndrom.	På en enhet för psykologiska/kroppsliga symptom studerades 57 barn med konversionssymptom och 57 könsmatchade friska kontroller. De genomförde neurokognitiva testningar, intelligens test och självskattningsskalor gällande upplevd känslomässig påfrestning.	Barn med konversionssyndrom uppvisade sämre förmåga inom områdena uppmärksamhet, exekutiva funktioner och minne. Det fanns ingen skillnad mellan de två grupperna gällande uppskattat IQ. Det fanns ingen korrelation mellan kognitiv funktion och upplevd känslomässig påfrestning. Inga noteringar gällande kognitiva svårigheter fanns innan insjuknandet.	1, 3

Kozłowska et al (2015)	Reduction of Autonomic Regulation in Children and Adolescents With Conversion Disorders	Australien	Psychoso m Med.	Att studera arousal och påslag av det autonoma nervsystemet hos barn med konversions symptom.	På en enhet för psykologiska/kroppsliga symptom studerades 57 barn med konversionssymptom och 57 könsmatchade friska kontroller. Hjärtfrekvens och hjärtfrekvensvariabilitet, registrerades som ett mått på arousal och autonomt påslag. Registrering gjordes i vila, vid två olika kognitiva tester och vid en emotionellt aktiverande uppgift.	Barnen med konversions syndrom hade högre autonomt påslag än kontrollgruppen både som utgångsvärde och i specifika test situationer. De hade högre hjärtfrekvens och mindre hjärtvariabilitet. Ett högt autonomt påslag som utgångsläge var extra uttalat hos gruppen barn med konversions syndrom och ambivalent anknytning. Funktionell dysreglering av hjärta, andning och cirkulationssystemet föreslås kunna mediera svimningsepisoder och icke-epileptiska kramper.	1, 2, 3, 4
Pehlivan-turk et al (2001)	Conversion disorder in children and adiescents A 4-year follow-up study	Turkiet	J Psychoso m Res.	Att mäta utfall av konversionssyndrom hos barn och identifiera faktorer som påverkar prognosen.	Barn som sökte Hacettepe University Hospital med kroppsliga symptom 950101 -961231 utreddes och remitterades till barnpsykiatri. 51 patienter med konversionssyndrom inkluderades initialt. Föräldrar och barn intervjuades. Barnen intervjuades även med SCID-1 och fick fylla i självskattnings formulär för depression(BDI) och ångest(STAI). En skala för att skatta konversionssymptomen svårighetsgrad CGI användes. 4 år senare kunde 40 av ovanstående patienter inkluderas i en uppföljande bedömning med samma bedömningsinstrument som ovan.	75 % var flickor. Pseudokramper var vanligast. Det var ovanligt att barnen hade flera koversionssymptom. 85 % av barnen hade helt tillfrisknat från sina symptom vid uppföljningen. 5 % hade förbättrade symptom och enbart 10 % hade oförändrade symptom. 35 % av patienterna fick en depression/ångest diagnos initialt. God prognos var relaterat till tidig diagnos, där de som fick diagnos inom en månad efter symptomdebut tillfrisknade snabbare än övriga. De barn som hade symptom relaterade till uppförandestörning hade en sämre prognos för tillfrisknande.	1, 2, 3, 4

Plioplys et al (2014)	A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures.	USA	Epilepsia	Att undersöka vilka biosociala riskfaktorer barn med icke-epileptiska kramper har och jämföra dessa med deras syskon.	Multicenter studie där 55 barn med icke-epileptiska kramper inkluderades och jämfördes med 35 syskon. Föräldrarna intervjuades. Barnen genomgick strukturerad psykiatrisk intervju, kognitiva och akademiska testningar. Barnen fyllde i självskattnings formulär gällande stress, motgångar, coping-strategier och föräldraanknytning.	Barnen med icke-epileptiska kramper hade signifikant mer samsjuklighet än sina syskon gällande sjukdomar i allmänhet, neurologiska sjukdomar och psykiatrisk sjukdomar. De hade högre ångestkänslighet, de vände sig inte lika ofta till andra för att få hjälp vid känslomässiga svårigheter och de hade fler negativa livshändelser. Epilepsi och kognitiva faktorer skiljde sig inte mellan de två grupperna.	2, 3
Schwingenschuh, et al (2008)	Psychogenic Movement Disorders in Children: A report of 15 cases and a review of the Literature	England	Movement Disorders	Att beskriva 15 fall med psykogena rörelserubbningar gällande klinisk presentation, riskfaktorer, psykiatrisk samsjuklighet, behandling och prognos. En litteraturstudie gjordes också.	På en klinik för rörelserubbningar gjordes en retrospektiv studie där barn med psykogena rörelserubbningar mellan 1996 och 2007 studerades. 15 barn inkluderades.  Författarna gjorde även en litteraturstudie, som inte beskrivs här.	Medianåldern var 12.3 år. Snabbt insjuknande och mindre kroppsliga skador tillsammans med stressande livshändelser rapporterades ofta. Behandling med kognitiv beteende terapi och rehabilitering i multidisciplinära team gav förbättring i de flesta av fallen. Behandlingen var mer effektiv hos de barn som hade kort tid mellan symptom debut och behandling. De barn som tillfrisknade skiljde sig inte åt jämfört med de som inte tillfrisknade gällande ålder, samsjuklighet, stressande faktorer eller livshändelser.	2, 3, 4
FitzGerald et al (2015)	Is physio-therapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder?	Australien	J of Paediatrics and Child Health	Utvärdera effektiviteten för sjukgymnastik behandling av barn med konversionsyndrom.	Två oberoende granskare sökte i olika databaser. 12 observationsstudier gällande sjukgymnastik för barn med konversionssyndrom inkluderades och granskades.	Gjorda studier bedömdes vara alltför begränsade och av alltför låg kvalitet för att kunna utvärdera om sjukgymnastik var effektivt eller inte	4

## Bilaga 3

### DSM-5

#### **300.1 Konversionssyndrom (Funktionell neurologisk symptomstörning) F44.x**

- A. Ett eller flera symptom på förändringar i viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner.
- B. Undersökningsfynd ger belegg för att symptomen är oförenliga med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd.
- C. Symptomen eller funktionsbortfallen förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa eller något annat medicinskt tillstånd.
- D. Symptomen eller funktionsbortfallen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, eller motiverar kliniks utredning.

Specificera typ av symptom:

**Med svaghet eller förlamning F44.4**

**Med onormal motorik F44.4** (t ex tremor, dystona rörelser, myoklonus, gångstörning)

**Med sväljningssvårigheter F44.4**

**Med talsvårigheter F44.4** (t ex dysfoni, sluddrigt tal)

**Med anfall eller kramper F44.5**

**Med anestesi eller känsselförlust F44.6**

**Med speciella sensoriska symptom F44.6** (t ex påverkan på syn, luktsinne eller hörsel)

**Med blandade symptom F44.7**

Specificera om:

**Akut episod:** Symptomen har förelegat kortare tid än 6 månader

**Ihållande:** Symptomen har förelegat i 6 månader eller längre.

Specificera om:

**Med psykologisk stressfaktor** (ange stressor)

**Utan psykologisk stressfaktor**









**25. Vad tycker du har varit mindre bra i kontakten med BUP?**

.....  
.....  
.....

**26. Vad tror du ditt barn tyckte var mindre bra i kontakten med BUP?**

.....  
.....  
.....

**27. Har du något förslag på förbättring?**

.....  
.....  
.....

**28. Vilket råd vill du ge familjer med ett nyinsjuknat barn/ungdom med funktionella neurologiska symptom?**

.....  
.....  
.....

**STORT TACK!**

## Bakgrundsfrågor vid telefonintervju

### 1. Mitt barn är:

- pojke       flicka

### 2. Hur gammalt var ditt barn när han/hon insjuknade?

\_\_\_\_\_år

### 3. Mitt barns kroppsliga symptom var:

#### a. Svårt att gå

- ja       nej

Om ja, hur länge?

-----

#### b. Svårt att röra viss del av kroppen

- ja       nej

Om ja, hur länge?

-----

#### c. Ändrad känsel

- ja       nej

Om ja, hur länge?

-----

#### d. Krampanfall

- ja       nej

Om ja, hur länge?

---

**e. Frånvaroattacker**

- ja       nej

Om ja, hur länge?

-----

**f. Övriga kroppsliga symptom**

- ja       nej

Om ja, hur länge?

-----

**4. Mitt barn låg inlagd på vårdavdelning**

- ja       nej

Om ja, hur länge?

- <1vecka    1-2 veckor    3 veckor    4 veckor    >4veckor

**5. Mitt barn var helt hemma från skolan när han/hon hade sina symptom**

- ja       nej

Om ja, hur länge?

- <1månad    1-3 månader    3-6 månader

- 6-12 månader    >12 månader

**6. Mitt barn var delvis hemma från skolan när han/hon hade sina symptom:**

- ja       nej

Om ja, hur länge?

- <1 månad     1-3 månader     3-6 månader  
 6-12 månader     >12 månader

**7. Mitt barn hade förutom sina symptom också en neurologisk sjukdom**

- Ja       nej

**8. Mitt barn hade förutom sina symptom också en annan kroppslig sjukdom**

- Ja       nej

## Bilaga 6

# Information till föräldrar

### Bakgrund och syfte

På BUP-mottagningen vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus träffar vi många barn och ungdomar med funktionella neurologiska symtom. Vi genomför nu en mindre undersökning gällande behandlingen av dessa barn. Detta för att se hur familjerna uppfattat vården och för att på sikt förbättra behandlingen av dessa barn. Svaren kommer även redovisas anonymt i en uppsats gällande funktionella neurologiska symtom vid Kognitiva Institutet i Stockholm.

### Tillvägagångssätt och deltagarens roll

Informationen som ligger till grund för undersökningen kommer att inhämtas via en skriftlig enkät och genom en telefonintervju. Tiden att fylla i enkäten uppskattas till 20min och telefonuppföljningen till ca 30min.

Om det är möjligt vill vi helst att var förälder för sig fyller i enkäten och deltar i telefonuppföljningen. Vi är väldigt tacksamma för din medverkan!

### Hantering av data och sekretess

Informationen som framkommer i enkätsvar och intervju kommer endast att användas i syfte att utvärdera vår verksamhet på BUP Astrid Lindgrens Barnsjukhus och som del i uppsatsen gällande funktionella neurologiska symtom vid Kognitiva Institutet i Stockholm. Informationen kommer inte att användas i något annat sammanhang. Alla deltagare är anonyma och vi har tystnadsplikt i fråga om personuppgifter.

### Frivillighet

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien.

### Frågor

Om du har några ytterligare frågor är du välkommen att kontakta barnpsykiater Åsa Norén 073 708 52 42.

### Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag fått ta del av ovanstående skriftliga information om undersökningen.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i undersökningen och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är informerad om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Namnteckning

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

**Stort tack för din medverkan!**