

Barn och ungdomar som utmanar

Bilagor till vårdprogrammet

Innehåll

Bilaga 1. Evidensbaserad praktik	5
Viktiga principer för en evidensbaserad praktik	6
Evidensbaserad praktik som policy	7
Bästa vetenskapliga evidens	8
Vanliga missförstånd	9
Bilaga 2. Diagnoskriterier enligt DSM-IV och ICD-10	11
Trotssyndrom (ODD)	11
Diagnoskriterier trotssyndrom [DSM-IV 313.81; ICD-10 F 91.3]	11
Uppförandestörning (CD)	12
Diagnoskriterier uppförandestörning [DSM-IV 312.8; ICD-10 F 91.8]	13
Bilaga 3. Utredning	15
Motiv för utredning	15
Barns behov i centrum (BBIC)	16
Viktiga förhållanden att uppmärksamma vid utredning	17
Familj	17
Skola	17
Utveckling och mognad	18
Beteende som kommunikation	18
Kamratrelationer	18
Närsamhället	18
Intervjuer	19
DAWBA	19
K-SADS	19
BCFPI	19
HoNOSCA	19
ADAD	20
Intervju med föräldrar	20
Individ	20
Aktuellt beteende	21
Familj	21
Intervju med barnet	22
Intervju med personal i förskolan eller skolan	22
Frågeformulär	22
Generella frågeformulär – individ	23
Specialiserade frågeformulär – individ	24
Trauma	24
Utagerande beteendeproblem	24
Depression	24
Neuropsykiatrisk problematik	24
Missbruk	24
Frågeformulär – familj	25

Kartläggning av skydds- och riskfaktorer	25
Instrument för risk- och behovsbedömning	26
EARL-20 B/21G	26
SAVRY	27
ESTER	27
Psykologisk testning	28
Utredning i skolan	29
Övrigt	29
<i>Bilaga 4. Samsjuklighet</i>	<i>30</i>
ADHD	30
Behandling av ADHD som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	30
Innehåll i stöd och behandling	31
Missbruk	31
Behandling av missbruk som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	32
Socialmedicinsk klassifikation (Enligt Bejerot)	32
Epidemiskt missbruk	33
Endemiskt missbruk	33
Behandling av missbruk hos ungdomar	33
Farmakologisk behandling	34
Abstinens	34
Opiater	34
Hypnotika	35
Centralstimulantia	35
Cannabis	35
Ecstasy	35
Depression	35
Behandling av depression som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	36
Bipolär sjukdom	36
Behandling av bipolär sjukdom som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	36
Störande beteende med labilt humör (DMDD)	37
Behandling av DMDD som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	38
Ångest	38
Behandling av ångest som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem	39
Inlärningssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter och låg begåvning	39
Autismspektrumstörningar (ASD)	40
Behandling vid ASD	41
Personlighetsstörningar	41
Behandling av "callous traits"	42
Dissociativ störning	42
Psykos	42
Övrigt	42
<i>Bilaga 5. Behandlingsmetoder</i>	<i>44</i>
SBU:s systematiska litteraturoversikt	44

Tidiga insatser för riskutsatta barn 6–12 (36) månader	45
Föräldra-spädbarnsverksamhet	45
Family Check-Up	46
PREP	46
Småbarnsliv	47
Vägledande samspel (ICDP)	47
Marte Meo	47
PUFF	48
Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer	48
Föräldraträningsprogram	48
Positive Parenting Program – Triple P	49
De otroliga åren	50
KOMET	50
COPE	51
Parent Management Training (PMT Oregonmodellen)	51
Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser	51
Kognitiv problemlösningsträning	52
Problem-solving skills training (PSST)	52
De otroliga åren – Dinosaurieskola	52
Coping power	53
Aggression Replacement Training (ART)	53
Insatser för ungdomar 12–17 år och deras familjer	54
Strukturerat föräldrastöd till tonårsföräldrar	54
Family Check-Up (FCU)	54
Program som i regel inte erbjuds av BUP	55
Steg för Steg	55
Örebro PreventionsProgram	55
Program som förekommer på BUP	56
KOMET Tonårsprogram 12–18 år	56
Tonårs-COPE	56
Connectprogrammet	56
Behandlingsprogram	57
Brief Strategic Family Therapy (BSFT)	57
Funktionell familjeterapi (FFT)	57
Multisystemisk terapi (MST)	58
Intensiv Hembaserad Familjebehandling (IHF)	59
Multidimensional treatment foster care (MTFC)	59
Behandlingsprogram på institution, "MultifunC"	59

Bilaga 1. Evidensbaserad praktik

Av Knut Sundell, Socialstyrelsen.

Värdefulla synpunkter på EBP-manuset har lämnats av Sten Anttila, Ingemar Bohlin, Mats Eliasson, Lars Oscarsson, Jenny Rehnman och Haluk Soydan.

Evidensbaserad praktik (EBP) används som en övergripande term för evidensbaserad medicin, evidensbaserat socialt arbete, evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad psykoterapi med mera. Termen används i stället för kunskapsbaserad praktik eftersom den senare saknar en tydlig definition. Socialstyrelsen har också valt att använda begreppet evidensbaserad praktik för att betona att det inte är all kunskap som ger ett tillräckligt säkert stöd (evidens) för att en insats är effektiv, men att det inte heller bara är den vetenskapliga kunskapen som är betydelsefull.

År 1992 definierades begreppet evidensbaserad medicin av en grupp läkare vid McMaster University i Kanada. Det skedde som en reaktion på att mycket av den kliniska medicinen inte grundades på systematiska och kritiska sammanställningar av all relevant forskning och att den dessutom utgjorde ett mycket auktoritärt system där läkarna ensamma bestämde. En följd av detta var att patienterna inte fick bästa tänkbara vård eller att man till och med använde skadliga insatser.

Sedan 1992 har EBP förtydligats vid flera tillfällen. Ett sätt att definiera EBP är som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterat med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål”.

EBP handlar om en medveten och systematisk strävan att bygga vård och omsorg på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) för att öka möjligheten att hjälpa. Vetenskaplig kunskap gäller dock endast åtgärdernas genomsnittliga effekter, och därför är det inte självklart att åtgärderna fungerar lika för alla. Därför behövs även annan kunskap för beslutsfattandet i enskilda fall. Konkret betyder det att kunskapen om olika åtgärders effekter behöver kompletteras med information om personens unika förutsättningar och önskemål, med kontextuella faktorer som möjliggör och begränsar hjälpen samt med den professionelles kompetens.

EBP har grafiskt beskrivits i form av fyra överlappande cirklar (figur 1), där den professionella kompetensen integrerar de olika kunskapskällorna i dialog med den berörda personen (patienten, klienten eller brukaren) och där beslutsgrunderna redovisas öppet (transparent). Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra informationskällor som den evidensbaserade praktiken finns. Detta betyder också att delar av bl.a. socialtjänstens verksamhet inte handlar om evidensbaserade praktiker. Beslut om belopp och tidsramar för ekonomiskt bistånd regleras exempelvis av en riksnorm, och i sådana fall har vetenskaplig information en minimal betydelse.

I de fall där man kan välja mellan olika insatser är det viktigt att ha vetenskaplig kunskap om deras effekter. Men även om det finns ett vetenskapligt stöd för en viss intervention är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Ett läkemedel kanske inte kan användas på grund av att patienten är allergisk mot preparatet eller har fått biverkningar. Den åtgärd som har bäst evidens kanske också saknas där personen bor.

I EBP väger personens egna önskemål tungt (såvida inte lagstiftningen säger något annat), särskilt om det inte finns någon kunskap eller om det vetenskapliga underlaget är bräckligt eller tvetydigt. Den som upplever en åtgärd som relevant är mer engagerad i behandlingen (t.ex. att följa ordinationen), vilket ökar sannolikheten för att den ska ha effekt.

Viktiga principer för en evidensbaserad praktik

Nordenström (2008) har listat följande principer för en evidensbaserad praktik:

- God vård baseras på objektiva data och det finns ett kontinuerligt behov av vetenskaplig kunskap eftersom nya metoder ständigt tillkommer.
- Det finns en evidenshierarki som vägledning för beslutsfattande där evidens högt upp i hierarkin ska prioriteras. Det ska vara transparent vilken evidensnivå beslutet grundas på.
- Evidens räcker inte utan behöver kompletteras med information om personens unika förutsättningar och önskemål samt kontextuella möjliggörande och begränsande faktorer, vilka ofta beror på samhälleliga faktorer samt den professionelles kompetens.

Figur 1. Den evidensbaserade beslutsprocessen (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002)



Den professionelles erfarenheter och kunskaper har också betydelse, t.ex. skicklighet i att identifiera (diagnostisera) personens problematik samt söka och värdera evidens, förmåga att kunna inkludera klientens intressen och önskemål samt förmåga att balansera och integrera all information i beslutsfattandet. Det är därför professionell expertis täcker de tre andra komponenter.

terna i figur 1. Haynes med kollegor har betonat att det inte är evidens som fattar beslut utan människor, vilket fokuserar på beslutsprocessen snarare än på evidens och evidenshierarkier.

Beslutsprocessen har beskrivits i form av fem steg:

1. Formulera behovet av information till en fråga som går att besvara.
2. Leta upp bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan.
3. Värdera den kunskap som finns med tanke på dess vetenskapliga tillförlitlighet och användbarhet.
4. Integrera denna kritiska värdering med den egna professionella kompetensen och den berörda personens unika förutsättningar och önskemål.
5. Utvärdera den egna insatsen och effektiviteten vid utförandet av de fyra föregående stegen och sträva efter att förbättra arbetet.

EBP är ett alternativ till en praktik där de professionella ensamma fattar besluten utan insyn och utan hänsyn till de senaste vetenskapliga rönen. I stället för att söka efter vetenskapligt stöd för en specifik insats går EBP ut på att man systematiskt söker efter bästa möjliga vetenskapliga evidens om vilken åtgärd som är lämpligast för den enskilde individen. Denna evidens är en utgångspunkt men inte nödvändigtvis slutpunkten.

Evidensbaserad praktik som policy

EBP används också för beslutsfattande på policynivå. I det fallet handlar det endast om att identifiera vilka åtgärder som har bästa vetenskapliga evidens om de önskade effekterna, problemets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten, inte om hur denna kunskap integreras i beslutsfattandet för en specifik person.

Evidensbaserat beslutsfattande på policynivå kan handla om att förändra utbudet av åtgärder, ta bort sådant som har visat sig vara skadligt eller som saknar effekt, införa en ny och mer effektiv åtgärd eller förhindra att en ny metod införs i verksamheten trots bristande stöd för dess effekt och kostandseffektivitet.

Det kan verka självklart att man bör välja en åtgärd som ger dubbelt så bra resultat jämfört med en annan, men om kostnaden är fyra gånger högre blir det ändå en dålig affär. Genom att välja den mindre effektiva åtgärden kan man hjälpa flera, vilket ger en större samlad effekt för resurserna. Effekterna måste därför också sättas i relation till kostnaderna för åtgärden. Och även om den nya behandlingen är både mer effektiv och kostnadseffektiv än den nuvarande kan den öka kostnaderna för andra verksamheter och samhället totalt. Nya metoder kan tvärt om vara kostsamma att använda men ge positiva effekter i andra delar av samhället (t.ex. minska sjukskrivningarna), och därför bör ett samhällsperspektiv vara grunden för värdering av vilka åtgärder som ska prioriteras.

Bästa vetenskapliga evidens

Evidens betyder ”vetenskapliga belegg för” eller ”tilltro till”. Ofta används termen evidensbaserad åtgärd (metod, insats eller behandling) felaktigt som om en viss metod antingen har, eller inte har, evidens. Så är det vanligtvis inte. Man måste därför tala om evidens i form av hur tillförlitligt det är att en åtgärd har en viss genomsnittlig effekt. Graden av tilltro (evidensstyrkan) kan variera för olika utfallsmått, olika grupper, kontexter och tillstånd. Det är därför viktigt att redogöra vilka effekter som en viss åtgärd har evidens för, under vilka omständigheter och för vem. Dessutom måste man ta hänsyn till vad åtgärden har jämförts med. En åtgärd är evidensbaserad i förhållande till en annan åtgärd (eller ingen åtgärd), och det finns knappast någon åtgärd som har en fullständig effekt för alla och allt. En jämförelse mellan två åtgärder kan visa att åtgärd X har bättre effekt än åtgärd Y, men det säger alltså inget om huruvida åtgärd X är tillräckligt bra för att användas i praktiskt arbete. För det krävs andra analyser. Nya studier tillkommer ständigt, liksom nya åtgärder, vilket kan förändra slutsatserna om olika åtgärders evidens. När det gäller kliniska beslut måste man också göra andra överväganden som inte handlar om evidens eftersom en åtgärd också ska vara etisk, lokal tillgång till metoden och kostnadseffektiv. Sammantaget betyder det att graden av evidens kan förändras med tiden, alternativt att dess styrka kan tolkas annorlunda.

För att kunna uttala sig om en åtgärds effekt på ett visst utfallsmått måste utvärderingen utformas så att det går att bedöma om förbättringarna beror på åtgärden eller på andra faktorer. Mänskligt liv innebär förändring och därför är förändringen i sig inget bevis för att en insats har haft effekt, utan det måste vara troligt att förändringen beror på insatsen och inte på några andra faktorer. Oftast använder man någon form av kontrollalternativ för att säkrare kunna värdera vad som skulle ha skett med dessa personer utan någon åtgärd. Utan en jämförelsegrupp är det svårt eller omöjligt att avgöra vad som är ett ”normalt” förlopp eller utfall. Vanligtvis behöver man också undersöka personerna före och efter åtgärden för att kunna mäta förändringens styrka.

Tidigare utgick man enbart från studiedesignen och tog liten hänsyn till andra faktorer. Det gjorde att randomiserat kontrollerade studier alltid placerades högst i evidenshierarkin eftersom de teoretiskt sett har bäst förutsättningar att visa om insatsen verkligen orsakade behandlingseffekterna. Den slumpmässiga fördelningen (randomiseringen) av personer till undersökningsalternativen gör grupperna så lika varandra som möjligt före behandlingen, vilket minskar risken för att det är bakgrundsfaktorerna snarare än behandlingen som orsakar skillnaderna. I dag finns en annan förståelse för att även randomiserade kontrollerade studier kan ha låg trovärdighet (t.ex. på grund av ett stort bortfall eller för att resultaten baseras på ett urval deltagare som inte motsvarar den tänkta och huvudsakliga målgruppen), liksom för att andra välgjorda forskningsdesigner kan ge tillförlitliga resultat.

Systematiska översikter baserade på randomiserade kontrollerade studier anses generellt ha högst tillförlitlighet. Men hierarkin är inte absolut och andra välgjorda kontrollerade studier kan också tillföra evidens, men av olika grad. Exempelvis kan välgjorda kohortstudier som följer stora grupper

över lång tid ge viktig information om riskerna med en åtgärd. Negativa effekter kan vara svårfångade i vanliga utvärderingsstudier eftersom de inkluderar färre deltagare och man inte följer deltagarna över lång tid. Utöver forskning om olika åtgärders effekter behövs annan forskning, t.ex. för att se vilka långsiktiga konsekvenser ett visst problem innebär (prognos), vilka verktyg som kan användas för att tidigt upptäcka problem (screening) och hur man på bästa sätt ska identifiera och diagnostisera en persons problem.

Att en studie är publicerad i en vetenskaplig tidning innebär inte att utvärderingen är välgjord, inte heller att de flesta forskare inom en viss vetenskaplig disciplin anser att en studie eller en studiedesign har hög kvalitet. Vetenskaplig kvalitet är inte en demokratisk fråga, utan en logisk; med vilken säkerhet kan man avgöra att en viss behandling har haft effekt?

Vanliga missförstånd

Många tror felaktigt att

1. evidensbaserad praktik är detsamma som evidensbaserade metoder
2. EBP ger entydiga besked för beslutsfattandet
3. EBP reducerar professionella till robotar
4. endast randomiserade kontrollerade studier ger information om metodens effekter
5. EBP handlar om att spara pengar.

Det första missförståndet gäller att EBP är detsamma som evidensbaserade åtgärder. Kunskap om åtgärders genomsnittliga effekter kan endast ge en allmän information om valet av åtgärd, och att bara använda en informationskälla strider mot EBP:s mål om att ge brukarna och patienterna bästa möjliga vård. Däremot är vetenskaplig kunskap om åtgärders effekter en viktig utgångspunkt när man ska fatta beslut om den enskilde personen.

Det andra missförståndet går ut på att EBP ger entydiga besked för beslutsfattandet. Den vetenskapliga kunskapen om medicinska och sociala insatsers effekter är begränsad. Dessutom är det bara en begränsad del av denna kunskap som kommer att ha ett bestående vetenskapligt värde; det finns de som menar att hälften av dagens kunskapsmassa inom medicin kan vara inaktuell, felaktig eller irrelevant om tio år. Vi kan därför utgå från att det aldrig kommer att finnas en heltäckande kunskap om vad som fungerar och vad som inte fungerar. EBP har träffande beskrivits som ett sätt att förhålla sig till osäkerhet vid beslutsfattande – EBP gör oss medvetna om vad vi vet och vad vi inte vet, och hur säker denna kunskap är.

Ett tredje missförstånd är att EBP är ett ”top-down”-perspektiv där professionella ska utföra det andra har bestämt. Men EBP handlar om att integrera bästa vetenskapliga kunskap med klientens unika förutsättningar och önskemål samt den professionelles erfarenhet och kompetens. Vetenskaplig evidens kan inte ersätta de andra kunskapskällorna utan fungerar bara som en utgångspunkt i beslutsfattandet. EBP handlar om ”bottom-up”. Om man väljer bort åtgärder med stark evidens ska det ske explicit och anledningen ska dokumenteras.

Ett fjärde missförstånd är att det endast är randomiserade kontrollerade studier som ger information om åtgärders effekter (evidens). Det betyder

dock inte att all slags forskning ger likvärdig evidens. Enligt Shlonsky och Gibbs (2004) håller EBP på att bli en ”samlingsterm för allt man kan göra med klienter som på något sätt kan kopplas till forskning, oberoende av studiens vetenskapliga kvalitet, motsägande vetenskapliga resultat eller om det tar hänsyn till klientens behov”. Det finns en evidenshierarki där evidens högt upp i hierarkin ska prioriteras. Det ska vara transparent vilken evidensnivå besluten grundas på.

Ett femte missförstånd är att EBP handlar om att spara pengar. Ibland kan kostnaderna öka om man väljer att använda den mest effektiva åtgärden för att hjälpa människor. EBP handlar inte om att spara resurser utan om att kunna hjälpa så många människor som möjligt.

Bilaga 2. Diagnoskriterier enligt DSM-IV och ICD-10

Trotssyndrom (ODD)

För att använda diagnosen trotssyndrom (på engelska ”Oppositional Defiant Disorder”, ODD) ska det handla om beteenden som har blivit ett mönster i barnets samvaro med i första hand vuxna. Dessa beteenden ska ha varat under längre tid (över 6 månader) och ska tydligt påverka den unges fungerande i vardagen. De barn som utvecklar trotssyndrom var ofta krävande redan som småbarn och ibland redan under spädbarnstiden. Många av dessa barn var missnöjda, skrikiga och svårtröstade, och föräldrarna hade svårt att få fungerande rutiner kring mat, toalettbestyr och sömn. Många har ett humör som temperamentsforskare kallar svårhanterligt, med lättväckt frustration vid motgångar, bristande impuls kontroll och svårigheter att få en rytm i vardagen med sömn, aktivitet och lugna stunder. Vissa föräldrar hade också svårt att skapa en trygg och tillitsfull anknytning till dessa barn när de var spädbarn. Om barnen dessutom har utvecklingsavvikelser som berör språket, intellektet eller motoriken är det lätt att föräldrarna känner sig frustrerade och misslyckade. De kan lätt uppleva barnen som jobbiga och resultatet bli ett negativt mönster i samspelet mellan föräldrar och barn.

Diagnoskriterier trotssyndrom [DSM-IV 313.81; ICD-10 F 91.3]

A. Ett mönster av negativistiskt, fientligt och trotsigt beteende som varat i minst sex månader, vilket tagit sig uttryck i minst fyra av följande kriterier:

- (1) tappar ofta besinningen
- (2) grälar ofta med vuxna
- (3) trotsar ofta aktivt eller vägrar underordna sig vuxnas krav eller regler
- (4) förargar ofta andra med avsikt
- (5) skyller ofta på andra för egna misstag eller dåligt uppförande
- (6) är ofta lättretad och stingslig
- (7) är ofta arg och förbittrad
- (8) är ofta hämndlysten eller elak.

I DSM-V-revisionen (DSM-V 2011) föreslås att de åtta kriterierna (utan att ordalydelsen ändras) sorteras in under följande tre rubriker, för att det tydligare ska framgå att trotsbeteendet kan förstås på olika sätt:

- Arg eller irriterat stämningsläge: (1) tappar ofta besinningen, (6) är ofta lättretad och stingslig, (7) är ofta arg och förbittrad
- Trotsigt eller egensinnigt beteende: (2) grälar ofta med vuxna, (3) trotsar ofta aktivt eller vägrar underordna sig vuxnas krav eller regler, (4) förar-

gar ofta andra med avsikt, (5) skyller ofta på andra för egna misstag eller dåligt uppförande

- Hämndlystnad: (8) är ofta hämndlysten eller elak

OBS: Kriterierna ska endast anses uppfyllda om beteendet förekommer oftare än vad som är typiskt för personer i samma ålder och på samma utvecklingsnivå.

The persistence and frequency of these behaviors should be used to distinguish a behavior that is within normal limits from a behavior that is symptomatic to determine if they should be considered a symptom of the disorder. For children under 5 years of age, the behavior must occur on most days for a period of at least six months unless otherwise noted (see symptom #8). For individuals 5 years or older, the behavior must occur at least once per week for at least six months, unless otherwise noted (see symptom #8). While these frequency criteria provide a minimal level of frequency to define symptoms, other factors should also be considered such as whether the frequency and intensity of the behaviors are non-normative given the person's developmental level, gender, and culture.

B. Störningen orsakar kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

C. Beteendemönstret förekommer inte enbart i samband med någon psykos eller något förstämningssyndrom.

D. Kriterierna för uppförandestörning är inte uppfyllda och, om personen är 18 år eller äldre, kriterierna är inte heller uppfyllda för antisocial personlighetsstörning.

Uppförandestörning (CD)

Antisociala beteenden hos barn och ungdomar är handlingar som innebär att sociala normer och regler överträds. Exempel på sådana handlingar är rymning, skolk, stöld eller inbrott, förstörelse av egendom, eldsanläggelse, fysisk grymhet eller direkt våld mot människor eller djur. Beteendemönstret eller diagnosen *uppförandestörning* (enligt DSM-IV, på engelska "Conduct Disorder", CD) används när barnet eller ungdomen uppvisar ett mönster av antisocialt beteende under en längre tidsperiod. Många barn begår emellertid enstaka, kortlivade antisociala handlingar av olika svårighetsgrad någon gång under sin uppväxt utan att detta bör betraktas eller diagnostiseras som uppförandestörning. Det grundläggande draget i en uppförandestörning är att barnet eller den unge ignorerar andra människors rättigheter eller struntar i de åldersadekvata sociala normerna och reglerna så att det påverkar vardagen. Beteendet är ofta så pass störande att det uppfattas som svårhanterligt av omgivningen. Problematiken är speciell eftersom antisociala beteenden får konsekvenser och orsakar lidande för andra än barnet eller ungdomen själv.

Barn eller ungdomar med uppförandestörning beter sig ofta på ett sätt som kränker andras grundläggande rättigheter och grundläggande sociala normer och regler. Beteendena kan innefatta skadegörelse, bedrägligt beteende, snatterier, stöld eller inbrott, eller upprepade lögner för att uppnå fördelar. Det förekommer också att de är hotfulla eller aggressiva mot människor och djur, ofta påbörjar slagsmål, visar fysisk grymhet eller använder vapen, rånar andra eller tilltvingar sig sexuellt umgänge. Utvecklingsavvikelserna medför ofta att den unge uppfattas som elak, besvärlig, olydig eller svårhanterlig av jämnåriga, vuxna och professionella. Uppförandestörning är en ganska oenhetlig diagnos, men den har ändå ett tydligt samband med utveckling av associerade problem, t.ex. missbruk, och bekymmer på lång sikt.

Diagnoskriterier uppförandestörning [DSM-IV 312.8; ICD-10 F 91.8]

Inga förändringar av kriterierna föreslås i DSM-V revisionen, däremot föreslås att A-kriterierna samlas under nedanstående underrubriker:

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 kriterier under en tolv månadersperiod, med minst ett kriterium uppfyllt under de senaste sex månaderna:

Aggressivt beteende mot människor och djur

- (1) hotar, trakasserar eller förödmjukar 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 någon människa
- (5) har visat fysisk grymhet mot djur
- (6) stöld under direkt konfrontation med offret (t.ex. väskryckning, rån med eller utan fysiskt våld eller vapenhot)
- (7) har tvingat någon till sexuellt umgänge.

Skadegörelse

- (8) har stuckit något i brand i avsikt att orsaka allvarlig skada
- (9) har avsiktligt förstört andras egendom (på annat sätt än genom brand).

Bedrägligt beteende eller stöld

- (10) har brutit sig in i någons lägenhet, hus eller bil
- (11) ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika skyldigheter mot andra (dvs. slår "blå dunster" i ögonen på folk)

(12) har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med offret (t.ex. snatteri förfalskning).

Allvarliga norm- och regelbrott

(13) är ofta ute på nätterna (med början före 13 års ålder) trots föräldrarnas förbud

(14) har rymt från föräldrahemmet eller fosterhemmet och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rör sig om en längre tid)

(15) skolkar ofta från skolan (med början före 13 års ålder).

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

C. Om personen är 18 år eller äldre får kriterierna för antisocial personlighetsstörning inte vara uppfyllda.

Specificera formen efter debutålder:

Debut i barndom: minst ett kriterium för uppförandestörning är uppfyllt före 10 års ålder.

Debut i ungdom: inga kriterier för uppförandestörning är uppfyllda före 10 års ålder.

Specificera svårighetsgrad:

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

Måttlig: Antalet beteendeproblem och deras konsekvenser för andra ligger mellan nivåerna "lindrig" och "svår" (t.ex. stjal utan direkt konfrontation med offret eller vandaliserar).

Svår: flertal beteendeproblem utöver det antal som krävs för diagnosen, eller beteendeproblemen orsakar avsevärd skada för andra (t.ex. tvingar sig till sexuellt umgänge, visar fysisk grymhet, använder vapen, rånar, gör inbrott under åverkan).

Bilaga 3. Utredning

Motiv för utredning

När ett barn har funktionsnedsättande problem bör man initiera en utredning. En utredning behövs också om personer i barnets närmaste omgivning har obesvarade frågor om barnets utveckling och sätt att fungera. Personalen i behandlingsverksamheter kan initiera en utredning om de inte når de förväntade framgångarna med sina stöd- och behandlingsinsatser.

Utredning och diagnostik av utagerande beteendeproblem bör göras av team med tvärprofessionell kompetens, t.ex. vid en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning, och vid behov i samverkan med socialtjänsten. Specialistteamen är också basen för stöd- och behandlingsinsatserna till barn med utagerande beteendeproblem. De åtgärdsprogram som teamen utvecklar bör gälla råd och stöd till barnen och deras föräldrar, underlag för skolans planering och ansvar för eventuell medicinerings. I arbetet är det viktigt att ha en lokal samverkan mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter och kommunala verksamheter.

Symtomen vid utagerande beteendeproblem uttrycks på olika sätt i olika miljöer och uppfattas och beskrivs på olika sätt av de personer som möter barnet. Om skillnaden är stor mellan olika uppgiftslämnare måste utredaren värdera om problemen är miljöspecifika (och inte en följd av utagerande beteendeproblem) eller beror på uppgiftslämnaren och dennes kännedom om barnet. Detta ställer krav på utredarens erfarenhet av barns utveckling och beteende. Utredaren ska också använda sina egna observationer vid samtal och tester. Om det finns stora skillnader mellan uppgifterna från t.ex. hemmet och skolan kan det bli nödvändigt att observera barnet i sin vardagsmiljö.

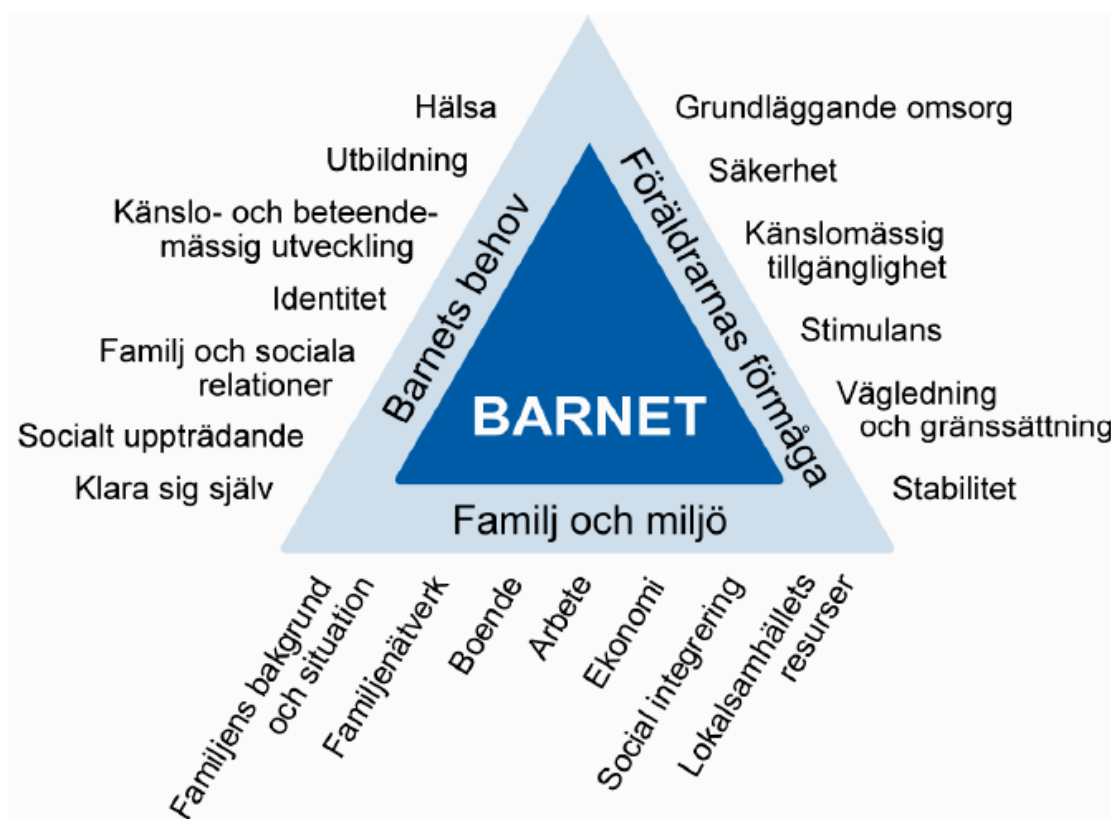
Utöver de specifika metoder som nämns nedan används förstås också de vanliga barnpsykiatriska utrednings- och bedömningsmetoderna, efter behov.

De bedömningsmetoder som redovisas här förekommer i Sverige. Några av dem har använts länge, andra har nyligen introducerats. ”Metodguiden” (www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barn_ochfamilj) är ett webbaserat kunskapsstöd, publicerat av Socialstyrelsen, som granskar metoder inom psykosocialt arbete. Graden av empiriskt stöd för de olika metodikerna varierar, men målsättningen är att Metodguiden ska granska dem och att man där ska kunna få fakta för att kunna välja den metodik som verkar passa bäst. Graderingen av bedömningsinstrument speglar kvaliteten och det vetenskapliga stödet eller bristen på stöd. Redovisningen innebär inga rekommendationer. För vissa bedömningsinstrumenten nedan är granskningen inte klar och därför kan kvaliteten och det vetenskapliga stödet inte redovisas. Ibland går det inte heller att redovisa bedömningsinstrumentets kvalitet och vetenskapliga stöd trots att det har grans-

kats. Detta kan bero på brister i de studier som ligger till grund för granskningen eller på att det saknas utvärderingar.

Barns behov i centrum (BBIC)

Barns behov i centrum (BBIC) är ett utrednings- och dokumentationssystem som tillämpas av de flesta kommuner i Sverige och bygger på det engelska ”Integrated Children’s System” (ICS) som är framtaget efter ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete. BBIC bygger på en helhetssyn på barns och ungas utveckling inom en rad områden som fysisk och psykisk hälsa, utbildning samt känslö- och beteendemässig utveckling, och ska ses som en grund för fördjupningar inom t.ex. riskbedömningar och psykiska symtom (Grundbok BBIC, Socialstyrelsen 2006).



BBIC brukar visualiseras i form av triangeln ovan och ger en helhetssyn på barnets utveckling. Det övergripande perspektivet utgår från utvecklingsekologisk teori – en teori som beskriver barns utveckling i ett interaktions- och samspejlspektiv (Bronfenbrenner 1979). Triangeln med sina tre sidor representerar barnets behov, föräldrarnas förmåga respektive familjen och miljön. I praktiken betyder detta att man ska undersöka barnets behov och vilka framsteg barnet gör i sin utveckling, båda föräldrarnas förmåga samt familje- och miljöfaktorens påverkan. Triangeln är en tankemodell som professionella kan använda för att tänka kring barns och ungdomars utveckling. Som synes stämmer BBIC-modellen bra med de fem områden

som har beskrivits ovan (sid 11): individen, familjen, skolan, kamraterna och närsamhället, tillsammans med ett *utvecklingsperspektiv*. och att ett barns beteende kan vara *en signal om missförhållanden i livssituationen*, ”barn som far illa”-aspekten.

Grunderna för triangeln kan sammanfattas i ett antal grundprinciper:

- Barn och unga ska stå i centrum.
- Utgångspunkterna är teoretiska med en utvecklingsekologisk syn och andra teorier om barns och ungas utveckling.
- Alla barn ska ha likvärdiga möjligheter.
- Utredaren ska samarbeta med barnen och deras familjer.
- Olika myndigheter ska samverka vid utredningar och bedömningar av insatser.
- Utredningen ska identifiera resurser och brister i barnets utveckling och livssituation och beskriva insatser under utredningens gång.
- Utredningen ska vara utgångspunkt för planeringen och uppföljningen av insatserna.
- Bedömningen ska bygga på kunskap och beprövad erfarenhet.

En utredare med begränsad erfarenhet av att göra diagnostiska intervjuer kan behöva göra en strukturerad, manualbaserad intervju (se nedan). På så sätt blir det lättare att identifiera de symtom som karakteriserar utagerande beteendeproblem, liksom tänkbara differentialdiagnoser och samtidiga tillstånd (samsjuklighet).

Viktiga förhållanden att uppmärksamma vid utredning

Individ

Barnet/ungdomens sätt att fungera och dess ev. psykiatriska problematik, samt risk- och friskfaktorer ska belysas genom intervjuer och frågeformulär med individen själv, föräldrarna, skol- /förskolepersonal och andra relevanta informanter.

Familj

Bedöm familjens funktionsnivå. Hur kan den fungera som stöd för den unge? Riskfaktorer? Även här är intervjuer och frågeformulär användbara.

Skola

Skolan (och förskolan) är, som påpekats flera gånger, en viktig miljö för barnet. Både som potentiell stressfaktor, men också en möjlig stödjande miljö. Bedömning av om barnet är rätt uppfattat och ställs inför rimliga krav är därför viktig.

Utveckling och mognad

Utred det utagerande beteendets utveckling, inklusive debut, omfattning, ihärdighet och allvarlighetsgrad och dess inverkan på familj, kamratrelationer och fungerandet i skolan (tänk på att problemfungerande i skolan också kan bero på möjliga samtidiga begåvnings-, språk-, uppmärksamhets- och inlärningssvårigheter). Jämför diskussionen av Pattersons modell (1982) under rubriken "Utveckling och mognad" i huvuddokumentet.

Beteende som kommunikation

Som beskrivits i huvuddokumentet kan vanvård, försummelse samt fysiska och sexuella övergrepp ha samband med utveckling av antisocialt beteende (Hill 2002). Oavsett vilket avvikande beteende som barnet uppvisar bör man därför alltid försäkra sig om att det inte är en rimlig reaktion på livssituationen.

- Kan barnets beteende vara en signal om missförhållanden i livssituationen?
- Traumatiska erfarenheter/Offrerfarenhet av fysiska eller sexuella övergrepp eller försummelse?
- Aktuella biopsykosociala stressorer (särskilt sexuella och fysiska övergrepp, separationer, skilsmässa eller dödsfall bland viktiga anknytningspersoner).

Kamratrelationer

Grupptillhörigheten blir särskilt viktig i tonåren då gruppen ger de unga en roll och värderingar som de kan dela och identifiera sig med. En välfungerande kamratgrupp blir därför en viktig skyddsfaktor och ett sätt för de unga att utveckla sina intressen.

- Har barnet/tonåringen kamrater (ensamvarg, populär)?
- Hur fungerar samspelet?
- Vad gör man på fritiden?
- Förekommer antisociala attityder eller aktiviteter (beträffande alkohol, droger och brott)?
- Gängbildning?
- Finns det kamrater som kan stödja en positiv utveckling?

Närsamhället

Uppväxtmiljön utanför den egna familjen kan vara en resurs för barnet, om den kompenserar för brister hos föräldrarna, men den kan i stället vara en ytterligare riskfaktor.

- Finns möjligheter till prosociala fritidsaktiviteter?
- Kan mor- eller farföräldrar, mostrar eller fastrar ge stöd och avlastning?
- Präglas närmiljön av arbetslöshet och social utslagning?
- Är missbruk och kriminalitet vanligt?

Intervjuer

Diagnostiska intervjuer

Det finns ett antal välutforskade diagnostiska intervjuer som brett adresserar psykiatriska diagnoser hos barn och ungdomar enligt DSM, inklusive missbruk och beroendeproblem (Winters 2003). För att använda dessa instrument krävs utbildning. Om man misstänker flera samtidiga tillstånd eller har ett svårdiagnostiserat fall kan man använda strukturerade diagnostiska intervjuer så som DAWBA, K-SADS, BCFPI HoNOSCA och ADAD. De rekommenderas om de inte är använda tidigare i bedömningsfasen.

DAWBA

DAWBA ("Development and Well-Being Assessment") är ett "paket" med intervjuer, frågeformulär (bl.a. SDQ) och skattningsmetoder som används för att ställa psykiatriska diagnoser på barn och unga i åldrarna 5–17 år. Metodiken finns översatt till svenska, <http://www.dawba.com/flsve.html>, och prövas vid flera BUP-kliniker i Sverige.

K-SADS

K-SADS ("Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia") anses av många vara "Golden standard" som intervjumetod när det gäller att ställa psykiatriska diagnoser enligt DSM-IV i åldrarna 5–17 år. Det är en halvstrukturerad intervju som görs med föräldrar och barn eller tonåringar separat och där intervjurestadierna sedan sammanställs. Intervjun tar 2–4 timmar och man bör gå en utbildning för att bli ackrediterad skattare. Intervjumaterialet finns att ladda ned på <http://hitta.vgregion.se/?q=k-sads&filter=scope:VGRegion&scoped=true>.

BCFPI

BCFPI ("Brief Child and Family Phone Interview", <http://www.bcfpi.com/bcfpi/downloads.html>) är en datorstödd intervju som kan användas både för initiala bedömningar och för uppföljningar efter behandling. Intervjun tar cirka 30 minuter. Den finns översatt till svenska och används bl.a. på BUP i Lund http://www.med.lu.se/klinvetlund/barn_och_ungdomspsykiatri/forskargrupper/ovriga_forskare.

HoNOSCA

HoNOSCA ("Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents", <http://www.liv.ac.uk/www/honosca/Home.htm>) är en kortare klinisk screeningintervju för psykiska besvär som är översatt till de nordiska språken. BUP Stockholm har prövat HoNOSCA www.bup.se/.../Glimtar%20från%20forskningsfronten%20Nr%2021.pdf.

ADAD

”Adolescent Drug Abuse Diagnosis” (ADAD, EuroADAD) <http://www.adadnatverket.se/ADAD.htm> bedömer drogmissbruk samt andra livsproblem. Målgruppen är unga missbrukare. ADAD är en strukturerad intervjumetod för bedömning av ungdomars problematik. Förutom bakgrundsuppgifter omfattar intervjun nio levnadsområden: fysisk hälsa, skola, arbete och sysselsättning, fritid och vänner, relation till familjemedlemmar, psykisk hälsa, brottslighet, narkotikavanor och alkoholvanor. Problemtyngden skattas av den professionelle samt av klienten. Formuläret består av 150 frågor och en utbildning krävs. ADAD har granskats av Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/missbrukochberoende/adad>) där man konstaterar att instrumentet har validerats på gruppnivå, i Sverige på livsområdet brottslighet, och visat sig diskriminera bra mellan antisociala och ej antisociala ungdomar. I en amerikansk studie har samtidig validitet (jämförelse med andra instrument) visat relativt goda resultat, vilket en schweizisk studie styrker när det gäller livsområdet ”psykisk hälsa”. Instrumentets reliabilitet har framför allt testats för interbedömar reliabilitet vilket gav goda resultat i både en svensk, en amerikansk och en schweizisk studie. Däremot saknas studier av konsistensen över tid, t.ex. test-retest. En normeringsstudie pågår sedan januari 2009 och beräknas vara genomförd under 2011.

Intervju med föräldrar

En eller flera intervjuer med föräldrarna är en nödvändig del av utredningen för att få en utförlig bild av barnets start i livet, tidig utveckling och aktuellt beteende. Likaså ger föräldrantervjun en bild av hur den aktuella familjesituationen ser ut och hur barnets uppväxtvillkor varit.

Individ

- Gravitet, förlossning, tidig utveckling, somatisk anamnes, begåvning
- Gravitetens förlopp allmänt, samt med fokus på missbruk, infektioner och medicinering hos modern.
- Förlossningskomplikationer? Apgar? Vård på neonatalavdelning?
- Tidig utveckling med fokus på anknytningsstörningar, temperament, aggressivitet, uppmärksamhet och impuls kontroll samt trots.
- Utvecklingshistoria beträffande kognitiva funktioner, kommunikation, språk och motorik.
- Adoption, familjehems- och institutionsplaceringar?
- Somatisk anamnes med fokus på patologi i CNS (dvs. krampanfall, skalltrauma, hjärnhinneinflammation m.m.).
- Intellektuell funktionsnivå uttryckt i begåvningsprofil, (special)intressen, skolprestationer och skolbeteende. Finns tidigare skolutredning? Bedöm begåvning, tal, språk och inlärningsförmåga.

Aktuellt beteende

- Aktuella kärnsymtom enligt DSM-IV. Det utagerande beteendets utveckling, inklusive debut, omfattning, ihärdighet och allvarlighetsgrad.
- Undersök symtomens inverkan på familj, kamratrelationer och fungerandet i skolan.
- Våldsanamnes när tillämpligt. I vilket sammanhang ägde våldet rum? Planerat eller reaktivt våld? Förekomst av akuta riskfaktorer i samband med våld: missbruk, abstinens, separationer, konflikter, familjekriser? Har individen kommunicerat risk för våld (jämför suicidal kommunikation)? Finns skyddsfaktorer (individuella eller relaterade till sammanhanget)?
- Bedöm förmåga till anknytning, tillit, affekter, självkänsla, kommunikation, ömsesidighet och inlevelseförmåga.
- Förmågan till impuls kontroll och hantering, att acceptera ansvar för egna handlingar, upplevelse av skuld eller negativa emotioner värderas. Finns lättväckt aggressivitet respektive konstruktivt användande av ilska?
- Bedöm även sinnesstämning och risk för självdestruktivitet/suicidhandlingar. Finns inadekvata reaktioner på omgivningen, paranoia eller dissociativa episoder?
- Substansmissbruk. Utred debut, substanser, omfattning, beroendeutveckling. Anamnes på tidigt, ihärdigt (miss)bruk av tobak, alkohol, illegala droger, bensodiazepiner, smärtstillande läkemedel, lösningsmedel eller andra substanser?
- Urin- och blodprov vid behov. Drogscreening av urin när kliniska tecken talar för missbruk som förnekas av barnet eller ungdomen.

Familj

Familjeinteraktion

- Familjens copingstrategier, resurser och stressorer (socioekonomisk status, socialt stöd/isolering, problem- och konfliktlösningsförmåga).
- Bedöm vårdnadshavarnas uppfostringsstrategier inklusive struktur, gränssättning, stränghet, tolerans/eftergivenhet, inkonsekvens.
- Utforska föräldrarnas och barnets samspelsmönster, särskilt sådana som riskerar leda till förstärkning av trots och omedgörlighet. Desorganiserad hemmiljö, brist på tillsyn och positiv närvaro i barnets liv indikerar problematiska samspelsmönster.
- Finns misstanke om övergrepp eller försummelse? Hur hanteras barnets antisocialitet eller aggressivitet?

Asocialitet eller psykisk sjukdom hos föräldrar

- Tidigare och aktuella antisociala beteenden hos familjemedlemmar inklusive domar i brottmål, fängelsevistelse och fysiskt eller sexuellt våld även mot barnet/tonåringen eller andra familjemedlemmar.

- ADHD, uppförandestörning, substansmissbruk, affektiv sjukdom, personlighetsstörningar, utvecklingsstörning (inlärningssvårigheter), ticsyndrom eller annan allvarlig psykisk sjukdom hos familjemedlemmar.

Intervju med barnet

I en utredning ingår alltid ett samtal med barnet, eller en observation när det är mer relevant, för att barnet utifrån sina förutsättningar ska kunna berätta om sina upplevelser och problem och sin vardagssituation. Intervjun eller samtalet utformas förstås utifrån barnets ålder och mognadsnivå och kan t.ex. ske tillsammans med föräldrarna eller enskilt med barnet. Det senare är nödvändigt om det finns skäl att befara att föräldrarnas närvaro skulle hindra barnet att tala fritt. Detta samtal är också viktigt för att barnet ska känna sig delaktigt i utredningen.

Intervju med personal i förskolan eller skolan

Utagerande beteendeproblem skapar svårigheter i olika miljöer och utredaren måste ta reda på hur barnet fungerar i andra miljöer än i hemmet, i första hand i förskolan eller skolan. Sådan information är också viktig för att kunna avgöra graden av funktionsnedsättning och bestämma inriktning på det kommande stödet. Det bästa är om man kan intervjua personalen kring barnet men annars får man överväga andra informationsvägar, t.ex. frågeformulär.

Utredaren bör sikta på att få svar på följande frågor:

- Hur fungerar den aktuella skolan i stort?
- Är lärarstaben kunnig i arbete med barn och ungdomar med aggressivitet eller antisocialt utagerande?
- Förekommer mobbning och slagsmål?
- Kan den aktuella eleven få några särskilda resurser?
- Hur många andra elever med missbruk eller utagerandeproblematik finns på skolan?

Frågeformulär

Intervjuer kan gärna kompletteras med frågeformulär som besvaras av föräldrarna och eventuellt av barnen och den pedagogiska personalen. För utredaren är det en enkel metod för att få kunskap om barnet inom olika problemområden, även sådana som är relativt ovanliga och som man lätt förbigår i en intervju. Frågeformulär kan ge kvantitativa data som kan jämföras med normerade data, och med upprepade mätningar kan man få en bild av problemutvecklingen över tid.

Frågeformulär kan däremot aldrig användas isolerat som ett diagnostiskt instrument. Generellt är de inte tillräckligt specifika och ibland inte tillräckligt känsliga för att det ska vara möjligt. Utfallet ska tolkas med försiktighet, vilket kräver kompetens och klinisk erfarenhet samt grundläggande kunskaper om psykometri. Frågeformulär bör i första hand ses som ett underlag för kommande intervjuer då man kan ta upp de saker som framkommer i

svaren. Resultattolkningen är särskilt svår eftersom människor har olika sätt och förmåga att skatta barnets beteende. Vissa tenderar att överskatta eller överdriva barnets problem (t.ex. på grund av sin egen belastade situation) medan andra vill uttrycka sig försiktigt. Det varierar också hur man tolkar ord som återkommer i frågorna, t.ex. ordet ”ofta” (som i formuleringen ”har ofta problem med ...”).

Internationellt finns det många frågeformulär och skattningsskalor som är framtagna för att användas vid utredningar av barn. För att de ska kunna användas i jämförande bedömningar måste de psykometriska egenskaperna vara väl utprovade och dokumenterade. Ur ett svenskt perspektiv saknar de flesta formulär en auktoriserad översättning och normativa data för svenska barn, vilket måste beaktas när man t.ex. jämför sina resultat med de angivna normvärdena från utprovningar i ett annat land.

Vissa frågeformulär är riktade direkt till barn och ungdomar. Formulär om internaliserade symtom kan fånga upp bekymmer som omgivningen inte alltid har noterat trots att de kan vara betydelsefulla för barnet eller den unge. Frågeformulär om utagerande beteendeproblem ska i första hand fånga upp och dokumentera barnets eller den unges egen uppfattning om sina svårigheter, vilket har stor betydelse för hur de kan få hjälp att förstå sin diagnos och för hur man kan utforma behandlingsinsatserna.

Frågeformulär som besvaras av pedagogisk personal som känner barnet väl kan vara ett bra sätt att dokumentera hur barnets problem kommer till uttryck i en annan miljö än hemmiljön.

Generella frågeformulär – individ

Generella frågeformulär kan användas för att få en överblick över symtomområdena och en mer fördjupad förståelse av problembilden och problemtyngden.

”The Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ, <http://www.sdqinfo.com/d30.html>) mäter prosociala beteenden och psykiatriska problem för barn och ungdomar i åldrarna 3–16 år (Goodman, 1999). SDQ har granskats av Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfamilj/granskningavsdq>) och man finner att SDQ kan betraktas som ett bra bedömningsinstrument för att fånga upp beteendestörningar hos barn och ungdomar, men det är mindre bra för emotionella störningar. Det finns ingen svensk manual till instrumentet.

ASEBA-systemet (Child Behavior Checklist” CBCL, Youth Self Report YSR och Teacher Report Form TRF) är en mycket använd instrumentfamilj för olika typer av psykiska och beteendemässiga problem hos barn och ungdomar. Instrumenten har normerats för åldrarna 6–16 år (Larsson & Frisk, 1999).

Specialiserade frågeformulär – individ

Trauma

”Life incidence of traumatic events” (LITE) fångar upp traumatiska livshändelser inklusive våld i familjen och misshandel eller sexuella övergrepp (Greenwald & Rubin 1999). Linköping ”Youth life experiences scale” (LYLES) är en vidareutveckling av LITE som ett självsvarsformulär för ungdomar (BUP Elefanten Linköping).

Utagerande beteendeproblem

”Eyberg child behavior inventory” (ECBI) är ett instrument som mäter allvarsgraden i barns beteenden och föräldrarnas tolerans för dessa beteenden. Det finns en 22-frågorsvariant av det ursprungliga instrumentet som nyligen har normerats för åldersgruppen 3–10 år (Axberg, Johansson Hanse, & Broberg, 2008).

Depression

”Center for Epidemiologic Studies – Depression scale”, CES-D, är ett depressionsinstrument som innehåller 20 frågor. Det finns en normering för svenska ungdomar 16–17 år (Olsson & von Knorring, 1997).

”Becks Depression Index”, BDI (Olsson & von Knorring, 1997), används ofta i Sverige. Viss kritik har riktats mot att frågeformuläret ursprungligen konstruerades för vuxna, men det kan kompenseras av att många kliniskt verksamma är vana vid att använda det.

”Montgomery Åsberg Depression Rating Scale”, MADRS, är ett internationellt välrenommerat instrument som finns för både semistrukturerade intervjuer och som självsvarsformulär. Det finns normer för svenska ungdomar (MADRS, LäkeMedelsverket 2009).

Neuropsykiatrisk problematik

”SNAP-IV”-formuläret är DSM-IV-kriterierna för ADHD och ODD formulerat som ett frågeformulär som kan fyllas i av föräldrar och personal i förskolan eller skolan. Det kan laddas ner på <http://www.barnneuropsyk.net/>.

Nordiskt formulär 5–15. ”Fem till femton”-formuläret är ett instrument för att bedöma utvecklingen och beteendet hos barn och ungdomar i åldrarna 5–15 år. Formuläret består av 181 påståenden fördelade på åtta områden. <http://www.5-15.org/Login.aspx> <http://www.5-15.se/Start.do>. Instrumentet kommer att granskas av Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfamilj/5-15>)

Missbruk

Standardiserade screening instrument för bedömning av missbruk är oftast självadministrerade.

Screening för alkoholmissbruk, ”Audit”

<http://www.slso.sll.se/upload/Affektiva/Audit%20ny.pdf>

Screening för drogmissbruk ”Dudit”

<http://www.slso.sll.se/upload/Administrationen/DUDIT%20version%202.pdf>

Dessa formulär kan också fyllas i på <http://www.escreen.se/> där resultaten sammanställs och tolkas direkt.

Frågeformulär – familj

På familjenivå är det viktigt att få en god bild av hur interaktionen mellan barn och föräldrar fungerar. Vilka föräldrastراتيجier används, hur hög är graden av stress i familjen, har föräldrar egen psykopatologi?

”Frågor om familjemedlemmar” är ett självsvarsinstrument som mäter dyader inom ett familjesystem (Hansson & Jarbin 1997). Instrumentet har fyra olika delskalor: Upplevd Kritik (UK), Upplevd Emotionell Involvering (UEI), Kritiska kommentarer (KK) och Emotionell Överinvolvering (EÖI).

”Familjeklimat” är ett självsvarstest som består av 85 adjektiv. Vid ifyllandet markeras minst 15 av de ord som bäst beskriver stämningen och samspellet i familjen. Instrumentet har homogeniserats via en faktoranalys till fyra faktorer: Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos. Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfamilj/granskningavfcs>) konstaterar att Familjeklimat är ett familjediagnostiskt självskattningsinstrument som har utvecklats på empirisk grund utifrån vanligt förekommande beskrivningar av stämningen i en familj. Instrumentets validitet är tillfredställande där faktorerna sammanfaller med de i andra instrument, men faktorn spontanitet behöver undersökas närmare. Granskningen av instrumentet Familjeklimat visar att det behövs en mer sammanhållen manual.

De båda ovanstående formuläerna kan beställas via

<http://www.familjeforum.com/index.php?p=1>

Swedish parenthood stress questionnaire” (SPSQ) är konstruerat för att mäta den upplevda påfrestning och stress som föräldrarna direkt kan relatera till sitt föräldraskap (Östberg et al 1997).

Kartläggning av skydds- och riskfaktorer

Det är nödvändigt att kartlägga barnets skydds- och riskfaktorer för att förstå problemens art och allvarsgrad och framför allt för att kunna välja inriktning på insatserna. Kartläggningen blir en uppgift för det samlade BUP-teamet eller BUP tillsammans med möjliga samarbetspartner inom t.ex. socialtjänsten, barnhälsovården och elevhälsan, och den ska förstås göras i samverkan med föräldrarna. Syftet med kartläggningen är att ge en bild av barnets egna förutsättningar, men den ska också klarlägga de skydds- och riskfaktorer som finns i familjen, förskolan eller skolan, bland kamraterna och i närmiljön. Ju fler riskfaktorer som identifieras, desto starkare motiv finns för att ingripa, i synnerhet om de förekommer ofta och tydligt påverkar

barnets vardag. Denna kartläggning måste göras på ett systematiskt sätt, vilket innebär att de som arbetar med den och med att planera åtgärderna ska vara överens om vad som ska analyseras. De ska också arbeta enhetligt och strukturerat. Detta kräver att det som ska analyseras är nedskrivet och väl definierat och att man beskriver hur kartläggningen genomförs. Det är en fördel att använda standardiserade instrument för riskbedömning, t.ex. Earl20B/G för yngre barn och SAVRY för tonåringar.

Vid Örebro Universitet pågår forskning för att arbeta fram en metod för sådana kartläggningar, ESTER. Syftet är att skapa ett bedömningssystem för dem som arbetar med att bedöma barn i risk för att utveckla utagerande beteendeproblem, besluta om, ge och följa upp insatser till barn och vuxna i deras omgivning (ESTER, <http://www.ester-bedomning.se/>). ESTER-bedömningen är tänkt att komplettera utredningar som har genomförts med stöd av t.ex. BBiC, DSM-IV-TR eller något annat ambitiöst utredningsverktyg.

Kartläggningen av risk- och skyddsfaktorer i barnets miljö måste kopplas samman med värderingen av barnets egna förutsättningar. Olika barn behöver stöd på olika sätt även om de har samma problem i miljön. Ibland kan det därför också behövas specifika medicinska och diagnostiska bedömningar för att t.ex. avgöra om barnets svårigheter kan bero på tillstånd som ADHD eller depression, som i sin tur kan kräva läkemedelsbehandling eller någon annan specifik behandling. Kartläggningen ska ge en så komplett bild av barnets förutsättningar som möjligt så att den kan användas som grund för att ge den hjälp och det stöd som barnet behöver för sin utveckling.

Stöd- och behandlingsinsatsernas omfattning och inriktning beror i hög grad på vilka skydds- och riskfaktorer barnet har i sin omgivning. En riskfaktor är något som ökar sannolikheten för att problem utvecklas medan en skyddsfaktor tvärtom minskar den. En riskfaktor är inte nödvändigtvis samma sak som orsaken till ett specifikt problem, utan något som enligt forskningen har samband med en negativ utveckling för grupper av individer. Men människor är sinsemellan väldigt olika, vilket innebär att olika faktorer har olika stor betydelse för olika individer.

Riskfaktorer har stor betydelse för barnets problem och ska därför alltid kartläggas och beaktas i behandlingsplaneringen.

Instrument för risk- och behovsbedömning

EARL-20 B/21G

För *barn upp till 12 år* med utagerande beteendeproblem används EARL-20 B/21G (pojkar/flickor, <http://www.kbt-tjanst.se/page005.aspx>). En granskning pågår på Metodguiden

(<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfamilj/earl20-bearl21-g>). Enligt en svensk studie kan Earl-20B/G predicera aggressivt beteende hos pojkar (Augimeri et al 2001, Enebrink et al 2006). För att använda instrumentet krävs utbildning. EARL är en strukturerad bedömningsmetod som fokuserar på riskfaktorerna för ett varaktigt utagerande beteendeproblem, för barn under 12 år. EARL-bedömningen blir

ett beslutsunderlag för barnets eventuella behov av insatser. I skattningen ingår

- *familjefaktorer* som föräldrastil, stress, ekonomi, stöd och antisociala värderingar
- *barnfaktorer* som debutålder, trauma, psykomotorisk utveckling, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, skolprestationer, antisocialt beteende och problemlösningsförmåga
- *mottaglighetsfaktorer* för behandling, både hos barnet och hos familjen.

SAVRY

För barn och ungdomar från 12 år och uppåt med ett utagerande beteendeproblem används SAVRY ("Structured assessment of violence risk in youth") som innehåller flera riskfaktorer och tar med viktiga skyddsfaktorer. SAVRY har granskats av Metodguiden

(<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfamilj/granskningavsavry>) där man konstaterar att instrumentet är väl validerat i flera internationella studier. Däremot saknas en svensk studie. Manualen är tydlig och strukturerad men bedöms behöva viss komplettering. SAVRY (<http://savry.se/>) är som EARL-20B/G ett kanadensiskt beslutsstöd enligt modellen strukturerad professionell bedömning. Riskfaktorerna är särskilt framtagna utifrån forskning och professionella riktlinjer för arbete med unga som utvecklar våld och aggressivitet. SAVRY täcker in tre domäner av riskfaktorer: antisocialt utagerande och individaspekter, föräldra- och familjefaktorer samt sociala aspekter hos den unge och dennes familj. Riskfaktorerna har grupperats i tio historiska faktorer, sex sociala faktorer och åtta individuella faktorer hos familjen och den unge. Bedömningarna av riskfaktorer enligt SAVRY sammanvägs till sist till en sammanfattande bedömning av risken för ett våldsamt utagerande: låg, medel och hög risk. Skattningen utgår från en manual och för att använda instrumentet behövs en utbildning (fyra dagar + tre halvdagar med handledning på egna skattningar). De faktorer som ingår i SAVRY är:

- *historiska faktorer*: tidigare våld eller brottslighet, debutålder, tidigare trauma, tidigare misslyckade behandlingar, bristande skolprestationer
- *social kontext*: kriminella kamrater, avvisad av kamrater, stress, bristande föräldrastöd och tillsyn samt bristande personligt stöd
- *individuella faktorer*: problem med risktagande och impulsivitet, bruk av alkohol och droger, dålig ilskekontroll, bristande empati, ADHD, bristande behandlingsföljsamhet och svagt intresse för skolarbete
- *skyddsfaktorer*: prosocialt engagemang, starkt socialt stöd, stark anknytning och band till andra, positiv attityd till behandling och auktoritet, starkt skolengagemang och motståndskraftig personlighet.

ESTER

ESTER (Evidensbaserad STrukturerad bEdömning av Risk- och skyddsfaktorer) är ett bedömningssystem för dem som arbetar med att bedöma behov av samt besluta om, ge och följa upp insatser till barn och vuxna i deras om-

givning (<http://www.ester-bedomning.se/>). ESTER innehåller ett screening-system (ESTER-screening) och ett strukturerat bedömningsinstrument (ESTER-bedömning). Systemet är utvecklat för att kunna användas av samtliga olika verksamheter som arbetar med barn 0–18 år (t.ex. MVC och BVC, förskola och skola, socialtjänst, BUP, polis och SiS). Det ska också användas för att förbättra och effektivisera samarbetet mellan dessa verksamheter. ESTER-bedömningen är tänkt att komplettera utredningar som har genomförts med stöd av t.ex. BBiC eller något annat ambitiöst utredningsverktyg. För att göra ESTER-bedömningar krävs utbildning, i första hand en kurs som omfattar en dag <http://www.ester-bedomning.se/products-page/>

Psykologisk testning

Vid behov kan man göra en fördjupad bedömning med en formell psykologisk testning. Ett barns allmänna begåvning, dvs. den kognitiva nivån, har stor betydelse för barnets sätt att fungera i olika vardagssituationer, framför allt när det gäller inlärning och skolprestationer men också samvaron med andra. Därför behöver man känna till barnets kognitiva förutsättningar för att förstå hur barnet fungerar och för att utforma lämpliga stöd- och behandlingsinsatser.

Intervjuer och frågeformulär kan ge god information om barnets funktionsnivå inom olika områden, men oftast krävs en mer systematisk bedömning och i många fall är det motiverat att göra en psykologisk utredning med en neuropsykologisk inriktning. Det är test av de kognitiva funktionerna inklusive den allmänna begåvningen som är mest meningsfulla vid antisocial och aggressiv problematik. Man bör också bedöma perception, uppmärksamhet och koncentrationsförmåga, impuls kontroll, språk och tal, läs- och skrivförmåga samt social förmåga. Barn med utagerande beteendeproblem har ofta starkare och svagare sidor i sin utveckling eller specifika svårigheter som man behöver känna till för att kunna ge råd, t.ex. kring utformningen av ett lämpligt pedagogiskt förhållningssätt. Med specifika svårigheter menas en svag prestationsförmåga inom avgränsade områden av utvecklingen medan den allmänna begåvningsnivån är bättre. En neuropsykologiskt inriktad utredning utgår från en bedömning av den allmänna begåvningsnivån. Resultaten av den och den övriga utredningen kan visa att testningen behöver kompletteras med en bedömning av mer specifika neuropsykologiska funktioner som exekutiva funktioner, arbetsminne och uppmärksamhetsförmåga.

Flera studier har undersökt relationen mellan utagerandestört beteende, neuropsykologiska funktioner och testbeteende (t.ex. Doyle et al., 2000; Morgan & Lilienfeld, 2000). Samsjukligheten mellan ADHD och ODD/CD är hög, och därför är det ofta relevant att testa de exekutiva funktionerna (strategi och planering samt minne) vid ODD/CD. Vissa studier har funnit stöd för att även barn med CD (oberoende av ADHD) har brister i de exekutiva funktionerna (Toupin et al. 2000). Andra har inte funnit någon sådan skillnad, men i stället funnit att ungdomar med CD har en lägre verbal förmåga jämfört med kliniska kontroller.

Det är svårt att genomföra en differentialdiagnostik med hjälp av enbart test och testen bör därför användas för att identifiera barnets eller ungdoms

mens förmågor, styrkor och svagheter (Doyle et al., 2000). Projektiv testning har sällan relevans vid utagerandeproblematik.

Utredning i skolan

Skolans elevhälsoteam ska kunna göra en allsidig elevutredning som omfattar pedagogiska, psykologiska, medicinska och sociala aspekter. Syftet med en allsidig elevutredning på basnivån är främst att få mer förståelse och kunskap om elevens behov. Utredningen ska i första hand fungera som ett underlag för åtgärder i skolan men den kan även ligga till grund för en remiss till specialistverksamheter om analysen visar att eleven behöver sådana insatser. Innan några specialister kopplas in ska skolan ha gjort en allsidig kartläggning eller utredning.

Nordiskt formulär 5–15 har flera delskalor som belyser hur barnet fungerar i skolan

Övrigt

Journaler, brottmålsdomar och tidigare anteckningar från socialtjänst, ungdomsvård inklusive SiS-institutioner är viktiga vid bedömning/utredning av antisocialt beteende. Inhämta även journalkopior från tidigare utredningar och vård inom barnhälsovård och sjukvård, inklusive barnhabilitering och BUP. Samarbeta gärna med familjeläkare, barnläkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Utöver de specifika metoder som anges ovan används förstås alltefter behov gängse barnpsykiatriska utrednings- och bedömningsmetoder. Vidare somatisk-neurologisk utredning görs enbart utifrån kliniska indikationer (EEG, DT hjärna och MR hjärna, kromosomanalyser, specifika genotyper m.m.)

Bilaga 4. Samsjuklighet

Samsjuklighet är snarare regel än undantag vid utagerande beteendeproblem. Detta innebär att den kliniska bilden ofta präglas av en hög symtombelastning med både internaliserande och externaliserande problem. Utagerande beteendeproblem i kombination med andra psykiatriska svårigheter gör att svårigheterna blir större och mer varierade. I NICE:s kunskapsöversikt (NICE 2009) sökte man efter studier som där man undersökt insatser för personer med utagerande beteendeproblem och olika typer av samsjuklighet. Man fann bara undersökningar av vuxna med antisocial personlighet och samsjuklighet, men slutsatserna verkar vara relevanta även för yngre. I huvudsak finner man att rekommendationerna för det aktuella tillståndet bör följas även vid samsjuklighet med utagerande beteendeproblem, men man betonar vikten av att anpassa, och kanske förlänga, insatserna.

Ett antal diagnoser är speciellt vanligt förekommande: ADHD, TS, Missbruk, Depression, Bipolär sjukdom, DMDD, Ångest, Inlärningssvårigheter, Autismspektrumstörning, Personlighetsstörningar, Dissociation, Psykos.

ADHD

ADHD är den vanligaste samsjukligheten och barn med både ADHD och trotsyndrom eller uppförandestörning har ofta sämre prognos än de som enbart har ADHD eller enbart trotsyndrom eller uppförandestörning (Angold et al 1999). Ett antal studier har visat att det finns en koppling mellan ADHD i barndomen och utveckling av kriminalitet eller missbruk. De senare årens studier (kliniska och befolkningsbaserade) tyder emellertid på att det är mer meningsfullt att betrakta ADHD som en riskfaktor om man samtidigt utvärderar problem med trotsyndrom eller uppförandestörning (för översikter, se Lynskey & Hall, 2001; Långström, 2002). Vid utagerande beteendeproblem är det viktigt att identifiera och behandla samtidig ADHD, eftersom behandlingen (psykopedagogik och medicinering) ofta kan förbättra de symtomen.

Utagerande våldsamt och sexuellt kränkande beteende kan ses hos unga som har diagnostiserats med Tourettes syndrom (TS).

Behandling av ADHD som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

Stöd- och behandlingsinsatserna vid ADHD ska

- öka omgivningens kunskap om vad barnets ADHD-problem innebär så att han eller hon kan mötas av rimliga krav och ett utvecklande förhållningssätt
- minska ADHD-symtomen och eventuella samtidiga problem
- förhindra tillkommande problem

- öka barnets funktionsnivå t.ex. när det gäller inläring och förmåga till samvaro med kamrater
- hjälpa barnet att själv förstå och hantera sina svårigheter
- ge barnet och familjen de sociala stödinsatser som behövs.

Innehåll i stöd och behandling

Stöd- och behandlingsinsatserna måste anpassas till det enskilda barnets problembild och föräldrarnas behov. Insatserna kan innehålla

- information och psykopedagogiska insatser
- insatser till barnet
- anpassningar i förskolan och skolan
- utvidgad föräldrautbildning eller -träning
- farmakologisk behandling.

Se vidare vårdprogram för ADHD (BUP Östergötland, Västra Götaland, Stockholm).

Missbruk

Missbruk är mycket vanligt i gruppen av ungdomar som har ett antisocialt beteende och riskfaktorerna som leder till dessa problem är desamma. Många med ett kriminellt beteende använder dessutom droger för att bli mer ohämmade och kunna begå fler kriminella handlingar (Blari & Viding 2008, Weinberg et al., 1998). Denna samvariation kan bero på att det ena tillståndet förorsakar det andra (eller vice versa), att de har gemensamma symtom eller riskfaktorer, eller att båda är uttryck för samma underliggande störning.

För att kunna identifiera eventuella alkohol- och drogproblem behöver man god kunskap om riskfaktorerna för och symtomen på riskbruk och missbruk av alkohol och droger. Risk- och missbruk förekommer långt ner i åldrarna och är en vanlig samsjuklighet bland ungdomar med ett allvarigare antisocialt beteende. Med mer kunskap blir det lättare att identifiera barns och ungdomars substansmissbruk och därför bör det vara rutin med riktade screeningfrågor om risk- och missbruk av alkohol och droger i barnpsykiatriska utredningar och behandlingar, särskilt när klienten är tonåring (se bilaga 3).

Oavsett om missbrukaren har psykiatriska problem eller antisocialt utagerande påminner de lämpliga behandlingsmetoderna mycket om vad som är verksamt för den som enbart har utagerande beteendeproblem (se behandlingsavsnittet). Förmågan att ändra sitt problembeteende beror helt på hur motiverad personen är till förändring. Oavsett valet av intervention ökar chansen för ett gott behandlingsutfall om man hela tiden håller fokus på problembeteendet, dvs. missbruket. Det är svårt att framgångsrikt behandla utagerande beteendeproblem och aggressivitet om missbruket inte tas in i behandlingsplaneringen (Larsson SoU 2011:35).

Behandling av missbruk som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

Den internationella litteraturen visar tydligt att modeller för vuxna inte kan appliceras på ungdomar med missbruksproblem, utan de kräver specifikt utvecklade och anpassade metoder för att reducera missbruk och andra relaterade problem (Brannigan et al 2004, NIAAA Modul 10A, Wagner 2008, Winters 2003). Under de senaste femton åren har forskningen om missbrukande tonåringar börjat identifiera och adressera de omständigheter och behov som karaktäriserar tonåren. De mest studerade programmen med ett gott forskningsstöd är familjebaserade, manualiserade interventioner men även gruppbaseade och individuella program finns representerade.

Ungdomar som experimenterar med droger använder främst cannabis, tabletter (både bensodiazepiner och opiat) och amfetamin. Alkohol är också vanligt. Bland opiater är Subutex vanligast men heroin och metadon förekommer också, liksom opiatläkemedel i allmänhet. Ecstasy, kokain och GHB förekommer. Olika s.k. designer drugs kommer och går. I perioder är det också vanligt med sniffning av t.ex. tändargas och bensin.

Missbruk av alkohol behandlas inte närmare här utan den intresserade hänvisas till närmaste beroendeklinik för information. Många har dock ett blandmissbruk med bensodiazepiner och som regel är det inte meningsfullt att enbart behandla alkoholberoendet om man inte också tar itu med tablettberoendet.

Det är vanligt att dela in missbrukare i kategorier, men en del forskare föreslår i stället att ungdomars användning av alkohol och droger skattas utifrån ett kontinuum, från icke-användare till beroende (Harrison et al 1998, NIAAA Module 10A):

- *icke-användare* av alkohol och droger
- *användare*: experimentellt användande eller rekreationsanvändande ett fåtal gånger, men personen anser att riskerna väger tyngre än fördelarna och kan vara utan
- *regelbundna användare*: skaffar och använder alkohol och/eller droger mer frekvent men bryr sig fortfarande om sitt rykte och föräldrarnas giltande
- *missbrukare*: regelbundet användande med flera alternativt få men allvarliga konsekvenser, personen tappar intresset för icke-drogrelaterade aktiviteter som han eller hon brukade tycka om samt upplever negativa sociala konsekvenser (i skolan och familjen) till följd av missbruket
- *beroende*: intar alkohol och/eller droger kroniskt och tvångsmässigt, använder substanser med direkta ruseffekter, lägger en stor del av sin tid och energi på att skaffa substanser.

Socialmedicinsk klassifikation (Enligt Bejerot)

Terapeutiskt missbruk

Missbruket börjar med att drogen används som terapi mot något symptom, oftast oro, smärta eller sömnstörning. Det är vanligt vid bensodiazepin- och

analgetikaberoende. Terapeutiska missbrukare uppfattar sig oftast inte som missbrukare eftersom de faktiskt oftast tar vad doktorn ordinerar, och därför är det bättre att använda uttrycket läkemedelsberoende som är mer neutralt.

Epidemiskt missbruk

Missbrukaren börjar använda droger av nyfikenhet för att uppnå eufori, och det finns en stor social smittsamhet i detta bruk. Epidemiska missbrukare är oftare blandmissbrukare men de har nästan alltid ett favoritpreparat. De lever ofta ett asocialt och kriminellt liv även bortsett från den kriminella narkotikahanteringen.

Cannabis är det vanligaste medlet vid epidemiskt missbruk. Cannabismissbrukare kan drabbas av psykoser, men framför allt får de med åren allt större kognitiva funktionsnedsättningar som sänker deras sociala och intellektuella funktionsnivå. Förändringarna kommer dock smygande och därför är denna patientgrupp inte särskilt hjälpsökande, utan det är ofta omgivningen som slår larm. De flesta störningarna är reversibla om man kan få patienten cannabisfri, och det finns ett effektivt påverkansprogram för att rehabilitera cannabismissbrukare (Rådgivningsbyrån mot narkotikaproblem i Lund, <http://www.droginfo.com/index.htm>). Blandmissbruk med alkohol är vanligt, liksom med amfetamin.

Heroinmissbrukare använder ofta även bensodiazepiner. När det är svårt att få tag i heroin eller när pengarna tryter tar heroinmissbrukare gärna andra opiater (morfin, kodein, dextropropoxifen, tramadol, buprenorfin eller hostmedicinen Cocillana-Etyfin, som innehåller etylmorfin). Alkohol och hasch är vanligt även vid heroinmissbruk.

Endemiskt missbruk

Endemiska missbrukare använder en drog som är accepterad i samhället, t.ex. alkohol. Avser i Sverige endast alkohol (och nikotin). I invandrargrupper kan dock endemiska droger från hemlandet förekomma.

Behandling av missbruk hos ungdomar

En expertpanel enades 2004 om nio huvudkomponenter som karakteriserar en effektiv behandling av missbruk hos ungdomar (Brannigan et al 2004).

- Behandlingen bör föregås av en bedömning (av psykiatriska, psykologiska och medicinska problem, inlärningssvårigheter, familjefunktion och andra aspekter av ungdomens liv) och sedan anpassas till de behov som identifieras.
- Behandlingen bör vara heltäckande och utgå från en integrerad ansats (dvs. adressera olika behov i flera aspekter av ungdomens liv).
- Familjen (föräldrarna) bör involveras i behandlingen.
- Behandlingen bör anpassas efter ungdomars behov (man ska inte bemöta ungdomar som ”små vuxna”).
- Behandlingen bör bygga på tillit mellan den unge och terapeuten för att motverka behandlingssammanbrott.

- Behandlingspersonalen bör vara kvalificerad samt ha kunskaper om barns och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser, missbruk och beroende.
- Behandlingen bör adressera typiska behov hos pojkar respektive flickor samt behov utifrån kulturella skillnader hos minoriteter.
- Behandlingen bör inkludera återfallsprevention, eftervård och uppföljningar.
- Behandlingsutfallet bör mätas i kontrollerade utvärderingar.

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling av substansberoende går ut på att behandla abstinensbesvären, tillhandahålla substitut för att lindra drogsuget och blockera substansernas effekter. Det finns liten evidens för läkemedelsbehandling av missbrukande ungdomar (NTA 2009, Minozzi et al 2009a, Minozzi et al 2009b, Waxmonsky & Wilens 2005).

När det gäller missbrukande ungdomar bör man vara försiktig med farmakologiska behandlingar och inte rutinmässigt översätta metoder som är framtagna för vuxna. Medicinerna har inte utprovats för målgruppen och det är okänt vilka effekter de har på den fysiska och mentala hälsan. (NTA 2009). Man måste också ta särskild hänsyn till risken för missbruk av läkemedlen och till eventuell interaktion mellan de verksamma ämnena i de förskrivna läkemedlen och substanserna i berusningsmedlen (Waxmonsky & Wilens 2005).

I ett PM från år 2009 från Beroendekliniken vid Linköpings universitetssjukhus sägs följande om behandling av missbruk (i samtliga nedanstående fall bör man ta ett urinprov för narkotikascreening och tänka på att personen kan ha ett blandmissbruk):

Abstinens

De droger som ger toleransutveckling, t.ex. alkohol, bensodiazepiner och opiater, orsakar också abstinens när tillförseln avbryts efter en längre tids missbruk.

Opiater

Den akuta heroinpåvändningen pågår i 15–30 minuter och därefter återgår missbrukaren till ett normaltillstånd och ser då inte ut att vara påverkad. Pupillen blir normalstor efter att tidigare ha varit miotisk. Efter 4–5 timmar startar abstinensen med vida pupiller, gäspningar, gäshud, rinorré och ökat tårflöde samt värk i muskler och leder som övergår i allt intensivare symtom med diarréer, kräkningar och till sist intorkning och abdominella kramper. De psykiska symtomen är framförallt oro, störd sömn och rastlöshet som kan stegras till desperation och aggressivitet. Symtomen är som störst under det andra dygnet utan drogen.

Hypnotika

Abstinens från hypnotika ger stark ångest, oro, grovvågig tremor i händer, sömnlöshet, takykardi, svettning, ortostatisk hypotension, delirium och eventuellt epileptiska kramper.

Centralstimulantia

De som slutar använda centralstimulantia får sällan någon abstinens som behöver behandlas, men till en början kan de bli överretbara och irriterbara samt få psykotiska symtom.

Cannabis

På grund av cannabis långa halveringstid kommer abstinensbesvären långsamt, är diffusa och varar länge. Symtomen är irritabilitet, koncentrations-svårigheter, sömnsvårigheter, mardrömmar, överklighetskänsla, ångest och depression.

Ecstasy

Det är vanligt med panikångest och depressioner efter missbruk av ecstasy. Problemen kan kvarstå i månader men man kan prova att behandla med SSRI i sedvanlig dosering.

Depression

Många barn och unga med trotssyndrom och uppförandestörning drabbas också av depressioner. Kombinationen av depression, ångest och PTSD ökar risken för att personen ska utveckla en antisocial personlighetsstörning som vuxen. Kombinationen av uppförandestörning och depression ökar också risken för självmord (Fombonne et al 2001). Många barn och unga med utagerande beteendeproblem uppvisar tecken på depression men det har länge varit oklart om detta beror på att depression orsakar utagerande aggressivitet, att aggressivitet medför depression, eller att underliggande riskfaktorer (exempelvis svårt temperament, impulsivitet och sociala samspelssvårigheter) ökar risken för båda tillstånden. Kasen och medarbetare (2001) fann emellertid att en egentlig depression vid 13–15 års ålder gav tio gånger så hög risk för att få en antisocial personlighetsstörning vid ung vuxen ålder, också sedan man hade kontrollerat för en mängd möjliga ”confounders” på familje- och individnivå inklusive uppförandestörning, trotssyndrom och ADHD. Motsvarande riskökning var knappt fem gånger för dem som hade uppförandestörning, trotssyndrom och ADHD sedan man hade kontrollerat för samma ”confounders” på familje- och individnivå samt för egentlig depression. En egentlig depression i tidiga tonår innebär alltså en stark ökning av risken för att unga vuxna ska få ett mönster av allvarligt och genomgripande utagerande, oberoende av en andra riskfaktorer.

Behandling av depression som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

I ”Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom” (Socialstyrelsen 2010) rekommenderas att barn och yngre tonåringar med depressiva symptom ska få en stödjande kontakt som aktivt kan följa upp de aktuella symptomen. På så sätt vill man öka barnets eller ungdomens och familjens förmåga att hantera sin livssituation. För äldre tonåringar ingår rådgivning om dygnsrytm, mat, motion, alkohol och andra droger liksom om sexuellt riskbeteende.

Första stegen i behandlingen går ut på att

- undervisa patienten och föräldrarna om depression
- ge dem lämpliga lästips
- identifiera och behandla en eventuell psykisk störning hos någon förälder
- identifiera och hantera problem med
 - familjen
 - kompisar
 - skolsamarbete
 - livsstil
 - mathållning inklusive frukost
 - sömn
 - alkohol
- undervisa patienten och föräldrarna om strategier för att bemästra ångest.

Stöd med denna målsättning är särskilt viktigt för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem som ju ofta har en besvärlig livssituation. Som en specifik behandling inriktad mot depression rekommenderas KBT i grupp eller individuellt

(<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest>).

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom, särskilt i hypoman fas, kan ge symptom som liknar ADHD: uttalad rastlöshet, överaktivitet, pratsamhet och koncentrationssvårigheter. Särskilt i början av ett skov känner den unge att han eller hon orkar och kan mer än vanligt och mår ovanligt bra. Den stora skillnaden mot symptomen vid ADHD ligger i förloppet och varaktigheten. Snabba och mycket kraftiga svängningar i humöret, inklusive täta episoder med irritabilitet, kan vara tecken på bipolär sjukdom.

Behandling av bipolär sjukdom som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

Enligt ”Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom” (Socialstyrelsen 2010) behöver personer med bipolär sjukdom hög tillgänglighet och god kontinuitet inom hälso- och sjukvården så att vården kan få specifik kunskap om personen och hennes eller hans förutsättningar, sårbarhet och

behov. Det är också viktigt att känna till familjens och nätverkets förutsättningar och möjligheter att ge stöd till återhämtningen. På så sätt blir det lättare för hälso- och sjukvården att uppmärksamma risken för återinsjuknande samt ofullständiga effekter av behandlingen. Med god kontinuitet känner de unga och deras familjer även mindre stress och mer trygghet i kontakten med vården, vilket i sin tur ökar följsamheten till behandlingen. Vid bipolär sjukdom är det särskilt viktigt att både patient och föräldrar får kunskap om sjukdomen. Man bör använda farmaka för att behandla ett akut maniskt tillstånd samt för att förebygga återinsjuknande (<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest>).

Störande beteende med labilt humör (DMDD)

I de förberedande arbetena för DSM-V (DSM-V 2011) föreslås en ny diagnos, ”Disruptive Mood Dysregulation Disorder” (DMDD, ”Störande beteende med labilt humör”, översättning Per Gustafsson). Tanken är att reservera diagnosen bipolär sjukdom för tillstånd som har ett tydligt episodiskt förlopp, medan den nya diagnosen kan fånga upp de barn som enligt DSM-IV har fått diagnosen bipolär sjukdom, men som alltid har haft problem med att reglera affekter (Leibenluft 2010).

A. Tillståndet karaktäriseras av svåra, återkommande humörutbrott som en reaktion på vardagliga stressorer.

1. Humörutbrotten tar sig uttryck verbalt och/eller beteendemässigt som verbala raseriutbrott eller fysisk aggressivitet mot människor eller egendom.
2. Reaktionen är starkare och varar längre än vad den aktuella situationen eller provokationen motiverar.
3. Reaktionen är inkonsekvent med utvecklingsnivån.

B. Frekvens: Humörutbrotten inträffar i medeltal tre eller flera gånger per vecka.

C. Stämningssläge mellan humörutbrotten.

1. Stämningssläget mellan humörutbrotten är nästan varje dag negativt (irritabel, arg, och/eller ledsen).
2. Det negativa stämningssläget kan också observeras av andra (t.ex. föräldrar, lärare, kamrater).

D. Duration: Kriterierna A–C har förelegat i minst 12 månader. Under den tiden har individen aldrig varit utan symtomen längre än 3 månader.

E. Humörutbrotten uppträder i minst två miljöer (hemma, i skolan eller tillsammans med kamrater).

F. Ålder minst 6 år (eller utvecklingsmässigt motsvarande ålder).

G. Problematiken ska ha debuterat före 10 års ålder.

H. Under det senaste året har det aldrig förekommit någon distinkt period med längre varaktighet än en dag med abnormt förhöjt eller expansivt stämningssläge som varat hela dagen och inte heller att detta förhöjda eller expansiva stämningssläge åtföljts av tre (eller flera) av B -kriterierna för mani (dvs. grandiositet eller uppblåst självförtroende, minskat sömnbehov, pressat språk, tankeflykt, distraktabilitet, ökat målinriktat beteende eller excessivt sysslande med aktiviteter som lätt kan få smärtsamma konsekvenser). Ett onormalt förhöjt stämningssläge ska skiljas från utvecklingsmässigt lämpliga reaktioner i samband med händelser som barnet eller den unge har önskat, eller i förväntan på sådana.

I. Tillståndet kan inte bättre förklaras av någon annan DSM-diagnos (t.ex. psykos, depression eller mani, PDD, ångesttillstånd eller PTSD). Observera att DMDD kan förekomma samtidigt med ODD, ADHD, CD och missbruk. Symtomen kan inte förstås som fysiologiska effekter av alkohol eller drogmissbruk, eller bero på någon allmän medicinsk eller neurologisk sjukdom.

Behandling av DMDD som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

Om barn och ungdomar som uppfyller kriterierna för DMDD inte utgör en undergrupp av klassisk bipolär sjukdom kan DMDD vara en möjlig diagnostisk kategori. I så fall har det betydelse för bl.a. farmakologisk behandling. Det borde inte vara rimligt att behandla DMDD med antipsykotisk mediciner som vid bipolär sjukdom, och man behöver inte längre vara försiktig med att använda centralstimulantia och antidepressiva pga. oro för att utlösa maniska skov. DMDD är dock fortfarande inte en accepterad diagnos och därför finns få behandlingsstudier av tillståndet. I en studie har dock valproat visats ha effekt (Blader et al 2009), och dessutom pågår en studie som jämför centralstimulantia och citalopram med centralstimulantia och placebo (<http://clinicaltrials.gov/>, identifier NCT00794040). Psykoterapeutiska program som är utvecklade för barn och ungdomar med bipolär sjukdom (enligt den tidigare definitionen) innehåller troligen relevanta komponenter som borde prövas för DMDD (se t.ex. Pavuluri & Resko 2008).

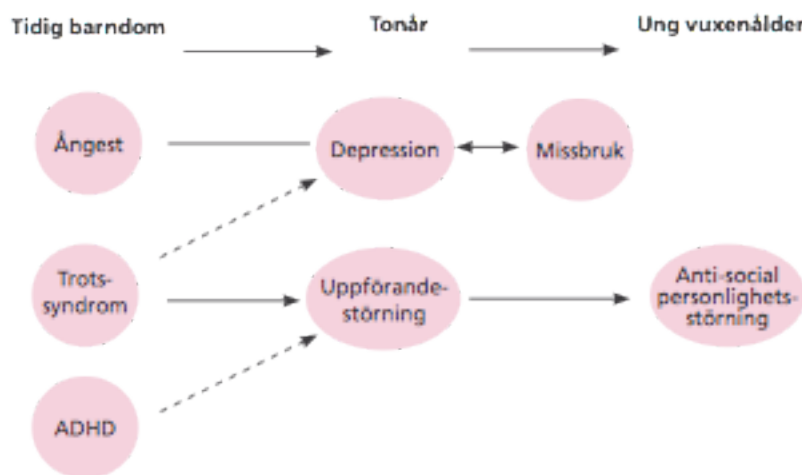
Ångest

Många ungdomar med uppförandestörning har ångestsymtom inklusive posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Det finns dock inget stöd för att ångestsyndrom i sig skulle öka risken för utagerande utan data tyder snarare på att en hög ångestbenägenhet medför en lägre risk för antisocialt utagerande. Är man ängslig av sig vågar man helt enkelt inte göra sådant som är riskfyllt eller farligt. I en välgjord studie av Kasen et al. (2001) hade tonåringar med ångesttillstånd distinkt mindre risk att ha en antisocial personlighetsstörning

vid 21 års ålder. Ändå har man ofta noterat ångest bland unga kriminella, men det beror troligen på en relativt hög samsjuklighet med depression och uppförandestörning eller på att sambandet har påverkats av underliggande riskfaktorer som har betydelse för flera tillstånd, exempelvis svåra uppväxtförhållanden inklusive övergrepp, separationer, avvisanden m.m.

Behandling av ångest som samsjuklighet med utagerande beteendeproblem

I ”Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom” (Socialstyrelsen 2010) betonar man att ångestsyndrom, som generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi, ger barnen och ungdomarna en nedsatt funktionsförmåga med svårigheter att fungera hemma, i skolan och bland kamrater. I vissa fall kan dessa svårigheter vara stora till mycket stora. Det finns också risk för att barnet eller den unga personen successivt försämras med ytterligare funktionsnedsättningar, och sjukdomen kan bli långvarig om hälso- och sjukvården inte erbjuder en lämplig behandling. Det finns även risk för självmord om symtomen inte behandlas. Därför rekommenderas aktiva uppföljningar vid symtom på ångest eftersom man då kan följa hur tillståndet utvecklas samtidigt som uppföljningen i sig kan ha en terapeutisk effekt. En kombinationsbehandling med KBT och antidepressiva läkemedel (SSRI) har god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi hos barn och ungdomar (<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest>).



Utvecklingssekvenser mellan utagerande stort beteendeproblem och samsjuklighet. Den streckade pilen indikerar ett förhållande där ADHD påskyndar debuten och förvärrar svårighetsgraden av uppförandestörning, men endast vid samtidig förekomst av trotsyndrom. Linjen utan pilar indikerar ett förhållande i vilken riktningen är oklar.

Inlärningssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter och låg begåvning

Många med utagerande beteendestörning har också inlärningssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter och låg begåvning. Svårigheterna med att läsa och

räkna förstärker skolproblemen och därför är det viktigt att en utredning klarlägger detta.

Barn med utagerande beteendeproblem presterar ofta sämre i begåvnings-test, särskilt när det gäller verbal begåvning. En låg verbal begåvning kan också göra det svårare för barnet att lära sig vilka beteenden som är acceptabla och vilka som inte är det (Andershed & Andershed 2005). Barn som har svårt att resonera verbalt kan i stället använda aggressivt beteende för att ta social kontroll (Moffit & Scott 2008). Detta leder till kamrat- och skol-svårigheter, vilket i sin tur kan leda till att barnet får ett svagare band till instanser eller personer som är viktiga för hans eller hennes positiva, prosociala socialisation (Andershed & Andershed 2005, Moffit & Scott 2008). Vid minsta osäkerhet om utvecklingsnivån bör man göra ett standardiserat begåvnings-test.

Syn- och hörselnedsättningar har stor betydelse för ett barns sätt att fungera, inte minst för koncentrationsförmågan. Därför ska syn och hörsel undersökas frikostigt så att man kan utesluta problem som innebär en extra belastning för framför allt skolsituationen.

Autismspektrumstörningar (ASD)

Autismspektrumstörningar (ASD) har inget generellt samband med ett antisocialt beteende, men barn och ungdomar med autismspektrumstörningar kan visa ett aggressivt och kränkande beteende. Howlin (1997) beskrev orsakerna bakom detta som annorlunda än vid uppförandestörning. Unga med ASD kan pga. sin sociala naivitet förledas in i ett kriminellt beteende, och aggressiviteten kan bero på avbrott i rutinerna. Ett antisocialt beteende kan orsakas av brister i förståelsen eller av feltolkningar av sociala signaler, och brott och fascination för våld kan också vara en del av ett specialintresse. Fortfarande vet man dock för lite om anpassningen över längre tid för dem som uppfyller kriterierna för *högfungerande autism* eller *Aspergers syndrom* (enligt föreliggande förslag kommer Aspergers syndrom att försvinna som beteckning i DSM-V (DSM-V 2011) och i stället räknas in i ASD). Det finns några fallstudier som antyder Aspergers syndrom bland en del individer som har begått vissa ovanliga eller bisarra våldsbrott, men det finns inget stöd för att autismspektrumstörningar i sig ökar risken för att utveckla kriminalitet eller missbruk.

Man kan behöva särskilja gruppen av barn med ASD från gruppen med brist i empati eller ett flackt känsloliv ("callous traits", se nedan) eftersom båda grupperna visar en känslomässig trubbighet. En viktig skillnad är att personer med brist i empati eller ett flackt känsloliv har mentaliseringsförmåga och därmed inga svårigheter att förstå hur andra människor tänker och resonerar (kognitiv empati). Personer med asd har dock mycket svårt för detta. En annan skillnad är att personer med ASD inte visar någon nedsatt förmåga när det gäller att bearbeta känslor som rädsla eller ledsenhet, och de verkar tycka att det är obehagligt när andra är olyckliga (emotionell empati). Personer med brist i empati eller ett flackt känsloliv visar en oförmåga att uppfatta och förstå uttryck för rädsla och ledsenhet, och de upplever inte andras olycka som obehaglig. Den känslomässiga trubbigheten har alltså olika orsaker.

Behandling vid ASD

Funktionsnedsättningar inom autismspektrum måste uppmärksammas eftersom personer med dessa problem kan ha mycket svårt att fungera i de behandlingsprogram som har tagits fram för barn med utagerande beteendeproblem. Bemötandet måste anpassas till deras svårigheter i social interaktion och svårigheter att förstå och uppfatta sammanhang. Behandlingsprogrammen kan dock fungera väl med ett anpassat bemötande (utförlig förklaring, god struktur, förutsägbarhet etc.).

Personlighetsstörningar

Av tradition har man inom BUP undvikit att diagnostisera personlighetsstörningar i tonåren. Anledningen är att dessa störningar per definition kräver ett varaktigt, oflexibelt och generaliserat mönster av upplevelser och beteenden som innefattar störningar av kognition, affekter, mellanmänniskt samspel eller impulskontroll. Med andra ord måste man vara säker på intensiteten och varaktigheten i beteendet innan diagnosen sätts. Av personlighetsstörningarna i DSM-IV är det dock bara antisocial personlighetsstörning (aspd) som har en formell åldersgräns och som inte kan sättas innan individen har fyllt 18 år. Antisocial personlighetsstörning är vanlig bland etablerade vuxna kriminella och stämmer väl med en genomgripande kriminell livsstil. Störningen karakteriseras av upprepade normöverträdelser och brottsliga handlingar av många olika slag. Johnson et al fann (2000) i en populationsbaserad, prospektiv studie av tonåringar att misshandel av en annan person i ung vuxen ålder hade ett samband med särskilt paranoida, narcissistiska och passivt-aggressiva personlighetsdrag eller fullt utvecklade personlighetsstörningar (någon av paranoid, schizoid, schizotypal, borderline, narcissistisk eller histrionisk). Sambanden kvarstod även sedan man hade kontrollerat för socioekonomisk status, föräldrarnas psykopatologi och andra psykiska störningar hos ungdomen (inklusive uppförandestörning under uppväxten). Personlighetsstörningar eller symtom på sådana verkar alltså ha oberoende kopplingar till våldskriminalitet även hos ungdomar.

En av de föreslagna förändringarna i DSM-V är att barn och ungdomar som uppfyller diagnoskriterierna för en uppförandestörning ska kunna få en specificering ("specifier") för att skilja ut de som har "callous traits" (se Scheepers et al 2010). "Callous" kommer från latinets callus och kan kanske översättas med "hårdhudad", att man är okänslig för andras känslor och lidande. I förslaget (översättning Per Gustafsson) ingår 1/ att barnet eller ungdomen måste uppfylla diagnoskriterierna för uppförandestörning, 2/ att två eller fler av kriterierna nedan ska ha varit genomgripande drag under minst 12 månader i mer än en relation eller ett sammanhang. För att specificera "callous traits" ska multipla informationskällor användas – förutom personen själv ska man söka information från familjemedlemmar, lärare och kamrater som har känt personen under rimligt lång tid.

- *Avsaknad av ånger eller skuld känslor:* Visar inte ånger eller skuld känslor när han eller hon gör något fel (förutom att uttrycka ånger om man blir avslöjad och/eller riskerar bestraffning)

- *Hårdhudad brist på empati*: Bortser från eller bryr sig inte om andras känslor
- *Obekymrad över prestation*: Bryr sig inte om dåliga eller problematiska prestationer i skolarbetet, arbetet eller andra viktiga aktiviteter
- *Grunda eller bristfälliga affektiva reaktioner*: Visar inte känslor eller emotioner i relation till andra, förutom på ett grunt eller ytligt sätt (t.ex. visar känsloreaktioner som inte är konsekventa i förhållande till handlingarna eller snabbt kan växla mellan att visa eller inte visa känslor) eller använder affekter för att få fördelar (t.ex. för att manipulera eller skrämna andra)

Behandling av "callous traits"

Uppföljningsstudier har visat att barn och ungdomar med "callous traits" har dålig prognos. Scheepers et al (2010) påpekar dock att personlighetsdragen troligen har en stark genetisk bakgrund. De rekommenderade insatserna vid utagerande beteendeproblem är dock ofta psykosociala, och de dystra resultaten kan bero på att behandlingsinsatserna inte har haft rätt inriktning. Det är möjligt att en mer biologiskt inriktad behandling kan ha bättre effekt.

Dissociativ störning

Dissociation är en psykologisk försvarsmekanism för att hantera emotionella konflikter eller inre eller yttre påfrestningar, och den innebär ett sammanbrott av t.ex. medvetandet, minnet, perceptionen och motoriken. Tillståndet innebär ofta en tillfällig identitetsdiffusion och kan misstolkas som en psykos, men det har också beröringspunkter med PTSD. Dissociation är ett effektivt sätt att bygga upp murar och försöka skärma av minnet av ett trauma, och det förekommer därför hos barn och ungdomar som har varit utsatta för övergrepp. Dissocierade minnen fortsätter dock att störa i form av fragmenterade känslor eller beteenden (återupplevelser) utan att man förstår sammanhanget. Människor som har lärt sig att hantera trauman via dissociation fortsätter ofta att göra det även vid mindre stressande situationer. Detta kan få besvärliga konsekvenser för en ungdom som sitter i skolan och där går in i ett dissociativt tillstånd (Nilsson 2002).

Psykos

I dag finns det inget säkert vetenskapligt stöd för att psykossymtom i sig ökar risken för utagerande beteende bland unga. Symtomens eventuella betydelse är dock svår att studera eftersom psykoser är klart ovanligare hos unga än hos vuxna. Däremot vet man att psykossymtom har betydelse för våldsamt utagerande hos vuxna (se diskussion i Webster et al., 1997 och Tengström, 2000).

Övrigt

I enstaka men kliniskt viktiga fall kan epilepsi, organiska hjärnskador, dissociativa störningar samt toxiska reaktioner på exempelvis androgena stero-

ider bidra till ett allvarligt aggressivt utagerande eller finnas med som sam-
sjuklighet.

Bilaga 5. Behandlingsmetoder

De behandlingsinsatser som redovisas nedan är sådana som förekommer i Sverige. Några har varit i bruk en längre tid medan andra är nyligen introducerade. De är alla ”manualiserade”, dvs. det finns någon form av instruktion som stöd för behandlarna. Graden av empiriskt stöd för de olika metodikerna varierar enligt ”Metodguiden”, ett webbaserat kunskapsstöd, publicerat av Socialstyrelsen, som granskar metoder inom psykosocialt arbete. Målsättningen är att Metodguiden ska granska olika insatser och att man där ska kunna få upplysningar för att välja den metodik som passar bäst i det enskilda fallet.

Graderingen av metoderna gäller bara kvalitet och vetenskapligt stöd eller brist på stöd, och redovisningen innebär inga rekommendationer. För vissa av metoderna nedan är granskningen inte klar och därför kan kvaliteten och det vetenskapliga stödet inte redovisas. Ibland går det inte heller att redovisa metodens kvalitet och vetenskapliga stöd trots att den har granskats, t.ex. om det finns brister i de studier som ligger till grund för granskningen, eller om det saknas utvärderingar.

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj>

Metodernas resultat beror mycket på det som kallas ”metodtrogenhet”, dvs. i hur hög utsträckning man följer den ursprungliga metoden när det gäller insatsens innehåll, omfattning målgrupp etc., samt i hur hög utsträckning behandlarna har reell kompetens för att ge insatsen. Det senare betonar vikten av utbildning och certifiering. Enligt en del internationella studier har vissa metoder effekt, och för dem måste man observera metodtrogenheten hos svenska utövare. Dessa aspekter är relevanta för bl.a. ART och Steg för Steg (se nedan).

SBU:s systematiska litteraturöversikt

SBU publicerade i juni 2010 den systematiska litteraturöversikten ”Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn” (SBU 2010:202). Denna granskning är den mest omfattande som har gjorts i Sverige och slutsatserna har hög relevans. Granskningen gällde dock metodernas evidens när det gäller att förebygga psykisk ohälsa (universell eller selektiv prevention), men många av metoderna används även för barn som redan har identifierats med problem (indikerad prevention). I det syftet finns det fler studier som stöder effekten, men det empiriska stödet är ändå svagare än vad som vore önskvärt och framför allt saknas längre uppföljningar. Program som redan är etablerade lokalt kan användas i väntan på bättre kunskap, om man samtidigt följer upp effekten av dem. Detta är SBU, Folkhälsoinstitutet och även Socialstyrelsen helt överens om.

SBU bedömde 33 standardiserade och strukturerade insatser (program) som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn, och kom fram till att 7

av dem har ett begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen: Föräldrastödsprogrammen *De otroliga åren* (översatt från ”Incredible Years”), *Triple P* och *Family Check-Up* har enligt internationella studier begränsat vetenskapligt stöd för förebyggande effekt (beteckningen ”begränsat vetenskapligt stöd” innebär att det finns välgjorda studier som stöder effekten, men att nya studier kan tänkas påverka bedömningen). De otroliga åren är etablerat i Sverige, Triple P prövas i Uppsala och Family Check-Up i Göteborg. Det resterande fyra var skolprogrammen *Good Behavior Game*, *Coping Power*, *Coping with Stress* och *FRIENDS*.

Föräldrastödsprogrammen *KOMET*, *COPE* och *Connect* har undersökts i minst en kontrollerad studie vardera men studierna ger inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att kunna bedöma effekten. Efter SBU:s granskning har det dock kommit ytterligare två studier som visar *KOMET*:s effekt, och *COPE* och *Connect* prövas i en svensk multicenterstudie.

De övriga program som används i Sverige är inte vetenskapligt utprovade som preventionsprogram.

I de flesta fall har metoderna små effekter på utagerande beteendeproblem. Många av studierna är dessutom utförda i andra länder, och eftersom effekterna sannolikt varierar med sociala och kulturella sammanhang är det oklart om programmen har samma effekt om de överförs till Sverige. Programmen kan också behöva anpassas så att de stämmer med svenska värderingar och vår syn på barns rätt.

Program som bygger på att ungdomar med utagerande beteendeproblem träffas i grupp kan öka risken för normbrytande beteenden. Det finns även andra tänkbara negativa effekter av program för både utagerande och inåtvända problem, men de är ofullständigt belysta. SBU:s samlade bedömning är dock att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (dvs. det finns välgjorda studier som stöder en negativ effekt) för att gruppinterventioner med barn och ungdomar kan försvåra utagerande beteendeproblem. Man konstaterar att det behövs randomiserade studier som kontrollerar att de program som används har förebyggande effekt i svenska populationer och inte medför risker. Det behövs också hälsoekonomiska studier som undersöker om programmen är kostnadseffektiva.

Tidiga insatser för riskutsatta barn 6–12 (36) månader

Föräldra-spädbarnsverksamhet

De flesta landsting har verksamheter för föräldrar och spädbarn. Målgruppen är gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer (barn 3–12 månader, ibland upp till 3 år) som är utsatta för påfrestningar som kan leda till relationsstörningar mellan föräldrar och barn. I NICE:s kunskapsöversikt (NICE full guideline 2009) konstaterar man att det finns kontrollerade studier som visar signifikanta resultat av stödinsatser som är inriktade på samspelet mellan föräldrar och barn samt på att stödja föräldrarna i föräldrarollen och stärka deras omsorgsförmåga genom att förbättra den känslomässiga kontakten med barnet, liksom av insatser för att förbättra hälsovanor (minska rökning

och alkoholbruk) och stimulera människor till att ta del av andra samhällsinsatser. Verksamheterna erbjuder enskilda samtal, familjesamtal, nätverksarbete, arbete med samspelet mellan föräldern och det späda barnet, dagverksamhet med miljöterapi och eftervårdskontakter i grupp och enskilt. De kan vara utformade som en dagverksamhet eller ske i form av hembesök av en sköterska.

Det finns cirka 60 späd- och småbarnsverksamheter i Sverige. Utifrån det risktänkande som NICE lyfter fram bör dessa verksamheter troligen inriktas mer mot de högriskfaktorer som nämns ovan (Waldenström et al 2011). Dessutom bör de sträva efter att nå mödrar med riskfaktorer redan under graviditeten, och se till att innehållet i insatserna följer de utvärderade programmens. Svenska studier (Sydsjö et al 2001) har visat att MVC har goda möjligheter att identifiera riskgraviditeter och att insatser under graviditeten och spädbarnstiden kan göra att mödrarna lättare tar till sig fortsatt stöd. I förlängningen kan det minska barnens utagerande beteendeproblem (Neander & Engström 2009, Wadsby & Arvidsson 2010, Salomonsson & Sandell 2011).

NICE fann inget stöd för enskilda specifika föräldrastödsmetoder, utan det är stöd till hemmet i kombination med en bra förskola som har evidens för effekt. Stödet bör baseras på välstrukturerade, manualbaserade program där följsamheten monitoreras och inriktas mot flera områden, som föräldraskap, beteende i förskola, föräldrarnas hälsa och sociala situation samt sysselsättning.

Family Check-Up

SBU finner stöd för Family Check-Up, en metod som kan riktas till barn i alla åldrar. Den insatsen beskrivs mer detaljerat under insatser för tonåringar.

Nedan nämns ett antal föräldraträningsprogram för föräldrar till barn under 3 år. SBU konstaterar att de program som används i Sverige inte är vetenskapligt utprövade så att det går att bedöma deras effektivitet. Lokalt etablerade program kan ändå användas i väntan på bättre kunskap, förutsatt att effekten av dem följs upp.

PREP

”The Prevention and Relationship Enhancement Program” (PREP) är ett manualbaserat grupprogram för par. Programmet omfattar totalt 10–15 timmar utspridda över 5–6 veckor, på kvällstid eller under en helg. De viktigaste målen för programmet är att

- förbättra kommunikationen och öva konstruktiva sätt att hantera konflikter
- klargöra de förväntningar och grundprinciper man har när det gäller parförhållandet
- bevara och utveckla det roliga, vänskapen och den spirituella gemenskapen i ett förhållande

- hjälpa paren att utarbeta en gemensam ”regelbok” för hur man hanterar konflikter
- ge verktyg för att öka och bevara engagemanget.

Information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden finns på www.prep.se. Sensus studieförbund är huvudman för PREP i Sverige.

Småbarnsliv

Småbarnsliv (”Right from the start”, tidigare kallat ”Från första början”) är ett manualbaserat föräldragrupsprogram för föräldrar med spädbarn, och det har utvecklats av samma grupp som COPE. Programmet är videobaserat och innefattar åtta möten. Vid det första mötet får föräldrarna se en kort videoinspelning som är utgångspunkt för en diskussion om anknytningens betydelse. Vid det andra mötet får föräldrarna, med utgångspunkt från videoinspelningarna, diskutera lämpliga förhållningssätt som de sedan får öva. Vid det tredje mötet diskuteras barns olika temperament. Vid de fjärde och femte mötena ligger fokus vid att känna igen signaler som visar på att barnet vill vara i fred, alternativt att barnet tycker om en situation. Vid det sjätte mötet inriktas uppmärksamheten på hur föräldern kan låta barnet styra en lek. De två sista mötena behandlar hela relationen mellan barnet och föräldern.

Metoden erbjuds av många kommuner i Sverige och dess teoretiska bakgrund finns tillgänglig på internet (på engelska):

<http://www.rfts.ca/rfts/index.html>. Information om praktiska erfarenheter av metoden finns t.ex. på <http://www.linkoping.se/sv/Skola-barnomsorg/Forskoleverksamhet/Familjeprogram-/Smabarnsliv/>

Vägledande samspel (ICDP)

Vägledande samspel (International Child Development Programme, ICDP) är ett grupprogram för föräldrar med spädbarn men programmet finns också i förskole- och skolbarnsvarianter. Syftet är att utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn. Utbildningen i programmet är uppbyggt kring åtta samspelsteman som föräldrarna diskuterar utifrån samspelssituationer inspelade på video.

Information om metoden finns på internet (på svenska):

http://www.icdp.se/de_tre_dialogerna_och_de_atta_temana_for_gott_samspel.aspx. Där finns också information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, liksom på <http://www.icdp.info/evaluation.html>.

Marte Meo

Marte Meo är en konsultations- och behandlingsmodell som har spridits i Sverige under de senaste tio åren. Programmet bygger delvis på samspeleprogrammets principer. Effekterna har ännu inte utvärderats i någon kontrollerad studie även om en sådan pågår vid Socialhögskolan i Lund.

Svenska Marte Meo-föreningen är en ideell förening för personer som har intresse för eller arbetar med metoden.

<http://www.martemeoforeningen.se/?page=education>

PUFF

Positiv utveckling genom forskningsbaserade förebyggande insatser (PUFF) är ett program som Örebro universitet har utvecklat och arbetar med att utvärdera. Programmet bygger på svensk forskning kring förebyggande arbete för barn som är 3–5 år.

<http://www.oru.se/Forskning/Forskningsprojekt/Projekt/JPS/PUFF-forskola/>

Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer

Den vetenskapliga dokumentationen är bäst när det gäller de beteendearikade psykoterapeutiska metoderna. Metaanalyser som rör studier av interventioner för antisociala unga visar att effektiva behandlingar ska vara multimodala, dvs. kombinera flera metoder och rikta in sig på att förändra mer än en aspekt av ett problematiskt beteende.

För barn som är yngre än 12 år bör man i första hand erbjuda gruppbase-
rade föräldraträningsprogram. Om det är svårt att engagera föräldrarna, eller om familjens behov är för komplexa för att kunna tillgodoses i ett gruppbase-
rat program, kan man erbjuda ett individualiserat föräldraträningsprogram. Föräldrar till barn med antisocialt eller aggressivt utagerande bör dock inte rutinmässigt erbjudas några ytterligare insatser (t.ex. för relationsproblem eller egna psykiska problem) parallellt med föräldraträningsprogrammet eftersom sådana insatser inte har visat någon effekt på det utagerande beteendet.

Föräldraträningsprogram

Föräldraträningsprogram utgår från sociala inlärningsprinciper och tränar föräldrarna att förändra sina barns beteende. Behandlingsformen är en av de mer väl undersökta inom barn- och ungdomsterapi. Föräldraträningsprogram erbjuds ofta som en del i behandlingen vid BUP-enheter, men de förekommer även i kommunal regi inom socialtjänsten eller på familjecentraler etc. Alla föräldraträningsprogram bör

- vara strukturerade och ha ett upplägg som bygger på social inlärningsteori
- inkludera relationsbyggande strategier
- erbjuda tillräckligt många träffar, helst 8–12 stycken
- göra det möjligt för föräldrarna att identifiera sina egna behov av uppfostringsmodeller
- använda rollspel under träffarna och hemläxor mellan dem för att kunna generalisera nya strategier till hemsituationen

- ges av ledare som har lämplig utbildning, tillgång till handledning och vidareutbildning samt erfarenhet av att etablera en terapeutisk allians med föräldrarna
- följa programmets manual och följsamheten bör även monitoreras
- inkludera problemlösningar, både hur föräldrarna själva löser problem och hur de kan hjälpa barnet att lösa problem
- ha visats ha effekt.

Verksamt innehåll i föräldraträningsprogrammen

Program ska bestå av 8–12 gruppträffar eller 13–16 individuella träffar två timmar per gång, rollspel, hemläxa samt gruppleddare som är utbildade för metoden, följer manualen och har möjlighet handledning. Programmet bör även innehålla träning i problemlösning och positivt beteende genom belöningsystem och bekräftelse.

SBU framhåller dock att osäkerheten är stor på många områden pga. studiernas upplägg. Studierna är för heterogena för att man ska kunna bedöma om några komponenter i programmen är mer verksamma än andra för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Det går inte heller att bedöma om det finns något samband mellan programmets intensitet och varaktighet och effekten på barns utagerande beteendeproblem. De flesta studier gäller insatser som ges av specialutbildad personal, och därför går det inte att bedöma hur behandlarens kompetens påverkareffekten på barns utagerande beteendeproblem. Studierna räcker inte heller för att bedöma om det är kostnadseffektivt att använda dessa program för att förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ.

Ungdomar med stora utagerande beteendeproblem kan ha en negativ inverkan på varandra när de deltar i gruppinterventioner inom ramen för selektiva och indikerade preventionsprogram. Studierna visar inte om program för att förebygga utagerande beteendeproblem hos barn eventuellt kan ha en negativ effekt på familjesystemet.

Positive Parenting Program – Triple P

”Triple P standard” är ett föräldraträningsprogram för barn som har utvecklat utagerande beteendeproblem, och det ges individuellt eller i grupp vid upp till 12 tillfällen. Triple P har utvecklats sedan år 1977 av Sanders et al (2000) i Australien. Programmet vänder sig till föräldrar med barn i åldrarna 0–19 år och bygger på flera teorier, främst social inlärning, beteendemodifiering och utvecklingspsykologi. Triple P består av moduler för fem olika nivåer, från generella insatser till alltmer riktade. Nivå 1 förmedlar information via medier (TV, DVD, tidningar och informationsblad). Nivå 2 och 3 är avsedda för föräldrar med barn som har milda beteendeproblem. Nivåerna 4 och 5 riktas till föräldrar vars barn löper risk att utveckla allvarliga psykiska eller psykosociala problem, dvs. en selektiv insats.

”Triple P enhanced treatment” är ett förstärkningsprogram som riktar sig till samma grupp av barn men för familjer som har andra svårigheter, t.ex. psykisk sjukdom eller samlevnadsproblem. Programmet är mycket likt ”Incredible years” och behandlingen omfattar upp till 11 träffar à 60–90

minuter. Föräldrarna får lära sig 17 kärnfärdigheter som är utformade för att öka det positiva och minska det negativa beteendet hos barn, t.ex. lära dem att tala med barn, sätta gränser, visa ömhet och vara en god förebild som förälder. SBU:s granskning visar att föräldrastödsprogrammet Triple P på en selektiv nivå minskar symtomen på utagerande beteendeproblem hos barn i förskoleåldern i minst 12 månader, i familjer som har en liten till måttlig social belastning. Effekten är liten till måttlig. Triple P håller på att införas i Uppsala,
http://www.akademiska.se/templates/page_48150.aspx,
<http://www19.triplep.net/?pid=59>

De otroliga åren

Programmet De otroliga åren bygger på den amerikanska förlagan ”The incredible years” och finns i två varianter: en för föräldrar med barn i åldern 2–7 år och en för de som har barn i åldern 4–10 år. I den första varianten träffas föräldragrupperna 12–14 gånger, två timmar vardera, och i den andra träffas de 8–10 gånger à två timmar. Liksom i de övriga programmen är videoinspelade problemsituationer ett viktigt inslag. De grundläggande momenten som tränas är lek, uppmärksamhet, beröm, belöning, ignorering, konsekvenser och problemlösning (Webster-Stratton et al 2004), och de lösningar som föreslås är relativt styrda av handledningen. I den första varianten (2–7 år) ingår också ett särskilt moment om barnens lek och i den andra (4–10 år) två moment om problemlösning.

SBU konstaterade att De otroliga åren enbart har prövats i miljöer med betydande social utsatthet. Där har programmet haft en liten effekt på förskolebarns utagerande symptom i minst 8 månader, enligt blindade observationer. Enligt föräldraskattningar är dock effekterna ringa eller saknas.

Information om metoden finns på internet (på engelska): <http://www.incredibleyears.com/>. Mer information om utbildning av gruppleddare och praktiska erfarenheter av metoden finns på www.familjeforum.com,
<http://deutroligearene.uit.no/ikbViewer/page/dua/forside>.

KOMET

Programmet KOMET är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år som har utagerande beteendeproblem, som är svåra att få kontakt med, som inte kan koncentrera sig eller som har dåliga kamratrelationer. Föräldragrupperna består av föräldrarna till sex barn och de träffas 11 gånger à 2,5 timmar. Programmet är utvecklat av Precens Preventionscentrum i Stockholm i samarbete med FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad, och bygger till viss del på ett program av Barkley och medarbetare. Vid SBU:s granskning hade KOMET undersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för effekt. Sedan dess har dock ytterligare två positiva studier publicerats (Karlberg 2011). Information om metoden finns på internet (på svenska). Kontaktpersoner för utbildning av gruppleddare samt information om programmet och dess tillämpning finns på www.kometprogrammet.se.

COPE

”The Community Parent Education program” (COPE) är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år. Grupperna består av 15–25 föräldrar som träffas 8–14 gånger, omkring 2 timmar vid varje tillfälle, då deltagarna delas in i mindre grupper om 6–8 föräldrar. Programmet ger föräldrarna stor frihet att själva föreslå lämpliga förhållningssätt. Vid SBU:s granskning hade COPE undersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för någon effekt. COPE prövas för närvarande i en svensk multicenterstudie.

Information om metoden finns på internet (på svenska):

www.svenskacope.se, tillsammans med information om utbildning av gruppleddare och fakta om praktiska erfarenheter. Kursledarna ska ha pedagogisk kompetens, kunskap om barn och vana vid att leda grupper.

Parent Management Training (PMT Oregonmodellen)

”Parent Management Training” (PMT Oregonmodellen) är en manualbaserad modell där man arbetar individuellt med en familj och tränar fem kärnkompetenser med föräldrarna för att öka deras förmåga att bemöta sitt barn på rätt sätt. Följande förmågor hjälper föräldrarna att få en bättre relation med sina barn: uppmuntran, gränssättning, kontroll och handledning, problemlösning i familjen samt positivt engagemang i barnen (Stubbs et al 1998). I princip används samma innehåll och upplägg som i de gruppbase- rade uppläggen ovan. Fördelen är att man kan anpassa sig till familjer med särskilda behov och familjer som kanske inte vill eller kan delta i en grupp- baserad modell.

Atferdssentrum i Oslo bedriver utbildning i PMT

<http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>. Metodiken beskrivs också på <http://www.oslc.org/>.

Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser

Den gruppbase- rade eller individuella föräldraträningen behöver ibland kombineras med problemlösningsträning och social färdighetsträning för barnen. Det gäller för äldre barn, från 8 års ålder, samt barn som har mer allvarliga tillstånd. Träningen sker individuellt under 10–16 veckor och man fokuserar på kognitiva strategier som hjälper barnet att

- generera flera olika lösningar på interpersonella problem
- analysera andras intentioner
- förstå handlingars konsekvenser
- sätta mål för önskvärda beteenden.

Överväg även träning i ilskekontroll, oftast i grupp under 10–16 veckor. Observera att då kan det finnas risk för negativ kamratpåverkan (”deviance- training” – träning i att utveckla negativa avvikande beteenden). Fokus ska vara på kognitiva strategier som hjälper barnet att

- förbättra sin förmåga att uppfatta och tolka sociala signaler
- hantera ilska genom coping och ”själprat”
- utveckla alternativa ”icke-aggressiva” responser på interpersonella problem.

Överväg även social problemlösningsträning, som ges i grupp över en period under 10 – 16 veckor. Observera dock att det kan finnas risk för negativ kamratpåverkan (”deviance-training” – träning i att utveckla negativa avvikande beteenden). Fokus ska vara på kognitiva strategier som hjälper barnet att:

- modifiera och utveckla interpersonella tolkningsprocesser
- utveckla en mer sofistikerad förståelse av andras motiv och önsningar
- förbättra förmågan att reglera sina emotionella reaktioner.

Kognitiv problemlösningsträning

I kognitiv problemlösningsträning får barnet eller ungdomen t.ex. träna på att tänka ut alternativa lösningar och hantera interpersonella situationer med föräldrar, lärare, syskon och kamrater. Under sessionerna utvecklas problemlösningens förmågan genom praktiska övningar, modellering, rollspel, rättande feedback och social förstärkning. Utanför sessionerna tillämpar barnen olika problemlösande steg i interpersonella situationer i vardagslivet.

Problem-solving skills training (PSST)

”Problem-solving skills training” (PSST) är en individuell behandling med fokus på att identifiera problemsituationer, träna problemlösningens förmågan och sedan applicera de nya förmågorna i sociala situationer med familjemedlemmar och kompisar samt i skolan för barn 7-13 år. Man övar detta i modellering, rollspel, praktiska övningar, hemuppgifter etc. (Kazdin et al 1992, Moffit & Scott 2008). Det finns inga uppgifter om att programmet är etablerat i Sverige.

De otroliga åren – Dinosaurieskola

Dinosaurieskolan är en gruppbehandling med 22 veckors program à 2 timmar, med sex barn för barn 4-8 år. Barngruppen ges som ett komplement till De otroliga årens föräldraträningssessioner. Träffarna leds av två behandlare som så långt det är möjligt ignorerar barns negativa beteende och i stället uppmuntrar och belönar positivt beteende. Via strukturerad lek, övningar och videovinjetter får barnen prata om och träna beteenden så som att förstå och upptäcka känslor samt öva ilskehantering, problemlösning och prosocialt beteende (Webster-Stratton & Reid 2003)

<http://www.incredibleyears.com/>. Dinosaurieskolan har använts på BUP Stockholm och information om metoden finns på den norska hemsidan <http://deutroligearene.uit.no/ikbViewer/page/dua/forside>.

Coping power

”Coping power” är en gruppbehandling som innehåller 33 sessioner à 1,5 timma för barn från 8 år. Träningen fokuserar på att känna igen känslor och hantera ilska, tolka sociala signaler rätt och utveckla prosociala problemlösningsfärdigheter genom problemlösningsträning. Behandlingen sker med två terapeuter i grupper med 5–7 barn. Sessionerna innehåller rollspel, modellering och anvisningar inför situationer i det verkliga livet, men också föräldra- och lärarträning (Lochman & Wells 1996). SBU har granskat evidensen för ”Coping power” som ett skolprogram och fann att det minskar graden av utagerande beteendeproblem hos skolbarn i upp till 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag). Effekten är dock liten. Planer finns på att etablera programmet på BUP Stockholm. Mer information finns på

www.copingpower.com.

Aggression Replacement Training (ART)

ART är ett manualbaserat träningsprogram för ungdomar med beteendeproblem. Programmet består av tre delar: ilskekontroll, social färdighetsträning och moralisk utveckling. ART utvecklades i USA, på en institution för pojkar som var dömda för våldsbrott. Sedan 1990-talet förekommer metoden i en rad svenska miljöer och används för en bred målgrupp som universell, selektiv och indikerad prevention. Metoden bygger på principer om beteendemodifiering, dvs. att minska oönskade beteenden och ersätta dem med önskade, och kognitiv beteendeterapi. Träningen genomförs i grupp (5–7 ungdomar enligt manualen) av två speciellt utbildade ART-tränare. Det finns en rad företag i Sverige som utbildar ART-tränare och de ”master trainers” som får utbilda andra till tränare. ART-metoden saknar varumärkeskydd, vilket innebär att ingen licens behövs, men det innebär också att ingen har ansvar för hur och var metoden används. ART-utbildningarna kan därför se mycket olika ut. ART uppfyllde inte kriterierna för att ingå i NICE:s granskning av metoder.

Det har ifrågasatts om ART som det kommit att bedrivas i Sverige kan räknas som en manualiserad metod. Det finns inga formella krav för att få genomgå en ART-utbildning. (Holmqvist et al 2005). En studie har undersökt ART inom kriminalvården i Sverige (Lardén 2010) och där fann man en negativ effekt för de som hade genomgått programmet. Enligt analysen kan det bero på att programmet har använts för fel målgrupper. Det utvecklades främst för personer med en påtaglig reaktiv aggressivitet (de som har svårt att hantera provokationer och reagerar med kort stubin), men programmet kan också ha givits till personer med s.k. instrumentell aggressivitet (de som utövar ett planerat våld som inte är impulsivt). Metodguiden håller på att granska ART

(<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/art>). Metodens utvecklare ger mer information på <http://www.aggressionreplacementtraining.org/HOME.html>

Insatser för ungdomar 12–17 år och deras familjer

Under uppväxten blir barn mer självständiga; ungdomar prövar tobak, alkohol och droger och det är heller inte ovanligt att tonåringar begår brott. Därför är stödet till tonårsföräldrar ofta inriktat på att förebygga dessa problem. Insatserna kan ges som indikerad prevention för att hindra ungdomar från att utveckla allvarligare antisocialitet (t.ex. missbruk och kriminalitet), men metoderna beskrivs lika ofta som behandling. Tidiga insatser ger tydligare effekter.

Även för tonåringar bör man alltid överväga föräldraträningsprogram och ett strukturerat föräldrastöd. Några av programmen ovan har gruppmodeller som är anpassade till tonårsföräldrar även om effekterna inte är lika välstuderade.

Strukturerat föräldrastöd till tonårsföräldrar

Family Check-Up (FCU)

”Family Check-Up” (FCU) kan riktas till barn i alla åldrar men beskrivs mer detaljerat här. Basen för FCU är tre eller fyra möten med barnets föräldrar. Vid det första gör man en kort intervju för att kartlägga föräldrarnas oro och bekymmer samt se hur motiverade de är för förändring. Detta möte lägger grunden för framtida kontakter. Arbetssättet vid FCU bygger på en komprimerad men bred utredning som ska identifiera betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer, och med det som grund startar man en dialog med familjen om både kartläggningens resultat och förslag till individualiserade konkreta avgränsade interventioner (Dishion et al 2006, Stormshak et al 2009). På detta sätt kan olika familjers problematik bedömas på ett snarligt sätt av professionellt verksamma, utifrån kunskapsläget om betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer hos barn och unga. SBU konstaterar att FCU, med tillgång till ytterligare insatser om så skulle behövas, minskar symtomen på utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar i minst 12 månader”. Effekten är måttlig.

Kartläggningens resultat ska presenteras så att de knyter an till föräldrars egna vardagserfarenheter, samt på ett sätt som fångar upp föräldrars egen motivation till förändring. Metoden består av individuellt utformade föräldrastödsinsatser. FCU skiljer sig från traditionella föräldraträningsprogram genom att integrera resultat från den aktuella kartläggningen med familjens motivation till förändring, medan andra kan utgå från en förbestämd ”utbildningsplan” i föräldrastategier. Man har ett proaktivt arbetssätt med regelbundna kontakter med familjer vars barn riskerar att få en allvarlig problemutveckling. Det skiljer sig alltså från BUP:s traditionella stöd- och behandlingsinsatser som ju inte är uppsökande.

Den strukturerade bedömningen i FCU kan användas som en kort interventionsprocess i sig, eller som bas för att skapa en relation till familjen och ett underlag för fortsatta individualiserade behandlingsinsatser om man identifierar några problem, eller om föräldrarna återkommer för att få ytterligare stöd. Många föräldrar är nöjda med bedömningsprocessen med tre

samtal och återkommer bara för att få råd kring specifika situationer, ibland på telefon. Andra familjer fortsätter behandlingen vars innehåll vägleds av utredningen i analysfasen och föräldrarnas motivation för ytterligare insatser.

Behandlingsdelen av FCU kallas för ”Ekologiskt familjeinterventions- och behandlingsprogram” (EcoFIT, Stormshak et al 2005). Benämningen ekologisk beror på att kartläggningen och utbudet av tillgängliga interventioner bygger på de riskfaktorer man har identifierat runt barnet eller ungdomen. Tyngdpunkten i insatserna ligger på föräldrafärdigheter som berör föräldrarnas direkta samvaro med barnet eller den unge, men också på föräldrarnas förmåga att stödja sitt barn i andra miljöer som t.ex. rör skolarbetet, samvaron med jämnåriga och fritiden. FCU beskrivs på <http://cfc.uoregon.edu/educa-training.htm>. Modellen prövas och utvärderas i en studie i Göteborg, i samarbete mellan primärvården och socialtjänsten.

Program som i regel inte erbjuds av BUP

De program som nämns nedan och som används i Sverige är inte vetenskapligt utprövade på ett sådant sätt att SBU kan bedöma deras effektivitet. Man framhåller dock att lokalt etablerade program kan fortsätta att användas i väntan på bättre kunskap, förutsatt att man följer upp effekten av dem.

Steg för Steg

Steg för Steg är ett manualbaserat föräldragrupsprogram för föräldrar till barn i årskurs 6–7. Föräldrarna får titta på korta videovinjetter och sedan diskutera fördelar och nackdelar med olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Några av de diskuterade sätten prövas därefter i rollspel och föräldrarna uppmanas sedan att pröva några av dessa förhållningssätt hemma. I Steg för Steg ingår också att planera för gemensam tid tillsammans med barnet. Socialdepartementet har delvis finansierat utvecklingen av programmet, som bygger på en amerikansk förlaga, ”Iowa Strengthening Families Program”. Det finns en svensk randomiserad studie (Skärstrand 2010), men där kunde man inte visa att interventionen hade någon effekt på vare sig alkohol- eller drogbruk. Forskarna diskuterar om det kan bero på svårigheter i att översätta och överföra ett amerikanskt program till svensk kultur. Information och kurser finns på <http://www.prevochinfo.se/>

Örebro PreventionsProgram

Örebro PreventionsProgram (ÖPP) är utvecklat av forskare vid Örebro universitet och är inriktat på att förebygga berusningsdrickande och kriminalitet. Föräldrarna till barn i skolår 6–8 träffas en gång per termin i anslutning till ordinarie föräldramöten, och mötet hålls av särskilt anställda personer. Syftet med mötena är för det första att föräldrarna gemensamt ska komma överens om hur de ska förhålla sig till att ungdomar dricker sig berusade och till andra normbrott. Föräldrarna i varje klass formulerar en skriftlig överenskommelse som alla sedan undertecknar. För det andra vill man få föräldrarna att klargöra sin egen inställning till berusningsdrickande och prata

med barnen om frågan. Föräldrarna får även ett regelbundet nyhetsbrev. Programmet tar betydligt mindre tid i anspråk än kommunikationsprogrammen, det innehåller inga moment som tränar positiv uppmärksamhet för önskvärda beteenden och inte heller några avsnitt där föräldrar får öva sig olika förhållningssätt. ÖPP håller på att granskas av Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/opp>)

För att leda ÖPP krävs en grundutbildning till att bli föräldramötespresenter. Kursen leds av en certifierad ÖPP-instruktör, och efter två heldagarutbildning får man presentationsmaterialet och behörighet att använda ÖPP-metoden. Det finns en påbyggnadsutbildning till certifierad ÖPP-instruktör som omfattar ytterligare två heldagar samt ett individuellt examinationstillfälle. För att bli instruktör ska man ha utbildning och minst ett års erfarenhet av att arbeta med ÖPP. Som certifierad instruktör har man rätt att utbilda nya presentatörer. Mer information finns på www.oru.se (sök på ÖPP).

Program som förekommer på BUP

KOMET Tonårsprogram 12–18 år

KOMET Tonårsprogram är ett föräldraträningsprogram för tonårsföräldrar. Gruppen består av föräldrar till sex ungdomar och två gruppledare, och man träffas 10 gånger. Den första träffen är individuell för att man ska kunna kartlägga aktuell problematik, familjens situation samt eventuellt övrigt hjälpbehov. Viktiga grundstenar i behandlingen är samvaro, positiv uppmärksamhet och förstärkning, kommunikation, förberedelser, problemlösning, regler, sätt att hantera negativa situationer och beteenden samt kontrakt (Hultman Boye et al 2006) www.kometprogrammet.se.

Tonårs-COPE

Tonårs-COPE går ut på att grupper om upp till 30 föräldrar bearbetar vanliga vardagsproblem med hjälp av videovinjetter, diskussioner och rollspel. I programmet ingår moment om tobak, alkohol och droger. www.svenskacope.se

Connectprogrammet

Connectprogrammet är en anknytningsbaserad gruppbehandling för föräldrar till tonåringar med uppförandestörning. Genom att använda anknytnings-teorier och öka kunskaperna om barns och ungdomars utveckling vill man förbättra föräldrarnas intoning, empati och affektreglering. Programmet omfattar 10 lektioner med viktiga teman som byggstenar i anknytningsarbetet: att förstå tonåringens beteende, att använda konflikter för att förstå tonåringen, samt att balansera kontakt mellan förälder och tonåring och tonåringens självständighet. I utbildningen ingår rollspel och hemläxor (Obsuth et al 2006, Moretti & Obsuth 2008). Vid SBU:s granskning hade Connect undersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för någon effekt. Connect provas för närvarande i en svensk multicenterstudie vid Örebro universitet

(<http://www.oru.se/Arkiv/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv1/2010/Orebro-blir-nationellt-centrum-for-Connect/>). Programmets amerikanska webbplats är <http://adolescenthealth.ca/connect/>.

Behandlingsprogram

Om föräldrarna inte vill eller kan medverka i ett föräldraträningsprogram, eller om ungdomens utagerande problem är så allvarliga att det är osannolikt att ett föräldraträningsprogram skulle räcker till, överväg något av nedanstående.

Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

”Brief Strategic Family Therapy” (BSFT) är en kort intervention som används för att behandla barn och ungdomar (8–17 år) som riskerar att utveckla ett drogmissbruk i ungdomsåren och samtidigt har andra beteendeproblem. Metoden är en problemfokuserad strukturell familjeterapi under kort tid, oftast 12–15 terapisesioner (60–90 minuter långa) under tre månader. Målet är att ändra de samspelelmönster mellan familjemedlemmarna som är direkt relaterade till den unges beteendeproblem och hjälpa familjen att utveckla mer effektiva interaktionsmönster. BSFT är en empiriskt baserad familjeterapeutisk modell som har utvecklats och prövats i över tre decennier av klinisk forskning vid University of Miami. Enligt flera akademiska och nationella (USA) organisationer är BSFT effektivt för att minska eller stoppa drogmissbruk och andra relaterade beteendeproblem hos ungdomar. Family Therapy Training Institute of Miami har utvecklat metoden: <http://www.brief-strategic-family-therapy.com/about-bsft.html>. Det finns planer på att starta en utbildning i Sverige, i samverkan mellan Miami University och Maria Ungdomsenhet i Stockholm. Kontaktperson i Sverige är Kjell Gardeland vid Maria Ungdom Stockholm, Kjell.Gardeland@saf.stockholm.se.

Funktionell familjeterapi (FFT)

Funktionell familjeterapi (FFT) är en manualbaserad insats för familjer med ungdomar som har utagerande beteendeproblem, trottsyndrom, antisocialt och aggressivt beteende eller missbruk. FFT integrerar systemteori, kommunikationsteori och beteendeterapi och består av 8–12 familjeterapisesioner. FFT har som målsättningar: Klar struktur och tydliga mål för varje session. Att förändra defensiv-försvarsriktad kommunikation. Arbeta med positiv omformulering och förstå det antisociala beteendet som ungdomens önskan om närhet eller avstånd till familjen. Behandlingen består av fem faser:

1. Kontaktuppbyggnad där terapeuten genom positiv omformulering poängterar den goda avsikten bakom en till synes destruktiv familjinteraktion
2. Motivationsarbete där terapeuten försöker väcka hopp om förändring genom en bättre familjefunktion

3. Analys av symtomets funktion i familjen och hur förändringen ska bli möjlig
4. Beteendeförändring genom kommunikationsträning, specifika hemuppgifter, stöd till svaga föräldrasystem, bearbetning av samarbets svårigheter i föräldrarollen samt diskussion av föräldrarnas gränssättningstekniker
5. Generalisering av uppnådda färdigheter till olika vardagsituationer

FFT håller på att granskas av Metodguiden

(<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/fft>). Företaget FFT-Sverige ger utbildning och handledning i funktionell familjeterapi, och man certifierar team som består av minst tre medarbetare. Programmet kräver ingen licens. <http://www.fft-sverige.se/>

Multisystemisk terapi (MST)

Multisystemisk terapi (MST) är en intensiv familje- och närmiljöbaserad öppenvårdsinsats för familjer med ungdomar som har allvarlig antisocial problematik. Insatsen riktar sig mot de viktigaste systemen för en ung människa – familjen, det sociala nätverket, kamratkretsen och skolan – och arbetar med alla dessa system samtidigt. MST är ett alternativ till institutionsvård. Man har ett socialekologiskt synsätt där individen betraktas som del i ett komplext nätverk av system som omfattar individen, familjen, kamratgruppen, skolan och grannskapet. Arbetet omfattar klientens hem, skolan och grannskapet och behandlingen omfattar vanligen 60 timmar under en fyramånadersperiod. Målet är att stärka individens och familjens förmåga att själva lösa svårigheter och problem, ”empowerment”. Man arbetar med strukturell och strategisk familjeterapi, beteendeterapeutisk föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. I MST betonas vikten av samordning mellan olika aktörer och insatser, och det finns en ”case manager” som ska ha överblick över helheten och samordna de olika nivåerna. Målet är att den unges problembeteende ska upphöra. Föräldrarna ska tillsammans med det övriga nätverket utforma strategier och få redskap så att de kan åstadkomma och upprätthålla förändringar i den unges beteende samt hantera eventuella svårigheter när behandlingen är avslutad. Arbetet organiseras och utförs av små MST-team med tre–fyra terapeuter och en teamledare. Terapeuterna finns tillgängliga för familjerna dygnet runt, sju dagar i veckan. MST håller på att granskas av Metodguiden

(<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/mst>)

MST kräver en särskild utbildning och licens som tillhandahålls av det amerikanska företaget MST Services Inc. I Sverige finns networkpartnern MST-Sverige som utbildar, handleder och fortbildar nya terapeuter. En orienteringsutbildning på fem dagar ges regelbundet. För att etablera ett MST-team krävs vidareutbildning och licensiering. I licensen ingår även databashantering och uppföljning av programtrohet för terapeuter, teamledare och team. Utbildningen fortsätter sedan genom tillämpning, handledning och fortbildning. <http://www.mst-sverige.se/>

Intensiv Hembaserad Familjebehandling (IHF)

Intensiv Hembaserad Familjebehandling (IHF) har utvecklats av Familjeforum i Lund AB med inspiration av FFT, MST och MTFC. Målgruppen är familjer, barn och ungdomar med komplexa behov som har hamnat i negativa destruktiva mönster med svåra beteendeproblem som följd. Målet med behandlingen är att minska beteendestörningar och kriminalitet samt förbättra familjefunktionerna så att barn och ungdomar inte ska behöva placeras utanför hemmet.

Sedan 2003 arrangerar Familjeforum två gånger per år en övergripande tredagarskurs i Lund, se www.familjeforum.com. IHF® är ett skyddat varumärke, och för att få bedriva och kalla sin behandling för IHF krävs en certifiering. IHF är såvitt känt ej studerat vad beträffar effektivitet.

Multidimensional treatment foster care (MTFC)

”Multidimensional treatment foster care” (MTFC) är utvecklad för tungt belastade kriminella ungdomar och deras familjer, där alternativet annars vore institutionsvård (Chamberlain 1996, Kyhle Westermarck 2009). Den unge placeras i en behandlingsfosterfamilj som har utbildning i att behandla unga med en beteendeterapiinspirerad metod som bygger på tydliga positiva och negativa förstärkningsrutiner. Fosterfamiljen har daglig kontakt med en ”case manager” som ger råd och stöd när problem uppstår. Fosterföräldrarna får regelbunden handledning, den unge får individuell behandling med färdighetsträning och de biologiska föräldrarna får familjeterapi och utbildning i beteendeförstärkande metoder. Målet är att den unge ska kunna återvända till ursprungsfamiljen efter behandlingen, och därför har de biologiska föräldrarna regelbunden kontakt med sitt barn. De multimodala insatserna samordnas av case managern. Behandlingen pågår i minst 6 månader och ges av ett team som arbetar med både individuell terapi och familjeterapi. I behandlingen får familjehemmet träna på beteendeförändring och på att vara en stödjande familj samt på att använda belöningssystem vid ett bra beteende. MTFC har granskats av Metodguiden (<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/mtfc>) som konstaterar att det inte finns någon svensk studie men att de amerikanska studierna stöder effekten. MTFC är manualbaserat men det framgår inte vilken behandling jämförelsegruppen fick (”Treatment as usual”, TAU), vilket hade varit önskvärt. Det kan finnas viktiga skillnader mellan TAU-behandlingen i USA och i Sverige, och därför är det svårbedömt om metoden kan överföras.

Familjeforum arrangerar en fyra dagars övergripande teoretisk genomgång av behandlingsmanualen., se www.familjeforum.com. För att få en certifiering ska man skicka videoband och skriftligt material till Oregon för bedömning, se även den amerikanska hemsidan <http://www.mtfc.com/>.

Behandlingsprogram på institution, ”MultifunC”

Socialstyrelsen bedriver tillsammans med Statens institutionsstyrelse (SiS) och norska myndigheter ett långsiktigt samarbetsprojekt med syftet att utveckla och förbättra institutionsvården för ungdomar med allvarliga beteendeproblem.

deproblem. År 2003 publicerades en kunskapsöversikt (Andreasen 2003) som fokuserade på det som kännetecknar effektiva institutioner samt metoder som har visat positiva effekter för den aktuella målgruppen. ”MultifunC” är ett behandlingsprogram som utvecklats utifrån rekommendationer från forskningsöversikten och bygger på empirisk forskning, kognitiv beteendemodifikation, social inlärningsteori och socialekologisk systemteori (Andreasen 2003, 2005, 2010). Det är ett integrerat behandlingsprogram som omfattar tre faser: kartläggning och utredning, behandling på institution under 4–9 månader och fortsatt behandling i närsamhället under en eftervårdsperiod på cirka 3–4 månader. Målgruppen är ungdomar mellan 14 och 18 år som uppvisar svåra beteendeproblem. Socialstyrelsen har gjort en första utvärdering av införandet (Implementeringen av MultifunC. Socialstyrelsen 2011).