

Riktlinje → trauma ← & stress 2019



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp

Anastasia Karvouni, leg läkare

Moa Mannheimer, leg psykolog

Björn Ramel, leg läkare (ordförande)

Vetenskaplig granskning av professor emeritus Carl Göran Svedin

För SFBUP

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

Tack till BUP Uppsala, Linköpings universitet och BUP Skåne.

Tack till leg psykolog, fil dr Ole Hultmann för bidrag till text och rekommendationer.

INNEHÅLL

Syfte.....	3
Klinisk bild.....	4
Posttraumatiskt stressyndrom, kriterier enligt DSM-5.....	6
Akut stressyndrom, kriterier enligt DSM-5.....	9
Utredning.....	10
Screening.....	10
Steg I.....	11
Steg II.....	15
Steg III.....	17
Behandling.....	18
Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	19
Steg I.....	19
Steg II.....	23
Steg III.....	24
Icke-göra psykoterapeutisk behandling.....	25
Farmakologisk behandling.....	26
Steg I.....	26
Steg II.....	26
Steg III.....	26
Icke göra farmakologisk behandling.....	27
Utvärdering.....	28
Kvalitetsindikatorer.....	29
Diagnos- och KVÅ-koder.....	30
Referenser.....	32

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom

■ SYFTE

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom har utarbetats på uppdrag av svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). Stress och trauma i olika former är vanliga orsaker till behandlingsbar psykiatrisk sjuklighet bland barn och ungdomar och behöver därför upptäckas. Riktlinjerna har målsättningen att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för behandlare inom BUP. Kliniker förväntas tillämpa riktlinjerna med hänsyn till patientens behov, önskemål och värderingar. Steg I kan även användas av första linjen. Riktlinjerna avser barn och ungdomar upp till 18 års ålder.

Riktlinjerna syftar särskilt till:

1. Att alla som söker hjälp för psykisk ohälsa på BUP screenas för traumatiska händelser av interpersonell natur.
2. Att symtom på posttraumatisk stress upptäcks och värderas vid bedömning av psykiatrisk sjuklighet. Denna bedömning inkluderar hänsyn till hur sociala och kulturella faktorer kan påverka hur psykisk ohälsa förstås och uttrycks.
3. Att patienter med trauma- och stressrelaterade syndrom utreds strukturerat och behandlas likvärdigt över landet och med evidensbaserade eller rekommenderade metoder.
4. Att vården utvärderas strukturerat och systematiskt avseende symtom och funktion.
5. Att psykiatriska behov ska styra BUP:s insatser. Yttre omständigheter såsom vårdnadstvist, placering på institution/familjehem, trauma i nära relationer och legal status för vistelse i landet är inte giltiga skäl att neka sjukvård till patient under 18 år.

Riktlinjerna är indelade i nivåer för stegvis vård

- **Steg I** är basnivån och ska erbjudas till alla patienter då konsensus (good clinical practice) eller vetenskapligt stöd är starkt. Delar av eller hela steg I kan erbjudas inom första linjens psykiatri.
- **Steg II** kan erbjudas många patienter när utredning eller behandling enligt basnivån visat sig otillräcklig. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.
- **Steg III** kan erbjudas till enstaka patienter när insatser enligt steg I+II visat sig otillräckliga. Vetenskapligt stöd är ofta extrapolerat från vuxna eller bara tillämpligt för en mindre subgrupp.

Rekommendationer till klinikern anges i rutor med orange ram. Faktarutor underlättar användningen av riktlinjerna i den kliniska vardagen.

Om inget annat sägs avser föräldrar i dessa riktlinjer biologiska föräldrar, andra vårdnadshavare eller vuxna som i praktisk mening har en föräldraroll. God man är inte vårdnadshavare, men företräder barnet i vårdnadshavares och förmyndares ställe och ansvarar för barnets personliga förhållanden och ska sköta dess angelägenheter.

■ KLINISK BILD

REAKTIONER PÅ STRESS- OCH TRAUMA-HÄNDELSER

kan se mycket olika ut, från kortvarig oro och sömnsvårigheter till mer genomgripande och bestående psykopatologi. Stressorer påverkar kroppens neuroendokrina alarmsystem, och de psykologiska följderna betingas av samverkande faktorer som övergripande handlar om händelsens karaktär, biologi, personlighet, ålder och miljöfaktorer.

Barnet kan vara direkt utsatt, ha bevittnat eller underrättats om stressorn. Traumatiske stressorer, särskilt interpersonella sådana som angriper personens egenvärde, är potentiellt mest skadliga. Mobbning och naturliga dödsfall klassas t ex normalt inte som ett trauma enligt DSM:s A1-kriterium men kan medföra allvarlig psykisk ohälsa inklusive PTSD-symtom. Trauma definieras olika, bl a av DSM och ICD, och en klar gräns mellan en händelse som utgör ett trauma respektive en icke traumatisk händelse saknas (se faktaruta *Schematisk modell för stress- och traumahändelser, tänkbara diagnoser samt exempel på stressorer* sid 5). Våld är ett bredare begrepp än trauma och inkluderar fysiskt, sexuellt och psykiskt våld samt försummelse.

Risken att exponeras för trauma varierar utifrån barnets egenskaper, social miljö och familjesituation (faktaruta *Riskgrupper för traumaexponering* sid 11). Samtidigt är barns utsatthet för svåra och traumatiska händelser ett folkhälsoproblem och majoriteten av äldre tonåringar har utsatts för någon typ av trauma eller svår händelse. Knappt hälften har varit föremål för misshandel av vuxen, något färre är offer för mobbning. En femtedel har utsatts för sexuella övergrepp, medan försummelse tycks mindre vanligt. Runt en tiondel kan klassas som polyviktigmiserade. Exponering för stress och trauma, däribland våld i familjen, är högre bland patienter på BUP än i befolkningen i övrigt. Barn rapporterar dock sällan spontant om trauma till myndighetspersoner.

Enligt en metaanalys drabbas knappt 16 procent av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, efter trauma. Risken är högre efter interpersonella-, krigsrelaterade- och multipla trauman, vid pågående stressorer och bristande föräldrastöd. Symtomen efter stress och trauma spänner över flera områden och påverkas av utvecklingsnivå. Plågsamma återupplevanden, undvikande och förändringar av stimulusreaktioner (också kallat överspändhet) är centrala. Vid PTSD är samsjuklighet snarare regel än undantag. Förskolebarn har generellt mer ospecifika symtom än äldre. Prevalensen av PTSD och PTSD-symtom minskar med hälften under det första halvåret efter traumat. Symtomdebut kan inträffa flera

månader efter händelsen, s k *late onset PTSD*. I en del fall blir förloppen kroniska. Funktionsnivån kan vara nedsatt även vid subklinisk PTSD, som också är behandlingsbart.

Trauma påverkar ofta familjen. Barn till föräldrar med PTSD-symtom är t ex sårbara för psykopatologi generellt inklusive utveckling av PTSD efter traumaexponering, samtidigt som föräldrar till barn med posttraumatiska symtom själva kan utveckla liknande svårigheter.

Svåra barndomsupplevelser kan försena den språkliga, kognitiva och emotionella utvecklingen. De är även associerade med depression, ångestsyndrom, beteendestörningar (inklusive självskadebeteende), missbruk, psykos och ätstörning. Dessa tillstånd är ofta svårare att behandla om personen har utsatts för trauma, vilket understryker vikten av traumaaanames oavsett diagnos.

Barndomstrauma kan påverka immunsystem, hjärnans struktur och funktion och öka risken för både somatisk och psykiatrisk sjukdom i vuxenlivet. Studier indikerar också viss risk att våldsutsatta barn senare i livet kan utsätta andra för våld, även om sambanden är komplexa.

PERITRAUMATISKA REAKTIONER är vanliga och klingar ofta av inom ett par dagar. De ska inte patologiseras. Olika grader av oro, rädsla, hjälplöshet, ilska eller ledsenhet förekommer.

Vid *akut stressyndrom (ASD)* ses PTSD-liknande symtom den första perioden efter ett trauma. Hos vissa dominerar dissociativa reaktioner. ASD har ett begränsat prediktivt värde för utvecklingen av PTSD och beskrivs ibland som en normalreaktion på en onormal händelse.

VID PTSD har symtom funnits minst en månad. Symtomdebut i förhållande till traumaexponering skiftar och alla har inte ASD innan de får PTSD. Med 20 symtomkriterier (DSM-5) kan fenotypen variera betänkligt. Plågsamma återupplevanden, ovilja att tänka på eller tala om traumat, liksom förändringar av stimulusreaktioner som ökad vaksamhet, irritabilitet och sömnstörning (inklusive mardrömmar) är centralt. Tilliten till andra kan vara sargad, känslor och kognitioner depressivt färgade. Dissociativa symtom förekommer i svåra fall.

För barn som är 6 år eller yngre har DSM separata och färre diagnoskriterier för PTSD, främst inom negativa kognitiva förändringar. Återupplevanden kan uttryckas i lek och mardrömsinnehåll vara mindre tydligt kopplade till trauma. Regression, separa-

tionsångest, vredesutbrott, förvirring förekommer.

KOMPLEX PTSD är ingen separat diagnos i DSM-5 men väl i ICD-11. Utöver återupplevande, undvikande och överspändhet (PTSD-kärnsymtom enligt ICD-11) ingår allvarliga och bestående svårigheter med affektreglering, ihållande negativ självbild och problem att upprätthålla relationer. Beteendeproblematik, dissociativa reaktioner och psykiatrisk samsjuklighet är vanligt. Ofta rymmer anamnesen utdragna, upprepade eller multipla interpersonella stressorer och trauman, dvs komplex traumaexponering eller polyviktigmisering, och individen kan vara känslig för triggers som konflikter och avvísning. Otryggt anknytningsmönster brukar betecknas som riskfaktor. Prognosen vid komplex PTSD är sämre och funktionsnedsättningen större än vid PTSD.

ANPASSINGSSTÖRNING är en uteslutningsdiagnos, främst aktuell vid maladaptiva reaktioner på en belastning av icke traumatisk natur. Symtomen domineras av ne dstämndhet, ångest eller beteendeproblem. Anpassningsstörning kan även vara aktuellt för någon som utsatts för trauma men inte uppfyller kriterierna för PTSD, eller tvärtom uppfyller symtomkriterierna men händelsen motsvarar inte ett trauma. Därmed överlappar anpassningsstörning det som med olika definitioner benämns *subklinisk eller partiell PTSD*. Subklinisk PTSD avser i dessa riktlinjer kliniskt signifikanta PTSD symtom, dvs åtminstone ett symtom per kluster eller utfall över gränsvärde på skattningsskala för PTSD.

ANKNYTNINGSSTÖRNING MED SOCIAL HÄMNING ELLER SOCIAL DISTANSLÖSHET är ovanliga tillstånd som ses hos barn utsatta för extrem omsorgsbrist i tidig ålder. Karaktäristiskt är utvecklingsmässigt inadekvata sociala beteenden och anknytningsbeteenden i vardagliga situationer före 5 års ålder, som att barnet sällan eller aldrig söker tröst eller bristande återhållsamhet i samspel med vuxna. Tecken på utvecklingsmässig försening förekommer. Anknytningsstörning ska inte förväxlas med desorganiserat eller otryggt anknytningsmönster. De senare är vanligare och anknytningsproblematiken visar sig mot en specifik omsorgsperson i en testsituation.

DISSOCIATIVA SYNDROM ingår inte i DSM-5-kapitlet trauma- och stressrelaterade syndrom. Trauma är heller inte ett kriterium för syndromen anses i hög grad bidra till uppkomsten. Syn-

dromen är ovanliga hos barn och unga, ses typiskt efter komplex traumaexponering och kan bland annat vara aktuellt vid dissociativa manifestationer av genomgripande karaktär. Samsjuklighet mellan dissociativa syndrom och PTSD är inte ovanligt.

ANDRA SPECIFICERADE TRAUMA- OCH STRESS-RELATERADE SYNDROM kan bland annat användas vid ihållande komplex sorgereaktion.

Eftersom svenska ICD-10 kategoriserar *uppgivenhetssyndrom* som affektivt, täcks detta inte av riktlinjerna. Intresserade hänvisas till Socialstyrelsens rapport Barn med uppgivenhetssyndrom.

■ Schematisk modell för stress- och traumahändelser, tänkbara diagnoser samt exempel på stressorer

- Icke livshotande stress - livskris eller anpassningsstörning.
- Långvarig icke livshotande stress utan tillfälle till återhämtning - utmattningssyndrom.
- Allvarlig/livshotande stress, dvs trauma - akut eller posttraumatiskt stressyndrom.
- Upprepade livshotande och ibland även icke livshotande händelser - komplext posttraumatiskt stressyndrom.
- Exempel på traumatisk stressor: exponering för fysiskt våld och sexuella övergrepp, krigsupplevelser, kidnappning, anafylaktisk chock (enligt DSM-5).
- Exempel på icke traumatisk stressor: separation från närstående, naturligt dödsfall hos nära anhörig, försummelse, mobbning som inte innebär allvarlig skada eller hot om detsamma (enligt DSM-5).

■ POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM (PTSD)

Kriterier enligt DSM-5® 309.81 (F43.1)

OBS! Följande kriterier avser vuxna, tonåringar och barn som är äldre än sex år. För barn som är sex år eller yngre, se motsvarande kriterier nedan.

A Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller fler) av följande sätt:

1. Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats.
3. Underrättats om att traumatisk händelse drabbat en nära familjemedlem eller en nära vän.
OBS! När det rör sig om faktisk död eller livsfara som drabbat en familjemedlem eller nära vän, måste det ha rört sig om en våldsam händelse eller ett olycksfall.
4. Vid upprepade tillfällen, eller under extrema omständigheter, exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser (t ex först på plats att hantera mänskliga kvarlevor; utredare vid polisen som vid upprepade tillfällen konfronteras med detaljer kring övergrepp mot barn).

OBS! Kriterium A4 avser inte exponering via elektroniska medier, television, film eller bilder, såvida inte den här exponeringen sker under tjanstutövning.

B Ett eller fler av följande påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen föreligger med debut efter att händelsen inträffat:

1. Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen.
OBS! Hos barn som är äldre än sex år kan teman eller aspekter av den traumatiska händelsen uttryckas i återkommande lekar.
2. Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen.
OBS! Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet har tydlig koppling till händelsen.
3. Dissociativa reaktioner (exempelvis flashback) där personen upplever det som om, eller handlar som om, den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum, där det mest extrema uttrycket är att personen helt tappar kontakten med den pågående nusetuationen.)
OBS! Hos barn kan traumaspecifikt åter-

upprepande förekomma under lek.

1. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
2. Uttalade fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C Ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, med debut efter att händelsen inträffat, vilket visar sig i ett, eller bägge, av följande:

1. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.
2. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, yttre omständigheter (personer, platser, samtal, aktiviteter, föremål, situationer) som framkallar plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.

D Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:

1. Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen (beror på dissociativ amnesi och inte på andra faktorer som skallskada, alkohol eller droger).
2. Ihållande och överdrivna negativa uppfattningar eller förväntningar på sig själv, andra eller världen (t.ex. "jag är värdelös", "man kan inte lita på en enda människa", "världen är genomgående farlig", "hela mitt nervsystem är förstört för alltid").
3. Ihållande, förvanskade tankar om orsaken till eller konsekvenserna av den traumatiska händelsen, vilket leder till att personen anklagar sig själv eller andra.
4. Ihållande negativt känslotillstånd (såsom rädsla, skräck, vrede, skuld eller skam).
5. Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
6. Känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
7. Ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor (såsom kan inte känna lycka, tillfredsställelse eller kärlek).

E Markanta förändringar av personens stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:

1. Irritabel och arg (redan vid liten eller obefintlig provokation), vilket i typfallet visar sig i form av verbal eller fysisk aggressivitet mot människor eller föremål.
2. Hänsynslöst eller självdestruktivt beteende.
3. Överdrivet vaksam.
4. Lättskrämd.
5. Koncentrationssvårigheter.
6. Sömnstörning (till exempel svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).

F Varaktigheten av symtomen (kriterierna B, C, D och E) mer än 1 månad.

G Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

H Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t ex läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

Specificera form:

Med dissociativa symtom: Symtomen uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom. Som

reaktion på stressorn upplever personen dessutom, ihållande eller återkommande, något av följande symtom:

1. Depersonalisation: Ihållande eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från sig själv, som en utomstående observatör av de egna psykologiska processerna eller den egna kroppen (t ex känner sig som i en dröm; har överklighetskänslor inför sig själv eller sin kropp eller en känsla av att tiden går överkligt långsamt).
2. Derealisation: Ihållande eller återkommande känsla av att omvärlden är överklig (t ex omgivningen upplevs som överklig, drömliknande, avlägsen eller förvanskad).

OBS! För att den här subklassifikationen ska vara tillämplig ska de dissociativa symtomen inte kunna tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t ex blackout, beteende under alkoholrus) eller något annat medicinskt tillstånd (t ex komplexa, partiella epileptiska anfall).

Specificera om:

Med fördröjd debut: Anges om de diagnostiska kriterierna inte är helt uppfyllda förrän efter minst sex månader efter händelsen. (Några symtom kan emellertid ha debuterat och visat sig tidigt i förloppet).

Posttraumatiskt stressyndrom hos barn 6 år eller yngre

A För barn 6 år eller yngre, exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller fler) av följande sätt:

1. Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats, i synnerhet primära vårdnadshavare.
Obs: Att bevittna inkluderar inte händelser som betraktas via elektroniska media, television, film eller bilder.
3. Underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en förälder eller annan vårdnadshavare.

B Ett eller fler av följande påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen föreligger med debut efter att händelsen inträffat:

1. Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen. Obs: Spontana och påträngande minnen behöver inte nödvändigtvis upplevas

som plågsamma och kan komma till uttryck via återupprepning under lek.

2. Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen. Obs: Det är inte alltid möjligt att säkerställa att det skrämmande innehållet har koppling till händelsen.
3. Dissociativa reaktioner (t ex flashback) där barnet upplever det som om, eller handlar som om, den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum, där det mest extrema uttrycket är att barnet helt tappar kontakten med den pågående nusetuationen.) Sådant traumaspecifikt återupprepande kan förekomma under lek.
4. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
5. Uttalade fysiologiska reaktioner inför sådant som påminner om den traumatiska händelsen.

C Ett (eller fler) av följande symtom som antingen innebär ett ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, eller negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till den traumatiska händelsen, måste föreligga, med debut eller försämring efter att händelsen inträffat:

Ständigt undvikande av stimuli

1. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, aktiviteter, platser eller föremål som framkallar minnen av den traumatiska händelsen.
2. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, personer, samtal eller mellanmännliga situationer som framkallar minnen av den traumatiska händelsen.

Negativa kognitiva förändringar

3. Tydligt ökad förekomst av negativa känslotillstånd (t ex rädsla, skuld, ledsenhet, skam, förvirring).
4. Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter, inkluderat minskat intresse för lek.
5. Socialt tillbakadraget beteende.
6. Tydligt minskad förekomst av positiva känslouttryck.

D Förändringar av barnets stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:

1. Irritabel och argsint (redan vid liten eller obefintlig provokation), vilket i typfallet visar sig i form av verbal eller fysisk aggressivitet mot människor eller föremål (inkluderat extrema raseriutbrott).
2. Överdrivet vaksam.
3. Lättskrämd.
4. Koncentrationssvårigheter.
5. Sömnstörning (t ex svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).

E Varaktigheten av symtomen mer än 1 månad.

F Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrade relationer till föräldrar, syskon, kamrater eller personer som utövar tillsyn, eller försämrat beteende i skolan.

G Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t ex läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

Specificera form:

Med dissociativa symtom: Symtomen uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom, och barnet upplever ihållande eller återkommande något av följande symtom:

6. Depersonalisation: Ihållande eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från sig själv, som en utomstående observatör av de egna psykologiska processerna eller den egna kroppen (t ex känner sig som i en dröm; har överklighetskänslor inför sig själv eller sin kropp eller en känsla av att tiden går överkligt långsamt).
7. Derealisation: Ihållande eller återkommande känsla av att omvärlden är överklig (t ex omgivningen upplevs som överklig, drömliknande, avlägsen eller förvanskad).

OBS! För att den här subklassifikationen ska vara tillämplig ska de dissociativa symtomen inte kunna tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t ex blackout) eller något annat medicinskt tillstånd (t ex komplexa, partiella epileptiska anfall).

Specificera om:

Med fördröjd debut: Anges om de diagnostiska kriterierna inte är helt uppfyllda förrän efter minst 6 månader efter händelsen (några symtom kan emellertid ha debuterat och visat sig tidigt i förloppet).

AKUT STRESSYNDROM (ASD)

Kriterier enligt DSM-5® 308.3 (F43.0)

A Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller fler) av följande sätt:

1. Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats.
3. Underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en nära familjemedlem eller en nära vän. Obs: När det rör sig om faktisk död eller livsfara som drabbat en familjemedlem eller nära vän, måste det ha rört sig om en våldsam händelse eller ett olycksfall.
4. Vid upprepade tillfällen, eller under extrema omständigheter, exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser (t ex först på plats att hantera mänskliga kvarlevor; utredare vid polisen som vid upprepade tillfällen konfronteras med detaljer kring övergrepp mot barn).

OBS! Kriterium A4 avser inte exponering via elektroniska media, television, film eller bilder, såvida inte den här exponeringen sker under tjänsteutövning.

B Minst nio av nedanstående fjorton symtom har debuterat eller förvärrats efter den traumatiska händelsen. Symtomen är uppdelade i fem kategorier - påträngande symtom, negativ sinnesstämning, dissociation, undvikande och arousal:

Påträngande symtom

1. Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen. Obs: Hos barn kan teman eller aspekter av den traumatiska händelsen uttryckas i återkommande lekar.
2. Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen. Obs: Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet har tydlig koppling till händelsen.
3. Dissociativa reaktioner (t ex flashback) där personen upplever det som om, eller handlar som om, den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum, där det mest extrema uttrycket är att personen helt tappar kontakten med den pågående nusetuationen.) **OBS!** Hos barn kan traumaspecifikt återupprepande förekomma under lek.
4. Intensiv eller utdragen psykisk plåga eller uttalade fysiologiska reaktioner vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

Negativ sinnesstämning

5. Ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor (t ex kan inte känna lycka, tillfredsställelse eller kärlek).

Dissociativa symtom

6. En förändrad verklighetskänsla inför omgivningen eller inför sig själv (t ex ser sig själv som från en annan persons perspektiv, känner sig som i en dimma, har en känsla av att tiden stannar av).
7. Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen (beror på dissociativ amnesi och inte på andra faktorer som skallskada, alkohol eller droger).

Undvikandesymtom

8. Bemödar sig om att undvika plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.
9. Bemödar sig om att undvika yttre omständigheter (personer, platser, samtal, aktiviteter, föremål, situationer) som framkallar plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.

Symtom på arousal

10. Sömnstörning (t.ex. svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).
11. Irritabel och argsint (redan vid liten eller obefintlig provokation), vilket i typfallet visar sig i form av verbal eller fysisk aggressivitet mot människor eller föremål.
12. Överdrivet vaksam.
13. Koncentrationssvårigheter.
14. Lättskrämd.

C Varaktigheten av symtomen enligt kriterium B är 3 dagar till 1 månad efter exponeringen för traumat. **OBS!** Symtomen debuterar i typfallet omedelbart efter traumat, men varaktigheten måste vara minst tre dagar och som mest en månad för att kriteriet ska vara uppfyllt.

D Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrade funktioner socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

E Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd (t.ex. lindrig traumatisk skallskada) och förklaras inte bättre med kortvarig psykos.

■ UTREDNING

Screening

REKOMMENDATION

1. Alla som söker vård för psykiska besvär på BUP ska screenas för interpersonella trauman, vilket inkluderar direkta frågor till patient och frågor till föräldrar om partnervåld.

Givet att barn sällan berättar spontant om trauma, riskerna med obehandlade posttraumatiska reaktioner och faktum att interpersonella trauman är de mest maligna ska barn- och ungdomspsykiatri screena för dessa.

Motivera varför frågorna ställs. Allt för ingående frågor om våld och övergrepp vid inledande kontakt kan väcka starka känslor och leda till att kontakten avbryts. För ökad tillförlitlighet intervjuas barn och föräldrar i görligaste mån separat, dvs samtal i enrum, per telefon eller via formulär.

Till barn över cirka 6 år ställs riktade frågor om traumahändelser. Till de yngsta barnen ställs normalt bredare frågor om trygghet, positiva och negativa känslor och på indikation riktade frågor. Indikation kan vara oro från förälder eller förskola, uppgifter om omsorgssvikt eller annan utsatthet, blåmärken eller mer svårförklarliga psykiatriska symtom såsom nedstämdhet hos ett litet barn.

Fråga också föräldrar om barnets utsatthet för interpersonella trauman samt förälders egen exponering för våld och hot från partner eftersom det kan påverka barnet.

Självsvarsformulär med uppföljande muntliga frågor kan användas – formulär är uppskattade av patienter och kan ge mer tillförlitliga svar. Till föräldrar rekommenderas *Våld i familjen* och till barn från 6 år samt föräldrar om barnet *Traumahändelser mini* (bilaga Formulär). Alternativt ställs muntliga frågor om fysiska, psykiska och sexuella övergrepp utifrån formulär eller förslag i faktaruta *Screening-frågor*. Använd gärna bildstöd för yngre barn och barn med funktionsnedsättning.

Föräldrar och barn med erfarenhet av flykt bör, utöver allmänna screeningfrågor, även få frågor om bland annat krig och förföljelse (faktaruta *Kompletterande screeningfrågor till barn med erfarenhet av flykt* sid 11).

Ger screening utfall, ta ställning till orosanmälan till socialtjänsten. Vid misstanke om att barnet utsatts för brott eller har skyddsbehov, samverka med socialtjänst respektive rättsväsende. Finns Barnahus samplaneras insatser där. Om föräldrar misstänks utöva våld görs en bedömning i samverkan med socialtjänst om den föräldern kan tas med i utredningen utan risk för att påverka barnet negativt. Se i övrigt faktaruta *Anmälningsskyldighet, brott och sekretess* på sidan 11.

Negativ screening utesluter inte exponering för interpersonella trauman. Frågorna kan behöva upprepas under vårdkontakten, till exempel utifrån symtombild eller om beteende och funktionsnivå plötsligt förändras.

Exempel på frågor till barn under sex år. Inled frågorna med att kartlägga barnets närmaste personer. Fråga efter situationer med barnets närmaste utifrån olika känslor:

Exempel på frågor till barn under sex år. Inled frågorna med att kartlägga barnets närmaste personer. Fråga efter situationer med barnets närmaste utifrån olika känslor:

- När brukar du bli glad/arg/ledsen/rädd?
- Gör din pappa/mamma/styvförälder något som gör dig glad?
- Gör din pappa/mamma/styvförälder något som gör dig rädd/ledsen/arg?
- Har någon annan vuxen gjort något mot dig som gjorde dig rädd/ledsen/arg?
- Gör din pappa/mamma/styvförälder/annan vuxen något som gör ont?

■ Screeningfrågor

Ställ en fråga i taget.

Exempel på frågor till barn från cirka sex års ålder:

- Är det någon i din familj som har slagits? Har någon du bor med slagit dig? Har någon annan slagit dig?
- Är det någon som har rört dig på snippan/snoppen när du inte ville det? På rumpen? Har du utsatts för sexuella handlingar mot din vilja?
- Har du varit rädd för din pappa? För din mamma? Vad gjorde mamma/pappa som gjorde dig rädd? Har det hänt saker i din familj som gör att du känner dig otrygg eller rädd?

■ Kompletterande screeningfrågor till barn och föräldrar med erfarenhet av flykt

- Har du eller någon i din familj varit nära kriget, till exempel fått springa för att inte bli dödad? Har du sett bomber? Någon som skjutit? Har du sett döda människor?
- Har du förlorat någon familjemedlem eller nära anhörig på grund av krig eller flykt?
- Har du varit tillfångatagen? Blev du då psykiskt illa behandlad? Fysiskt? Har det hänt någon i familjen eller annan nära person?

■ Riskgrupper för traumaexponering

- Barn med funktionsnedsättning eller beteendeproblematik
- Barn med otillräckligt vuxenstöd
- Barn med flyktningbakgrund
- Hbtq-identitet
- Barn i samhällsvård
- Barn som tidigare utsatts för traumatiska händelser

■ Anmälningsskyldighet, brott och sekretess

- Anställda i vården är skyldiga att anmäla oro för att barn far illa till socialtjänsten. Vid osäkerhet om anmälan ska göras kan socialtjänsten konsulteras anonymt.
- Vid våld eller sexuella övergrepp av förälder eller nära anhörig bör anmälan göras utan vårdnadshavares vetskap.
- Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar inte att uppgifter angående misstanke om vissa

brott mot barn lämnas till en åklagar- eller polismyndighet. Det gäller brott mot liv och hälsa, exempelvis misshandel, sexuella övergrepp och könsstympning av kvinnor.

- Vid misstanke om brott mot barn och föräldrar är misstänkta eller misstänks kunna röja uppgifter till misstänkt, bör man inte delge föräldrar information innan man i samråd med andra myndigheter planerat hur handläggningen ska gå till.

Steg I

REKOMMENDATION

1. Anpassa samtalet utifrån barnets ålder och förutsättningar och förmedla tydlighet, trygghet och förtroende.

Förklara syftet med samtalet och din roll. Barn involverade i processer med exempelvis Migrationsverket, rättsväsendet eller socialtjänst kan ha svårt att skilja på myndighetspersoners ansvar. Vid behov förklara sekretess. Stärk patientens känsla av kontroll. Säg exempelvis ”Jag kommer att berätta vad vi ska prata om och fråga om det är ok med dig.” Vid traumaanamnes kan man förklara att patienten väljer vilka frågor hen vill eller inte vill svara på, till exempel med stoppkort eller stopptecken. Ge tydligt gensvar och bekräfta patientens ansträngningar.

Normalisera eventuella stress- och traumareaktioner, ingjut hopp.

Barn som flytt är en heterogen grupp. Trauma före och under flykten är dock mycket vanligt, särskilt bland ensamkommande, och kan innefatta krigsupplevelser, hot, våld eller nära anhöriga som dödas. Tortyr och trafficking förekommer. Samtidigt är många utsatta för pågående stressorer, exempelvis förlust av omsorgsperson, som bidrar till otrygghet och symtom.

Ansvarsfördelningen mellan aktörer runt ensamkommande barn kan vara oklar. Barn som kommit med familj kan ha föräldrar som själva är traumatiserade. Livsvillkor för gömda barn och familjer är särskilt svåra. Ovanstående kan ställa krav på behandlare som skiljer sig från andra ärenden. Se faktaruta *Specifika aspekter rörande barn som flytt* sidan 12.

forts sid 13

■ Specifika aspekter rörande barn som flytt

- Använd auktoriserad och i andra hand utbildad tolk. Fråga om patientens upplevelse av tolkningen. Använd om möjligt samma tolk vid upprepade kontakter.
- Undvik stereotyper och förenklade hänvisningar till kulturell bakgrund som förklaring till patientens svårigheter.
- Var observant på patientens föreställningar om psykisk ohälsa som kan begränsa vad som framkommer i samtal.
- På grund av hög traumabörda rekommenderas rutinmässig undersökning av PTSD-symtom.
- Svårigheter på boende, med ekonomi, asylprocess, osäkerhet om familj i hemlandet, skola osv kan skapa oro som ibland överskuggar posttraumatisk stress. Att bistå med att hantera sådana svårigheter i samråd med andra aktörer är ibland en förutsättning för mer psykoterapeutiska interventioner.
- Läkarintyg och utlåtande om psykisk ohälsa skrivs på begäran. Migrationsverkets mall kan användas men är inget krav. Läs mer på: www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5949
- God man till ensamkommande barn ska normalt informeras om kontakt med sjukvården. Viktigt att engagera nätverket. Ta reda på vem patienten har mest förtroende för när vuxen ska delta i samtal.
- Diagnostik av ensamkommande barn kan försvåras av brist på uppgifter om hereditet, utvecklingsanamnes och hälsa före traumaexponering. Överväg möjlighet att kontakta familj i hemlandet.
- 18-årsdagen kan vara kritisk. Många ensamkommande förlorar god man och tvingas byta boende. Utsikterna för uppehållstillstånd inskränks liksom möjligheterna att få vård.

REKOMMENDATION

2. Vid känd traumaexponering eller positivt utfall på screening ställs följdfrågor om vad patienten varit med om. Finns posttraumatiska stressymtom trots negativ traumascreeening, undersök anamnes noggrannare.

Fördjupa anamnesen genom att mer i detalj fråga barn och föräldrar vad som hänt, och kartlägg strukturerat fler typer av stressorer.

Stress- och traumaformulär rekommenderas, exempelvis *LYLES* (Linköping Youth Life Experiences Scale) som också finns i föräldraversion för yngre barn. Följ upp formulär med muntliga frågor. Bedöm allvarlighetsgrad, relation till eventuell förövare, varaktighet och frekvens. Vad tänker patienten om händelserna? Vad har påverkat hen mest?

Mobbning, våld mellan syskon och utsatthet i olika former på sociala medier, oväntade dödsfall i familjen och så kallad transgenerationell traumatisering är stressorer som kan förbises av behandlare. Hedersförtryck kan likaså vara svårt att upptäcka, och yttra sig i rigid kontroll av klädsel, begränsningar i fritidsaktiviteter och kärleksrelationer. Vid uppbrott från familjen är risken för hot och våld stor. Se faktaruta *Frågor om hedersrelaterat våld och förtryck*.

Oavsett symtom, och även vid negativt utfall av traumaanamnes, bör vissa omständigheter föranleda extra uppmärksamhet på utsatthet. Se faktaruta *Tecken som kan vara uttryck för olika sorters våld och förtryck*.

■ Frågor om hedersrelaterat våld och förtryck

- *Vad vill du göra som du inte får göra?*
- *Vad är du rädd ska hända om du gör det du vill?*
- *Vad måste du göra som du inte vill göra?*
- *Vad kan du tala med din mamma om? Med din pappa? Med dina syskon eller släktingar?*

■ Tecken som kan vara uttryck för olika sorters våld och förtryck

- Undervikt, ovårdat yttre eller allvarlig karies
- Barnet hålls mycket hemma
- Vårdnadshavare som är känslomässigt otillgänglig eller omtalar barnet på kränkande sätt
- Desorganiserat anknytningsbeteende
- Oförklarade kroppsskador eller skador på ställen som inte är normalt för åldern
- Rigid kontroll av klädsel, begränsningar i fritidsaktiviteter och kärleksrelationer
- Om barnets beteende och funktionsnivå plötsligt förändras

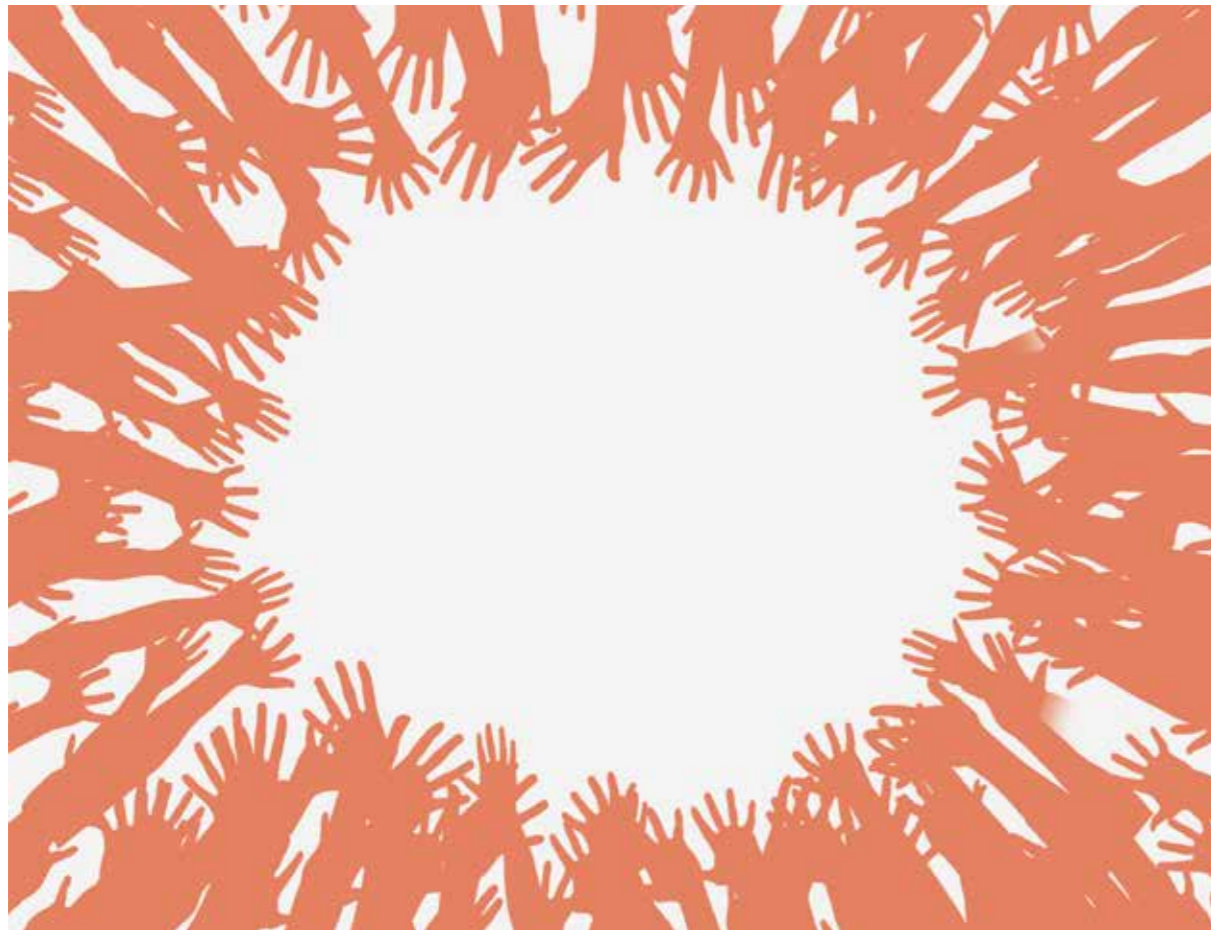
REKOMMENDATION

3. Genomför en diagnostisk bedömning av stress- och traumarelaterade symtom och inverkan på funktionsnivå.

Ta ställning till om den eller de stressorer patienten exponerats för motsvarar A-kriteriet för PTSD, alltså utgör ett trauma. Kartlägg symtom med anamnes, observationer i rummet och komplettera med relevanta skattningsformulär (se bilaga Formulär). Normalt intervjuas barn och föräldrar gemensamt och separat. Bedöm om symtomen innehållsmässigt är relaterade till det som hänt och debuterat eller markant förvärrats därefter. Finns multipla stressorer, utgå från händelsen som stör patienten mest. Kan en sådan inte anges utgå från ”händelserna tillsammans”.

Vanligen undersöks först posttraumatiska så kallade kärnsymtom, alltså återupplevande, undvikande och överspändhet.

Sömnen är viktig att kartlägga och kan vara en bra ingång för att belysa både återupplevande (mardrömmar) och överspändhet (sömnstörning). Reagerar patienten med starka känslor när trauma omtalas? Är svaren avväjande som vid undvikande? Finns både tidigare trauma och pågående stress, försök separera vilka symtom som hör till vad och värdera vad som orsakar mest lidande. Formulär och gradering av symtomens allvar ger diagnostiskt stöd och lägger grund för utvärdering av interventioner. Skatta funktionsnivå med CGAS.



PTSD och ASD: Förekommer posttraumatiskt kärnsymtom undersöks samtliga kriterier och symtomduration. Efterfråga triggers, konkreta exempel på hur symtomen yttrar sig och påverkar vardagen. Vid ASD rekommenderas formulär ASC-kids (Acute Stress Checklist for Children), vid PTSD CRIES 8 eller 13 (Children's Revised Impact of Event Scale) eller CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) som också finns för föräldraskattning. För yngre barn är föräldraskattning med YCPC (Young Children's Post-traumatic Checklist for Children) ett alternativ. Formulär underlättar värdering av subklinisk PTSD. Misstänks komplex PTSD inklusive dissociativa symtom (se faktaruta *Dissociativa symtom* sidan 16) utreds patient enligt rekommendation 1 på steg 2.

Anpassningsstörning: Om stressorn inte motsvarar ett trauma eller om annan trauma- och stressrelaterad diagnos inte misstänks, ställ frågor om känslor och beteende sekundärt till detta. Bedöm om ångest eller depressivitet dominerar.

■ Riskfaktorer för utveckling av posttraumatisk stress

- Interpersonellt trauma
- Barnets subjektiva uppfattning av händelsens allvar
- Tidigare svåra händelser och/eller trauman
- Allvarliga symtom, inklusive akut stressyndrom
- Låg grad av socialt stöd och bristande familjefunktion
- Socialt undandragande
- Tidigare psykiatriska problem

REKOMMENDATION

4. Gör differentialdiagnostiska överväganden, kartlägg samsjuklighet och ärftlighet.

Svåra händelser kan vara "bifynd", dvs inte orsaka svårigheterna som patienten söker för. Samtidigt kan dylika händelser leda till icke trauma- och stressrelaterade tillstånd med symtom som överlappar dem vid exempelvis PTSD. Var särskilt uppmärksam på differentialdiagnostik avseende

depression, ångestsyndrom, adhd, emotionell instabilitet, trots- och uppförandestörning. Återkommande, ofrivilliga och plågsamma minnen är utmärkande för posttraumatisk stress. Viktigt dock att skilja dessa från grubblande och tvångstankar. Vid framträdande svårigheter med social interaktion övervägs autismspektrumstörning. Symtomdebut i relation till exponering för stress- eller traumahändelser ger vägledning.

Barnmisshandel är en riskfaktor för utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser. Barn med sådana svårigheter har också förhöjd risk för traumaexponering och är sårbara för traumasymtom.

Utredning av utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser hos patient med traumasymtom eller som lever under pågående stress kan ge missvisade eller svårtolkade resultat. Ibland kan utredning trots instabilitet vara påkallat och ge vägledning för behandling. Utredning bör i så fall upprepas i stabilare skede.

Samsjuklighet är vanligt vid PTSD. Inte minst är depression ofta sekundär till PTSD. Existerande psykisk sjukdom förvärras ofta efter traumaexponering.

Kartlägg förekomst av psykisk sjukdom, till exempel PTSD, substansyndrom, adhd och bipolaritet, hos första- och andragsläkningar.

REKOMMENDATION

5. Kartlägg skydds- och riskfaktorer, pågående belastningar, fara och föräldraförmåga.

Social stabilitet, trygghet och föräldraförmåga kan vara påverkade vid trauma, främst interpersonella dito. Dessa faktorer är också centrala för återhämtning och bedöms fortlöpande, liksom behovet av orosanmälan till socialtjänst.

Är patienten trygg i hemmet och andra vardagsmiljöer? Finns riskbeteende, inklusive självdestruktivitet? Bedöm skyddsfaktorer som vardagsrutiner, skolgång, fritidsintressen, vänskapsrelationer och bemästrandestrategier. Om barnet är yngre, kan hen söka tröst hos omsorgspersoner?

Undersök föräldrars reaktioner på barnets trauma: Kan vårdnadshavare förstå och adekvat bemöta barnets reaktioner? Finns skuld och skam gentemot sig själv eller barnet, andra traumasymtom inklusive affektdysreglering relaterade till barnets upplevelser, psykisk sjukdom eller missbruk? Vid nedsatt föräldraförmåga, ta reda på vilket kompensatoriskt stöd som finns i nätverket.

Kartlägg belastningar som asylprocess, vårdnadstvist, ekonomiska trångmål och hur de påverkar patient och familjedynamik.

Är förälder förövare, bedöm risk för nytt våld och hur våldsutövare respektive icke-förövande förälder ser på våldet.

REKOMMENDATION

6. Bedöm tillväxt och somatiska besvär. Vid misstanke om fysiskt eller sexuellt övergrepp: gör somatisk undersökning.

Huvudvärk och magont är vanligt vid stress och trauma. Utöver psykosomatisk genes bör tänkbara orsaker som synsvårigheter, tandgnissling, migrän, anemi och magsår hållas i åtanke.

Undersök vikt- och längdutveckling, som bland annat kan försämrats vid allvarlig försummelse. Fråga efter kroppslig sjukdom och läkemedelsanvändning. Sekundär enures kan förekomma efter svåra händelser. Generellt bör somatisk undersökning göras frikostigt som led i utredning och alltid vid frågetecken.

Om patienten har oförklarade kroppsskador eller skador på ställen som inte är normalt för åldern, eller om ärendet gäller misstänkt sexuellt övergrepp, fysiskt våld eller tortyr görs fullständig somatisk undersökning av medicinska och rättsliga skäl, och fynd dokumenteras.

Könsstympling, som bland annat kan ge smärta vid miktions, är straffbart i Sverige och anmäls till socialtjänst även om det utförts i annat land.

REKOMMENDATION

7. Undersök bruk av alkohol, tobak, icke-läkarskrivna läkemedel och illegala substanser.

Substansrelaterade störningar är inte ovanligt vid posttraumatisk stress. Missbruk ökar också risken för traumaexponering.

Kartlägg användning, debut, typ, frekvens och mängd av olika substanser. Fråga patient i enrum, samt förälder. Om patient medger bruk eller missbruk bör vårdnadshavare informeras och vid behov görs orosanmälan till socialtjänst.

REKOMMENDATION

8. Kartlägg suicidrisk.

Svåra barndomshändelser, främst interpersonella sådana, och PTSD ökar risken för suicidalt beteende.

Fråga alltid om självskadebeteende, dödstankar och tidigare suicidförsök. Om suicidtankar eller suicidplaner framkommer ställs frågor enligt lokala rutiner. Andra viktiga riskfaktorer är samsjuklighet, brist på psykosocialt stöd och pågående stress. Suicidtal bland ensamkommande flyktingbarn i asylprocess tycks vara markant högre än bland jämnåriga i Sverige.

Vid behov upprättas en säkerhetsplan, som involverar föräldrar eller ställföreträdande vuxna för att stödja och skydda barnet.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Vid misstanke om komplex posttraumatisk stress inklusive dissociativa reaktioner rekommenderas mer strukturerad symtomkartläggning för bedömning av komplex PTSD.

Komplex traumaexponering är en riskfaktor men inte nödvändigt för utveckling av komplex PTSD. Utredaren bör vara förtrogen med utvecklingspsykologi och spektret av posttraumatisk stress samt ha patientens förtroende. Ofta krävs flera bedömningssamtal.

Det saknas en entydig modell för utredning av komplex PTSD. Grunden är en noggrann klinisk anamnes avseende återupplevande, undvikande och överspändhet samt de så kallade tilläggssymtomen (negativ självbild, svårigheter att skapa och underhålla relationer och affektdysreglering). De senare förekommer även vid andra tillstånd och klinikern behöver kartlägga deras omfattning och relation (tid och funktion) till trauma. Observera att affekterna både kan vara upp- eller nedreglerade och således inkludera känslomässig avstängdhet.

Ta hjälp av livslinje för att överblicka händelser, symtomens debut och förlopp samt funktionsnivå. Formulären *TSCC* (Trauma Symptom Checklist for Children), *A-DES* (Adolescent Dissociative Experience Scale) och *20 beteendefrågor* täcker centrala aspekter som PTSD, dissociation, vanlig samsjuklighet som depression och beteendeproblematik till stöd för diagnostik. Till föräldrar föreslås *CATS* eller om yngre barn *TSCYC* (Trauma Symptom Checklist for Young Children) och *CDC* (Child Dissociative Checklist). Använd gärna fler informanter.

■ Dissociativa symtom

Vid dissociation sker en störning i den normala integrationen av medvetande, minne, känslor, identitet, perception, rörelsekontroll, kroppsuppfattning och beteende.

Symtom:

- depersonalisation och derealisation
- förändrad minnesfunktion, som amnesi eller fragmentering
- förändrad uppfattning av identiteten
- frånvaroattacker
- auditiva och andra hallucinationer

Somatoform dissociation:

- störning av kroppsliga sensationer och motorik
- icke epileptiska kramper

REKOMMENDATION

2. Överväg mer systematisk kartläggning av samsjuklighet och differentialdiagnostik vid svårtolkad symtombild.

Om traumaexponerad patient har multipla och svårtolkade symtom som inte kunnat diagnostiseras enligt tidigare rekommendationer övervägs strukturerad intervju med K-SADS. I andra hand Mini-Kid med kompletterande skattningsformulär för specifika psykiatriska tillstånd.

Vid affektdysreglering, ihållande förskjutningar i stämningssläge och frågeställning bipolaritet kan stämningsslagbok vara till hjälp.

Psykotiska symtom kan finnas vid svår PTSD och dissociativa syndrom, och är utmanande att skilja från ett psykotiskt syndrom. Särskilt hörselhallucinationer förekommer vid samtliga kategorierna och ofta med liknande fenomenologi. Stress- och traumahändelser är riskfaktor för psykosutveckling. Långsiktig symtomuppföljning underlättar differentiering, och substansrelaterade syndrom bör uteslutas.

Finns hos äldre tonåring ett varaktigt mönster av avvikande personlighetsdrag, överväg personlighetsyndrom. Emotionellt instabil sådan karakteriseras av en skiftande självbild till skillnad med komplex PTSD där självbilden ofta är mer konstant låg.

Barnmisshandel genom förfalskning av symtom

(Münchhausens syndrom by proxy) är en ovanlig form av barnmisshandel, värd att hålla i åtanke vid oklar eller motsägelsefull sjukhistoria med många vårdkontakter och pådrivande föräldrar. Orosanmälan vid misstanke.

REKOMMENDATION

3. Överväg fördjupad kartläggning av den psykosociala miljön, riskbeteende och styrkor.

I svåra ärenden – till exempel tidigare BUP-kontakt med bristande behandlingsframgång, vid nytilkomna kriser, många uteblivanden, beteendeproblematik, sviktande föräldramedverkan – överväg mer systematisk inventering av patientens beteende och sociala miljö. Se också checklisten *Vid utebliven behandlingseffekt* på sidan 28.

- *20 beteendefrågor* – formulär för kartläggning av riskbeteende.
- *Skyddsfaktorer – barn och ungdomar* – formulär till stöd för genomgång av skyddsfaktorer.
- Screening med *AUDIT* (Alcohol Use Disorders Identification Test) och *DUDIT* (Drug Use Disorders Identification Test) samt u-toxikologisk testremsa på bred indikation.
- Nätverksmöte eller SIP.
- Ytterligare kartläggning, till exempel genom hembesök, av föräldrars psykiska mående (inklusive egna PTSD-symtom relaterat till barnets trauma eller annat trauma), bemötande av barnet och familjedynamik. Tvivlar föräldrar på barnets uppgifter om vad som hänt, t ex när brottsmisstankar inte klarats upp juridiskt?
- Överväg förnyad kartläggning av hot, stress och traumahändelser.

REKOMMENDATION

4. Somatisk undersökning bör göras vid svårare ärenden och alltid vid oklara somatiska symtom.

Somatisk undersökning bör göras vid utebliven behandlingsrespons, oklara somatiska symtom som uttalad trötthet eller misstänkt somatoform dissociation och för bedömning av självskadebeteende.

Vid behov komplettera med blodprover (inklusive blodstatus, sköldkörtel och D-vitamin) eller remittera till barnläkare. Bland annat migrän, epilepsi och hyperthyreos kan ge PTSD-liknande symtom.

Steg III

REKOMMENDATION

1. I psykosocialt svåra ärenden, inklusive många placeringar utanför hemmet och upprepade eller avbrutna vårdkontakter, bedöm grad av komplexitet och ta ställning till anknytningssvårigheter.

Barn som från tidig ålder vuxit upp med långvarig psykosocial belastning och erfarit upprepade potentiella anknytningsbrott men inte nödvändigtvis distinkta trauman, kan utveckla komplex symtombild. Svårigheterna kan ha föranlett misslyckade utrednings- och behandlingsförsök.

Kartlägg orsaker till eventuella placeringar, om de var akuta eller planerade, om patienten förmått knyta an till nya vuxna, hur belastande hen upplevt separationerna. Har det funnits trygga och stabila relationer under uppväxten? Relation mellan barn och föräldrar kan utvärderas med *Trygghetsskalan* eller *ECR* (Experience in Close Relationships Scale). Det interpersonella anknytningsmönstret hos ungdomar kan bedömas med *ASQ* (Attachment Style Questionnaire).

Inhämta efter samtycke journalhandlingar från andra vårdgivare och utvärdera tidigare behandlingsförsök. Kartlägg traumahistorik med formulär om det inte är gjort och bedöm patientens psykiatriska symtom enligt rekommendation 1 och 2 på steg 2.

Gradera skyddsfaktorer och individuella samt sociala riskfaktorer med Komplexitetsmatris.

REKOMMENDATION

2. Överväg utredning av anknytningsstörning hos små barn med tydligt avvikande anknytningsbeteende.

Misstanke bör väckas om barnet uppvisar ett mönster av gränslöst socialt beteende eller påtagligt hämmat och stort anknytningsbeteende utifrån utvecklingsnivå. Barnet är vanligtvis under fem år, har utsatts för allvarlig försummelse och kan vara adopterat eller placerat i familjehem.

Det är viktigt med anamnes från flera källor, till exempel även förskolepersonal. Söker barnet tröst, protesterar vid separation? Interaktion med okända vuxna? Observera barnets beteende och samspel med omsorgspersoner och främlingar. Vid behov görs detta strukturerat.

REKOMMENDATION

3. Överväg fördjupad utredning av utvecklingsrelaterade störningar.

Ibland tonar mer grundläggande kognitiva eller adaptiva funktionssvårigheter fram när man lärt känna patienten bättre i samband med PTSD-behandling. Kognitiva funktionssvårigheter som inte bättre förklaras av PTSD bör då utredas med lämpligt psykologiskt test och adaptiv bedömning. Vid hyperaktivitet eller impulsivitet trots minskade PTSD-symtom bör man överväga adhd. Vid svårigheter med kommunikation eller social interaktion trots minskade PTSD-symtom övervägs autism.

Vid kognitiv utredning, till exempel med fokus på intellektuell funktionsnedsättning, av barn som inte behärskar svenska övervägs icke språkliga begåvningsstest. Samtidigt läggs större vikt på anamnes och adaptiva förmågor.

Misstänks språkstörning, överväg remiss till logoped.

REKOMMENDATION

4. Överväg Kulturformuleringsintervjun för fördjupad kartläggning av patientens sociala och kulturella sammanhang, särskilt vid problem med diagnostik eller behandling.

KULTURFORMULERINGSINTERVJUN (KFI)

i DSM-5 är framtagen för att underlätta förståelse av kulturella och kontextuella faktorer och individens bakgrund. Den är ett komplement vid psykiatrisk diagnostik, och bland annat användbar vid svårigheter att värdera symtom och vid behandlingsproblem i transkulturella situationer.

KFI kan laddas ner från www.pilgrimpress.se. Kompletterande moduler finns, inklusive en för skolbarn och ungdomar (ännu inte översatt till svenska) som bland annat undersöker kulturella aspekter på övergången till vuxenålder.

REKOMMENDATION

5. Överväg kartläggning av dissociativa syndrom och somatoform dissociation.

Dissociativ amnesi utmärks av selektiv minnesförlust för svåra livshändelser. Vid dissociativ identitetsstörning är personligheten uppdelad i två eller flera delar, parallellt med minnesluckor för dagliga händelser. Karakteristiskt för derealisations- och depersonalisationsyndrom är känsla av överklighet eller avskildhet visavi omvärlden och den egna personen.

Diagnos ställs kliniskt med stöd av skattningsformulär som *A-DES* till ungdomar och *CDC* till föräldrar. Uteslut drogutlöst och andra psykotiska tillstånd.

Somatoform dissociation övervägs vid kroppsliga symtom utan somatisk förklaring. *SDQ 5* eller *20* (Somatoform Dissociation Questionnaire) är användbara självskattningsinstrument. Diagnos konversionsyndrom kan vara aktuell.

■ BEHANDLING

Enligt Barnkonventionen ska barn skyddas från alla former av våld. Utsatta barn har rätt till rehabilitering, att komma till tals och göras delaktiga. Behandling syftar till att återupprätta trygghet och säkerhet, att skapa en känsla av sammanhang och uppnå remission eller minska lidande. Svåra händelser kan inte raderas ur minnet, men genom vård kan dess påträngande och plågsamma karaktär minska och patientens förmåga att bemästra tillhörande känslor öka. Andra syften är att öka patientens tilltro till sig själv och tillit till andra och reducera sårbarhet för nya stressorer.

REKOMMENDATION

1. Upprätta en vårdplan i överenskommelse med barn och föräldrar/vårdnadshavare.

Utifrån diagnos, allvarlighetsgrad, ålder, aktuella stressorer och traumabakgrund upprättas i samråd med patient och anhöriga en vårdplan. Informera om utredningsresultat, behandlingsalternativ, längd och prognos. Vid PTSD finns inget skäl att välja behandlingsmetod utifrån typ av trauma. Undersök behandlingsmotivation, tillit till terapeuten och vilka svårigheter som stör patienten mest. Med denna grund formuleras mål och delmål och en plan görs för utvärdering.

Behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom är beroende av att patienten är rimligt trygg i sin vardag, att familjeklimat, skolmiljö eller fritid inte förstärker eller vidmakthåller tillståndet. Svårigheter inom dessa områden adresseras också i vårdplanen och kan kräva anpassningar och samverkan med relevanta aktörer.

Vid övergång mellan vårdgivare för patient i PTSD-behandling kan extra stöd krävas. Avslut görs normalt inte förrän en plan och överenskommelse med mottagare finns.

REKOMMENDATION

2. Planera behandlingsinsatserna med hänsyn till samsjuklighet.

Det finns ingen enkel algoritm för hur samsjuklighet hanteras. Individuella bedömningar görs utifrån typ av samsjuklighet, grad av sjukdom och funktionsnedsättning samt patientens motivation. Parallell eller sekventiell behandling kan vara aktuell.

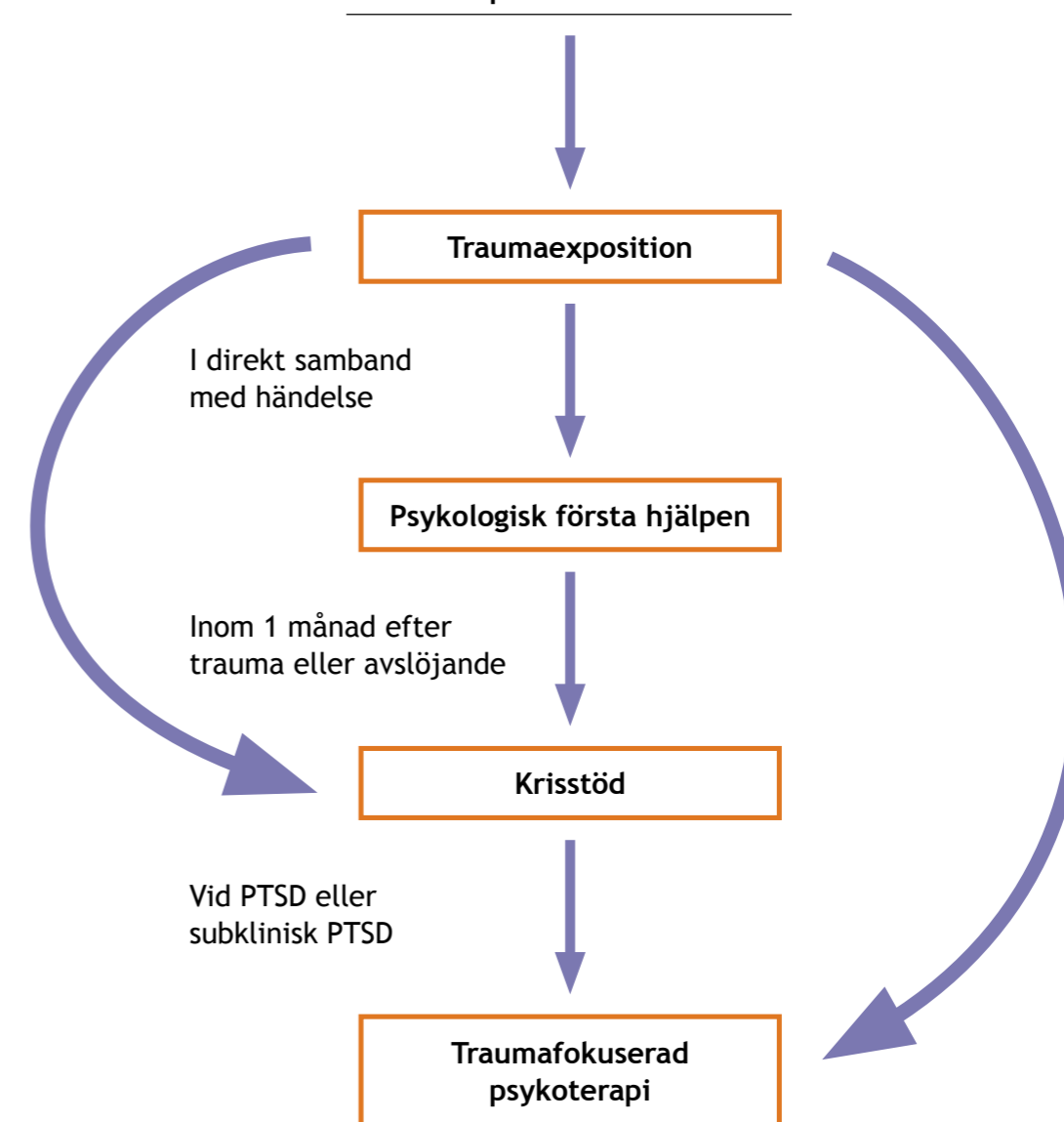
Vid komorbiditet finns dock ofta skäl att prioritera trauma- och stressrelaterade syndrom. Samsjukliga tillstånd är många gånger sekundära till trauma och kan klinga av när grundåkomman är åtgärdad. Utredning av misstänkt komorbiditet är i regel lättare när posttraumatisk stress är stabiliserad eller i remission.

Några hållpunkter:

- Akuta tillstånd och allvarliga riskbeteenden inklusive suicidalitet handläggs först.
- Prioritera tillstånd som orsakar mest symtom och funktionsnedsättning.
- Depression och ångestsyndrom är ofta sekundära till traumaexponering och traumafokuserad psykoterapi kan räcka för remission.
- Vid allvarlig depression som försvårar traumabehandling kan farmakologisk behandling och/eller psykoterapeutiska insatser mot depressionen vara nödvändiga.
- Allvarligt substansyndrom behöver inte sällan adresseras först då det kan omöjliggöra traumafokuserad terapi. Vid lindrigare problematik kan traumabehandling kombinerad med kontroller och andra specifika insatser vara tillräckligt.
- Vid samsjuklig utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse är parallella insatser tänkbara.

Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling

Sekundär prevention – översikt



Steg I

REKOMMENDATION

1. Psykologisk första hjälpen bör erbjudas alla i direkt samband med svår eller traumatisk händelse.

Ett psykologiskt första stöd säkerställs vanligtvis av föräldrar och vid behov skola, socialtjänst eller första linjens psykiatri. Syftet är att aktivera naturlig återhämtning. Peritraumatiska reaktioner kan

variera men bedarrar ofta inom få dagar.

Blir barn- och ungdomspsykiatri kontaktad kan i många fall råd och stöd ges per telefon (faktaruta *Centrala principer i psykologisk första hjälpen* sid 20). Grunden är att stödja föräldrar att ge ett gott omhändertagande och att normalisera reaktioner. Planera in en uppföljning (enstaka besök eller telefonkonsultation) inom ett par veckor.

Vid stora olyckor med många drabbade koordineras insatserna ofta centralt av kommunernas Posomgrupp (psykiskt och socialt omhändertagande). För mer information, läs "Krisstöd vid allvarlig händelse" på Socialstyrelsens hemsida.

■ Centrala principer i psykologisk första hjälpen

- **Säkerhet:** Drabbade personer flyttas från den omedelbara faran. Informera att hotet är eliminerat.
- **Lugn:** Erbjud mat och dryck, sällskap och lugn miljö. Att göra saker man vanligtvis gillar är hjälpsamt.
- **Känsla av kontroll:** Ge enkel information om vad som hänt och vad som kommer att hända. Förmedla tillit till omgivningens och samhällets förmåga att hantera situationen.
- **Närhet till andra:** Se till att personen inte lämnas ensam och gör en planering för de närmsta dagarna.
- **Förmedla hopp:** Informera om vad som sker, exempelvis att räddningstjänst arbetar vidare, att polisen tagit den misstänkte och så vidare.

REKOMMENDATION

2. Vid lindriga symtom under de första 30 dagarna efter traumaexponering överväg aktiv uppföljning.

Om barnet under första fasen efter ett trauma har hanterbara symtom och tillgång till stöd i det egna nätverket övervägs så kallad *watchful waiting* – att avvakta behandling men med uppföljning. Spontan återhämtning är vanlig.

Via telefon eller på mottagning ges kort psyko-
 edukation om vanliga traumareaktioner och förlopp. Utgå från principerna i psykologisk första hjälpen (faktaruta *Centrala principer i psykologisk första hjälpen*). Utifrån behov och önskemål planeras uppföljning efter cirka fem veckor.

REKOMMENDATION

3. Riskgrupper och patienter med betydande traumasymtom under första dryga 30 dagarna efter traumaexponering bör erbjudas sekundär prevention i form traumarelaterat krisstöd.

Krisstöd syftar till att lindra symtom och motverka utveckling av allvarlig och bestående posttraumatisk stress hos individer med förhöjd risk för detta (faktaruta *Riskfaktorer för utveckling av posttraumatisk stress* sid 14). Krisstöd kan vara aktuellt både vid akut stressyndrom, eller när ett äldre trauma avslöjas.

Krisstödet kan vara generiskt eller baserat på kognitiv beteendeterapi (KBT) som *Child and Family Traumatic Stress Intervention* (CFTSI). Krisstöd bygger på erfarenhet och evidensbaserade principer. CFTSI har undersökts i en RCT med gott resultat och är framtagen för barn från sju år.

Generiskt krisstöd innehåller fem komponenter (faktaruta *Centrala komponenter i psykosocialt krisstöd* sid 21) som anpassas efter individens behov. De hjälper patienten att förstå och hantera traumareaktioner, ökar känslan av sammanhang men utan direkt traumabearbetande moment. Föräldrar inkluderas för att stödja återhämtningen och bemästrande. Föräldrar som är misstänkta för våld inkluderas inte men kan erbjudas andra insatser i samverkan med socialtjänst. Krisstöd kan också erbjudas i grupp när möjligheten till individuellt stöd är begränsad efter större olyckor.

CFTSI ges vid 5–8 sessioner för barn och föräldrar. Målet är att kartlägga barnets reaktioner, träna bemästrandestrategier och kommunikation mellan barn och föräldrar samt bedöma behov av mer långsiktig behandlingsinsats.

■ Centrala komponenter i psykosocialt krisstöd

- **Psykoedukation:** Normalisera och förklara vanliga reaktioner på stress och trauma. Beskriv hur undvikande, överspändhet och inlärning fungerar vid trauma.
- **Hantera symtom:** Lär ut strategier för att hantera plågsamma minnen och känslor. Träna tex andnings- och avslappningsövningar. Föräldrar och barn tränar i sessionen och hemma.
- **Familjekommunikation:** Förklara hur föräldrar kan bemöta barnets spontana berättande genom att lyssna och validera, och hur de själva kan ta upp tankar och känslor så att barnet bjuds in att dela sina.
- **Föräldrastrategier:** Uppmuntra föräldrar till positiv samvaro med barnet. Föräldrar som själva mår dåligt uppmanas att söka egen hjälp. För barn i jourhem eller på HVB är Traumamedveten omsorg (TMO) och "föräldrafärdigheter" anpassade för personal lämpligt.
- **Problemlösning:** Lista aktuella problem, gradera och prioritera samt generera möjliga lösningar tillsammans. Hänvisa vid behov till andra aktörer.
- **Förmedla hopp:** Informera om vad som sker, exempelvis att räddningstjänst arbetar vidare och att polisen tagit den misstänkte.

Behandlingsöversikt - psykoterapi

Steg I	TF-KBT (Cohen) vid PTSD, 3-17 år
	PE-A vid PTSD, tonåringar
	KID-NET vid PTSD, 7-16 år, bl a barn med flyktingbakgrund
Steg II	CPP vid posttraumatisk stress 0-6 år
	EMDR vid PTSD 3-17 år
	Anpassad och förlängd traumafokuserad behandling vid komplex PTSD
	PE-A i kombination med DBT hos tonåringar med PTSD och svår emotionell instabilitet
Steg III	IRT vid omfattande mardrömmar
	Förlängd stabiliseringsfas vid hög grad av dissociativa symtom eller dissociativt syndrom
	Specifika insatser parallellt med traumafokuserad behandling vid hedersförtryck eller våld i familjen som bakgrund till PTSD.
	KIBB vid posttraumatisk stress, 4-17 år, när föräldrar utövat men tar avstånd från våld och deltar i behandlingen
	Samspelsbehandling med anknytningsperson, evt CPP, vid anknytningsstörning

GOD RESPONS

Boostersessioner vid behov

OTILLRÄCKLIG RESPONS

- Optimera/förläng psykoterapi
- Stärk stabiliserande insatser
- Ny bedömning av pågående stressorer, riskbeteende, föräldrafunktion, samsjuklighet
- Överväg farmakologisk behandling eller fysioterapi
- Överväg annan psyko-terapi

REKOMMENDATION

4. Vid PTSD eller funktionsnedsättande subklinisk PTSD som förelegat mer än en månad bör individuell traumafokuserad KBT med exponering erbjudas för barn 3-17 år.

Traumafokuserad psykoterapi på steg 1 avser främst patienter med tillräckligt psykosocialt stöd i vardagen och utan allvarligt riskbeteende.

I olika former av evidensbaserad traumafokuserad KBT är den centrala komponenten känslomässig bearbetning av traumarelaterade minnen. Dessutom ingår psykoedukation, bemästrandestrategier för att reglera stress och känslor, kognitivt processande, exponering in-vivo, problemlösning och skyddsstrategier.

Traumafokuserade KBT-metoder fungerar utan föräldrar, men kan föräldrar medverka rekommenderas det och särskilt för yngre barn eller om trauma påverkat familjedynamiken. Syftet är att träna föräldrafärdigheter och samspel, och att bemöta föräldrars egna känslor inför det som hänt. Om föräldrar saknas eller inte är känslomässigt tillgängliga, inkludera andra viktiga vuxna. Föräldrar som utövat våld är normalt inte delaktiga i barnets traumabehandling (se rekommendation 3, steg 3)

TRAUMAFOKUSERAD KOGNITIV BETEENDERAPI enligt Cohen, Deblinger, Mannarino (**TF-KBT**) är den traumafokuserade KBT-metod som har bredast

forskningsstöd och är studerad på barn från 3 års ålder, framför allt på barn i skolålder. Den har använts efter olika trauma inklusive krig och komplex traumaexponering, och inkluderar föräldrafärdigheter och barn-föräldrakommunikation. TF-KBT är förstahandsval för de flesta barn 3-17 år, med anpassningar utifrån utvecklingsnivå. Behandlingen består av 8-20 sessioner.

Det finns ytterligare några KBT-metoder. Trots att evidensen är svagare än för TF-KBT brukar de värderas som effektiva pga likheter med de mest bärande elementen i TF-KBT.

PROLONGED EXPOSURE (PE-A) är en KBT-metod på 8-15 sessioner utvecklad för tonåringar. Jämfört med TF-KBT läggs mindre fokus vid inledande bemästringsstrategier och föräldrarbete, och mer på föreställningsmässig exponering.

NARRATIV EXPONERINGS TERAPI FÖR BARN

(KID-NET) är en kort KBT-metod för barn 7-16 år, och har i mindre studier använts för barn med flyktbakgrund. Upplägget är 4-10 sessioner, oftast utan förälder. Patienten skapar ett narrativ, med fokus på traumatiska händelser, av sin livshistoria i skrift eller andra uttrycksmedel.

Traumafokuserade KBT-metoder kan i varierande grad reducera depressiva symtom, ångest och externaliserande symtom. Det är mest välunderbyggt för TF-KBT.

Vid stora olyckor kan traumafokuserad KBT i grupp övervägas om BUP:s kapacitet för individuell behandling överskrids.

■ Komponenter i TF-KBT enligt Cohen, Deblinger, Mannarino

- Psykoedukation: Om vanliga reaktioner vid trauma, hur det kan påverka skola, relationer och familjedynamik, om behandling och prognos. Gärna skriftlig och muntlig information.
- Avspänning och medveten närvaro: Tex progressiv avslappning, kroppsskanning eller övningar med riktad uppmärksamhet.
- Förstå och hantera tankar: Tankars koppling till känslor och beteenden samt kognitiv omstrukturering utifrån exempelvis skuld-känslor och ansvar.
- Känsloreglering och bemästrandestrategier: Att identifiera känslor, förstå deras koppling till trauma och träna färdigheter att hantera starka känslor, exempelvis att söka stöd i relationer, acceptans.
- Exponering, föreställningsmässig: Att gradvis närma sig traumatiska minnen känslomässigt, exempelvis genom muntligt berättande, skrivande eller ritande av vad som hänt.
- Exponering in vivo: Minska undvikande av neutrala saker såsom platser, ord,

personer som kopplats ihop med traumat, så kallade traumatrigger.

- Gemensamma sessioner för äldre och barn: Delande av barnets traumahistoria, träna bemästrandestrategier tillsammans och förbättra samspel för att stärka barn och föräldrelationen.
- Säkerhet och framtida skydd: Kunskap om våld och övergrepp, identifiera risksituationer och träna bemästrandestrategier för dessa, sociala färdigheter för positiv utveckling av relationer.

Steg II

REKOMMENDATION

1. För barn tre år eller yngre med PTSD eller funktionsnedsättande subklinisk PTSD rekommenderas CPP, och i åldersgruppen 4-6 år kan metoden övervägas.

Vid behandling av posttraumatisk stress hos de allra yngsta barnen är *Child-Parent Psychotherapy (CPP)* förstahandsval. Forskningsstödet för barn i förskoleålder är generellt begränsat men metoden bedöms troligen effektiv och kan sammantaget rekommenderas för barn runt 3 år eller yngre. CPP är också ett alternativ för barn 4-6 år, särskilt vid anknytnings-svårigheter, komplex traumaexponering eller kognitiv eller annan utvecklingsrelaterad försening.

CPP är en traumafokuserad samspelsbehandling, vanligtvis 20-40 sessioner, där förälder deltar genomgående. Terapin fokuserar på trauma som barnet upplevt enskilt eller tillsammans med föräldern och på gemensam bearbetning. I sessionerna arbetas traumafokuserat via lek och samtal, mot det övergripande målet att stärka förälder-barn-relationen och barnets återgång till normal utveckling. Terapeuten hjälper föräldern att förstå barnets reaktioner och uttryck samt att stödja barnet, bland annat genom dyadisk affektreglering.

REKOMMENDATION

2. Vid PTSD eller funktionsnedsättande subklinisk PTSD hos barn från 3 år överväg EMDR.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) används för barn 3-17 år med PTSD eller subklinisk PTSD. Metoden kan lämpa sig bland annat för patienter som har svårt att minnas delar av traumat eller svårt att verbalisera upplevelserna. Behandlingen inleds med passande bemästringsstrategi, exempelvis trygg plats. I det traumabearbetande momentet används ögonrörelser eller annan bilateral stimulering samtidigt som man fokuserar på traumatiska minnen. Etablerad metodik för föräldrainvolvering saknas, men föräldrar kan bland annat delta i att plocka fram minnen och i den bilaterala stimuleringen. Terapilängden är vanligtvis kort (1-6 sessioner). Vid komplex symtombild är behandling längre med stabiliserande tilläggsprotokoll.

REKOMMENDATION

3. Vid komplex PTSD ges anpassad och förlängd traumafokuserad behandling, i första hand TF-KBT.

Forskningsstödet för specifika metoder vid komplex PTSD är svagt. Baserat på erfarenhet förespråkas i första hand anpassad TF-KBT enligt Cohen, Deblinger och Mannarino. Överväg i andra hand någon av ovan beskrivna traumafokuserade terapier. Oavsett metod är ett fasorienterat upplägg värdefullt, dvs att följande faser varvas efter behov: stabilisering, bearbetning av trauma och slutligen integrering/konsolidering. Behandlingen tar i regel längre tid än vid vanlig PTSD - 6-12 månader är inte ovanligt - med mer utrymme för respektive moment. Uppmärksamma pågående stressorer och beteendeproblematik, samverka vid behov med andra aktörer. Överväg behandling/anpassningar vid samsjuklighet.

Alliansbyggande och stabilisering kan ta tid. Det senare inkluderar i regel arbete med sömn, kost, fysisk aktivitet och vardagsrutiner, utöver känsloreglering och föräldrafärdigheter. Var extra uppmärksam på att validera patientens känslor, på att vara pålitlig, uthållig och förutsägbar. Informera muntligt och skriftligt. Använd gärna kognitiva hjälpmedel för tydligare struktur. Låg affektolerans och kort uppmärksamhetsspann kan kräva att sessioner bryts ner i korta pass med tydlig agenda. Uppgifter med olika fokus (t ex känsloreglering, negativ självbild och sociala relationer) och modaliteter (t ex rita, prata, fysisk aktivitet) varvas. Om patient eller föräldrar ofta uteblir, undersök varför och försök hitta lösningar. Anpassa tempot vid hög ångest, undvikande eller dissociativa reaktioner och träna mer känslor- och bemästrandestrategier.

Finns multipla trauman, lista och gradera dessa. Börja exponera för ett "lagom svårt" trauma som patienten upplever som rimlig. Säkerställ exponering för något av de mest påträngande minnena. Man behöver sällan exponera för samtliga händelser eftersom inlärningseffekten generaliseras, men de är viktiga för sammanhang och delande.

Vid komplex traumahistorik, särskilt om anamnesen involverar andra i familjen, är förälder-barn-relation ofta påverkad. Föräldrar kan känna skuld och ilska eller ha egna värddkrävande stressreaktioner som gör det svårt att stödja barnet. Starka känslor hos barnet som svek, skuld och skam kan försvåra delande av upplevelser. Medverkan av föräldrar eller andra viktiga vuxna, enskilt och tillsammans med barnet, är därför i regel önskvärdt för samspels-

träning, kommunikation, föräldra- och relationsfärdigheter. Det kan också vara motiverat att involvera syskon.

Avslut planeras i god tid.

REKOMMENDATION

4. Vid emotionell instabilitet med allvarlig självdestruktivitet och suicidalitet parallellt med posttraumatisk stress, överväg att kombinera traumafokuserad KBT med DBT.

Vid genomgripande emotionell instabilitet hos patient med komorbid posttraumatisk stress kan traumafokuserad KBT med exponering, särskilt PE-A, kombineras med *Dialektisk beteendeterapi* (DBT). Man arbetar inledningsvis utifrån DBT och när självdestruktiviteten minskar ges traumafokuserad behandling parallellt med användande av färdigheter från DBT.

REKOMMENDATION

5. Vid omfattande mardrömmar som inte responderat på traumafokuserad terapi eller är mycket plågsamma, överväg specifik mardrömsintervention.

Traumarelaterade mardrömmar avtar ofta vid traumafokuserad psykoterapi. Om så inte sker eller om mardrömmarna är mycket frekventa och påverkar patientens vardag övervägs *Imagery Rehearsal Therapy* (IRT).

Låt patienten berätta om, rita eller skriva ner en typisk mardröm och sedan tänka ut ett alternativt och gott slut. Den alternativa drömmen repeteras.

REKOMMENDATION

6. Vid social instabilitet eller riskbeteende som försvårar traumabehandling, erbjud insatser för förbättrad funktionsnivå i syfte att patienten ska kunna motta traumafokuserad behandling.

Allvarlig social instabilitet inklusive polisutredning, pågående hot/utsatthet eller egna riskbeteenden kan behöva avslutas eller åtgärdas innan exponeringsfasen av traumaterapi är möjlig. Det bör ske i samverkan med relevanta aktörer och med korta vårdplaner som vid behov också adresserar basala funktioner inklusive sömn, skola och vardagsrutiner. Att avgöra vad som är "stabil nog" för traumabehandling

ning kan vara svårt och inkluderar bedömning av tillgången till stöd i vuxennätverket och patientens förmåga att hantera risker, osäkerhet och affekter. För att säkra skydd mot yttre hot kan orosnämnan behöva upprepas.

Har patienten riskbeteenden upprättas en säkerhetsplan för att via socialtjänst och vuxna i nätverket minimera sådant som sexuella problembeteenden, antisocialitet, självdestruktivitet (se SFBUP Riktlinje beteendesyndrom i remissversion 190328). När säkerhet etablerats tränas färdigheter av barn och föräldrar, exempelvis att identifiera triggers för problembeteendet, träna känsloreglering och föräldrafärdigheter utifrån kedjeanalys av problemområden.

Vid upprepade placeringar utanför hemmet och bristande anknytning ta hänsyn till detta och understöd etablerandet av trygga relationer. Arbeta med negativ självbild och stärk självförtroende.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Vid hög grad av dissociativa symtom eller dissociativt syndrom ska stabiliseringsfasen förlängas.

Stabiliseringsarbete vid omfattande dissociativa symtom innefattar psykoedukation för barn och förälder om dissociation, kartläggning av dissociativa episoder, tidiga triggers och att träna strategier för att hantera dessa. En viktig del är att skapa förståelse för dissociativa reaktioners funktionalitet vid traumatiska händelser. Praktiska tekniker såsom "grounding", medveten närvaro och fysioterapi (rekommendation 4, steg 3) är ofta hjälpsamt.

Bearbetning av ett eller flera identifierade trauman görs med anpassning av tempo och intensitet. Terapeuten måste vara uppmärksam på dissociativa reaktioner: Är patienten inte mentalt närvarande sker ingen ny inläring. Strategier att bryta dissociation och vidga toleransfönstret är centralt.

REKOMMENDATION

2. Vid PTSD och hedersrelaterat våld och förtryck erbjuds traumafokuserad behandling parallellt med specifika insatser mot hedersproblematiken i samverkan med socialtjänst.

Vid posttraumatisk stress hos barn utsatt för hedersrelaterat våld eller förtryck har säkerhet högst prioritet.

Om patienten bor med sin familj som misstänks utöva förtryck måste skyddsbehov ses över i samråd med patient och socialtjänst. Det gäller även om patienten lämnat familjen eftersom hotbilden kan kvarstå.

Posttraumatisk stress behandlas parallellt med att hedersspecifika aspekter adresseras, eller när stabilitet uppnåtts. Stöd ges för att hitta framtidstro, att utveckla relationer och nätverk utanför hederskulturen. Föräldramedverkan är sällan möjlig och ofta är patienten väldigt ensam, vilket ökar risken att hen går tillbaka till familjen. Är det privata nätverket tunt behöver de professionella kontakterna kvarstå längre tid.

REKOMMENDATION

3. Har barnets föräldrar utövat våld överväg anpassade behandlingsmetoder i samverkan med socialtjänsten.

När föräldrar eller vårdnadshavare utövat våld är första målet att minimera risken för nytt våld, i andra hand att behandla de psykiska följderna.

Följande interventioner, med begränsat forskningsstöd, kan vara aktuella utifrån förutsättningar i det enskilda fallet.

Kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel (KIBB) kan ges till barn 3–17 år med PTSD-symtom, depression och beteendeproblematik tillsammans med föräldrar som utövat fysiskt våld mot barnet. KIBB förutsätter dock dels att våldet upphört, dels att föräldrarna tar på sig ansvaret för det som inträffat. Barnet erbjuds individuell traumabehandling utifrån TF-KBT-principer och föräldern arbetar med ansvar för våld och föräldrafärdigheter, och tillsammans arbetar barn och förälder med samspel och positivt samvaro. Är KIBB inte möjligt på grund av föräldrars inställning till våld exempelvis, är ett alternativ att barnets PTSD behandlas utan föräldramedverkan.

Vid våld i familjer med yngre barn kan även andra metoder övervägas. *Project Support* (Hållbart föräldraskap) är en sådan som vänder sig till våldsutsatt förälder med barn i åldern 3–9 år med beteendeproblem. Metoden syftar till förbättrade föräldrastrategier och minskat användande av inkonsekvent och hård uppfostran.

REKOMMENDATION

4. Överväg fysioterapi för patienter med posttraumatisk stress och funktionsnedsättande smärtproblematik, dissociativa symtom, särskilt av somatiserande art.

Fysioterapi, däribland basal kroppskänedom, är en beprövad behandling som kan ha god effekt på stressrelaterade symtom vid PTSD, exempelvis ångest, muskelspänning och värk, samt vid rehabilitering efter tortyr. Också vid alexitymi kan det vara ändamålsenligt att utgå från kroppsliga symtom. Vid svåra dissociativa symtom, inte minst somatiserande dito, kan fysioterapi vara hjälpsamt. Kroppsorierad terapi är en komplementär behandling.

REKOMMENDATION

5. Vid diagnos anknytningsstörning är primär behandling att barnet får tillgång till en känslomässigt närvarande anknytningsperson/er.

Insatser fokuserar på att stötta anknytningspersonen att knyta an till barnet, öka positivt samvaro, samspel och kontakt anpassad efter barnets svårigheter. Antalet omsorgspersoner bör begränsas för att stärka primära anknytningspersoner

Behandlingen riktas antingen till den vuxne eller genom samspelsbehandling till barn och förälder tillsammans. Det är viktigt att stärka anknytningspersonen att arbeta "terapeutiskt" med barnet även på hemmaplan för att möjliggöra inläring och återanknytning. Metoder med videoinspelning för att tydliggöra samspel och dyadiska interventioner rekommenderas, till exempel CPP.

Icke-göra psykoterapeutisk behandling

- Initiera inte bearbetande av traumatiska minnen den första månaden efter trauma.
- Förstärk inte undvikandet i traumafokuserad behandling utan stötta patienten i att gradvis och kontrollerat exponera.
- Undvik att "blanda och ge" av de metoder som rekommenderas, följ en evidensbaserad behandlingsmodell.

Farmakologisk behandling

Steg I

REKOMMENDATION

1. Farmakologisk behandling rekommenderas inte på indikationen trauma- och stressrelaterade syndrom.

Det saknas stöd för farmakologisk behandling av PTSD och andra stressrelaterade tillstånd hos barn och ungdomar.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Vid sömnsvårigheter, särskilt om de kvarstår efter psykosociala och sömnhygieniska insatser, bör farmakologisk behandling övervägas.

Sömnsvårigheter är vanligt efter svåra händelser och kan påverka förlopp och prognos av posttraumatiska reaktioner. Kartlägg insomningstid, uppvaknande, mardrömmar, total sömntid, sömngång och sömn dagtid.

Läkemedel mot insomni är normalt aktuellt först om andra interventioner inte haft effekt. Försvårar sömnproblem terapin eller allvarligt kringskär funktionsnivån kan medicin behövas tidigare.

1. I första hand kort- eller långverkande melatonin 0,5–10 mg (barn från 2 år).
2. Prometazin (Lergigan®) 5–50 mg eller alimemazin (Theralen®) 2,5–30 mg. Från 2 års ålder. Risk för sedering dagtid och förlängd QT-tid. Utvärdera regelbundet behovet av medicinering, undvik långvarig behandling.
3. Mirtazapin 7,5–15 mg. För äldre barn. Risk för viktuppgång och sedering dagtid.
4. Propiomazin (Propavan®). För äldre barn, 25–50 mg. Vid långvarig insomni där inget annat fungerat. Risk för motoriska biverkningar och sedering dagtid.
5. Zopiklon (Imovane®). Efter puberteten, 5–7,5 mg. Framför allt vid stora insomningssvårigheter. Kort behandlingsperiod, ca 1 vecka. Aldrig vid misstanke om missbruksproblem. Undvik första tiden efter trauma p g a ökad risk för PTSD-utveckling.

REKOMMENDATION

2. Vid behovsmedicinering mot ångestsymtom kan användas undantagsvis och tidsavgränsat.

Fentiaziner och fentiazinliknande preparat som hydroxizin (Atarax®), prometazin och alimemazin kan användas kortvarigt för ångestlindring, bland annat vid kriser. Preparaten bör användas restriktivt på grund av risken för utveckling av en dysfunktionell bemästrandestrategi liksom för biverkningar.

REKOMMENDATION

3. Överväg farmakologisk behandling av samsjuklighet, exempelvis medelsvår till svår depression och/eller ångestsyndrom, när psykosociala interventioner inte fungerar.

Vid PTSD och komorbiditet, främst medelsvår till svår depression men också allvarliga ångest- och tvångssyndrom, kan SSRI övervägas. Särskilt om traumafokuserad psykoterapi inte haft effekt eller psykoterapin motverkas av samsjuklighet. Effekten av farmaka kan dock vara lägre än vid behandling av motsvarande tillstånd utan traumabakgrund.

Val av psykofarmaka utgår från riktlinjer för samsjukligt tillstånd. I synnerhet för deprimerad patient i övre tonåren finns dock skäl att överväga sertralin, då preparatet har indikation PTSD på vuxna.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Antiadrenerga läkemedel som prazosin kan övervägas vid betydande sömnsvårigheter orsakade av mardrömmar som inte förbättrats efter andra interventioner.

På ovanstående indikation används ibland antiadrenerga läkemedel *off label* vid PTSD, särskilt om patienten är rädd att somna på grund av mardrömmarna. Mer beprövade sömnläkemedel liksom åtgärder för basal sömnhygien ska först ha provats.

Prazosin är en alfa-1 antiadrenerg substans med FDA-godkännande för hypertoni-behandling som i vissa studier har visat effekt på traumarelaterade

mardrömmar, sömnsvårigheter och delvis generella PTSD-symtom på vuxna. På barn finns endast fallstudier (från 7 års ålder).

Yrsel, trötthet, ångest och huvudvärk är några biverkningar, men prazosin är generellt väl tolererat. Efter licensansökan inleds behandling i låg dos, 1 mg, för att minska risk för ortostatisk synkope vid första dosen. Trappa upp gradvis, ca 1 mg/vecka, med hänsyn till effekt och biverkningar. Försiktighet över 5 mg rekommenderas. Blodtryck och puls följs löpande, alltid före insättning och vid dostitrering.

REKOMMENDATION

2. Vid utagerande eller ångest av gränspsykotisk/dissociativ valör kan atypiska neuroleptika övervägas.

Aggressivitet eller utagerande hos barn och unga med posttraumatisk stress kan förstärkas av okänsligt eller oförstående bemötande från omgivningen. Är problematiken allvarlig, annan bakomliggande genes uteslutits och andra interventioner inte hjälpt kan neuroleptika övervägas för kortvarig behandling. Risperidon har bäst stöd och är studerat från 5 års ålder.

Vid dissociativa eller psykotiska symtom som inte responderat på andra interventioner kan tillägg av atypiska neuroleptika övervägas, trots svag evidens.

Oavsett indikation tas hänsyn till risk/nytta. Extrapyramidala och metabola biverkningar av neuroleptika är potentiellt allvarliga. Kontroller före och monitorering under behandling ska göras av bland annat vikt, puls, blodtryck, midjemått och blodprover. För detaljer se Information från Läkemedelsverket 4:2016.

Icke göra farmakologisk behandling

- Betablockare och alfaadrenerga agonister vid akut stressyndrom.
- Benzodiazepiner och andra beroendeframkallande läkemedel rekommenderas ej vid misstänkt eller konstaterat missbruk. Används även i övrigt restriktivt på grund av risk för utveckling eller försämring av PTSD-symtom.

■ UTVÄRDERING

REKOMMENDATION

1. Strukturerad utvärdering av symptom och funktionsnivå görs ca varannan månad till dess behandlingsmål är uppnådda.

Undersök löpande kärnsymtomens intensitet och frekvens. Följ funktionsnivå. Håll koll på nytillkomna stressorer, riskbeteende och säkerhet.

En mer strukturerad utvärdering görs cirka varannan månad med relevanta instrument. Är patienten i traumabearbetande fas är en övergående ökning av symtombördan inte ovanlig.

REKOMMENDATION

2. Vid otillräcklig behandlingseffekt analyseras orsakerna och vid behov omprövas utredning samt behandling.

Kartlägg tänkbara orsaker till utebliven eller svag behandlingseffekt med hjälp av checklisten *Frågor vid utebliven behandlingseffekt*. Ofta ger resultatet vägledning om vad som behöver göras. Det kan handla om ökad metodhandledning för terapeut, kompletterande farmakologisk behandling eller problemlösning tillsammans med patient och familj samt samverkan med andra.

Vid non-respons på evidensbaserad terapi trots anpassningar övervägs byte av metod. Vid PTSD är det sällan aktuellt förrän efter 2–3 månaders terapi. Val av ny metod görs utifrån individuella faktorer som ålder, allvarlighetsgrad och behov/möjlighet att inkludera föräldrar.

REKOMMENDATION

3. Vid avslut görs vidmakthållandeplan och uppföljande besök övervägs.

Upprätta med patient och anhöriga en vidmakthållandeplan innan avslut. Den bör innehålla råd kring tillämpning av inlärd färdigheter och åtgärder vid återfall. Glesa uppföljningskontakter/booster sessioner kan övervägas.

CHECKLISTA

■ Frågor vid utebliven behandlingseffekt

Socialt

- ✓ Har pågående belastningar i hem, skola eller fritid förbisets, exempelvis hot? Riskbeteenden underskattats?
- ✓ Sviktande föräldrafunktion, exempelvis på grund av psykisk ohälsa?
- ✓ Finns praktiska svårigheter att delta i behandling för barn eller förälder?

Diagnostik

- ✓ Korrekt diagnos?
- ✓ Förbisedd samsjuklighet inklusive missbruk?

Behandling

- ✓ Patientens behandlingsmotivation?
- ✓ Görs hemuppgifter?
- ✓ Behövs ytterligare färdighetsträning och stabilisering för traumabearbetning?
- ✓ Exponeras för "fel" trauma? Är trauma och triggers ofullständigt kartlagda?
- ✓ Följer behandlaren med i undvikandet och försummar exponeringsfasen?
- ✓ Sviktat följsamhet till läkemedelsbehandling?
- ✓ Vid tolkade samtal: finns problem i tolkningen?

■ KVALITETSINDIKATORER

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

Utredning

- Systematisk kartläggning av stress- och traumahändelser
- Diagnos/diagnoser och gradering av symptom på återupplevande, undvikande och överspändhet med formulär
- Suicidalitet
- Socialt stöd
- Riskbeteende
- Pågående hot
- CGAS

Behandling

- Psykoedukation
- TF-KBT
- Vårdplan
- SIP
- Tid från PTSD-diagnos till traumafokuserad psykoterapi

Utvärdering kvartalsvis

- Skattningsskalor för posttraumatisk stress
- Mål och delmål
- CGAS
N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin,

Diagnos- och KVÅ-koder

Trauma- och stressrelaterade syndrom

DSM-5	ICD-10
Akut stressyndrom 308.3	Akut stressreaktion F43.0
Posttraumatiskt stressyndrom 309.81	Posttraumatiskt stressyndrom F43.1
Anpassningsstörningar 309.0, 309.24, 309.28, 309.3 309.4, 309.9	Anpassningsstörning F43.2
Anknytningsstörning med social hämning 313.89	Reaktiv störning i känslomässig bindning under barndomen F94.1
Anknytningsstörning med social distanslöshet	Distanslöshet hos barn F94.2
Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom 309.89	Andra specificerade reaktioner på svår stress F43.8
Ospecificerat trauma- och stressrelaterat syndrom 309.9	Reaktion på svår stress, ospecificerad F43.9
	Komplex PTSD (6B41 i ICD-11)

Dissociativa syndrom

DSM-5	ICD-10
Dissociativ amnesi 300.12	Dissociativ amnesi F44.0 Dissociativ fugue F44.1
Depersonalisations- och derealisations-syndrom 300.6	Depersonalisations- och derealisationssyndrom F48.1
Dissociativ identitetsstörning 300.14	
Andra specificerade dissociativa syndrom 300.15	Andra specificerade dissociativa syndrom F44.8 Transtillstånd och besatthet F44.3
Ospecificerat dissociativt syndrom 300.15	Dissociativt syndrom, ospecificerat F44.9
Konversionssyndrom (Funktionell neurologisk symptomstörning) (Kapitel Kroppssyndrom och relaterade syndrom) 300.11	Dissociativ stupor F44.2 Dissociativ motorisk störning F44.4 Dissociativa kramper F44.5 Dissociativ anestesi F44.6 Blandade dissociativa syndrom F44.7

Exempel på psykiatriska tillstånd som kan vara trauma- och stressrelaterade

DSM-5	ICD-10
Egentlig depression 296	Depressiv episod F32 Emotionell störning i barndomen ospecificerad F93.9
Ångestsyndrom	Uppgivenhetssyndrom F32.3A Ångesttillstånd F40-41 inkl. separationsångest i barndomen F93.0 och selektiv mutism F94.0
Kortvarig psykos med påtaglig stressfaktor 298.8	Akuta och övergående psykotiska syndrom F23

Bidiagnoser (ICD-10) för att specificera problemet eller psykosociala förhållanden

Social uteslutning och utstötning, mobbning	Z60.4
Negativ händelse under barndomen ospecificerad	Z61.9
Problem som har samband med den primära stödgruppen, ospecificerad	Z63.9
Problem som har samband med flyktingskap och asylsökande	Z65.8A
Kvinnlig könsstympning i den egna sjukhistorien	Z91.7

Misshandelssyndrom*, T74**, ICD-10

Effekt av försummelse och vanvård	T74.0
Fysisk misshandel	T74.1
Sexuellt övergrepp	T74.2
Psykisk misshandel	T74.3
Andra misshandelssyndrom	T74.8
Misshandelssyndrom, ospecificerat	T74.9

*Enbart vid systematiserad misshandel. ** Ange även Y07-kod som specificerar relation till förövare

Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ) enligt Socialstyrelsen

Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	AU009
Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Vårdplan	AU120
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Ordnation av läkemedel	DT026
Monitorering av pågående läkemedelsbehandling	AV027

Referenser

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2016). Victimization, poly-victimization, and health in Swedish adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 26(7), 89-99.

Cohen, J.A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S.R., Chrisman, A., Farchione, T.R., AACAP American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Work group on quality issues. (2010) *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder, journal of the American child and adolescent psychiatry*, 49 (4), 414-430.

Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., ... Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(3), 303-330.

Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review *Journal*, 8(3), 1004-1116.

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007 Winter;70(4):283-369.

ISTSS Guidelines: Position paper on Complex PTSD in Children and Adolescents.

ISTSS Posttraumatic Stress Disorder, Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations.

Jernbro, C., & Janson, S. (2017). Våld mot barn 2016 - En nationell kartläggning. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm.

National Institute for Health and Care Excellence (2018) *Post-traumatic stress disorder* (NICE Guideline 116).

Nilsson, D. & Svedin C.G. (2017), *Kunskapsöversikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm.

SBU, statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2018). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

SBU, statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2018). *Stöd till ensamkommande barn och unga - effekter, erfarenheter och upplevelser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Socialstyrelsen. (2008). *Krisstöd vid allvarlig händelse*.

Socialstyrelsen. (2014). *Anmäla oro för barn - Stöd för anmälningskyldiga och andra anmälare*.



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

www.sfbup.se
info@sfbup.se