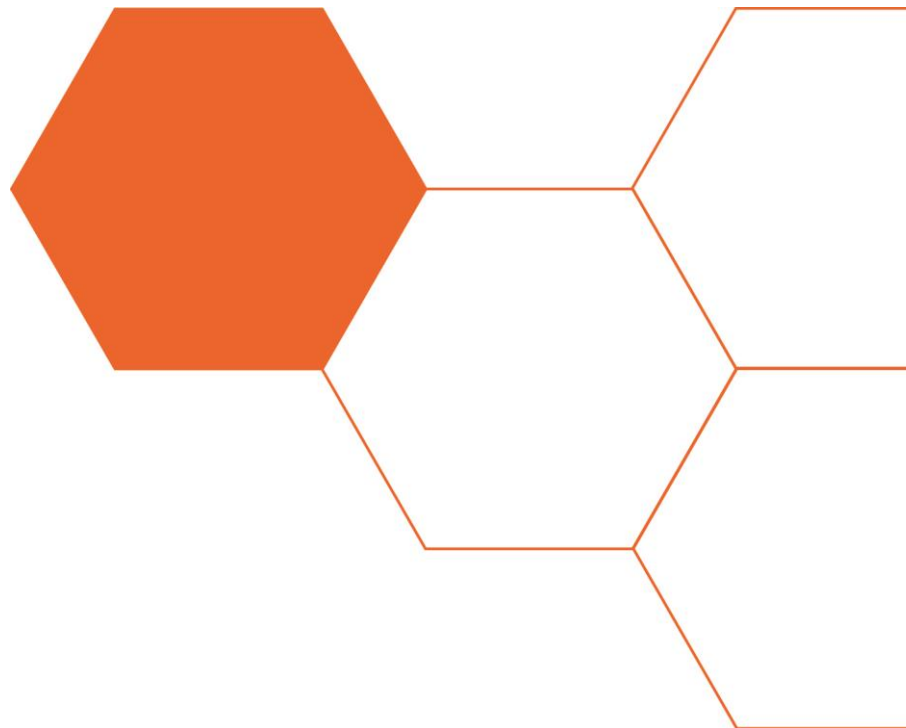


# Vårdprogram för Beteendestörning

---

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



## Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Ingrid Thörn	Socionom, enhetschef	<a href="mailto:Ingrid.thorn@skane.se">Ingrid.thorn@skane.se</a>
Fastställt av	Regionala ledningsgruppen BUP		
Sakkunniggrupp	Hedvig Mannerstråle Paradisi Marianne Parck Olof Stuermer Ola Österberg	Leg psykolog  Socionom Överläkare Leg psykolog	<a href="mailto:Hedvig.MannerstraleParadisi@skane.se">Hedvig.MannerstraleParadisi@skane.se</a> <a href="mailto:Marianne.Parck@skane.se">Marianne.Parck@skane.se</a> <a href="mailto:Olof.T.Stuermer@skane.se">Olof.T.Stuermer@skane.se</a>
Kontaktperson Koncernkontoret	Kerstin Lindell		<a href="mailto:Kerstin.h.lindell@skane.se">Kerstin.h.lindell@skane.se</a>
Administrativ kontaktperson			

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	September 2014	2017-12-16	Ingrid Thörn
Revidering	Maj 2015	2017-12-16	
Revidering			
Revidering			
Revidering			

## Sökord




---

## 1. Innehåll

Regionalt vårdprogram för beteendestörning .....	6
<i>Inledning</i> .....	6
<i>Hjälp på rätt nivå</i> .....	6
<i>Definition av trotssyndrom och uppförandestörning</i> .....	6
Trotssyndrom .....	6
Uppförandestörning.....	6
<i>Förekomst</i> .....	7
Barn- och ungdomsdebut, prognos .....	7
Utveckling av beteendestörning, skydds- och riskfaktorer .....	7
Samsjuklighet .....	7
Utredning och diagnostik .....	8
<i>Behandling</i> .....	8
Familjebehandling .....	9
Föräldrautbildningsprogram .....	9
Funktionell familjeterapi (FFT) .....	10
Individuell behandling.....	10
Gruppbehandling för ungdomar .....	10
Medicinsk behandling .....	10
Multimodal behandling.....	10
<i>Samverkan</i> .....	11
Samordnad individuell plan, SIP .....	11
<i>Blueprintprogram</i> .....	11
<i>Framtid</i> .....	11
<b>Bilaga 1</b> .....	12
<i>Bedömningsinstrument</i> .....	12
<b>Bilaga 2</b> .....	13
<i>Utredning/Bedömning</i> .....	13
A. Inhämta patientens historia.....	13
B. Inhämta familjens historia .....	13
C. Intervjua patienten .....	13
D. Skolinformation .....	14
Diagnosformulering.....	14
<b>Bilaga 3</b> .....	14
<i>Diagnoskriterier</i> .....	14
Trotssyndrom [313.81; F91.3].....	14
Uppförandestörning [312.8; F91.8] .....	15
Utagerande stört beteende UNS [312.9; F91.9] .....	16
Differentialdiagnostik.....	16
<b>Bilaga 4</b> .....	17
<i>Checklista för risk- och skyddsfaktorer</i> .....	17
Riskfaktorer hos individen:.....	17
Skyddsfaktorer hos individen:.....	17

---

Riskfaktorer i familjen: .....	17
Skyddsfaktorer i familjen: .....	17
Sociala riskfaktorer:.....	17
Sociala skyddsfaktorer: .....	18
Referenslista .....	19
Författare till vårdprogrammet .....	21

---

## 2. Regionalt vårdprogram för beteendestörning

### Inledning

Barn- och ungdomspsykiatriens (BUP) ansvar är att utreda och diagnostisera barn och ungdomar med beteendeproblematik. BUP ska också erbjuda olika former av behandling för dessa barn och ungdomar samt ge olika familjeinriktade insatser. BUP ska vid behov samverka med andra verksamheter såsom socialtjänst och skola.

### Hjälp på rätt nivå

Oavsett svårighetsgrad kontaktar familjen Barn- och Ungdomspsykiatri via "En väg in", ett gemensamt telefonnummer för alla som behöver stöd. Generellt kan sägas att familjer där ett utagerande beteende debuterat och tidiga insatser i familjen inte rönt framgång bör omgående ges möjligheter till fördjupad bedömning och ökade insatser.

### Definition av trotssyndrom och uppförandestörning

Barn begår enstaka, kortlivade normbrytande handlingar av olika svårighetsgrad någon gång under sin uppväxt utan att detta betraktas och diagnostiseras som trots eller uppförandestörning. Alla barn testar föräldrarnas regler och tillsägelser. Det är ett normalt beteende och ett sunt uttryck för barnets behov av självständighet och självbestämmande.

I den normala utvecklingen är barnets protester att betrakta som lärorika erfarenheter, ett sätt för dem att utforska gränserna i sin miljö och lära sig vilka beteenden som är lämpliga och olämpliga. Det är när ett barns beteende ihållande präglas av en negativ inställning till omvärlden med svårigheter att anpassa sig till krav, ibland kombinerat med utagerande, som detta beteende diagnostiseras som trotssyndrom eller uppförandestörning.

### Trotssyndrom

Trotssyndrom karaktäriseras bland annat av att barnet i fråga ofta tappar besinningen, blir arg, grälar, aktivt trotsar de vuxnas uppmaningar och avsiktligt gör sådant som retar andra eller ofta lägger skulden på andra.

Utmärkande för barn och ungdomar med trotssyndrom är att barnet har ett negativt beteende över tid gentemot föräldrar eller andra viktiga vuxna. En negativ spiral utvecklas med återkommande konflikter kring gränssättning där barnets oönskade beteende förstärks. Många barn med denna typ av uttalade beteendeproblem kan vara fysiskt utagerande och hamnar ofta i konflikter med andra barn. Se vidare bilaga 3.

### Uppförandestörning

Ungdomar - undantagsvis även yngre barn - utvecklar ibland ett normbrytande beteende vilket beskrivs i diagnosen uppförandestörning.

Uppförandestörning används som begrepp när barnet eller ungdomen under en längre tid uppvisar ett mönster av allvarligt normbrytande beteende såsom att ignorera andra människors rättigheter genom exempelvis stöld, rymning, fysiskt våld, hot och trakasserier. Beteendet är så pass störande att det uppfattas som mycket svårhanterligt av den närmaste omgivningen. Se vidare bilaga 3.

---

## Förekomst

Barn och ungdomar med ilska och normbrytande beteende utgör en vanlig sökorsak till BUP. Förekomsten varierar mellan pojkar och flickor där pojkarna är överrepresenterade.

## Barn- och ungdomsdebut, prognos

En av de mest allvarliga aspekterna av beteendeproblematik är att den riskerar att fortsätta från barndom upp till tonåren och även vidare i vuxen ålder. Tidig debutålder är i många fall en avgörande faktor liksom antalet risk- och skyddande faktorer. Kombinationen beteendestörning och neuropsykiatri ökar risken för svårigheter på sikt.

Tidig debut innebär en sämre prognos och därför är upptäckt och behandling av stor vikt. Prognosen för flickor är inte lika väl dokumenterad.

## Utveckling av beteendestörning, skydds- och riskfaktorer

Idag är man överens om att utvecklingen av beteendestörning bäst förklaras utifrån att ärftliga, sociala och psykologiska faktorer samverkar. Barn föds med olika förutsättningar, de växer upp och lever i olika miljöer och utvecklar skilda förmågor och resurser.

Det finns en hel del kunskap om vilka faktorer som bidrar till att utagerande beteende uppkommer och gradvis förstärks. Detta avser såväl barnets egna förutsättningar, det vill säga dess inre riskfaktorer som dess omgivande miljö, yttre riskfaktorer.

Exempel på *inre riskfaktorer* är inlärningssvårigheter, svag begåvning och brister i språklig förmåga, självkontroll, social kompetens, förmåga att tolka sociala signaler (bristande perceptionsförmåga), exekutiva funktioner och kognitiv flexibilitet. Andra exempel på inre riskfaktorer är dåligt självförtroende och negativ självbild.

Exempel på *yttre riskfaktorer* är omgivningens påverkan, bland annat otrygga familjeförhållanden, avsaknad av eller bristande kamratrelationer, stressig och otrygg skol- och förskolemiljö. Dessa faktorer är inte orsaken till beteendestörningen utan något som ökar risken för en negativ utveckling. En riskfaktors effekt på barnets beteende är således olika för olika barn utifrån barnets förutsättningar eller sårbarhet.

*Skyddsfaktorer* är faktorer som minskar risken för negativ utveckling. Exempel på *inre skyddsfaktorer* kan vara ett gott självförtroende eller en god problemlösningsförmåga. *Yttre skyddande faktorer* för barn är exempelvis att växa upp under trygga och stabila förhållanden i miljöer som främjar dess behov av begriplighet och förutsägbarhet. I detta sammanhang är det även avgörande med socialt och känslomässigt stöd från vuxna i barnets omgivning samt en välfungerande skola.

Barn kan inte helt skyddas från belastning av olika slag då dessa är en del av livet, men samhället och vuxenvärlden har som ansvar och uppgift att ge dem förutsättningar att kunna handskas med krissituationer och stressfaktorer.

## Samsjuklighet

Ett flertal studier har konsekvent påvisat en omfattande samsjuklighet vid trotssyndrom och uppförandestörning. Samsjukligheten är av betydelse för hur beteendet kommer till uttryck och påverkar prognosen samt varierar beroende på kön.

Ångeststörningar, depression och AD/HD är vanliga former av samsjuklighet. Sannolikheten för inlärningssvårigheter är stor vid trotssyndrom och uppförandestörning speciellt i kombination med AD/HD.

---

## Utredning och diagnostik

Syftet med en utredning är att beskriva och ge en förståelse för bakgrunden till barnets beteendeproblematik. Utredningen sker i ett tvärfackligt team med medicinsk, psykologisk och social kompetens. De diagnoser som framförallt är aktuella vid allvarigare beteendestörningar hos barn och unga är, som tidigare nämnts, trots och uppförandestörning.

För diagnosen trots krävs en varaktighet av minst 6 månader samt att fyra av åtta diagnoskriterier är uppfyllda. Vid diagnos uppförandestörning krävs en varaktighet under minst 12 månader och att tre av femton kriterier i diagnosmanualen uppfylls i DSM-4. Barn och ungdomar med trots och uppförandestörning kan därför uppvisa en varierande symtombild även om de har samma diagnos.

Det krävs dessutom att dessa beteenden medför en allvarig begränsning i vardagen. Då ungdomar med uppförandestörning ofta förminskar problematiken är det viktigt att information även inhämtas från andra källor, till exempel föräldrar, skola eller socialtjänst.

Överlappningen mellan trots, uppförandestörning och AD/HD innebär också svårigheter i diagnosförfarandet. Det är inte lätt att särskilja normbrytande beteenden från om barnet är överaktivt och av den anledningen bedöms ha svårigheter eller om barnet har ett beteende som är kopplat till mer allvarligt utagerande.

Utöver diagnostiken av beteendeproblematik ska bland annat neuropsykiatrisk funktionsnedläggning, emotionella störningar och psykosociala missförhållanden utredas. När det gäller äldre barn och ungdomar blir det viktigt att göra en fördjupad kartläggning av ungdomens riskbeteenden. Se vidare bilaga 2. Då diagnostiken i första skedet bör greppa över individens generella funktion och mående sträcker sig bedömningarna från en bred kognitiv, neuropsykologisk och emotionell bedömning, till en fördjupning i familjefunktion, socioekonomiska frågeställningar, temperaments- och karaktärsfaktorer etc.

Bedömnings- och diagnoskriterier innehåller en stor ansamling av negativa beteenden vilket riskerar att ge en övervägande negativ bild av barnet eller ungdomen. Det medför en risk för att öka känslan av stigmatisering av den unge och därför är det av stor vikt att också uppmärksamma salutogena faktorer (friskfaktorer).

## Behandling

Det är viktigt att tidigt upptäcka och behandla beteendestörningar. Aktuell forskning visar att tidiga insatser riktade till anhöriga har störst effekt när det gäller förändring av beteende hos yngre barn. Allt eftersom barnet utvecklas kan valet av behandling inriktas mot mer individuella insatser.

Det finns idag gott forskningsstöd för vissa föräldrautbildningsprogram även om det fortfarande behövs ytterligare kunskap inom området. Dessa program vänder sig huvudsakligen till föräldrar med svårstyrda barn och problematik som också kan innefattas i till exempel diagnosen AD/HD.

*Evidens* är en forskningsterm som betyder att man har forskat på metoden enligt vissa riktlinjer. De föräldraträningsprogram som har visat goda eller tillräckligt goda resultat används idag inom BUP. Det finns också forskningsstöd för vissa samspelsmetoder, riktad individuell träning med barnet, samt multimodal behandling.

*Evidensbaserad praktik* är ett annat sätt att se på resultat av olika behandlingsinsatser men då utifrån de erfarenheter man gjort i den kliniska vardagen under en längre tidsperiod.

Idag vet vi bland annat följande om framgångsrika behandlingsinsatser:

- Bäst fungerar strukturerade, fokuserade, och färdighetsinriktade insatser.



- Att barn och vårdnadshavare är delaktiga i de insatser som görs och att behandlingen utformas efter barnets behov: flexibla behandlingsinsatser.
- Förutsättningarna att lyckas är bättre med tidiga insatser som sätts in innan det normbrytande beteendet befästs.
- Insatserna bör inriktas mot specifika risk- och skyddsfaktorer och mot det normbrytande beteendet. Man bör fokusera på att förändra flera snarare än enstaka risk- och skyddsfaktorer.
- Det är viktigt att uppmärksamma och behandla samsjuklighet.
- Lågaaffektivt förhållningssätt. Detta begrepp beskriver ett förhållningssätt hos omgivningen som minskar uppkomsten av utagerande/explosivt beteende hos barnet. Omgivningens krav måste anpassas till individens förmåga. Parallellt behöver individen få hjälp att utveckla färdigheter i självreglering.

## Familjebehandling

Forskning visar att en god anknytning är gynnsam för utvecklingen av empatisk förmåga, självförtroende samt förmåga till känsloreglering. BUP Skåne erbjuder spädbarnsverksamhet där arbete runt anknytning ofta är i fokus för behandlingen. Tidiga insatser riktar sig i största utsträckning till föräldrar och familj. Ju yngre barn desto tydligare bör man arbeta med familj/föräldrar med fokus på att förbättra samspelet mellan barnet och de vuxna.

Ett exempel på tidig intervention är Marte Meo-metoden som har visst forskningsstöd med gruppen beteendeproblematik hos barn. Metoden bygger på utvecklingsstödande dialogprinciper och vill stärka och utveckla samspel och kommunikation mellan barn och vuxna. Metoden kan även användas som ett komplement till andra insatser.

Ett annat exempel på familjeterapeutiskt behandlingsarbete i grupp för de mindre barnen och med fokus på samspel är "Multifamily" som utvecklats på Marlborough clinic i London.

**CPS** (Collaborative Problem Solving). Detta är en modell som under de senare åren blivit alltmer välkänd i Sverige. Behandlingens syfte är att reducera explosivt utagerande beteende oberoende av diagnos. Modellen kan användas från de allra yngsta åldrarna och upp i tonåren. Den kan användas som ett hjälpmedel vid rådgivning eller som en familjeterapeutisk intervention vid allvarligare problematik.

Grundtanken inom CPS är att *"barn betar sig bra om de kan"*.

Då ett barn inte betar sig på det sätt som den vuxne förväntar sig beror det på att barnet inte har utvecklat de kognitiva färdigheter, såsom flexibilitet, anpassnings- och problemlösningsförmåga som krävs för att klara de krav som ställs i en given situation. Den vuxne behöver således ha kunskaper om vilka svårigheter som barnet har.

## Föräldrautbildningsprogram

De flesta program för föräldrautbildning bygger helt eller delvis på manualbaserade principer. Dessa riktar sig till föräldrar med barn i olika åldersgrupper. Inom vissa utbildningsprogram erbjuds parallella grupper till barn och tonåringar. Syftet med föräldrautbildning är att stärka relationen - eller anknytningen - mellan barn och föräldrar, beteendeförändring genom ökad problemlösningsförmåga i familjen samt fokus på positiv förstärkning.

Socialstyrelsen har gjort en utvärdering över följande modeller:

Metod	Åldersgrupp	Manualbaserad	Teori
Forskningsstöd			
Connect	8-18	Ja	Anknytning
			Ja

COPE	4-12	Ja	Beteendeförändring	Ja
COPE tonår	13-18	Ja	Beteendeförändring	Ja
De otroliga åren	3-10	Ja	Beteendeförändring	Ja
Komet	3-11	Ja	Beteendeförändring	Ja

## Funktionell familjeterapi (FFT)

Funktionell familjeterapi (FFT) har visat goda resultat efter behandling vid beteendeproblematik. FFT bygger på en kombination av systemteori, kommunikationsteori och beteendeterapi och har visat sig vara en möjlig behandlingsmetod i gränlandet mellan BUP och socialtjänsten. Denna metod utmärks av teamarbete och flexibilitet i behandlingen med tydliga mål och uppföljning.

## Individuell behandling

Forskning har visat att individuell behandling för ungdomar med beteendeproblematik ska innehålla struktur, ha fokus på problem i vardagen och med tydlig mätbar målsättning. Detta är komponenter som främst utmärker arbetssättet inom KBT (kognitiv beteendeterapi).

## Gruppbehandling för ungdomar

Den grundläggande hypotesen bakom att arbeta med bland annat social färdighetsträning är att de faktorer som är viktiga för ett effektivt samspel med andra människor inte har lärts in i tillfredsställande grad. Denna oförmåga att relatera i sociala situationer kan leda till aggressivt beteende.

Forskningen är begränsad gällande gruppbehandling för tonåringar med utagerande beteende. Vid svårare beteendeproblematik i kombination med normbrytande beteende kan dock gruppbehandling medföra en risk för "smittoeffekt".

## Medicinsk behandling

All behandling av utagerande beteenden hos barn och ungdomar utgår från att försöka förstå orsaken. I de fall bakomliggande mekanismer kartlagts, riktas medicinering och kompletterar övriga behandlingsinsatser. För barn och ungdomar med mycket svåra utagerande beteenden kan en kortare tids behandling med neuroleptika användas. Mot kärnsymtomen "kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler" finns ingen specifik farmakologisk behandling. Risperidon är det enda preparat som har indikation för utagerande beteende. Denna medicin kan skrivas ut av en specialistläkare, som förutom att följa barnets utveckling, även kontrollerar blodprover avseende ämnesomsättning och hormonbalans.

## Multimodal behandling

Det råder växande enighet om att den största begränsningen hos de flesta behandlingsinsatser vid svår beteendestörning är att de inte tar hänsyn till att beteendet beror på många olika orsaker och yttrar sig i skilda miljöer. Effektiv behandling bör därför inbegripa omfattande interventioner på individ-, familje-, kamrat-, skol- och möjligen även grannskapsnivå. Detta kallas också för *multimodal behandling*. Interventioner skraddarsys utifrån individens problematik inom de olika områdena. Således kan flera olika behandlingsinterventioner vara aktuella parallellt och utförs av olika professioner. Karaktäristiska drag i multimodal behandling är:

- Ett utbud av olika insatser på olika nivåer: pedagogik, miljöterapi, beteendeaktivering, samtalsterapi, medicinering, familjeinterventioner.
- Betoningen på intensiv samverkan och samordning mellan olika aktörer. Inom BUP innebär detta exempelvis verksamhetsövergripande samarbete med till exempel socialförvaltning, skola och fritidsverksamhet.
- Ett väl sammanhållet behandlingsteam.
- Flexibilitet beträffande insatta åtgärder. Vid ökat behov bör fler insatser sättas in med tätare frekvens.

---

## Samverkan

För att på bästa sätt ge barn, ungdomar och deras familjer stöd och behandling krävs samverkan. Det är viktigt att familjen är delaktig i detta arbete och att ett medgivande finns från föräldrarna till att dela information mellan dem som behöver samverka.

Det krävs strukturer för samverkan och att det finns kunskap kring riktlinjer och måldokument hos samtliga aktörer runt ett barn eller ungdom. Riktlinjer för samverkan inom Region Skåne finns utarbetade och det finns även riktlinjer för samarbetet mellan region (BUP) och kommun, så kallade samverkansavtal. Här är det två lagstiftningar som möts, Socialtjänstlagen samt Hälso- och Sjukvårdslagen.

För barn- och ungdomspsykiatri är vanliga samarbetspartners socialtjänst, skola, barnomsorg samt andra aktörer inom Region Skåne såsom Barnhälsovård och Barn- och ungdomshabiliteringen.

### Samordnad individuell plan, SIP

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan med vårdnadshavares samtycke. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Samordnad Individuell Plan är ett protokoll i avsikt att föras vid samverkansmöten när kommun eller landsting bedömer att en sådan behövs för att få den enskildes behov tillgodosedda. Denna är utformad enligt 3 f § i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt 2 kap 7 § Socialtjänstlagen (2001:453).

Syftet med SIP är att det ska finnas en fast struktur. Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. SIP ska vara ett levande dokument som utvärderas och följs upp.

## Blueprintprogram

Behandlare inom sjukvård och socialtjänst i USA - såsom i Sverige - har blivit alltmer medvetna om att det är nödvändigt att dokumentera effektiviteten av de insatser som görs. The Centre for the Study and Prevention of Violence vid Coloradouniversitetet har hittills studerat 600 program. De elva program man valt ut, kallade "Blueprintprogram", uppfyller högt ställda krav på att vara detaljerat beskrivna, noggrant utvärderade och replikerade av andra forskargrupper än konstruktörerna av modellen. En genomgång av dessa evidensbaserade behandlingsmodeller hittas på <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>

## Framtid

I "Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, Stockholms läns landsting, 2012" lyfts det faktum att BUP har haft svårt att nå denna grupp ungdomar med det befintliga behandlingsutbudet. Det är därför angeläget att ytterligare utveckla forskning och implementera verk samma metoder för barn- och ungdomar samt deras familjer vid beteendeproblematik. De metoder som redan idag visar på god evidens bör BUP införa i sin verksamhet, vilket i sin tur förutsätter vidare utbildning och kompetensutveckling.

---

## 3. Bilaga 1

### Bedömningsinstrument

#### Begåvning, exekutiv/neuropsykologisk funktion

- WISC-IV/WAIS-IV
- REYS complex Figure Test
- CPT/IVA+

#### Emotionellt måeende

- Becks ungdomsskalor
- Jag tycker jag är
- YSR
- SDQ

#### Föräldra-/lärarskattning

- CBCL
- ABAS
- 5-15
- BRIEF

#### Fördjupning

- DIS-Q
- KSP
- DMT-M
- MINIKID, K-SADS

4.

5.

---

## 6. Bilaga 2

### Utredning/Bedömning

Riktlinjerna nedan grundar sig på en sammanställning från 1997 av American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) vad gäller bedömning och utredning av barn och ungdomar med uppförandestörning. Detta kan betraktas som stöd i en utredning vid svårare problematik. Anamnestagning från föräldrarna och barnet/ungdomen, tillsammans och separat. Intervjua vid behov även andra familjemedlemmar liksom personal från skola och sjukvård.

#### A. Inhämta patientens historia

1. Prenatalhistoria och förlossning med fokus på missbruk, infektioner och medicinering hos modern.
2. Tidig utveckling med fokus på anknytningsstörningar, temperament, aggression, trots, uppmärksamhet och impulskontroll.
3. Fysisk och sexuell misshandel, som offer eller förövare.
4. Kärnsymtom enligt DSM-IV.
5. Symtomens utveckling inklusive deras inverkan på familjen, kompisrelationer och skolproblem (med hänsyn till begåvnings-, språk-, uppmärksamhets- och inlärningssvårigheter).
6. Somatisk anamnes med fokus på patologi i CNS.

#### B. Inhämta familjens historia

1. Familjens copingstrategier, resurser och stressorer (socioekonomisk status, socialt stöd/isolering, problem- och konfliktlösningsförmåga). Bedöm uppfostringsförmåga inklusive gränssättning, struktur, stränghet, övergrepp, försummelse, tolerans/eftergivenhet, inkonsekvens och hur barnets aggressivitet hanteras. Utforska föräldrarnas och patientens interaktionsmönster som leder till förstärkning av olydnad/omedgörlighet.
2. Antisociala beteenden hos familjemedlemmar inklusive fängelsevistelse och våld, fysiskt eller sexuellt, av patienten eller familjemedlemmar.
3. AD/HD, uppförandestörning, missbruk, utvecklingsstörningar (inlärningssvårigheter), tics, somatiserande störningar, affektiv sjukdom och personlighetsstörningar hos familjemedlemmar.
4. Adoption, familjehems- och institutionsplaceringar.

#### C. Intervjua patienten

Intervju med ungdomen kan föregå intervju med föräldrar. Gå igenom familjens historia, patientens personliga historia, missbruk och sexuell historia inklusive eventuella sexuella övergrepp gentemot andra. Kärnsymtomen enligt DSM-IV kanske inte är uppenbara eller bekräftade under intervjun med patienten men kan komma att upptäckas genom att föräldrar och andra informanter intervjuas.

---

Bedöm följande:

1. Förmåga till anknytning, tillit och empati.
2. Impulstolerans.
3. Förmåga till behärskning, att acceptera ansvar för gärningar, upplevelse av skuld, användandet av ilska konstruktivt och bekräftande av negativa emotioner.
4. Kognitiva funktioner.
5. Sinnesstämning, affekt, självkänsla och självmordsbenägenhet.
6. Kamratrelationer såsom ensamvarg, populär, kamrater som ägnar sig åt gängverksamhet, droger, brott.
7. Föreställningsstörningar som inadekvata reaktioner på omgivningen, paranoia, dissociativa episoder.
8. Historia av tidigt, ihärdigt användande av tobak, alkohol eller andra substanser.
9. Psykometriska självskattningsinstrument kan ge användbar information.

#### D. Skolinformation

1. Funktionsnivå (IQ, tester, skolprestationer och beteende) Data kan inhämtas personligen, per telefon eller genom skriftliga rapporter från lämplig personal såsom rektor, psykolog, lärare och skolsköterska.
2. Standardiserade föräldra- och lärarskattningsskalor av patientens beteende kan vara användbara.
3. Remiss för bedömning av begåvning, tal, språk och ev. inlärningssvårigheter liksom neuropsykologisk testning om befintliga testdata är otillräckliga.

#### Diagnosformulering

A. Identifiera kärnsymtomen enligt DSM-IV.

B. I bedömningen av barn och ungdomar med symtom som tyder på uppförandestörning beakta följande:

1. Biopsykosociala stressfaktorer (särskilt sexuella och fysiska övergrepp, separationer, skilsmässa eller död hos anknytningspersoner).
2. Utbildningspotential, svagheter och prestationer.
3. Problem/resurser hos kamrater, syskon och familj.
4. Miljöfaktorer inklusive desorganiserat hem, brist i övervakning, förekomst av övergrepp mot barn eller försummelse, psykiatrisk sjukdom (särskilt substansmissbruk) hos föräldrar.
5. Jagutvecklingen hos ungdomen eller barnet, särskilt förmågan att skapa och behålla relationer.

C. Störningens subtyp. Vid klinisk indikation, fysisk bedömning:

1. Kroppsundersökning inom de senaste 12 månaderna.
2. Samarbete med familjeläkaren, barnläkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal.
3. Syn- och hörselundersökning vid behov.
4. Bedömning av medicinska och neurologiska tillstånd (till exempel huvudskada, kramper, kronisk sjukdom) vid behov.
5. Urin- och blodprov vid behov, särskilt när kliniska tecken talar för missbruk som förnekas av patienten.

## 7. Bilaga 3

### Diagnoskriterier

#### Trotssyndrom [313.81; F91.3]

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

- (1) tappar ofta besinningen
- (2) grälar ofta med vuxna

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

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

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

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

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

### **Uppförandestörning [312.8; F91.8]**

A. Ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler. Störningen tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under en tolv månadersperiod med minst ett kriterium uppfyllt under de senaste sex månaderna.

#### **Aggressivt beteende mot människor och djur**

- (1) hotar, trakasserar eller förödmjukar ofta andra
- (2) påbörjar ofta slagsmål
- (3) har använt något vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada på andra (till exempel slagträ, tegelsten, trasig flaska, kniv, pistol)
- (4) har visat fysisk grymhet mot någon människa
- (5) har visat fysisk grymhet mot djur
- (6) stöld under direkt konfrontation med offret (till exempel väskryckning, rån med eller utan fysiskt våld eller vapenhot)
- (7) har tvingat någon till sexuellt umgänge

#### **Skadegörelse**

- (8) har stuckit något i brand i avsikt att orsaka allvarlig skada
- (9) har avsiktligt förstört andras egendom (på annat sätt än genom brand)
- (10) har brutit sig in i någons lägenhet, hus eller bil
- (11) ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika skyldigheter mot andra (det vill säga slår "blå dunster" i ögonen på folk)
- (12) har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med offret (till exempel snatteri, förfalskning)

#### **Allvarliga norm- och regelbrott**

- (13) är ofta ute på nätterna (med början före 13 års ålder) trots föräldrarnas förbud
- (14) har rymt från föräldrahemmet eller fosterhemmet och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rör sig om en längre tid)
- (15) skolkar ofta från skolan (med början före 13 års ålder).

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

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

#### **Specificera formen efter debutålder:**

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

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

#### **Specificera svårighetsgrad:**

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

---

**Måttlig:** antalet beteendeproblem och deras konsekvenser för andra ligger mellan nivåerna "lindrig" och "svår" (till exempel stjäla utan direkt konfrontation med offret, vandaliserar).

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

### **Utagerande stört beteende UNS [312.9; F91.9]**

Denna kategori används vid störningar som kännetecknas av stört uppförande eller trots, men som inte uppfyller kriterierna för uppförandestörning eller trotssyndrom. Inkluderar till exempel störningar som inte helt uppfyller kriterierna för trotssyndrom eller uppförandestörning, men där det finns en kliniskt signifikant funktionsnedsättning.

### **Differentialdiagnostik**

Nedan följer möjliga alternativa primära diagnoser vid beteendeproblematik. Dessa symtom kan förväxlas med eller närvara samtidigt med uppförandestörning särskilt under tonåren.

1. AD/HD
2. Trotssyndrom
3. Intermittent explosiv störning
4. Substansmissbruksstörningar
5. Affektiva störningar, bipolära och depressiva
6. PTSD och dissociativa störningar
7. Somatiserande störningar
8. Anpassningsstörning
9. Organisk hjärnskada och epilepsi
10. Specifika inlärningssvårigheter
11. Psykossjukdom
12. Autismspektrumstörningar



---

## 8. Bilaga 4

### Checklista för risk- och skyddsfaktorer

Forskningen kring risk- och skyddsfaktorer har idag medverkat till utvecklingen av ny kunskap gällande den här gruppen barn och ungdomar. Det är därför viktigt att ta hänsyn till följande faktorer vid en behandlingsplanering.

#### Risikfaktorer hos individen:

- Låg frustrationstolerans.
- Begåvningsrelaterade faktorer såsom språkstörning, inlärningssvårigheter.
- Funktionsproblem avseende motorik, perception, exekutiva funktioner med mera.
- Lättväckt irritabilitet/aggressivitet.
- Svårigheter i socialt samspel.
- Otrygg anknytning.
- Missbruk.

#### Skyddsfaktorer hos individen:

- God begåvning.
- Fysisk aktivitet.
- Positiv livsinställning.
- Trygg anknytning.

#### Risikfaktorer i familjen:

- Hög grad av familjestress.
- Missbruk.
- Svag ekonomi.
- Psykisk och fysisk ohälsa hos förälder.
- Negativt kontrollerande, inkonsekventa och bestraffande föräldrastrategier.
- Bristande värme och kritisk hållning gentemot barnet.

#### Skyddsfaktorer i familjen:

- Varm och konsekvent uppfostran.
- Tydliga regler och rutiner.
- Stödjande hållning till barnet.
- Förmåga att etablera stödjande nätverk.

#### Sociala riskfaktorer:

- Ostrukturerad och rörig skolmiljö.
- Stor klass.
- Bristande värme och kritisk hållning mot barnet från läraren.
- Mobbning.
- Dåligt samarbete mellan hem och skola.
- Grannskap med stora sociala problem och gängbildning.

- 
- Brist på fritidsaktiviteter.
  - Ensamstående förälder.
  - Svagt socialt nätverk.

**Sociala skyddsfaktorer:**

- Tätt samarbete mellan hem och skola.
- Lärare som är positiv till barnet med förståelse för barnets särskilda behov.
- Medvetet förhållningssätt gentemot barnet med tydlig positiv återkoppling och begränsat med kritik och tillsägelser.
- Tydliggörande struktur som ger barnet överblick.
- Lugn, trygg skolmiljö med god stämning bland eleverna.
- Trygga förhållanden i bostadsområdet med andra engagerade vuxna.
- Goda möjligheter till fritidsaktiviteter.
- Andra viktiga vuxna utanför familjen.
- ”Monitoring”, det vill säga uppsikt över barnets förehavanden.

---

## 9. Referenslista

**American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)**

***Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder.* Journal of AACAP 36:10 suppl. 1997**

**Andershed, Henrik & Andershed, Anna-Karin (2005).** *Normbrytande beteende i barndomen Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia och IMS, 238 s

**APA (American Psychiatric Association 2000) *MINI-DSM IV- TR.* Pilgrim Press.**

**APA (American Psychiatric Association 2012) *Worksheet DSM-5* Pilgrim Press**

**Axberg, Ulf & Broberg, Anders & Hansson, Kjell & Wirtberg, Ingegerd (2006).** *The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings.* *Family Process* 2006:3, 375-389

***Barn- och ungdomspsykiatrins metoder – en nationell inventering, UPP-centrum (2009)***

**Greene, W, Ross. *Explosiva barn. Studlitt. AB 2003.***

*Gustafsson P.A. (Red). Barn som utmanar. SFBUP 2011.*

Gustle, Lars-Henry & Hansson, Kjell & Sundell, Knut & Lundh, Lars-Gunnar & Andrée Löfholm, Cecilia (2007) Blueprints in Sweden. *Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).* *Nordic Journal of Psychiatry*, 61:6, 443 – 451

Hansson, Kjell & Cederblad, Marianne, & Höök, Börje (2000) *Funktionell familjeterapi – en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet.* *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3, -253 – 266

**Henggeler, Scott W., Schoenwald, Sonja K., Borduin, Charles M., Rowland, Melisa R. & Cunningham, Philippe B. (1998).** *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents.* New York/London: The Guilford Press.

**Henggeler, Scott W., Rowland, Melisa D., Randall, Jeff, Ward, David M., Pickrel, Susan G., Cunningham, Philippe B., et al. (1999).** *Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes.* *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1331-1339

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Jergeby, Ulla (red.) (2008) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete.* Stockholm: Gothia och IMS, 224

*Landstinget Östergötland. Vårdprogram för barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende (red Zetterqvist-Carlsson, M.) 2007. Hämtad från <http://www.lio.se/pages/30272/utagerandedoc.pdf>*

**Lazarus, Arnold (1989).** *Brief psychotherapy: the Multimodal model.* *Psychology*, 26(1), 6-10

*Lindström, E. Metoder och undersökningsmetoder inom psykiatrin. Socialstyrelsen. Underlagsrapport 1997:7*

*Pavuluri, Mani; Susan Resko What Works for Bipolar Kids: Help and Hope for Parents Guilford Publications (2008-07-01)*

---

Roselius, Maria, & Sundell, Knut (red.) (2008) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia och IMS, 224 s

Socialstyrelsens hemsida [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Stattin, Håkan & Ferrer-Wreder, Laura & Cass Lorante, Carolyn & Tubman, Jonathan G. & Adamsson, Lena (2005) *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia och IMS, 488 s

*Socialstyrelsen. Barn och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen 2009.*

*Stockholms läns landsting, Barn-och ungdomspsykiatri; Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2012.*

*Sveriges kommuner och landsting (SKL). Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. SKL Grafisk produktion. 2008.*

*Wolpert, M; Target, M. et al Drawing on the Evidence CAMHS 2006.*

**Övriga källor**, föreläsning Haggerty, K. *Community that cares, a prevention system. University of Washington. Föreläsning 2013 i Malmö.*

**Internet::** //www.colorado.edu/cspv/blueprints/

---

# 10. Författare till vårdprogrammet

Hedvig Mannerstråle Paradisi, legitimerad psykolog, BUP Mellanvård Malmö

Marianne Parck, kurator, Första Linjen Ystad

Olof Stuermer, överläkare

Ingrid Thörn, kurator, enhetschef, BUP Hässleholm

**Ola Österberg, legitimerad psykolog, BUP**