
Vårdprogram Trauma och stressrelaterade syndrom för barn och ungdomar 0-17 år VO Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	3
2.	Målgrupp	3
2.1.	Prevalens och orsaker	3
3.	Vårdbegäran och bedömning	4
4.	Vårdplan och SIP	5
5.	Egenvård och digital vård	5
6.	Behandling	5
6.1.	Första linjen - BFH/UM	8
6.1.1.	Kartläggning	9
6.1.2.	"Psykologiska första hjälpen"	9
6.1.3.	Psykosocialt krisstöd	10
6.1.4.	Traumafokuserad KBT	11
6.1.5.	Andra terapimetoder	12
6.2.	Utvärdering och övergång till BUP	12
6.3.	Specialistvård – BUP/BUH	13
6.3.1.	Traumafokuserad - KBT vid komplexa tillstånd	13
6.3.2.	Prolonged exposure (PE)	13
6.3.3.	EMDR	14
7.	Läkemedelsbehandling	14
7.1.	Kvarstående besvärande sömnsvärigheter	14
7.2.	Vid stark oro	14
7.3.	Vid samsjuklighet	15
8.	Kvalitetssäkring	16
9.	Dokumentationsinformation	16
10.	Referenser och relevanta dokument	16

1. Syfte och omfattning

Syftet är att ge kliniska riktlinjer för utredning och behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom hos barn och unga 0-17 år inom Region Gävleborg. Detta vårdprogram gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Barn- och ungdomshabilitering (BUH), Barn- och familjehälsa (BFH), Ungdomsmottagning (UM). Riktlinjerna baseras på bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet. Vårdprogrammet ska följas för den absoluta majoriteten av patienterna. Undantag kan göras utifrån omsorgsfulla bedömningar. Detta ska då noggrant dokumenteras och motiveras i journalen. Begreppet barn används konsekvent genom hela vårdprogrammet och är barn i åldrarna 0-17 år.

2. Målgrupp

De diagnoser som definierar målgruppen och är aktuella i detta vårdprogram uppfyller kriterierna på Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress i kapitel F43 i ICD-10-SE d v s:

F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

F43.0 Akut stressreaktion

F43.2 Anpassningsstörning

F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress

F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad

För detaljerad information om diagnoserna och dess kriterier se bilaga 1.

Klassificeringssystemet ICD-10-SE och det amerikanska systemet DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) skiljer sig något åt. DSM-5 används för att erbjuda stöd i den psykiatriska diagnostiska processen genom bruket av bestämda kriterier. För fördjupning se bilaga 2 och 3. Koderna enligt [ICD-10-SE](#) är WHO:s internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem och används vid dokumentering i Elvis, Melior och PMO.

Nedan ges exempel på parametrar vid trauma som påvisar risk för försvårande sjukdomsförlopp. Dessa behöver särskilt beaktas:

- Barn som varit utsatt för multipla trauman
- Barn med psykiatrisk samsjuklighet
- Barn som utsatts från trauma från sin primära stödgrupp
- Barn med allvarlig somatisk samsjuklighet.

2.1. Prevalens och orsaker

Våld och övergrepp mot barn har kartlagts i flera studier. Där framkommer att många barn utsätts för potentiellt traumatiska händelser av olika slag. Dessa kan vara interpersonella (ex. fysisk misshandel), icke interpersonella (ex. naturkatastrofer, olyckor) eller andra svåra livsomständigheter (mobbing, känslomässig misshandel, växa upp i en familj med missbruk, sjukdom).

Långt ifrån alla barn som varit utsatta utvecklar psykisk ohälsa och/eller beteendeproblem i efterförloppet (ex. posttraumatisk stress, ångest och depression). I en metaanalys av 72 studier framkom att knappt 16 procent av traumaexponerade barn och unga fick ett kvarstående posttraumatiskt stressyndrom. Vilken typ av trauma, mängden och omfattning samt kön är faktorer som påverkar. Siffrorna är högre för flickor och högre efter interpersonella-, sexuella- och krigsrelaterade trauman, efter livshot och multipla trauman (polyviktisering).

Barnets utvecklingsnivå är en viktig faktor, yngre barn har generellt mer specifika symtom och andra kriterier för PTSD. Det är också viktigt att särskilja reaktioner som är adekvata och anses normala utifrån barnets ålder och mognad. Tiden är också en faktor eftersom prevalensen av PTSD och PTSD-symtom minskar med ca 50 procent under det första halvåret efter traumat, medan andra kan debutera med fördröjning, s.k. *late onset* PTSD. För ytterligare detaljer se **bilaga 3**.

Barndomstrauma kan ha en långtgående negativ effekt på barnets utveckling och fungerande. Reaktioner på svåra händelser kan se mycket olika ut hos barn och unga, från kortvarig oro och sömnsvårigheter till mer genomgripande och bestående psykopatologi. Utfallet betingas av samverkande faktorer som övergripande handlar om biologi, personlighet, ålder och miljöfaktorer, dvs. sårbarhet och motståndskraft.

Vanligt förekommande symtom efter trauma är; återupplevande, undvikande, fysiologiska ångestreaktioner, svårigheter med affektreglering, förändringar i kognitioner och sinnesstämning, överspändhet, beteendeproblematik och svårigheter i relationer, dissociation och somatiska besvär. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd är vanligt vid PTSD och försvårar differentialdiagnostiken.

3. Vårdbegäran och bedömning

Vårdbegäran görs via e-tjänst, telefon eller genom remiss. Utifrån vårdbegäran görs en triagering för att fastställa vårdnivå utifrån symtomens allvarlighetsgrad. Se [Samverkansdokument VO Familjehälsa - VO Habilitering och Barnpsykiatri](#). All egen vårdbegäran ska ske enligt [Triagering av vårdnivå psykisk ohälsa 0-17 år](#)

När vårdbegäran sker **via remiss** ska det säkerställas att det är journalföringspliktig person som ansvarar för remissen och att den är skriven i samförstånd med den vårdsökande och vårdnadshavare. Se [Rutin Remisshantering](#).

Första besök inom första linjen BFH/UM sker enligt [rutin vid första besök](#). Inom specialistvården BUP kallas den vårdbehövande tillsammans med vårdnadshavarna till en första besök inom den förstärkta vårdgarantin. Se [Rutin](#)

[Första besök BUP](#). Utifrån bedömt hälsotillstånd sätts diagnos enligt ICD-10 och en vårdplan görs tillsammans med patient och vårdnadshavare.

4. Vårdplan och SIP

Vårdplan (KVÅ AU120) ska upprättas under första besöket och är en skriftlig överenskommelse mellan vårdsökande och vårdgivare. I planen ska planerad och beslutad vård beskrivas. Vårdplanen fördjupas och revideras under hela vårdepisoden utifrån behov. All vård ska genomföras i överensstämmelse med [Patientlagen](#) och bra information finns på [1177 Information Patientlagen](#). Patienten ska informeras om vilka metoder som rekommenderas och kan erbjudas utifrån diagnos och vad det innebär i praktiken.

Patient och vårdnadshavare ska vara reellt delaktiga i sin vårdplanering. När patienten är ett barn, är det viktigt att deras inställning tas i beaktan i förhållande till barnets ålder och mognad. Vårdplanen ska dokumenteras i avsedd mall eller sökord i Melior (vårdplan) eller PMO (planering). Patient och vårdnadshavare ska erbjudas utskriven journalkopia på vårdplanen. Den kan ges i handen eller skickas hem.

Vid behov av samordning mellan aktörer för att integrera insatser, tydliggöra ansvarsfördelningen och sätta gemensamma mål för patientens bästa ska samordnad individuell plan (SIP) användas se rutin [Samordnad Individuell Plan](#).

5. Egenvård och digital vård

Egenvård är de åtgärder som den enskilde eller vårdnadshavaren själv kan vidta i syfte att påverka måendet positivt. Via [Vårdguiden 1177](#) kan man få bra information men även råd om sömnrutiner, kosthållning och struktur i vardagen. Även via BUP/HAB: S och BFH/UM:s hemsidor kan man få lyssna på Poddar och se länkar till ökad kunskap. Även via patientföreningar finns mycket stöd och information att få t ex [ÅSS](#) – Ångestsyndromsällskapet som är en rikstäckande förening för personer med ångestsyndrom och deras anhöriga.

VO Familjehälsa/ HAB/BUP Gävleborg tillhandahåller digitalt stöd och behandling via vårdguidens e-tjänster. Via plattformen 1177 Stöd och behandling (SoB) [1177. Stöd och behandling](#) kan internetbaserade behandlingar administreras och Psykopedagogiskt material distribueras. Detta kan ske via bilder, poddar och filmer, men även som Chat.

6. Behandling

För att kunna bedriva behandling måste följande faktorer först säkerställas att:

- Pågående övergrepp måste upphöra.
- Trygghet måste skapas för barnet. Avsaknad av trygghet leder till att kristillståndet fortsätter och att det i princip är omöjligt att behandla.
- Få en fungerande vardag vad gäller boende, sömn, kost och kapabla vuxna.

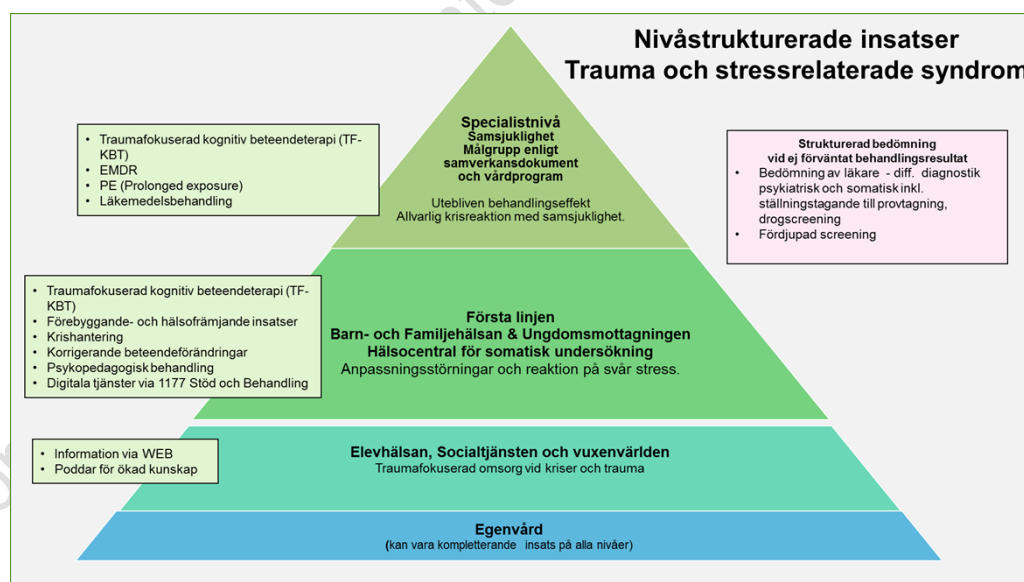
Orosanmälan enligt Socialtjänstlagen 14:1 ska göras så fort misstanke finns om att ett barn far illa. Följ rutin [Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om att barn far illa](#). För att säkra skydd mot yttre hot kan orosanmälan behöva upprepas och prioriteras tills resultat nås. Vid upprepade placeringar utanför hemmet och bristande anknytning måste hänsyn tas till detta och insatserna bör i första hand understödja etablerandet av trygga relationer.

Vården för trauma- och stressrelaterade syndrom hos barn och unga 0-17 år inom Region Gävleborg är nivåstrukturerad.

Med det menas att mindre resurskrävande insatser ska ges där detta är verksamt och på så vis uppnå lägsta effektiva omhändertagande nivå. Effekten av denna intervention ska följas upp och om inte förväntat resultat uppnås väljs en metod med högre intensitet.

Utifrån gjord triagering planeras vårdnivå och vårdutbud. Behandling vid Första Linjen (BFH/UM) sker alltså när det finns ett subjektivt kliniskt lidande, behandling vid specialistnivå (BUP/HAB) erbjuds utifrån dokumentet [Arbets- och ansvarsfördelning för barn och ungdomars psykiska hälsa inom/mellan kommuner och Region Gävleborg](#) och [Samverkansdokument VO Familjehälsa - VO Habilitering och Barnpsykiatri](#).

Nedan i figur 1 förtydligas den nivåstrukturerade stegvisa vården.



Figur 1 Stegvis vård.

Egenvård är de åtgärder som den enskilde eller vårdnadshavaren själv kan vidta och kan vara en kompletterande insats på alla nivåer. Elevhälsan erbjuder förebyggande och hälsofrämjande insatser och kan vara nog så viktig i ett första bemötande och upptäckande. Socialtjänsten är mycket viktig i skyddet av barnet och hanterande av missförhållande vid misstanke om att barn far illa.

[Traumamedveten omsorg](#) (ofta kallat TMO) är något som alla viktiga vuxna runt barnet kan ge. Se även [Rädda barnen TMO](#). Barn- och familjehälsa och Ungdomsmottagningen är de som normalt handhar kriser, trauma och stressrelaterade syndrom. Vid utebliven behandlingseffekt och vid traumasymtom/allvarlig krisreaktion med samsjuklighet erbjuds patienten specialistvård.

Utifrån insamlad information kan parallell eller sekventiell behandling vara aktuellt. Det kan räcka att behandla tillståndet som bedöms som allvarligast för att även samsjukliga tillstånd ska lindras eller helt upphöra.

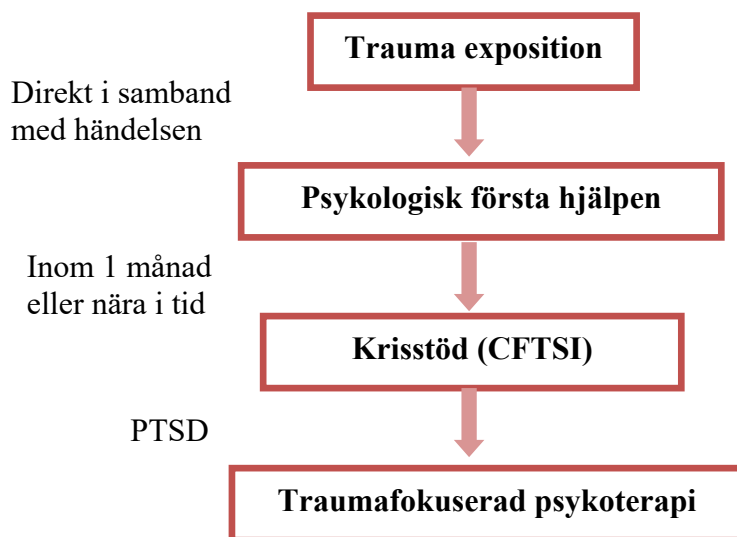
Vid komorbiditet finns dock ofta skäl att prioritera traumavård. Dels för att det många gånger är tillräckligt, dels för samsjukliga tillstånd många gånger är sekundära. Misstänkt komorbiditet är i regel lättare att utreda när posttraumatisk stress är stabiliserad.

Behandling syftar till att återupprätta trygghet och säkerhet, att skapa en känsla av sammanhang och minska lidande. Svåra upplevelser kan inte raderas ur minnet, men genom traumabearbetning kan minnenas påträngande och plågsamma karaktär avta eller försvinna.

Behandling syftar också till att stärka bemästrandestrategier för att hantera starka känslor och obehag som återupplevanden förknippas med och att minska riskbeteende.

Andra syften är att minska undvikandet, att öka patientens tilltro till sig själv och andra och därmed normalisera funktionsnivån samt långsiktigt reducera sårbarhet för ny traumatisering. Behandlingsmål sätts också utifrån patientens önskemål i livet; exempelvis att våga sova borta, gå ensam på kvällen eller färre konflikter i familjen. Framgångsrik behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom är beroende av att patienten är trygg i sin vardag, att familjeklimat, skolmiljö eller fritid inte förstärker eller vidmakthåller tillståndet.

Olika metoder är rekommenderade utifrån när i tiden insatsen blir aktuell. Nedan följer beskrivning av de olika momenten vid traumabehandling och deras inbördes relation.



Figur 2: Schematisk bild av traumabehandlingens tidsförlopp

Några hållpunkter vid behandling:

- Akuta tillstånd och allvarliga riskbeteende inklusive suicidalitet handläggs akut. Tillstånd som orsakar mest symptom och funktionsnedsättning prioriteras.
 - Depression och ångestsyndrom är vanlig samsjuklighet, som diagnos eller subkliniskt. I regel är de sekundära till traumaexposition och svarar på framgångsrik traumafokuserad psykoterapi.
 - Är en depression eller en ångeststörning så allvarlig att traumabehandling försvåras kan både farmakologisk behandling och psykoterapeutiska eller beteendeaktiverande insatser mot dessa tillstånd vara nödvändiga, enskilt eller i kombination.
 - Depression sekundärt till trauma är ofta mer svårbehandlad än primär.
 - Allvarlig missbruksproblematik behöver ofta adresseras först då det kan omöjliggöra traumafokuserad psykoterapi. Ibland kan parallella insatser fungera.
- Vid mindre genomgripande missbruksproblematik, särskilt som sekundär till trauma, kan traumabehandling kombinerat med kontroll av u-tox vara tillräckligt.
- Vid samsjukliga utvecklingsrelaterade störningar är parallella insatser tänkbara. Ofta försämras utvecklingsrelaterade störningar vid debut av posttraumatisk stress.

6.1. Första linjen - BFH/UM

Målsättningen kan aldrig vara att radera ut våld och övergrepp som skett, men i en trygg och säker miljö kan man hjälpa barnet att finna strategier att hantera svåra känsloupplevelser, obehag och återupplevanden. Föräldern/omsorgspersonen behöver möta barnets reaktioner och behov på ett adekvat och stöttande sätt.

Viktigt att stärka skyddsfaktorer som vardagsrutiner, fritidsintressen, kompisrelationer och vardaglig normalitet i form av skola/förskola. Finns det riskbeteenden som kriminalitet, självdestruktivitet eller socialt utanförskap ska detta hanteras. Föreligger fara för att patienten far illa görs anmälan till socialtjänsten [Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om att barn far illa](#).

6.1.1. Kartläggning

Vid behandlingsstart behövs ofta en fylligare diagnostisk bedömning av stress- och traumarelaterade symtom och hur dessa inverkar på barnets funktionsnivå. Det är viktigt med kartläggning av symtom enligt anamnes och observationer i rummet. Om möjligt intervjua barn och föräldrar separat och gemensamt. Föräldrar brukar ha lättare för att bedöma externaliserade symtom och svårare för att bedöma internaliserade symtom. För yngre patienter är uppgifter från föräldrar/vårdnadshavare viktigare än för äldre patienter. För yngre barn kan lek och teckningar liksom känslolokort vara till hjälp. Börja med att kartlägga kärnsymtom, d.v.s. återupplevande och undvikande. Reagerar patienten med kraftiga känslor på triggers, när trauma omtalas, finns det ovilja att svara på frågor som tecken på undvikande? Undersök sömnen noggrant inklusive ev. mardrömmar.

Utgå från självskattningsformulär som sedan kan ge underlag för mer konkreta frågor och stöd i diagnostik.

Screening kan ge vägledning vad gäller allvarlighetsgrad och symtombeskrivning använd t ex [Traumahändelser Mini - barn och ungdomar](#) eller [DSQ 12](#). Dessa instrument kan även användas för uppföljning av behandling. Se även [Barnafrid - Nationellt centrum för kunskap om våld mot barn](#) för ytterligare screeningformulär.

Formulär och gradering av symtomens allvar lägger grund för utvärdering av förlopp och interventioner. Skydds- och riskfaktorer, pågående belastningar och eventuell fara för barnet ska kartläggas.

Individuella bedömningar måste även göras utifrån den kliniska bilden (typ av samsjuklighet och grad av sjukdom), vad som är möjligt och patientens motivation.

6.1.2. "Psykologiska första hjälpen"

Initialt efter att ett barn utsatts för ett trauma eller traumat kommit till kännedom bör man säkerställa att föräldrar/omsorgsperson kan ge barnet ett gott omhändertagande och normalisera reaktioner, känslor och tankar som kan dyka upp hos barnet. Förälder/omsorgsperson kan behöva rådgivande hjälp och stöd till detta.

Om barnet under första fasen efter ett trauma har hanterbara symtom och tillgång till stöd i det egna nätverket övervägs s.k. *watchful waiting* – att avvakta behandling men med uppföljning.

Spontan återhämtning är vanligt.

Så kallad ”debriefing” direkt efter exponering för potentiellt traumatiserande händelse kan vara direkt skadligt och ska ej erbjudas.

Psykoedukation om vanliga traumareaktioner och förlopp kan vara hjälpsamt. Utgå från principerna i psykologisk första hjälpen. Se faktaruta.

FAKTARUTA Centrala principer vid ”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 osv.

6.1.3. Psykosocialt krisstöd

Barn som tillhör riskgrupper eller har en hög grad av symtom tiden efter det inträffade traumat eller avslöjandet ska erbjudas krisstöd i syfte att motverka en eventuell utveckling av psykopatologi. Vid kriser rekommenderas kortare insatser med upp till fem sessioner, (Jmf Primärvård psykosociala team).

I krisstödet bör följande ingå:

1. Information och psykoedukation. Normalisera och förklara vanliga reaktioner på stress och trauma. Beskriv hur ångest och trauma kan triggas och generaliseras.
2. Lär ut strategier att bättre hantera stresssymptom, plågsamma tankar och känslor. Träna på avslappning och andningstekniker. Jobba med sömnhygien och vikten av att äta, sova och röra på sig för att må bra.
3. Hjälpa familjen att kommunicera om och benämna det som hänt. Det är naturligt att föräldrar/omsorgsperson inte önskar tala om det som har hänt men barnet behöver erbjudas möjlighet att benämna och dela sin upplevelse.

4. Relationsstärkande arbete, sedvanliga strategier för att stärka och reparera relation utifrån evidensbaserade föräldrastödsprogram t.ex. Komet, ABC, COPE. I syfte att stärka föräldra-barnrelationen, öka tillit och minska ev. känslor av skuld.
5. Problemlösning, det uppstår ofta följdproblem efter trauma avseende t.ex. boende, skola m.m. Och familjen kan behöva hjälp att prioritera och finna problemlösningsstrategier och få råd och tips om andra aktörer som kan vara behjälpliga.

Om lindriga symtom föreligger månaden efter traumaexpositionen och barnet har stöd i det egna nätverket rekommenderas s.k. "watchful waiting" - avvakta utvecklingen utan insatt behandling men med uppföljning efter ca fem veckor.

6.1.4. Traumafokuserad KBT

Traumafokuserad KBT med exponering rekommenderas vid PTSD eller funktionsnedsättande symtom på posttraumatisk stress som förelegat mer än en månad för barn tre år eller äldre. Behandlingen är förstahandsval för barn 3-17 år och ges som en individuell insats, föräldramedverkan gäller för de yngre barnen, men den kan användas utan föräldrar eller med annan för barnet viktig vuxen när situationen så kräver. Behandlingen beräknas ta 8 -20 sessioner (för de längre kontakterna krävs god motivation och att patienten bedöms klara av exponering). Föräldrar som utövat våld/övergrepp är inte delaktiga i barnets traumabehandling.

Traumafokuserad terapi delas in i tre faser; stabilisering, bearbetning/nyinlärningsfasen och konsolidering/framtidsfokus.

1. Stabilisering: innehållet är i stora drag samma som insatserna vid krisstöd, psykoedukation, strategier att hantera reaktioner på traumatriggers, känsloreglering, avslappningsövningar och föräldrafärdigheter. Stabiliseringsfasen kan pågå i många månader. När barnet så småningom kommit in i en någorlunda fungerande vardag med rutiner och trygghet kan man inleda nästa steg som handlar om bearbetning.
2. Traumabearbetning/nyinläring: bearbetning av traumatiska händelser och plågsamma minnen och/eller återupplevanden. Exponering för minnen och känslor som förknippas med traumat eller som undviks. Detta ska ske i en säker, trygg och förutsägbar miljö vilket möjliggör nyinläring. En bearbetning kan få vissa barn att börja må sämre igen – eftersom många känslor kan komma tillbaka.
3. Konsolidering/framtidsfokus: mål och mening med livet. Hantering av nya risksituationer och skyddsstrategier.

6.1.5. Andra terapimetoder

Det vetenskapliga stödet för olika behandlingar för traumatiserade barn och unga är under utveckling. Se [Kunskaps översikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel](#).

Vad gäller de yngsta **barnen 0-3 år** verkar det verksamma vara att stärka anknytningen mellan förälder/omsorgsperson och barnet och hjälpa barnet med affektreglering.

När det gäller **yngre barn (under 6 år)** så bör leken få en större plats. I sessionerna stöds samspel mellan förälder och barn med fokus på barnets affektreglering. Terapilängden anpassas till varje aktuellt ärende och kan alltså variera men är vanligtvis kort (1–6 sessioner). Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) kan användas från och med 8 års ålder. I de yngre åldrarna är föräldrarna mer involverade. De bör vara informerade, införstådda och motiverade till behandlingen.

Vad gäller **äldre tonåringar** kan Prolonged Exposure (PE-A) rekommenderas. Det 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. Se även punkt 7.4.2.

6.2. Utvärdering och övergång till BUP

Vid utebliven behandlingsrespons bör följande övervägas:

- Somatisk undersökning - oklara somatiska symtom som uttalad trötthet eller misstänkt somatoform dissociation ska tas på allvar. Vid behov bör den somatiska undersökningen kompletteras med blodprover (inkl. blodstatus, sköldkörtel och D-vitamin) eller remittera till barnläkare. Bl. a kan migrän, epilepsi och hyperthyreos ge PTSD-liknande symtom.
- Fördjupad kartläggning avseende psykiatrisk samsjuklighet bör också genomföras. Allvarlig sömnstörning kan behöva läkemedelsbehandling. Förekommer tecken på funktionsnedsättning bör detta adresseras.
- Ställningstagande till om psykosociala stressorer påverkar negativt och omöjliggör behandlingsresultat.

Vid utebliven behandlingseffekt med fortsatt påverkad funktionsnivå och stort lidande och/eller allvarlig krisreaktion med samsjuklighet bör specialistvård övervägas.

6.3. Specialistvård – BUP/BUH

En strukturerad screening bör göras vid behandlingsstart som inkluderar ställningstagande till psykiatrisk och somatisk differentialdiagnostik. Se [Första besök BUP](#). Utifrån fastställd diagnos görs vårdplanering i samråd med läkare. Vid behov av fördjupad utredning, se [Vårdprogram Utredning](#). Behandlingen bör skraddarsys för varje patient avseende såväl omfattning som innehåll. Vid Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) rekommenderas i första hand psykoterapeutisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) och i andra hand läkemedel.

6.3.1. Traumafokuserad - KBT vid komplexa tillstånd

Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) för barn 3-18 år används även för mer komplexa och svåra tillstånd ofta med samsjuklighet. Terapins omfattning beräknas vara 8 -20 sessioner (för de längre kontakterna krävs god motivation och att patienten bedöms klara av exponering). Det är mycket viktigt att varje fas säkerställs innan man går vidare till nästa. Vid pågående missförhållande ska det tas om hand först.

Terapin genomförs utifrån följande faser.

- 1) **Stabiliseringsfas** - säkerställ barnets trygghet och stabilisering i tillvaron innan man går vidare till de bearbetande momenten.
- 2) **Bearbetningsfas** - a) bestäm gestaltungsmetod och ge rational för trauma berättelsen, b) kognitiv bearbetning d v s ersätt förvrängningar med hjälpsamma antaganden, träna skattning av ångest c) in-vivo exponering.
- 3) **Avslutningsfas** – framtidsplanering och hur handskas med sorg.

Man utgår alltså från samma principer som vid lättare tillstånd (psykoedukation, känsloreglering, bemästrandestrategier, exponering, kognitiv bearbetning och problemlösning) men med anpassningar. Vid komplex symtombild finns ofta belastning i anknytning och föräldra-barnrelation. Anpassningar och fördjupat arbete med samspel, föräldrafärdigheter och relationsfärdigheter ska göras utifrån behov. För fördjupning se bilaga 4.

6.3.2. Prolonged exposure (PE)

PE är en möjlig KBT-metod för tonåringar och beräknas ta 8-15 sessioner. Jämfört med TF-KBT läggs mindre fokus vid inledande bemästrandestrategier och föräldrarbete. Grundkomponenter är: psykoedukation om exponering och känslomässig bearbetning, andningsövning, exponering in vivo och imaginativ exponering för traumaminnen och känslor. Metoden passar särskild bra för ungdomar med parallell psykoterapi för självskada/emotionell instabilitet.

6.3.3. EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) traumabearbetande behandling som använder ögonrörelser (eller annan bilateral stimulering) samtidigt som man fokuserar på traumatiska minnen. Terapilängden är vanligtvis kort (1–6 sessioner). Någon etablerad metodik för föräldrainvolvering finns inte, men föräldrar kan delta i att plocka fram minnen och delta i den bilaterala stimuleringen. Metoden passar särskilt bra för patienter som har svårt att minnas delar av traumat eller som har svårt att verbalisera upplevelserna. Terapilängden ofta något kortare än vid TF-KBT.

7. Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid PTSD blir aktuell för svårare delsymptom och ibland sekundära tillstånd som depressioner. Inga preparat har indikation PTSD hos barn och unga.

7.1. Kvarstående besvärande sömnsvärigheter

Vid kvarstående besvärande sömnsvärigheter trots psykosociala insatser som tryggad miljö, gott känslomässigt stöd och sömnhygien rekommenderas:

- a) Melatonin, har rekommendation sömnstörning från 2 års ålder. Vid 2-4 års ålder: 0,5-1 mg tn. Över 4 år: 1-10 mg tn, starta med 2-3 mg. För närvarande oklart hur indikation, godkännande och subvention kommer att se ut.
- b) Lergigan (prometazin), har indikation oro från 2 års ålder. Finns som oral lösning, tabl Lergigan mite och vanlig tablett. Halveringstid 13 tim. tas en timme före sänggående.
- c) Theralen (alimemazin) har indikation oro från 2 års ålder. Också lång halveringstid. Finns som orala droppar, tabl 5 mg, k alimemazin 20 mg.
- d) Mirtazapin 15-45 mg, finns som tabl och munsönderfallande tabl. Ges till äldre barn och tonåringar. Bäst sömngivande effekt har lägre doser. Är också antidepressiv. Tänk på att biverkningsprofilen innehåller rejäl hungerökning och i ovanliga fall mardrömmar.
- e) Övriga: Mianserin (tabl 10, 30, 60 mg) alternativ till Mirtazapin. Imovane (zopiklon, tabl 5, 7,5 mg) finns i undantagsfall till ungdomar efter pubertet för korttidsbehandling max 2 veckor.
Är en ren insomningstablett som är milt beroendeframkallande, ges ej där alkohol eller droger finns med i bilden.
- f) Propavan (propiomazin, t 25 mg), långtidsverkande fentiazin kan också ges till äldre tonåringar i undantagsfall, vanligaste biverkningar är hangover och restless legs. Vid samtidiga dissociationer kan olanzapin eller quetiapin till kvällen övervägas.

7.2. Vid stark oro

Kom ihåg att läkemedelsbehandling utgör endast ett komplement till annan behandling.

Använd icke-beroendeframkallande preparat såsom Theralen (alimemazin) och Lergigan (prometazin). Atarax (hydroxizin, oral lösning, t 10, 25 mg) har indikation klåda/urtikaria från 1 års ålder, dosering 0,5-1 mg/kg x d. Samtliga preparat är sederande. Vid höga doser och/eller polyfarmaci finns beskrivet hjärtrytmrubbningar och extrapyramidala biverkningar. Det är viktigt att användande av läkemedel inte används som undvikande av traumaminnen som kan utvecklas till ett skadligt säkerhetsbeteende.

7.3. Vid samsjuklighet

a) Depression, ångestsyndrom

Vid depression och ångesttillstånd välj SSRI utifrån indikation och ev. biverkningsprofil. Sertralin har indikation och är välbeprövat i OCDdosor hos barn från 6 års ålder samt har PTSD-indikation för vuxna. Fluoxetin har plats i behandlingsarsenalen vid hög grad av ångest där patienten inte orkar den initiala ångeststegringen med andra antidepressiva. Går inte heller med viktuppgång. Mirtazapin (och ev. mianserin) kan vara bra val vid samtidig ångest/depression och sömnstörning, särskilt vid nedsatt aptit. Kan kombineras med SSRI.

b) Dissociationer – gränspyskotiska symptom – psykotiska symptom

Psykoedukation (att dissociationer är kroppens försvarsreflex mot jobbiga tankar/känslor), trygghet och sömnreglering viktigt. Vid behov av medicinering välj kort behandlingstid, 2-4 veckor och atypiska högdosneuroleptika med huvuddos på kvällen. Bra särskilt vid samtidig hög ångestamplitud och sömnstörning. Olanzapin (tabl 2,5,5,7,5, 10, 15, 20 mg, velotab 5,10,15,20 mg). Lämplig dos till tonåring kan vara t 5 mg 0-1+0+1-3 beroende på styrka på ångest- och psykossymptom. Ett annat alternativ är Quetiapin (t 25, 100, 200, 300 mg) när kraftig ångest med sömnstörning dominerar, ngt mindre antipsykotisk effekt jfr med olanzapin. Vid aggressivitet eller paranoida symptom kan risperidon (t 0,5,1,2,3,4 mg, oral lösning 1 mg/ml) provas. Används ej till barn under 5 år. Vid vikt under 50 kg startdos 0,25 mg x 1, ökas med 0,25 mg i taget till 0,75 mg x 1. Startdos vid vikt minst 50 kg: 0,5 mg x 1, ökas med 0,5 mg till 1,5–2,0 mg/d. Hela eller största delen av dos på kvällen.

c) Kvarstående funktionsnedsättande mardrömmar och högt arousal

Licenspreparat Prazosin (alfa-1-adrenerg agonist) kan övervägas, gammalt blodtryckssänkande preparat, endast fallbeskrivningar avseende barn/unga och PTSD. Startdos 1 mg till kvällen, ökas med 1 mg/vecka till 5 (-15) mg. Trötthet, yrsel, huvudvärk, ångest och sänkt blodtryck är biverkningar. Blodtryck bör monitoreras före och under insättning.

Catapresan, guanfacin inte uteslutet använda utifrån säkerhetsperspektiv.

[FASS](#).

8. Kvalitetssäkring

Det nationella kvalitetsregistret Q-bup används inom BUP Gävleborg. Det är ett generellt kvalitetsregister för Barn- och ungdomspsykiatri.

Det samlar in information som redan finns registrerad i journaldokumentation och patientadministrativa system. Mer information finns på [Q-bups hemsida](#) och [Rutin Q-bup Nationellt kvalitetsregistret BUP Gävleborg](#)

9. Dokumentationsinformation

Författare:

Elisabeth Präntare Leg. Psykoterapeut/Vårdutvecklare

Jennifer Wellin Leg. Psykolog/Vårdutvecklare

Ann Frånberg Vårdenhetschef läkare/Specialistläkare

Upprättare: Leg. Psykoterapeut/Vårdutvecklare Elisabeth Präntare

Medicinsk granskare: Medicinsk rådgivare Ann Frånberg

Slutgranskare: Kvalitetssamordnare Marlène Huoman

Fastställare: Verksamhetschef Kristina Lingman

Under framtagande av dokumentet har remissförfarande genomförts 2019-01-09 till:

VO Familjehälsans ledningsgrupp

VO HAB/BUP:s ledningsgrupp

Monika Quadt Projektsamordnare Gävle kommun

10. Referenser och relevanta dokument

Dokument	Plats
Patientlag SFS 2014:821	WEBB
Hälsa och sjukvårdslag SFS 2017:30	WEBB
Vårdprogram Suicidprevention	Platina ID nr 09-179 748
Checklista suicidriskbedömning	Platina ID nr 09-179792
Bokhyllan	Plexus
Anmälan om misstanke om barn far illa Blankett	Platina ID nr 09-983 72
Drogscreening	Platina ID nr 09-969 50
Läkemedelshantering Läns gemensam för Hälsa- och sjukvård	Platina ID nr 09-27906
Rutin internetbaserad vård och behandling	Platina ID nr 09-29 95 57
Sömnhygien	Platina ID nr 09-250 994
Slutenvård inläggning	Platina ID nr 09-390 98
SF BUPs Riktlinje trauma- och stressrelaterade syndrom, remissversion, 2018.	SF BUPs hemsida
http://www.barnafriid.se/formular-pa-svenska/Barnafriid- Nationellt centrum för kunskap om våld mot barn.	WEBB

Bilaga 1

	ICD-10		DSM-5 (Se kapitel Trauma och stressyndrom för fullständig text se sid 123- 134)
F43.0 Akut stressreaktion (ASD)	En övergående störning som utvecklas som reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Tillståndet går över på timmar eller några få dagar. Individuell sårbarhet och anpassningsförmåga spelar roll för den akuta stressreaktionens utveckling och svårighetsgrad. Symtomen är blandade och skiftande och består initialt av förvirring med viss insnävring av medvetande och uppmärksamhet, oförmåga att uppfatta stimuli samt desorientering. Detta stadium kan endera följas av ytterligare flykt undan omgivningen och situationen (stigande till dissociativ stupor - F44.2) eller av agitation och överaktivitet (flyktreaktion eller fuguetillstånd). Autonoma tecken på panikångest (hjärtklappning, ökad svettning, rodnad) är ofta närvarande. Symtomen utvecklas vanligtvis inom några minuter efter den belastande händelsen eller traumat och avklingar inom 2-3 dagar (ofta inom timmar). Partiell eller total amnesi (F44.0) för episoden kan ses. Om symtomen kvarstår bör ändring av diagnos (och behandling) övervägas.	Akut stressreaktion	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 händelser. 2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats. Underrättats om att en farlig händelse drabbat en nära familjemedlem eller nära vän. OBS: Våldsam händelse eller olycksfall. 4. Vid upprepade tillfällen eller under extrema omständigheter exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser. OBS: Ej via ej elektroniska media. B. Minst nio av nedanstående fjorton symtom har debuterat eller förvärrats efter den traumatiska händelsen. Symtomen uppdelade är i följande kategorier. (Se även sid 131 DSM-5. För beskrivning av alla fjorton). 1. Påträngande symtom 2. Negativ sinnesstämning 3. Dissociativa symtom 4. Undvikande symtom 5. Symtom på arousal
F43.1 Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)	Ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation (av kortare eller längre varaktighet) av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag, som kan väntas medföra kraftig påverkan på praktiskt taget alla människor. Predisponerande faktorer som personlighetsdrag (tvångsmässiga eller asteniska) eller anamnes på neurotisk störning kan sänka tröskeln för risken att utveckla syndromet eller förvärpa förloppet men de är varken nödvändiga eller tillräckliga för att förklara uppkomsten. Typiska fenomen inkluderar episoder av återupplevande av traumat i form av påträngande minnen ("flashbacks"), drömmar eller mardrömmar som uppträder mot en bakgrund av känslomässig stumhet och avflackning, tillbakadragande från andra människor, nedsatt reaktivitet på omgivningsfaktorer, anhedoni och undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om traumat. Det finns ofta ett tillstånd av autonom irritabilitet, ökad vaksamhet och förhöjd alarmberedskap samt insomni. Ångest och depression är ofta förenade med tidigare nämnda symtom och tecken och självmordstankar är inte ovanliga. Tillståndet utvecklas efter traumat med en latenstid som kan variera från några veckor till månader. Förloppet är fluktuerande men full remission kan ses i de flesta fall. Hos en minoritet av patienterna kan tillståndet bli kroniskt och pågå i många år, vilket så	Posttraumatiskt stressyndrom	Kriterier för vuxna och barn äldre än 6 år: 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 händelser. 2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats. Underrättats om att en farlig händelse drabbat en nära familjemedlem eller nära vän. OBS: Våldsam händelse eller olycksfall. 4. Vid upprepade tillfällen eller under extrema omständigheter exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser. OBS: Ej via elektroniska media. B. En eller fler av följande symtom associerade med den traumatiska händelsen föreligger med debut efter händelsen inträffat : 1. Återkommande ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen. (Hos barn i lek.) 2. Återkommande mardrömmar. 3. Dissociativa reaktioner. 4. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt. 5. Uttalade fysiologiska reaktioner inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt C. Ständigt undvikande av stimuliassocierade med den traumatiska händelsen. D. Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning. E. markanta förändringar av personens stimuliösreaktioner. F. Varaktighet av symtomen i mer än 1 månad. G. Klinisk signifikant lidande H. Kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans. Hos barn 6 år eller yngre se sidan 128 och

Tabell 1. Diagnoser enligt ICD-10 och DSM-5 med förklarande text

	småningom leder till en varaktig personlighetsförändring (F62.0). Traumatisk neuros		framåt.
--	--	--	---------

Bilaga 2

Inledande text ICD-10-SE

Kapitel F 43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Perturbationes adaptionis et reactio e stress gravi.

Denna kategori skiljer sig från andra då den inkluderar störningar som karakteriseras inte bara av symtom och förlopp utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren, vilket resulterar i en anpassningsstörning. Mindre uttalad psykosocial belastning eller stress av mindre allvarlig typ kan visserligen framkalla eller bidra till utvecklingen av många av de tillstånd som beskrivs i andra avsnitt i detta kapitel, men deras etiologiska betydelse är inte alltid klar och i det enskilda fallet finns ofta en individuell, idiosynkratisk sårbarhet; dvs. belastningen har inte varit nödvändig eller tillräcklig för att förklara störningens uppkomst eller form.

För denna kategori (F43) gäller emellertid att störningen skall vara en direkt konsekvens av akut, allvarligt trauma eller långvarig belastning. De traumatiska händelserna eller den långvariga belastningen är den primära och dominerande orsaksfaktorn och utan någon av dessa skulle störningen inte ha uppstått.

Störningarna i denna kategori kan betraktas som maladaptiva reaktioner på allvarlig eller kontinuerlig belastning då reaktionen interfererar med ändamålsenliga anpassningsmekanismer och ger upphov till nedsatt social funktionsförmåga.

Bilaga 3

Diagnostiska resonemang utifrån SF BUP:s riktlinjer

Akut stressyndrom (ASD) ger PTSD-liknande symtom inklusive påträngande minnen och överspändhet efter en traumatisk händelse. Vid ASD har dissociativa reaktioner dock en mer framträdande plats. ASD beskrivs ibland som en normal, inte sällan övergående reaktion på en onormal händelse, och överlappar med ICD-10 diagnosen akut stressreaktion. ASD diagnos kan inte ställas om mer än en månad förlupit efter traumat. Vid PTSD har symtom funnits minst en månad efter en eller flera traumatiska upplevelser. Symtomen kan gradvis utvecklas till PTSD, men förloppet skiftar och inte alla har ASD innan de får PTSD. Med 20 symtomkriterier (enligt DSM-5) uppdelat på fyra kluster kan den kliniska bilden variera betänkligt. Centralt är plågsamma minnen som patienten anstränger sig för att undvika, liksom en tendens att rädslan sprider sig med ökad vaksamhet och överspändhet som följd. Koncentrationsförmåga, sömn och förmågan att hantera svåra känslor är ofta påverkade. Det sistnämnda kan yttra sig som självdestruktivitet, vissa blir mer känslomässigt flacka. Tilliten till andra kan vara rubbad och känslotillståndet ihållande negativt, inklusive känslor av skuld och skam, in. Dissociativa reaktioner, typisk depersonalisation eller derealisation, förekommer i svårare fall.

För barn 6 år eller yngre har DSM separata diagnoskriterier för PTSD. En skillnad är att kraven avseende undvikande och negativa kognitiva förändringar är lägre. En annan att minnen från händelsen inte behöver upplevas som plågsamma och kan uttryckas i lek, och att mardrömmar kan vara mindre tydligt kopplade till trauma. Regression, separationsångest, vredesutbrott, förvirring förekommer. Komplex PTSD är ännu ingen etablerad diagnos, varken i DSM-5 eller ICD-10 men blir det i ICD-11. Gränsen mellan PTSD och komplex PTSD är flytande. Komplex PTSD kan beskrivas som ett tillstånd med PTSD-kärnsymtom (återupplevande, undvikande och överspändhet) plus svårigheter i reglering av affekter, identitet, relationer och beteende. Dissociativa reaktioner är vanligt liksom psykiatrisk samsjuklighet. Ofta har dessa individer utsatts för utdragna, upprepade eller multipla interpersonella trauman och svåra händelser under uppväxten, dvs. komplex traumatisering. Otryggt anknytningsmönster brukar betecknas som riskfaktorer. Prognosen vid komplex PTSD är sämre och behandlingen ofta längre och lite annorlunda än vid vanlig PTSD.

Anpassningsstörning är huvudsakligen aktuellt vid maladaptiva reaktioner på en icke traumatisk stressor eller förändring i tillvaron – exempelvis flytt eller förlust av anhörig. Symtomen domineras av nedstämdhet, ångest, beteendeproblem, men kriterierna för diagnos inom dessa områden uppfylls inte. Anpassningsstörning är således en uteslutningsdiagnos och det finns få vetenskapliga utvärderingar av tillståndet. Anpassningsstörning kan enligt DSM-5 också vara aktuellt om patienten utsatts för traumatisk stressor men inte uppfyller kriterierna för PTSD, eller tvärtom uppfyller symtomkriterierna men händelsen inte motsvarar ett trauma. Därmed överlappar anpassningsstörning till stor del det som i studier beskrivs som subklinisk eller partiell PTSD eller PTS/PTSS.

Anknytningsstörning (med social hämning eller social distanslöshet) är ovanliga tillstånd som ses hos yngre barn utsatta för extrem omsorgsbrist i tidig ålder. Utvecklingsmässigt inadekvata anknytningsbeteenden, som att barnet sällan eller aldrig söker tröst och kan likna autism, alternativt bristande återhållsamhet i samspel med vuxna. Ibland finns tecken på utvecklingsmässig försening (språkligt, kognitivt). Diagnos ställs inte på barn som mognadsmässigt är under 9 månader.

Dissociativa syndrom ingår inte i DSM-5 kapitlet trauma- och stressrelaterade syndrom. Trauma krävs heller inte för dissociativa syndrom men anses i hög grad kopplat till sådan exposition. Syndromen är ovanliga hos barn och unga, ses typiskt efter komplex traumatisering och kan bl. a vara aktuellt när dissociativa manifestationer har mer genomgripande karaktär. Samsjuklighet mellan dissociativa syndrom och PTSD förekommer.

Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom kan bl. a användas vid ihållande komplex sorgereaktion.

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.

Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom kan bl. a användas vid ihållande komplex sorgereaktion.

FAKTARUTA Modell för stress- och traumahändelser som överskrider individens tillgängliga resurser, och tänkbara diagnoser

- Icke livshotande stress, t ex livskris – anpassningsstörning
- Långvarig icke livshotande stress utan tillfälle till återhämtning – utmattningssyndrom
- Livshotande stress, d.v.s. trauma – akut- eller posttraumatiskt stressyndrom
- Upprepade livshotande och ibland även icke livshotande händelser – komplex posttraumatisk stress

Bilaga 4

FAKTARUTA 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: t ex progressiv avslappning, kroppsskanning eller övningar med riktad uppmärksamhet.
- Förstå och hantera tankar: tankars koppling till känslor och beteenden samt kognitiv omstrukturering utifrån exempelvis skuldkänslor och ansvar.
- Känsloreglering och bemästrandestراتيجier: att identifiera känslor, förstå deras koppling till trauma och träna färdigheter att hantera starka känslor, bland annat med avspänningsövningar.
- Exponering, föreställningsmässig: att gradvis närma sig traumatiska minnen känslomässigt genom t ex 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, s k traumatrigger.
- Gemensamma sessioner föräldrar och barn: delande av barnets traumahistoria, träna bemästrandestراتيجier tillsammans och förbättra samspel för att stärka barn och föräldrelationen.
- Säkerhet och framtida skydd: kunskap om våld och övergrepp, identifiera risksituationer och träna bemästrandestراتيجier för dessa, sociala färdigheter för positiv utveckling av relationer.