

IHF – NPF

Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling

när ungdomen har neuropsykiatrisk problematik

Inledning

Familjeforum har under sju års tid arbetat med psykosocialt behandlingsarbete i öppenvård med en behandlingsmetod som vi kallar Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling - IHF.

I snart fyra års tid har dessutom speciella behandlingsteam på Familjeforum arbetat med IHF behandling då ungdomen har neuropsykiatriskt funktionshinder eller problematik (IHF – NPF). Detta arbete har lett till att vi utvecklat särskilda metoder för att bättre kunna stödja dessa ungdomar och manualiseringsarbete av detta pågår.

I denna artikel introduceras först kortfattat IHF modellen. Därefter presenteras vår syn på de neuropsykiatriska funktionshindren och våra erfarenheter av att specifikt arbeta med denna målgrupp.

IHF - Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling

Vi har på grundval av våra erfarenheter och beforskade och framgångsrika behandlingsmetoder som FFT (Funktionell familjeterapi), MST (Multisystemisk terapi), MTFC (Multi Treatment Foster Care)¹, utvecklat en behandlingsmetod som vi kallar Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling - IHF. Metoden har manualiserats och effektstudier har bedrivits sedan 2001.

Målgrupp: Familjer, barn och ungdomar med komplexa behov och problem som hamnat i negativa, destruktiva mönster med svåra beteendeproblem som följd.

¹ MST, MTFC och FFT är behandlingsmodeller som alla omnämns i ; *Blueprints for violence prevention*; University of Colorado. Ett oberoende institut på universitetet har granskat ca 450 brottsförebyggande program och vaskat fram de 10 mest framgångsrika och bäst beforskade brottsförebyggande metoderna.

Målet med behandlingen: att minska beteendestörningar, kriminalitet och förbättra familjefunktioner så att barn och ungdomar inte skall behöva placeras utanför hemmet.

Arbetet bedrivs till stor del i familjens hem. Anledningarna till detta är bland annat att när positiva förändringarna sker direkt i den miljö som familjen befinner sig i, ökar motivationen för förändringsarbetet. Forskning visar även att behandlingsarbete som fokuserar på förändringar i familjesystem och den miljö som familjen befinner sig i skapar bättre möjligheter för långsiktigt hållbara resultat.

För att kunna arbeta multisystemiskt och med alla delar av familjesystemet krävs att det finns aktörer som särskilt fokuserar på de olika delarna. I samband med att IHF-behandlingen startar utses en behandlingssamordnare som har till uppgift att leda och organisera ett team av behandlingspersonal kring familjen. Teamet består av en samordnare, en familjebehandlare, en ungdomsbehandlare och ibland även en färdighetstränare.

Arbetet effektutvärderas före, under och efter behandlingen med hjälp av *Journal Digital* som är ett verksamhetssystem för psykosocialt förändringsarbete. Systemet innehåller bland annat standardiserade självsvarsformulär som är prövade utifrån reliabilitet och validitet. Detta ger en bra beskrivning av familjens och uppdragsgivarens uppfattningar och bilder av hur symtom och funktioner påverkats under behandlingens gång.

Olika faser i IHF behandlingen

Vi är övertygade om att framgångsrikt behandlingsarbete behöver delas in i olika faser där det finns olika syften med de olika delarna. På detta sätt blir arbetet tillsammans mer tydligt, begripligt och meningsfullt. Behandlingen är indelad i följande faser: engagemang, undersökning, beteendeförändring och generalisering. Behandlingstiden varierar mellan 6-8 månader.

Engagemangsfas

I denna fas är det viktigt att inge familjen hopp. Vi identifierar familjemönster och försöker tidigt modifiera de negativa/destruktiva mönster som är möjliga att förändra.

Stor vikt läggs vid att förbättra kommunikation och minska riskfaktorer som t ex negativitet, hopplöshet och skuldbeläggande.

Målet är att öka motivationen och hålla kvar familjen och ungdomen i familjebehandlingen.

Undersökningfas

I denna fas är det viktigt att noga undersöka och försöka förstå hur familjen fungerar, dels som familjesystem men också ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv till exempel utåt mot släkt, arbete, skola, lokalsamhälle. Det är viktigt att tillsammans med familjen utforska vilka behov som ökar de dysfunktionella beteendena i syfte att kunna hjälpa dem att hitta mer funktionella sätt att tillfredställa sina behov på.

Målet i denna fas är att i nära samarbete med familjen hjälpa dem att ta fram en genomförandeplan med konkreta mål för förändringar formulerade i beteende- och närvarotermer (att aktivt göra något).

Beteendeförändringsfas

I denna fas stödjer vi och hjälper familjen att utveckla beteendeförändringar som matchar familjens och varje individs unika personlighet och behov. Interventionerna

- inriktas på att öka det ansvarsfulla beteendet både inom familjen och med dess närhet
- inriktas på beteendesequenser inom och mellan system
- anpassas till barnets utvecklingsstadium
- läggs upp så att de kräver dagliga ansträngningar från familjemedlemmarna, till exempel hemuppgifter vilka fyller det dubbla syftet att hela tiden aktualisera behandlingsmålen och öka deltagarnas medvetenhet

Målet i denna fas är att skapa beteendeförändringar som ligger i linje med genomförandeplanen.

Generaliseringsfas

I denna fas är det viktigt att interventionerna utvecklas till att familjens nya redskap och strategier generaliseras och att en långtidseffekt uppnås. Vi hjälper familjen att använda sitt nätverk som stöd och resurs i arbetet med att generalisera förändringsarbetet. Interventionerna syftar till att maximera familjens egen kapacitet genom att familjemedlemmarna själva försöker förändra sina liv.

Målet i denna fas är att beteendeförändringarna håller över tid.

Forskning har visat att vi människor behöver påminnas för att lyckas bibehålla förändringskapacitet. Risken är, om vi inte påminns, att vi väljer gamla, invanda (ibland dysfunktionella) strategier för att lösa situationer. Därför kan vi, som ett tillägg efter avslutad IHF-behandling, erbjuda *förstärkningssamtal*. Syftet med dessa är att ge ungdomen och familjen möjlighet att med jämna mellanrum "fräscha upp" de bemästringsstrategier som de i behandling har uppnått. Familjen träffar då familjebehandlaren i liten omfattning cirka 1 – 3 månader efter avslutad IHF-behandling och följer upp arbetet.

Om neuropsykiatriska funktionshinder

All forskning pekar idag på att de neuropsykiatriska funktionshindren (NPF) är biologiskt orsakade och debuterar i barnaåren. Forskning visar på ökad sårbarhet i de delar av hjärnan som skall tolka, reglera och bearbeta intryck. Denna sårbarhet leder till olika svårigheter som i sin tur finns beskrivna i olika neuropsykiatriska diagnoser (se nedan). Gemensamt är dock att dessa svårigheter har neurologiska förklaringar och måste förstås, accepteras, bemötas och behandlas som sådana.

Funktionshinder och handikapp

En funktionsnedsättning innebär att man i större eller mindre grad saknar förmågor att utföra något på ett sätt som anses normalt. *Handikapp* är följderna av funktionsnedsättningen i förhållande till miljön. Handikappet beror alltså inte bara på personens individuella svårigheter och hanteringsförmågor utan också på vilka krav miljön ställer på personens funktionsförmåga. Hur handikappande en funktionsnedsättning blir beror således på följande faktorer:

1. vilka hjälpmedel som finns för att minimera funktionsnedsättningen
2. vilka individuella strategier och verktyg, som minskar svårigheter vid nedsättningen och kompenserar dessa med andra styrkor, som personen med funktionsnedsättningen kan tillgodogöra sig
3. omgivningens/miljöns acceptans av nedsättningen och förståelse för svårigheter och förmågor till anpassningar

Vid en del funktionsnedsättningar är svårigheterna väldigt tydliga. En rullstolsburen person blir betydligt mer handikappad om han eller hon inte får tillgång till rullstol och andra anpassningar i den fysiska miljön vilka möjliggör att ta sig fram trots funktionsnedsättningen. Om alla med synnedsättning skulle bli av med rätten att få glasögon eller om omgivningen skulle förklara synnedsättning som "trauman orsakade i barndomen" vilket gör att man inte vågar se världen "som den egentligen är" hade detta inneburit avsevärda handikappande konsekvenser.

Ofta möts personer med NPF med liknande oförståelse och oacceptans. Detta leder till att realistiska krav och förväntningar ställs på en person med NPF vilket ökar de handikappande konsekvenserna. Alltså kan miljön ha avgörande betydelse för hur

handikappande ett neuropsykiatriskt funktionshinder blir, däremot orsakar inte miljön funktionshindret.

Om diagnos

Behövs diagnoser för att få rätt stöd och bemötande? Frågan är inte enkel och kanske svaret är både ja och nej. En diagnos får inte vara avgörande för om stöd och insatser ges eller inte. Vi behöver inte heller diagnostisera för att kunna ge stöd. Däremot kan en diagnos öka förståelsen för och kunskapen om vissa svårigheter och vad som kan vara framgångsrika verktyg i stöd och behandling. En kombination av generell kunskap om diagnoser och lämpliga insatser och specifik kunskap om personen ifråga innebär bättre förutsättningar att lyckas i bemötandet och stödet.

Vilka är de neuropsykiatriska diagnoserna?

De neuropsykiatriska diagnoserna brukar delas in i olika huvudgrupper där olika svårigheter dominerar. En huvudgrupp är de diagnoser där *uppmärksamhetskoncentrations- och impulssvårigheter* är dominerande. De vanligaste diagnoserna är AD/HD och DAMP. En andra huvudgrupp är de diagnoser där *svårigheter med föreställningsförmåga, kommunikation och socialt samspel* är framträdande. De vanligaste diagnoserna är Autistiskt syndrom och Aspergers syndrom. En tredje huvudgrupp är diagnoser där olika *tics- och tvångsmässiga beteende* överväger. Vanligast bland dessa senare diagnoser är Tourettes syndrom (se bilaga 1-3).

Det är viktigt att komma ihåg att en person som har fått *en* diagnos dessutom kan uppvisa svårigheter utmärkande för en annan neuropsykiatrisk diagnos. Många gånger kan en person uppfylla tillräckligt många kriterier för att få en kombination av neuropsykiatriska diagnoser. En del personer med NPF har även andra psykiatriska diagnoser. Dessutom finns det en rad faktorer som spelar roll för hur svårigheter ter sig, som till exempel kön, ålder och framför allt individuella skillnader i personlighet. Därför är det centralt att alltid göra en profil av varje person för att få fram individuella svårigheter och hanteringsförmågor.

IHF – NPF

IHF – NPF vänder sig till samma målgrupp som IHF gör. Skillnaden är den att i IHF – NPF har ungdomen en neuropsykiatrisk diagnos eller neuropsykiatriska grundsvårigheter som kräver speciell kompetens och lämplighet hos behandlarna och speciella verktyg/interventioner som tar hänsyn till dessa svårigheter i behandlingen.

De behandlingsteam inom Familjeforum som arbetar med IHF – NPF får handledning och specifik intern- och externutbildning. Dessutom pågår ständigt metodutveckling kring IHF - NPF och manualisering av viktiga delar behandlingen som skiljer sig från IHF.

Med IHF – NPF behandling menar vi *inte* att funktionshindret kan behandlas bort, utan behandlingsarbetet syftar till att ge stöd för att finna strategier så att konsekvenserna och svårigheterna, orsakade av funktionshindret, blir så minimala som möjligt.

Ett "neuropsykiatriskt filter" vid IHF interventioner

Många av de teorier, principer och interventioner som IHF vilar på passar väl även i arbetet med ungdomar med NPF. Till exempel hemmabaserat arbete, ett salutogent bemötande, som strävar efter att göra tillvaron begriplig, hanterbar och meningsfull, fokus på beteende, resursmobilisering och stödjande insatser av pedagogisk karaktär, teamarbete och samarbete mellan olika aktörer.

I IHF – NPF behandling är det viktigt att arbetet utförs med vad vi kallar ett "neuropsykiatriskt filter". Detta innebär att vi som behandlare alltid tar hänsyn till funktionshindret när interventioner och metoder används. Exempel på detta kan vara att vid användandet av olika poänglistor måste vi först försäkra oss om att personen verkligen har förmågan och färdigheterna som sådana poängsystem förutsätter. Dessutom kan dessa system behöva särskild utformning som tar specifik hänsyn till funktionshindret för att de skall fungera. Ett annat exempel är att i de edukativa inslagen av behandlingen läggs stor vikt vid att ge kunskap om funktionshindret – såväl generellt, som det som gäller ungdomens specifika svårigheter. Ytterligare exempel är att det kan behöva göras en särskild inventering av vad ungdomen

upplever som positiv förstärkning. Annars finns risken att behandlare och familj använder viss förstärkning i tro om att den upplevs som positiv när det i själva verket är precis tvärtom. Vidare kan ojämn utvecklingsnivå innebära att gräns- och kravställningen kan se annorlunda ut än för andra ungdomar i samma ålder som inte har NPF. Många behandlingsinterventioner i IHF förutsätter förmåga till att se helheter, istället för att fastna i detaljer, och förmåga till att automatiskt kunna generalisera. Vid NPF kan detta vara svårt. Då krävs istället verktyg som kan skapa sammanhang av detaljer och genom konkretisering skapa möjlighet till generalisering för att uppnå samma behandlingsresultat.

Det handlar om att anpassa behandlingsmodellens innehåll och utformning efter det som speciellt utmärker de olika diagnoserna.

Speciella verktyg vid IHF – NPF

Det går alltså inte att påstå att *alla* personer med neuropsykiatriska funktionshinder kräver *ett* speciellt bemötande eller samma sorts stöd och insatser. Beprövad erfarenhet har dock gett viktiga generella insikter om vad som kan vara viktigt i arbetet.

För att insatsen skall bli så framgångsrik som möjligt är det vår erfarenhet att den måste bedrivas med *hela* familjesystemet och det specifika arbetet med funktionshindret måste inkludera insatser som *reducerar de handikappande konsekvenserna av funktionshindret*. Exempel på sådana insatser kan vara medicinering, individuellt utformade program som till exempel förbättrar förmågor till att reducera stress, att förstå och hantera ilska eller att träna arbetsminnet och exekutiva funktioner.

Vidare måste det finnas insatser *som kompenserar för de handikappande konsekvenserna av funktionshindret*, det vill säga stöd som liknar rullstolen och ramper för den rullstolsburna och glasögon eller linser för personen med synnedsättning. Sådana insatser kan handla om att hitta rätt nivå på krav och förväntningar för att minska risken för misslyckanden och stress eller olika former av anpassningar i den fysiska miljön så att den blir lätthanterlig och kompenserar för svårigheter. Visualiserade hjälpmedel som synliggör och förklarar samband och

sammanhang och underlättar att se helheter istället för detaljer och kan bidra till att skapa förutsägbarhet, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i tillvaron.

Ytterligare en nivå i arbetet är insatser som stödjer personens *upplevelser av de handikappande konsekvenserna* som funktionshindret innebär. Det kan handla om möjligheter att få sätta ord på svårigheter, att bli bekräftad och inte ifrågasatt i dessa upplevelser men även om att fokusera på styrkor och hanteringsförmågor som funktionshindret medför och att behandlingsarbetet inte handlar om att göra om personen utan skapa bättre förutsättningar att kunna vara som han eller hon vill.

Verktyg i de olika faserna i IHF-NPF behandling

Nedan presenteras några verktyg och interventioner som används i behandlingsprogrammets olika faser som särskilt är utformade för arbete med ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder och deras familjer. Detta innebär inte att andra verktyg och interventioner som görs i IHF exkluderas.

Engagemangs- och undersökningsfas

I denna fas syftar arbetet till att tillsammans med ungdom och familj förstå vilka svårigheterna är och vilka resurser som finns för att övervinna dessa. I IHF-NPF blir det därför särskilt viktigt att göra en *individuell profil* över svårigheter och hanteringsförmågor som funktionshindret medför. Familjeforum har arbetat fram verktyg för att skapa en sådan profil. Det sker genom interventioner i möten med ungdom och familj i vardagssituationer men även genom att besvara ett specifikt frågeformulär, utarbetat av ledande NPF-forskare, och som syftar till att bättre precisera de individuella uttrycksformer funktionshindret medför.

Arbetet i denna fas mynnar ut i en genomförandeplan där konkreta mål med förändringsarbetet formuleras. Dessa mål beskriver oftast förändringar på detaljnivå som i sin tur leder till mer övergripande sådana. Vid neuropsykiatriska funktionshinder kan en svårighet vara förmågan att se detaljer och helheter. Därför behövs särskilda verktyg som ger stöd till detta. I IHF-NPF läggs stor vikt att genom visualisering arbeta med *orsaksanalyser* som förklarar samband och sammanhang. Detta ökar begripligheten av de insatser som görs och möjliggör även förmågan att

se framsteg på detaljnivå, även om de övergripande förändringarna ännu inte är uppnådda.

För en del ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder kan det vara svårt att genom verbala beskrivningar skapa en bild av hur samarbete med ungdomsbehandlare kan se ut. Ungdomsbehandlaren behöver konkretisera och visualisera för att göra begripliga beskrivningar. Ungdomsbehandlaren kan också behöva ägna tid med ungdomen i andra sorts aktiviteter för att skapa allians så det blir möjligt att börja beskriva ett vidare samarbete. Det kan även vara svårt för den unge att föreställa sig hur förändringsmål framåt i tiden kan se ut. Återigen kan det därför behövas mer tid och större fokus på konkreta nulägesbeskrivningar innan detta med framtida beskrivningar är möjliga. Det leder till att ungdomens målformuleringar inte alltid är färdiga samtidigt med den övriga familjens. I IHF – NPF är detta inget problem. Förändringsarbetet med övrig familj kan påbörjas samtidigt som ungdomen får mer tid för sina målformuleringar.

Beteendeförändringsfas

I beteendeförändringsfasen är olika möten och familjesamtal centrala. I arbetet med ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder och deras familjer behöver dessa samtal i större utsträckning konkretiseras och visualiseras, tempot behöver vara lägre då det för en del ungdomar tar längre tid att bearbeta och processa information. Vi har arbetat fram olika tekniker för *visualiserade samtal*. Viktiga principer är att hitta ett språk som tilltalar personen. Det är betydelsefullt med en rak, konkret och tydlig kommunikation som inte är moraliserande och anklagande utan präglas av feedback och bekräftelse av det som fungerar. Att under samtalen förtydliga och sammanfatta detaljer som framkommit i samtalet innebär att tempot dras ner och samtidigt blir det ett sätt att säkerställa att alla delaktiga har uppfattat det som sagts på samma sätt. I många samtalstekniker är användandet av öppna frågor en vanlig teknik. För en del med neuropsykiatriska funktionshinder är sådana frågor svåra att svara på då det kräver förmågor att föreställa sig något bortom det konkreta och synliga. I visualiserade samtal används tekniker med att ge påståenden som personen kan förhålla sig till som en väg att hantera denna svårighet samtidigt som det fortfarande är personens upplevelser som lyfts fram. Viktigt är även att fundera på val av plats för samtal. För många ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder är andra platser

än samtalsrummet att föredra. Till exempel kan bilen vara en bättre plats. Andra former för samtal kan också behövas, till exempel via chatt eller mail. Detta kan innebära bättre förutsättningar för framgång i samtalet.

Stressreducering är central i all IHF behandling. Att ha ett neuropsykiatriskt funktionshinder innebär ofta svårigheter att automatisera färdigheter. Istället får personen använda kognitionen i betydligt större utsträckning. Detta tar mer kraft och energi. Brist på energi leder till sämre förutsättningar att hantera uppgifter, situationer och utmaningar som i sin tur leder till ökad stress. Ökad stress innebär ännu mindre ork och förutsättningar. Det finns olika verktyg för att motarbeta denna negativa spiral. På familjenivå kan edukativa inslag och arbete med en individuell profil innebära att *realistiska förväntningar och krav* ställs på personen, vilket i sig är stressreducerande.

Ett *inventeringsarbete på individnivå om vad som tar och ger energi* kan vara till stor nytta för att skapa en balans i tillvaron skall kunna skapas. Detta arbete skapar bättre förutsättningar för *stressreducering* i olika situationer, aktiviteter och med olika personer. Tillsammans med *konkreta övningar i vad familjen och personen kan göra i stressituationer* leder detta ofta till att stress både på individ- och familjenivå minskar. Då skapas förutsättningar för mer framgångsrikt förändringsarbete.

Generaliseringsfas

Fokus i generaliseringsfasen ligger på hur nyvunna strategier och förändringar kan vara verksamma på lång sikt utan behandlingsteamets medverkan. Det är viktigt att komma ihåg att även om förändringsarbetet med att de minimera de handikappande konsekvenserna av ett funktionshinder har gett resultat så innebär det inte att funktionshindret försvinner. Därför kan dessa familjer efter avslutad insats vara i behov av andra professionella aktörer som kan ge nödvändiga stärkande stödfunktioner (till exempel kontaktperson eller korttidsavlastning). I IHF-NPF görs analyser tillsammans med familj och uppdragsgivare för att undersöka detta behov.

Även i IHF-NPF erbjuds vid behov förstärkningssamtal efter avslutad behandling. I IHF-NPF finns dessutom möjligheten att komplettera dessa samtal med stödinsatser särskilt riktade till ungdomen.

Erfarenhet om behandlingstid och om behandlingsteamet

IHF behandlingen är oftast mellan sex till åtta månader. Även om det är individuellt från familj till familj hur lång insatstiden är så visar erfarenheterna hittills att vid IHF-NPF är *genomsnittstiden* för insats något längre, cirka tolv månader. Det är även vanligare med behov av stödjande insatser efter behandlingstidens avslut.

Under de år som behandlingsteam har arbetat med IHF-NPF har det visat sig att, det utifrån respektive roll i behandlingsteamet, finns särskilda aspekter att ta hänsyn till. På *samordningsnivå* är det viktigt att kunna samordna och få till samarbete mellan många professionella aktörer eftersom det är vanligare med fler sådana i familjer där ungdomen har NPF. Vidare måste samordnaren kunna bistå med förslag på hur uppdragsgivare kan lösa att insatsen beviljas med olika lagrum (SoL och/eller L.S.S.). Det är av stor betydelse att även samordnaren har neurokompetens så att detta perspektiv genomsyrar alla delar av behandlingen.

Familjebehandlaren måste ha förmåga att kombinera interventioner som fokuserar på relationistisk förändring med edukativa, pedagogiska och praktiska inslag i familjesamtalen. Ofta behövs konkret arbete med att skapa bättre förutsättningar för förändringsarbete genom tillrättläggande av den fysiska hemmiljön. Familjesamtalen måste genomsyras av lägre tempo, konkretiseringar och visualiseringar. I IHF-NPF kan det även behövas mer föräldrasamtal utan ungdom men dessa får inte ersätta familjesamtal med hela familjen utan skall användas för att skapa bättre möjligheter för familjesamtal.

Även *ungdomsbehandlaren* behöver tänka på att det individuella arbetet med ungdomen genomsyras av lägre tempo, mer förberedelsetid, konkretisering och visualisering. Ungdomsbehandlaren måste kombinera samtal med praktiserande av färdigheter eftersom dessa då blir mer konkreta, tydliga och begripliga för ungdomen. Ofta innehåller arbetet med ungdomen mer färdighetsträning då ungdomar med NPF, beroende på funktionshindret, har större ojämnheter i färdigheter än vad ungdomar utan NPF har. Ungdomsbehandlaren måste vara mycket väl förbered inför möten med ungdomen men samtidigt lyhörd för ungdomens dagsform och beredd på att ändra planering för att följa ungdomens mående.

Avslutning

Det är för tidigt att evidensbaserat uttala sig om IHF-NPF behandlingens framgång. Vidareutveckling och manualisering av IHF-NPF sker fortlöpande och målet är att inom tre år kunna presentera evidensbaserade resultat av IHF-NPF.

Emellertid så visar våra kliniska erfarenheter att familjerna som vi arbetat med har haft stor hjälp av IHF-NPF. Tillgängligheten, att vi arbetar i familjens egen miljö samt att arbetet görs tillsammans med ett behandlingsteam där arbetet sker på många olika nivåer och fångar upp alla delar i systemet har de flesta familjer framhållit som mycket positivt. Framför allt har familjerna beskrivit att de upplevt att det funnits specialkompetens kring de neuropsykiatriska funktionshindren.

Specialkompetens kring NPF innebär att insatsen genomsyras av förståelse och acceptans av funktionshindret och hur det påverkar individen och familjen som system. Specialkompetens innebär vidare att behandlingspersonalen har särskild lämplighet, erfarenhet och utbildning kring NPF så att bemötande och behandlarverktyg alltid tar hänsyn till funktionshindret. Dessutom förutsätts att behandlingen har särskilda behandlingsverktyg som baseras på forskning och berövad erfarenhet kring neuropsykiatri och att dessa kombineras med specifik kunskap om individen ifråga och det system som han eller hon befinner sig i.

Artikeln är skriven av Nåkkve Balldin, vice VD, Familjeforum i Lund AB och metodansvarig för IHF – NPF i Lund och i Stockholm

Bilaga 1

Diagnoskriterierna i DSM-IV-TR för uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (AD/HD)

A. Antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symtom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- (a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- (b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- (c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- (d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- (e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- (f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- (g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- (h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- (i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symtom på hyperaktivitet-impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- (a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- (b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- (c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- (d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- (e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högar" eller "gå på högvarv"
- (f) pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- (g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
 - (h) har ofta svårt att vänta på sin tur
 - (i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)
- B. Vissa funktionshinderande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).

Bilaga 2

Aspergers syndrom

Diagnoskriterierna i DSM-IV-TR

A. Kvalitativt nedsatt förmåga att interagera socialt, vilket tar sig minst två av följande uttryck:

1. påtagligt bristande förmåga att använda varierande icke-verbala uttryck såsom ögonkontakt, ansiktsuttryck, kroppshållning och gester som ett led i den sociala interaktionen
2. oförmåga att etablera kamratrelationer som är adekvata för utvecklingsnivån
3. brist på spontan vilja att dela glädje, intressen eller aktiviteter med andra (t ex visar inte, tar inte med sig eller uppmärksammar inte andra på sådant som är av intresse)
4. brist på social eller emotionell ömsesidighet

B. Begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

1. omfattande fixering vid ett eller flera stereotypa och begränsade intressen som är abnorma i intensitet eller fokusering
2. oflexibel fixering vid specifika, oändamålsenliga rutiner eller ritualer
3. stereotypa och upprepade motoriska manér (t ex vifta eller vrida händerna eller fingrarna, komplicerade rörelser med hela kroppen)
4. enträgen fascination inför delar av saker

C. Störningen orsakar kliniskt signifikant nedsättning av funktionsförmågan i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Ingen kliniskt signifikant försening av den allmänna språkutvecklingen (t ex enstaka ord vid två års ålder, kommunikativa fraser vid tre års ålder).

E. Ingen kliniskt signifikant försening av den kognitiva utvecklingen eller i utvecklingen av åldersadekvata vardagliga färdigheter, adaptivt beteende (utöver social interaktion) och nyfikenhet på omgivningen i barndomen.

F. Kriterierna för någon annan specifik genomgripande störning i utvecklingen eller för schizofreni är inte uppfyllda.

Bilaga 3

Diagnoskriterierna i DSM-IV-TR för Tourettes syndrom

A. Såväl flera motoriska som ett eller flera vokala tics har förekommit under en tid, men inte nödvändigtvis samtidigt. (Tics är plötsliga, snabba, återkommande, ickerytmiska, stereotypa motoriska rörelser eller röstuttryck.)

B. Ticsen förekommer många gånger under dagen (vanligtvis i perioder) så gott som varje dag, eller då och då under mer än ett års tid. Under denna tid har ingen ticsfri period varat längre än tre månader.

C. Störningen debuterar före 18 års ålder.

D. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. stimulantia) eller av somatisk sjukdom/skada (t.ex. Huntingtons sjukdom eller följd tillstånd efter virusencefalit).

Denna artikel skapad jan-07 av Nåkkve Baldin.