

Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande

Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri

Innehållsförteckning

FÖRKORTNINGAR	4
FÖRORD	5
INLEDNING	6
Definitioner	6
Ett viktigt problemområde	6
Rätt nivå på insatserna	7
Samordning	8
Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag	9
Kort om teorier om antisocialt beteende	9
Aggressivitet	10
En kort problembeskrivning	11
Psykiatriska störningar av betydelse för antisocialt utagerande	12
RISKFAKTORER	17
Enskilda riskfaktorer för antisocialitet bland unga	18
Skyddsfaktorer och –processer	20
Analyser av riskfaktorers oberoende effekter	21
Genderperspektiv	21
UTREDNING OCH DIAGNOSTIK	23
Allmänna rekommendationer	23
Bedömning	23
RISKBEDÖMNING I PRAKTISKT ARBETE	27
Principer för bedömning av risk för antisocialitet bland unga	28
Beslutsstöd för risk- och behovsbedömning	28
Är beslutsstöden användbara för flera former av utagerandeproblem?	30
PREVENTION OCH BEHANDLING	32
Prevention	32
Behandling	33
Psykosociala preventions- och behandlingsinsatser	35
Blueprintprogram	37
Läkemedelsbehandling vid impulsivitet/aggressivitet	43
SAMVERKAN MELLAN VÅRDGIVARE OCH MYNDIGHETER	49
SLUTORD	52
REFERENSER	53
BILAGA 1: UTREDNINGSVRKYG	59
BILAGA 2: BESLUTSSTÖD FÖR RISK- OCH BEHOVSBEDÖMNING	62

Förkortningar

AD/HD	Attention deficit/hyperactivity disorder, hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning enligt DSM-IV
ART	Aggression replacement training, behandlingsform mot antisocialt utagerande
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BVC	Barnavårdscentral
CD	Conduct disorder, uppförandestörning enligt DSM-IV
DAMP	Används i Norden i klinisk praktik, motsvarar ungefär AD/HD + DCD
DCD	Developmental coordination disorder, motoriska och perceptuella svårigheter
DSM-IV	Den fjärde nu aktuella versionen av det amerikanska psykiatriska diagnossystemet Diagnostic and statistical manual of mental disorders
FFT	Funktionell familjeterapi, behandlingsform mot antisocialt utagerande
HVB	Hem för vård och boende
LVU	Lagen om vård av unga, tvångslagstiftning för samhällsomhändertagande av unga som behöver skydd pga bristande omvårdnad eller vars egna beteenden medför att de riskerar sin utveckling
LSU	Lagen om sluten ungdomsvård. Domstolsdom enligt LSU (för ungdomar 15-17 år) innebär tidsbestämd vård på särskilt ungdomshem
MST	Multisystemisk terapi, behandlingsform mot antisocialt utagerande
MVC	Mödravårdscentral
ODD	Oppositional defiant disorder, trottsyndrom enligt DSM-IV
PMT	Parent management training, föräldraträning. En behandlingsform mot antisocialt utagerande
PTSS	Posttraumatiskt stressyndrom enligt DSM-IV
SiS	Statens institutionsstyrelse
SOU	Statens Offentliga Utredningar

Förord

Dessa *kliniska riktlinjer* gäller barn och ungdomar med allvarligt antisocialt beteende inklusive aggressivt utagerande. Fokus för riktlinjerna är bedömning och behandling för barn och ungdomar mellan 0 och 18 år (och deras nätverk) som aktualiseras inom BUP pga. aggressivitet eller antisocialt utagerande. Syftet är att tillförsäkra dessa barn och ungdomar och deras familjer så god vård som möjligt. För att uppnå detta är det dock av största betydelse att arbetet görs i nära samarbete med andra professionella eller vårdgrannar som socialtjänst, förskola, skola, ungdomsvård och SiS. Målgrupp för riktlinjerna är personal inom alla berörda verksamheter. Tanken är riktlinjerna ska kunna nyttjas som ett stöd i den kliniska beslutsprocessen. De skall också kunna användas i utbildning och utvecklingsarbete samt fungera som en bas för lokala vårdprogram. De kan troligen användas också av politiker och sjukvårdsadministratörer som kunskapsbas i prioriteringsarbetet.

Riktlinjerna berör inte risker för att barn och ungdomar ska utveckla problembeteenden i vid bemärkelse (jfr Lagerberg & Sundelin, 2000). Inte heller kommer förekomst, bedömning och behandling av ångest, depression, neuropsykiatriska störningar, relationsstörningar, eller självskadande beteende att beröras annat än när de bidragit till uppkomst eller bibehållande av aggressivt eller annat antisocialt beteende.

Dokumentet bygger på bearbetning och utveckling av material som presenterades och diskussioner som fördes vid ett seminarium i BUP-föreningens regi i Banyuls i september 1999. Följande personer har bidragit med skrivet material i dokumentet:

Marie Ahlgren, Stockholm, Anders Andersson, Umeå, Anders Brynge, Jönköping, Marianne Cederblad, Stockholm, Per Gustafsson, Linköping, Torgny Gustafsson, Växjö, Eva-Britt Hallqvist, Stockholm, Lars-Olof Janols, Uppsala, Ulla Jönsson, Kristianstad, Björn Lundin, Linköping, Niklas Långström, Stockholm, Marie O'Neill, Växjö, Ulla Rydå, Jönköping, Lena Spak, Göteborg samt Maria Zetterqvist-Carlsson, Linköping.

Docent Niklas Långström har varit huvudredaktör och avslutande granskning och redigering har gjorts av:

Niklas Långström
docent

Marianne Cederblad
professor emeritus

Per Gustafsson
docent

Till alla som medverkat framför Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri sitt varma tack.

Linköping i maj 2003
Björn Lundin, ordförande

Inledning

Definitioner

Antisociala beteenden hos barn och ungdomar är handlingar som innebär att sociala normer och regler överträds. Exempel på sådana handlingar är att rymma hemifrån, skolk, stöld eller inbrott, förstörelse av egendom, eldanläggelse, fysisk grymhet eller direkt våld mot människor eller djur. Problematiken kallas ofta *externaliserad* då den riktas utåt av barnet. Begreppet eller diagnosen *uppförandestörning* (enligt DSM-IV) används när barnet eller ungdomen uppvisar ett mönster av antisocialt beteende under en längre tidsperiod. Många barn begår emellertid enstaka, kortlivade antisociala handlingar av olika svårighetsgrad någon gång under sin uppväxt utan att detta bör betraktas eller diagnostiseras som uppförandestörning. Det grundläggande draget i uppförandestörning är att andra människors rättigheter ignoreras eller att åldersadekvata sociala normer och regler åsidosätts i en utsträckning som påverkar det dagliga livet. Beteendet är ofta så pass störande att det uppfattas som mycket svårhanterligt av den närmaste omgivningen. Problematiken skiljer sig från många andra barnpsykiatriska tillstånd just på grund av de konsekvenser och det lidande antisociala beteenden för med sig också för andra än barnet eller ungdomen själv.

Ett viktigt problemområde

Aggressivt och kriminellt beteende hos människor i alla åldrar väcker oro, ilska och krav på att ”någon bör göra något”. Ofta innebär detta ”något” att den som är skyldig skall pekas ut och bestraffas. Att vara en person som bryter normer och regler innebär därför ofta att betraktas som besvärlig och att riskera att stötas ut ur kamratgruppen, skolklassen, och till slut ur samhällets övergripande gemenskap. Placeringar i allt mer avvikande miljöer alltifrån särskild undervisningsgrupp, familjehem, skoldaghem, SiS-institution till fängelse är tyvärr en bidragande faktor i denna process. I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande (SOU 1998:31) noteras att vi idag i barn- och ungdomspsykiatrisk praxis saknar adekvata behandlingsmetoder för barn och ungdomar med aggressivt utagerande. Man framhåller att det ”speciellt för den stora grupp småpojkar med beteendeproblem som kommer till barn- och ungdomspsykiatri skulld (det) vara samhällsekonomiskt mycket lönsamt med utveckling av behandlingsmetoderna”. Forskning visar entydigt att framtiden för dessa barn och ungdomar riskerar att blir riktigt olycklig om de och deras familjer inte får tillgång till tidigt insatt, varaktigt och omfattande stöd och hjälp från omgivningen. Longitudinella studier har påvisat att allvarlig antisocialitet och våldsamt bland barn innan mitten av tonåren (jfr nedan) ofta medför en klart dålig långtidsprognos. Utan verksam behandling kommer många unga med

dessa problem att misslyckas med att anpassa sig till de krav som samhället ställer och utveckla problem med sociala relationer, skola, och arbete. Fortsatt brottsligt eller våldsamt beteende, missbruksutveckling, olyckor samt hot och skador mot närstående och samhälle är vanliga konsekvenser.

Trotsighet, olydighet och aggressivitet är några av de allra vanligaste sökorsakerna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i åldersgruppen tom 12 år. Pojkar är överrepresenterade i gruppen men flickornas andel ökar möjligen. Att vara ett besvärligt barn är att bära en tung börda, också för barnet självt. Att vara missnöjd och lättretlig samt sakna förmåga att komma till ro är egenskaper barn ofta visar upp beroende på ärftliga faktorer (AACAP, 1997; Barkley, 1997; Frick, 1998). Under olyckliga omständigheter kommer redan det lilla barnet att få skulden för sitt beteende och därmed att straffas och benämnas som bråkig, dum och elak. Riskerna för en negativ spiral med accelererande olycka, beteendeproblem och antisocialt utagerande är uppenbar.

Att vara förälder eller närstående till ett besvärligt barn är utmanande. Att orka vårda, skydda och hjälpa ett barn som har begränsad förmåga att ge goda stunder tillbaks ställer krav på stort tålamod och goda resurser. Att ofta ta emot vrede och irritation från sitt barn kräver möjligheter att få vila, närhet och bekräftelse på andra sätt i vardagen. Det är tyvärr inte ovanligt att den möjligheten saknas.

Rätt nivå på insatserna

Det finns i många fall en tradition av dyrbar passivitet i psykosocialt arbete med barn i riskzonen. Litet tillspetsat kan det i vissa fall beskrivas som att myndigheterna gör sällskap på vägen till undergång. I samband med tidigt identifierade problem görs stödinsatser som motsvarar problemets aktuella omfattning men som inte tar hänsyn till redan kända riskfaktorer för *kommande* problem.

Ett exempel: En ung ensamstående mamma med missbrukshistoria och ett spädbarn som rapporteras vara skrikigt och sover oroligt får en kontaktperson för egen del en timme två gånger i veckan. Man planerar för extra täta BVC-kontroller men efter en tid konstaterar man att modern inte fullföljer dessa. När det kommer uppgifter om att moderns lägenhet vissa helger blivit samlingsplats för personer med kända missbruksproblem erbjuds modern en kontaktfamilj för barnet två helger per månad. I kontaktfamiljen uppfattar man att barnet är hungrigt och något ovårdat och kontaktpersonen ersätts med hemterapeut först två och senare tre eftermiddagar i veckan. Modern accepterar motvilligt alla insatser och det finns inga säkra iakttagelser på att hon återfallit i missbruk. När barnet är tre år finns tecken på allmänt försenad utveckling, inklusive språk. På BVC tycker man emellertid att fortsatt kontroll är en tillräcklig insats. Modern har nu börjat klaga på att pojken är olydig, bråkig och krävande. Hon önskar få sitt barn placerat i kontaktfamiljen varje helg då hon samtidigt lyckats få extrajobb på en restaurang. Placeringen beviljas och i kontaktfamiljen uppfattas pojken inte som bråkig och krävande. Socialtjänsten erbjuder en dagisplats och då pojken inte uppvisar värre symtom bedömer man att ytterligare insatser inte krävs. Inom barnomsorgen reagerar man på pojkens rastlöshet, sena språk och lättväckta aggressivitet i kontakt med andra barn. Han söker sig helst till en vuxen och regredierar lätt i den kontakten. På fyraårskontrollen

konstateras att pojken är sen i sin utveckling och att modern är gravid i sjätte månaden.

Exemplet är avsett att illustrera det otillräckliga stöd myndigheterna ger i en relativt vanlig typ av ärende samtidigt som fler ogynnsamma tecken eller riskfaktorer blir synliga. Vårt system reagerar långsamt på missförhållanden som inte skapar akuta och dramatiska situationer. Misstänkt misshandel och sexuella övergrepp utlöser ofta aktiva insatser, medan försummelse och psykisk misshandel tyvärr kan fortgå länge innan en utredning inleds. Ett risktänkande där man aktivt identifierar och försöker reducera risker hos individ, familj och näromgivning, skulle kunna utgöra ett mer aktivt förhållningssätt. I exemplet ovan fortgår emellertid processen i många år. Till slut riskerar de professionella att passiviseras av ärendets egen utveckling. Då de illavarslande tecknen ökar långsamt och inga oväntade dramatiska händelser inträffar blir ingripanden *nu* svåra att motivera eftersom man inte ingrep *då*.

För att bryta denna neråtgående spiral måste vi alltså genomföra insatser som är tillräckligt starka för att vända utvecklingen, genom att minska riskfaktorerna, stärka skyddsfaktorer och motverka uppkomsten av nya symtom och störningar. Kunskap om systematiserad identifiering av risker och behov och tillämpningen av verksamma arbetssätt har ännu inte annat än undantagsvis använts i psykosocialt eller barnpsykiatriskt vardagsarbete. Fortsättningen av denna skrift är en beskrivning av de nödvändiga redskapen.

De nödvändiga redskapen kan dock inte begränsas till en handfull metoder utan står för en klok användning av beprövade arbetssätt anpassade till det enskilda barnet, dess vårdnadshavare och speciella livssituation. Målet är att minimera riskerna för en olycklig utveckling. I exemplet ovan kunde det ha inneburit hjälp till modern med anknytning till barnet, med förbättrad insyn och strukturerad intervention försäkra sig om att hon kan hålla en struktur i sin och barnets tillvaro. Att bryta hennes isolering för att minska risken för att hon skulle återknyta kontakten med missbrukskretsarna är också adekvata åtgärder. Regelbunden dygnsrytm, hembesök med strukturerade psykopedagogiska inslag, samt sysselsättning eller utbildning utanför hemmet är exempel på insatser som syftar till att uppnå detta.

Samordning

Vissa familjer som söker BUP har en tryggad försörjning, stödjande nätverk och fungerande problemlösningstrategier. De kommer till BUP i samband med fördjupade utvecklingskriser, traumatiska upplevelser eller debut av psykisk sjukdom. Dessa familjer förmår oftast att ta emot hjälp och efter en tid återupprätta sin egen balans och förmåga att klara vardagen. I andra familjer saknas stöd och resurser för att kunna återta tillräcklig kontroll över det egna livet. De familjerna klarar sig inte med enbart insatser från barn- och ungdomspsykiatri och det är en del av BUPs ansvar att se till att den behandling vi erbjuder ges i ett sammanhang där den har möjlighet att bli framgångsrik. Där kontakt inte redan är etablerad med nödvändiga aktörer i ett professionellt nätverk runt familjen är det nödvändigt att BUP tar initiativet till sådana kontakter. Ytterst regleras detta av anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen (SoL) kap 14:1. En anmälan till socialtjänsten skall ses som en möjlighet att få tillgång till kommunala resurser i arbetet för barns skydd och utveckling och för stöd till familjer att kunna ge barnen det de behöver.

Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag

Inom barn- och ungdomspsykiatri har vi länge ägnat åt oss problem och arbetssätt vars handläggning respektive tillämpning ställt höga krav på föräldrars och barns motivation och förmåga att delta i utredning och behandling. Behandlingsarbetet har på ett dominerande sätt varit förlagt till mottagningar och kliniker vilket förutsatt att föräldrar kunnat och velat ta sitt barn till behandlingen. Psykoanalytiskt baserade behandlingsmetoder har vidare krävt att barnen har frustrationstolerans och viss skapande uttrycksförmåga. Fokuseringen på den egna verksamheten har hindrat en öppen och aktiv samverkan med förskola, skola socialtjänst och ungdomsvård. Slutligen har granskningen av de egna arbetssättens effektivitet på olika typer av problem varit nästan obefintlig. Alla dessa förhållanden har samverkat till att BUP har svikit de utagerande barn som inte klarat eller varit motiverade till att leka eller prata på våra mottagningar. Det krävs därför att vi införlivar nya förhållningssätt och arbetsmetoder för att ändra på detta (SOU 1998:31 s 418).

En förändrad inställning till vad som tillhör BUPs målgrupp samt vårt ansvar för att delta i arbetet med de barn som har dålig prognos men ändå inte spontant kommer till BUP, är förutsättningar för framgång. Detsamma gäller nödvändigheten av samverkan med föräldrar, skola, föreningsliv, socialtjänst och ungdomsvård. För att klara detta uppdrag måste vi satsa på att lära oss de nya arbetssätten. Även sådan utbildning kan med fördel göras i samverkan med det professionella nätverket (jfr SOU 1998:31). Samsyn, gemensam förståelse och grundläggande kunskaper, samt personkännedom är byggstenar för äkta samverkan. *Det är vår uppfattning att det är etiskt mycket tveksamt att hävda att antisocialt och aggressivt utagerande bland barn och ungdomar inte faller inom BUPs uppdrag.*

BUP är på väg in i en tid av ökad medvetenhet om behovet av forskning och utvärdering. Från uppdragsgivare liksom inifrån vår egen verksamhet har vi välmotiverade krav på att vårt arbete utvärderas och att de frågor som det dagliga arbetet ställer besvaras i klinisk forskning. Det krävs också öppenhet och mod för att på evidensbaserad grund utveckla verksamheter och insatser som ännu inte finns, t ex i form av nya typer av dagverksamheter, familjehem, HVB-hem och behandlingshem. Inför den omställning och nysatsning som arbetet med barn och ungdomar med antisocialt och aggressivt utagerande innebär måste forskningens medverkan planeras in från starten.

Kort om teorier om antisocialt beteende

Ett antal olika teorier om varför unga människor utvecklar normbrytande, antisociala beteenden har introducerats. Mycket kortfattat utgår övergripande *systemiska* perspektiv från att ungas psykiska symtom utgör kommunikation om att deras livssituation inte är optimal. Enligt systemteorin lever barn i komplexa ömsesidiga samspel med olika "system" som familj, socialt nätverk och samhället i stort. Allt som sker äger rum i ett sammanhang och skeendet påverkar och påverkas av sammanhanget. Utagerande och aggressivt beteende kan sålunda uppstå på olika sätt, men processen dit påverkas av vilken effekt beteendet får på omgivningen, särskilt familjen, och vilken hjälp barnet kan få att hantera utagerandet. Med ett *objektrelationsteoretiskt* och *psykoanalytiskt* synsätt anses utagerande beteende ha sin grund i tidiga upplevelser av smärta eller obehag. Efter att vid upprepade tillfällen ha utsatts för upplevelser av överväldigande smärta och ångest, utan att ha fått tillräcklig hjälp med psykiskt härbärgerande, måste barnet använda sin psykiska energi defensivt. Utvecklingen av jagfunktioner antas i och med detta störas och barnet får svårt att integrera upplevelser och

beteenden samt att symbolisera och uttrycker sig istället konkret i handling genom att agera ut känslor och impulser.

Inom *kognitiv teori* menar man istället att personens omedelbara tolkning av en händelse, sk automatiska tankar, utgör basen för de känslor och beteenden som uppstår i olika situationer. Individens ofta omedvetna antaganden om verkligheten avgör hur upplevelser tolkas, och vid antisocialt beteende förekommer ofta olika former av ”kognitiva förvrängningar”. Bristande framgång med socialt acceptabla eller önskvärda (sk prosociala) beteenden i kombination med impulsivt antisocialt eller aggressivt beteende, gör att individen får upprepade erfarenheter av att omgivningen avvisar eller bestraffar. Sådana erfarenheter gör att världen ofta riskerar uppfattas som fientlig och att personen förväntar sig att andra ska behandla honom/henne illa. Detta i sin tur förstärker destruktiva och antisociala förhållningssätt och problemet vidmakthålls (Freeman et al., 1994).

Inom *inlärningspsykologisk teori* betraktas allvarlig antisocialitet och aggressivitet primärt som inlärd beteenden, inlärd genom observation, imitation, direkt upplevelse och övning. Föräldrar, andra vuxna och barn kan alla utgöra rollmodeller för aggressivt och utagerande beteende. Om ett barn utsätts för inkonsekventa föräldrastategier präglade av irritation, släpphänthet eller överdriven stränghet, och där värme och tillgivenhet är ovanliga, kan det aggressiva mönstret fortsätta genom att barnet svarar med att bråka och slåss. Barnet tar sedan med sig detta etablerade beteende till andra sociala miljöer. Enligt detta synsätt kommer allvaret i och frekvensen av aggressiva handlingar att öka om barnet eller ungdomen uppnår fördelar genom sitt beteende. Sådana fördelar kan bestå i att få sin vilja igenom i konflikter med föräldrarna eller ökad respekt och popularitet bland andra barn (Goldstein et al., 1998). Forskare (Patterson et al., 1992) har identifierat specifika interaktionsmönster inom familjer som är relaterade till utvecklingen av aggressivt och allvarligt antisocialt beteende hos barn. Både föräldrar och barn tenderar då att fokusera på negativa beteenden och hamnar lätt i ”onda cirklar” då de vuxna använder sig av skäll och bannor för att försöka ändra barnets beteende. Barnet svarar i sin tur med negativa beteenden för att modifiera föräldrarnas beteende. Det olyckliga samspelet leder till att barnet inte utvecklar de förmågor som krävs för prosocialt beteende och att det aggressiva, antisociala beteendet tilltar. Detta leder i sin tur till stabiliserade mönster av aggressivitet hos barnet då reaktionssätten förs över till andra situationer och medför negativa konsekvenser (exempelvis dåliga kamratrelationer, antisociala kamrater och skolmisslyckanden). *(Neuro)biologisk teori* till sist, lyfter fram betydelsen av genetiska, prenatala och perinatala faktorer i utvecklandet av antisociala och aggressiva beteenden. Utifrån detta synsätt anses sådana handlingar vara ett uttryck för en biologisk predisposition (Barkley, 1997; Frick, 1998; AACAP, 1997).

Aggressivitet

Det är viktigt att skilja ilska och vrede från aggressivitet. Ilska och vrede är affekter med biologisk grund. Ett aggressivt beteende däremot karakteriseras av avsikt eller konsekvens att något föremål eller levande varelse skadas fysiskt eller psykiskt. Ett aggressivt beteende behöver emellertid inte enbart vara av ondo. Sett ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv har nämligen vissa aggressiva beteenden varit viktiga för mänsklighetens överlevnad. Aggressivitet är vanligt bland barn, särskilt bland pojkar. Studier visar dock att en majoritet av alla barn lärt sig socialt acceptabla former för sin aggressivitet vid tre års ålder (tex. Tremblay et al., 1999). Enstaka tillfällen av övergående aggressivt beteende under uppväxten kan vara utlöst av befogad, positiv vrede eller ilska som oftast är utvecklingsbefrämjande. Det är dock viktigt att uppmärksamma de barn som efter tre års ålder lätt reagerar med

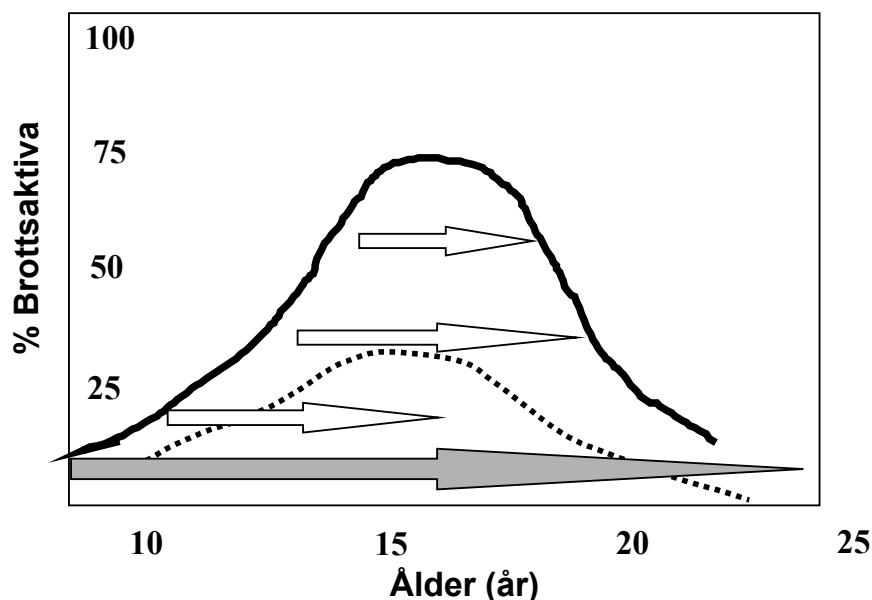
aggressivitet, verbalt eller fysiskt, eftersom ett sådant beteende riskerar att permanentas och anta socialt oacceptabla former.

Aggressivitet sägs vara instrumentell när en person på ett relativt planerat och kontrollerat sätt använder sig av den i syfte att nå fördelar som kontroll, makt, materiella vinster eller sex. Den affektiva, emotionella eller reaktiva aggressiviteten utgår däremot oftast från en (inte alltid medveten) känsla. Dess huvudsakliga syfte är istället att uttrycka vrede, frustration eller förtvivlan. Den instrumentella aggressiviteten är ofta kalkylerande medan den emotionella är oplanerad, explosionsartad och impulspräglad. Det vanligaste är dock en kombination, dvs. att aggressivitet oftast vare sig är renodlat instrumentell eller reaktiv.

En kort problembeskrivning

Brottsligheten bland ungdomar av båda könen är mer omfattande än de flesta av oss känner till. En majoritet av svenska 15-16 åringar uppger att de begått minst en brottslig handling under det senaste året (Stattin & Magnusson, 1991, Figur 1). Pojkar självrappporterar emellertid upp till tre gånger mer brottsaktivitet än flickor. Könsskillnaderna visar sig också i att ca 30 % av männen och 10 % av kvinnorna någon gång polisanmäls för brott när de följs fram till 30 års ålder. De brott som begås utgörs i huvudsak av snatteri och stölder, skadegörelse och olovlig körning men innefattar även allvarligare brott som inbrott, misshandel och rån.

När det gäller upprepade brottslighet är situationen annorlunda. Få individer döms flera gånger för brott. Svenska och internationella studier har visat att de ca 5 % av pojkarna som begått brott redan som unga, dvs innan 12-13 års ålder står för 50-60 % av alla brott begångna av unga vuxna, och också betydligt fler av de allvarliga brotten (jfr den skuggade pilen i Figur 1).



Figur 1. Andelen brottsaktiva individer i olika åldrar. Den fyllda linjen representerar pojkar/män och den streckade flickor/kvinnor. Den skuggade pilen illustrerar de personer som har tidigt debuterande och därefter kvarstående kriminell aktivitet in i vuxen ålder.

(Loeber et al., 2000; Loeber & Farrington, 1998; 2000; Loeber & Hay, 1997; Stattin & Magnusson, 1991). De flesta ungdomar har alltså begått (mindre allvarliga) brottsliga handlingar under tonåren men endast en liten andel fortsätter med brott efter tonårstiden. Däremot är det ovanligt att barn *mellan* 3-årsåldern och tonåren uppvisar återkommande aggressivitet eller annan allvarlig antisocialitet. När detta förekommer bör omgivning inklusive professionella reagera och agera. Det är inte heller särskilt ofta som pojkar börjar begå brott först i sena tonåren och först då inleder en brottslig bana som kvarstår över tid. Etablerad kriminalitet i vuxen ålder ses *sällan* utan att några tecken på antisocialt utagerande förekommit innan tonåren. När så ändå sker kan det troligen vara relaterat till nydebuterad psykiatrisk sjuklighet i form av bipolära eller andra psykotiska syndrom eller substansmissbruk och –beroende.

Tidigt debuterande, återkommande, omfattande antisocialitet inklusive våld är ett betydligt allvarligare problem än engångsbrott under tonåren. Därför fokuserar detta dokument riskfaktorer för samt utredning och behandling för just sådan antisocialitet bland barn och ungdomar.

Psykiatriska störningar av betydelse för antisocialt utagerande

Det är en oriktig förenkling att betrakta varaktigt antisocialt eller aggressivt utagerande enbart som en social problematik. Det är förstås inte heller alltid som antisocialt utagerande bland barn och ungdomar är relaterat till psykiatriska störningar. Vi bör alltså undvika att ”psykiatrisera” *all* allvarlig antisocialitet och aggressivitet. Däremot finns några barn- och ungdomspsykiatriska störningar eller syndromdiagnoser som ofta kan användas för att beskriva problembilderna; uppförandestörning och trotssyndrom.

Uppförandestörning (CD)

Minst tolv procent av alla barn och ungdomar i Sverige har någon gång under uppväxten haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (SOU 1998:31; von Knorring et al., 1987; Kopp & Gillberg, 1999). Två av de allra vanligaste diagnoserna bland pojkar vid sådan kontakt är uppförandestörning och trotssyndrom (definieras i det amerikanska psykiatriska diagnossystemet Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV; Loeber et al., 2000).

Barn eller ungdomar med uppförandestörning, uppvisar ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter, sociala normer och regler. Beteendena kan innefatta skadegörelse, bedrägligt beteende, snatterier, stölder eller inbrott, eller upprepade lögnar för att uppnå fördelar. Hot eller aggressivt beteende mot människor och djur; att ofta påbörja slagsmål, visa fysisk grymhet eller använda vapen, råna eller tilltvinga sig sexuellt umgänge kan också förekomma. Utvecklingsavvikelserna medför ofta att den unge uppfattas som elak, besvärlig, olydig, eller svårhanterlig av jämnåriga, vuxna och professionella. Även om uppförandestörning är en ganska oenhetlig diagnos så har den visat sig ha stor betydelse både när det gäller utveckling av associerade problem som t ex missbruk, och för att förutsäga bekymmer på lång sikt.

Uppförandestörning som debuterat innan puberteten medför oftast en dålig prognos (för översikter se AACAP, 1997; Loeber & Farrington, 1998; 2000; Loeber et al., 2000; Rutter,

1995). Ett flertal stora undersökningar visar att en stor andel av individer som fått denna diagnos under barnaåren begår brott (eller uppfyller kriterierna för antisocial personlighetsstörning) eller missbrukar som unga vuxna.

Trotssyndrom (ODD)

Trotssyndrom är en annan syndromdiagnos som beskriver beteendeproblem hos barn med mindre uttalade problem än de med uppförandestörning. Trotssyndrom innebär ett stabilt, problematiskt mönster av fientligt och trotsigt beteende som tagit sig i uttryck i aggressionsutbrott, återkommande gräl, trots mot rimliga krav eller regler eller att ofta skylla på andra för egna misstag eller dåligt uppförande.

Många barn och ungdomar med uppförandestörning eller trotssyndrom har andra samtidiga barnpsykiatriska diagnoser som hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (AD/HD) eller dysfunktion i aktivitetsreglering, motorik, och perception (DAMP), specifika inlärningsstörningar som läs- och skrivsvårigheter, missbruk av alkohol eller droger eller depression.

Här följer en översikt av de vanligaste psykiatriska tillstånden av betydelse för aggressivitet eller allvarligt utagerande hos barn och ungdomar. Betydelsen är antingen direkt eller indirekt genom att de ofta är komorbida med uppförandestörning eller trotssyndrom.

Neuropsykiatriska störningar

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (AD/HD), med eller utan samtidigt trotssyndrom eller uppförandestörning enligt DSM-IV, är den enskilt mest välutforskade neuropsykiatriska störningen hos barn och unga. Ett antal studier har visat på en koppling mellan AD/HD i barndomen och utveckling av kriminalitet eller missbruk. De senare årens studier (kliniska och befolkningsbaserade) tyder emellertid på att det är mer meningsfullt att betrakta AD/HD som en riskfaktor om man samtidigt utvärderar (och behandlar) problem med trotssyndrom eller uppförandestörning (för översikter se Lynskey & Hall, 2001; Långström, 2002). Detta då en majoritet av de studier där man kontrollerat för samtidig förekomst av de sistnämnda störningarna funnit att den *oberoende* effekten av AD/HD på negativa utfall försvunnit.

Utagerande våldsamt och sexuellt kränkande beteende kan ses hos unga som diagnosticerats med *Tourettes syndrom*. Flera studier tyder emellertid på att detta snarare beror på komorbiditet med AD/HD än Tourettes syndrom i sig.

Idag känner vi dåligt till anpassningen över längre tid för dem som uppfyller kriterierna för *högfungerande autism* eller *Asperger syndrom*. Även om några fallstudier antyder förekomst av Asperger syndrom bland en del individer som begått vissa ovanliga eller bisarra våldsbrott, finns det emellertid ännu inget stöd för att sk autismspektrumstörningar inklusive Asperger syndrom i sig ökar risken för utveckling av vare sig kriminalitet eller missbruk.

Substansmissbruk och –beroende

Forskningslitteraturen har påvisat starka samband mellan antisocialt beteende och alkohol- eller drogmissbruk (för en översikt se Weinberg et al., 1998), och riskfaktorerna för missbruk och antisocialt eller våldsamt beteende är i stor utsträckning desamma (se Cottle et al., 2001; Lipsey & Derzon, 1998; Hawkins et al., 1998 och jämför med Hawkins et al., 1992). Möjliga förklaringar till samvariationen kan vara att det ena tillståndet förorsakar det andra (eller vice

versa), att samvariationen förklaras av gemensamma symtom eller riskfaktorer, eller att båda är uttryck för samma underliggande störning.

God kunskap om riskfaktorer och symtom på riskbruk och missbruk av alkohol och droger behövs för att kunna identifiera eventuella alkohol- och drogproblem. Risk- och missbruk av alkohol och droger förekommer långt ner i åldrarna och är en vanlig komorbid problematik bland ungdomar med allvarligare antisocialitet. Vi kan bli bättre på att identifiera barns och ungdomars substansmissbruk genom ökad kunskap. Idag finns inga bra, enkla instrument att tillgå för att screena för missbruk bland ungdomar, utan psykologisk-psykiatrisk anamnes och intervju rekommenderas istället. Riktade screeningfrågor om risk- och missbruk av alkohol och droger bör därför rutinmässigt förekomma i barnpsykiatriskt utrednings- och behandlingsarbete, särskilt när klienten är tonåring.

Lämpliga behandlingsmetoder vid missbruk, med eller utan psykiatriska problem eller antisocialt utagerande, påminner i mycket om vad som är verksamt när enbart utagerande beteende förekommer hos en person (se behandlingsavsnittet). En avgörande faktor för en missbrukares förmåga att ändra sitt problembeteende är inte förvånande hans eller hennes motivation till förändring. Vid misstanke om riskbruk och missbruk bör motiverande intervjuteknik (MI) prövas. MI är en effektiv intervention för att initiera beteendeförändring genom att stödja klienten att komma över sin vacklande behandlingsmotivation och själv ta ansvar för sin behandling (t ex Monti et al., 2001). Oavsett val av intervention ökar chansen för gott behandlingsutfall om man hela tiden håller fokus på problembeteendet, dvs. missbruket, i sig. Man kan sällan framgångsrikt behandla antisocialt utagerande och aggressivitet om ett aktuellt missbruk inte tas in i behandlingsplaneringen.

Personlighetsstörningar

Av tradition har man inom BUP undvikit att diagnosticera personlighetsstörningar i tonåren. Detta då de per definition kräver ett varaktigt, oflexibelt och generaliserat mönster av upplevelser och beteenden som innefattar störningar av kognition, affekter, mellanmänskligt samspel eller impuls kontroll. Dvs. man behöver vara säker på intensiteten och varaktigheten i beteendet innan diagnos sätts. Av personlighetsstörningarna i DSM-IV har emellertid endast antisocial personlighetsstörning (ASPD) en formell åldersgräns som innebär att diagnosen inte kan sättas innan individen fyllt 18 år. Antisocial personlighetsstörning är vanlig bland etablerade vuxna kriminella och kan sägas överensstämma väl med en genomgripande kriminell livsstil, karakteriserad av upprepade normöverträdelser och brottsliga handlingar av många olika slag. Nyligen fann Johnson och medarbetare (2000) i en populationsbaserad, prospektiv studie av tonåringar att särskilt paranoida, narcissistiska och passivt-aggressiva personlighetsdrag eller fullt utvecklade personlighetsstörningar (någon av paranoid, schizoid, schizotypal, borderline, narcissistisk eller histrionisk) var kopplade till senare våld mot annan person. Sambanden kvarstod även sedan man kontrollerat för socioekonomisk status, föräldrars psykopatologi och andra psykiska störningar hos ungdomen (inklusive uppförandestörning under uppväxten). Personlighetsstörningar eller symtom på sådana förefaller alltså ha oberoende kopplingar till våldskriminalitet även hos ungdomar.

Låg begåvningsnivå

Låg begåvningsnivå har visat sig vara kopplat till en något förhöjd risk för antisocialt utagerande (se Tabell 1).

Språk- och talstörningar

Dessa tillhör de sk kommunikationstörningarna enligt DSM-IV. De har också identifierats som en möjlig riskfaktor för antisocialt utagerande i vuxen ålder. I en studie av 5-åringar med språkstörningar som följdes upp vid 19 års ålder (Beitchman et al., 2001) fann författarna att språk- och talstörningar ökade risken för antisocial personlighetsstörning. Troligen är det sambandet med läs- och skrivsvårigheter och skolmisslyckanden (se nedan) som föranlett detta. Igen är det viktigt att notera möjlig samtidig förekomst av AD/HD och särskilt trotssyndrom eller uppförandestörning. Det är troligen oftast språk- och talstörningarnas koppling till trotssyndrom och uppförandestörning som lett till att de uppfattats som en oberoende riskfaktor till fortsatt kriminalitet.

Läs- och skrivsvårigheter (inklusive dyslexi)

Sk specifika inlärningsstörningar (enligt DSM-IV) som läs- och skrivsvårigheter har omtalats som en möjlig riskfaktor för antisocialt utagerande. Troligen är det sambandet med tidig uppförandestörning (en stark riskfaktor, se ovan) som föranlett detta. I en välgjord longitudinell undersökning fann Fergusson och Lynskey (1997) inget oberoende samband mellan läs- och skrivsvårigheter och senare kriminalitet när man kontrollerat för riskfaktorer av betydelse för båda tillstånden. Det är troligen läs- och skrivsvårigheternas koppling till andra riskfaktorer (som också har betydelse för förhöjd risk för utagerande) som lett till att de oftare förekommer bland unga kriminella. På detta sätt kan också läs- och skrivsvårigheter ha kommit att uppfattas som en oberoende riskfaktor till fortsatt kriminalitet.

Psykos

Idag finns inget säkert vetenskapligt stöd för att psykossymtom i sig ökar risken för utagerande bland unga. Det är viktigt att notera att detta kan bero på att deras eventuella betydelse är svår att studera då psykossymtom är klart ovanligare hos unga än hos vuxna. Det finns däremot ett helt annat stöd för psykossymtoms betydelse för våldsamt utagerande hos vuxna (se diskussion i Webster et al., 1997 och Tengström, 2000).

Depression

Många barn och unga med antisocialt utagerande uppvisar tecken på depression. Det har länge varit oklart om detta beror på att depression orsakar utagerande aggressivitet, om aggressivitet medför depression, eller underliggande riskfaktorer (exempelvis temperament, impulsivitet, eller sociala samspelssvårigheter) ökar risken för båda tillstånden. Kasen och medarbetare (2001) fann emellertid att egentlig depression vid 13-15 års ålder ökade risken för antisocial personlighetsstörning vid ung vuxen ålder 10 gånger också sedan man kontrollerat för en mängd möjliga confounders på familje- och individnivå inklusive uppförandestörning, trotssyndrom och AD/HD. Motsvarande riskökning orsakad av uppförandestörning, trotssyndrom och AD/HD på antisocial personlighetsstörning vid ung vuxen ålder var knappt 5 gånger sedan man kontrollerat för samma confounders på familje- och individnivå samt egentlig depression. Egentlig depression i tidiga tonår medförde alltså en stark oberoende ökning av risken för ett mönster av allvarligt och genomgripande utagerande bland unga vuxna oberoende av andra riskfaktorer.

Ångestsyndrom inklusive posttraumatiskt stressyndrom (PTSS)

Det finns inget stöd för att ångestsyndrom i sig skulle öka risken för utagerande. Snarare tyder data på att en hög ångestbenägenhet medför en lägre risk för antisocialt utagerande. Är man ängslig av sig vågar man helt enkelt inte göra sådant som är riskfyllt eller farligt. I en välgjord studie av Kasen et al. (2001) minskade ångesttillstånd under tonåren distinkt risken för antisocial personlighetsstörning vid 21 års ålder. Att man ändå ofta noterat ångest bland unga kriminella beror troligen på en relativt hög komorbiditet med depression och uppförandestörning eller att sambandet påverkats av underliggande riskfaktorer av betydelse för flera tillstånd, exempelvis svåra uppväxtförhållanden, inklusive övergrepp, separationer och avvisanden mm.

Övrigt

I enstaka (om än kliniskt viktiga) fall kan epilepsi, organiska hjärnskador, dissociativa störningar samt toxiska reaktioner av användning av exempelvis anabola steroider vara bidragande (men ej nödvändigtvis kausala) orsaker till, eller komorbida tillstånd, vid allvarligt aggressivt utagerande.

Diagnostisera och behandla komorbida tillstånd

Det är självklart att avsaknaden av säkerställda *orsakssamband* för störningar som Asperger syndrom, Tourettes syndrom, psykos, och ångestsyndrom å ena sidan och allvarligt antisocialt utagerande å den andra enligt ovan *inte* innebär att man bör avstå från att undersöka om dessa tillstånd förekommer och i förekommande fall erbjuda behandling (riktad psykoterapi, läkemedelsbehandling, anpassad skolgång etc). Det är dels en humanitärt och vårdetiskt viktig slutsats. Dessutom kommer förstås en oupptäckt och obehandlad depression eller ångeststörning att påverka hur den unge kan ta emot de insatser som erbjuds. Ökad förståelse hos anhöriga och professionella för bidragande orsaker till den unges problembild kan också ofta bidra till bättre bemötande.

I ett övergripande perspektiv finns alltså inte särskilt ofta direkta orsakssamband mellan enskilda psykiatriska störningar och aggressivitet eller utagerande. Ibland förekommer emellertid att professionella på ett förenklande sätt tillskriver AD/HD, Tourettes eller Asperger syndrom, missbruk eller depression, eller andra psykiatriska tillstånd en avgörande betydelse för komplext determinerade beteenden som allvarligt antisocialt eller aggressivt utagerande. Detta ”enfaktortänkande” kan leda fel då mer genomgripande antisociala och aggressiva beteenden mycket sällan förorsakas av en enda riskfaktor. För att nå någorlunda kontroll över en svårare antisocial- eller våldsproblematik räcker det därför sällan med att man enbart identifierar och behandlar ett enskilt barnpsykiatriskt tillstånd. Evidensbaserade strukturerade beslutsstöd, som dem som beskrivs nedan, kan därför vara användbara i fallspecifik screening av problemområden av betydelse för risken att utagerandet fortsätter och planering av insatser för att minska denna risk.

Risikfaktorer

En riskfaktor definieras som en omständighet eller egenskap som tidsmässigt förekommer före ett visst utfall och som ökar sannolikheten för detta utfall. En riskfaktormodell för förståelse och hantering av risk (Hawkins et al., 1992; DeWit et al., 1995) innebär att försöka förhindra en viss oönskad effekt genom att eliminera eller mildra effekterna av de riskfaktorer, eller förstadier till dessa, som förekommer.

Den vetenskapliga litteraturen om enskilda risk- och skyddsfaktorer av betydelse för utveckling av aggressivitet och kriminalitet bland barn och ungdomar är omfattande. Ett antal individuella, sociala, och familj/nätverksrelaterade risk- och skyddsfaktorer samverkar i komplexa processer vid utveckling av kvarstående antisocialt utagerande och ingen känd enskild riskfaktor är nödvändig eller tillräcklig för en sådan utveckling (för översikter se Långström, 2002, 2003; Andersson, 2001). Ju fler riskfaktorer som samtidigt förekommer hos individ och omgivning desto högre blir emellertid sannolikheten för en olycklig utveckling (för översikter se Hawkins et al., 1998; Farrington, 2000). Bronfenbrenner (1986) har utvecklat en intressant ekologisk modell för att illustrera hur denna utveckling kan gå till.

Olika konstellationer av riskfaktorer och utvecklingsvägar kan ge upphov till samma observerade beteende (sk ekvifinalitet). Härutöver kommer det troligen i många fall att finnas individspecifika unika risk- och skyddsfaktorer som måste bedömas av kliniskt kunniga medarbetare. Man kan se det som att faktorerna läggs till varandra eller samverkar så att konsekvenserna av vissa kombinationer blir särskilt olyckliga. Utfallet av en kombination av riskfaktorer är ospecifikt i flera bemärkelser. Likadana kombinationer kan nämligen ge olika utfall (exempelvis arbetslöshet, social utslagning, psykisk eller fysisk ohälsa, antisocialitet och missbruk) och ett visst specifikt utfall kan vara resultatet av olika kombinationer eller utvecklingsvägar. De unga som utvecklar dessa beteenden utgör oftast en distinkt grupp individer med svårigheter på flera olika områden (sk problemanhopning) i form av psykosocial belastning, psykiatriska besvär, missbruk samt inlärnings- och andra skolproblem (jfr Loeber & Farrington, 1998; 2000, 2001).

En riskbedömning, prediktion eller förutsägelse uttrycker sannolikheten att en individ som har en risk- eller skyddsfaktor eller kombinationer av sådana ska uppvisa ett visst utfall, exempelvis antisocialt utagerande. Säg att förekomsten av en viss riskfaktor ökar sannolikheten för antisocialt utagerande från 5 % till 20 %. För det första är det viktigt att komma ihåg att denna sannolikhet inte gäller den *enskilda* individen. För denne gäller förstås att problembeteendet antingen finns eller inte vid uppföljningstillfället. Forskning kring prediktion kan därför bara visa på sannolikheten för en viss konsekvens som individen kan förväntas få om han/hon tillhör den grupp individer som har en viss riskfaktor. För det andra är samband mellan enskilda riskfaktorer och utfall oftast måttliga till sin styrka.

Stattin och Magnusson (1996) tillhör dem som argumenterat för vikten av att se individens fungerande som resultat av komplexa dynamiska processer mellan faktorer inom och utanför individen själv. De förespråkar att sk variabelorienterade analyser kombineras med personorienterade analyser av data. I den sistnämnda analysmodellen så är analysenheten personen, inte en viss risk- eller skyddsfaktor. Varje individ beskrivs eller grupperas inte bara utifrån en enda faktor (t ex impulsivitet) utan baserat på specifika kombinationer av ett antal faktorer (t ex impulsivitet, aggressivitet, dålig föräldrakontakt, antisociala kamrater). Då riskfaktorer och ogynnsamma utfall ofta ansamlas hos ett mindre antal individer inom en större undersökt grupp kan personorienterade analyser av individers särskilda mönster av risk-

och skyddsfaktorer ge bättre träffsäkerhet i förutsägelseerna än om enbart enskilda riskfaktorer undersöks. Exempelvis förekommer riskfaktorer som föräldrar med missbruk eller psykiska problem, dålig föräldra-barnkontakt och kriminella kamrater oftare tillsammans än vad man skulle förvänta om endast slumpen inverkat. Samband mellan olika problem i en undersökningsgrupp beror på att dessa problem koncentrerats till en undergrupp av individerna.

Enskilda riskfaktorer för antisocialitet bland unga

Studier från skilda delar av västvärlden har påvisat ett stort antal risk- och skyddsfaktorer av betydelse för utveckling av och kvarstående antisocialt- och våldsbeteende hos barn och ungdomar (jfr Loeber & Farrington, 1998). Olika modeller har föreslagits för hur man ska gruppera de många tiotals risk- och skyddsfaktorer som forskningen funnit. Det vanligaste är att försöka dela upp dem i praktisk användbara ”domäner” av faktorer. Viktiga riskfaktordomäner som bör kartläggas i en genomgripande bedömning av risk- och skyddsfaktorer för fortsatt utagerande är; barnet självt, familj/vårdnadshavare, kamrater, skola och närmiljö/grannskap. I Tabell 1 redovisas samband mellan riskfaktorer som förekommer vid 6-11 respektive 12-14 års ålder och allvarligt antisocialt beteende vid 15-25 år.

Tabell 1. Riskfaktorer för allvarligt antisocialt beteende bland barn och unga*

	<i>barn</i>	<i>unga</i>
Tidigare antisocialt beteende	.38	.26
Bristande sociala band (få prosociala aktiviteter, avvisad)	.15	.39
Antisociala kamrater	.04	.37
Alkohol- eller drogmissbruk	.30	.06
Manligt kön	.26	.19
Aggressivitet	.21	.19
Föräldrar antisociala eller med egna psykiska problem	.23	.16
Psykologiska problem (ex. impulsiv, spänningssökande, hyperaktiv)	.15	.19
Socioekonomisk status	.24	.10
Dåliga föräldra-barnrelationer	.15	.19
Negativ attityd/svag prestation i skolan	.13	.19
Uppförandestört beteende (även attityder som stödjer våld, trots av auktoritet)	.13	.12
Etnicitet	.20	.04
Undergenomsnittlig begåvning	.12	.11
Tidigare våldsamt antisocialt beteende	-	.14

* Tabellen är baserad på Lipsey och Derzons (1998) metaanalys av risk- och skyddsfaktorer bland 6-11 (barn) respektive 12-14 år (unga) individer, oftast pojkar/män, inte tidigare kända för antisocialt beteende, och våldsamt eller allvarligt antisocialitet vid 15-25 år.

Styrkan på sambanden mellan riskfaktorerna och utfallet uttrycks i Pearsons *r*. Ett *r* större än .30 brukar betraktas som ett starkt samband, medan .10 eller lägre betraktas som obetydligt.

Ett intressant övergripande fynd i Lipseys och Derzons metaanalys var att den relativa betydelsen av riskfaktorerna varierade mellan yngre (6-11 år) respektive äldre barn (12-14 år). Således hade alkohol- eller drogmissbruk en större betydelse för fortsatt allvarligt utagerande bland skolbarn än bland yngre tonåringar. Omvänt var antisociala kamrater en tydlig riskfaktor för fortsatt utagerande bland äldre men inte bland yngre barn.

Tidigare antisocialt beteende och bristande social förankring visade sig allmänt vara stabila riskfaktorer. Därutöver verkar flera av de starkaste riskfaktorerna vara dynamiska, dvs. påverkbara med behandling och andra insatser. De starkaste riskfaktorerna rörde den unges sociala relationer; antisociala kamrater, avsaknad av starka sociala band, missbruk, dåliga föräldra-barnrelationer, aggressivt och impulsivt beteende samt skolproblem. Riskfaktorerna

hittas inom flera olika domäner; personlighet och andra faktorer som finns inom den unge själv, skola, samt föräldrar, kamrater och andra nätverksaspekter.

Cottle och medarbetare (2001) publicerade nyligen en metaanalys av samband mellan riskfaktorer hos unga (12-21 år gamla) kända kriminella. Sex av trettio undersökta riskfaktorer från åtta domäner (demografi, brottsrelaterade, familj och nätverk, skola, missbruk, poäng på psykologtester, kliniska, samt formella bedömningar av risk) uppvisade storleksmässigt svaga samband med något nytt brott. Dessa var i ordning låg debutålder för antisocialt beteende, psykologiska problem (stress eller ångest), dåliga föräldra-barnrelationer, tecken på uppförandestörning, bristande sociala band, samt antisociala kamrater. De övriga 24 faktorerna hade försumbar koppling till detta utfall. Också här kan man alltså notera att flera av de tyngsta riskfaktorerna kan betraktas som möjliga att påverka med behandling.

Skyddsfaktorer och –processer

Ett sätt att förstå skyddsfaktorer är att betrakta dem som motsatsen till riskfaktorer. Detta innebär att man använder två distinkta begrepp för att beskriva extremvärden för en enskild faktor. Trots att denna egentligen kan ha ett sk linjärt samband med t ex antisocialt beteende. Denna definition av skyddsfaktorbegreppet medför att bättre utfall kommer att observeras hos dem som inte blivit utsatta för risk. Det kan vara mer fruktbart att se skyddsfaktorer som orsak till skillnader i utfall givet en viss risknivå. Bland annat kan en sådan utgångspunkt stimulera utforskandet av hur risk- och skyddsfaktorer kan samspela i uppkomsten av problembeteenden. Med denna definition betraktas alltså skyddsfaktorer som variabler som modererar effekterna av riskfaktorer.

Fergusson och Lynskey (1996) fann att 16-åringar som trots att de varit utsatta för svåra psykosociala och familjeomständigheter under uppväxten inte hade utvecklat antisocialt beteende eller missbruk karakteriserades av att de hade högre IQ, lägre behov av omväxling och extrem stimulans (sk sensationssökande) och sällan umgicks med andra kriminella. Ju fler av dessa faktorer desto större motståndskraft mot att utveckla antisocialt utagerande. På liknande sätt fann Raine och medarbetare (1995) att förhöjd fysiologisk stressbenägenhet *skyddade* mot risken att utveckla kvarstående antisocialt utagerande bland kända ungdomskriminella.

Werner och Smith studerade barn som växt upp i riskfamiljer (definierat som minst fyra riskfaktorer, t ex perinatale skador, fattigdom, psykiskt sjuk förälder etc. vid två års ålder). Ungefär 30 % av barnen i riskgruppen utvecklade inga psykiska eller sociala avvikelser. Skyddsfaktorer var viktiga för god utveckling och bestod i individfaktorer som lugnt temperament, gott självförtroende, empatisk förmåga, engagemang i prosociala intressen samt flexibilitet vid hantering av svårigheter (coping). Andra skyddsfaktorer fanns i familjen, t ex en klar struktur med god relation mellan barnet och åtminstone en förälder, samt tydliga roller och familjeregler. Dessutom hade barnet haft möjlighet att knyta an till och behålla en god vårdare under spädbarnsåret. I närmiljön var tillgång till andra viktiga vuxna (som äldre syskon, mor- och farföräldrar samt grannar) en skyddsfaktor. Balansen mellan riskfaktorer och skyddsfaktorer var relaterad till den unges grad av psykosocial anpassning. Begreppet ”känsla av sammanhang” eller KASAM är en annan viktig skyddsfaktor för psykisk hälsa (Antonovsky, 1991). KASAM är en livshållning som innebär att individen kan möta stress och kris med en förmåga att göra situationen begriplig, mobilisera resurser hos sig själv eller i sitt sociala nätverk och upplever motivation och tillit till sin förmåga att lösa problemet.

Liknande slutsatser drogs av Rutter (2000) när han sammanfattade resultat från studier om skyddsfaktorer mot psykosocial missanpassning bland unga med en bakgrund i högriskmiljöer. För dem som redan uppvisade anpassningssvårigheter kunde ibland en drastisk förändring i livsomständigheterna, tex genom en välanpassad och stödjande pojk- eller flickvän eller en ny kamratgruppstillhörighet i samband med byte av skola eller nya fritidsintressen, ge en nystart.

Pollard och medarbetare (1999) undersökte samband mellan riskfaktorer respektive skyddsfaktorer (exempelvis starka band till familjen, god social förmåga) och brottsligt beteende. De definierade på ett tydligare sätt skyddsfaktorer som faktorer som modererar effekterna av riskfaktorer. Riskfaktorer hade större betydelse för missbruk och kriminalitet än vad skyddsfaktorerna hade. Många skyddsfaktorer eliminerade inte problembeteenden hos dem med många riskfaktorer. Författarna drog slutsatsen att insatser borde riktas *både* mot att reducera risk och stärka skyddsfaktorer och motståndskraft.

Analyser av riskfaktors oberoende effekter

Sk multivariata analyser av flera olika riskfaktorer samtidigt ger möjlighet att studera oberoende effekter av riskfaktorer för t ex antisocialt beteende. Mer uttalad tidigare aggressivitet och utagerandeproblematik, samt misslyckanden med behandling är riskfaktorer med en sådan oberoende stark koppling till fortsatt antisocialt utagerande i multivariata analyser. Detta gäller bland icke-kriminella unga i normalbefolkningen samt för unga med känt utagerande.

Kjelsberg undersökte hur det gick för före detta patienter inom BUP i Oslo som följdes upp efter 15 år eller mer. Knappt hälften av 47 undersökta riskfaktorer var kopplade till kriminalitet under uppföljningen (Kjelsberg & Dahl, 1999). I multivariata analyser undersöktes den oberoende effekten av var och en av dessa samtidigt som man kontrollerade för de övriga 20 riskfaktorerna. Då kvarstod oberoende samband mellan riskfaktorer och kriminalitet om man fått en diagnos som innefattade uppförandestörning, hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, missbruk eller personlighetsstörning, haft beteendeproblem i skolan eller blivit utsatt för nedsättande eller kränkande kommentarer i hemmet under uppväxten. Dessa samband gällde för båda könen.

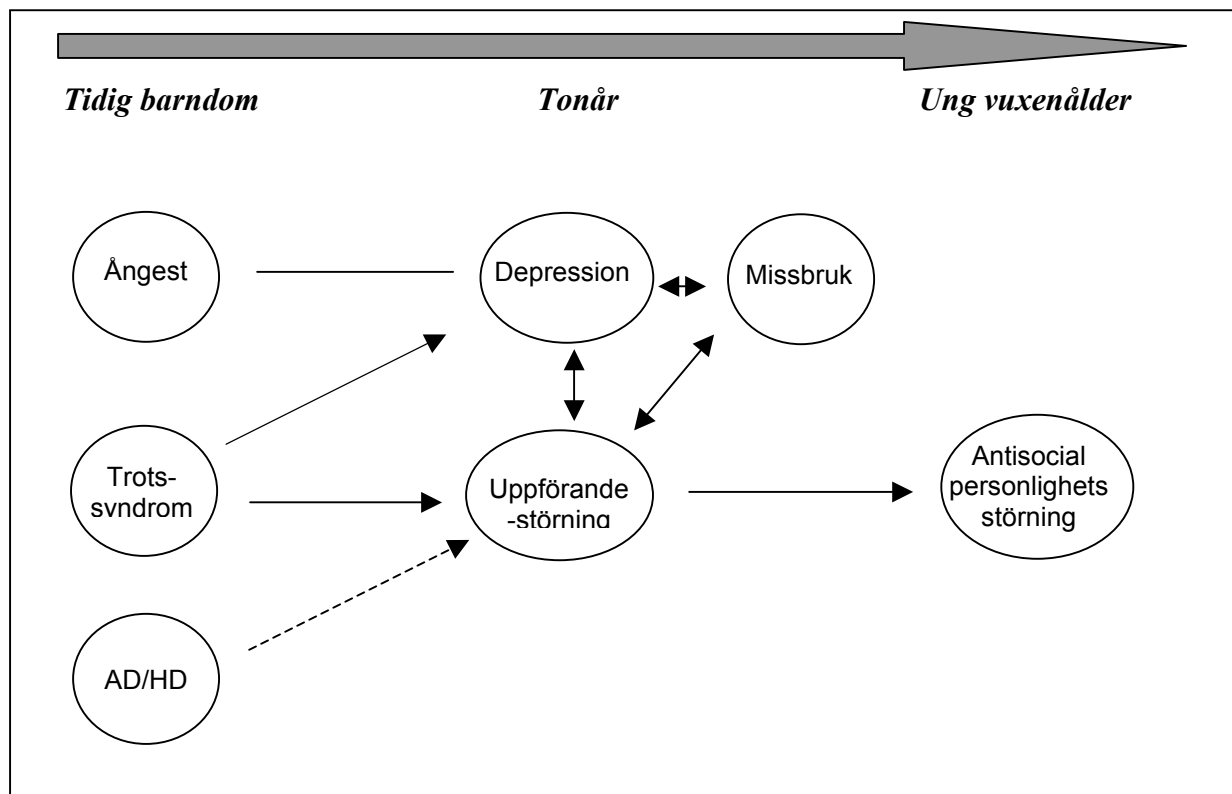
Genderperspektiv

Även om omfattande forskning fått fram ett antal risk- och skyddsfaktorer för utveckling av och kvarstående antisocialt utagerande hos pojkar och män vet vi mindre om sådana bland flickor och unga kvinnor. Detta beror bla på att färre kvinnor begår brott. Flera författare diskuterar ingående om de teorier som utvecklats för att förklara brott hos ungdomar i allmänhet verkligen gäller också för flickor (jfr Funk, 1999; Leschied et al., 2000; Moretti & Odgers, 2002).

Simourd och Andrews (1994) genomförde en metaanalys där riskfaktorer för att begå brott studerades separat för flickor och pojkar. De starkaste riskfaktorerna för både pojkar och flickor var antisociala kamrater eller attityder, individuella faktorer (impulsivitet, empatisvårigheter, psykopatiska personlighetsdrag, alkohol- eller drogbruk), svårigheter i skolan, samt dåliga föräldra-barnrelationer. I likhet med andra författare (Jung & Rawana,

1999; Leschied et al., 2000) understryker de att även om litteraturen ännu är begränsad för flickor med känd utagerandeproblematik, så finns inte något säkert vetenskapligt underlag för att helt separata riskfaktorer är inblandade i utvecklingen av kriminalitet hos unga kvinnor. Många studier av skillnader mellan pojkar och flickors riskfaktorer för antisocialt utagerande har emellertid baserats på unga i befolkningen och dessutom använt ganska vida definitioner av utagerande. Flera författare (Cottle et al., 2001; Moretti & Odgers, 2002) menar därför att det inte är säkert att likheterna mellan könen beträffande riskfaktorer kvarstår när man studerar den mest extrema gruppen av flickor med aggressivt och kriminellt beteende. I flera studier av barn och ungdomar som fått barnpsykiatrisk hjälp (Elander et al., 2000; Kjelsberg & Dahl, 1999; Wright et al., 1998) har man med multivariata analyser inte heller funnit tydliga skillnader mellan pojkar och flickor i vilka riskfaktorer som var kopplade till brottslighet i vuxen ålder.

Figur 2. Utvecklingssekvenser mellan utagerande beteende och komorbida tillstånd. Den streckade pilen indikerar ett förhållande där AD/HD påskyndar debuten och förvärrar svårighetsgraden av uppförandestörning, men endast vid samtidig förekomst av trotsyndrom. Linjen utan pil indikerar ett förhållande i vilken riktningen är oklar (efter Loeber et al., 2000).



Utredning och diagnostik

Allmänna rekommendationer

Utredningen avser att beskriva och ge en förståelse för bakgrunden till aggressivitet, utagerande och annat antisocialt beteende. Utredningen skall belysa relevanta faktorer hos den unge, i familjen och i det sociala nätverket. Såväl risk- som skyddsfaktorer skall fokuseras.

Utredningen sker på sedvanligt sätt i tvärfackligt team med medicinsk, psykologisk och social kompetens. Efter behov tillförs utredningen andra kompetenser, endera i form av ytterligare teammedlemmar, eller så inhämtas information och bedömning utifrån.

Gränsen mellan beteenden som kan ingå i en normal utveckling eller vara en del i en utveckling av aggressivt eller antisocialt utagerande är diffus. Det är inte lätt att särskilja huruvida antisociala beteenden verkligen finns, är allvarliga och primära eller om barnet t ex är överaktivt och av den anledningen uppfattas som svårhanterligt av omgivningen (Kazdin, 1995). Beträffande identifiering av problem via självskattning så upplevs många beteenden, särskilt då antisociala beteenden, inte som ett så stort problem av ungdomar själva som av föräldrar eller omgivning. Skattningar gjorda av föräldrar, skola och myndigheter kan också brista i överensstämmelse.

Risk- och skyddsfaktorer bör bedömas så att "högriskbarn" lättare kan upptäckas och tidiga interventioner förhindra att en framtida negativ utveckling. Det är väsentligt att inte bara utreda barnet utan att även undersöka konflikter mellan föräldrarna, kommunikationsklimat, och föräldrastراتيجier samt psykopatologi hos dessa och övriga livshändelser (Kazdin, 1995).

De diagnoser som framför allt är aktuella vid allvarligare vålds- och utagerandeproblematik hos barn och unga är ODD och CD (notera dock viktiga komorbida tillstånd enligt figur 2). För diagnoserna ODD och CD krävs endast ett fåtal uppfyllda kriterier enligt DSM-IV. Barn och ungdomar kan därför uppvisa en varierande symtombild trots att de har samma diagnos. Då personer med utagerande beteende tenderar att minimera omfattningen och allvaret i sina symtom är det viktigt att information hämtas från flera källor för att skapa bästa möjliga helhetsbild. Underlaget för bedömningen bör vara multidimensionellt och innehålla såväl intervjuer, frågeformulär och observationer från flera informanter (Kazdin, 1995; AACAP, 1997). Utöver diagnostiken av utagerande och aggressivt beteende skall neuropsykiatrisk problematik och andra utvecklingsavvikelse, emotionella störningar och psykosociala missförhållanden beaktas i utredningen och värderas utifrån ett diagnostiskt perspektiv.

Bedömning

För en allsidig bedömning behövs information från många områden. Överskådligt kan dessa områden delas in i fem domäner; barnet/ungdomen, familj, kamrater, skola och närsamhället (jfr Bronfenbrenner, 1986). Omfattning på utredningsunderlaget och informationskällorna måste förstås anpassas efter uppdraget och barnets utvecklingsålder. På sedvanligt sätt måste förstås tillstånd inhämtas från vårdnadshavare när personal inom BUP efterfrågar information från andra verksamheter.

Det är viktigt att i möjligaste mån inhämta uppgifter från olika informanter. Förälder/rar och barnet/ungdomen bör, med anpassning till utvecklingsålder, intervjuas tillsammans och

separat. Intervjuer med eller skriftlig dokumentation från personal inom BVC, barnomsorg, fritidsverksamhet, skola (inklusive elevvård), socialtjänst, ungdomsvård eller Statens institutionsstyrelse (för LVU-vårdade och LSU-dömda) samt rättsväsende kan genomföras. Vid behov görs intervju med andra familjemedlemmar. Utforska vilka kamrater som finns, liksom närsamhällets belastning med avseende på kriminalitet och missbruk, möjligheter till prosociala fritidsaktiviteter, vuxenstöd etc.

Den öppna, kliniska intervjun används naturligtvis för anamnesinhämtandet. Strukturerade kliniska intervjuer används med fördel (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-aged children [K-SADS; Kaufman, 1997] samt DICA [Diagnostic Interview for Children and Adolescents] finns översatta till svenska, se bilaga) som stöd för diagnostiken. Anamnesen kan även kompletteras med frågeformulär för skattningar av beteende och symtom (se bilaga för exempel).

För ett enskilt barn eller ungdom sammanvägs informationen till en klinisk bedömning. Det är viktigt att komma ihåg att inget enskilt test kan ersätta den sammanvägda analysen. För utvärdering och forskning är det härutöver nödvändigt att samla in diagnostisk information på ett standardiserat och likformigt sätt, t ex med utvärderade frågeformulär.

Inhämta anamnes rörande barnet/ungdomen

1. Graviditet med fokus på missbruk, infektioner och medicinering hos modern. Förlossningskomplikationer.
2. Tidig utveckling med fokus på anknytningsstörningar, temperament, aggressivitet, uppmärksamhet och impuls kontroll samt trots.
3. Utvecklingshistoria beträffande kognitiva funktioner, kommunikation, språk och motorik.
4. Offererfarenhet av fysiska eller sexuella övergrepp eller försummelse.
5. Aktuella kärnsymtom enligt DSM-IV. Värderingen av dessa bör inte enbart baseras på intervju med barnet eller ungdomen utan kompletteras med intervju med föräldrar eller andra informanter. Bedöm förmåga till anknytning, tillit, affekter, självkänsla, kommunikation, ömsesidighet och inlevelseförmåga. Förmågan till impuls kontroll och hantering, att acceptera ansvar för egna handlingar, upplevelse av skuld eller negativa emotioner värderas. Finns lättväckt aggressivitet respektive konstruktivt användande av ilska? Bedöm även sinnesstämning och risk för självdestruktivitet/suicidhandlingar. Finns inadekvata reaktioner på omgivningen, paranoia eller dissociativa episoder?
6. Substansmissbruk. Utred debut, substanser, omfattning, beroendeutveckling. Anamnes på tidigt, ihärdigt (miss)bruk av tobak, alkohol, illegala droger, bensodiazepiner, smärtstillande läkemedel, lösningssmedel eller andra substanser?
7. Intellektuell funktionsnivå uttryckt i begåvningsprofil, (special) intressen, skolprestationer och skolbeteende. Finns tidigare skolutredning? Bedöm begåvning, tal, språk och inlärningsförmåga. Neuropsykologisk testning om befintliga testdata är otillräcklig
8. Utagerandesymtomens utveckling inklusive debut, omfattning, ihärdighet och allvarlighetsgrad. Utred deras inverkan på familj, kamratrelationer och fungerandet i skolan (tänk på att problemlösningsfunktioner i skolan också kan bero på möjliga samtidiga begåvnings-, språk-, uppmärksamhets- och inlärningssvårigheter).
9. Somatisk anamnes med fokus på patologi i CNS (dvs. krampanfall, skalltrauma, hjärnhinneinflammation mm).

Standardiserade föräldra- och lärarskattningsskalor av barnets eller ungdomens beteenden och symtom kan ofta vara användbara (jfr Bilaga).

Psykologisk testning

Fördjupad bedömning med formell psykologisk testning görs vid behov. Det är test av kognitiva funktioner inklusive allmän begåvning som är mest meningsfulla vid antisocial och aggressiv problematik. Perception, uppmärksamhet/koncentration, impuls kontroll, språk och tal, läs- och skrivförmåga samt social förmåga bör också bedömas.

Flera studier har undersökt relationen mellan utagerandestört beteende, neuropsykologiska funktioner och testbeteende (t ex Doyle et al., 2000; Morgan & Lilienfeld, 2000). Komorbiditeten mellan AD/HD och ODD/CD är hög. Därför är testning av exekutiva funktioner (strategi och planering samt minne) ofta relevant vid ODD/CD. Vissa studier har funnit stöd för att brister i de exekutiva funktionerna även utmärker barn med CD (oberoende av AD/HD) från kontroller (Toupin et al., 2000). Andra har ej funnit en sådan skillnad, men istället funnit en lägre verbal förmåga hos ungdomar med CD jämfört med kliniska kontroller.

Möjligheten att genomföra differentialdiagnostik med hjälp av test är begränsad. Testen bör därför användas för att identifiera barnets eller ungdomens förmågor, styrkor och svagheter (Doyle et al., 2000). Projektiv testning har sällan relevans vid utagerandeproblematik.

Inhämta anamnes rörande föräldrar/vårdnadshavare och övrig familj

1. Familjens copingstrategier, resurser och stressorer (socioekonomisk status, socialt stöd/isolering, problem- och konfliktlösningsförmåga).
2. Bedöm vårdnadshavarnas uppfostringsstrategier inklusive struktur, gränssättning, stränghet, tolerans/eftergivenhet, inkonsekvens. Finns misstanke om övergrepp eller försummelse? Hur hanteras barnets antisocialitet eller aggressivitet?
3. Utforska föräldrarnas och barnets samspelsmönster, särskilt sådana som riskerar leda till förstärkning av trots och omedgörlighet. Disorganiserad hemmiljö, brist på tillsyn och positiv närvaro i barnets liv indikerar problematiska samspelsmönster.
4. Aktuella biopsykosociala stressorer (särskilt sexuella och fysiska övergrepp, separationer, skilsmässa eller dödsfall bland viktiga anknytningspersoner).
5. Tidigare och aktuella antisociala beteenden hos familjemedlemmar inklusive domar i brottmål, fängelsevistelse och fysiskt eller sexuellt våld även mot barnet/ungdomen eller andra familjemedlemmar.
6. AD/HD, CD, substansmissbruk, personlighetsstörningar, utvecklingsstörning (inlärningssvårigheter), ticsyndrom eller annan allvarlig psykisk sjukdom hos familjemedlemmar.
7. Adoption, familjehems- och institutionsplaceringar.

Kamratrelationer

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

Skola

Hur fungerar den aktuella skolan? Är lärarstaben kunnig i arbete med barn/ungdomar med aggressivt eller antisocialt utagerande? Förekommer mobbing och slagsmål? Finns särskilda resurser att tillgå för den aktuella eleven? Hur många andra elever med missbruk eller utagerandeproblematik finns på skolan?

Närsamhället

Möjligheter till prosociala fritidsaktiviteter? Social utslagning? Missbruk och kriminalitet?

Somatisk bedömning av barnet/ungdomen

1. Somatiskt status, särskilt motorik och neurologisk bedömning.
2. Inhämta journalkopior från tidigare utredningar och vård inom barnhälsovård och -sjukvård, inklusive barnhabilitering och BUP. Samarbeta gärna med familjeläkare, barnläkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal.
3. Vidare somatisk-neurologisk utredning görs enbart utifrån kliniska indikationer (EEG, DT hjärna och MR hjärna, kromosomanalyser, specifika genotyper mm)
4. Urin- och blodprov vid behov. Drogscreening av urin när kliniska tecken talar för missbruk som förnekas av barnet eller ungdomen.

Övrigt

Journaler, brottmålsdomar och tidigare anteckningar från socialtjänst, ungdomsvård inklusive SiS' institutioner är viktiga vid bedömning/utredning av antisocialt beteende (Kazdin, 1995). Utöver de specifika metoder som anges ovan används förstås alltefter behov evidensbaserade barnpsykiatriska utrednings- och bedömningsmetoder.

Riskbedömning i praktiskt arbete

Bedömningar av risker görs dagligen och oundvikligen i det praktiska arbetet med barn och unga med antisocialt utagerande. Det sker dock med varierande tydlighet och med mycket varierande vetenskaplig underbyggnad, idag oftast utan beslutsstöd. Enligt vårt synsätt är det emellertid mindre problematiskt etiskt att så professionellt som möjligt bedöma och försöka påverka risker, än att avstå från att göra det. Fördelarna med strukturerade professionella genomgångar av risk- och skyddsfaktorer för fortsatt antisocialt beteende bland barn och unga är att bedömningarna blir tydligare och lättare att kommunicera till barn och vårdnadshavare samt andra professionella. De förbättrar förutsättningarna att planera och genomföra fallspecifika verksamhetsövergripande insatser för barnet/ungdomen och nätverket.

För att kunna genomföra bra riskbedömningar krävs tillräcklig sakkunskap förvärvad genom utbildning.Handledning samt professionell medvetenhet om etiska och rättsliga perspektiv på strukturerade riskbedömningar är nödvändiga förutsättningar för att dessa ska kunna genomföras på ett acceptabelt sätt.

Riskbedömning kan ses som en process som för fastställande och förståelse av riskfaktorer för att minimera deras negativa konsekvenser. Dvs. definitionen innebär att risk inte bara ska uppskattas utan också förebyggas eller hanteras. I detta sammanhang innebär detta att en förståelse av risk- och skyddsfaktorer för fortsatt antisocialt utagerande bland barn och ungdomar följs av försök att minimera riskfaktorernas negativa konsekvenser samt behålla eller stärka de positiva effekterna av skyddsfaktorer.

Riskbedömningar som genomförs systematiskt enligt någon form av struktur kommer sannolikt att få bättre träffsäkerhet. Analysen av risk- och skyddsfaktorer bör vara uttömmande och allsidig och ha stöd i forskning och annan professionell litteratur. Bedömning och behandling av ett flertal påverkbara risk- och skyddsfaktorer från flera olika områden (domäner) är mer meningsfullt än att man inriktar sig på en enskild domän eller ett mindre antal faktorer (jfr Herrenkohl et al., 2000; Loeber & Farrington, 1998).

Data om statiska (historiska och oföränderliga) och dynamiska (föränderliga och potentiellt påverkbara) faktorer bör tas fram. Ett relativt stort antal historiska faktorer har dokumenterat en ganska god prediktiv förmåga, framför allt över längre tidsperioder. Emellertid är dynamiska faktorer särskilt viktiga eftersom de till skillnad från de historiska faktorerna kan användas i behandlingsplanering och –uppföljning.

Utvecklingspsykologiskt är barn och ungdomar i en mycket mer aktiv förändringsprocess än vuxna, vilket medför att vissa drag eller störningar kan variera i sina uttryck under utvecklingen. Detta medför att barn och unga kan vara svåra att säkert beskriva utifrån bedömningar som görs enbart vid en enskild tidpunkt. Alltså måste den professionelle försöka värdera betydelsen av den unges utvecklingsstadium för bedömningar baserade på ett begränsat urval av beteenden under en viss period. Man bör betrakta riskbedömningar som ett slags ”färskvara” som snabbt kan bli inaktuell.

Idag används mer och mer sk strukturerade kliniska eller professionella bedömningar för bedömning och hantering av risk för återfall i brott bland vuxna (jfr nedan). En sammanvägd bedömning av risk görs då baserad på en strukturerad genomgång av riskfaktorer enligt en checklista, där varje faktor skattas enligt fastställda kriterier och där varje faktor i sin tur har en vetenskapligt underbyggd koppling till återfall i antisocialitet. I en kompletterande bedömning noteras fallspecifik information som inte täcks av de riskfaktorer som skattats.

Avslutningsvis görs en sammanvägd riskbedömning baserad på antalet och kombinationen av skattade riskfaktorer och fallspecifika överväganden. Det gör det troligen lättare med "mönsterigenkänning", som karaktäriserar den mänskliga hjärnans sätt att bearbeta större mängder komplex information. Dvs. vissa kombinationer av information uppfattas som särskilt oroande medan andra inte gör det. Detta beror på att betydelsen av en viss faktor - t ex att en 17-årig pojke har flickvän - beror också av andra risk- och skyddsfaktorer. När vi får veta att 17-åringen tidigare är misstänkt för våldtäkt mot sin förra flickvän, så är en aktuell flickvän knappast längre någon säker skyddsfaktor. Tillkommande information kommer att prövas mot detta begynnande mönster och i varierande utsträckning påverka vår bedömning av exempelvis risken för återfall i sexualbrottslighet.

Principer för bedömning av risk för antisocialitet bland unga

Skattaren (jfr Augimeri et al., 2000; Borum, 2000; Worling & Curwen, 2001) bör ha kunskaper och färdigheter beträffande bedömning av barn eller tonåringar och deras familjer i allmänhet, orsaker till antisocialt utagerande, samt bedömning och hantering av risker för återfall i sådant beteende. Specifika beslutsstöd ska förstås inte användas i praktiskt arbete om bedömaren inte deltagit i grundläggande utbildning och handledning rörande bedömningar och hantering av risk för antisocialt beteende. Bedömaren bör i sin muntliga eller skriftliga redogörelse för riskbedömning och -hantering för unga med antisocialt utagerande:

1. Informera mottagaren om att den övergripande riskbedömningen är en klinisk/professionell uppskattning baserad på en genomgång av vetenskapligt underbyggda riskfaktorer. Delge begränsningarna med riskbedömningen.
2. Försöka göra bedömningar av återfall i antisocialt beteende så specifika som möjligt i termer av typ av handling, karaktär på eventuella återfall och tidsperspektiv.
3. Motivera riskbedömningarna genom att ta upp förekomst eller frånvaro av specifika högriskfaktorer och skyddsfaktorer.
4. Om möjligt ge exempel på omständigheter och situationer där risken ökar eller minskar.
5. Anstränga sig att ge exempel på förhållningssätt och insatser av betydelse för hantering och minskning av den unges risk. Utöver möjliga direkta psykiatriska behandlingsinsatser kan sådana insatser röra rekommendationer om boende, drogfrihet, tillsyn från socialtjänst eller frivård, arbete eller praktik, fritidsaktiviteter etc.
6. Föreslå om, när och av vem som en ny riskbedömning bör göras. Notera att uppskattningen av risk för våld har begränsad "hållbarhet". Detta beror förstås framför allt de snabba utvecklingsförändringar (i termer av psykologisk, social, fysisk och sexuell utveckling) som äger rum under tonåren.

Beslutsstöd för risk- och behovsbedömning

Early Assessment Risk List for Boys 20 (EARL-20B)

EARL-20B innehåller 20 faktorer med specificerade kodningskriterier - varje faktor skattas 0 (finns inte), 1 (finns kanske eller delvis) eller 2 (finns helt säkert) - och har utvecklats för att bedöma risken för antisocialt beteende hos pojkar till och med 12 år (se Bilaga 2, Tabell 3). I

anslutning till kodningsinstruktionerna refereras också kortfattat det vetenskapliga stöd som finns för varje faktor. EARL-20B innehåller riskfaktorer uppdelade på sex familjefaktorer och 12 barnfaktorer samt två faktorer som berör mottaglighet för behandling hos barn och familj. Checklistan är kanadensisk och har översatts till svenska. Även om EARL-20B är lovande med avseende på innehåll och vetenskaplig underbyggnad (Borum, 2000; Loeber & Farrington, 2000) så finns för närvarande få data på instrumentets egenskaper *i sin helhet*. I korthet har emellertid varje enskild riskfaktor som tagits med i checklistan ett mycket gott stöd i forskningslitteraturen (Loeber & Farrington, 1998, 2000). Data från Kanada och Sverige (Augimeri et al., 2000, Enebrink et al., 2003) antyder att olika bedömare skattar faktorerna lika för samma ärende (god sk. interbedömarreliabilitet) och validitet.

Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G) (Levene et al., 2001) är en checklista med 21 faktorer för bedömning av risk för utagerande bland unga flickor. EARL-21G baseras på litteratur specifik för flickor, även om det mest slående intrycket är den stora innehållsmässiga likheten mellan den och EARL-20B (se Bilaga 2, Tabell 3).

Skattningar av riskfaktorer enligt respektive checklista sammanvägs till sist till en sammanfattande bedömning av risk för antisocialt utagerande enligt kategorierna låg, medel och hög.

Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)

SAVRY (Borum et al., 2002) är som EARL-20B/21G ett kanadensiskt beslutsstöd enligt modellen strukturerad professionell bedömning. Liksom EARL-20B/21G bygger också SAVRY formatmässigt på existerande instrument för bedömning av risk för våld bland vuxna med känd kriminalitet. Riskfaktorerna i SAVRY är särskilt framtagna utifrån forskning och professionella riktlinjer för arbete med unga som utvecklar våld och aggressivitet. SAVRY täcker in tre domäner av riskfaktorer; antisocialt utagerande och individaspekter, föräldra- och familjefaktorer, samt sociala aspekter hos den unge och dennes familj. Riskfaktorerna har grupperats i tio historiska faktorer, sex sociala faktorer och åtta individuella faktorer hos familj och ungdom. SAVRY har i likhet med EARL-20B en god begreppsvaliditet i och med sitt goda stöd i internationell forskningslitteratur. Särskild möda har lagts på att de risk- och skyddsfaktorer som tagits med ska vara möjliga att skatta utan omfattande extra arbete för bedömare, och dessutom kunna bidra till planering av olika insatser för att minska den skattade risken. Den slutliga bedömningen (låg, medel eller hög risk för våld) baseras på dessa faktorer men ger tydligt utrymme till ytterligare hänsynstagande till eventuella fallspecifika risk- och skyddsfaktorer (se Bilaga 2, Tabell 4).

Också bedömningarna av riskfaktorer enligt SAVRY sammanvägs till sist till en sammanfattande bedömning av risk för våldsamt utagerande enligt kategorierna låg, medel och hög.

Hoge och Andrews (1994; 2001) har tagit fram en riskskattningschecklista för ungdomars risk för återfall i brott, **Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)**. (Se Bilaga 2, Tabell 5).

I YLS/CMI specificeras emellertid inte risken för återfall till typ av brott, hur överhängande risken är eller svårhetsgraden på möjliga återfallsbrott. Beslutsstödet täcker in ett fyrtiotal risk- och skyddsfaktorer fördelade på tidigare/aktuell brottslighet och påföljder, familjeomständigheter/föräldrastrategier, utbildning/arbete, kamrater, missbruk av alkohol

eller droger, fritid, personlighet/beteende samt antisociala attityder. Faktorerna skattas närvarande eller frånvarande. I en separat lista finns ytterligare närmare 40 mottaglighets- eller skyddsfaktorer av trolig betydelse för hur vårdnadshavare och ungdom svarar på olika insatser. I den senaste versionen av instrumentet ger konstruktörerna förslag på hur en sammanvägd riskbedömning kan göras utifrån totalpoäng och fallspecifika omständigheter. Man beskriver också hur man kan nyttja skattningen för planering av återfallsförebyggande insatser genom att finna skyddsfaktorer, hinder för förändring samt motivationsfaktorer av fallspecifik betydelse.

Skillnaden mellan YLS/CMI och SAVRY utgörs främst av att man i YLS/CMI räknar samman antalet uppfyllda riskfaktorer i varje delskala och direkt översätter risken för återfall i antisocialt beteende till låg, medel eller hög. Skattningar med YLS/CMI kan därför ge en falsk upplevelse av hög precision i bedömningarna. I YLS/CMI tillkommer förutom listan i Bilaga 2, Tabell 5 dessutom ett drygt 30-tal mottaglighets- eller skyddsfaktorer. Detta gör YLS/CMI litet mer svåröverskådligt. Dessutom är YLS/CMI en kommersiell produkt som det kostar att använda varje gång man gör en skattning.

Strukturerade kliniska eller professionella procedurer för bedömning av risk för återfall i våld eller annat allvarligt antisocialt beteende bland barn och unga har, i jämförelse med motsvarande procedurer för vuxna, använts under kort tid. En del erfarenheter som gjorts i utvecklingsarbetet av riskskattningschecklistor för vuxna har emellertid kommit arbetet med beslutsstöd för unga till godo. Det finns ännu inte något säkert stöd för att en sammanvägd slutbedömning ökar precisionen i bedömningar av risk utöver ett summerande av antalet aktuella riskfaktorer. Därför finns inte heller några regler för hur sammanfattande beslut bör fattas baserat på bedömningen av enskilda risk-/skyddsfaktorer. Trots sin begreppsvaliditet i form av gott forskningsmässigt och kliniskt stöd för ingående riskfaktorer, är beslutsstöd för bedömning av risk och skyddsfaktorer för unga i sin helhet ännu inte vetenskapligt särskilt väl utprovade. Det är dock viktigt att notera att det strukturerade arbetssättet i sig är lovande då det ökar systematiken och tydligheten i bedömningarna och behöver jämföras med den ännu lägre precision som ostrukturerade bedömningar av risk i genomsnitt har. De sistnämnda kommer ju att bli de enda bedömningar som görs om mer strukturerade bedömningar inte kommer till användning.


Då man inte funnit tydliga skillnader mellan pojkar och flickor i vilka riskfaktorer som var kopplade till brottslighet i vuxen ålder (se ovan) bör åldersanpassade beslutsstöd som YLS/CMI, SAVRY och ERASOR (se nedan) försiktigtvis kunna användas för att strukturera information vid bedömningar av risk också hos flickor.

Är beslutsstöden användbara för flera former av utagerande problem?

Forskningslitteraturen tyder på att ett antal riskfaktorer ökar risken för återfall i flera olika typer av antisocialt beteende inklusive missbruk av alkohol och droger. I nuläget finns inga väl underbyggda beslutsstöd framtagna för bedömning av risker för andra specifika former av antisocialt beteende än våldsbrott och sexualbrott bland unga (se nedan). I praktiskt arbete bör man därför vid bedömning av en ungdom med en viss, mindre vanlig specifik typ av brott, t ex eldanläggelse, kunna *utgå* från ett instrument som SAVRY. Härutöver bör man särskilt fokusera tidigare utageranden i det specifika problembeteendet (jfr nedan beträffande sexualbrott), vad beteendet kan vara uttryck för, tidigare resultat av behandling för det aktuella beteendet samt den unges, föräldrars och kamraters attityder till det specifika problembeteendet och behandling av detta. SAVRY har nyligen översatts till svenska.

Unga förövare av sexualbrott har av flera skäl oroat samhälle och professionella (Långström, 1999). De utgör bla därför den troligen den enda grupp unga med en specifik form av antisocialt utagerande för vilka man idag har särskild kunskap om riskfaktorer för återfall i brott. Litteraturen (för en sammanfattning se Worling & Långström, 2003) tyder på att riskfaktorer för fortsatt brottsligt beteende *i allmänhet* är väsentligen desamma för unga sexbrottsförövare som för unga förövare av andra brott mot person (exempelvis våldsbrott). Däremot måste man för en allsidig bedömning av risk för återfall i *sexuella brott* göra en fördjupad genomgång av ungdomens sexualitet i vid bemärkelse, inklusive sexbrotten.

Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR) (Worling & Curwen, 2001) är en med SAVRY besläktad checklista utformad just för strukturerad professionell bedömning av risk för återfall i sexuellt våld hos tonåringar som begått sexuella övergrepp. ERASOR har nyligen översatts till svenska.



Prevention och behandling

I en omfattande systematisk genomgång av forskningslitteratur konstaterade Loeber och Farrington (1998) att tidiga insatser för unga i riskzon kan reducera risken för utveckling av antisocialitet inklusive alkohol- och drogmissbruk (se även AACAP, 1997; Fransson & Armelius, 1996; Loeber & Farrington, 2000). Eftersom antisocialt och våldsamt beteende i de allra flesta fall orsakas av många faktorer är det emellertid inte särskilt troligt att insatser riktade endast mot en *enskild* sådan faktor (t ex individ, familj, skola, kamratgrupp) blir särskilt framgångsrik. Multikomponentprogram riktade mot riskfaktorer på flera olika områden behövs därmed i förebyggande arbete och behandling (se även Kazdin, 1997). För bäst effekt krävs samordning av professionella insatser för individ och familj från BUP, barnomsorg, skola, socialtjänst och barnhälsovård.

Prevention

Allmän prevention

Generellt förebyggande arbete bland barn och unga handlar om det allmänna arbete som bedrivs inom mödra-, barnhälso- och sjukvård, socialtjänstens familj- och barnomsorg, daghem, skola samt kommunala fritidsverksamheter. Syftet är förstås att skapa förutsättningar för en god personlig och psykosocial utveckling hos alla barn. Dessa insatser är viktiga för att förhindra framtida sociala anpassningsproblem. *Primär prevention* innebär att de åtgärder som vidtas riktas till hela populationen och har som mål att förhindra att problem överhuvudtaget uppkommer. I ett folkhälsoperspektiv kan man på denna nivå inte särskilja insatser för kropp och psyke utan helhetssynen på barnet och dess familj är central. Om man kan tala om barnpsykiatrisk primärvård är det på denna nivå som den bedrivs av barnhälsovård och skolhälsovård. Vid en internationell jämförelse är lagstiftningen och insatserna på denna nivå är av god kvalitet i Sverige. Klara förbättringar skulle emellertid kunna göras bla genom fler primärvårdspsykologer specialiserade på barn och ungdom och med generellt bättre resurser till barn- och skolhälsovård.

Ett annat mer allmänt sätt att minska risken för brott handlar om att begränsa de faktiska möjligheterna för brott och att öka risken för upptäckt, så kallad *situationell prevention*. Det kan exempelvis ske genom att man minskar exponeringen av varor i affärer, etablerar bättre skyddsanordningar och lås, eller förbättrar belysningen och bevakningen på dåligt upplysta platser. Situationell prevention kommer inte att beröras mer här.

Insatser för barn och familjer i riskzon

Primär prevention räcker inte ensamt till för att motverka uppkomsten av antisocialt utagerande. Generella sociala skyddsnät och preventiva insatser måste kompletteras med riktade insatser för speciella riskgrupper med identifierade riskfaktorer eller utagerandeproblematik (Loeber & Farrington, 1998, 2001; Lipsey & Wilson, 1998). *Sekundär prevention* innebär att identifiera riskgrupper och rikta särskilda insatser till dessa. Det är alltså fortfarande gruppen snarare än individen som fokuseras, men gruppen definieras utifrån den ökade risk, som den enskilde individen gruppen löper att utveckla psykisk ohälsa.

För att minska risken för ett antisocialt beteendemönster bör emellertid samhällets insatser komma tidigare, vara bättre underbyggda och mer målmedvetna än vad som är fallet idag. Det

föreligger ofta en bristande samordning av insatser mellan barnomsorg, skola, BUP och socialtjänst. Det är angeläget att etablera resurser och mandat att fokusera på prevention och samordning av olika myndigheters insatser.

Speciellt allvarlig blir situationen för de barn och ungdomar som genomgripande och kontinuerligt från tidiga barndomsår uppvisat trotsyndrom eller uppförandestörning och dessutom kommer från uppväxtmiljöer med tydliga brister i omsorgen. Vi vet idag att tidiga insatser för unga och deras familjer i riskzon kan reducera risken för allvarligt antisocialt- och våldsbeteende (Loeber & Farrington, 1998, 2000; Fransson & Armelius, 1996). Eftersom bakgrunden till allvarligt antisocialt eller aggressivt beteende är multifaktoriell är det osannolikt att insatser riktade enbart mot en enskild påverkansfaktor (t ex individ *eller* familj *eller* skola *eller* kamratgrupp) kommer att bli särskilt framgångsrik.

Således skall preventionsarbetet beträffande allvarligt antisocialt- och våldsbeteende baseras på folkhälsoprinciper och integrera insatser från skola, barnpsykiatri, somatisk barnhälsovård och socialtjänst. Insatserna bör som tidigare nämnts ske samordnat via familj, skola och grannskap och kan, då riskfaktorerna ofta är desamma, även komma att påverka risk för missbruk, avbruten skolgång och sexuellt riskbeteende. En av fördelarna med att samordna insatser är att de unga som har problem i flera olika miljöer just oftare riskerar utveckla allvarligt antisocialt eller våldsbeteende. Det är viktigt att understryka att denna förebyggande ansats för antisocialt utagerande har bättre förutsättningar att lyckas på lång sikt än det reaktiva arbetssätt som karakteriserar rättsvårdande myndigheter. I det sistnämnda fallet består insatserna oftast av kontroll och försök till avskräckning från fortsatt antisocialt utagerande.

Multikomponentprogram riktade mot riskfaktorer i olika riskfaktordomäner behövs därmed i det förebyggande arbetet. Inom ramen för preventionsarbetet ökar förutsättningarna för att insatserna skall lyckas när de påbörjas på ett tidigt stadium, redan innan skolstarten. I preventionsarbetet kan det exempelvis ingå stöd under spädbarnsperioden för att minska risken för otrygg anknytning mellan barn och vårdgivare. Här finns också program riktade till föräldrar i form av sk föräldraträning. Denna syftar till att stödja föräldrar att i sin tur stärka barnets förmåga till empati och kontroll av egna aggressiva känslor. Modeller som går ut på att lära föräldrar effektiva, icke-destruktiva strategier för uppfostran och förhindra att det utvecklas aggressiva och antagonistiska relationsmönster i familjen är också framgångsrika. Detsamma gäller metoder för att få föräldrar involverade i barnets aktiviteter på dagis, i skolan och på fritiden.

Utifrån den omfattande kunskap som finns idag kan vi säga att vissa typer av förebyggande strategier har klart bättre empiriskt stöd än andra. Insatser som har gott stöd innefattar kombinationer av strukturerad träning av barnets förmåga till socialt samspel, kognitiva utveckling och problemlösningsförmåga *samt* arbete med att få familjen att fungera konstruktivt beträffande intern kontroll och kommunikation.

Behandling

Tertiär prevention eller behandling innebär att försämring eller recidiv motverkas hos en individ med en identifierad problembild. Detta individbaserade arbete är en självklarhet inom sjukvården och därmed barnpsykiatrin och faller därför i de flesta fall naturligt inom BUP:s ansvar för barn och unga med antisocialt och aggressivt utagerande. Dock skulle en skärpt medvetenhet om vikten av långsiktighet kunna innebära att vi följer upp vissa barn längre och ger ökad uppmärksamhet åt en del unga (t ex med ODD/CD komorbid med AD/HD, DAMP,

eller substansmissbruk) med hög risk för långvarig eller komplicerad problematik. I detta sammanhang är det viktigt att komma ihåg de ungdomar som är placerade på SiS' institutioner och som har en allvarlig psykiatrisk problematik. Också de bör ha tillgång till barnpsykiatrisk specialistkompetens både i utredning och behandling.

Ur ett tertiärpreventivt perspektiv är det angeläget att BUP försöker identifiera de mest behövande barnen. Dessa behöver inte vara desamma som de som kraftfullast efterfrågar våra tjänster. Detta kräver ett nära samarbete med andra vårdgivare och institutioner i samhället samt att vi utvecklar nya metoder.

På samma sätt som vi idag har en omfattande kunskap om risk- och skyddsfaktorer för utveckling av aggressivt och antisocialt utagerande finns också ett gediget, om än inte på långa vägar perfekt, vetenskapligt underbyggt vetande om verksamma behandlingsmetoder för målgruppen (se exempel nedan). Det är emellertid av fortsatt stor vikt att man i program för utredning och behandling av målgruppen från början tänker ut och bygger in former för utvärdering av insatserna. Kraven på detta bör vara ännu större om enskilda professionella väljer att tillämpa metoder och principer som har dåligt eller inget vetenskapligt underlag.

Kunskapsläget idag antyder att det är ganska svårt att ta fram riktigt effektiva behandlingsmetoder vid uppförandestörning. Behandling är inte lätt bla eftersom orsakerna till problemen är komplexa och varje ung person och nätverk unika. Den utmaning som arbetet innebär försvåras inte sällan ytterligare av barnets och föräldrarnas misstro eller rädsla mot omgivningen. Behandlingen tar sällan kort tid eftersom det tar tid att etablera nya attityder och förändra beteendemönster. Emellertid medför behandling en god chans för att barnets beteende skall förbättras påtagligt i nuet och att risken för svårigheter i framtiden skall minska.

Det finns, inte oväntat, klara likheter mellan vad som är verksamt när det gäller såväl prevention som behandling av antisocialt utagerande. Distinktionen mellan prevention och behandling är ju inte helt tydlig, och kanske mer av filosofisk än av praktisk natur. Således medför tidigt insatta, brett baserade, långvariga insatser på *flera* olika områden (skola, fritid, familj) bäst resultat beträffande minskning av risken för fortsatt antisocialt utagerande. Framför allt vet vi att effektiva insatser skall försöka ta fasta på barnets hela problematik, innefatta strukturerande arbete med familjen (sk föräldraträning) samtidigt med träning av den unges egen förmåga till socialt samspel och problemlösning. De insatser som behöver göras för den unge rör konkret träning i att hantera aggressivitet och förbättra impuls kontroll, sociala förmågor m m med hjälp av kognitiv beteendeterapi eller annan strukturerande psykoterapi individuellt eller i grupp. Föräldrarna behöver ofta stöd i att etablera och genomföra speciella program i hemmet och i skolan för att hantera barnets beteende och behov av stöd. Man kan uttrycka det som att den unge och familjen strukturerat behöver lära sig nya konkreta, effektivare verktyg för att umgås, kommunicera och lösa problem. Pedagogiska insatser i skolan vid samtidiga inlärningsstörningar måste göras. Behandlingen kan också innebära medicinering, särskilt för dem med svårare former av komorbid AD/HD, tvångssyndrom, depression eller ångest.

Sammanfattningsvis kommer risken för kvarstående brottslighet bland unga att påverkas mest effektivt såväl i öppen och slutet vård när programmen innehåller strukturerad träning av social förmåga (interpersonell förmåga), inslag av kognitiv beteendeterapi och insatser av typen strukturerande familjeterapi (föräldraträning). Metaanalyser har visat att 40%-iga reduktioner av återfallsfrekvensen i brott kan nås med sådana kunskapsbaserade, verksamma behandlingsmetoder, vilka dock tyvärr ännu inte nått någon allmän spridning i Sverige (Loeber & Farrington, 1998).

Tabell 2. Övergripande principer för evidensbaserad behandling av antisocialt utagerande hos barn och ungdomar.

Behåll fokus på problembeteendet, dvs. utagerandet, i sig
Verka för verksamhetsöverbyggande samarbete mellan exempelvis förskola/skola, socialtjänst, BUP, SiS och rättsväsende
Gör strukturerade risk- och behovsbedömningar för att inventera faktorer som bidrar till risk för fortsatta utagerandeproblem
Prioritera resurser till individer med medelhög eller hög risk för fortsatta problem med utagerande
Sträva efter hög program- och behandlingsintegritet (planerad konkret och tydlig struktur för arbetet)
Gör barn och vårdnadshavare delaktiga i de insatser som görs
Arbeta multimodalt (föräldraträning, individarbete, skolinsatser, läkemedelsbehandling etc.) och multiprofessionellt (behandlare, specialpedagoger, läkare, lärare etc.)
Anpassa åtgärderna fallspecifikt, försök ”matcha” barn/familj och behandling
Håll långtidsperspektiv (uppföljningsplaner, påfyllnings- eller boostersessioner) men utvärdera i steg
Etablera ett regelsystem med tydliga konsekvenser vid regelbrott
Diagnostisera och behandla andra specifika komorbida tillstånd

Utvärderingslitteraturen har hittills visat att flera, relativt populära behandlingsformer har begränsat eller dåligt stöd för sin effekt vid antisocialt eller våldsamt utagerande. Hit hör individualterapi på psykodynamisk grund samt familjeterapi med oklar målsättning eller fokus på allmän relationsförståelse. Institutionsplacering utan annat innehåll än miljöterapeutisk behandling har inte heller någon påvisbar effekt.

Psykosociala preventions- och behandlingsinsatser

Nedan följer en sammanfattning av några av de psykosociala interventioner forskning visat vara verksamma och användbara i arbete med barn och ungdomar med utagerande beteende (se Fransson & Armelius, 1996 för en sammanställning). De beteendearbetande psykoterapeutiska metoderna är bäst vetenskapligt dokumenterade i detta sammanhang. Ett viktigt fynd i metaanalyser av studier av interventioner för antisociala unga är att effektiva behandlingar skall vara multimodala. Dvs. de kombinerar flera metoder och riktar in sig på att förändra mer än en aspekt av ett problematiskt beteende.

Parent Management Training (PMT)

I PMT tränas föräldrar att utifrån sociala inlärningsprinciper förändra barns beteende i hemmet. Behandlingsformen är en av de mer välundersökta inom barn- och ungdomsterapi (Patterson et al., 1992; Kazdin, 1997). PMT har tillämpats på många problemområden men främst för barn och ungdomar med trotssyndrom och uppförandestörning (Kazdin, 1993; 1997). Forskningsresultat tyder på att tonåringar inte svarar lika bra på PMT som yngre barn gör. Detta kan förstås utifrån att andra påverkansfaktorer än föräldrarna som antisociala kamrater har en relativt sett större betydelse för utagerandeproblematik hos ungdomar (jfr

Tabell 1) eller att symtomen varit svårare hos tonåringar med flerårig uppförandestörning (jfr Fransson & Armelius, 1996).

Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens i uppfostringssituationer som t ex gränssättning. Den styrs av principer för social inlärning och bygger på att föräldrarna aktivt tillämpar behandlingsprinciper i konkreta uppfostringssituationer i hemmet. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteenden på ett nytt sätt. Problemen preciseras noggrant så att lämplig förstärkning av önskat/oönskat beteende kan genomföras. Terapitimmarnas fokus är att gå igenom och genom bla rollspel öva på hur olika behandlingstekniker ska användas. Metoden visar på betydande förbättringar av barnets beteende. Positiva effekter på syskons beteende i hemmet och moderns psykopatologi har också dokumenterats (Kazdin, 1997). Att utöver PMT lägga till sessioner med fokus på föräldra- och familjestressorer och konflikter har i jämförelse med enbart PMT visat sig minska risken att föräldrar avbryter behandlingen, ökat positiv kommunikation och samarbete mellan föräldrarna och förbättrat det kliniska utfallet (Kazdin, 1997). PMT kan användas för arbete med enskilda familjer eller med föräldrar i grupp. Erfarenheter av gruppbehandling finns på flera håll i Sverige och preliminära utvärderingar visar positiva resultat (jfr COPE nedan). PMT införs också i stor skala i Norge (se <http://www.atferd.no/>).

The Community Parent Education Program (COPE)

COPE är en föräldrautbildning som utvecklats i Kanada av Cunningham och medarbetare (1995; 1997). Programmet riktar sig till föräldrar vars barn är 3-12 år och har ADHD, DAMP eller andra utagerandeproblem. Båda föräldrarna uppmanas att delta för att öka sin förmåga att samarbeta och lösa problem tillsammans. Varje grupp består av 20-25 föräldrar och två gruppledare. Kursen pågår 2 timmar per vecka vid 10 tillfällen. Därefter erbjuds uppföljningar 2 gånger per termin. Utbildningen förläggs i familjernas närmiljö för att underlätta för resurssvaga föräldrar att delta och man ordnar också barnpassning. Arbetet bygger på gruppdiskussioner baserade på videovinjetter och rollspel. Deltagarna ska som hemuppgift mellan gruppträffarna tillämpa de strategier som diskuterats.

Metoden har använts sedan 1997 av BUP i Malmö och för närvarande även av BUP Linköping. I Malmö erbjuds alla familjer som söker BUP denna utbildning. Under 2003 startar föräldrautbildningar i stadsdelsregi på olika ställen i Malmö, där ledarna utbildas och handleds från BUP. COPE har utvärderats i Kanada med goda resultat. I Malmö gjordes en utvärdering med 20 föräldrar före och efter kursen. Föräldrarna rapporterade att deras negativa beteenden minskat, de upplevde sig mera kompetenta och mindre hjälplösa i sin föräldraroll efter kursen. Barnens symptom enligt skattningsformuläret CBCL (se Bilaga 1: utredningsverktyg) hade också minskat.

Cognitive problem-solving skills training (PSST)

Barnet/ungdomen får här träna problemlösning som att generera alternativa lösningar och att hantera samspelssituationer med föräldrar, lärare, syskon och kamrater. Under sessionerna utvecklas problemlösningens förmågor genom praktiska övningar, modellering, rollspel, och social förstärkning. Utanför sessionerna tillämpar barnen problemlösande i interpersonella situationer i vardagslivet.

Forskning visar att inte bara barnets utan också föräldrars och resten av familjens fungerande (t ex reduktion av depression och upplevd stress) förbättras efter behandling med PSST och

PMT (Kazdin & Wassel, 2000). Detta trots att man inte direkt riktat in sig mot föräldra- och familjevariabler under terapin.

Aggression Replacement Training (ART)

Metoden har utvecklats av Goldstein och hans forskargrupp i USA och fått stor spridning internationellt (Goldstein et al., 1998). Programmet har tre komponenter:

Interpersonell färdighetsträning

Den grundläggande idén bakom social färdighetsträning är att färdigheter som är viktiga för ett effektivt samspel med andra människor inte lärts in i tillfredsställande grad. Denna oförmåga att relatera i sociala situationer kan leda till beteenden såsom aggressivitet. Metoden är psykopedagogisk och man utgår främst från beteendeterapeutiska principer. Formatet är grupper om 4-8 ungdomar och två gruppleddare. Man lär in och tränar femtio sociala färdigheter uppdelade på sex områden; inledande sociala färdigheter, avancerade sociala färdigheter, färdigheter för att handskas med känslor, alternativ till aggressivitet, färdigheter för att hantera stress samt planerande färdigheter. Sessionerna följer en given struktur som innefattar modellering med hjälp av en gruppleddare, rollspel, återkoppling och överförings (generaliserings-)träning.

Ilskekontrollträning

Ilskekontrollträning utförs också med grupper om 4-8 elever. Man utgår från en empirisk analys av ilska och aggressivt beteende och lär stegvis ut en sekvens av beteenden för ökad självkontroll. Metoden utvecklades ursprungligen av Feindler och medarbetare (1994).

Moralutveckling

Denna metod bygger på Kohlbergs teori om hur moraliskt resonerande utvecklas genom olika stadier. Gibbs har tagit fram ett mer strukturerat sätt att träna moralutveckling (Gibbs et al., 1995). Det första stadiet kännetecknas av en moral där den starkaste bestämmer och individen är inriktad på att rädda sig själv. Det fjärde och mest utvecklade stadiet rör sociala system och samvete. Interventionen bedrivs i behandlarledda diskussionsgrupper om 10 till 12 ungdomar som resonerar på intilliggande stadier.

Blueprintprogram

Liksom i Sverige har behandlare inom sjukvård och socialvård i USA blivit alltmer medvetna om att det är nödvändigt att dokumentera effektiviteten av de insatser som görs. 1996 började the Center for the Study and Prevention of Violence vid Coloradouniversitetet i Boulder att samla in och analysera olika preventions- och behandlingsprogram, huvudsakligen från USA. Man 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. Urvalet har gjorts av en expertpanel av sju forskare inom området våld och ungdomskriminalitet. Samtliga program som visat sig vara effektiva att reducera tonåringars aggressivitet, antisocialitet, och missbruk beskrivs nedan. Expertpanelen har valt ut ytterligare tjugo program som "lovande". Det betyder att de håller hög standard, men ännu inte ansetts vara tillräckligt replikerade av andra forskargrupper. Några av dessa program beskrivs också nedan. En genomgång av dessa framgångsrika, evidensbaserade behandlingsmodeller hittas

på <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>

Nurse-Family Partnership

Detta är ett sekundärpreventionsprogram utvecklat för att stödja fattiga riskfamiljer, särskilt ensamstående mödrar som varit gravida för första gången. En barnsjuksköterska gjorde hembesök under moderns graviditet för att hjälpa henne att sköta sin hälsa. Under barnets två första år fortsatte hembesöken. Fokus låg på att hjälpa modern att sköta om den kroppsliga vården, lära ut näringskunskap och visa hur mödrarna kunde stimulera den psykosociala utvecklingen hos sina barn. Sköterskan tog även upp familjeplaneringsfrågor, stöttade moderns egen personliga utveckling samt stimulerade henne att utbilda sig och skaffa sig ett arbete. En och samma sköterska följde samma familj under hela projekttiden.

Projektet har utvärderats efter 15 år. De mödrar som fått interventionen hade jämfört med en kontrollgrupp uttalat lägre frekvens av verifierad barnmisshandel eller vanvård, färre nya graviditeter och längre tid mellan dem samt kortare tid av socialbidragsberoende. Mödrarna i interventionsgruppen hade färre rapporterade alkohol- och drogproblem och hade mer sällan anhållits av polisen på grund av brott. Hos deras 15-åriga barn fann man jämfört med kontrolltonåringarna 60 % färre rymningar hemifrån, 56 % färre anhållanden för brott och 56 % färre dagar med alkoholkonsumtion.

Svenska BVC fyller en del av den stödfunktion som detta projekt har, men har i allmänhet inte den intensiteten av hembesök. I Helsingfors, Finland genomförde Aronen och medarbetare ett motsvarande projekt (Aronen et al., 1987; Aronen & Kurkela, 1996). Då besöktes riskfamiljer i sina hem av en psykiatriskt utbildad sjuksköterska tio gånger om året under barnets första fem år. Man diskuterade barnuppfostran och gav råd och stöd till föräldrarna. Vid uppföljningar då barnen var 10 respektive 15 år hade barnen i dessa familjer färre beteendeproblem än barnen i kontrollgruppen som inte fått sådant stöd.

Incredible Years Series

Detta är ett sekundärpreventionsprogram för familjer där barnen är 2-8 år. Barnen visar oftast tidiga tecken på bristande impuls kontroll, aggressivitet och trots. Programmet syftar till att stärka känslomässig och social kompetens samt förebygga, reducera och behandla beteendeproblem och emotionella störningar. Det riktar sig i första hand till föräldrar. Man arbetar med inspelade videovinjetter som används som underlag för diskussioner i föräldragrupper. Basic-programmet fokuserar på uppfostringsförmågor som syftar till att förbättra barnets sociala förmåga och reducera beteendeproblem. Man lär föräldrarna att leka med barnen, att hjälpa dem att lära sig samt att använda mer beröm och belöningar och mindre bestraffning. Att sätta gränser och hantera olydnad vänligt, lugnt men effektivt är en central fråga. Advance-programmet fokuserar på föräldrarnas interpersonella förmåga; kommunikation, ilskekontroll och problemlösning mellan de vuxna familjemedlemmarna samt att ge och ta emot stöd. School-programmet lär föräldrarna att underlätta barnens skolanpassning, förbättra läsförmåga, lära ut läsläsningsrutiner och samarbeta med lärarna.

Det finns också ett motsvarande program för lärare för att utveckla effektiva sätt att skapa ett bra skolklimat. Man lär ut sätt för läraren att visa uppmärksamhet, berömma och uppmuntra, metoder för att hantera störande klassrumsbeteende, relationsskapande i klassen samt metoder att lära ut empati, socialt samspel och problemlösning.

Dinosaurie-programmet för barnen lär ut empati, perspektivtagande, hur man får en vän, hur man förstår känslor, ilskekontroll, att lösa sociala samspelsproblem, att följa skolregler och att lyckas i skolan. Programmet bedrivs med hjälp av dockor, bilderböcker och sagor.

Randomiserade studier har visat att föräldraprogrammen i *Incredible Years Series* ökade föräldrars användning av beröm och minskade deras användning av kritik. Gränssättning gjordes med mildare metoder och bättre övervakning. Positiv familjekommunikation och effektiv problemlösning ökade, föräldrarnas nedstämdhet minskade och deras självförtroende ökade. Barnen var mindre trotsiga och mer följsamma. Två randomiserade studier av programmets insatser för lärare visade liknande resultat. Lärarna använde positivare och effektivare förhållningssätt till eleverna. Eleverna i de klasser där lärarna fått interventionen samarbetade bättre, hade positivare kamratkontakter och deltog mer aktivt i skolarbetet. Två randomiserade studier av barn som deltagit i Dinosaurieprogrammet visade att dessa hade bättre problemlösningsförmåga, löste kamratkonflikter på ett bättre sätt och visade färre beteendeproblem i hem och skola.

Programmet används och utvärderas inom barn- och ungdomspsykiatri i Tromsø och Trondheim i Norge. I Sverige har man haft en träningskurs i Lund och planer finns på att starta programmet på flera platser i landet.

Funktionell familjeterapi (FFT)

Detta är en familjeterapimetod avsedd för familjer med en ungdom (11-18 år) som uppvisar trotssyndrom, antisocialt och aggressivt beteende eller missbruk. FFT representerar en integrering av systemteori, kommunikationsteori och beteendeterapi (Hansson et al., 2000) och har utvecklats av Alexander (Alexander & Parsons, 1973, 1982). De flesta terapier består av 8 till 12 familjeterapisessioner. I svåra fall kan man behöva upp till 26 timmars terapi. Behandlingen består av fem faser. Först sker kontaktuppyggnad där terapeuten genom positiv omformulering poängterar den goda avsikten trots att samspelet i familjen inte fungerar. Sedan följer motivationsarbete där terapeuten försöker väcka hopp om förändring genom att familjesamspelet förbättras. En analys av symtomets möjliga funktion i familjen och hur förändring skall bli möjlig görs också. Härefter fokuseras beteendeförändring genom stöd till föräldrar, träning av kommunikation, samt bearbetning av föräldrarnas samarbetssvårigheter och gränssättningstekniker. Slutligen arbetar man med att försöka generalisera kunskaperna till olika vardagssituationer.

Ett flertal amerikanska utvärderingar har visat att återfall i antisocialitet efter FFT halverats jämfört med andra former av behandling inom socialvården. Yngre syskon debuterade inte heller i brott lika ofta som vid andra behandlingar. En randomiserad studie i Lund där 50 familjer behandlades med FFT och jämfördes med lika många kontroller som fått den gängse behandlingen vid Lunds socialförvaltning, visade att registrerad brottslighet två år efter behandlingen var hälften så hög i behandlingsgruppen som i kontrollgruppen (41 % respektive 82 % efter två år; Sundelin, 1999). Funktionell familjeterapi har också använts i Malmö och Växjö med lika goda resultat.

Multisystemisk terapi (MST)

Detta är en behandlingsmetod för antisocial problematik hos 12-17-åringar och deras familjer (Borduin, 1999) som är så allvarlig att alternativet till MST skall vara institutionsvård. Man har ett socialekologiskt synsätt där individen ses som en del i ett nätverk av "system" som omfattar individen, familjen, kamratgruppen, skolan och grannskapet. Interventionerna görs

inom ett eller flera av dessa system beroende på problemens art i det specifika fallet. Man arbetar därför i klientens hem, skolan och i grannskapet. Behandlingen omfattar vanligen 60 timmar under en fyramånadersperiod. Målet är att stärka individens och familjens förmåga att själva lösa svårigheter och problem, ”empowerment”. Man arbetar med strukturell och strategisk familjeterapi, beteendeterapeutisk föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. I MST betonas intensiv samordning mellan olika aktörer och insatser. En ”case manager” eller ärendehandläggare har som uttalad uppgift och ansvar att överblicka helheten och ordna samordning mellan olika nivåer. För att t ex miljöterapi och familjeterapeutiskt arbete skall vara ömsesidigt stödjande krävs en tät växelverkan där utfallet av uppgifter i miljöterapi byggs upp till terapeutiska teman i familjeterapi. Omvänt ger teman i familjeterapi uppslag till nya familjeuppgifter i miljöterapi. Arbetssättet innebär också flexibilitet beträffande insatta åtgärder. I tider av ökade behov kan fler insatser sättas in och med tätare frekvens. Terapeuten har också en hög grad av tillgänglighet vid krissituationer.

Utvärderingar i USA har visat att man kan reducera återfall i brott i form av polisanhållanden med 25-70 % och minska placeringar utom hemmet med 47-64 %. Man har också konstaterat att familjefunktionen förbättrats avsevärt och att de behandlade själva uppger mindre psykiska problem. Metoden används just nu i ett stort forskningsprojekt i Norge samt inom socialtjänsten i Upplands-Väsby norr om Stockholm. Inga resultat är ännu klara.

I ett nytt svenskt projekt undersöks effekten av en individuell kognitiv psykoterapiintervention för unga våldsbrottsdömda placerade på SiS-institution enligt LSU. Insatsen kombineras med MST-inspirerade arbetssätt för att utslussningen från institution skall förankras bättre än vad som annars brukar vara fallet (Lardén, 2002).

Multidimensional treatment foster care (MTFC)

MTFC är ett exempel på eftervård efter institutionsplacering (Hansson et al., 2001). Metoden är utvecklad för tungt belastade kriminella ungdomar och deras familjer, där alternativet annars vore institutionsvård. Den unge placeras i en behandlingsfosterfamilj som lärt sig att behandla den unge med en beteendeterapiinspirerad metod som bygger på tydliga positiva och negativa förstärkningsrutiner. Fosterfamiljen har daglig kontakt med en ärendehandläggare som ger råd och stöd när problem uppstår. I programmet ingår regelbunden handledning till fosterföräldrarna, individuell färdighetsträning för ungdomen, samt familjeterapi och utbildning i beteendeförstärkande metoder för de biologiska föräldrarna. Då målet är att den unge ska kunna återvända till ursprungsfamiljen efter behandlingens avslutande har de biologiska föräldrarna och ungdomen regelbunden kontakt. De multimodala insatserna samordnas på olika sätt av ärendehandläggaren.

En tolv månaders uppföljning visade att de ungdomar som genomfört behandlingen jämfört med kontroller tillbringat 60 % färre dagar på institution. De avbröt behandlingen genom att rymma mindre ofta, och anhölls för brott samt använde tyngre droger i mindre utsträckning. De skrevs också ut snabbare från institution. Behandlingsmetoden prövas i ett utvärderingsprojekt i Skåne, inga resultat finns dock ännu.

Preventionsprogram i skolor

Bullying Prevention Program

Dan Olweus' skolprogram mot mobbning är det enda skandinaviska program som finns med

på blueprintlistan över verksamma program. Fokus utgörs av arbete i skolan på skol-, klass- och individnivå. Projektet börjar med en anonym kartläggning av mobbningsproblemet i varje enskild skola. Utifrån enkätresultaten diskuteras skolans situation på en studiedag för all skolpersonal. Man formulerar en gemensam handlingsplan och tillsätter en samordnande grupp som leder arbetet. Ökad övervakning där mobbning förekommer är viktig. I varje klass skapas regler mot mobbning och situationen diskuteras regelbundet i klasserna. De mobbade individerna och deras offer identifieras och blir föremål för särskilt omhändertagande och behandling. Skolans elevvårdsteam inbjuder ungdomarnas föräldrar till diskussioner om hur man ska få mobbningen att upphöra.

Flera studier har visat att programmet reducerar mobbning. Man har också konstaterat att andra utagerande beteenden som vandalisering, slagsmål, stölder och skolk minskat i skolor som använt mobbningsprogrammet. Skolklimatet har också förbättrats med bättre ordning och disciplin, mer positiva sociala relationer och mer positiva attityder till skolarbetet.

Det föreligger en hög komorbiditet mellan antisocialt utagerande och **substansmissbruk**, bl a pga att många riskfaktorer är gemensamma för båda tillstånden. Här presenteras därför några program som alla avser att förebygga utvecklingen av **substansmissbruk** i tonåren. De tre första är alla tänkta att ledas av lärare med hjälp av särskilt iordningställt material.

Life skills training

Programmet kan ledas av lärare (som gått ett tvådagars träningsprogram) och är avsett för högstadielärover. Det består av 15 lektioner år ett, 10 lektioner år två och 5 lektioner år tre. Eleverna tränas i beslutsfattande, att motstå gruppträck och social samspelsträning. De får träna sitt kritiska tänkande särskilt då det gäller droger för att kunna möta påverkan från kamrater och media. Olika pedagogiska metoder såsom demonstration, rollspel och gruppdiskussioner används.

Ett dussin utvärderingar har visat att programmet leder till minskad användning av tobak, alkohol och marijuana med 50-75 % jämfört med i kontrollgrupper. Sexårsuppföljningar har visat att användningen av flera olika droger sjönk med 66 %, storrökning minskade med 25 % och användningen av tung narkotika minskade. Det är viktigt att notera att detta program *inte* är detsamma som när poliser informerar skolklasser om droger i sk VÅGA-program. De sistnämnda har byggts upp efter amerikanska förebilder och har inte kunnat visa någon som helst minskning av missbruksutveckling, snarare tvärtom. De mycket nedslående erfarenheterna med VÅGA visar på vikten av att utvärdera insatser. Trots att det *känns* bra med en insats som VÅGA visar resultaten att interventionen är närmast skadlig.

Midwestern Prevention Project

Detta program liknar det föregående beträffande skolarbetet och startar också vid övergången till högstadiet. Många tonåringar testar då tobak, alkohol och cannabis för första gången. I detta projekt tar man också med föräldrarna och lokala massmedia. Dels ökar man kontakterna mellan föräldrarna och skolan, dels försöker man förbättra föräldrar och barns förmåga att samtala om drogfrågor.

Utvärderingar i 12:e klass har visat att både rökning och marijuanabruk minskat med 40 %, alkoholbruk minskade något mindre. Föräldrar och deras barn kunde också tala mer öppet om drogfrågor. Då deltagarna i programmet blivit 23 år hade behandlingsgruppen jämfört med

kontroller fortfarande mindre bruk av tobak, marijuana och tyngre droger.

Promoting Alternative Thinking Strategies

Detta skolbaserade program har ett bredare anslag och är tänkt för yngre barn än de två föregående. Målet är att öka skyddsfaktorer och reducera riskfaktorer för psykisk ohälsa i vid bemärkelse. Det bör användas från skolstarten och ges de första fem skolåren. Programmet ges 20-30 minuter per dag tre gånger i veckan av den ordinarie läraren. Denne har först fått tre dagars utbildning och därefter kontinuerlig handledning. Man vill öka elevernas emotionella och sociala kompetens och reducera aggressivitet och beteendeproblem. Man strävar efter att nå detta mål genom att arbeta med barnens självkontroll, självkänedom och empati, lära ut kommunikation, problemlösningstrategier och stresshantering samt förbättra kamratrelationer.

Utvärderingar har visat att elever som deltagit i programmet i jämförelse med kontroller enligt lärarbedömning visat ökad självkontroll, bättre förmåga att förstå och handskas med känslor, effektivare konfliktlösningstrategier, bättre planeringsförmåga, samt mindre ångest, depression och sociala beteendevikelser. Även eleverna själva tyckte att de var mindre deprimerade, ängsliga och aggressiva.

I Sverige har man i allt fler skolor infört ämnet "livskunskap", som syftar till att utveckla personliga egenskaper och förhållningssätt som ökar den unges förmåga att stå emot påverkan att börja använda tobak, alkohol och droger. Folkhälsoinstitutet har producerat ett flertal lärarhandledningar med material som ger möjlighet att utveckla social samspelsförmåga, problemlösning och beslutsfattande, öka självkänedom, kritiskt tänkande och empati samt förbättra stresshantering. Utvärdering av denna verksamhet pågår men är ännu inte slutförd.

Big Brothers, Big Sisters of America.

Detta är ett stödprogram för tonåringar från underprivilegierade familjer. Det bygger på att vuxna volontärer regelbundet har kontakt med ett barn eller ungdom under flera år. De unga är 6-18 år gamla och kommer från familjer med en ensamstående förälder. Man gör noggranna utredningar av volontären, den unge samt familjen innan en kontakt etableras. Volontären handleds under kontakttiden och man följer upp hur den unge och familjen uppfattar stödet.

Vid en 18-månadersuppföljning hade deltagarna i programmet mindre drog- och alkoholbruk, mindre ofta deltagit i slagsmål, skötte skolan bättre och hade mer positiva relationer med sina föräldrar och kamrater jämfört med kontrollungdomar.

Denna verksamhet liknar intressant nog kontaktpersoner eller kontaktfamiljer inom svensk tradition av psykosocialt behandlingsarbete med barn. Werner, som bland annat funnit att en "significant other" är en viktig skyddsfaktor mot problemutveckling, nämner denna verksamhet som exempel på sätt att stödja ungdom i familjer i riskzon för social och psykisk störning.

Här följer till sist två behandlingsmetoder för utagerandeproblematik som bedömts som "lovande" blueprintprogram.

Brief Strategic Family Therapy

Detta är en behandling för familjer där den unge (8-17 år) uppvisat uppförandestörning

och/eller missbruk (Szapocznik & Williams, 2000). Metoden är problemfokuserad strukturell familjeterapi under kort tid. Man har vanligen 12-15 terapisesessioner (60-90 minuter långa) under loppet av tre månader. Målet är att förändra samspelsmönster som riskerar bevara eller förvärra den unges beteendeproblem och utveckla mer gynnsamma former för samspel i familjen.

Utvärdering har gjorts genom att jämföra behandlingsresultat med denna metod och gruppterapi. Deltagarna i familjeterapigruppen uppvisade signifikanta förbättringar beträffande sociala beteenderubbningar och aggressivitet jämfört med dem som fått gruppterapi.

Linking the Interests of Families and Teachers

Detta är ett skol- och hembaserat program som bygger på forskning vid Oregon Social Learning Institute. Det är avsett att användas i skolor som ligger i områden med omfattande antisocialitet bland ungdomar. Programmet har tre komponenter och ska ges i årskurserna ett och fem (Eddy et al., 2000). Den första komponenten består i 20 lektioner då man arbetar med social problemlösning, strukturerade övningar för arbeta i grupp och relationsträning. Den andra utgörs av tillämpning av kunskaperna vid fri lek på skolgården. Den tredje komponenten är regelbundna föräldrasammankomster för föräldrarna i skolan, 6 gånger under vardera åk 1 och 5. Med diskussioner och övningar lärs goda uppfostringsmetoder ut. Föräldrarna får rollspela och öva metoderna mellan sessionerna i hemmet. Metoderna bygger på beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi.

Utvärdering visar att fysisk aggressivitet mellan eleverna på skolgården minskade. Mödrarna minskade sin användning av hårda och diskvalificerande uppfostringsmetoder och lärarna bedömde att eleverna hade ökat sin sociala förmåga i klassrummet.

Läkemedelsbehandling vid impulsivitet/aggressivitet

En viktig bas för individualiserad behandling av impulsivitet och aggressivitet hos barn och ungdomar är en analys av möjliga mekanismer bakom beteendet och utifrån denna förståelse riktade åtgärder. Mot kärnsymtomen i uppförandestörning enligt DSM-IV, ”kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler” finns förstås ingen specifik farmakologisk behandling. Även om kunskaperna snabbt utvecklas har vi har ännu begränsat vetande om de neurofysiologiska mekanismerna bakom olika psykiska symtom och beteendeavvikelser samt långsiktiga effekter och biverkningar av psykofarmakabehandling i barn- och ungdomsåren.

Indikationer

Något förenklat kan indikationerna för psykofarmakabehandling i barn- och ungdomsåren sägas vara att

- Förebygga och behandla sjukdom (t ex depression, mani, psykos)
- Minska handikappande symtom när annan behandling ej räcker (t ex tics, Tourettes syndrom, AD/HD)

- Behandla akuta abstinenssymtom vid avgiftning från missbruk (alkohol, amfetamin, GHB, ecstasy, kokain)
- Förbättra funktionsnivån och öka mottagligheten för annan behandling (t ex för OCD, AD/HD, Asperger syndrom/autismspektrumstörning, epilepsi)
- Bryta en ”ond cirkel” (exempelvis aggressivitet, impulsivitet)
- Ge andrum och vila för barn, familj, skola och övrig miljö (t ex aggressivitet, impulsivitet)
- Ge möjlighet till planering av fortsatt behandling (t ex aggressivitet, impulsivitet).

Eftersom många mindre vanliga funktionsstörnings- och sjukdomstillstånd utöver AD/HD och ODD/CD direkt eller indirekt kan ge upphov till aggressiva eller impulsiva beteenden, kan det finnas indikationer för påtagligt fallspecifik farmakoterapi.

Preparat

Centralstimulerande medel (CS)

Det råder internationell samstämmighet om att CS är förstahandsmedel vid farmakologisk behandling av AD/HD. CS' effekter har dokumenterats i upp mot 200 kontrollerade internationella korttidsstudier gällande barn (Wilens & Biederman, 1992; Elia et al., 1999; Jacobvitz et al., 1990). Även i välkontrollerade långtidsstudier stöds övertygande deras behandlingseffekter (MTA Cooperative Group, 1997; Gillberg et al., 1997).

De mest studerade medlen (de svenska produktnamnen inom parentes) är metylfenidat (Ritalina[®], Ritalina SR[®]), dextroamfetamin (Metamina[®]), dextro- och levoamfetamin i kombination (Amfetamin[®]). Dessa preparat är enligt studier relativt likvärdigt effektiva. Medlens terapeutiska effekter är med all sannolikhet knutna till deras aktivering av dopaminerg och noradrenerg neurotransmission. God terapeutisk effekt beträffande koncentrationsförmåga, överaktivitet och impulsivitet har i ett flertal studier noterats hos 70-80 % av behandlade barn och ungdomar.

Behandlingen med CS underlättar enligt klinisk erfarenhet och öppna studier utbildning, förbättrar beteende och social utveckling på kort sikt. Uppförandestörningar och aggressivitet har rapporterats minska under behandling med CS (Zametkin & Ernst, 1999; Wilens & Biederman, 1992). En sammanfattning av de positiva effekter som noterats i främst kontrollerade korttidsstudier avseende CS-behandling av barn och ungdomar är:

Ökar/förbättrar: Uppmärksamhet, impuls kontroll, planeringsförmåga, förmåga till positivt socialt samspel, kognitiv förmåga, och korttidsminne och inlärningsförmåga. Skolresultat i allmänhet samt prestationer i matematik och stavning. Fin- och grovmotorik förbättras likaså. Som en konsekvens av detta ökar även självkänsla och barnets adekvata självkritik.

Minskar: Motorisk aktivitet, avledbarhet, aggressivitet, störande beteende samt reaktionstid.

Effekterna på lång sikt av behandling med CS är fortfarande ofullständigt utvärderade och uppföljningstiden har i flertalet studier varit blott några veckor (Elia et al., 1999). I den nyligen publicerade MTA-studien utvärderades dock behandlingseffekterna av CS och beteendeterapi var för sig och i kombination efter 14 månaders behandling (1999). CS var effektivare än beteendeterapi beträffande de genuina AD/HD-symtomen. Kombinationsbehandlingen var inte signifikant effektivare än enbart CS på dessa symptom.

Beträffande utagerande symtom (trots och aggressivitet), stark ängslan och ångest, sociala färdigheter, föräldra-barninteraktion och inlärningsförmåga var dock kombinerad behandling med medicinering och beteendeterapeutiskt baserade stöd- och behandlingsåtgärder i hem och skola bättre än enbart medicinering eller enbart beteendeterapi. Studien understryker medicineringens betydelse, men ger samtidigt ett klart stöd för värdet av ett väl strukturerat, kombinerat och individanpassat behandlingsprogram vid AD/HD/DAMP (Conners et al., 2001; Jensen et al., 2001; Kraemer et al., 2000).

Tillgängliga studier och klinisk erfarenhet anses inte tala för toleransutveckling (Wilens & Biederman, 1992). Behov av välkontrollerade studier av prognosen vid denna behandling över längre tid är dock stort och ett entydigt vetenskapligt stöd för att CS därvid förbättrar prognosen avseende skolresultat och social anpassning finns ej.

De främsta biverkningarna att räkna med vid CS-behandling framgår nedan. Allmänt måste de på marknaden tillgängliga preparaten räknas som tämligen milda beträffande biverkningar, men brister i systematisk kunskap om långtidseffekterna gör det väl motiverat med god struktur i uppföljning av behandlingseffekter och eventuella biverkningar.

Biverkningar av behandling med centralstimulantia

Vanligt: Minskad aptit, viktnedgång/avplanad viktkurva, ökad känslighet, dysfori, trötthet, sömnproblem, buksmärtor och huvudvärk.

Mindre vanligt: Något minskad längdtillväxt, tics/förvärrade tics.

Ovanligt: Agitation (främst vid samtidig hjärnskada), aggressivitet, tilltagande överaktivitet, depression, högt blodtryck, hjärtklappning, stereotypier/förvärrade stereotypier (vid autism och autistiska drag) samt urticaria/hudutslag. Sänkt kramptröskel (endast metylfenidat).

Aktuella centralstimulantiapreparat

De idag tillgängliga centralstimulerande preparaten på den svenska marknaden är:

T. Ritalina[®] 10 mg (Novartis, metylfenidat). Förpackning 20 x 10 st = 200 st. Insättande av effekt efter 0,5 tim, maximal effekt efter 1 - 2 tim. $T_{1/2}$ drygt 2,5 tim. Dosering 2 - 3 (- 4) ggr dagligen. Slutdos 0,2 - 0,5 - 1,5 mg/kg/dygn (max 60 mg/d, < 25 kg = 35mg/d, > 25 kg = 60 mg/d). Finns även som slow-releaseberedning, Ritalina SR 20 mg (ges som morgondos). Förpackning 30 st.

T. Metamina[®] 5 mg (Recip, d-amfetaminsulfat). Insättande av effekt efter 0,5 - 1 tim, maximal effekt efter 2 tim. $T_{1/2}$ ca 7 tim. Slutdos 0,1 - 0,4 mg/kg/dygn (max. 40 mg/d). Förpackning 100 st.

T. Amfetamin[®] 5 mg (Recip, d- + l-amfetaminsulfat). Insättande av effekt efter 0,5 - 1 tim, maximal effekt efter 2 tim. $T_{1/2}$ 4 - 6 tim. Dos 2 - 3 (- 4) ggr dagligen. Slutdos 0,2 - 1,1 mg/kg/d (maximalt 1,5 mg/kg/d). Förpackning 100 st.

T. Concerta[®] 18mg, 36mg (Janssen-Cilag, metylfenidat, nytt extended-release preparat, ska efterlikna 3 dosförfarande. Anses ge effekt under 12 tim). Förpackning 30 st.

En fråga som har diskuterats mycket är om risken att utveckla missbruk av centralstimulantia, ökar efter behandling med CS under uppväxten. Man kan både tänka sig att behandling med CS kan öka risken för missbruk senare likaväl som att sådan behandling kan minska den ökade risk som AD/HD i sig innebär (jfr ovan). De tyngsta litteraturreferenserna samt en nylig metaanalys av 6 studier (Wilens et al., 2003) talar dock för att CS-behandling *inte* ökar risken för missbruk. En sannolik förklaring till att risken för missbruksutveckling inte ökar vid behandling enligt ordination, är att dosen är sådan att en minskad dopamintransmission uppstår i hjärnans dopaminerga neuronsystem (nucleus accumbens i limbiska systemet) som är viktiga för lustupplevelser och eufori. Den *ökning* av transmissionen som krävs i dessa områden för att missbruk ska etableras kommer därmed aldrig till stånd.

Alfa-2-receptoragonister

Klonidin (Catapresan®) är ett blodtryckssänkande preparat, som även används vid opiatavgiftning. Det är en centralt verkande alfa-2-agonist, som främst minskar noradrenalintransmissionen i CNS via effekt på autoreceptorerna. Kliniska erfarenheter med positiva effekter på överaktivitet samt svår impulsivitet och uppmärksamhetsstörning finns beskriven. En aktuell placebokontrollerad studie på barn med mental retardation ger stöd för detta (Agarwal et al., 2001). Effekten hos barn med ADHD har också dokumenterats i en kontrollerad undersökning (Hunt et al., 1985). I öppna studier har måttligt positiva effekter rapporterats hos 50-70 % av barn och ungdomar med ADHD. Framför allt har beteendeffekter noterats (Spencer et al., 1996). Huvudindikationen inom detta område är överaktivitet med eller utan samtidig svår aggressivitet/impulsivitet. Kombinationer av ADHD med Tourettes syndrom, autism och/eller mental retardation och svår aggressivitet där annan behandling misslyckats, är andra exempel på speciella situationer då klonidin kan vara aktuell (Robertson et al., 1996).

Det i Sverige aktuella preparatet är Catapresan®, tabletter á 75 och 150 mikrogram. Effekten av klonidin kommer vanligen efter ca 3 - 6 timmar. $T_{1/2}$ 8 - 12 timmar. Dosering 0,25 - 1 mg x 4. Publicerade artiklar rekommenderar 5 - 10 mikrogram/kg och dag (150 - 300 mikrogram/dygn om man väger 30 kg). För sömnsvärigheter ges 0,1 - 0,3 mg vid sänggåendet.

Utredning och kontroll: Puls, ortostatisk blodtryckskontroll, fB-glukos, blodstatus med differentialräkning, S-kreatinin, leverprover och EKG med frågeställning "AV-block" innan insättning. Blodtryckskontroller 1 - 2 ggr/vecka under insättningsfasen. Laboratorieprover och EKG skall upprepas när man nått slutdos av klonidin. Värdering av effekten kan inte göras säkert förrän efter 2 - 3 månaders behandling.

5-HT-1A-stimulerare

Denna läkemedelsgrupp räknas till de nya sk atypiska anxiolytika och har prövats inom en rad psykiatriska tillstånd hos barn, bla ångestsyndrom, mildare depressiva tillstånd, aggressivitet med olika bakgrund och trotssyndrom samt AD/HD.

Buspiron (Buspar®) har både serotoninerg (5-HT-1A-agonist) och dopaminerg (blockad av autoreceptorer) effekt. Dess främsta indikation är generaliserat ångestsyndrom, som är en vanligt förekommande komorbid störning vid AD/HD. Medlet har också antiaggressiv effekt. I en liten placebokontrollerad studie av tonåringar med ADHD noterades en signifikant terapeutisk effekt (McCormick et al., 1994). I fallrapporter har positiva effekter mot ADHD-relaterad aggressivitet beskrivits (Balon, 1990). Sannolikt kan buspiron vara av intresse som

farmakoterapeutiskt tillägg riktat mot aggressivitet och ängslighet vid samtidig AD/HD. Vissa observationer tyder på en positiv effekt när ångest och aggressivitet förekommer i kombination hos prepubertala barn. Strikt kontrollerade studier saknas emellertid som stöd för en definitiv rekommendation av preparatet på denna indikation.

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI)

Från denna grupp är endast sertralin (Zoloft[®]) registrerat i Sverige för barn i åldrarna fr.o.m. 13 år, då på indikationen tvångssyndrom. Internationellt beskrivs dock SSRI kunna vara indicerade som tilläggsmedicinering vid aggressivitet med depressioner och ångeststörningar som bakgrund, inklusive tvångssyndrom med stark aggressivitet (Bruun & Budman, 1998). Det vetenskapliga underlaget för användning på denna indikation är dock tveksam. I kontrollerade studier har paroxetin och fluoxetin (Fontex[®], Fluoxetin ratiopharm[®], Fluoxetin Biochemie[®], Fluoxetin Selena[®], Fluoxetin Seroscand[®]) visat sig verkningsfulla som del av behandlingen av depression hos barn och ungdomar. Resultaten är dock ej entydiga och välkontrollerade långtidsstudier behövs på området.

Selektiv noradrenalinåterupptagshämmare

Nyligen har ett preparat med selektiv återupptagshämning av noradrenalin introducerats. Det heter generiskt atomoxetin och kommer att säljas i Sverige under namnet Stratera[®]. Studier där atomoxetin jämförts med metylfenidat har visat likvärdig effekt mellan medlen på ADHD-relaterade symtom.

Neuroleptika

Pga den stora risken för extrapyramidala biverkningar och kognitiv påverkan bör neuroleptika, särskilt de äldre preparaten, användas med försiktighet vid aggressivitet och annat utagerande på icke-psykotisk grund hos barn och ungdomar. Psykos i kombination med aggressionsutbrott är emellertid en välgrundad indikation för neuroleptika. En kombination av neuroleptika i lågdos och CS kan prövas vid uttalad impulsivitet och aggressionsutbrott.

Haloperidol (Haldol[®]) kan vara indicerat vid fall av svår aggressivitet t ex vid mani och agiterade tillstånd med annan bakgrund. I akuta situationer med mycket svåra tics och/eller aggressivitet kan Haldol prövas, pga stor risk för extrapyramidala biverkningar dock som sistahandspreparat. Rekommenderat dosintervall är 0,25 - 5 mg/dag i barn- och ungdomsåren. De nya lågdospreparaten risperidon (Risperdal[®]) och olanzapin (Zyprexa[®]) har emellertid betydligt lägre risker för extrapyramidala biverkningar och kognitiv påverkan och kan övervägas vid svårare problematik. Stöd för användning av risperidon i lågdos (2 - 3 mg/dag) med god och snabb effekt på aggressivitet vid maniska tillstånd i barn- och ungdomsåren (4 - 17 år) påvisades i en retrospektiv studie (Frazier, 1999). Viktökning är dock ofta en besvärande biverkan. I välkontrollerade korttidsstudier har också risperidon i doser upp till 3-4 mg/dag visat sig vara bättre än placebo vid aggressivitet och annat utagerande hos barn och ungdomar med uppförandestörning (Findling et al., 2000) samt vid aggressivt beteende i kombination med utvecklingsstörning (Buitelaar et al., 2001). För säkrare stöd i användningen av risperidon och olanzapin krävs emellertid kontrollerade långtidsstudier.

Thioridazin (Mallorol[®]) används idag mycket sällan pga de starkt negativa bieffekterna med bl.a. sänkt kognitiv funktionsnivå och viktuppgång. I sällsynta fall av mycket svår aggressivitet med starkt behov av vila och andrum för såväl barn som omgivning kan dock en kort tids

behandling med lägsta möjliga dos försvaras. Detta gäller även för levomepromazin (Nozinan[®]). För Nozinan kan även mycket svår sömnstörning i kombination med uttalad aggressivitet utgöra en indikation.

Stämningsstabiliserare ("Mood stabilizers"): Antiepileptika

Antiepileptika som valproat (Ergenyl[®], Absenor[®], Orfiril[®]) och karbamazepin (Tegretol[®], Hermolepsin[®], Trimonil[®]) som del av behandlingen ensamt eller i kombination med t ex CS kan vara motiverat vid svåra tillstånd av ADHD med impulsivitet och aggressivitet, med eller utan epileptiforma EEG-förändringar (Pliszka et al., 1999). Den vetenskapliga dokumentationen för behandlingen är dock relativt svag och motsägelsefull (Cueva et al., 1996) och speciellt karbamazepin har en hög förekomst av kognitiva och beteendemässiga biverkningar. Vid sk blandformer av mani, liksom vid "rapid cycling" där aggressionsutbrott kan förekomma finns visst stöd för värdet av valproatbehandling i barn- och ungdomsåren, medan effekten är mer tveksam vid bipolärt syndrom. Risken för biverkningar i form av bla trötthet, illamående, viktuppgång eller viktnedgång och tremor talar också emot detta preparat.

Epilepsi kan i enstaka fall vara orsak till aggressivitet. Dels prodromalt, dvs. timmar till något dygn före ett anfall men också iaktat som en del av det epileptiska anfallet. Det är dock ovanligt och yttrar sig i form av icke riktad aggression. Slutligen kan postiktal aggressivitet ses, minuter till timmar efter ett anfall. Personen ter sig då omtöcknad och det rör sig också här främst om icke riktad aggression. En adekvat antiepileptisk behandling har i dessa fall även effekt på beteendestörningen.

Stämningsstabiliserare ("Mood stabilizers"): Litium

Litium (Lithionit[®]) kan enligt ett flertal rapporter och även kliniska observationer vara av värde i vissa fall svåra fall av anfallsliknade (paroxysmal) aggressivitet. Speciellt kan detta gälla vid aggressivitet hos barn och ungdomar med mental retardation och/eller hjärnskada eller andra neurologiska störningar (DeLong & Aldershof, 1987). Dubbelblinda, placebokontrollerade studier av den antiaggressiva effekten på barn och ungdomar med uppförandestörning har gett delvis motstridiga resultat (Campbell et al., 1995; Rifkin et al., 1997; Malone et al., 2000). Välkontrollerade långtidsstudier saknas men under välkontrollerade former finns visst stöd för behandlingen, åtminstone på kort sikt. Påtagliga nackdelar är dock de relativt vanligt förekommande biverkningarna med bla illamående, kräkningar och ökade urinmängder samt kravet på regelbundet intag och provtagning. På indikationen bipolärt syndrom har litium i tonårsperioden stöd i uppföljningsstudier (DeLong & Aldershof, 1987). I en placebokontrollerad korttidsstudie på ungdomar med bipolärt syndrom och drogmissbruk påvisades också en god effekt av litium (Geller et al., 1998). Ett visst stöd finns således för att litium kan minska risken för de vid manier uppträdande agitationstillstånden med åtföljande utagerande och risk för aggressionsutbrott.

Samverkan mellan vårdgivare och myndigheter

Bakgrund

Flera olika myndigheter och vårdgivare gör insatser för barn med aggressivt eller antisocialt utagerande. Enligt nuvarande kunskapsläge blir resultatet bäst om insatserna är koordinerade. Samverkan är det kitt som håller samman processens delar.

Samverkan och samarbete skiljer sig som arbetsformer. Renodlat innebär samarbete att arbeta tillsammans, jämsides, på samma sätt, i ett lag. Samverkan innebär att arbeta var för sig inom respektive verksamhet mot ett gemensamt verksamhetsöverbyggande mål. Insatser från de inblandade koordineras och kompletterar varandra. Att tillsammans med familjen och barnet formulera mål för samverkan ökar möjligheten till dialog med familjen och att den kan dra nytta av processen. De som arbetar med barnet får också tillsammans med familjen och andra myndigheter en klarare uppfattning om sitt gemensamt formulerade uppdrag och hur det bäst ska lösas.

Barn- och ungdomspsykiatri är hårt belastad. Utökningar av budgetramar kan trots detta inte väntas. Lösningar måste därför i första hand utgå från de resurser som finns. Barn och ungdomar med antisocialt utagerande engagerar redan dag många olika samhällsaktörer. Uppdrag och verksamheter kan emellertid behöva förändras i ljuset av växande kunskap.

Utredning och behandling av unga med antisocialt utagerande

En vanlig modell i dag är utredning hos förskola/skola, BUP eller socialtjänst som underlag för beslut om eventuell inkoppling av annan vårdgivare enligt remissmodell. När remissen kommer in påbörjas ny utredning om vad som är lämpliga insatser av mottagaren. Nackdelen är att detta leder till långa sk ledtider, dvs. fördröjning innan rätt insatser sätts in. En fördel med modellen kan möjligen vara att den fungerar som ett filter mot överutnyttjande av knappa resurser.

I en del kommuner och landsting samarbetar skola, BUP, barnhabilitering och socialtjänst övergripande kring barn i åldrarna 5-10, ibland 5-12 år. Samarbetet kan gälla inlärnings- och koncentrationsproblem men också bråkighet och överaktivitet. BUP är inkopplad i olika utsträckning, i en del fall mycket medan man i andra fall fungerar som kontaktperson eller konsult. Samarbetsgrupperna kan ge underlag för individuella åtgärdsplaner i skolan och hem och följa upp arbetet. De har också möjlighet att fungera som stödteam gentemot den lokala elevvården.

Möjliga insatser inom existerande verksamheter och resurser

Första nivån

Karakteriseras av probleminventering som kan utgå från ett strukturerat beslutsstöd som EARL20B/21G eller SAVRY. Inventering på denna nivå kan följas av samordnade insatser via lokala nätverk av professionella i olika verksamheter. Sådana insatser kan exempelvis

utgöras av insatser på gruppnivå. Kompetensen bör finnas *inom* respektive myndighet socialtjänst, BUP, skola och barnomsorg.

Andra nivån

Utmärks av individinriktade insatser till identifierade riskbarn och deras nätverk. Insatserna bör ligga inom skolans och barnomsorgens kompetensområde och dessa verksamheter bör därför ha huvudansvar. Möjligheter att enkelt kunna få med socialtjänsten bör emellertid finnas. Insatserna kan organiseras av ett kommunalt *resurs- och konsultteam* med skol-/BHV-psykolog och specialpedagog som centrala personer. Resursen kan vara gemensam för kommunen eller kommundelen och tillkallas lämpligen av *elevvårdskonferens*. Motsvarande konferenser bör också kunna hållas inom barnomsorgen och då kanske kallas *barnhälsovårdskonferens*.

Ett resursteamets insatser bör i första hand inriktas på förändring av situationella faktorer runt barnet. Elevvården/barnhälsovården bör dock först ha utrett barnets individuella fungerande och eventuella inlärningsproblem och med detta underlag initierat specifika åtgärder. Resursteamet kan arbeta konsultativt mot den enskilda läraren/förskolläraren och fokusera på beteende med kognitiva och beteendemodifierande metoder. Det ska också kunna arbeta med relationen mellan skola/förskola och vårdnadshavare.

Om ovanstående insatser inte kommer till rätta med problemet behövs troligen ett mer accentuerat multimodalt angreppssätt. Befintliga program för barn 5-12 är en bra grund för utveckling av en sådan samverkan i det individuella fallet. Koordination av insatser i skola och hem kan ske med utgångspunkt från samverkansmöten, där skola och socialtjänst är huvudaktörer, och där BUP och barnhabilitering kan ha stödjande uppgifter.

Tredje nivån

Är problematiken så omfattande att en social utredning behöver göras kan samverkan organiseras enligt den så kallade ”Gällivaremodellen”. I korthet innebär det att ett nätverksmöte sammankallas med familj, representanter för inblandade myndigheter och andra resurspersoner. Mötet tar ställning till utrednings-, åtgärds- och behandlingsbehov. Vid ett sådant möte är det naturligt att primära handläggare som redan arbetar med ärendet deltar. Ett gemensamt arbetsmöte av denna typ kan kallas familjestödsmöte. En sådan mötesform måste ha hög prioritet hos ingående samverkanspartners för att arbetssättet ska fungera. Mötesformen bör upprepas som kontinuerlig uppföljning av planerat arbete så länge insatser pågår.

Ett utredningsarbete som förankras i sådana möten kan ibland i förlängningen leda till fördjupat beteendeinriktat och multimodalt arbete (se behandling ovan). Sådana program kan byggas ut från i dag befintliga verksamheter för psykosocialt arbete i öppenvård eller vid kommunens skoldaghem. Verksamheter som arbetar med anknytning mellan föräldrar och barn är också lämpliga utgångspunkter. Socialtjänst, BUP och skola har således troligen samtliga verksamheter där dessa kompetenser skulle kunna utvecklas.

Via familjestödsmöten kan barnets problem aktualiseras för barnhabilitering och BUP, inklusive neuropsykiatri, på alla åldersnivåer. Åtgärder kan sättas in samtidigt och koordinerat av ingående vårdgivare. I befintliga socialtjänstprogram kan psykosocialt arbete pågå med barnet parallellt med insatser från skola och hälso-/sjukvård och insatserna koordineras genom ett familjestödsmöte. Visar det sig att specifika program som MST, ART, FFT eller

PMT behövs kan detta initieras och följas upp av familjestödsmöten. Genom att presumtiva utredare och behandlare kallas till mötet delas all information av alla.

Ett familjestödsmöte är en ny arbetsform för befintliga resurser och inte en ny verksamhet. Sammankallande kan vara handläggare på socialtjänstens individ- och familjeomsorg. BUP kan delta med representant. Samverkansarbetet i familjestödsmöte kan anta karaktären av reflekterande möte. Huvudrollsinnehavarna bland familj och handläggare/behandlare kan utgöra en mindre, arbetande grupp och resten av deltagarna utgöra resursgrupp. Mötet bör ledas av någon som har kompetens i att leda nätverksmöten. Denna funktion kan finnas antingen inom socialtjänsten och BUP.

Andra tänkbara resurser vid familjestödsmöten kan vara personer från vuxenpsykiatri, missbruksvård, polis, åklagare och andra. Om familjen så önskar kan också stödpersoner på lekmananivå ingå, som personal från kyrkan, idrottsledare etc.

Tonåringar

Vid allvarligt utagerande i tonåren aktualiseras ungdomarna av polis, socialtjänsten eller elevvård. Också här skulle ett familjestödsmöte kunna initieras av socialtjänsten som tar emot anmälningar om problemen. De åtgärder som i första hand står till buds är sociala åtgärder t ex deltagande i öppenvårdsprogram eller pedagogiska program som specialundervisning och skoldaghem. Barnpsykiatrisk utredning angående personlighetsfaktorer och neuropsykiatrisk problematik kan bli vägledande för val och utformning av ett individualiserat åtgärdsprogram. ART, FFT, och MST-behandling i grupp kan också bli aktuellt (se ovan).

Sammanfattning av förslag

Tänkbara former för samverkan beskrivs på låg, medelhög och hög insatsnivå för tre åldersgrupper. Bättre samverkan utvecklas lättast från redan befintliga arbetsformer. Tänka nya arbetsformer eller utveckling av befintliga arbetsformer är markerade med fetstil nedan.

På låg insatsnivå kan samverkan ske i förhållande till riskfaktorer på gruppnivå. Samverkansformen kan vara *lokala nätverksgrupper*. Arbetet kan ske på likartat sätt för alla åldersgrupper.

På medelhög insatsnivå kan samverkan förekomma i förhållande till riskfaktorer på individnivå. De yngsta barnen identifieras lättast av barnhälsovården utifrån riskfaktorer i familjen. Samverkan kan initieras i en *"barnhälsovårdskonferens"* med representanter från socialtjänsten och i förekommande fall BUP. Som forum för barn i skolåldern föreslås i första hand *utvidgade elevvårdskonferenser* till vilka representanter för andra myndigheter bjuds in.

I åldrarna 5-12 år kan utökad samverkan ske i samverkansgrupper som redan finns i många kommuner. De som finns är oftast inriktade på koncentrationsstörning och hyperaktivitet men skulle kunna kompletteras för att utöka sitt uppdrag till att omfatta även aggressivt och antisocialt beteendestörda barn. Utveckling av kommunala resursteam som redan finns i ett antal av landets kommuner skulle kunna bli en åtgärd att sättas in på denna nivå i åldrarna upp t.o.m. 12 år. För ungdomar kan samverkan ske i nätverksmöten ledda av socialtjänsten eller BUP, beroende på dominerande problemprofil. Metodutveckling vid skoldaghem till att kunna tillämpa kognitiva aggressionskontrollerande metoder som ART föreslås. För barn i yngre åldrar kan familjecentraler och barncentra, där socialtjänst, barnhälsovård, barnmedicin och BUP ingår, underlätta uppbyggnad av samverkansprocesser

På hög insatsnivå kan samverkan underlättas genom införande av nya mötesformer. Här föreslås ett *familjestödmöte*. Ett samverkansmöte kan initieras av socialtjänsten då problemen nått en sådan nivå att en utredning enligt § 50 SoL är aktuell. Sådana möten kan vara aktuella för alla åldersnivåer. Beslut om insatser av specifika metoder mot aggressivt utagerande på hög insatsnivå som FFT, PMT och MST föreslås kunna initieras av möten motsvarande föräldrastödmöte.

Slutord

Barn och ungdomar med trotsigt och aggressivt utagerande har länge varit en utmaning för den kliniska barn- och ungdomspsykiatrin. Med barn före adolescensen har försök till behandling gjorts med blandade resultat. För tonåringar med utagerande har BUP hittills haft mycket litet att erbjuda. Pojkar har varit den största gruppen men under 1990-talet har allt fler flickor sökt hjälp inom BUP. Ingen samhällsinstans eller vårdgivare kan stå ensam i arbetet med unga med allvarligt antisocialt beteende. Nära och samordnad samverkan mellan familj, skola, socialtjänst, BUP och i enskilda fall dessutom med familjehem, HVB-hem eller SiS-institutioner är nödvändigt för framgång. Antisocialt beteende leder ofta till att socialtjänsten blir engagerad. De har en central roll i att stödja och skydda barn och ungdom från att skada sig själva och sin omgivning. Det är vanligt att socialtjänsten söker samarbete med BUP kring dessa unga. Idag har vi en växande erfarenhetsbaserad kunskap om vad som kan och bör göras för barn och ungdom med aggressivt utagerande och normbrytande beteenden. Detta ger BUP nya möjligheter och ställer också krav på verksamheten att införliva och tillämpa denna kunskap. Sådana kunskaper presenteras i dessa kliniska riktlinjer.

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri vill uppmana alla BUP-verksamheter att gå vidare i sitt utvecklingsarbete med hjälp av denna skrift. Det är vår förhoppning att de kliniska riktlinjerna ger besked om BUP-verksamhetens specifika möjligheter att medverka i utredning och behandling. Men att de också tydligt understryker betydelsen av nära samarbete med övriga inblandade parter. Föreningen avser att följa forskning och utvecklingsarbete inom detta kunskapsområde och att utkomma med nya, reviderade upplagor av dessa riktlinjer.

Referenser

- Agarwal, V., Sitholey, P., Kumar, S., & Prasad, M. (2001). Double-blind, placebo-controlled trial of clonidine in hyperactive children with mental retardation. *Mental Retardation*, 39, 259-267.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 & 1991 Profile*. Burlington, VT, USA: University of Vermont.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fjärde upplagan* (DSM-IV). Washington D.C., USA: American Psychiatric Association.
- Alexander, J. & Parsons, B. (1973). Short term behavioral intervention with delinquent families: Impact of family Process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.
- Alexander, J. & Parsons, B. (1982). *Functional Family Therapy*. Monterey, CA, USA: Brooks/Cole.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:10, Supplement, 122S-139S.
- Andersson, T. (2001). Kriminell utveckling. Tidiga riskfaktorer och förebyggande insatser. Stockholm, Sweden: Brottsförebyggande rådet. Finns på <http://www.bra.se/extra/publication/>
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Armeliuss, B.-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P.-A., Sarnecki, J., & Söderholm Carpelan, K. (red.)(1996). *Vård av ungdomar med sociala problem*. Stockholm: Liber utbildning.
- Aronen, E., Arajärvi, T., & Linnansaari, H. (1987). Family guidance in the prevention of mental disturbances in children. A five-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 41, 121-127.
- Aronen E. T., & Kurkela, S. A. Long-term effects of an early home-based intervention. (1996). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1665-1672.
- Augimeri, L. K., Webster, C. D., Koegl, C. J., & Levene, K. S. (2001). *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B)*. Version 2. Toronto, Canada: Earls court Child and Family Centre. Svensk översättning: Enebrink P. & Långström N. (2000). EARL-20B: Tidig bedömning av risk för fortsatt utagerande. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet, Division of Forensic Psychiatry.
- Balon, R. (1990). Buspirone for Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 77-77.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., et al. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 75-82.
- Borduin, C. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 242-249.
- Borum, R. (2000). Assessing violence risk among youth. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1263-1288.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth A. (2002). *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Version 1. Tampa, FL, USA: University of South Florida.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bruun, R. D. & Budman, C. L. (1998). Paroxetine treatment of episodic rages associated with Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 581-584.
- Buitelaar, J. K., van der Gaag, R. J., Cohen-Kettenis, P., & Melman, C. T. (2001). A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 239-248.

- Broberg, A. G., Ekeröth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: A normative study of the YSR. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 186-193.
- Campbell, M., Adams, P. B., Small, A. M., Kafantaris, V., Silva, R. R., Shell, J., et al. (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 445-453.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., Angold, A., Wells, K. C., Klaric, et al. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 159-167.
- Cottle, C. C., Lee, R. J., & Heilbrun, K. (2001). The prediction of criminal recidivism in juveniles. *Criminal Justice and Behavior, 28*, 367-394.
- Cueva, J. E., Overall, J. E., Small, A. M., Armenteros, J. L., Perry, R., & Campbell, M. (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 480-490.
- Cunningham, C. E., Brenner, R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 1141-1159.
- Cunningham, C. E., Brenner, R. & Second, M. (1997). *COPE - The Community Parent Education Program - A school-based family systems oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders. Leader's manual*. Hamilton, Canada: McMaster University, Faculty of Health Sciences.
- DeLong, G. R. & Aldershof, A. L. (1987). Long-term experience with lithium treatment in childhood: correlation with clinical diagnosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 26*, 389-394.
- DeWit, D. J., Silverman, G., Goodstadt, M., & Studuto, G. (1995). The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use. *Journal of Drug Issues, 25*, 837-863.
- Doyle, A. E., Biederman, J., Seidman, L. J., Weber, W., & Faraone, S. V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 477-488.
- Eddy, J. M., Reid, J. B., & Fetrow, R. A. (2000). An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the interests of families and teachers (LIFT). *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 165-176.
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 129-141.
- Elander, J., Simonoff, E., Pickles, A., Holmshaw, J., & Rutter, M. (2000). A longitudinal study of adolescent and adult conviction rates among children referred to psychiatric services for behavioural or emotional problems. *Criminal Behaviour and Mental Health, 10*, 40-59.
- Elia, J., Ambrosini, P. J., & Rapoport, J. L. (1999). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine, 340*, 780-788.
- Farrington, D. P. (2000). Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behavioral Sciences & the Law, 18*, 605-622.
- Feindler, E.L. & Ecton, R.B. (1994). *Adolescent anger control: Cognitive-behavioral techniques*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Fergusson, D. M. & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 37*, 281-292.
- Fergusson, D. M. & Lynskey, M. T. (1997). Early reading difficulties and later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 899-907.
- Findling, R. L., McNamara, N. K., Branicky, L. A., Schluchter, M. D., Lemon, E., & Blumer, J. L. (2000). A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 509-516.

- Frazier, J. A. (1999). Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder: a retrospective chart review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 960-5.
- Fransson, P. & Armelius, B.-Å. (1996). Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar - en forskningsöversikt. I Armelius B.-Å., Bengtson S., Rydelius P.-A., Sarnecki J. & Söderholm Carpelan K. (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem* (s. 273-314). Stockholm: Liber utbildning.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York, USA: Plenum Press.
- Funk, S. (1999). Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 44-68.
- Geller, B., Cooper, T. B., Sun, K., Zimmerman, B., Frazier, J., Williams, M., et al. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 171-178.
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP program: Teaching youth how to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign, IL, USA: Research Press.
- Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A.-L., Janols, L.-O., Thernlund, G., Häggglöf, B., et al. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 54, 857-864.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training. A comprehensive intervention for aggressive youth. Revised Edition*. Champaign, IL, USA: Research Press.
- Hansson, K. & Cederblad, M. (1995). *Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv*. Forskning om barn och familj, Rapport No 6. Lund, Sverige: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds Universitet.
- Hansson, K., Cederblad, M., & Höök, B. (2000). Funktionell familjeterapi. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 221-233.
- Hansson, K., Olsson, M., Balldin, T., Kristoffersson, R. & Schüller, P. (2001). Multidimensional Treatment Foster Care. Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem. *Socionomen*, 2.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins J. D., Herrenkohl T., Farrington D. P., Brewer D., Catalano R. F., & Harachi T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. I Loeber, R. & Farrington D. P. (red.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (s. 106-146). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Herrenkohl, T. I., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health*, 26, 176-186.
- Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (1994). *The Youth Level of Service/Case Management Inventory: Manual*. Ottawa, Ontario, Canada: Department of Psychology, Carleton University.
- Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (2001). *The Youth Level of Service/Case Management Inventory: Intake manual and scoring key revised*. Ottawa, Ontario, Canada: Department of Psychology, Carleton University.
- Hunt, R. D., Mindera, R. B., & Cohen, D. J. (1985). Clonidine benefits children with attention deficit disorder and hyperactivity: report of a double-blind placebo-crossover therapeutic trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 617-629.
- Jacobvitz, D., Sroufe, A., Stewart, M., & Leffert, N. (1990). Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympatomimetic Drugs: A Comprehensive Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 677-688.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-58.
- Jung, S. & Rawana, E. P. (1999). Risk and need assessment with juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 69-89.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry*, 58, 231-236.

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS P/L): initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kazdin, A. & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.
- Kazdin, A. (1997). Parent Management Training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Kjelsberg, E. & Dahl, A. (1999). A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Part II. Predictors of delinquency. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 237-242.
- von Knorring, A.-L., Andersson, O., & Magnusson, D. (1987). Psychiatric care and course of psychiatric disorders from childhood to early adulthood in a representative sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 329-41.
- Kopp, S. & Gillberg, C. (1999). Vem söker barnpsykiatrisk öppenvård? *Läkartidningen*, 96, 5071-5076.
- Kraemer, H. C., Greenhill, L. L., Abikoff, H. B., Elliott, L. G., Jensen, P. S., Newcorn, J. H., et al. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 527-541.
- Lagerberg, D & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia.
- Lardén, M. (2002). Från brott till genombrott. Stockholm: Gothia.
- Larsson, B. & Melin, L. (1992). Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 17-22.
- Leschied, A. W., Cummings, A., Van Brunshot, M., Cunningham, A., & Saunders, A. (2000). *Female adolescent aggression: A review of the literature and the correlates of aggression*. User Report 2000-4. Ottawa, Canada: Solicitor General of Canada. Finns på <http://www.sgc.gc.ca/>.
- Levene, K. S., Augimeri, L. K., Pepler, D. J., Walsh, M. M., Webster, C. D., & Koegl, C. J. (2001). *Early assessment risk list for girls (EARL-21G). Version 1 – consultation edition*. Toronto, ON, Canada: Earls court Child and Family Centre.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. I Loeber R. & Farrington D. P. (red.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (s. 86-105). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Lipsey M. W. & Wilson D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. I R. Loeber & D. P. Farrington (red.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. (s. 313-345). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (red.)(1998). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful intervention*. Thousands Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (red.) (2001). *Child delinquents: Development, interventions and service needs*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.

- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Lynskey, M. T. & Hall, W. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? *Addiction*, 96, 815-822.
- Långström, N. (1999). *Young Sex Offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism*. Doktorsavhandling. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet. ISBN 91-628-3530-0.
- Långström, N. (2002). Child neuropsychiatric diagnoses: A review of associations with delinquency and substance use. I Corrado, R. R., Roesch, R., & Hart, S. D. (red.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes*, (s. 91-104). Amsterdam, the Netherlands: IOS Press.
- Långström, N. (2003). *Att bedöma risk för fortsatt antisocialt utagerande hos unga med känt antisocialt beteende: En kunskapsöversikt*. Rapport. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse (SiS).
- Malone, R. P., Delaney, M. A., Luebbert, J. F., Cater, J., & Campbell, M. (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 649-654.
- McCormick, L. H., Rizzuto, G. T., & Knuckles, H. P. (1994). A pilot study of buspirone in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of Family Medicine*, 3, 68-70.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moretti, M. & Odgers C. (2002). Aggressive and violent girls: Prevalence, profiles and contributing factors. I Corrado, R. R., Roesch, R., & Hart, S. D. (red.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes*, (pp. 116-129). Amsterdam, the Netherlands: IOS Press.
- Monti, P. M., Colby, S. M., & O'Leary, T. A. (red.)(2001). *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions*. New York, USA: Guilford Press.
- Morgan, A. B. & Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20, 113-136.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Patterson, G. R., Reid, J., & Dishion, T (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR, USA: Castella.
- Pliszka, S. R., Carlsson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management. New York, USA: The Guilford Press.
- Pollard, J. A, Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research*, 23, 145-158.
- Raine, A, Venables, P. H, & Williams, M. (1995). High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1595-1600.
- Rifkin, A., Karajgi, B., Dicker, R., Perl, E., Boppana, V., Hasan, N., et al.(1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 554-555.
- Rutter, M. (1995). Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 73-85.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (red.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Simourd, L. & Andrews, D. A. (1994). Correlates of delinquency: A look at gender differences. *Forum on Corrections Research*, 6, 26-31.
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., & von Knorring, A.-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.

SOU 1998: 31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.* Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande.

Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H., & Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 333-344.

Tremblay, R. E., Japel, C., Perusse, D., McDuff, P., Boivin, M., Zoccolillo, M., & Montplaisir, J. (1999). The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 18-23.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1991). Stability and change in criminal behaviour up to age 30: Findings from a prospective, longitudinal study in Sweden. *British Journal of Criminology*, 31, 327-346.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development & Psychopathology*, 8, 617-645.

Sundelin, J. (1999). *Intensive Family Therapy. A context for hopes put into practice.* Doktorsavhandling. Lund, Sweden: Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.

Szapocznik, J., & Williams, R.A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.

Tengström, A. (2000). *Mental illness and criminal behavior. Individual characteristics related to criminal conduct among violent offenders with schizophrenia.* Doktorsavhandling. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet. ISBN 91-628-4130-0.

Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., & Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.

Wilens, T. E. & Biederman, J. (1992). The stimulants. *Pediatric Psychopharmacology*, 15, 191-222.

Wilens, T. E., Faraone, S. W., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 79-185.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2.* Vancouver, Canada: Simon Fraser University; Mental Health, Law, and Policy Institute. Svensk översättning Belfrage H. & Fransson G. HCR-20: Bedömning av risk för framtida våld. Växjö, Sweden: Landstinget Kronoberg, FoU-enheten.

Worling J. R. & Curwen T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR). Version 2. Toronto, Canada: SAFE-T Program, Thistletown Regional Centre for Children & Adolescents.

Worling J. R. & Långström, N. (under tryckning). Assessing risk for criminal recidivism with adolescents that have offended sexually. *Trauma, Abuse & Neglect: A Review Journal*.

Wright, B, McKenzie, I., Stace, J, & Berg, I. (1998). Adult criminality in previously hospitalized child psychiatric patients: With particular reference to girls and the use of ICD-10 diagnoses. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 8, 19-38.

Zametkin, A. J. & Ernst, M. (1999). Problems in the management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine*, 340, 40-46.

Bilaga 1: Utredningsverktyg

Självskattningsformulär

Självskattningsformulär ska inte utgöra enda underlag utan användas som komplement i utforskandet av vilka symtom barnet/ungdomen har och svårighetsgraden på dessa. Nedan följer exempel på skattningsformulär som vanligen används vid utagerandestört beteende bland barn och ungdomar i Sverige.

Självskattningsformulär för salutogena faktorer

För att föra in ett salutogent perspektiv i utredningen och få en uppfattning om olika skyddsfaktorer, kan Känsla av sammanhang (KASAM) användas. Instrumentet består av tre dimensioner; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och innehåller 29 påståenden (item). Varje item besvaras på en sjugradig skala, där ytterlighetspunkterna utgörs av stark instämmande respektive starkt avståndstagande till påståendet. Resultatet läggs samman till en totalpoäng. Ju högre poäng desto högre känsla av sammanhang. Formuläret är översatt till svenska och utprövat på svenska ungdomar i åk 7-9 (Hansson & Cederblad, 1995).

Självskattningsformulär för familjeförhållanden

FARS (Familjerelationsskalan) består av 46 påståenden. Det finns fem alternativ för varje påstående. Testet mäter fem dimensioner: syndabocksskapande, brist på intressegemenskap, isolering, kaos samt insnärjdhet (dvs. alltför täta och kvävande relationer mellan familjemedlemmarna). Hög poäng på FARS innebär störda familjerelationer.

Självskattningsformulär för depression

Depression kan förekomma samtidigt med CD och ODD. Childrens Depression Inventory (CDI) (Larsson & Melin, 1992) och barnversionen av Becks Depression Inventory (BDI-C) används vanligen.

Självskattningsformulär för ångest

Också ångestproblematik kan förekomma samtidigt med CD och ODD. Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) och State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) är översatta och normerade på en svensk barn- och ungdoms population.

Föräldra- och lärarskattningar

Child Behavior Checklist (CBCL)

Det mycket etablerade CBCL (Achenbach, 1991) består av 113 påståenden och används för att uppfånga symtom på internaliserade och externaliserade störningar. Det fylls i av föräldrar. Formuläret kan användas för barn och ungdomar i åldrarna 4-16 år. Det finns även en självskattningsskala (YSR) med 119 frågor för ungdomar 11-18 år (Broberg et al., 2001). Tillsammans med en lärarskattningsskala kallas dessa instrument ibland för Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA).

Conners' Rating Scale

Conners' skala används för barn i åldrarna 6-16 år och fylls i av föräldrar och lärare. De avser att mäta hyperaktivitet och koncentrationsproblem och innehåller även en subskala för ”conduct problems” (AACAP, 1997). Föräldraformuläret har 48 frågor fördelade på fem delskalor; utåtriktade problem, inlärningsproblem, psykosomatik, impulsivitet-hyperaktivitet och ängslan. Lärarformuläret har 28 frågor i tre delskalor; utåtriktade problem, hyperaktivitet, och ouppmärksamhet-passivitet. Det finns svenska översättningar men normerna är amerikanska.

Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ)

Styrkor och svårigheter hos barn finns i föräldra-, lärar- och självskattningsversioner. De kan användas i anslutning till behandlingsstart och vid uppföljningar. SDQ består av 25 items fördelade på fem subskalor: socialisering, hyperaktivitet, emotionella symtom, uppförandeproblem och kamratproblem. Förutom att identifiera barnpsykiatriska symtom och problemdimensioner ger även SDQ upplysningar om empati och prosociala beteenden. Målgruppen är barn mellan 5 och 15 år. SDQ är normerat på svenska barn i åldrarna 6 -10 år (Smedje et al., 1999). Lärarskattningen saknar dock svenskt normeringsmaterial.

Neuropsykiatriska symtomskattningar

Skattningsskalor av denna typ finns i flera olika format och kan användas för en strukturerad symtominventering med neuropsykiatriskt fokus. ”5-15” har tagits fram av Nordic Collaboration Group for Neuropsychiatric Disorders. Det är en strukturerad symtomförteckning som används för föräldraskattning av barnets symtom. *Autism Spectrum Screening Questionnaire* (ASSQ, Ehlers et al., 1999) är en checklista med 27 items för lärare och föräldrar att skatta symtom på Asperger syndrom eller andra högfungerande autismspektrumstörningar bland barn. ASSQ har goda psykometriska egenskaper.

Semistrukturerade diagnostiska intervjuer

Intervjumetoden är tidskrävande och kan därför vara svår att använda rutinmässigt. Träning krävs för att använda de olika intervjumaterialen, som varierar i hur strukturerade de är och vilken klinisk erfarenhet som krävs av intervjuaren. Det finns ett flertal instrument som kan ge underlag för diagnoser enligt DSM-systemet. Child Assessment Schedule (CAS) och Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) samt Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) är exempel på sådana. Tyvärr finns ingen av dessa översatt till svenska i DSM-IV version (personlig kommunikation Anne-Liis von Knorring, 2001).

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) finns emellertid översatt till svenska i DSM-III-R version. DICA finns i tre varianter; en för intervju av barn 6-12 år, en för ungdomar 13-17 år och en föräldrantervju.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-aged children (K-SADS eller Kiddie-SADS), current or lifetime diagnosis (version P/L) (Kaufman, 1997). Detta är en intervju för kliniker som innefattar ett brett spektrum av barnpsykiatriska störningar och används för barn 6-18 år. Samma format används för både barn och föräldrar men frågorna anpassas förstås efter intervjuobjektet. Intervjun inleds med en genomgång av barnets livssituation, skolfungerande och aktuella problem. Sedan följer en strukturerad screeningintervju där ett åttiotals barnpsykiatriska symtom efterfrågas. Utifrån resultatet går

man vidare med ett riktat supplement. Det finns fem supplement varav beteendestörningar utgör ett. K-SADS finns översatt till norska och danska och arbetet med en svensk översättning är i slutskedet. Instrumentet används redan i ett flertal forskningsprojekt och en valideringsstudie planeras (Tord Ivarsson, Sahlgrenska samt Göteborgs Universitet, e-post: tord.ivarsson@vgregion.se).

The Nordic Collaboration Group For Research in Child and Adolescent Psychiatry (NorCAP) har en hemsida (<http://www.nordcap.suite.dk/>) där man kan hitta information om instrument, frågeformulär och intervjuer.

Bilaga 2: Beslutsstöd för risk- och behovsbedömning

Tabell 3. Riskfaktorer och skyddsfaktorer kopplade till fortsatt antisocialt utagerande bland pojkar 6-12 år enligt *Early Assessment of Risk List for Boys 20 (EARL20B, Augimeri et al., 2000)* respektive flickor enligt *Early Assessment of Risk List for Girls 21 (EARL21G, Levene et al., 2001)*. Faktorerna är ordnade efter riskdomäner och har ingen inbördes rangordning efter betydelse.

	<i>EARL20B</i>	<i>EARL21G</i>
Familjefaktorer		
F1) Socioekonomiska förhållanden	X	X
F2) Kontinuitet beträffande vårdnadshavare	X	X
F3) Stöd från omgivningen	X	X
F4) Stressfaktorer	X	X
F5) Föräldrastil	X	X
Relation vårdnadshavare - flicka	-	F6
Antisociala värderingar och beteende	F6	F7
Barnfaktorer		
B1) Psykomotorisk utveckling	X	X
B2) Ålder för debut av utagerandeproblem	X	X
B3) Offer för övergrepp eller försummelse	X	X
B4) Hyperaktivitet, impulsivitet/ uppmärksamhetsproblem	X	X
B5) Lätt att tycka om	X	X
B6) Kamratkontakter	X	X
B7) Skolprestationer	X	X
B8) Närmiljö / grannskap	X	X
Auktoritetskonflikter eller myndighetskontakter	B9	-
Sexuell utveckling	-	B9
B10) Antisocial attityd	X	X
B11) Antisocialt beteende	X	X
B12) Problemhantering (coping)	X	X
Mottaglighetsfaktorer		
M1) Familjens mottaglighet	X	X
M2) Barnets mottaglighet	X	X

Tabell 4. Riskfaktorer för fortsatt allvarligt antisocialt utagerande bland tonåringar av båda könen enligt *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY, Borum et al., 2002). Faktorerna är ordnade efter riskdomäner och har ingen inbördes rangordning efter betydelse.

HISTORISKA FAKTORER		<i>Skattning (lå-me-hö-x)</i>	<i>Kritisk faktor</i>
1.	Tidigare våldsbenägenhet		
2.	Tidigare icke-våldsbrottslighet		
3.	Tidig debut av aggressivt beteende		
4.	Tidigare misslyckanden med övervakning /behandling		
5.	Tidigare självdestruktivitet/suicidförsök		
6.	Bevitnat våld i hemmet		
7.	Offer för övergrepp eller försummelse som barn		
8.	Föräldra-/vårdnadshavarkriminalitet		
9.	Tidigt avbrott i kontakt med vårdnadshavare		
10.	Bristande skolprestationer		
SOCIALA (KONTEXT-) FAKTORER		<i>Skattning (lå-me-hö-x)</i>	<i>Kritisk faktor</i>
11.	Kriminella kamrater		
12.	Avvisad av kamrater		
13.	Stress och bristande stresshantering		
14.	Bristande föräldratillsyn och -stöd		
15.	Bristande personligt/socialt stöd		
16.	Desorganiserad närmiljö/grannskap		
INDIVIDUELLA FAKTORER		<i>Skattning (lå-me-hö-x)</i>	<i>Kritisk faktor</i>
17.	Negativ attityd		
18.	Rishtagande/Impulsivitet		
19.	Alkohol-/drogmissbruk		
20.	Bristande förmåga att hantera vrede		
21.	Psykopatiska personlighetsdrag		
22.	Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet		
23.	Låg behandlingsföljsamhet		
24.	Svagt intresse/motivation för skolarbete		
SKYDDSAKTORER		<i>Skattning (ja-nej-x)</i>	<i>Kritisk faktor</i>
S1	Prosocialt engagemang		
S2	Starkt socialt stöd		
S3	Stark anknytning och band till andra		
S4	Positiv attityd till behandling och auktoritet		
S5	Starkt skolengagemang		
S6	Motståndskraftig personlighet		

Tabell 5. Riskfaktorer för fortsatt antisocialt utagerande bland tonåringar av båda könen enligt *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 1994; 2001). Varje faktor som föreligger ges ett poäng och poängen summeras inom var och en av de 8 riskfaktordomänerna samt till en totalpoäng. Dessa summapoäng översätts enligt specifika normer till låg, medel eller hög risk för fortsatt antisocialt utagerande.

OBS Preliminär, ej auktoriserad översättning

Får ej kopieras

Copyright PAR, USA

FAKTORER	Förekommer (nej-ja-x)	Riskenivå (lå-me-hö-x)
Tidigare / aktuell brottslighet och påföljder		
1 Fler än två tidigare domar för brott		
2 Fler än ett misslyckande följa föreskrifter under påföljd eller behandling		
3 Tidigare frivårdspåföljd (skyddstillsyn, villkorlig frigivning)		
4 Tidigare institutionspåföljd (häkte räknas ej)		
5 Fler än två aktuella domar för brott		
Familj och föräldrastrategier		
6 Bristande tillsyn		
7 Svårigheter att kontrollera ungdomens beteende		
8 Olämpliga uppfostringsmetoder (hot, misshandel, alltför tillåtande)		
9 Inkonsekventa uppfostringsmetoder (beträffande regler eller belöning / bestraffning)		
10 Dålig relation far-ungdom		
11 Dålig relation mor-ungdom		
Utbildning / arbete		
12 Störande eller trotsig i klassrummet		
13 Störande, trotsig eller antisocial på skolgården		
14 Bristande skolprestationer		
15 Problem med relationer till jämnåriga		
16 Problem med relationer till lärare		
17 Skolkar		
18 Arbetslös / söker ej arbete		
Kamrater		
19 Några antisociala bekanta		
20 Några antisociala vänner		
21 Inga eller få prosociala bekanta		
22 Inga eller få prosociala vänner		
Missbruk av alkohol eller droger		
23 Sporadiskt drogmissbruk		

- 24 Regelbundet drogmissbruk
- 25 Regelbundet alkoholbruk
- 26 Missbruk av alkohol eller droger påverkar fungerande
- 27 Missbruk av alkohol eller droger kopplat till brott

Fritid

- 28 Begränsade prosociala, organiserade fritidsaktiviteter
- 29 Skulle kunna använda sin tid bättre
- 30 Inga personliga intressen

Personlighet / beteende

- 31 Överdriven självkänsla
- 32 Fysiskt aggressiv
- 33 Har vredesutbrott
- 34 Uppmärksamhetssvårigheter / hyperaktiv
- 35 Bristande frustrationstolerans / impulsiv
- 36 Bristande känslor av skuld och ansvar för egna handlingar
- 37 Verbalt aggressiv

Antisociala attityder

- 38 Antisociala / prokriminella attityder
- 39 Ej hjälpsökande
- 40 Avvisar aktivt hjälp
- 41 Trotsar auktoriteter (föräldrar, lärare mfl)
- 42 Kylig, bryr sig knappast om andra

Övergripande Totalpoäng / Risknivå

*(lå-me-hö-mkt
hö-x)*