

# **BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA INSATSER FÖR BARN MED AGGRESSIONSPROBLEM**

**En brukarundersökning avseende bråkiga barn och unga**

Sverker Arver\* och Kjell Ellert\*

2001

Handledare: fil. dr Margareta Carlberg

## SAMMANFATTNING

Bråkigt/aggressivt beteende hos barn och unga är en av de vanligaste anledningarna (104 av 450 år 1996) till att söka sig till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Jämtlands län. Varaktig bråkighet kan få både smärtsamma och kostsamma konsekvenser för den enskilde och för samhället. Problematiken är ofta sammansatt och kräver vanligen insatser på flera plan. Ett ökat intresse för problemområdet har visat sig inom svensk barn- och ungdomspsykiatri de senaste åren utifrån ny kunskap om hjärnan, longitudinella studier och fler utprovade behandlingsmetoder. Vi har, i syfte att fördjupa kunskapen om det arbete som bedrivs i Jämtlands län, valt att följa upp ett slumpmässigt urval om 50 familjer som 1996 sökt BUP för bråkighet.

En halvstrukturerad telefonintervju gjordes ca två år efter påbörjad kontakt med följande frågeställningar: hur man såg på anledningen till att man sökt hjälp, familjens tankar om problemets orsak, hur man upplevt sig bemött, huruvida man fått hjälp, hur problemet ser ut idag, vad man tänker sig ha bidragit till förändring, vad man har saknat samt vad man tror om sin egen betydelse i processen.

Det finns många olika skäl till att söka BUP för bråkighet hos barnet/den unge. Orsaker står att finna hos både individ, familj och i skolan.

85 procent upplever sig väl bemötta. 72 procent upplever sig hjälpta, en relativt stor grupp har kvarstående, men mer hanterlig problematik. 4/5 är pojkar. Några familjer efterfrågar mer konkret barninriktad rådgivning.

Mötet mellan behandlare och hjälpsökande är avgörande för huruvida man lyckas nå framgång. Insatsen bör utgå från familjens egen teori om problemets ursprung. BUPs förhållningssätt fungerar bra i de flesta fall men repertoaren behöver utökas med ny samspeleinriktad metodik inriktad mot de lägre åldersgrupperna.

Samverkan mellan barnets olika miljöer och en kombination av insatser ger större förändringsmöjlighet.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>INLEDNING</u>	1
<u>Vad menar vi med bråkighet?</u>	6
<u>SYFTE</u>	6
<u>FORSKNINGSÖVERSIKT OCH TEORI</u>	7
<u>Vad söker man på BUP för när man har ett barn med aggressivt beteende?</u>	7
<u>Prognos och komorbiditet</u>	8
<u>Bråkighet över tid</u>	9
<u>En populationsstudie vid Östersunds BUP</u>	10
<u>Om problembeteenden och orsaker</u>	11
<u>Den antisociala banan – en utvecklingsmodell</u>	11
<u>Allmänt om aggression</u>	13
<u>Definition av aggression</u>	13
<u>Olika perspektiv på aggression</u>	13
<u>Medfödda (genetiska) faktorer</u>	13
<u>Frustrationer och aggressivitet</u>	14
<u>Emotionell och instrumentell aggression</u>	14
<u>Effekten av lek med våldsinslag respektive verklig aggression</u>	14
<u>Aggressivitet och anti-socialt beteende</u>	15
<u>Några teoretiska förklaringsmodeller</u>	15
<u>Hjärnforskning</u>	17
<u>Beteendestörningens neuropsykologi</u>	17
<u>Perspektivets betydelse</u>	20
<u>Det salutogena perspektivet</u>	20
<u>En svensk tillämpning</u>	21
<u>Bråkiga barn, riskfaktorer och motståndskraft</u>	22
<u>En sammanfattande modell av risk- och friskfaktorer</u>	24
<u>Behandling av bråkiga barn</u>	25
<u>Historik</u>	25
<u>Att ingripa tidigt</u>	25
<u>Föräldraträning</u>	26
<u>Behandling för barnen</u>	26
<u>Familjebehandling</u>	27
<u>Kombinationsbehandling</u>	27
<u>Några tidigare brukarundersökningar</u>	28
<u>Om bemötande, behandlingsallians och resultat av behandlingen</u>	28
<u>METOD</u>	30
<u>Urval</u>	30
<u>Bortfall</u>	30
<u>Intervju</u>	30
<u>Bearbetning</u>	31
<u>Problemet</u>	31
<u>Varaktighet</u>	31
<u>Kontaktorsak</u>	32
<u>Familjens teori</u>	32
<u>Bemötandet på BUP</u>	32
<u>Arbetsättet</u>	32
<u>Utfallet</u>	33
<u>Yttre och egna resursers betydelse (för utfallet)</u>	33
<u>Feedback</u>	34

<u>Brukarundersökning som metod</u>	34
<u>RESULTAT</u>	35
<u>Bakgrundsfaktorer</u>	35
<u>Ålder och kön</u>	35
<u>Familjetyp</u>	36
<u>Hemort</u>	37
<u>Initiativtagare</u>	38
<u>Problemet</u>	39
<u>Vad sökte föräldrarna hjälp för?</u>	39
<u>Problemens varaktighet</u>	40
<u>Har föräldrarna sökt hjälp tidigare?</u>	41
<u>Tidigare hjälpsökande</u>	41
<u>Tillgänglighet</u>	43
<u>Familjens teori om problemet</u>	44
<u>Behandling</u>	46
<u>Arbetsätt-Allians</u>	46
<u>Utfall</u>	48
<u>Saknades något?</u>	50
<u>Hur har det gått med problemet - och varför gick det så?</u>	51
<u>När problemet försvunnit - exempel</u>	52
<u>När problemet minskat – exempel</u>	54
<u>När problemet blivit förvärrat- ett exempel</u>	55
<u>När problemen både minskat och blivit värre</u>	55
<u>Bidrag till förändring</u>	56
<u>Feedback</u>	60
<u>Berätta för behandlarna?</u>	60
<u>DISKUSSION</u>	61
<u>Undersökningsgruppen</u>	61
<u>Familjens egen teori</u>	61
<u>Hur föräldrarna har upplevt bemötande och resultat av företagna insatser</u>	62
<u>Problemets varaktighet</u>	63
<u>Vad åstadkommer förändring enligt föräldrarna?</u>	64
<u>Salutogena faktorer</u>	64
<u>Om neuropsykologisk/psykiatrisk problematik</u>	66
<u>Bråkiga barn på BUP - vad vi tror på nu och framåt i tiden</u>	67
<u>Föräldraträning - en väl dokumenterad metodik</u>	68
<u>Skolan och de bråkiga barnen</u>	69
<u>EFTERORD</u>	70
<u>REFERENSER</u>	71
Bilaga 1. Lista över anmälningsorsaker	80
Bilaga 2. Brev till föräldrar	81
Bilaga 3. Teorier om aggression	82

## INLEDNING

Vi har valt att närmare undersöka familjer som kommit i kontakt med Barn och Ungdomspsykiatri i Jämtlands län för att få hjälp med bråkighet hos ett barn eller en ungdom. Vi har frågat föräldrarna om hur de ser på bråkighet, bemötandet på BUP och vad som åstadkommer förändring.

För att få flera olika perspektiv på brukarnas upplevelse att jämföra med har vi redovisat aktuell forskning och teori om olika aspekter av bråkighet.

I internationell litteratur är begreppet bråkighet mestadels behandlat som beteendestörning eller antisocialt beteende. Vår undersökningsgrupp har endast i viss utsträckning den tyngd som är förknippad med dessa kategorier. I förlängningen är det dock intressant att följa detta spår då ett skäl för oss att fördjupa oss i ämnet är att om möjligt få en sådan förståelse att vi tidigare och säkrare kan identifiera och hjälpa de barn som löper störst risk att utveckla en sådan problematik.

Rapporten inleds med en forskningsöversikt med tyngdpunkt i internationell forskning men även med koppling till lokala förhållanden. Vi kommer också in på tankegångar kring hur antisociala beteendemönster kan tänkas utvecklas över tid.

Därefter söker vi reda ut lite hur man från olika teoretiska perspektiv ser på bråkighet och aggressivitet i dess negativa bemärkelse och då oftast i form av beteendestörning eller antisocialt beteende. Detta inleds med ett avsnitt om aggression varefter redovisas tankar om hur man utgående från modern hjärnforskning kan tänka om aggressivt utagerande.

En kort genomgång av teorier och förklaringsmodeller kommer därefter.

Detta följs i sin tur av tankar om olika perspektiv eller utgångspunkter för analys av problembeteenden och därtill kopplade behandlingsansatser. Vi vet idag väldigt mycket om risker, riskfaktorer och patogena processer men inte lika mycket om det omvända förhållningssättet, det salutogena, som i stället handlar om och använder sig av de faktorer och krafter som gör människor motståndskraftiga mot risker av allehanda slag och som lämpligen bör utgöra en utgångspunkt för framgångsrik behandling.

Vi avslutar rapportens teoretiska del med en redogörelse för brukarundersökningen som metod.

## ***Vad menar vi med bråkighet?***

Definitionen görs av den som anmäler hjälpbehovet och som i sin första kontakt med mottagningen använder sig av ord som: bråkar, slåss, är omöjlig att hantera, kan inte låta andra vara ifred, - tala till punkt, har ett så hemskt humör etc. Metoden för registrering har viss jämförbarhet på nationell basis då den är hämtad från Svenska föreningens för barn- och ungdomspsykiatri klassificeringssystem över anmälningsorsaker (bilaga nr 1).

Det är en gammal sanning att bråkigt beteende ställer till problem både för individen, omgivningen och samhället. I mer extrema former handlar det om våld och kriminalitet, företeelser som är mycket kostsamma för samhället och för dem som drabbas. Det finns alltså goda skäl att undersöka hur vi i samhället förmår motverka, hantera, behandla, vägleda eller hjälpa föräldrar, barn och ungdomar att bryta en utveckling som riskerar att leda i en sådan riktning.

Problematiken är komplex och samhällets inställning är i vissa avseenden dubbelbottnad till bråkighet som företeelse. Å ena sidan fördömer vi känslomässigt utagerande, våld mot person eller egendom, oförskämt språkbruk, hot etc., å den andra framhålls aggressivitet som en viktig egenskap med överlevnadsvärde. Via massmedia får vi dagligen in våldet i vardagsrummet, antingen i form av underhållningsvåld på film eller i form av reportage från oroshärddar runt om i världen. Vi får det även ifrån sportens värld i mer eller mindre ordnad form. Kampsporter av olika slag där boxning kanske är det tydligaste exemplet, fotboll och ishockey står för mer eller mindre aggressiva inslag. För ishockeyns del har våldet i NHL-varianten, som är mer tydligt kommersialiserad än den europeiska, ett uppenbart försäljningsvärde.

Forskning visar att våldsfilmstittande i viss mån direkt påverkar benägenheten för aggressivt beteende men den mest troliga effekten är indirekt genom att en ökad förekomst av sådant utbud förändrar kulturella attityder till att bli mer tillåtande till aggressivt beteende (Rutter et al., 1998).

## **SYFTE**

Vårt syfte har varit att kontakta familjer som på grund av bråkighet hos barnet/den unge i någon bemärkelse (se urval) kommit i kontakt med BUP i Östersund under 1996 för att genom telefonintervju få ökad kunskap om:

- Hur föräldrarna själva såg på anledningen till det aktuella problemet
- Hur föräldrarna har upplevt bemötande och resultat av företagna insatser.
- Hur har föräldrarna i efterskott tänker kring egna och andra resursers inverkan på utfallet.

## FORSKNINGSÖVERSIKT OCH TEORI

### *Vad söker man på BUP för när man har ett barn med aggressivt beteende?*

I en svensk undersökning (Johansson & Skogsholm, 1997) avseende familjer som söker barn- och ungdomspsykiatrisk hjälp för pojkar med aggressivt beteende i åldern upp till 12 år kunde de symtom som föräldrarna uppgav delas in i följande grupper, rangordnade efter hur ofta de uppgivits:

1. Okontrollerade utbrott då man inte kan få kontakt med pojken.
2. En mer allmän bråkighet och ”stöddighet”
3. Störda kamratrelationer
4. Skolvägran
5. Koncentrationssvårigheter, oro
6. Depression och eventuella självmordstankar
7. Drag av perfektionism och lättkränkthet
8. Läs- och skrivsvårigheter.

När man forskar om barn som är aggressiva så har man i diagnossystemet DSM-IV (1994) enats om tre olika diagnoser som i form av symtomlistor beskriver olika beteenden som aggressiva barn kan ha. Den första diagnosen är trotssyndrom (ODD, Oppositional Defiant Disorder) och den andra är uppförandestörning eller beteendestörning (CD, Conduct Disorder)<sup>1</sup>. Den tredje diagnosen är hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) och används om neuropsykiatriska svårigheter förekommer. ADHD kan förekomma antingen självständigt eller tillsammans med någon av de andra två diagnoserna. Tillsammans finns dessa tre diagnoser under samlingsrubriken ”utagerande stört beteende” (eng. Disruptive Behaviour Disorder, DBD, Harden, 1997).

Diagnoserna säger inget om orsaken till eller behandlingen av barn som har dessa svårigheter.

**Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD)** förekommer hos 3-5 procent av alla skolbarn. De visar från tidig ålder stora brister i sin koncentrationsförmåga, är hyperaktiva och impulsstyrda. Syndromets negativa inverkan på det sociala samspelet, inlärningsförmågan och självkänslan medför ofta känslomässiga störningar, fr.a. av typen beteendestörning eller trotssyndrom. Under gynnsamma omständigheter tycks det kunna kompenseras och barnet behöver inte bli känslomässigt stört.

**Trotssyndrom (ODD)** innebär att barnet visar ett negativistiskt, trotsigt och fientligt beteendemönster under längre tid. Aggressiviteten är fr.a. verbal, barnet skriker, använder fula ord, retas, vägrar lyda eller utföra uppgifter. Allvarlig fysisk aggression är sällsynt. Det trotsiga och negativistiska beteendet förekommer nästan alltid i hemmiljön eller tillsammans med personal som känner barnet väl, t.ex. daghemspersonal, medan det inte alltid märks i skolan. Här är det en viktig skillnad mot ”beteendestörning”, där aggressiviteten inte alltid märks i hemmiljön och lika mycket (eller mer) kan rikta sig mot kamrater eller djur som mot vuxna auktoriteter. Symtomen visar sig i regel före 8 års ålder. De börjar vanligen visa sig hemma och sprider sig sedan till andra miljöer som barnet vistas i. Det är inte ovanligt att störningen successivt förvärras så att barnet senare under skolåldern istället kan anses ha en ”uppförandestörning”.

---

<sup>1</sup> vi kommer att använda båda beteckningarna i texten. Beteendestörning används som ett överordnat begrepp för diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning (ODD [resp.](#) CD)

Trotssyndrom har visat sig vara särskilt vanligt hos pojkar som tidigt visat ett häftigt temperament och ovanligt hög motorisk aktivitet. Fler pojkar än flickor får diagnosen. De frekvenser som rapporteras ligger mellan 2 och 16 procent av alla barn.

**Uppförandestörning (CD).** Barnet har under en längre tid visat ett beteendemönster som bryter mot gällande regler och värderingar och kränker andras grundläggande rättigheter genom t.ex. fysisk aggressivitet, eldsanläggning, stöld, vandalisering, skolk, rymning, sexuella övergrepp på andra barn, djurplågeri. I USA är detta en av de vanligaste diagnoserna inom barnpsykiatri (drygt 1/3 av alla patienter) och anses ha ökat i omfattning under senaste 10 - 20 åren. Eftersom frekvensen troligen varierar med olika populationer är det svårt att uppskatta hur vanligt förekommande störningen är, men för pojkar uppges (i USA) från 6 till 16 procent, för flickor från 2 till 9 procent. Diagnosen ställs sällan före skolåldern.

### ***Prognos och komorbiditet***

Uppförandestörning förekommer högre upp i åldrarna. Ca en tredjedel av de barn som uppfyller kriterierna för dessa diagnoser får som vuxna anpassningssvårigheter som missbruk, institutionsvistelse för brott eller mental störning, avbrutna äktenskap och svårigheter att behålla ett arbete (Kazdin, 1997).

Det har visat sig vara svårt att ändra på en sådan utveckling när barnet blivit äldre, särskilt sedan barnet blivit tonåring.

Beteendestörning hänger samman med aggressivitet och asocialt beteende och har samband med familjekommunikation och familjeförhållanden. Det innebär ofta en vidare utveckling till antisociala kamratgrupper, missbruk och kriminalitet. Beteendestörning har också koppling till hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD). I undersökningar av normalpopulationen finner man en komorbiditet mellan uppförandestörning och ADHD på 45 - 70 procent samt mellan uppförandestörning och ODD på 84 - 96 procent (Kazdin, 1997). Det är heller inte ovanligt att unga med beteendestörning samtidigt visar sig bära på ångesttillstånd och depressiva besvär (Harden & Zoccolillo, 1997). Liknande samband har funnits av Engqvist (2000) för f.d. BUP-patienter som i tidigt vuxenliv tagit sitt liv. Dessa hade vid kontakten med BUP ej aktualiserats för suicidproblematik eller depression utan för beteendeproblem. Också de som senare blivit kriminella har oftare än andra sökt för beteende- eller relationsproblem.

Barn som fått diagnosen beteendestörning kan också beskrivas som förlorare i skolan. De slutar i förtid, har lässvårigheter, har dålig kognitiv problemlösningsförmåga, svag anknytning till kamrater, dåliga sociala färdigheter, är utstötta av kamratgrupper, tillskriver andra fientlighet.

I familjerna förekommer i varierande grad: alkoholproblem, stränga straff, osystematisk socialisering, likgiltighet, inkonsekvens, låg grad av accepterande, mindre värme, svagare anknytning, för lite stöd till barnen och deltagande i barnens liv, konflikter i äktenskapet, aggressiva föräldrar, trångboddhet, hög stressnivå hos föräldrarna, låg tröskel hos föräldrarna, främjande av aggressivitet/asocialitet (Sholevar, 1995).

## *Bråkighet över tid*

Aggressivitet, aggressiva beteendemönster och beteendestörningar av olika slag har länge varit föremål för forskning. På flera håll i världen har stora longitudinella studier gjorts där man sökt beskriva och förstå hur barn och unga utvecklas i detta och andra avseenden. Här kan nämnas Isle of Wightstudien (Rutter m.fl. 1970, 1998), Cambridgestudien (Farrington m.fl., 1991), forskning vid Oregon Social Learning Center (Patterson m.fl. 1996), Dunedinstudien på Nya Zeeland (Moffitt m.fl. 1990), Pittsburgstudien (Farrington, Loeber m.fl. 1987), IDA-projektet i Stockholm (Magnusson 1988, Magnusson m.fl. 1994).

Många forskare (t.ex. Olweus, 1978, Eron och Huesman, 1984, Stattin och Magnusson, 1984, Moffitt 1993b, Farrington 1991, Harden & Zoccolillo 1997, Rutter et al 1998) har funnit att aggressivt beteende i barnaåren med stor sannolikhet finns kvar i tonåren och även senare upp i vuxen ålder.

Studierna gäller oftast pojkar, men Olweus (1981, 1984) menar att det även gäller flickor och att det handlar om relativt stabila beteendetendenser över tid. Harden & Zoccolillo (1997) menar att förekomsten av störda utagerande beteenden vanligtvis underrapporteras när det gäller flickor. Pojkar dominerar men flickornas andel uppgår enligt dem till 31-40 procent. När det gäller indirekt aggressivitet menar man att flickor dominerar i alla åldersgrupper. White et al. (1990) studerade både pojkar och flickor i en delstudie i den longitudinella Dunedinstudien på Nya Zeeland. Man ville dels undersöka utvecklingen över tid, dels söka variabler med prediktiv förmåga. Resultatet talar för att det i det avseendet inte skiljer mellan könen. Tidigt antisocialt beteende är den bästa prediktorn för senare antisocialt beteende.

Tidig aggressivitet predicerar även senare våldskriminalitet (Farrington, 1978, Pulkkinen, 1987, Magnusson, Stattin och Dunér, 1983, Magnusson, 1988). Kamratskattad aggressivitet i 8-årsåldern liksom lärarskattad aggressivitet vid 10 och 13 års ålder predicerar våldsbrott i 20 resp. 26-årsåldern. Våldsbrott i ungdomen predicerar också våldskriminalitet i vuxen ålder (t.ex. Hamparian, Davis, Jacobson & McGraw, 1985). Det viktigaste tidiga förebudet för aggressivitet och våld var hård attityd och uppfostran från föräldrarna i en undersökning som avsåg ungdomar som följts upp från 8-årsåldern (Farrington 1991).

De våldsamma kriminella begår flest brott (Farrington, 1978, Guttridge, Gabrieli, Mednick & van Dusen, 1983, Piper, 1983). Detta kan hänga samman med att tidig aggressivitet predicerar kronisk brottslighet (Loeber & Stouthamer-Loeber 1987).

Rutter et al sammanfattar (1998) i en översikt av ett flertal stora långtidsstudier att de mer allvarliga och ihållande formerna av antisocialt beteende kan upptäckas så tidigt som i 3-årsåldern i form av oppositionellt och hyperaktivt beteende. Detta är inte alls så tydligt i fallet med tidsavgränsat antisocialt beteende. De säger också att inget dock är ristat i sten, livshändelser, vändpunkter och övergångsperioder kan alla spela en roll i huruvida det antisociala beteendet fortsätter eller upphör.

Stanger och medarbetare har jämfört utvecklingen mellan aggressivt beteende och ”småkriminellt” (delinquent) beteende. De skiljer mellan öppet aggressivt beteende (ge sig på andra, mobbing, slagsmål) och dolt aggressivt beteende (att ljuga, stjäla, använda fult språk, skolk, missbruk, och vandalism). De menar att det dels finns en hög grad av korrelation mellan dessa beteendeformer, både i stunden och på längre sikt. Vissa barn är dock avvikande i endast det ena avseendet. Man har funnit att det aggressiva beteendet är mer stabilt över tid än det ”småkriminella”, det är behäftat med en högre grad av ärftlighet liksom en högre grad av korrelation med biokemiska

parametrar hos både pojkar och flickor. Vad gäller ungdomar som företer aggressivt beteende har de större brister i neuropsykologiska funktioner än icke aggressiva ungdomar (Stanger, Achenbach & Verhulst, 1997).

Barn- och ungdomspsykiatri i Sverige har kritiserats från olika håll, kanske främst från socialtjänsten (BFU-81, SOU 1985:14) för att inte ha metoder och kanske även sakna intresse för att behandla utagerande ungdomar. Ungdomar med utagerandeproblematik söker inte frivilligt hjälp att ändra på sitt beteende. Gruppen har nu ägnats särskilt intresse i Barnpsykiatrikommitténs arbete (SOU 1998:31).

De utagerande ungdomarna hamnar vanligtvis inom t.ex. socialtjänst och kriminalvård. De har dock alla varit små och vi vet att hälften av dem som senare hamnar inom rättspsykiatri som barn gjort besök inom barn och ungdomspsykiatri (Adler, Frisk och Lidberg, 1995). Man fann där att det ofta handlade om multifaktoriella bakgrundsbilder med problem på föräldrarnivå samt konstitutionella faktorer som försenad utveckling hos den unge. Den tidiga utvecklingen utmärktes också av aggressivt och antisocialt beteende. Visst samband fann man även mellan bakgrundsfaktorer och brott. De "biologiskt belastade" föreföll något mer benägna till egendomsbrottslighet även om våldsbrott var vanliga både i denna grupp och i gruppen med familjeproblem.

Det finns en mängd olika förklaringsmodeller kopplade till dessa och eftersom fältet är komplext kommer det sannolikt också fortsättningsvis att arbetas på många olika plan och med olika angreppssätt.

### ***En populationsstudie vid Östersunds BUP***

Engqvist (2000) har kartlagt alla patienter som någon gång besökt barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund under åren 1975-1990, inalles 1420 personer. De var mellan 23 och 42 år gamla 1999. En tredjedel av samtliga hade begått något brott fram till år 1999 (502 st), i medeltal 4 brott per person. Medianvärdet är 2 brott per person och variationsvidden 1-27 brott.

Ungefär hälften av männen och en femtedel av kvinnorna har blivit lagförda. De vanligaste brotten är stöld, bilstöld, olovlig körning, snatteri, misshandel, rattfylleri och narkotikabrott. I jämförelse med normalbefolkningen finns en viss överfrekvens av kriminalitet för BUP-klientelet (Engqvist pers meddelande 2000).

Enligt Stattin (1994) och andra forskare (Patterson, Moffitt, Rutter) finns det en grupp ungdomar som begår brott under en begränsad tidsperiod och sedan slutar med det. Det finns en mindre grupp som börjar tidigt och fortsätter varaktigt med brott. I IDA-projektets longitudinella studier har man funnit att de som fortsätter med brottslighet har ett mönster av överaktivitet, koncentrationsproblem och låg grad av stresshormon. Om man bara är överaktiv eller endast har koncentrationsproblem går det ganska bra, men om man har båda eller alla tre så går det sämre. Stattin menar att det inte är aggressiviteten i sig som förklarar brottsligheten utan dessa bakomliggande faktorer.

## ***Om problembeteenden och orsaker***

Det finns sällan entydiga kausala samband mellan en orsak och ett problembeteende eller ett syndrom. Rutter m.fl. (1997) sammanfattar 30 år av egen och andras forskning kring antisocialt beteende med att orsaksförhållandena är heterogena, står att finna på olika plan, från individen och dennes genetiska utrustning över familjen till samhälleliga förhållanden. Hur kan man då tänka om samband och effekter om man skall ge sig på att söka förstå inbördes samband mellan alla tänkbara orsaksfaktorer och det individuella utfallet?

Här finns inga enkla svar. Greenberg (1999) redovisar i *Handbook of Attachment* ett resonemang kring risk- och skyddsfaktorer och hur de kan tänkas interagera.

Komplexiteten ökar med antalet faktorer (multikausalitet). Vi har att göra med riskfaktorer, sådana som var och en ökar risken för problembeteende. Ibland tycks de kunna summeras men ibland råder en helt annan matematik. Ibland kan kombinationen av två riskfaktorer flerdubbla risken. Ibland kan de faktiskt motverka varandra. Många riskfaktorer är inte störningsspecifika och de kan leda till flera olika utfall. Samma utfall kan också orsakas av olika riskfaktorer.

Tidpunkten är vidare en faktor att väga in. En faktor kan ha större betydelse i ett tidigt utvecklingsskede t.ex. anknytningsmönster, en annan i ett senare t.ex. den kognitiva utvecklingen, en tredje ännu senare t.ex. föräldrars och/eller kamratgruppens normsystem. Kön och etnicitet, familj och miljöfaktorer kan vidare spela in genom att påverka faktorernas inverkan på utfallet.

Vi har också att göra med skyddande faktorer, ett förhållande som alltmer uppmärksammas på senare år. Dessa interagerar med övriga relevanta faktorer på sätt som kan påverka utfallet i för individen mer gynnsam riktning.

## ***Den antisociala banan – en utvecklingsmodell***

Vid Oregon Social Learning Center i USA bedrivs kvalificerat arbete med barn och ungdomar med beteendestörningar och deras familjer. John B. Reid från detta center presenterade vid ett besök i Lund 1999 en intressant modell för hur antisocialt beteende utvecklas över tid, d.v.s. den antisociala livsbanan (Reid, J. i Stoff, D. M., Breiling, J., & Maser, J. D. red., 1997).

I ett förebyggande perspektiv är det viktigt att veta vilka riskfaktorer man vill påverka på varje ålders- eller utvecklingsnivå. Då kan man mäta om de aktuella riskfaktorerna minskade när interventionen skedde, om sannolikheten för de därpå följande riskfaktorerna skulle minska och om det skedde en minskning av de socialt signifikanta utfallen på lång sikt t.ex. ifråga om brottslighet och arresteringar. Modellen ger också enligt vår mening en bra bild av varför ett antisocialt mönster efterhand blir så motståndskraftigt mot förändring och varför det krävs allt större insatser riktade till flera miljöer för att vända utvecklingen ju äldre barnet blir. Modellen pekar också mot att det viktiga är de relationer barnet utvecklar till betydelsefulla personer d.v.s. riskfaktorerna innebär inte automatiskt att en riskprocess drar igång. Till exempel behöver en skilsmässa inte leda till svårigheter för barnet förutsatt att föräldrarna kan samarbeta efter skilsmässan, att ej konflikterna fortsätter att dominera och att barnet ej behövs var indraget i dessa (Reid, 1997). De psykosociala faktorerna påverkar barnet indirekt via socialisationen, d.v.s. föräldraskapet och andra relationer som barnet har med sin närmaste omgivning.



## *Allmänt om aggression*

### **Definition av aggression**

Ilska eller vrede handlar om den känsla som kan avläsas i ansiktet, höras på rösten eller tydligt avläsas i kroppsspråket. Det är först när denna känsla yttrar sig i beteende som direkt eller indirekt drabbar någon annan person, i syfte att skada eller såra, som vi talar om aggression (Berkowitz, 1993).

### **Olika perspektiv på aggression**

Olika forskare har olika perspektiv på aggression: Biologer utgår från evolutionsprinciper, genetiska koder, biokemiska faktorer samt aktiviteter i centrala nervsystemet (hjärnan). Psykologer utgår från inre spänningar och frustrationer, inlärd associationer, emotioner, perceptioner och beteendemönster. Sociologer utgår från sociala faktorer och kulturell påverkan. Dessa perspektiv snarare kompletterar än utesluter varandra.

### **Medfödda (genetiska) faktorer**

Här ingår sådant som olika temperament, aktivitetsnivå, grad av emotionalitet och andra liknande genetiska faktorer som indirekt kan bidra till aggressivt beteende. Gener är kemikalier som är programmerade att kontrollera och ändra proteiner. Det finns ingen direkt koppling mellan genetisk utrustning och beteende. Aggressivt beteende finns inte heller förprogrammerat i generna. Gener uppträder inte heller skilt från miljön och yttre inflytande. Det kan finnas medfödda strukturer som underlättar olika former av beteende. Det har emellertid inte kunnat påvisas att medfödda, genetiska faktorer kan ses som direkta orsaker till vad människor gör i bestämda situationer.

Även hormoner spelar antagligen en indirekt roll. Ett samspel mellan hormonella faktorer och yttre händelser kan påverka tröskeln för humöret och utlösa aggressivt beteende.

Det går också att påvisa viss grad av överföring mellan generationerna när det gäller aggressivt beteende. I de fall där det finns ett starkare samband, rör det sig snarare om inläring från den ena generationen till den andra.

## **Frustrationer och aggressivitet**

När människor bli frustrerade kan de reagera med aggressivitet (Dollard m.fl., 1939).

Den klassiska aggressions-frustrationshypotesen försöker kombinera en inbyggd biologisk faktor med inlärningsmekanismer för att förklara aggressivt beteende.

Aggression skapas ur ett obehagligt sinnestillstånd. Ibland handlar det om yttre obehagliga förhållanden som t.ex. stark värme, kyla. Om självbilden hotas kan det också leda till känslor av obehag. Obehagliga händelser liksom stress och hunger kan också skapa frustration.

## **Emotionell och instrumentell aggression**

Berkowitz menar att en biologisk struktur är grundläggande för all aggression. Händelser som medför obehag aktiverar detta system och skapar hos individen en önskan att skada andra. Berkowitz har föreslagit en tvåsystems aggressionshypotes, nämligen den emotionella aggressionen och den instrumentella aggressionen.

Den emotionella aggressionen är inte målinriktad utan styrs av känslor av ilska som väller upp inom individen och till slut leder till behov att slå till och skada andra. Oftast handlar det om att ge sig på dem som orsakat ilskan, men aggressionen kan också riktas mot andra som råkar komma i vägen. Här talar man också om impulsstyrd aggression.

Den instrumentella aggressionen är ett medel att uppnå ett mål. Ett barn skriker i en affär för att få godis eftersom det har fungerat tidigare. Så fort målet nåtts upphör skrikandet.

Det finns exempel på när dessa två olika former av aggressioner blandas hos samma individ.

## **Effekten av lek med våldsinslag respektive verklig aggression**

Berkowitz (1993) menar att lek med våldsinslag kan öka senare verkligt våld genom att skapa aggressiva idéer och genom att aggressivt beteende belönas. En avgörande faktor är vilket humör leken ger upphov till t.ex. om deltagarna upplever samhörighet och vänlighet i samband med leken. Berkowitz hävdar att pojkar tycker om att leka med leksaksvapen för att de vill behärska världen och bemästra det farliga. Detta är något naturligt och inte detsamma som att uppmuntra till aggressiv lek.

Verkliga angrepp kan minska önskan att göra ytterligare skada. De flesta människor kan genom självkontroll och självbehärskning stanna upp innan de skadar varandra. Hos vissa s.k. reaktivt aggressiva personer stiger ilskan väldigt snabbt när de blir utmanade eller provocerade. De får då svårt att hämma sina våldsamma impulser.

Människor som angriper andra när de blir provocerade, kan uppleva fördelar på kort sikt. Långtidseffekten är däremot dålig. De man attackerat kan t.ex. slå tillbaka och ge igen.

## ***Aggressivitet och anti-socialt beteende***

Traditionellt har gjorts skillnad mellan fientlig eller affektiv (reaktiv) och instrumentell (proaktiv) aggression (Atkins et al., 1993; Coie et al., 1991; Dodge & Schwartz, 1997; Price & Dodge, 1989). Bara den tidigare kopplas samman med impulsivitet. Det verkar också som om reaktiv aggression visar sig vid en tidigare ålder än proaktiv aggressivitet. Pulkkinen (1987) har också skilt mellan offensiv (oprovocerad) och defensiv (provocerad) aggression, där bara den tidigare kopplas samman med senare kriminalitet. Mer nyligen, har Crick (1996; Crick & Grotpeter, 1995) beskrivit "relationell" aggression (utesluta vänner från kamratgruppen eller ignorera dem; utöva stark påtryckning). Denna typ av dold aggression har kopplats samman med kamratsvårigheter och andra barn tycks se dessa negativa relationsinriktade manipulativa handlingar som argisinta, skadliga beteenden – mycket på samma sätt som de uppfattar fysisk aggression (Crick & Dodge, 1996).

## ***Några teoretiska förklaringsmodeller***

Bråkigt beteende, aggressivt beteende, utagerande beteende, antisocialt eller kriminellt beteende kan vara synonyma eller överlappande begrepp. Ibland är det uppenbart för betraktaren vad som utlöser beteendet, ibland är sammanhanget fördolt också för den som betar sig. Det handlar om beteenden som i allmänhet inte är önskvärda och som förorsakat mycken tankemöda och teoretiserande i syfte att förstå samband och hur de kan åtgärdas.

Vid studium av relevant litteratur har vi funnit följande huvudinriktningar:

- Attachmentteori: Aggressivt och bråkigt beteende ses som resultat av förhållanden i den tidiga anknytningen mellan modern och barnet. Vissa anknytningsmönster gör att barnet misstolkar sin omgivning och därmed kan utlösa icke adekvat aggression eller tendens att reagera med bråkigt beteende (Bowlby, 1969, Emde, 1980, Sroufe, 1988, Kernberg & Chazan, 1994, Perris, 1996, Garbarino, 2000).
- Temperamentteori bygger på att barn från födseln har olika temperament eller karaktärsdrag. Barn med starka eller livliga temperament kan vara både snarare och kraftfullare i sina reaktioner inklusive aggressiva och bråkiga beteenden. Personlighetsdrag som förknippats med antisocialitet är hyperaktivitet och impulsivitet (Thomas, Chess & Birch 1968, Rutter 1998).
- Traumateori. Tanken här är att traumatiska upplevelser sätter djupa spår i individen som så länge de inte är bearbetade och integrerade, "lever sitt eget liv" i individen. Detta kan medföra tendenser att obearbetade traumatiska händelser kan väckas till liv av i och för sig bagatellartade detaljer i en given situation och därmed ge upphov till reaktioner som kan vara aggressiva till sin natur och helt sakna relevans i den aktuella situationen (Tinker & Wilson, 1999, Perry, 1999).
- Inlärningsteori, social inlärningsteori. Aggressiva beteenden är inlärd och hålls vid liv av miljöfaktorer. Aggressivt beteende lärs in främst indirekt via observation av en rollmodell som når sina mål genom aggressivt beteende. Aggressivt beteende har vidare belönats och därmed förstärkts (Patterson, 1992, Kazdin 1997b).
- Kognitiv förklaringsmodell. Beteenden har sin grund i tankeprocesser. Avvikande beteende, t.ex. inadekvat aggressivitet kan bero på skador i centrala nervsystemet eller i biokemiska mekanismer som har betydelse för perceptuella och kognitiva processer. Barn med

beteendestörningar har visat sig ha en mängd kognitiva brister, de feltolkar signaler, kan tillskriva andra fientliga avsikter som de reagerar på, de underskattar den egna aggressiviteten och avsvär sig ansvaret för en konflikt osv. (Bailey, 1998, Crick & Dodge, 1994, Patterson, 1992).

- Psykodynamisk teori. Enligt jagpsykologin har beteendestörda barn strukturella brister i jaguppbyggnaden. Deras upplevelse och tolkning av omvärlden förvrängs av bl a projektioner, negativa självbilder och övermått av aggressiva känslor (Kernberg & Chazan, 1994, Humble & Settergren, 1974).
- Sociologisk och socialpsykologisk förklaringsmodell. Denna teori handlar om familjens och övriga omgivningsfaktors betydelse för benägenhet till aggressivt eller brottsligt beteende (Tonry, Ohlin & Farrington, 1991, Martens, 1992). Familjestruktur, socioekonomisk status och socialisation är nyckelbegrepp.
- Kriminologisk förklaringsmodell. Här utgår man från samband mellan brottslighet och samhälleliga förhållanden. (Sarnecki, 1990). Viktigast här är sambandet mellan samhällsställning och kriminalitetsutveckling. Strainteorin (strain = tryck) handlar om människors möjligheter resp. brist på möjligheter att tillfredsställa sina behov. Subkulturteorin ser brottslighet som resultat av konflikter mellan olika kulturer.

Utförligare version av ovanstående förklaringsmodeller, se bilaga 3.

Förmågan att kunna uttrycka och reglera känslor är väsentlig för vår förmåga att styra aggression. De senaste årens hjärnforskning har kunnat bekräfta detta. Vi vet nu att hjärnan formas genom att användas, den är användarberoende. Vi vet att erfarenheter lagras i hjärnan genom att synaptiska förbindelser etableras och förstärks. Vi vet nu att detta innebär att vissa delar av hjärnan faktiskt ökar eller minskar i storlek genom att göras mer eller mindre aktiva. Genom den nya tidens teknik (SPECT, MRI och PET<sup>2</sup>) kan man visuellt följa förändringsprocesser. Exempelvis har behandlingseffekter av kognitiv beteendeterapi vid panikångest och EMDR –behandling vid PTSD<sup>3</sup> kunnat påvisas på hjärnnivå (Gabbard, 2000).

LeDoux (1998) har särskilt inriktat sin forskning på att förstå de underliggande hjärnmekanismernas samband med våra känslouttryck. Han har speciellt studerat en hjärnmekanism som är knuten till amygdala, en mandelformad kärna i det limbiska systemet i hjärnan. Amygdala är ett emotionscenter och en alarmcentral för skydd mot fara i limbiska systemet, ett flykt-kamp system, där tidiga känslominnen finns lagrade.

Medan amygdalas uppgift är att få igång en impulsiv reaktion, systematiserar och korrigerar andra delar av hjärnan sådana reaktioner. Säkringsventilen från amygdala går vanligtvis till hjärnbarken, som analyserar situationen och bestämmer en passande reaktionskedja till de emotionella impulserna. Känslohjärnan (amygdala) har ingen egen kontroll i sig själv, därför blir kopplingarna till hjärnbarken och språkcentrum viktiga.

De som har hög spänning i limbiska systemet upplever oftare obehag i samband med känslor och har svårigheter med att styra sina aggressiva impulser.

### ***Beteendestörningens neuropsykologi***

Moffitt (1993) skriver i en artikel om "beteendestörningens neuropsykologi". Artikelnen baserar sig dels på resultat från den stora longitudinella Dunedinstudien av 536 pojkar, dels även på 47 andra studier av antisocialt beteende och neuropsykologiska tester. I ett mer biologiskt inriktat tänkande utgår man från att något i hjärnan av olika skäl har blivit felaktigt. Det har uppkommit någon gång under barnets utveckling från foster till det barnet är idag och har sin grund i genetiska orsaker, d.v.s. kan vara orsakat redan på cellnivå, eller bero på en skada eller en felutveckling av annat skäl. Störningar i hjärnans utveckling på fosterstadiet kan bla ha sin orsak i drogmisbruk hos modern, dålig näringstillförsel under fosterstadiet, exponering för giftiga ämnen före och efter födelsen. Nervsystemets utveckling efter födelsen kan också skadas av brist på näring, stimulans och känslomässig närhet. Övergrepp av olika slag mot barnet liksom försummelse kan också tänkas orsaka skador.

Anomalin i sig innebär att barnets tänkande, perception och reaktioner fungerar annorlunda eller mindre effektivt än hos andra vilket implicerar frustrationer och aggressivt beteende, utanförkänsla, hävdelsesvårigheter etc vilka alla utgör grund för anpassningssvårigheter, brister i självkänsla och självförtroende, bristande känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991). Under denna rubrik ryms hela vidden av det vi idag kallar autismspektrumstörningar, ADHD eller

---

<sup>2</sup> SPECT. Single Photon Emission Computerized Tomography

MRI: Magnetkamera

PET: Photon Emission Tomography

<sup>3</sup> EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder

© S. Arver och K. Ellert 2001

DAMP<sup>4</sup>-problematik och även andra skadesyndrom eller mer fokala skadeeffekter. Situationen för dessa barn kompliceras ytterligare om dem, vilket ofta kan vara fallet, pga av sina brister blir svåra att förstå för föräldrar och övrig omgivning. Svårigheterna kan leda till långa kedjor av misslyckade möten mellan förälder och barn.

Moffitt påvisar att dylika funktionsbrister är signifikant vanligare hos "delinquents" (ungdomskriminella) än andra unga. Hon menar att det finns ett samband mellan låg begåvning, aggressivt beteende och antisocialt beteende, ett samband som inte beror på ökad risk för den mindre begåvade att bli ertappad med brottsliga gärningar. Mycket illa ute är barn som uppfyller diagnostiska kriterier för både CD och ADHD, är både antisociala och hyperaktiva. Genomgående var att antisociala ungdomar presterade sämre på två huvudområden, dels på språkbaserad verbal förmåga och dels på "exekutiva" funktioner, d.v.s. funktioner som bl a har med självkontroll och planering att göra.

När det gäller sambandet mellan neuropsykologiska brister och antisocialt beteende menar man att det antisociala beteendet tenderar att bli värre med åren men att neurologiska skador tenderar att förbättras eller läka ut. Ofta är neurologiska tecken efter en tid så små att de kan vara svåra att identifiera via test och man kan tycka att effekten rimligen inte står i proportion till skadans storlek. Kanske det är så, säger Moffitt, att de neuropsykologiska problemens effekter grundläggs tidigt i livet. Effekten av tidig neuropsykologisk sårbarhet kanske förstärks över tid i takt med att barnet interagerar med omgivningen för att senare kulminera i en uppförandestörning.

För tidigt födda barn utgör en riskgrupp på flera sätt. De har ofta små brister i olika avseenden och de löper även risk att mötas av överkrav då man gärna överskattar deras utvecklingsnivå och resurser.

Man har även påvisat samband mellan besvärligt temperament och hjärndysfunktioner hos barn. Svåruppfostrade barn och barn med besvärligt temperament riskerar att trötta ut sina föräldrar med påföljd att dessa kanske inte orkar med att uppfostringsvägen hjälpa sina barn i tillräckligt hög grad. Forskning vid Oregon Social Learning Center har elegant visat hur interaktionen mellan föräldrar och barn kan skapa och vidmakthålla destruktiva och aversiva beteendemönster (Patterson et al, 1992).

Av de 536 pojkarna i Dunedin-studien (Moffitt m.fl.) hade de 75 som både hade låg poäng på neuropsykologiska tester och dåliga hemförhållanden fyra gånger så hög aggressionspoäng som pojkar med antingen låg neuropsykologisk poäng eller dåliga hemförhållanden. Neuropsykologisk problematik kan göra barn mer sårbara för patogena miljöer. Barn och föräldrar tenderar också att samvariera när det gäller kognitiva förmågor. De barn som bäst behöver stimulans är de vars föräldrar har sämst förutsättningar att ge detta.

När det gäller språklig utveckling menar Moffitt att det finns starka belägg för samband mellan dålig språklig förmåga och beteendestörningar. Luria (i Moffitt, 1993) menar att normalt auditivt minne och abstrakt verbal förmåga är nödvändiga förmågor för utveckling av självkontroll och att de från allra första början påverkar hur framgångsrik socialisationen blir. Låg intelligens medför även ett snävare perspektiv och sämre förmåga att ta ansvar. Förmågan att med hjälp av språket tänka abstrakt är mycket viktig. Verbalt svagt rustade barn tenderar att bli bestraffade oftare än andra. Dålig språklig förmåga kan även leda till mer "fysiskt" beteende inkl hot och våld för att få

---

<sup>4</sup> DAMP: Dysfunction in Attention, Motor Control and Perception. Ett vidare begrepp än ADHD men nära besläktat. Innefattar även en motorisk komponent.

viljan igenom. Moffitt refererar till ett flertal studier som visar att beteendestörda ungdomar har lägre verbal IQ än performance IQ d.v.s. har lägre verbal, språklig, än icke-språklig intelligens. En undergrupp av de undersökta ungdomarna med hyperaktivitetsproblematik visade speciellt låga resultat när det gäller verbala faktorer och verbalt minne. Denna grupp hade dessutom företett extremt antisocialt beteende som förblivit stabilt från tre till 15 år.

Antisocialt beteende är också förknippat med brister i exekutiva funktioner som förmåga att behålla uppmärksamhet och koncentration, abstrakt tänkande och begreppsbildning, att formulera mål, förutse och planera, programmera avsiktliga handlingskedjor, att styra sig själv och självmedvetande, förmåga till impulsinhibition och förmåga att skifta beteende till mer adaptivt sådant.

Goodman (1995) rapporterar lägre IQ-poäng för beteendestörda barn. Adler, Frisk och Lidberg (1996) skriver i sin artikel om en grupp rättspsykiatriska patienter att dyslexi är en vanlig ingrediens. Läs- och skrivsvårigheter liksom svårigheter med impuls kontroll är mycket vanliga företeelser bland intagna på svenska ungdomsvårdande institutioner och fängelser. Ett samband mellan tidig hyperaktivitet och senare kriminell aktivitet rapporteras av Magnusson et al (1994). Vanekriminella visade sig ha bestående hyperaktivitet i tonåren. Det var även en sådan skillnad i hyperaktivitet mellan de varaktigt kriminella och de som begränsade sin kriminella aktivitet till en tonårsperiod. Även Rasmussen och Gillberg (2000) rapporterar i en uppföljning att frekvensen allvarlig brottslighet var klart högre vid 22 års ålder för en grupp som i sjuårsåldern erhållit diagnosen ADHD eller DAMP än för kontrollgruppen.

Rutter et al (1998) sammanfattar i en översikt att neuropsykologiska brister, nära kopplade till uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet är förknippade med ökad risk för antisocialt beteende.

### **Det salutogena perspektivet**

Antonovsky har i sin bok om "Hälsans mysterium" lyft fram det salutogena perspektivet. Det tänkande som genomsyrar boken har kommit att få stor betydelse för hur många idag väljer att se på hur man kan förstå och åtgärda problemsituationer kring barn och ungdomar. Flera forskningsprojekt har gått vidare med denna inspiration. Werner (1995) studerade "maskrosbarn" på Hawaii. En grupp barn som trots till synes usla förutsättningar klarat sig relativt bra i livet. Bland de viktigaste skyddsfaktorerna kan nämnas förmåga att finna positiva relationer och att knyta an. Allt har dock sitt pris. Inte heller dessa maskrosbarn gick oskadda genom uppväxten (Werner, 1995). I Sverige bedrivs även en del forskning på salutogena faktorer, bl a i Lund och Örebro.

Antonovsky menar att det salutogena perspektivet skall ses som ett komplement till det patogena perspektivet. I det salutogena perspektivet väljer man att söka skyddande faktorer, "friskfaktorer" hos eller kring individen, medan man i det patogena perspektivet söker efter brister, svagheter, sårbarhetsfaktorer eller "riskfaktorer".

I Antonovskys modell för hälsa finns ett centralt begrepp, sense of coherence, känsla av sammanhang, förkortat KASAM som nyckelbegrepp för att förstå psykisk hälsa eller psykiskt välbefinnande. För att uppleva en känsla av sammanhang skall man enl Antonovsky uppleva att tillvaron är begriplig, hanterbar och meningsfull. Det är ett fruktbart angreppssätt som kan tillämpas för att söka förstå hur riskfaktorer spelar in i våra liv, hur brister i vår utrustning försvårar för oss och efter vilka vägar vi skall dels söka förebygga att psykisk ohälsa uppkommer, dels arbeta för att uppnå eller återvinna den. Våra psyken är liksom våra organismer ständigt utsatta för intryck och påverkan av olika slag. Goda erfarenheter blandas med dåliga och det gäller för oss att maximera de goda och minimera de dåliga, åtminstone att minimera deras negativa inverkan på självkänslan.

Det är nyttigt att vända på perspektivet. Furman (1998) har skrivit en bok där han samlat berättelser om hur man kan klara livet trots en svår barndom.

## En svensk tillämpning

Cederbladh m.fl. (1994) har som en del av en prospektiv, longitudinell studie av mental hälsa, den s.k. Lundby- studien intervjuat 148 individer i åldrarna 42 -56 år om deras erfarenheter i ett livsloppsperspektiv. Det urval personer som intervjuades denna gång var de som under barndomen var utsatt för tre eller fler psykiatriska riskfaktorer såsom mentalsjukdom, kroppslig sjukdom, alkoholism, kriminalitet, komplikationer vid födseln, skilsmässa, dödsfall och placering som barn.

Faktorer som tidigare befunnits öka motståndskraft mot stress hos barn och ungdomar identifierades. Den personliga dispositionen under barndomen som associerades med positiv mental hälsa som vuxen var positiv självkänsla, framgångsrik coping, inre kontroll (inner locus of control) och intellektuell förmåga. Familjefaktorer under barndomen, såsom tillitsfulla och intima relationer med åtminstone en förälder och delade värderingar, var också viktiga.

Antonovskys SOC-modell (sense of coherence) kan användas för att förklara på vilket sätt de skyddande faktorerna ovan kan leda till hälsa genom att öka individens förmåga att förstå, hantera och se mening i tillvaron, de tre begreppen som utgör känslan av koherens eller översatt till det svenska begreppet, känsla av sammanhang (KASAM).

På en utredningsavdelning på BUP-kliniken i Lund, där man tar emot ungdomar med grava relationsproblem, skolsvårigheter, kriminalitet och risk för missbruk har man medvetet arbetat in det salutogena synsättet i sin dagliga arbetsmetodik förutom det utvecklingspsykologiska och det psykopatologiska perspektivet.

Man arbetar medvetet för att kartlägga och stärka följande faktorer:

Inre skyddsfaktorer, individfaktorer:

1. God social kompetens,
2. Positivt självförtroende,
3. Självständighet,
4. Framgångsrik coping,
5. Intelligens och kreativitet,
6. Utveckling av speciella intressen och hobbies,
7. Inre kontroll (inre locus of control),
8. Impulskontroll,
9. Hög aktivitet och energi,
10. Optimism och framtidstro.

Yttre skyddsfaktorer, omgivningsfaktorer:

1. Hjälpa andra,
2. Betydelsefull annan person,
3. Tillitsfulla och intima relationer,
4. Klart definierade gränser och subsystem,
5. Positiv förälder-barn relation,
6. Klara regler i hemmet,
7. Delade värderingar.

Detta arbetssätt har bidragit till en lägre konfliktnivå, ett medvetet diagnostiserande av resurser och mindre utbrändhet hos personalen och en positiv förändring för ungdomarna. (Hult, Waad, Cederblad och Hansson, 1996).

Stattin (1997) har formulerat en arbetsmodell för det ”psykologiska immunsystemet”. I hans modell ingår dessa variabler: irritationsinhibering, känslomässig kontroll, impulsinhibering, uthållighet, synkronicitet, socialt skapande förmåga, social mobilisering, självförtroende, problemlösningskapacitet, social känslighet, upptäcktsförmåga, känsla av personlig utveckling, självrespekt, känsla av sammanhang, känsla av kontroll och positivt tänkande. Ett särskilt formulär har utformats för att mäta detta (Olah & Stattin, 1998).

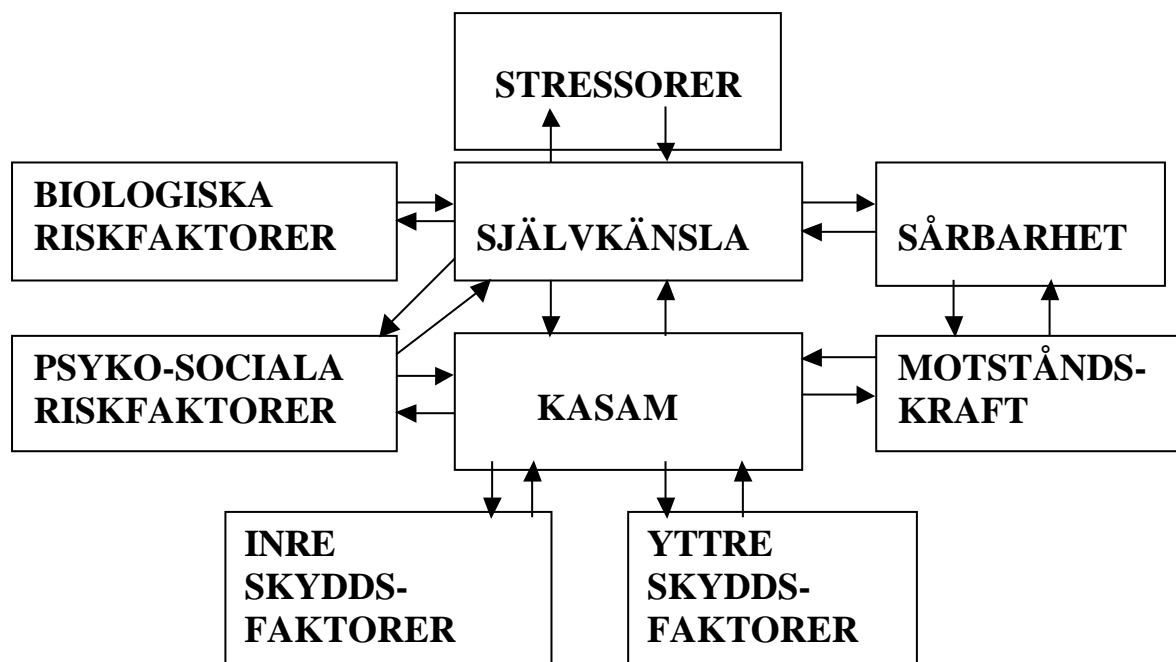
### ***Bråkiga barn, riskfaktorer och motståndskraft***

Enligt Rutter mfl (1997) är det:

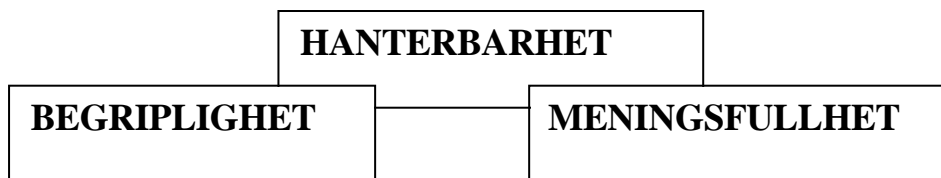
- A. För det första viktigt att skilja mellan riskindikatorer och riskmekanismer. Exempelvis är det vid skilsmässa inte familjens splittring i sig som leder till en risksituation för barnet, utan det är de processer som uppstår ur detta som utgör riskmekanismer, exempelvis svårigheten att vara ensam förälder eller bråk mellan föräldrarna där barnet blir indraget.
- B. För det andra så finns det en tendens att föräldrar som har en genetisk risk också i större utsträckning ger barnen sämre uppväxtvillkor. En familjepsykosocial risksituation som ser ut att handla om miljöfaktorer för barnet kan alltså också innehålla en genetiskt grundad risk som man glömmer ta hänsyn till.
- C. För det tredje bör vi vara medvetna om att sambandet mellan psykosociala riskfaktorer och ohälsa ibland i större utsträckning handlar om barnets påverkan på sin miljö, snarare än om miljöns effekter på barnet. Påverkan sker givetvis också i omvänd riktning.

Med begreppet resilience avser Rutter en motståndskraft, att besitta en förmåga att återhämta sig, en överlevnadsförmåga under svåra förhållanden. I resilienceprocessen utgår Rutter från sju aspekter: risknivån för barnet och dess känslighet inför risksituationer. Sättet att reducera negativ påverkan och negativa kedjereaktioner samt att skapa positiva kedjereaktioner och öppna nya möjligheter, förekomsten av neutraliserande erfarenheter och barnets inre kognitiva processer.

1. Risknivån. Samma mönster gäller för genetiska (biologiska) som psykosociala riskfaktorer. Först när det blir en kombination av flera riskfaktorer påverkar det barnet kraftfullt i negativ riktning. Det är dock viktigt att se hela mönstret och även ta med de skyddande psykosociala och genetiska faktorerna.
2. Den individuella känsligheten (sårbarheten) handlar både om en genetisk disposition och erfarenheten av tidigare svårigheter. Upprepade psykosociala påfrestningar för barn och ungdomar som inte mynnar ut i bra lösningar ökar deras sårbarhet, medan lyckade lösningar stärker dem. Barn med lägre intellektuell förmåga visar ökad risk för antisocialt beteende och barn med svårhanterliga temperament är känsligare för påfrestningar.
3. Sätt att reducera negativ påverkan. Barn med ”ett svårhanterligt temperament” drar lättare på sig syndabocksrollen. Fientlighet, negativ kritik och negativa känslor som är direkt fokuserade på det individuella barnet- som när någon är syndabock – är en mer potent riskfaktor än allmänt familjebråk.
4. Negativa kedjereaktioner. När ungdomar söker sig till ett kriminellt kamratgäng ökar inte bara sannolikheten för att de kommer att fortsätta med sina antisociala aktiviteter, utan även sannolikheten för att de gifter sig med en partner från en liknande högriskbakgrund. Det är viktigt att som ung undvika risker av olika slag, exempelvis att förlita sig på droger, sluta skolan eller att som tonåring skaffa barn för att fly från en stressfylld familjesituation. Det är viktigt att föräldrar utövar tillsyn och övervakar vad deras barn gör.
5. Positiva kedjereaktioner. Barn med ett positivt temperament får i högre grad värme tillbaka från andra människor. Starkt samband mellan positiva erfarenheter från skolan och framgång i vuxenlivet .
6. Neutraliserande erfarenheter. Äktenskapliga stridigheter påverkar barnet mindre om det har en varm, nära relation med en av föräldrarna. Bra kamratrelationer har visat sig ha ganska liten neutraliserande effekt på svårigheter inom familjen. Framgång i skolan, i såväl teoretiska ämnen som idrott och musik, visar på ett positivt samband med socialt fungerande i vuxenlivet.
7. Barnets inre kognitiva processer d.v.s. hur barnet förmår att integrera sina upplevelser, ge dem en mening och göra dem till en del av sig själv är viktigt för barnets framtida hälsa. Att kunna införliva det negativa som hänt på ett sätt som bygger på det positiva, kan vara det som i stor utsträckning påverkar graden av motståndskraft. I modellen nedan har detta uttryckts med hur mycket man kan uppleva känslan av sammanhang i tillvaron (KASAM). Detta begrepp innefattar i hur stor utsträckning man kan begripa ett problem, hantera det och finna någon mening i tillvaron.



KASAM = KÄNSLA AV SAMMANHANG:



**Figur 2.** En sammanfattande modell av risk- och friskfaktorer. Vad som påverkar om ett barn utvecklar en beteendestörning eller ej. Denna modell är en kombination av begrepp hämtade från M Rutter och A Antonovsky,

## ***Behandling av bråkiga barn***

### **Historik**

Den psykiska barn-och ungdomsvården (PBU, numera BUP) i Stockholm startade i början av 1900- talet med syfte att motverka tendensen till ökande asocialitet i samhället. Den viktigaste målgruppen var från början de socialt missanpassade, destruktivt agerande eller beteendestörda barnen och ungdomarna. Man utvecklade under 1950-70-talen arbetsmetoder som passade beteendestörda barn såsom aktivitetsgrupper, terapigrupper och terapikolonier. Terapiskola och dagbehandlingsverksamhet växte fram.

Samtidigt skedde en psykoterapeutisk professionalisering och en organisatorisk uppdelning som ledde till att de missanpassade barnen och deras föräldrar så småningom inte längre passade in som klienter på mottagningarna. Det psykoanalytiska inslaget i behandlingen växte till nackdel för de pedagogiska och stödjande inslagen. En tudelning åstadkoms där de utagerande, stökiga barnen antingen kom till skoldaghem eller till den slutna barn- och ungdomspsykiatri medan de mindre stökiga, neurotiskt störda barnen kom till den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården. PBU har på senare år i samband med försämrad ekonomi även avvecklat större delen av de ovanstående specialpedagogiska och miljöterapeutiska verksamheterna (Eresund, 1999). En liknande utveckling, fast ej lika uttalad, har skett i landet i övrigt.

### **Att ingripa tidigt**

En period har det rått en hel del behandlingspessimism och ointresse för gruppen utagerande, bråkiga barn. Man har sett att en mindre grupp av dessa barn som tidigt visat ett aggressivt och anti-socialt beteende har varit svår att förändra. Redan ett barn i 5-6 årsåldern kan ha kommit in i ett mönster av trots och olydighet som sedan kan utvecklas till utbrott, fysiskt våld och kränkningar (se modell av Reid, s. 9). Det anti-sociala mönstret blir svårare att förändra med tiden då det efterhand blir alltmer självförstärkande (Patterson m.fl., 1992).

Utifrån den kunskapen kan man förstå att det bästa är att ingripa så tidigt som möjligt och ge stöd till föräldrar som behöver det redan före- och efter förlossningen. Det stöd som ges via mödra- och barnavårdscentraler är viktigt. Till exempel stöd att avstå från rökning, hembesök för att bryta isolering och ge stöd, allmänna föräldragrupper, stöd till att få igång det tidiga samspelet mellan mor och barn genom t.ex. Marte Meo-metodik osv. (Wirtberg & Hedenbro, 2000)

## **Föräldraträning**

Därnäst kommer föräldraträningsprogram riktade till föräldrar som har barn som är speciellt svårfostrade. Dessa program har visat sig mest effektiva om de sätts in redan i åldern 3-8 år. Två program; dels ett som baseras på videoband med modellförebilder och föräldragruppsdiskussion (Webster-Stratton, 2000), dels ett som utgår från Patterson och Guillon's social-inlärningsteori-baserade manual "Living with children" (1968) uppfyller bäst kriterierna för empiriskt utprovade behandlingar för gruppen barn med utagerande stört beteende (Brestan & Eyberg, 1998). Ett av huvudmålen är att få föräldrarna att kommunicera på ett mer konsekvent och förutsägbart sätt. Föräldrarna behöver hjälp och stimulans till att utveckla sin förmåga att sätta upp regler, använda positiv förstärkning, ge milda straff på rätt sätt, förhandla och göra bra kompromisser (Scott, 1998). Det är viktigt att skapa positiva upplevelser tillsammans med barnet, berömma och uppmärksamma bra beteende samt planera vardagen för undvikande av kollisionpunkter.

För skolbarn har det visat sig att det även samtidigt kan krävas program i skolan för att åstadkomma förändring, liksom att parterapi i vissa fall är nödvändigt för att reda ut föräldrakonflikter.

## **Behandling för barnen**

När barnen blir större har också kognitivt inriktade program såsom problemlösningsträning (Kazdin, 1997) visat effekt. Målet för denna träning är att öka färdigheterna i att lösa problem i svåra situationer. Man tränas i självinstruktion och att välja beteende som passar. Utveckling av empati och ökning av det prosociala beteendet med hjälp av modellinlärning och belöning är en del av upplägget. ART (aggression replacement training), Goldstein (2000) är ett exempel på ett sådant program som nu provas vid ett par ungdomshem i Sverige.

Funktionell familjeterapi (Hansson, 1996 och Alexander & Parsons, 1982) har också visat sig ha god effekt i tonåren. Utgångspunkten här är att problemen har fått en viktig funktion i ett familjesystem som har kört fast. Målet blir att ändra den patologiska kommunikationen från försvarsinriktad till stödjande så att den passar ihop med ett positivt fungerande. Man strävar efter att öka ömsesidigheten och de positiva förstärkningarna i familjen, etablera klar kommunikation, hjälpa till att specificera beteende som familjemedlemmarna önskar av varandra och att lära sig förhandla fram positiva lösningar på mellanmänskliga problem.

När barnen blivit större och speciellt för ungdomar som kommit in i ett anti-socialt fungerande som varat länge så krävs det insatser som både riktar sig till individen och dess omgivning på flera olika sätt samtidigt. Multisystemisk terapi (MST) har visat goda resultat. Terapeuten är i princip tillgänglig dygnet runt och har kontakt både med den unge själv, hans familj, skola, arbetsplats och inte minst kamratgrupp. Upplägget är familjebaserat, fokuserar på ökning av kommunikation, stärka sammanhållning och ändra negativa vanor (Henggeler, 1998). Andra multisystemiska angreppssätt där man även har professionella familjehem med i behandlingen som en del i en intensiv korttidsintervention har visat god effekt och utgör ett seriöst alternativ till behandlingshem (Chamberlain & Mihalic, 1998).

## **Familjebehandling**

Intensiv familjeterapi på familjebehandlingsenhet har också visat goda resultat i förhållande till den grupp som fått behandling där och som har stor symtombelastning, huvudsakligen externaliserade problem och oftast är enförälderfamilj. Sundelin (1999) menar att denna intensivfamiljeterapienhet-modell bör utgöra utgångspunkten för utvecklande av behandlingsprogram för denna prioriterade målgrupp därför att en bra vårdinsats för denna målgrupp bör samordna olika typer av psykologiska och sociala, terapeutiska och pedagogiska insatser. Insatsen måste vara uthållig i alliansbyggande och förtroendebyggande.

## **Kombinationsbehandling**

Eresund (1999b) leder ett projekt där längre tids individuell psykoterapi ges till beteendestörda pojkar i kombination med föräldrasamtal, av en och samma terapeut. Behandlingsmetoden heter stödjande expressiv lekterapi och bygger på psykoanalytisk teori, men använder sig också av jagpsykologi, objektrelationsteori, anknytningsteori och inlärningspsykologi. En del inslag liknar det som beskrivs som kognitiv beteendeterapi med barn. Det handlar om att tänka om det som händer i socialt samspel och om att tänka innan man handlar (Kernberg & Chazan, 1994). Eresund har registrerat klara förbättringar hos sju av nio pojkar. Terapeutens samarbete med föräldrarna och skolan är av stor betydelse.

Satterfield mfl (1987) lyckades också med en kombinationsbehandling Multimodality Treatment (MMT) bestående av medicinering och intensiv "cognitive-behavioral-interpretative" behandling baserad på en individuell behandlingsplan för varje barn, få mycket goda resultat, som dessutom visade sig hålla bra upp till 9 år efter avslutad behandling.

Barkley (1997) har ägnat sig åt problematiken utifrån ADHD-perspektiv. Han ger handfasta råd till kliniker och föräldrar och har arbetat fram föräldraträningsprogram som kan användas i studiecirkelform. Ett sådant program används i Uppsala och arbetar med en 8-stegsmodell som fokuserar på att ge föräldrar redskap att genom eget tydligt och konsekvent beteende hjälpa sina barn till bättre planering, impuls kontroll och beslutsfattande med hjälp av positiv uppmärksamhet samt ett visst mått av negativa sanktioner.

Hösten 1999 publicerades en stor rigoröst utformad jämförande behandlingsstudie, MTA-studien. Man fann att individuellt anpassad och noggrant uppföljd medicinering var i det närmaste lika effektivt som sådan behandling kombinerad med kognitiv beteendeterapi under en 14-månadersperiod. Den kombinerade behandlingen gav emellertid bredare effekter. Taylor (1999) skriver i en kommentar att resultatet talar för att den beteendeariktade behandlingen inte får överges då den ger barnen nya färdigheter som lärs in under den symtomfrihet som medicinen åstadkommer. Dessa nya färdigheter behöver barnet för att gå vidare i livet.

Assarson och Hofsten (1997), som bedriver familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp, menar att en medicinsk-biologisk förklaring vid neuropsykiatriska handikapp kan fungera som en viktig inkörsport för psykologisk behandling. Den kan öppna nya möjligheter för samförstånd, dialog och samarbete för att göra det bästa av situationen. De menar också att avlastande stöd- och hjälpinsatser ibland har mycket stor betydelse liksom terapeuternas deltagande i samarbetsmöten med skola och barnomsorg. Dessa familjer befinner sig ofta i en situation av långvarig stress och utmattning.

## *Några tidigare brukarundersökningar*

### **Om bemötande, behandlingsallians och resultat av behandlingen**

När man gör en brukarundersökning av mer allmän karaktär är man ju intresserad av hur nöjda familjerna är som haft kontakt med BUP och vad det är i kontakten mellan behandlare och familj som leder till förändring.

Kempe & Wikberg (1991) analyserade de familjer som haft kontakt med PBU och som var missnöjda. De anger fem kriterier för missnöje:

1. Samtliga problem som familjen sökte hjälp för var oförändrade eller hade ökat
2. Problem som hade minskat eller var försvunna sattes ej i samband med PBU kontakten
3. Familjen kunde inte tänka sig att söka hjälp på PBU igen
4. Familjen hade sökt hjälp på annat håll
5. Familjen hade i telefonintervjun gett direkta negativa omdömen om PBU-behandlingen.

Ajax & Patricks (1991) som gjorde en uppföljningsstudie genom telefonintervjuer av 20 familjer som mött två öppenvårdsteam vid en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik fann att tämligen väl kända generella förutsättningar för en bra behandling bekräftades, nämligen:

POSITIVT är att behandlaren:

- är lyhörd när han/hon medverkar i att hjälpa familjen att definiera sina problem
- aktivt förmedlar idéer och kunskaper som på olika sätt ansluter till familjens egna frågor och tankegångar
- erbjuder och initierar en behandlingsuppläggning som inger familjen hopp och som de därför aktivt vill engagera sig i
- snabbt erbjuder tid för ett första samtal.

NEGATIVT är att behandlaren:

- är alltför avvaktande, inte ger svar på frågor
- avfärdar familjens egen lösningsmodell, t.ex. föreslår relationsbehandling vid begäran om enskild utredning och behandling av barn/tonåring
- inte förmår balansera motstridiga behov, t.ex. ger en tonåring för stort utrymme
- för tidigt hänvisar till annan instans.

Eresund (1996) gjorde en kartläggning av de beteendestörda pojkar upp till 12 års ålder som sökte till en PBU-mottagning 1994. 47 pojkar valdes ut, samtliga med sådana symtom som vredesutbrott, bråkighet, störande eller destruktivt beteende, trots, mobbning eller skolk bland de uppgivna orsakerna till kontakten. Fem av de 47 pojkarna plockades bort då bråkigheten bedömdes vara tillfällig och krisrelaterad.

De var vid tiden för kontakten mellan 3 och 12 år gamla, med en genomsnittsålder på drygt 7 år. En knapp tredjedel av pojkarna bodde med bägge sina biologiska föräldrar, nästan hälften bodde hos ensamstående mamma. I 62 procent av familjerna fanns enligt föräldrarna någon form av psykosociala problem. Nästan hälften hade sökt hjälp tidigare.

I 74 procent av fallen kom familjerna på mellan ett och tio besök. Endast i tre fall rör det sig om fler än 20 besök.

I endast 38 procent av fallen har det varit möjligt att etablera en behandlingsallians. I dessa fall har behandlaren hållit sig till det problem som familjen visat beredskap att arbeta med, oftast pojkens skolsvårigheter. Samarbete mellan PBU och skola respektive daghem har förekommit i högre grad i den här gruppen än i gruppen som helhet. Kontakten har ofta varit gles och familjen har fått knyta an i sin egen takt.

Johansson & Skogsholm (1997) intervjuade 20 familjer genom ett slumpmässigt urval från de 42 ovan, som sökt för sina pojkar som hade störande aggressivt beteende, om deras upplevelse av PBU. Många familjer verkade ha en orealistisk förväntan i sitt hjälpsökande. Hälften hade en passiv inställning till behandlingen. De känslor man upplevde inför att gå till PBU var skuld, skam och misslyckande som förälder, men även en ”instrumentell attityd” kom till uttryck. 60 procent av familjerna menade att de fått hjälp på PBU. Familjerna tycks behöva en hög grad av tydlighet och en lång fas av kontaktuppgygnad innan de är beredda att gå in i en behandling.

## **METOD**

### *Urval*

Av de ärenden som under 1996 anmäldes till Barn och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund och därvid kodades som ”bråkighet”: 81 st, ”missbruk”: 3 st, ”kamratkonflikter”: 12 st, eller ”snatteri/stöld”: 6 st, valdes femtio st ut slumpmässigt. Fördelningen i intervjugruppen blev: bråkighet 42, missbruk 1, kamratkonflikter 4 och snatteri/stöld 3.

Vi har ej tagit med den grupp som redan vid anmälningstillfället kodades som huvudsakligen neuropsykologisk problematik. Det gäller 8 ärenden som detta år anmäldes för koncentrationsstörning och/eller hyperaktivitet. Av dessa anmäldes 4 för både hyperaktivitet och koncentrationsstörning, 2 för enbart hyperaktivitet och 2 för enbart koncentrationsstörning.

Familjerna kontaktades brevlades (se bilaga 2) med information om att de inom en viss tid skulle kontaktas för en telefonintervju.

Intervjuerna genomfördes nov 1998 – jan 1999 av artikelförfattarna varvid egna ärenden undveks.

8 ärenden (alla kodade som ”bråkighet”) föll bort i en första omgång då brevet med information returnerades pga avflyttning. Dessa ersattes med andra ärenden ur slumplistan.

### **Bortfall**

Av de femtio familjer som sedan kontaktades för intervju kom fyrtiosju att faktiskt bli intervjuade. De tre som föll bort fick vi av olika skäl inte tag i, ett ärende kodat ”missbruk” och två kodade som ”bråkighet”.

### *Intervju*

Denna gjordes efter ett halvstrukturerat formulär omfattande tio frågeställningar (se nedan). Intervjuerna tog ca en timme att genomföra. Ingen av de kontaktade familjerna avstod från att låta sig intervjuas men en förälder uttryckte skepsis och fick kontaktas en andra gång efter ca en veckas betänketid innan intervjun kunde komma till stånd.

## Bearbetning

Intervjusvaren kodades därefter enl. en plan som avsåg täcka av möjliga och rimliga svarsalternativ och göra en statistisk bearbetning av svaren möjlig och meningsfull. Under bearbetning av svaren kom vissa svarskategorier att revideras då de antingen inte tillförde någon ytterligare information, inte användes eller inte fångade upp nyanser i intervjupersonernas svar. Svaren kodades därefter och lades in i dator för statistisk bearbetning. Denna har gjorts dels med Microsoft Excel, dels med SPSS.

Intervjufrågorna avsåg att täcka av ett antal områden som vi önskade få belysta.

## Problemet

### 1.1 Vad sökte ni för?

Denna fråga ställdes för att få en uppfattning om hur vår kodning som baseras på den sökandes egen definition av kontakthanledning stämmer med vad den sökande minns av situationen vid anmälningstillfället. Det är dock inte helt egentligt då de familjer som kommit per remiss själva tillfrågats om hur de minns kontakthanledningen.

Kodningen har delvis följt en modell som prövats vid PBU i Stockholm (Carlberg et al, 1998). Vi har modifierat den för att se huruvida Raundalens (1996) tankar om orsaker till aggressivt/utagerande beteende återspeglas i intervjusvaren (se även 4. Familjens teori.). Vi har kompletterat med kategorier utifrån vår vidare definition av bråkighet ”i någon bemärkelse” till att omfatta även missbruk, snatteri/stöld och kamratkonflikter.

## Varaktighet

### 2.1 Hur länge hade problemet varat?

Detta är intressant att veta dels för att i någon mån få tankar om hur stor stressnivå omgivningen står ut med innan man söker hjälp, dels för att se om det i denna grupp går att skilja ut undergrupperingar. I den forskning kring beteendestörningar vi tagit del av finner vi att man talar om ”early” resp. ”late starters” som två tydligt åtskilda grupper med olika prognos (Moffitt, 1993b, Stattin, 1994, Rutter, 1998). Kan vi i detta material skilja ut dessa och ev. andra grupperingar?

### 2.2 Hade ni sökt hjälp tidigare? Var i så fall?

Vad finns det för mönster när man söker hjälp för bråkighet? Hos vilka instanser förväntar man sig att det skall finnas hjälp att få?

## **Kontaktorsak**

- 3.1 Vad var det som fick er att söka hjälp just då?  
Frågan ställs för att ge svar på om det är frågan om specifik händelse som utlöser hjälpsökandet eller om det handlar om droppen som får bägaren att rinna över = söka hjälp.
- 3.2 Var det lätt att komma i kontakt med BUP?  
Vi vill veta hur pass tillgänglig vår mottagning upplevs vara och även få en uppfattning om bemötandet utifrån väntetid både till första besök och i väntrummet.

## **Familjens teori**

- 4.1 Vad tänkte ni att det (problemet) berodde på när ni sökte?  
Hur tänker de sökande kring det akuta probleminnehåll som får dem att vända sig till BUP?  
Viktig utgångspunkt för hur man senare i processen kan tänkas känna sig bemött/förstådd.  
Avsikten har också varit att kunna jämföra familjens och behandlarnas syn på problemet.
- 4.2 Minns Du hur ni pratade om problemet (hemma)?  
Här finns möjligheten att svaren upplyser oss om familjeklimatet när det gäller samarbete eller motsättningar i familjen kring att söka hjälp. Finns det förväntningar om att hjälp finns att få? Vet man vart man kan vända sig?

## **Bemötandet på BUP**

- 5.1 Hur blev ni bemötta?  
Frågan ställs öppet och ger utrymme för många olika svar. Vad som ev. fångas in handlar troligen generellt om upplevelsen av att komma till BUP och det/de man möter här. Tycker man att man blir lyssnad på och förstådd? Lyckas BUP finna ett språk som blir begripligt och användbart för den hjälpsökande?

## **Arbetsättet**

- 6.1 Vad tyckte ni om det arbetsätt ni bemöttes med?  
Frågan syftar till att spegla hur behandlarnas sätt att arbeta stämt med familjens förväntningar, språkbruk etc. och kan ge en fingervisning om i vad mån man lyckats etablera en arbetsallians med familjen.

6.2 Var ni och behandlarna överens om:

6.2.1 problemet?

6.2.2 behandlingen/vad som gjordes? Se ovan. Viktigt i dagens vårdideologi och självklart i ett terapeutiskt förhållningssätt är att patienten och hans familj upplever delaktighet i det arbete som skall göras.

## **Utfallet**

7.1 Fick ni hjälp med det ni sökte för?

Hur ser familjen idag på resultatet av de insatser som blev följden av deras kontakt med BUP.

7.2 Vad tror Du var verksamt?

Med denna öppna fråga avsåg vi att få en övergripande idé om de kvaliteter i familjens möte med behandlarna som familjen värdesätter.

7.3 Var det något som saknades?

Ger den intervjuade möjlighet att nyansera sitt svar och även ge uttryck för vad man ev. har saknat, efterlyst och även diskutera BUPs utbud som man har mött det.

7.4 Om Du sökte igen, hur skulle Du då vilja ha det?

Se ovan. Ger för övrigt den intervjuade ytterligare möjlighet att nyansera och precisera sina tankar om vad man fått.

7.5 Hur har det gått med problemet – och varför gick det så?

Vi önskar få en sammanfattande bedömning från familjen av huruvida problemet kvarstår eller förändrats och så fall hur mycket sedan man sökte hjälp.

## **Yttre och egna resursers betydelse (för utfallet)**

8.1 Vad tror ni har bidragit till detta?

Tanken är att börja med en vidare formulerad fråga som skall ge möjlighet att ge ett svar som kan ta med även andra resurser än BUPs. Det kan t.ex. inbegripa angränsande verksamheter som kan ha varit engagerade. Det kan även inbegripa sådana saker som flyttning, skolbyte eller annat.

9.1 Vad är det hos er själva som har bidragit till att åstadkomma denna förändring?

Hos er föräldrar? Hos den unge/barnet?

En väldigt spännande frågeställning. Grundtanken bakom frågorna är att förändring som gäller en individ i en familj också kräver någon form av engagemang från krafter i familjen och/eller hos individen. Inspiration till att ställa frågan kommer från tänkande kring det salutogena perspektivet. Vi vill på detta sätt se om vi kan få den intervjuades syn på goda krafter och egenskaper hos sig själv och hos barnet/den unge samt i vad mån kontakten med BUP förmått engagera dessa resurser. Svaren har kategoriserats efter en modell för "psykologiskt immunförsvar" (Olah & Stattin 1998).

## **Feedback**

10.1 Är det OK/Vill Du att vi berättar lite för behandlarna om det Du sagt nu?

10.2 Synpunkter på intervjun.

Intervjuns avslutande frågor. Vi tror att det kan vara av värde med konkreta och riktade synpunkter till aktuella behandlare. Den intervjuade har således möjlighet att i detta skede lyfta på den sekretess som annars utlovats inför intervjun. Den allra sista frågan är öppen och kan ge oss synpunkter på upplevelsen att ställas inför dessa frågor samt idéer inför framtida intervjusituationer.

### ***Brukarundersökning som metod***

Brukarundersökningar har bl.a. blivit ett sätt i besparingstider för offentligt finansierade institutioner att påvisa kvalitet och effektivitet i verksamheten.

En kritik som riktats mot brukarundersökningar är att klienternas upplevelser är opålitliga och präglade av deras problem. Detta kan samtidigt sägas vara brukarundersökningarnas styrka och berättigande. Brukarens position är helt unik och t.ex. har en behandlare och en familj helt olika position, deras respektive förväntningar och uppfattningar om en behandling är olika. (Höjholt, 1993)

Ett kriterium på en bra brukarundersökning är att den skall kunna leda till förändringar d.v.s.. tillföra ny information (Schjöldt & Egeland, 1991). Brukarna bör tillfrågas på ett sådant sätt att ny information kan komma fram och förändring ske, av alla parter (Thorn, 1996).

Genom att beskriva flera olika perspektiv kan brukarundersökningar göras mer handlingsinriktade och förändrande för alla intresserade. Detta kan uppnås genom att fråga flera parter eller genom att i analysfasen jämföra klienternas beskrivningar med andra undersökningar, beskrivningar, teoretiska och metodiska undersökningar för att den vägen kunna se på skillnader och likheter i olika perspektiv.

Kommentar: Forskarrollen innebär en unik position. Det innebär ett mer förutsättningslöst lyssnande och ger en annan slags förståelse för klientens position. Vi har upplevt att det är värdefullt både för klienter och personal att tillåta ett ”forskande öga”. Det innebär i sig en möjlighet till ett nyfiket reflekterande över praxis och därmed möjlighet till utveckling.

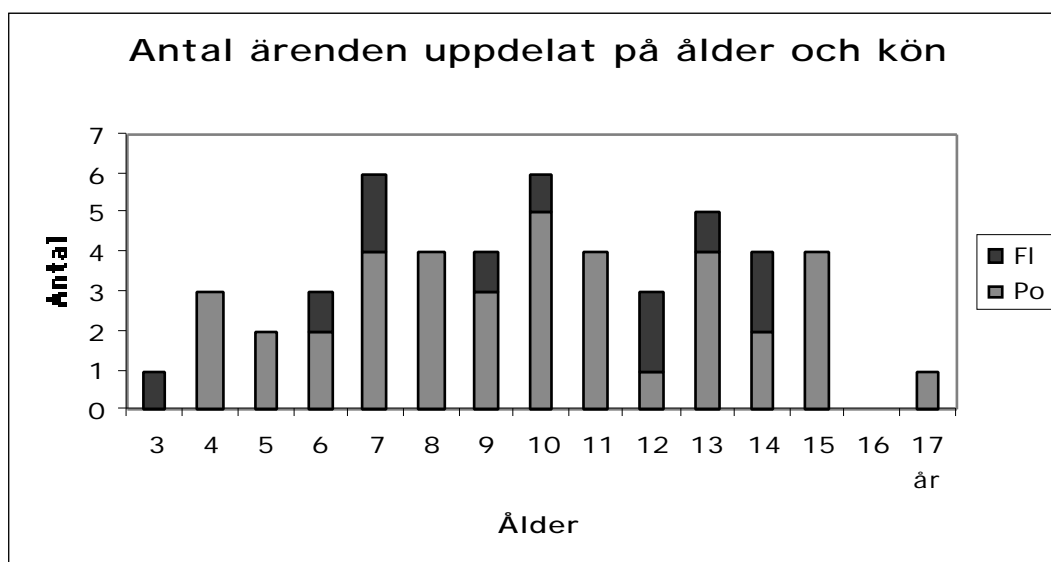
## RESULTAT

### Bakgrundsfaktorer

#### Ålder och kön

Tabell 1. Köns- och åldersfördelning

Kön	Antal	Åldersspann	Median	Medelvärde
Pojkar	39	4-17	9,5	9,85
Flickor	11	3-14	9,5	9,73
Summa	50		9,5	9,82



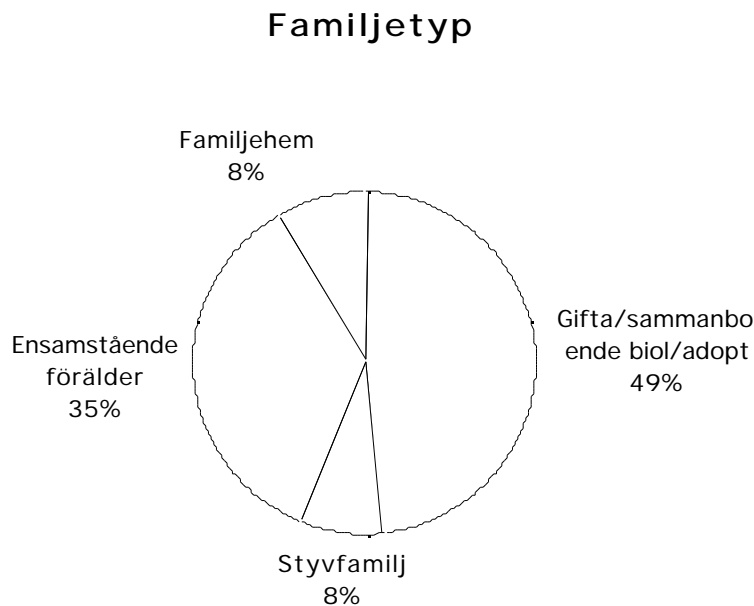
Figur 3. Antal pojkar och flickor fördelade på ålder och kön

Andelen flickor är 22 % (11 av 50). Andelen pojkar med bråkigt beteende är således klart högre än andelen flickor vilket stämmer väl överens med vad man funnit i andra undersökningar (Rutter et al, 1998). För hela gruppen sökande till BUP Östersund 1996 gällde att 54,4 procent var pojkar och 45,6 procent var flickor.

Det tycks som om 7, 10 och 13-årsåldern innebär något större problem med bråkighet/utagerande beteende. Detta kan hänga ihop med att stadieövergångar i skolan mellan låg-, mellan- och högstadiet kan innebära ökade krav på skolanpassning och oftast även på anpassning till kamratgruppen.

Kommentar: Bråkighet är något som vanligen upplevs som problem först i 3-4-årsåldern. Dessförinnan upplevs det troligen mer som ett naturligt beteende hos yngre barn. Bekymmer med barn i dessa yngre åldrar hanteras sannolikt ofta på mödra-barnhälsovården. Det kan då handla om bitande, svårighet att komma till ro, skrikighet, krångel vid matning, hög aktivitetsnivå, överdrivet kraftiga reaktioner etc.

## Familjetyp



**Figur 4.** Familjetyper

Kommentar: I jämförelse med normalpopulationen där 80 procent av barn och ungdomar upp till 17 år bor med båda sina biologiska föräldrar (SCB, 2000) finner man att andelen ensamföräldrar är högre i detta material, något som även gäller för hela den grupp som söker till BUP. Skillnaden mellan BUPs siffror och normalpopulationen är tydlig. Vad som döljer sig bakom detta är inte alldeles lätt att peka ut. Att vara ensamförälder vet vi innebär att alla marginaler har krympts jämfört med om man är två vuxna som kan dela på vardagsansvaret i familjen. Att vara ensam mamma med bråkig son kan i sig bjuda på ytterligare komplikationer. Om temperamentskillnaderna är stora mellan mor och son kan risken för missförstånd öka. Om mamma brutit sig ur en relation där våld har brukats kan likheter som mamma upplever mellan far och son bli svåra att hantera för henne. Om relationen fortfarande är konfliktfylld med fadern kan sonen hamna i en konfliktfylld mellanposition osv.

Vi finner även att andelen boende i familjehem är högre än i hela gruppen sökande till BUP. Barn i familjehem kan dels ha en ökad ärftlig belastning, dels vara traumatiserade av förhållanden i ursprungsfamiljen, dels är barn boende i familjehem generellt sett inte lika tryggt förankrade i familjen som barn i hel biologisk familj eller i adoptivhem (Bohman, 1996).

## Hemort

**Tabell 2.** Sökandes hemort

<b>Bakgrund-Hemort</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>sök-96*</b>	<b>bef-97**</b>
Berg	4	8	7	6,5
Bräcke	3	6	7	6,1
Härjedalen	2	4	8	8,0
Krokom	2	4	14	12,6
Ragunda	3	6	6	4,8
Strömsund	2	4	10	11,0
Åre	2	4	4	8,0
Östersund stad	32	64	44	42,9
(varav glesbygd	7	14)		
	50	100	100	100,0

\* procentuell andel sökande till BUP år 1996

\*\* procentuell fördelning av befolkningen 0-17 år i Jämtlands län år 1996

Kommentar: Östersund har stadsbebyggelse. I övrigt bor man antingen i mindre tätorter eller på ren landsbygd. Östersunds kommun med ca hälften av befolkningen har i vår undersökning en klart högre andel sökande än i BUPs totala inflöde. Andelen är alltså även högre än befolkningsfördelningen ger anledning att förvänta. Förhållandet att det är större övervikt för barn/unga från Östersunds kommun i detta material än i BUPs ”normalmaterial” är värt att observera. Orsakerna härtill kan vi endast spekulera över. En förklaring kan vara att sluppen slagit ut, en annan att benägenheten att söka för bråkighet är större ju närmare BUP man bor. Kanske stadsmiljön ger mindre utrymme för oroligare barn, kanske vissa bostadsområden ”levererar” fler barn med bråkighet (Jfr Rutter, 1975). Närheten till vårdresurser tenderar för övrigt allmänt sett att öka konsumtionen.

## Initiativtagare

**Tabell 3.** Vem tog initiativ? (Sökande – Remittent)

	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>BUP tot 1996*</b>
Anhörig	31	62	46,3
Förskola/skola	10	20	18,2
Sjukvård	6	12	22,2
Socialtjänst	1	2	11,8
Annan	2	4	1,4
	50	100	100,0

\* procentuell andel sökande till BUP år 1996

Kommentar: Andelen familjer/anhöriga som sökt hjälp på eget initiativ är i detta material klart högre än i BUPs totala sökandegrupp. Materialet är visserligen rätt litet men skillnaden så pass stor att man kan anta att det finns en reell skillnad. Socialtjänstens andel är anmärkningsvärt liten.

Det kan ju bero på att man har uppmanats att söka själva av skolan t.ex. men också att man i hög utsträckning söker hjälp med dessa barn. Enligt Folkman (1998) är dessa föräldrar mer hjälpsökande än föräldrar med barn som har mer inåtvänd problematik. Andelen som söker på eget initiativ (62 %) överensstämmer väl med en liknande undersökning av Johansson och Skogsholm (1997) där man intervjuat 20 familjer som sökt på PBU för en pojke med störande aggressivt beteende.

## *Problemet*

### **Vad sökte föräldrarna hjälp för?**

**Tabell 4.** Föräldrarnas problemformulering

<b>Kategorisering av anledning till att söka hjälp</b>	
(Mer än en kategori kan förekomma per barn)	
Utåtriktade symtom	37
Inåtvända symtom	11
Oro över barnet	7
Skolproblem	20
Neuropsykiatriska symtom	10
Psykosomatik	6
Utsatthet	5
Relationsproblem (i familjen)	7
Kamratkonflikter	5
Snatteri, stöld	3
Summa	111

Kommentar: Ett barn kan markeras för flera anledningar. Högst på listan kommer naturligtvis utåtriktade symtom som bråkighet, slagsmål, skrik, sparkar och stökighet. Intressant att notera är att en stor andel har inåtvända symtom av mer depressiv art. De är ledsna, förtvivlade, de har tankar om att inte vilja leva. En stor grupp av barnen har problem i förskola/skola både i fråga om att tillgodogöra sig undervisning och att anpassa sig till lärare och/eller kamrater.

Neuropsykiatriska symtom förekommer också ofta som överaktivitet, koncentrationssvårigheter och i en del fall även i fråga om en ADHD eller DAMP-problematik. Relationsproblem i familjen, d.v.s. bråk hemma, förekom också. Utsatthet kan handla om omsorgsbrister och/eller traumatiska upplevelser av mer eller mindre varaktig art.

Citat:

*"Han mådde allmänt psykiskt dåligt. Självmordstankarna var väldigt starka och mobbing. För det var på skolan: misshandel, mordhot och mordförsök."*

*"Flickan har en otrolig vilja och är tjurig. Det kliar i fingrarna. Vill hellre få hjälp innan det händer något."*

*"han fick ej komma på ett kalas" "i skolan hade han clownrollen" "lärarinnan hade gett upp"*

*"inte trivdes med skolan. Hade svårigheter med läraren."*

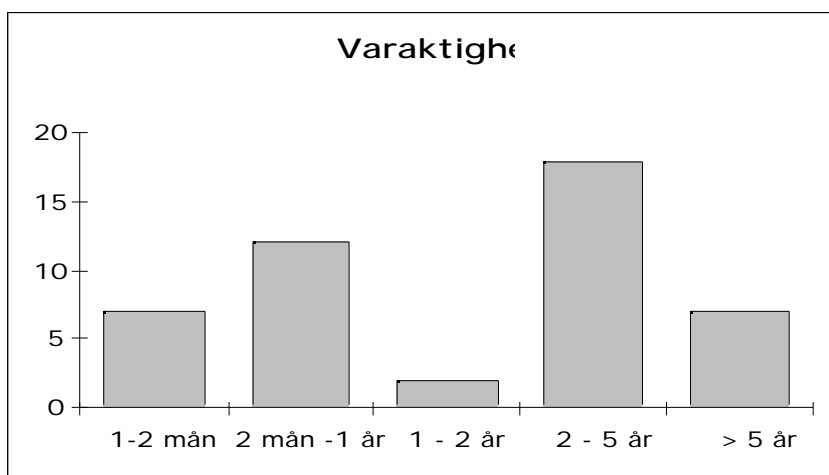
*"personal på dagis ringde en dag och sa att de ej orkade"*

*"jobbigt i skolan" "försenad utveckling ca 2 år" "aggressiv både hemma och i skolan"*

*"jag orkade ej" "...fick pojken en ADHD –diagnos"*

Detta mönster av olika slags symtom överensstämmer rätt väl med den tidigare undersökningen (se s. 3) av Johansson och Skogsholm (1997).

### Problemens varaktighet



**Figur 5.** Problemens varaktighet

Kommentar: För mer än hälften av gruppen har problemen varat i mer än 2 år innan aktuell kontakt togs.

Tidigare undersökningar har visat att det finns en grupp barn som tidigt har beteendesvarigheter av mer varaktig natur som främst utmärks av utagerande och bråkighet och en grupp med dylika problem som är mer övergående (Moffitt, 1993, Rutter m.fl., 1997). Föreliggande material antyder att det även här kan förhålla sig på detta sätt. Förhållandet får även betydelse för hur vi tänker om handläggning på kort respektive lång sikt.

## Har föräldrarna sökt hjälp tidigare?

Av de intervjuade 47 familjerna uppgav drygt hälften, 55 procent (27 st), att de hade sökt hjälp tidigare. Tre familjer fick vi aldrig kontakt med.

**Tabell 5.** Var man sökt hjälp tidigare

<b>Tidigare hjälpinstans</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% tot (av 47)</b>
Skola	9	33	19
BUP	6	22	13
BVC/MBHV	4	15	9
Primärvård	3	11	6
B o U habiliteringen	2	7	4
Barnmedicin	1	4	2
Soc (IFO, ekonomi)	1	4	2
Soc (fam.rätt)	1	4	2
	27	100	57

## Tidigare hjälpsökande

Kommentar: Mer än hälften har sökt hjälp tidigare. Många har sökt hjälp i skolan för sina barn och flera har haft kontakt med BUP tidigare. Många har sökt hjälp tidigare inom mer somatiskt inriktade verksamheter såsom BVC/MBHV, primärvård, barn- och ungdomshabilitering och barnmedicin. Enstaka har sökt hjälp tidigare inom Socialtjänsten. Detta kan delvis spegla att dessa problem ofta har en multifaktoriell bakgrund och delvis att de kan ha varit långvariga och svåra att komma till rätta med. Eller att den hjälp som erbjudits ej varit tillräcklig eller den rätta.

**Tabell 6.** Vad gjorde att föräldrarna sökte hjälp just då?

	n	%
Föräldrar stod ej ut	25	54
Råd (andra sade)	7	15
Både och	9	20
Konkret händelse	4	9
Annat	1	2
	46	100

Kommentar: Över 50 % av föräldrarna har uppgivit att de känt att situationen blivit ohållbar eller outhärdlig för barnets del som orsak till att söka. Det skall förstås så att föräldern uppger sig ej stå ut med att se sitt barn ha det så svårt. Barnet kan ha sagt sig inte vilja/orka leva med sin situation. En del av föräldrarna har dessutom tagit intryck av andra som uppmanat dem att söka hjälp. Några uppger en konkret händelse som anledning t.ex. att snatteri uppdagats.

Exempel :

*"jag tror det var soc som föreslog det" "hot om klassbyte" "visste att jag kunde ringa och fråga" "erfarenhet av en bror som hade dyslexi och fick hjälp för sent" " X på Barnhabiliteringen tyckte att vi skulle pröva." "Tips från min kompis och Bris" "det var kaos, måste ha någon att prata med" "det var så infekterat i familjen"  
"Efter samtal med skolan kändes det som att slå huvudet i väggen"  
"Han ville ta livet av sig" "Minns inte" "det blev så tokigt med BVC"  
"han var så arg och desperat, skulle skjuta läraren och spränga skolan"*

Bråkiga barn är sårbara. Man söker ibland BUP i ett ganska desperat läge då problemen varat en längre period och barnet börjat bli utstött och avvisat av både kamrater och lärare. Ofta är utgångspunkten bättre då man söker hjälp redan i förskolan då barnet inte hunnit internalisera en så negativ självbild. Jämför Reids modell av den antisociala banan som visar att det går att ingripa i princip under hela livet men att det blir svårare ju äldre barnet blir och då måste omfatta fler områden och arenor (Reid, 1997).

**Tabell 7.** Hur fattades beslutet att söka hjälp?

<b>Hur beslöt man att söka?</b>	<b>n</b>
Självklart att söka BUP	7
Diskussion, gemensamt beslut	22
En förälders beslut	10
Skola, soc, polis sade att ...	17
	56

Kommentar: Man kan se att i de flesta fall är man i familjen överens om att söka hjälp men att i ca 1/5 av fallen är det enbart den ena föräldern som står för det slutgiltiga beslutet att söka hjälp.

Det är fler svar än ärenden. De som angivit två svar har alla tagit med att någon tipsat eller föreslagit kontakt men de markerar ändå att beslutet varit deras eget.

Exempel:

*”Vi var överens om att söka, det var bara att göra det”*

*”Det var naturligt att söka BUP”*

*”Jag fick ringa. Mannen tyckte att man skulle klara sig själv”*

*”Pratade med skolsköterska, skoldoktor, kände jag behövde hjälp med det”*

*”Skolan sa att det var fel på pojken”*

## **Tillgänglighet**

Att komma i kontakt med BUP var överlag lätt. Av 44 intervjuade svarade 42 att det var lätt, en upplevde det besvärligt och en tillfrågad mindes inte. Väntetiden upplevdes heller inte besvärande lång av de flesta. 25 av 41 svarade att väntetiden var ”kort” och 8 ganska kort”, 2 svarade ”medel”, d.v.s. kanske vad man förväntar sig av vården, medan 6 familjer upplevde tiden ”lång” eller ”alltför lång”. På frågan hur man upplevt väntetid i väntrum svarar 40 av 41 att den var kort medan en tillfrågad fick vänta länge vid ett tillfälle.

Tillgängligheten till BUP upplevdes alltså som hög. Idag skulle svaren sannolikt se annorlunda ut då vi nu har en annan kösituation.

## *Familjens teori om problemet*

**Tabell 8.** Klassifikation av familjens teori om problemet.  
(Mer än en kategori kan förekomma per barn)

<b>Huvudgrupper</b>	<b>Antal</b>
”Individrelaterade” problem	28
”Familjerelaterade” problem	31
”Skolrelaterade” problem	17
Trauma	7

Ovanstående kategoriindelning har gjorts utifrån var föräldern lagt tyngdpunkten i sitt svar på frågan om vad man tänkt att svårigheterna haft sin grund i.

**Tabell 9.** Familjens teori - Individrelaterade problem

<b>Förklaring</b>	<b>Antal</b>
Neuropsykiatriskt handikapp?	11
Temperament (häftigt humör)	6
Instrumentell aggressivitet (målinriktat)	3
Ärftlighet	2
Åldersrelaterat	2
Matrelaterat (”blodsockernivå”)	2
Självförtroende	2

**Tabell 10.** Familjens teori - Familjerelaterade problem

<b>Förklaring</b>	<b>Antal</b>
Relationsproblem till expartner, vårdnadskonflikt	11
Yttre stress, tidsbrist	10
Relationsproblem i aktuell familj	10

**Tabell 11.** Familjens teori - Skolrelaterade problem

Förklaring	Antal
Inlärningsproblem (konc. svårigh, överakt., perc.svårigh, dyslexi?)	3
Konflikter med lärare	9
Konflikter med elever	5

**Tabell 12.** Familjens teori - Trauma

Förklaring	Antal
Trauma/omsorgsbrist (kaotisk uppväxt, övergrepp)	7

Kommentar: Föräldrarna har fått svara på vad de trodde problemen berodde på när de sökte. Det visade sig att de ofta uppgav orsaker av olika slag och på olika nivåer för samma barn. Förklaringen stod att finna både på individ- och familje- liksom på skolnivå och som trauma eller omsorgsbrist.

En förklaring kan vara att om man tidigt, redan i förskolan, kommit in i ett samspelsmönster av störande beteende med svårigheter att sitta still och koncentrera sig och konflikter och aggressivt beteende mot andra barn så är det lätt att detta mönster fortsätter och förvärras ju högre upp man kommer i skolåldrarna. Dels kan man misslyckas i skolundervisningen och få en ofruktbar relation till läraren som kan leda till trots och avvisande från ömse håll. Och vidare kan det bli ett avvisande från kamraterna som alltmer får svårt för att tolerera dessa beteenden. En kombination av neuropsykologisk sårbarhet och psykosociala riskfaktorer kan också leda till utagerande beteende hos barn (Moffitt, 1993, Rutter et al, 1998, Gillberg, Swanson et al, 1998).

Exempel:

*"Han som mobbade har utsatt flera. Vår pojke har dyslexi, koncentrationssvårigheter och svårt att sitta still och ta emot undervisningen."*

*"hon är svår att förstå sig på, gör destruktiva handlingar för att kommunicera. Hon har också dåligt självförtroende."*

*"hon är lik mej. Jag var väldigt tjurig som liten."*

*"hon var yngre än åldern" "hon hade fått ta för mycket ansvar"*

*"farit vind för våg med modern från 2 år till 4-årsåldern"*

*"pappa och farmor, varit mycket bråk där" "det var efter ett jättebråk så blev han som förändrad"*

*"sent utvecklad, känslig" "Han hade svårt att sluta och fick aldrig göra klart i skolan"*

*"skilsmässa, uppbrott och förändring" "kunde ej riktigt acceptera, blev aggressiv"*

*"fighter-relationen stämmer bra"*

*"utvecklingsförsening. Sårbar, aggressiv."*

*"relationen till läraren. Fler barn hade problem med läraren"*

*"felbehandling av föräldrarna" (barn som BUP konstaterade hade ADHD)*

*”egen depression och humörsvingningar, bristande ork. Inget nätverk och ny man med barn”*

*”ADHD och felbehandling av pappan- lovar honom saker och håller sällan vad han lovat”.*

## **Behandling**

**Tabell 13.** Bemötandet på BUP

<b>Bemötande</b>	<b>Antal</b>
Bra/Jättebra bemötande	36
Bra att få prata igenom	8
Bra undersökning	5
Lyssnade men visste ej	5
Det hände inte så mycket	6

Kommentar: 72 procent (36 av 50) har tyckt att bemötandet från BUPs sida var ”Bra” eller ”Jättebra”. Det finns också en grupp som tyckt att BUP lyssnat men att de inte visste just mer än föräldrarna själva eller att det inte ”hände så mycket” vid besök på BUP. Andra undersökningar (t.ex. Johansson & Skogsholm, 1997) får ungefär samma resultat i detta avseende.

Exempel:

*”Helt perfekt. Privilegium att få den hjälp man får. Y känner mig utan och innan. Var lätt att ta kontakt med henne. Z tog sig an R och oss. Han är helt speciell, otrolig man.”*

*”Mycket bra. ”*

*”Det var jättebra. Kom och hämtade i god tid. Han tyckte det var kul att gå dit.”*

*”Bra personal. B väldigt positiv, kom in i familjen och såg hur det fungerade på skola och dagis.”*

*”Jättebra. Alltid gillat hon vi gått hos.”*

*”Ja, de var väl trevliga”*

*”Nej, jag vet inte. Jag har fått viss hjälp till självhjälp.”*

## **Arbetsätt-Allians**

Av 43 svarande på frågan om hur väl BUPs sätt att arbeta stämde för familjen svarade 28 familjer att man tyckte att det stämde bra. I 15 fall blev svaret däremot nej och när vi då ställde frågan om vad som inte stämde uppgav 9 att det var ”för mycket prat” och 4 att det var för lite inriktat på barnet. En uppgiftslämnare tyckte att det var för glest med kontakter och en hade önskat få mer möjlighet till samtal bara mellan vuxna.

Vi ställde även frågan om man som förälder upplevde att man var överens med behandlarna om vad som utgjorde problemet. Här svarade 33 (23 + 10) ”Ja eller Ja i stort” medan 9 (7 + 2) svarade ”Inte direkt eller Nej”.

**Tabell 14.** Var föräldrar och behandlare överens om åtgärd?

	<b>n</b>	<b>%</b>
Ja	23	56
Ja, ganska mycket	7	17
Nej, man önskade mer	6	15
Nej, det blev inget	3	7
Nej, inte alls	2	5

Kommentar: 73 procent (30 av 41) av de som besvarat frågan upplevde sig ha varit överens med behandlarna om vilken åtgärd som skulle vidtagas. Det är en relativt sett ganska stor grupp, 27 procent (11/41) som ej upplevt sig ha en gemensam uppfattning om åtgärd eller behandlingsuppläggning med behandlarna

Exempel på när det stämde:

--"Stämde bra." "Jag var en bra mamma, gör det bästa för pojken." "fick tillbaka självförtroendet"

--"Pojken tyckte om henne på en gång, mjuk och go" "de lyssnade på mig" "fick det jag beställde"

Exempel på när det ej stämde så bra på en gång:

--"Jag begrep ingenting." "Blev ej insläppt i deras tänkesätt. Jag måste lära mig själv." De måste lyssna på mitt liv."

## Utfall

**Tabell 15.** Fick familjen hjälp med det den sökte för?

	n	%
Ja	15	36
Ja, ganska mycket	15	36
Nej, inte direkt	6	14
Nej	6	14
Summa	42	100

### Exempel på Ja-svar:

*"det tog sin tid men det vart mycket bättre"*

*"ja, vi fick all hjälp, det vi sökte för"*

*"utredning" "fick extraresurs på dagis"*

### Exempel på Ja, ganska mycket-svar:

*"Skolsituationen för pojken blev lugnare. Personlig assistent en kortare period."*

*"Han blev lite lugnare under den tid han var med i Barnpsyk."*

*"Slutade efter några veckor. Blev sitt rätta jag igen."*

### Exempel på "Delvis-svar":

*"Någonting gav det, kunde gå vidare. Självhjälp."*

*"Han fick en assistent när han började förskolan. Själva fick vi några råd." "Ej stöd och information framåt, uppföljning"*

Kommentar: 72 procent av de som besvarat frågan tyckte att de fått hjälp med det de sökte för (30 av 42)

Det är jämförbart med en tidigare undersökning av Johansson & Skogsholm (1997). I den undersökningen var tolv familjer (60 %) övervägande nöjda med PBU-kontakten och tyckte att de på något sätt fått hjälp genom PBU. Åtta familjer (40 %) var övervägande missnöjda med kontakten. I denna undersökning hade man sorterat bort rena krisfall d.v.s. relationsproblem av mer övergående natur. Om dessa skulle varit med i deras undersökning så hade andelen nöjda med stor sannolikhet överensstämt ännu bättre med vår undersökning.

**Tabell 16.** Vad var verksamt?  
(Flera svar kan anges per barn)

Positiva behandlingsfaktorer	n
Förståelse och respekt	24
Bra kontakt med behandlare	18
Bra, kunniga, behandlare	16
Bra info och råd	12
Fokusering på barnet	10
Man kunde prata på BUP	7
Test, bedömning, utredning	6
Balans samtal och annat	5
Bra att få ventilera	5
Bra att få andra perspektiv	4
Medicin	1
Vet ej	1

Kommentar: Föräldrarna uppger flera olika faktorer som man trodde varit verksamma i BUPs behandling. Se lista ovan. Förutom terapeutegenskaper som förståelse och respekt, kontakt och kunnighet nämndes bra information och råd liksom fokusering på barnet. Andra faktorer som nämns är samtalets välgörande effekter, att få prata, ventilera och få andra perspektiv. Även bedömning och test anses ha varit viktigt liksom i något fall medicin.

## Saknades något?

På den frågan svarade 50 procent (21st) ”ja” och lika många ”nej”.

**Tabell 17.** Vad saknades?

	<b>n</b>
Fokusering på barnet	8
Konkreta råd	7
Kompetens hos behandlare	6
Uppföljning	4
Tid och kontinuitet	3
”Respekt för andras professionalitet”	1

Kommentar: 50 procent saknade inget i kontakten med BUP. De 50 procent som saknade något nämnde önskan om mer fokus på barnet, mer konkreta råd, mer kunskap hos behandlarna. Vidare tar man upp ett par faktorer man ansett vara viktiga förutsättningar för bra behandling nämligen uppföljning samt tid och kontinuitet. En intervjuad kunde ange flera svar.

**Tabell 18.** Vad ville föräldrarna ha annorlunda?

	<b>n</b>
Mer fokus på barnet	7
Mer konkret	5
Akut tid	5
Mer utrymme för föräldrar	4
Ej BUP igen	3
Annan lokal	1

Kommentar: 61 procent önskade ha det på samma sätt om man skulle söka igen. Övriga önskade sig mer fokus på barnet, mer konkret innehåll, akut tid när man behövde det samt tid för samtal för föräldrarna separat. En intervjuad kunde ge flera svar.

Detta stämmer väl överens med tidigare refererad undersökning av och Johansson & Skogsholm (1997). De säger att ...”familjerna har önskat en tydlighet från behandlarna, de har velat ha en förklaring till pojken beteende eller så har de önskat råd och vägledning i hur de ska bete sig gentemot pojken” . Vidare... ”Det främsta missnöjet gäller att många familjer upplevde det som att man inte fångade upp pojken. Det handlade exempelvis om att behandlaren inte såg pojken som han egentligen var eller att hon missade väsentliga delar av pojken problem, t.ex. hans dåliga

självförtroende.” Även de hade familjer som hade önskat att BUP skulle finnas som ett stöd mellan de inbokade samtalen, om det skulle hända något akut.

### *Hur har det gått med problemet - och varför gick det så?*

**Tabell 19.** Hur har det gått med problemet?

<b>Problemet har idag:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Försvunnit	8	18
Minskat	30	67
Ej förändrats	5	11
Blivit värre	2	4
Summa	45	100

Kommentar: Endast för ca 18 procent hade problemet helt försvunnit. 67 procent ansåg att problemet hade minskat. För 15 procent hade problemet kvarstått eller förvärrats. Ett vanligt svar var att problemet hade minskat och att man nu kunde hantera det på ett bättre sätt.

Svaret på denna fråga bekräftar att ”bråkighet”; beteende-/uppmärksamhetsstörning oftast ej är något tillfälligt övergående problem och att de som varit på BUP i rätt stor utsträckning har kvarstående svårigheter.

Det innebär också en utmaning för oss att fortsätta utveckla vårt bemötande och våra behandlingsmetoder för denna viktiga grupp av barn och familjer.

Nedanstående berättelser ger en bild av hur komplex problembeskrivningen kan se ut och hur behandlarna ofta får vara beredda att arbeta på flera olika sätt, i skiftande konstellationer och även i samarbete utåtriktat mot barnets viktigaste miljöer, framförallt skolan, liksom med olika former av föräldrastöd.

## När problemet försvunnit - exempel

Pojke, mellanstadieåldern (bråkighet, problem i skolan)

Modern söker BUP för sin son som gick i mellanstadiet och hade problem i skolan. Han kom i konflikt med läraren och avvek ifrån skolan. Modern var osäker på om det berodde på situationen i klassrummet - en klass under omställning, en besvikelse på kontakten med pappa eller något fel på pojken som läraren trodde. Modern tror att problemet löstes både genom förändringar i skolan och resurstillskott där och hjälpen från BUP. Det blev lärarbyte för klassen som i sig var otrygg och en specialpedagog tillsattes för att jobba med relationerna mellan eleverna. De nya pedagogerna hade en annan syn på problemet. Behandlaren på BUP kunde trygga modern att det ej var något större fel på pojken och att hon själv var en bra förälder som klarade av att bekräfta pojkens ilska och sätta gränser i hemmet. Modern tror också att de individuella samtalen på BUP var verksamma för att pojken fick tänka över och förstå vad som hände i konflikter. Han blev bekräftad i sin ilska men fick samtidigt en möjlighet att tänka över andra sätt att uttrycka den än genom att slå och kasta saker.

Tonårspojke (kriminell handling)

Kontakten vid detta tillfälle initierad av socialtjänsten. Modern berättat att familjen haft kontakt av och till sedan föräldrarna separerat och fadern mer eller mindre försvunnit ur bilden. BUPs insats beskrivs som engagerad och stödjande under flera år men vid det senaste tillfället ej avgörande. Skolgången beskrivs som misslyckad och bortkastad på mellan och högstadiet pga att pojken mobbats och tappat självförtroendet. Gymnasiet med "individuellt program" och ett par felval av program kom så småningom att leda till att han fann en utbildning som passade och pojken genomgick närmast en metamorfos. Upplevelsen av kontakten med BUP beskrivs i ord som "bra att låta manligt och kvinnligt komplettera varann, väldigt lyhörda, frågade honom mycket om hur han tyckte och tänkte". Om situationen vid intervju tillfället säger mamma: "det går bra, helt otroligt, hälsa X (behandlaren). I april hände något, han kom till insikt, förstod att han har sitt liv i sina egna händer. Han har behövt tid och hade haft en bra praktikperiod."

På frågan vad hos familjen som bidragit till förändring nämner mamman "att vi kan prata med varann, att han av mamman fått lyssnande, närhet och respekt och att mamman upplever sig själv som "envis, viljestark och logisk, resurser som hon även tillskriver sonen. Mamman tycker själv att hon när det behövs inte har någon spärr att söka hjälp och rekommenderar även andra att göra det.

Mellanstadiepojke (utåtriktade symtom, skolproblem, ledsenhet)

Mamman berättar vid ansökan om en mycket ledsen och desperat pojke som slogs, sparkade, var stor i mun och hade "svart hjärta". Mamman upplevde det, liksom sonen, skrämmande att söka till "psyk". Sonen hade täta och kraftiga utbrott, var arg och ledsen, "Skulle skjuta lärarna och spränga skolan", "det behövdes bara lite innan han såg rött" Han hade på skolan hotats med barnhem. Mamman beskriver kontakten i mycket positiva ordalag. "Verkligen lätt att få kontakt, suveränt, som att prata med vem som helst", det som x sagt sitter automatiskt i huvudet på honom": Mamman förmedlar en bild av separerade föräldrar med stora meningsskiljaktigheter om sonens problem och om uppfostringsmetoder. Om beslutet att söka BUP säger mamman att "det är det bästa jag gjort".

Problemet är idag försvunnet. Mamman tycker att både hon och sonen fick mycket bekräftelse i mötet med BUP. "X frågade t o m om hur jag mådde" vilket fick till följd att sonen också kunde se sin mamman i ett annat ljus. Han fick bekräftelse i att ha rätt att säga ifrån, rätt att vara ledsen och även hjälp att träna på att behärska sitt temperament. Bekräftelsen innebar en vändpunkt. Problemet existerar inte idag, saker händer visserligen fortfarande men nu berättar sonen om det och mamman är inte längre rädd att han skall bli en "värsting". Han tar nu ansvar för läxor och sticker inte iväg när det tar emot.

Mamman säger vidare om sitt eget bidrag att hon alltid brytt sig, att hon är tydlig men att det finns gränser för alla, också för henne och att hon varit vaken för barnens behov och alltid ställt upp.

Lågstadiepojke (problem i skolan)

Mamman berättar att man sökte då lärarna ansåg att sonen behövde professionell hjälp eftersom man inte klarade av honom i skolan. Föräldrarna såg det mer som förpubertetsproblem. Sonen var jobbig också hemma. Mamman säger vidare att han gick i en jobbig klass och att man upplevt problem ungefär ett halvår. Bemötandet beskrivs som "kanon" "vi fick med oss frågor att fundera på i lugn och ro, det var bra. X ställde många frågor för att reda ut var problemet låg. Vi kom nog fram till att problemet mer låg hos lärarna än hos sonen. Vi fick en del tips att tänka på och vi hade nog rätt nycklar själva. Sonen fick tips att tänka efter, att räkna. Vi fick bekräftelse i att vi gjorde rätt. Idag är problemet borta och han har nya lärare.

Mamman tror att hon själv bidragit genom att fortsätta att diskutera hemma och lita till den egna förmågan. "Vi tar upp det som händer och det är vi överens med lärarna om. Avslutningsvis låter mamman hälsa "tack för hjälpen" till behandlaren.

## När problemet minskat – exempel

Flicka i förskoleåldern (temperament, föräldraproblem)

Föräldrarna sökte för föräldraproblem och utåtriktade symtom. Flickan var svår att bemästra hemma. Hon har en otrolig vilja och är tjurig. Problemet hade funnits i flera år. Modern ville ej ta till våld, och känner igen sitt eget kraftiga temperament hos flickan. Familjen hade en upparbetad kontakt med BUP sedan tidigare.

Det som var verksamt var att man fick idéer och andra synvinklar och att man kunde vara helt öppen och ärlig med sina känslor. Den ena terapeuten gjorde små överenskommelser med flickan som man prövade till nästa gång. Den andra terapeuten hade lyckats förmedla att modern hade ett värde trots att hon sökte hjälp. De båda terapeuterna tillsammans hade lyckats få fadern att ändra attityd. Modern hade tidigare varit den konsekventa och fadern hade gjort raka motsatsen mot henne. Terapeuterna uppmuntrade fadern att vara konsekvent. Modern tycker nu att hon kan slappna av för nu kan fadern klara konflikter med flickan själv nästan bättre än henne.

”det finns inget jag är så stolt över i livet som att jag sökte hjälp.”

Pojke i förskolan (bråkighet, neuropsykiatrisk problemmisstanke)

Familjen sökte för att pojken ej fann sig tillrätta på dagis, fann sig inte i några regler. Modern misstänkte neuropsykiatriskt handikapp vilket man bekräftade vid utredning. Pojken fick assistenthjälp på förskolan, bra hjälp med koncentrationen så att han fungerade. Modern fick vårdnadsbidrag så att hon kunde gå ner i arbetstid vid skolstart. Problemet har minskat, men det kan vara jobbiga perioder.

”De är otroliga. De har gett mig mod att stå på mig.” (Modern lever ensam med flera barn).

Pojke i lågstadiet (bråkighet, försenad utveckling)

Föräldrarna sökte för sin adopterade pojke som hade svårt att vara tillsammans med mer än en ett barn och svårt med viss inläring. Pojkens historia första året osäker.

Föräldrarna nöjda med att de fick det som de sökte, en bedömning och stöd till extraresurser i skolan och bra information och råd. Problemet har minskat, det är en stor skillnad. Man har anpassat kraven efter förmågan. Han fungerar bättre med de som är 1 – 2 år yngre. Man har sökt dispens att spela fotboll i ett lag med ett år yngre spelare.

”Han mognar. Tiden. Kanske om 10 år vet man.”

Pojke i skolåldern (bråkighet, ledsenhet, separation i familjen)

Pojken kunde inte förstå att föräldrarna separerat. Han var arg, okoncentrerad och ledsen. Modern gillade den familjen gick hos, det stämde bra med både samtal med mor och barn, med barnet och med skolkontakt. Pojken fick en personlig assistent på skolan och BUP medverkade via soc till att pojken fick en stödfamilj. Modern har haft en egen kontakt och antidepressiv medicin har även hjälpt henne. ”Pojken har en annan glädje i sig, mer kämpagrejen, kan lättare förstå.”

Tonårsflicka (utsatthet, omsorgsbrist)

En dotter till den nye mannen som flyttade ihop med familjen. Hon kom från den biologiska modern som haft alkoholproblem och hon hade fått ta mycket ansvar. Det var svårt att få en relation till henne för hon hade varit ute för mycket ont. Det var bra att med hjälp av kunniga behandlare kunna prata med varandra. Det var också bra att hon fick en egen dag som var lite rolig och annorlunda, när man reste in för samtal.

### **När problemet blivit förvärrat- ett exempel**

En tonårspojke (relationsproblem i familjen, utåtriktade symtom, utsatthet; omsorgsbrist)

Problemen har funnits i flera år. Pojken har under småbarnsåren varit illa genom förälders missbruk och separationer. Han har ett explosivt humör, dåligt självförtroende och klarade ej prao.

Det finns en risk för att han kommer in i kriminalitet och droger. Den andre föräldern som ser problemet säger om kontakten på BUP: ”Det gav ju varken till eller från. Satt och prata.” Svårigheten var att kunna etablera en behandlingsrelation, så att man skulle kunna hjälpa pojken. Föräldern hade förhoppningar : ”Jag skulle önska att han blev en bra snickare.”

### **När problemen både minskat och blivit värre**

Tonårspojke (utåtriktade symtom, DAMP)

Till och från haft kontakt i flera år. Bråkiga perioder haft kontakt med BUP. Han är ett DAMP-barn.

Han har svårt med nya saker och svårt för krav, då blir det konflikt. Det går bra om man kommer in i ett mönster. Alltid blivit vänligt bemött och med åren blivit mer förstådd på BUP. Bra med information, råd och uppföljning, kan ringa dit. Bråkigheten har minskat, men det är andra problem nu ”kompisar, snatta, stjäla, alkohol, tider. Nu rör man inte på honom heller.”

Samtalen på BUP med pojken har hjälpt honom mycket med hur han skall tygla bråkigheten. Han har lärt sig att väga ord och går ej in i allt.

## Bidrag till förändring

Vi ställde frågan om vad som familjen tyckte hade bidragit till förändring. Av totalt 68 svar kunde 28 (41 %) direkt hänföras till insatser på BUP, 23 (34 %) kategoriseras som faktorer på skolan och 17 (25 %) som "andra faktorer". Flera svar innehåller exempel på flera olika förändringsfaktorer inom respektive kategori BUP-insatser, skolfaktorer och andra faktorer, varför det blir större antal påverkansfaktorer sammanlagt i tabellerna nedan.

**Tabell 20.** BUP:s bidrag till förändring

<b>Insatser på BUP</b>	<b>n</b>
Samtal på BUP	18
Stöd till egen problemlösning	14
Utredning på BUP	7
Individualkontakt	6
Medicin	2
Skolverksamheten	1

**Tabell 21.** Skolans bidrag till förändring

<b>Skolinsatser</b>	<b>n</b>
Bra skola/förskola	8
Extra stöd, resurs, elevass	8
Läraryt	8
Klassbyte	2
Utredning i skolan	2

**Tabell 22.** Övriga faktorer som bidragit till förändring

<b>Andra faktorer</b>	<b>n</b>
Insikt, mognad (hos barnet)	8
Soc. insats (stödfamilj)	4
Insats från habiliteringen	3
Flyttning	3
Ny/mer kontakt med biologisk pappa	2
Förtroende till den unge	2
Gemensamma resor till BUP	1

Kommentar: Förutom den påverkan i positiv riktning som behandlingen på BUP kan ge så är skolinsatser och även andra faktorer viktiga för förändring. På BUP gäller att det är en hel uppsättning av olika åtgärder som bidragit till förändringen alltifrån samtal, stöd till egen problemlösning, utredning, individualkontakt, medicin eller kontakt med BUPs skolverksamhet.

I skolan är det både själva skolan, extra stödpersoner och lärarbyte som varit de viktigaste faktorerna enligt de intervjuade föräldrarna. Även klassbyte och utredning har i ett par fall angivits som viktiga.

Andra faktorer som nämns är barnets egen ökande insikt, mognad med ökande ålder. Vidare i några fall sociala stödinsatser i form av stödfamilj, habiliteringskontakt, flyttning eller mer kontakt med biologisk pappa.

Tidigare undersökning av Johansson & Skogsholm (1997) bekräftar bilden av att det är många olika insatser eller typ av hjälp som bidragit till förändring. 15/20 (75 %) familjer menar att deras pojkar mår bättre idag än när de sökte hjälp på BUP. 8/15 familjer menar att förbättringen beror på PBU:s insats för dem. 3/15 har fått hjälp från annat håll (skolpsykolog, gruppterapi, neuropsykiatrisk utredning), 2/15 klassbyte resp. flytt och 2/15 menar att förbättringen beror på en naturlig mognad. Av de 5/20 (25 %) familjer som inte har blivit bättre anser tre att de ändå fått hjälp på PBU. De har som föräldrar fått avlastning, ny kunskap eller kunnat utveckla nya förhållningssätt och därmed alternativt bemötande gentemot pojken.

Att som behandlare ta sig an ett barn med beteendesvårigheter innebär i regel arbete på många plan, ofta i form av samarbetskonferenser med skola, socialtjänst, barn- och ungdomshabilitering m.fl., ansökan om vårdnadsbidrag, psykologutredning osv. Det kan vara viktigt att se att denna typ av arbetsinsats ofta är väsentlig för att möjliggöra en förändring.

Det förhållandet att förbättring hos patienter till ca 55 procent är beroende på faktorer utanför den terapeutiska relationen eller den terapeutiska metoden gäller psykoterapi överhuvudtaget. Patientens egen mognad eller jagstyrka och händelser i verkliga livet liksom övrigt socialt stöd anses svara för ca 40 procent av förändringen (extratherapeutic change), förväntanseffekten (placebo) d.v.s. den förändring som sker utifrån att patienten vet att han/hon är föremål för en viss behandling som avser att hjälpa honom/henne med ett specifikt problem anses svara för 15 procent av förändringen (Lambert, 1992).

**Tabell 23.** Egna resursers (föräldrars) betydelse (39 svarade)

	<b>n</b>
Engagemang och uthållighet	31
Social mobiliseringsförmåga	17
Social känslighet	12
Självrespekt, självförtroende	10
Problemlösningskapacitet	9
Positiv syn	8
Känsla av kontroll	8
Socialt skapande förmåga	5
Personlig utveckling	3
Suicidförsök (förälders)	1

Kommentar: Eftersom frågan var helt öppen var den ej helt lätt att besvara. Vi upplevde emellertid att det var en utomordentlig fråga att ställa i slutet av en intervju då den var positiv och visade på de intervjuades egen styrka.

Våra kategorier är hämtade från ett urval dimensioner som Olah och Stattin och har analyserat och satt samman (Olah & Stattin 1998).

Det som har imponerat mest på oss är att föräldrarna till dessa barn visat en sådan uthållighet trots svåra och långvariga problem. Vidare att man har lyckats ta hjälp och samarbeta med släkt, vänner och andra när problemen har växt en över huvudet. Att man lärt sig att tolka och förstå ett många gånger väldigt påfrestande och provocerande barn och även ändra sitt förhållningssätt. Att man i vissa fall lyckats resa sig ur ett kraftigt underläge så väl psykiskt som fysiskt och lyckats ta sig ur kaos och ordna till en bra skolsituation för barnet delvis med stöd av BUP d.v.s. lyckats ta tillbaka kontrollen över sitt och barnets liv.

**Tabell 24.** Barnets resurser (32 svarade)

	<b>n</b>
Har mognat	18
Anstränger sig	7
Positiv utstrålning	7
Beslutsamhet	5
Impulsinhibition	4
Aktiv, företagsam	3
Social känslighet	2
Självförtroende	2
Tålighet	2
Begåvning	2
Problemlösningskapacitet	2
Kreativitet	1

Kommentar: Detta är alltså föräldrarnas svar. Som den största enskilda faktorn ser föräldern barnets eget mognande. Vidare så är barnets egen motivation viktig d.v.s.. förmågan och viljan att anstränga sig. En del barns positiva utstrålning väger upp och bidrar till en positiv utveckling trots svårigheterna. Barnets vilja till förändring, beslutsamhet kommer därefter. Några utvecklar förmågan att behärska sig och ett par använder sin energi till att vara aktiva och företagsamma på ett uppskattat sätt. F.ö. se listan. Kategoriexempel nedan:

Har mognat:	”Mest åldern och förståndet” ”Inser själv” ”Har vuxit på sig”
Anstränger sig:	”Tjurig och stark” ”Envis som synden” ”Envishet på rätt sätt”
Positiv utstrålning:	”Otroligt mysig kille” ”Glad och positiv” ”Lite clown, vill vara i centrum” ”Öppen”
Beslutsamhet:	”Flickan har ärvt min beslutsamhet” ”Viljestark”
Impulsinhibition:	”Har nog lärt sig att en del saker måste man göra” ”Sticker inte nu”
Aktiv, företagsam:	”Ganska framåt” ”Mycket aktiv och företagsam”
Social känslighet:	”Känslig för stämningar”
Självförtroende:	”Kaxig” ”Hon vet vad hon vill”
Tålighet:	”Tål mycket själv” ”Att han inte tar så illa vid sig”
Begåvning:	”Lätt att lära” ”Smart, bra intellekt”
Problemlösningskapacitet:	”Klok och logisk”, ”Har egen taktik när det blir stökigt”
Kreativitet:	”Väldigt påhittig”

## Feedback

### Berätta för behandlarna?

På frågan om den intervjuade ville att vi skulle berätta något för de behandlare man haft svarade 34 av 42 (81 %) att det var OK att berätta medan 5 (12%) hellre ville göra det själv. I 3 fall (7%) var inte frågan relevant.

**Tabell 25.** Vad tyckte Du om intervjun?

	<b>n</b>
Bra att ni tar reda på	16
OK att fråga	13
Svårt men OK	7
Rätt så bra	4
Bra att prata igenom	2
Summa	44

Kommentar: De intervjuade är överlag positiva till att ha blivit kontaktade och intervjuade. Några var förstås lite undrande men när vi förtydligat vår avsikt såg man positivt på det tillfälle som gavs. Några som hade pågående kontakt föredrog att själv tala med sina behandlare, medan det i ett fåtal fall inte var relevant eftersom man nyligen återtagit kontakten eller det aldrig blev mer än en telefonkontakt.

*"Trevligt och bra med intervju"*

*"Bra att ni gör så här och om jag kan tillföra någonting så är det ju bra"*

*"Bra, man har glömt mycket, det gav en återblick"*

*"OK, ett sätt för er att utveckla jobbet"*

*"Tycker det är jättebra. Fortsätt med det. Väldigt bra intervju"*

*"Jag är ganska van, tycker det kan vara bra i stället för enkät"*

*"Jag tycker det är bra, det ger en chans att påverka"*

*"Tycker det är bra att ni kollar. Att också jag får känna att jag inte är oviktig"*

*"Bra, det är A och O att följa upp, jag tycker att fler skall göra det"*

## DISKUSSION

### *Undersökningsgruppen*

För knappt en fjärdedel av de som under 1996 sökte sig till BUP i Östersund angavs bråkighet eller störande beteende som skäl till hjälpsökandet. Undersökningsgruppen bestod av 50 familjer, ca hälften av den grupp som anmäldes för någon form av bråkigt beteende. Proportionen pojkar - flickor var 4:1, vilket stämmer överens med många andra undersökningar men enligt vissa forskare (Harden & Zoccolillo, 1997) innebär en underskattning av antalet flickor.

Andelen ensamföräldrar och andelen fosterbarn var större både i förhållande till hela den grupp som söker sig till BUP och till normalpopulationen.

Bostadsorten varierade från stad över tätort till ren landsbygd. Anhöriga stod för drygt tre femtedelar av initiativen till kontakt.

### *Familjens egen teori*

Trots att samtliga initialt hade sökt för någon form av bråkighet uppgavs i intervjun en mängd olika anledningar; utåtriktade, inåtvända och neuropsykiatriska symtom samt problem i skolan.

Detta talar för att problematiken hos bråkiga barn är multifaktoriell, något som de flesta forskare på området instämmer i (se s. 7 ovan). De interventioner som skall företas bör styras av detta.

Det talar också för att uppmärksamheten på neuropsykiatriska symtom har ökat. De begrepp som föräldrarna använt i detta sammanhang är relativt nya i det allmänna språkbruket. Vid tidigare undersökningar har man inte funnit att föräldrar använder sig av sådana begrepp (Carlberg, 2001).

Ofta har föräldrarna en mångfacetterad bild av orsakerna till barns bråkighet. De har förklaringar både på individ-, familj- och skolnivå liksom tankar om inverkan av barnens tidigare uppväxt och eventuella trauman de kan ha utsatts för eller tvingats leva med. Föräldrarnas bild eller teori måste bli en viktig utgångspunkt för bemötande och behandling.

I vår grovindeling av problemkategorier utifrån föräldrarnas antaganden om orsaksförhållanden har ungefär lika många tillskrivits individen som relationer inom familjen, 28 resp. 31, medan 17 kategoriserats som skolrelaterade problem. Dels hänger det samman med att en individs svårigheter att kontrollera sitt temperament kan visa sig på flera arenor, dels kan det ha att göra med att barn med beteendesvärigheter möter hinder såväl hemma som på skolan. Av de problem som hänförs till skolan är det oftast relationsproblem till lärare som anges. När vi sedan frågat om vad man trott ha bidragit till förändring har också lärarbyte i några fall uppgivits som lösning på problemet.

Speciellt de familjer som inte sökt sig till BUP frivilligt känner sig ofta kränkta. Det är då ännu viktigare att familjens syn på problemet inte omformuleras alltför snabbt eller långtgående (Carlberg, 1991).

### ***Hur föräldrarna har upplevt bemötande och resultat av företagna insatser***

Att komma i kontakt med BUP upplevdes överlag som lätt. Övervägande andelen uppgav att väntetiden var kort.

Nästan tre fjärdedelar tyckte att bemötandet från BUP var bra, lika många var överens med behandlarna om vilken åtgärd som skulle vidtas och samma andel tyckte sig ha fått hjälp med det de sökte för.

Förståelse, respekt, information och råd, möjligheten till reflekterande samtal samt utredning uppgavs som verksamma faktorer. Hälften uppgav sig emellertid sakna något. Här var fokusering på barnet, konkreta råd, bättre kompetens hos behandlare samt bättre uppföljningsmöjligheter det som främst efterfrågades.

Vad gäller utfallet av kontakten finns problemet kvar eller hade förvärrats för 15 procent. För de övriga har problemet försvunnit för en femtedel (18 %) och resten (67 %) rapporterar minskade problem.

Kontakten med BUP kan sägas ha varit en positiv upplevelse för merparten av föräldrarna. I några fall har vi dock fått mindre positiva kommentarer. Några svarade att de visserligen blev lyssnade på men att behandlarna inte förstod mer än föräldrarna själva och några att ”det inte hände så mycket”. Samtidigt har det efterlysts mer konkret hjälp och mer fokusering på barnet. Det förefaller rimligt att anta att dessa svar har samband med varandra. Ibland rörde det sig om kortare kontakter där samarbetsallians aldrig hann etableras men i åtminstone några fall handlade det om att terapeuternas insatser kom på fel nivå, ”för mycket prat”, när föräldern hade förväntat sig konkret och handfast hjälp. Här är det viktigt att se över det utbud BUP faktiskt har. Våra behandlingsmetoder är ju i hög grad verbala och många gånger tämligen föräldrafokuserade och det passar inte alla, åtminstone inte under hela kontakten.

Det gäller att finna familjens ”grammar” (Lang & McAdam, 1995), familjens språk, att hitta rätt våglängd. Ibland kan det också handla om föräldrars orealistiska förväntningar på kontakten men likväl kvarstår att det även då måste handla om att sträva efter att möta familjen där den befinner sig för att nå en samarbetsallians.

Vi har även mötts av att alla inte upplevt sig vara överens med behandlarna om problemdefinition eller insatta åtgärder. Antagligen handlar också dessa fall om att man inte lyckats möta familjen där den befann sig. Behandlarna kommer då inte heller någon vart med vare sig samarbetsallians eller åtgärder. Andra har efterlyst mer insatser från BUPs sida. Man har varit nöjd med det man fått men önskat mer av detta eller ytterligare insatser.

Trots att huvudparten svarat att de hade fått hjälp med det de sökte för har hälften uppgivit att de saknat något i kontakten. Det har då handlat om fokusering på barnet, konkreta råd, viss kompetens samt mer tid. Hur nu detta skall tolkas är inte entydigt. Närmast till hands är att se det som att med dessa kompletteringar hade ett i allmänhet gott bemötande kunnat vara ännu bättre. En annan tolkning är att detta även står för att vi som tidigare nämnts inte alltid når ända fram.

När behandlarna inte lyckats helt i kontakten har föräldrarna ofta tyckt att barnet inte kommit tillräckligt mycket i centrum. Om föräldrarna upplever att behandlarna inte tillräckligt intresserar sig för det barn man sökt hjälp för kan det innebära att vare sig barn eller föräldrar känner sig bekräftade. Detta, tror vi, är en viktig sak när man möter familjer som har barn med beteendestörningar. Behandlarna måste kunna bekräfta för både barn och föräldrar att barnet har svårigheter utan att barnet ensidigt blir ”syndabock” eller ”den som ska ändra sig” och samtidigt gå samman med familjen för att ändra klimatet i familjen från ett mer ”anklagande” till ett mer ”stödjande”.

### ***Problemets varaktighet***

Tidigt aggressivt beteende är stabilt över tid (se s. 5). Många av de familjer som söker för bråkighet på BUP har haft långvariga problem. För mer än hälften hade problemen varat i mer än 2 år innan den aktuella kontakten togs. Mer än hälften har sökt hjälp tidigare, t.ex. i skolan, på BUP eller inom sjukvården. Detta stämmer bra överens med Moffitt, Rutter, Patterson mfl även om dessa talar om barn och unga med kraftigare symtom än de flesta i vår grupp.

Vi kan av våra resultat anta att det inom vår grupp finns två undergrupper, dels de med relativt kortvarig, övergående problematik, dels de med mer långdragna svårigheter. Bråkigheten kan ha att göra med en krissituation som när man väl kommit över den inte längre kvarstår eller den kan vara ett uttryck för en komplex kombination av biologiskt betingade, familjemässiga och/eller skolfaktorer. Sannolikt är det i denna sistnämnda grupp som problemen inte har försvunnit men väl minskat och /eller blivit mer hanterbara.

När problemen har funnits två år eller mer talar detta för att vi här har att göra med problematik som inte växer bort. Detta är väl förenligt med den tidigare refererade forskningen. Kanske skall man inrikta sig på att söka sätta in hjälpåtgärder ännu tidigare, i åldersgrupper som normalt inte kommer till BUP (åldersgruppen 4 – 6 år).

Att föräldrar själva tar steget att söka hjälp innebär att de själva har bestämt sig för att söka ytterligare kunskap och sannolikt också har en beredskap att engagera sig i ett arbete. Detta torde vara fallet i de flesta fall även om man har fått tips av någon att det kan finnas hjälp att få. Att komma med en förväntan om att det finns något att få till hjälp för barnet är något annat än att känna sig hänvisad på grund av att barnet skämt ut sig och man har misslyckats som förälder.

Att det tycks röra sig om olika grupper har tidigare berörts, en grupp med mer av krisperspektiv över sig, där problemen kommer plötsligt men också går att lösa upp på relativt kort tid, en annan grupp som har långvarig problematik där den realistiska målsättningen är att underlätta, stötta och finna långsiktigt hållbara förhållningssätt.

Flera föräldrar har uppskattat att ha en flerårig kontakt med BUP för ett barn som har haft ett livligt temperament eller beteende/uppmärksamhetsstörning. En del föräldrar har också efterfrågat mer av uppföljning, tid och kontinuitet. Man kan förstå detta om man har ett störande och krävande barn. Man uppskattar att få prata av sig och få stöd med jämna mellanrum eller ha möjligheten att ringa vid behov för att orka med. Den typen av kontakter stämmer kanske inte in i vår syn på behandlare som ”botare”, men kan vara nog så realistisk och värdefull för den enskilda familjen. En god målsättning kan då vara att lära ut olika alternativa sätt att hantera problemen.

### ***Vad åstadkommer förändring enligt föräldrarna?***

Denna fråga har besvarats med stor variation. Grovt sett har svaren kunnat delas in i BUP-insatser, 41 procent, skolinsatser, 34 procent och andra faktorer, 25 procent. Barn lever i flera olika miljöer, bråkighet märks vanligen i flera olika sammanhang. Det är därför logiskt att förändring måste ske i flera avseenden och då troligen även på olika vägar. Vissa, mer svårförändrade, beteenden behöver också mer ihärdighet och samverkan i ett längre perspektiv för att kunna förändras när de väl har etablerats. Det blir då också helt logiskt att man anger olika typer av insatser som bidragande. Många faktorer interagerar också med varandra, i gynnsamma fall i samverkan. Bland de faktorer som oftast angivits kan nämnas samtal på BUP, stöd till egen problemlösning i familjen, ett bra samarbetsklimat med och tillgång till resurser på skolan samt individens egen mognadsutveckling.

Förståelse, respekt, bra kontakt och kunniga behandlare lyfts fram som viktigast för BUPs insats. Detta stryker under vad som tidigare tagits upp om att hitta rätt våglängd som grundförutsättning för ett framgångsrikt arbete. När dessa väl är uppfyllda finns det plats för övriga faktorer att spela en roll; att ge råd och stöd, att utreda och bedöma samt ge utrymme för samtal och tankeutbyte.

BUPs insats har i kontakten med skolan förutom att bidra med diagnostik och utredningsresultat varit att finnas med familjen på samarbetsträffar med skolans personal, stötta och bekräfta föräldrar och barn. Föräldrar med bråkiga barn upplever sig ofta i ett kraftigt underläge i skolan och uppskattar detta stöd.

### ***Salutogena faktorer***

Vad hos barnet och vad hos föräldern har bidragit till förändring i önskad riktning? Avsikten var att se om vi denna väg kunde finna de läkande krafter som var och en av oss bär på, det som Antonovsky (1991) beskriver som känsla av sammanhang, upplevelse av att ha kontroll över situationen, finna den meningsfull och begriplig. Vi tror att detta är mycket centrala tankar om hur välbefinnande kan komma till stånd.

När det gäller resurser hos föräldern själv är uthållighet och engagemang det vanligaste svaret medan förmåga till social mobilisering och social känslighet var de kategorier som kom närmast. Att inte ge upp trots många gånger svåra omständigheter och mycket att kämpa mot, att inte svika sitt barn räcker uppenbarligen långt. Att dessutom ha förmåga att söka stöd och hjälp och

vara lyhörd för ett kanske svårtolkat ilsket beteende hjälper ytterligare en bit. Det är bl a här BUPs insats kommer in och kan ge kraft, mod och riktning så att problemen ter sig lättare att bära och hantera.

När det gäller svar om vad barnet haft för egna resurser av betydelse är mognad och utveckling det som antagits ha bidragit mest, egen motivation i betydelsen förmåga och vilja att anstränga sig för att nå ett givet mål samt positiv utstrålning därefter.

En viktig faktor att observera kan vara barnets upplevelse av "locus of control" d.v.s. i hur stor utsträckning man tycker att man styr sitt liv själv resp. styrs av krafter utanför sig själv som ej går att påverka.

Eresund (1999 b) nämner i sin rapport om individualterapier enligt jagstödande och kognitiv metod, s.k. expressiv terapi, att en vändpunkt i pojkarnas terapiprocess varit när de upptäckt att de själva kunde påverka andra och sina relationer till andra. Något liknande finns beskrivet i en av våra vinjetter: "I april hände något, han kom till insikt, förstod att han har sitt liv i sina egna händer".

Att ställa frågor kring resurser i familjen var ett utmärkt sätt att avsluta intervjun på då det fokuserade på den egna kraften och på så sätt också kom att bekräfta det goda föräldern gjort för sitt barn.

En mer konsekvent och genomarbetad intervju på detta område hade sannolikt givit ytterligare kunskap. Nu får vi nöja oss med att konstatera att det blir väldigt tydligt att det finns mycket att vinna om man lyckas mobilisera kraft på flera områden för att vända eller styra upp en utveckling som hotar att spåra ur i form av allt kraftigare utagerande aggressivt beteende.

## *Om neuropsykologisk/psykiatrisk problematik*

Skolan är inne i en förändringsprocess som innebär större krav på eleverna att kunna kontrollera sig själva, ta egna initiativ och planera sin egen undervisning. Man har frångått den mer slutna klassgruppen till förmån för den halvöppna fleråldersgruppen som delvis byts ut varje år och där fler vuxna i arbetslag relaterar till samma barn. Vidare har fritidsverksamhet och skolverksamhet slagits samman i samma lokaler.

Barn som har svårt med koncentration och lätt blir störda av omgivningen, och som har svårt att sitta still och att planera själva kan bli mer stökiga och krävande i en sådan skolmiljö. Många lärare har också svårt att vara flexibla och orka med det nya rörliga och individualiserade arbetssättet och det kreativa kaoset i dagens skola.

Så småningom kommer förhoppningsvis ett nytt mönster och en ny stabilitet att infinna sig, men behovet av en särskild anpassad pedagogik för olika grupper av oroliga eller bråkiga barn kommer med all sannolikhet att bestå. Detta kan ske antingen i en mindre grupp eller individuellt, och antingen via den ordinarie läraren eller i samverkan med en elevassistent. Alternativet är att avstänga barnen från skolundervisning om de ej passar in, vilket man gör i större utsträckning än här i t.ex. USA och England, något som är oacceptabelt och inte utgör någon lösning på sikt.

I vårt urval valde vi att inte ta med de barn/ungdomar som vid anmälan till BUP primärt kategoriserades som "neuroproblematiske", d.v.s. de angavs vara hyperaktiva, ha koncentrationsproblem eller en kombination av båda problemen. En avsikt var att se i vad mån den typen av problem fanns bakom problematik som primärt definierades som bråkighet. Det visade sig också att föräldrar vid intervjutillfället i viss mån angav sådana problem som den anmälningsorsak man mindes, dels att en andel föräldrar vid intervjun ansåg att de när kontakt togs tänkte att barnets svårigheter hade sådan grund. Som tidigare påtalats har begrepp som direkt är förbundna med det vi idag kallar neuropsykiatrisk problematik tidigare inte använts av föräldrar. Idag är begreppen ofta förekommande i media. Mer eller mindre infekterade debattinlägg står att finna runt omkring oss. Begreppen har snart sagt blivit var mans egendom.

Betyder det att vi drabbats av en epidemi? Knappast. De tillstånd det rör sig om är som vi sett i allmänhet multideterminerade och går bäst att förstå som orsakade av flera förhållanden på olika nivåer. Enligt forskning som presenterades på en konferens hösten 2000 kring tung social problematik hos unga befinner sig pendeln som de senaste hundra åren rört sig mellan biologi och samhälle/miljö som primär orsaksfaktor just nu tämligen långt åt biologihållet men det alltså frågan om en pendelrörelse. Det finns inget som talar för att denna rörelse plötsligt skall fixeras i ett visst läge. Detta belystes av Rydelius ur ett barnpsykiatrichistoriskt perspektiv och av Lichtenstein ur ett genetikersperspektiv (Arver, 2001). Pendelrörelsen kommer att fortsätta. Nu är stora framsteg på genetikens område en del av tidsandan men de kommer inte att kunna ge en slutgiltig förklaring till mänskligt beteende på gott och ont.

En annan drivkraft för vilken diskussion som förs är läkemedelsindustrins enorma marknadsföringsresurser och en tredje samhällsekonomin. 1990-talet kom att präglas av krympande ekonomi, nedskärningar i offentlig sektor, försämrade elevvård och ett hårdare klimat i skolan. Många av de som tidigare kunnat få extra stöd fick inte längre det samtidigt som undervisningsgrupperna blev större och rekryteringsproblemen när det gällt utbildade lärare ökade i skolan. Större krav på elever att både prestera mer och att ta mer eget ansvar i sin inlärningsprocess, d.v.s. att vara mer "forskare" än enbart mottagare, gjorde att fler elever riskerade att slås ut på ett tidigt stadium. Detta inträffade samtidigt som kunskapen om neuropsykologiska/psykiatriska problem ökade inom vårdapparaten. En neuropsykiatrisk

diagnos blev ett argument för att skapa en bättre miljö kring en elev, en nyckel till pengar i en pressad skolsituation.

### ***Bråkiga barn på BUP - vad vi tror på nu och framåt i tiden***

I en del fall kan man finna relativt entydiga orsaksförklaringar vid en beteendestörning, men ofta kan beteendestörningen förstås ur många perspektiv samtidigt. I dessa fall kan man utveckla en tydligare samarbetsprocess med föräldrarna kring diagnosticerande av barn med beteende/uppmärksamhetsstörningar där föräldrarna är experter på sina barns speciella svårigheter och BUP-teamet tillhandahåller de kunskaper som för närvarande finns kring svårigheterna och vad man konkret kan göra.

Detta blir delvis en parallell till en mer psyko-edukativ hållning som används inom vuxenpsykiatri för mer svårbehandlade psykotiska patienter, där man ej anser sig ha en entydig relationell eller biologisk teori som förklarar psykosens natur. Man söker vägar som skall innebära mesta möjliga stöd och minsta möjliga skada för både familj och individ.

Ett exempel på detta är ett arbetssätt som utvecklats på en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning med samarbetsinriktad familjeterapi kompletterat med bl.a. nätverksarbete och socioekonomiskt stöd. Behandlingen har ofta föregåtts av neuropsykiatrisk utredning och diagnostik i öppen dialog med klienterna i en process som kallas ”dialogdiagnostik” (Assarson & Hofsten, 1997).

En insikt om att dessa problem för en grupp barn har lång varaktighet kan också i flera fall motivera mer långsiktiga och kostsamma satsningar på en kombination av t.ex. individualterapi för barnet, föräldrasamtal, föräldraträning eller familjebehandling och handledning till skolan, miljöterapi på skoldaghem eller i en specialgrupp. Stödfamilj kan också behövas liksom centralstimulerande medicinering i vissa fall. Behovet av tidiga insatser och att tidigt identifiera barn med beteendestörningar blir här tydligt. Att tidigt öva barnet i t.ex. självkontroll och problemlösning är en god investering

Föräldrar önskar mer fokusering på barnet och mer råd att hantera en besvärlig situation.

Det finns metodik som på ett bra sätt möter detta behov att fokusera på barnet och samtidigt bekräftar föräldrarnas förmåga. För yngre barn har under senare tid Marte Meo-metodiken kommit till användning i ökad omfattning. Det pågår för närvarande forskning i Sverige (Hansson, 2000) för att se hur denna metodik fungerar för stökiga barn inom förskolan. I vårt material har vi flera föräldrar som känt sig bekräftade och delvis återupprättade som föräldrar genom ett sådant bemötande. En ytterligare fördel med Marte Meo-metodik är att den är mer konkret och möter många av föräldrarnas behov av att få råd; hur man ska göra. Samtidigt bygger rådet på just det barnet och just den föräldra-barn relationen. (Wirtberg och Hedenbro, 2000)

## *Föräldraträning - en väl dokumenterad metodik*

Föräldraträningsgrupper och även andra typer av föräldragrupper kan möta föräldrarnas önskan att kunna få stöd att hantera sitt barn på ett bättre sätt. Föräldraträningsgrupp som följer manual har visat sig både ge god effekt och vara kostnadseffektiv.

Ett av de mest plågsamma med svårförändrade beteenden är när man kommit in i ett mönster av makt-kamp-hot-press-tvång som leder till meningslösa utbrott, våld och förstörelse.

Enligt t.ex. Barkley (1997) finns det bra sätt att få till ett bättre samarbete med barn med t.ex. trotsbeteende eller ADHD-problematik där man i grunden ej ändrar på barnets biologiskt betingade svårigheter eller sårbarhet.

Andra exempel är Webster-Strattons föräldraträningsprogram för barn med utagerande, aggressivt beteende som är väl dokumenterat i USA och f.n. är under utprovning i Norge. Pattersons och Cunninghams föräldraträningsprogram samt Kazdins mer kognitivt inriktade ”social skills learning” är andra exempel.

Föräldraträningsgrupper kan även träffas för uppföljning och påfyllning, s.k. ”booster”. Om man tror att man kommer att träffa en familj under många år kan detta vara en del i ett bemötande förutom övrigt stöd till barn och familj.

Föräldragrupp har även andra värden än att öva goda föräldrafärdigheter. Man kan både få stöd av och ge stöd till andra föräldrar, få information om sina rättigheter och tipsa varandra om vad som finns av aktiviteter och resurser i samhället.

BUP behöver med detta som bakgrund sannolikt utöka sin repertoar med främst en del gruppinriktade verksamheter som här nämnts. En realistisk och ödmjuk inställning till problemens natur minskar också risken för besvikelse och ger förståelse för nödvändig långsiktighet.

## *Skolan och de bråkiga barnen*

Många av de barn som är bråkiga upplever skolan som ett ställe dit man tvingas gå, där man ständigt är utsatt för angrepp från vuxna och jämnåriga och där man råkar ut för skamliga misslyckanden och besvikelser.

En femtedel av alla barn som börjar i skolan har någon form av inlärningsproblem, en del av dem får beteendeproblem då de inte får den vuxenstöd och den pedagogiska hjälp de behöver. De klarar då inte att prestera någonting i skolan och får sin självkänsla ytterligare försämrade. Försök pågå att utifrån en mer förebyggande inriktning kartlägga alla barns förutsättningar för inläring under förskoleåret och tidigt anpassa det pedagogiska stödet efter detta (Ahlqvist et al., 2001).

Barn är i skolan nio år av sina liv. Skolan har fått ett större ansvar för de ungas fostran och personlighetsutveckling. Om man menar allvar med att satsa på att utveckla och verkligen hjälpa de mest utagerande barnen inom skolans ram så måste man gå över från ett kortsiktigt till ett långsiktigt perspektiv. Utveckling av dessa barns förmåga att relatera på ett fruktbart sätt sker i första hand via relationen till en vuxen person. Elevassistenter bör få fasta anställningar och vidareutbildning och man måste se deras insats i förhållande till ett barns hela skoltid, något som betonas av t.ex. Fors (1998). Fokus måste ligga på barnets behov av stöd.

Skolan skall vara en trygg plats att gå till. Föräldrarna kan inte heller avsvära sig allt ansvar för skolans miljö. Ett bra sätt för att minska anonymiteten, mobbningen och utslagningen i skolan är att bilda "familjegrupp" inom klassens ram, vilket innebär att en mindre grupp föräldrar tillsammans med sina barn bildar en grupp som följer varandra och stödjer varandra genom hela skoltiden. Via detta byggs en bra skolmiljö upp. Det finns exempel på att man har lyckats så bra med detta att samtliga elever fått fullständiga slutbetyg (Goldinger, 2000).

På det här sättet kan man tala om att de bråkiga barnen visar vägen. De visar på vad alla barn behöver i framtidens skola.

## **EFTERORD**

Vi som har skrivit denna rapport arbetar som psykologer inom barn-och ungdomspsykiatrisk verksamhet sedan mer än tjugo år tillbaka.

Det har varit värdefullt för både oss själva och arbetsplatsen att få fördjupa våra kunskaper inom ett område som alltid rönt intresse, men även svårigheter och utmaningar.

Vi vill därför tacka några olika personer och institutioner som gjort detta möjligt .

Först och främst vill vi tacka Jämtlands läns landstings Forsknings- och Utvecklingsenhet som stött oss med forskningsbidrag så att vi kunnat forska delvis på arbetstid, samt kunnat delta i konferenser och bekosta handledare.

För det andra vill vi tacka vår arbetsledning som tålmodigt stöttat oss och också bidragit med viss tid för forskningsarbetet.

Vidare vill vi ge en ros till vår handledare fil. dr. Margareta Carlberg som oförtröttligt uppmuntrat oss och sett möjligheter när vi ibland fastnat i problemen.

Psykolog Magne Raundalen har generöst delat med sig av sina erfarenheter och tankar kring aggression och empati.

Vår arbetskamrat och forskarkollega Ulf Engqvist, vill vi tacka för hjälp med den statistiska delen.

Till sist vill vi tacka de föräldrar som ställt sig till förfogande och delat med sig av sina erfarenheter av en många gånger slitsam vardag där framför allt deras uthållighet fyller oss med respekt.

Vi tror verkligen att sådan här verksamhetsnära forskning kan innebära en utveckling och förnyelse av verksamheten genom att ta till vara den erfarenhet som finns bland praktikerna och samtidigt föra ut den kunskap som finns från forskningsfältet.

## REFERENSER

- Adler, H., Frisk, M., & Lidberg, L., (1995). Severe Delinquency in Young People: Background Factors and Characterizing Features. *Nord J. Psychiatry*. 49, s 263-274.
- Ahlqvist, G., Ericson, B., Hermansson, G., Johansson, A., Palmblad, J., & Rydelius, P-A. (2001) Sävsjöprojektet – ”Att ha roligt i skolan” – en presentation av ett samarbetsprojekt mellan skola/pedagogik, barnhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri. *Psykisk Hälsa* 42 (1) s 43-50.
- Ajax, M. & Patricks, I., (1993). *Hur tillvarata patienternas erfarenheter för att förbättra metoder i barnpsykiatrisk öppenvård?* BUP, Danderyds sjukhus, SSL.
- Alexander, J. & Parsons, B. (1982). *Functional Family Therapy*, Monterey, CA. Brooks and Cole.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994). *DSMIV* Svensk övers 1995. Pilgrim Press: Danderyd.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., Mc Guinness, T & Schiff, E.Z. (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 59(3). s 213-239.
- Arver, S (2001). Ung med tung social problematik. *Psykologtidningen* 2 /2001 10-11.
- Assarson, N & Hofsten, G (1997). *Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp. En utvärdering*. Stockholms läns landsting, Omsorgsnämnden.
- Atkins, M.S., Stoff, D.M., Osborne, M.L. & Brown, K. (1993). Distinguishing instrumental and hostile aggression: Does it make a difference? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 355-365.
- Bailey, V., *Conduct Disorders in Young Children*. (1998). I: Graham, P., (red) *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families*. Cambridge University Press.
- Barkley, R. A., (1997). *Defiant Children: A Clinicians Manual for Assessment and Parent Training*. Guilford press.
- Berkowitz, L., (1993). *Aggression, Its Causes, Consequences and Control*. Mc Graw-Hill.

- Bohman, M., (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G.R.Bock & J.A. Goode (Eds), *Genetics of criminal and antisocial behaviour. Ciba Foundation Symposium 194 (pp 99-114)*. Chichester, England, & New York: Wiley.
- Bowlby, J., (1969). *Attachment and Loss: Vol 1. Attachment*. Hogarth Press, London.
- Brestan, E.V., & Eyberg, S. M., (1998). Effective Psychosocial Treatments of Conduct Disordered Children and Adolescents: 29 Years, 82 Studies and 5272 Kids. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27(2): 180-189.
- Carlberg, G. (1989). *Dynamisk Utvecklingspsykologi*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Carlberg, M. (1991). *Vad tyckte familjerna om den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU)?* Omsorgsnämnden. Stockholms läns landsting.
- Carlberg, M., Brolin Bjurmark, G., Nässén, J., Parment G & Rhodin, K. (1998). *Att systematiskt erbjuda korttidsterapi till föräldrar och barn*. Omsorgsnämnden. Stockholms läns landsting.
- Carlberg, M. (2000). Personligt meddelande.
- Carr, A. (1994). Involving children in Family Therapy and Systemic Consultation. *Journal of Family Psychotherapy Vol. 5(1) 41-59*.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell O. & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 244:1 – 11.
- Chamberlain, P. & Mihalic, S.F. (1998). *Blueprints for Violence Prevention. Book Eight: Multidimensional Treatment Foster Care*. Boulder, Co. Center for the Study and Prevention of Violence.
- Coie, J.D., Dodge, K.A., Terry, R., & Wright, V. (1991). The role of aggression in peer relations: An analysis of aggression episodes in boys' play groups. *Child Development*, 62, s 812-26.
- Crick, N.R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N.R. (1996). The role of overt aggression, relational aggression and prosocial behaviour in the prediction of children's future social adjustment. *Child Development*, 67, 2317-27.
- Crick, N.B. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender and socialpsychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-22.
- Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). *Social information processing mechanisms in aggressive behavior*. In Stoff, J. Breiling & Maser (Eds) *Handbook of Antisocial Behavior*. 171-180. New York. Wiley.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, Conn. Yale University Press.

Engqvist, U (2000), Hur går det för barn- och ungdomspsykiatrins patienter? Samverkan krävs mellan pediatrik, barn- och vuxenpsykiatri. Artikel. *Läkartidningen volym 97 nr 23, sid 2856-2861*.

Eresund, P. (1996). *Bråkiga pojkar på PBU*. Rapport, Omsorgsnämnden, Stockholms Läns Landsting.

Eresund, P. (1999). *Psykisk barna- och ungdomsvård och de vanartiga barnen*. Stockholms läns landsting: Omsorgsnämnden.

Eresund, P. (1999b). *Hjälp med själen. FoU-rapport 99-09* Stockholms läns landsting: Omsorgsverksamheten.

Eron, L.D. & Huesman, L. R. (1984). The control of aggressive behavior by changes in attitudes, values and the conditions of learning. I R.J. Balanchard & D.C.- Blanchard (Red) *Advances in the study of aggression* , vol 1(139-171)Orlando FL: Atlantic Press.

Farrington, D.P., (1978). The family background of aggressive youths. I L. Hersov, M. Berger & D. Shaffer (Red) *Aggression and antisocial behavior childhood and adolescence*. (73 – 93) Oxford. Pergamon.

Farrington, D.P., (1991). Explaining the Beginning, Progress and Ending of Antisocial Behavior from Birth to Adulthood. In J McCord (Red) *Facts, Frameworks and Forecasts: Advances in Criminological Theory* (Vol 3: 253-286) New Brunswick, NJ: Transaction.

Farrington, D.P., (1991). Childhood Aggression and Adult Violence: Early Precursors and Later-Life Outcomes. in Pepler, D. J., & Rubin, K. H., (Red), *The Development and Treatment of Childhood Aggression: 5-29*.

Farrington, D.P., Lambert, S. & West, D.J. (1998). Criminal careers in two generations of family members in the Cambridge Study of Delinquent Development. *Studies on Crime and Crime Prevention*. 7, 1 – 22.

Ferguson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, L.J., (1997) Attentional Difficulties in Middle Childhood and Psychosocial Outcomes in Young Adulthood. *J. Child Psychol. Psychiat.* 38 (6). 633-644.

Folkman, M-L. (1998). *Utåtagerande och inåtvända barn: Det pedagogiska samspelets möjligheter i förskolan*. Runa förlag AB, Hässelby

Fors, Z., Vad gör skolan åt de aggressiva barnen när de ändå finns där i nio år? (1998). *Psykisk Hälsa* (2) sid 172 – 177.

Freud, A., (1967). *Jaget och dess försvarsmekanismer*. Natur och Kultur. Stockholm

Furman, B., (1998). *Det är aldrig för sent att få en lycklig barndom*. Natur och Kultur. Stockholm

Gabbard, G.O., (2000). A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry* 177: 117-122.

- Garbarino, J., (1999). *Pojkar som gått vilse. Varför våra söner blir våldsamma och hur vi kan rädda dem*. SFPH. Norstedts.
- Gillberg, Ch. & Hellgren, L. (1990). *Barn- och Ungdomspsykiatri*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Goldinger, B. (2000). Om anknytning och identitesutveckling i kamratgruppen. *Psykisk Hälsa* (3) s 233 – 247.
- Goldstein, A.S., (2000). *ART – Aggression Replacement Training: En multimodal metod för att ge aggressiva barn och ungdomar sociala alternativ*. KM-förlaget.
- Goleman, D., (1998). *Känslans Intelligens*. Wahlström och Widstrand.
- Goodman, R., The Relationship Between Normal Variation in IQ and Common Childhood Psychopathology: A Clinical Study (1995). *European Child and Adolescent Psychiatry*,4 (3) s 187-196.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L. & DeKlyen, M (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5 s 191-213.
- Greenberg M. T., Attachment and Psychopathology in Childhood. I: Cassidy J & Shaver P.R (1999). *Handbook of Attachment theory, research and clinical applications*. Guilford Press New York.
- Guttridge, P., Gabrieli, W.F., Mednick, S.A., & van Dusen, K.T. (1983). Criminal violence in a birth cohort. In K.T. van Dusen & s. A. Mednick (Red) *Prospective studies of crime and delinquency*. (211-224) Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Hamparian, D. M., Davis, J. M., & Jacobson, J. M. & Mc Graw, R.E. (1985). *The young criminal years of the violent few*. Washington, DC: National Institute for Juvenile Justice and delinquency prevention.
- Hansson, K., & Cederblad, M., (1995) Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv. *Forskning om barn och familj. Nr 6 1995*. Inst för barn-och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
- Hansson, K., (1996). Familjebehandling vid ungdomsassocierhet. I *Vård av ungdomar med sociala problem*. Statens institutionsstyrelse och Liber Utbildning AB.
- Hansson, K (2000). Personligt meddelande.
- Harden, P. W., & Zoccolillo, M. (1997). Disruptive Behavior Disorders. *Current Opinion in Pediatrics*. 9 s 339-345.
- Henggeler, S.W., Borduin, C. M., & Schoenwald, S. K. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. Guilford Press.
- Hult, S., Waad, T., Cederblad, M. & Hansson, K. (1996). *Salutogen miljöterapi i teori och praktik- en introduktion för blivande salutogener*. Skrift nr 7 /forskning om barn och familj/ Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.

Humble, K., & Settergren-Carlsson, G. (1974) *Unga Lagöverträdare V. Personlighet och relationer i belysning av projektiva metoder. SOU 174:31* Stockholm: Allmänna förlaget.

Höjholt, C. (1993). *Brugerperspektiver*. Dansk Psykologisk Forlag.

Johansson, J. & Skogsholm, L. (1997). *Pojkar med störande aggressivt beteende- 20 familjers upplevelse av PBU*. Psykologexamensarbete. Stockholms universitet.

Kazdin, A. E., (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcome, and Issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:10.

Kazdin, A. E., (1997b). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *J. Child Psychol Psychiat.* 38 (2) 161-178.

Kempe & Wikberg (1991). "Att locka fram till samtal är ju svårt." *Missnöjda familjers upplevelse av PBU-kontakten*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Kernberg, P & Chazan, S (1994 ). *Barn med beteendestörningar*. Natur och Kultur. Stockholm

Kotulak, R.,(1996). *Inside the Brain. Revolutionary Discoveries of How The Mind Works*. Andrews McMeel Publishing. Kansas City.

Lambert, M.J. (1992). Percentage of improvement in psychotherapy patients as a function of therapeutic factors. Från *The Handbook of Psychology Integration*. Sid 97. Basic Books.

Lang, P & McAdam, E (1995). *Om systemteoretiskt förhållningssätt i behandlingsarbete. Kap 3. Berättelser, att ge uppskattning och systemiska beskrivningar*. Opublicerat manus.

Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Kaufer Christoffel, K., & Gibbons R.D., (1998) Psychiatric Disorders with Onset in the Preschool Years: 1. Stability of Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12) s 1246-1254.

LeDoux, J., (1998).*The Emotional Brain*. Weidenfeld & Nicolson. London.

Loeber, R & Stouthamer-Loeber, M (1987). Prediction. I H.C. Quay (Red). *Handbook of Juvenile Delinquency* (325- 382) New York: Wiley.

Maehle, M (2000). Bruk av barnspecifikk kunnskap i familjeterapi. *Fokus på familjen* 28 (1) 19-37.

Magnusson, D. (1988). *Individual development from an interactional perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Magnusson, D., Stattin, H. & Dunér, A. (1983) Aggression and criminality in a longitudinal perspective. I K.T. van Dusen & S.A. Mednick (red.) *Prospective studies of crime and delinquency* (277-301) Boston. Kluwer-Nijhoff.

Magnusson, D., af Klinteberg, B., & Stattin, H., Juvenile and Persistent Offenders: Behavioral and Physiological Characteristics. I Ketterlinus, R. E., & Lamb, M. E., (red) (1994). *Adolescent Problem Behaviors: Issues and Research*. Erlbaum. Hillsdale. N.J.

Mangs, K., & Martell, B., (1982). *0 – 20 år i psykoanalytiskt perspektiv*. Studentlitteratur. Lund.

- Martens, P., (1992). *Familj, Uppväxt och Brott*. Brå 1992:1.
- McArdle, P., O'Brien, & Kolvin, I., (1997). Is There a Comorbid Relationship Between Hyperactivity and Emotional Psychopathology? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 6: 142-150.
- Moffitt, T. E., (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder.: Developmental trajectories from age 3 to 15. *Child Development*, 61, 893 – 910.
- Moffitt, T. E., (1993). The Neuropsychology of Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*. 5: 135-151.
- Moffitt, T.E.(1993b). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural History from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology* (8) 399-424.
- The MTA cooperative group. (1999). A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:1073-1086.
- Olah, A., & Stattin, H. (1998). Coping with life: A framework for the measurement of the "psychological immune system" Opublicerat manus. Budapest och Örebro.
- Olweus D. (1978). *Aggression in the schools. Bullies and Whipping boys*. Washington, D.C.: Hemisphere press (Wiley).
- Olweus, D. (1981). Continuity in aggressive and withdrawn, inhibited behavior patterns. *Psychiatry and Social Science* , 1, (141-159).
- Olweus, D., (1984). Stability in aggressive and withdrawn behavior patterns. I: R.M. Kaplan, V.J. Konecni & Novaco (Red), *Aggression in Children and Youth* 104–137 The Hague: Nijhoff
- Olweus, D. (1999). *Bullying Prevention Program. Blueprints for Violence Prevention Program. Book nine*. Center for the Study and Prevention of Violence, Boulder Colorado.
- Pajer, K. A., (1998). What Happens to "Bad" Girls? A Review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls. *American Journal of Psychiatry*, 155: 862-870.
- Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L., (1991). An Early Starter Model for Predicting Delinquency. in Pepler, D.J., & Rubin, K. H., (Red) *The Development and Treatment of Childhood Aggression: 139-168*.
- Patterson, G., Reid, J. & Dishion, T (1992). *Antisocial Boys*. Castaglia Publishing Center Oregon.
- Patterson, G. R., & Gullion, M.E., (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL Research Press.

- Patterson, G. R. (1996). Some characteristics of a developmental theory for early onset delinquency. I M. Lenzensweger & J.J. Haugaard (Red) *Frontiers of developmental psychopathology*. 81 – 124. New York: Oxford University Press.
- Perris, C. (1996). *Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi*. Natur och Kultur.
- Perry, B. (1999). Violence and Childhood: How persisting fear can alter the developing child's brain. *The Child Trauma Academy* www. ChildTrauma.org.
- Price, J.M., & Dodge, K.A.(1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and context dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 17, 455-71.
- Pulkkinen, L. (1987). Offensive and defensive aggression in humans.: A longitudinal Perspective. *Aggressive Behavior*. 13, 197-212.
- Rasmussen P & Gillberg Ch. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39, 1424 – 31.
- Raundalen, M., (1996). *Empati och Aggression. Om det viktigaste i barnuppfostran*. Studentlitteratur, Lund.
- Reid, John B. & Eddy, J.Mark (1997). The prevention of antisocial behavior: some considerations in the search for effective treatment. Kapitel från Stoff, D.M., Breiling, J., & Maser, J.D.(red.), *The Handbook of Antisocial Behavior* (sid 343 – 356).
- Rutter, M. (1970). Sex differences in response to family stress. I E,J. Anthony & C. Koupernik. (Red), *The Child in his family*. vol 1. 165 – 196. New York: Wiley.
- Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W. & Berger, M. (1975) Attainment and adjustment in two geographic areas. *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533.
- Rutter, M., Maughan, B., Meyer, J.M., Pickles, A., Silberg, J.L., Simonoff, E., Taylor,E. (1997). *Heterogeneity of Antisocial Behaviour: Causes, Continuities and Consequences*. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln, Nebraska.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A (1998). *Antisocial Behavior by Young Ppeople*. Cambridge University Press.
- Sarnecki, J., *Social anpassning och samhällssyn*, Brå 1990:4.
- Satterfield, J. H., Satterfield, B.T., & Schell, A. E., (1987). Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, Vol. 26, (1) 56 – 64.
- Schjödtt & Egeland (1991). Fra systemeteori til familierapi. I: Thorn, H., (1996) *Brugerundersøgelser. Fokus på familien* (3).
- Scott, S., (1998). Aggressive Behaviour in Childhood. *British Medical Journal* ,316: 202-206.

Sholevar, G. P., (1995). *Conduct Disorders in Children and Adolescents*. American Psychiatric Press, Washington DC, London, England.

SOU 1985:14., *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten*. Betänkande av Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen (BFU –81).

SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.

Sroufe L A., (1988). The role of infant – caregiver in development I J. Belsky & T. Nezworski (Red) *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, N.J. : Erlbaum

Stanger, C., Achenbach, T.M.& Verhulst, F.C. (1997). Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Development and Psychopathology* 9 43-58.

Statistiska Centralbyrån, 2000

Stattin H., & Magnusson , D. (1984). *The role of early aggressive behavior for the frequency, the seriousness, and the types of later criminal offence*. Stockholm University of Stockholm.

Stattin, H., Olika mönster bakom ungdomsbrottslighet, *Psykologtidningen* 13/1994.

Stattin, H., Det Psykologiska immunsystemet. *Psykologtidningen* 12-13/1997.

Sundelin, J., (1999) *Intensive family therapy - a context for hopes put into practice*. Doctoral dissertation. Child and Youth Psychiatry. Lund.

Swanson, J. M., Sergeant, J.A., Taylor, E., Sonuga-Barke. E.J.S., Jensen, P.S., & Cantwell, D.P., (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder, *Lancet* 351, s 429-433 .

Taylor, E., (1999). Development of Clinical Services for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56 (12).

Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: University Press.

Thorn, H. (1996). Brugerundersøgelser. *Fokus på familien*, 24 s 167 – 170.

Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999). *Through the Eyes of a Child*. New York: W.W. Norton.

Tonry, M., Ohlin, L.E.,& Farrington, D.P. (1991). Human Development and Criminal Behavior. New York. Springer Verlag I: Martens, P. *Familj, Uppväxt och Brott*. Brå 1992:1.

Webster – Stratton, C. (2000). *De utrolige årene. En veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 3-8 år*. Gyldendahl Akademisk. Oslo

Werner, E.E., (1995). Mot alla odds. *Psykisk Hälsa (3) Svenska föreningen för psykisk hälsovård*.

White, J.L., Moffitt, T.E., Earls, F., Robins, L.J., & Silva P.A. (1990). How early can we tell?: Predictors of Childhood Conduct Disorder and Adolescent Delinquency. *Criminology*. 28 (4). 507-528

Wirtberg, I. & Hedenbro, M.(2000). *Samspelets kraft: Marte Meo-Möjligheter till utveckling*. Liber AB.

Svenska föreningens för Barn- och Ungdomspsykiatri klassificering av anmälningsorsaker.

- 01 Oro, ängslan, ångest
- 02 Kontaktsvårigheter
- 03 Depression, nedstämdhet, hämningssymtom
- 04 Sömnstörning, nattdräck, mörkrädsla
- 05 Bråkighet, trots, aggressivitet
- 06 Somatiska symtom
- 07 Tvångspräglade symtom
- 08 Tics
- 09 Skolvägran
- 10 Skolk
- 11 Inläringssvårigheter
- 12 Kamratkonflikter, mobbing
- 13 Stört ätbeteende
- 14 Enures
- 15 Enkopres
- 16 Snatteri, stöld
- 17 Självmordshandlingar
- 18 Eget missbruk
- 19 Tal-språksvårigheter
- 20 Utvecklingsstörning, misstänkt eller känd
- 21 Sexuell problematik
- 22 Konflikter i familjen
- 23 Invandrar- flyktingproblematik
- 24 Föräldrar oense om vårdnad/och eller umgänge
- 25 Begäran om BUP-yttrande ang LVU
- 26 Störning hos förälder (psykisk störning, missbruk)
- 27 Krisproblematik
- 28 Koncentrationsstörning, hyperaktivitet
- 29 Förvirring
- 30 Personlighetsförändring
- 31 Barn som far illa
- 32 Sexuellt övergrepp, misstänkt eller känt
- 33 Fysisk misshandel
- 34 Familjeproblem
- 35 Begäran om BUP-yttrande ang vårdnads- eller umgägesfråga
- 36 Begäran om BUP-yttrande ang misstanke om sexuellt övergrepp
- 37 Begäran om BUP-yttrande ang annat

ÖSTERSUNDS SJUKHUS  
Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten  
Psykolog Sverker Arver, ankn (2) 33 92

Målsman för  
N.N.  
Postnummer Ort

**Bästa förälder/föräldrar!**

Som ett led i vår strävan att utveckla vårt arbete kontakter vi ett urval familjer som kom i kontakt med oss under år 1996.

Ni kommer att om två till tre veckor att per telefon bli kontaktade av en handläggare vid BUP som kommer att fråga om era upplevelser i samband med den kontakt ni hade här. Vi är också tacksamma för era synpunkter på det bemötande ni fick. Syftet är att på detta sätt få kunskaper om hur vi kan förbättra och effektivisera vårt arbete.

Den person som ringer upp er är en annan än den/de ni mötte här. De svar Ni ger oss kommer att hanteras så att de är anonyma. Vi hoppas att ni skall känna full frihet att uttrycka såväl kritiska som positiva synpunkter på vårt arbete.

Med vänlig hälsning

Kjell Ellert  
Psykolog

Sverker Arver  
Psykolog

Bilaga 3: Utförligare version av teorier om aggression.

### **Attachmentteori – bindningsteori**

Kernberg & Chazan (1994) skriver att ”det karakteristiska för beteendestörda barn är ett grundmönster av osäker bindning till de personer som är ansvariga för deras vård. Negativa eller oppositionella beteenden konserverar deras missanpassade responser som under stress kan kulminera i utagerande beteenden”.

Detta kompletterar formuleringen av objekt- och självrepresentationen.

Attachmentteorin arbetar med den tidiga anknytningen mellan mor och barn och vad den får för konsekvenser i den följande utvecklingen. Den grundar sig på John Bowlbys arbeten. Bowlby anses idag vara en av de allra största tänkarna när det gäller människans psykiska utveckling. Hans teorier har fått stor betydelse på många områden inom människovård tex utv av kognitiv psykoterapi, synen på separationens betydelse särskilt för små barn, t ex vid sjukhusvistelse, eller i andra former av institutioner. Bowlby är enl Perris (1996) en förgrundsman när det gäller ett nytt område, utvecklingspsykopatologi, där begreppet individuell sårbarhet inneburit en ny syn på psykiska störningar. Attachment- eller bindningsteorin bygger på objektrelationsbegrepp liksom på utvecklingsteorier och dynamisk interaktion. Genom ett kontinuerligt samspel med människornas och tingens värld etableras olika anknytningsmönster där barnet konstruerar alltmer komplicerade ”inre arbetsmodeller” av världen och dess betydelsefulla personer (Bowlby 1969, 1973, 1980; Bretherton 1985). Arbetsmodellerna ger vägledning i hur omvärlden skall tolkas och hur relationer skall hanteras. När en arbetsmodell väl utformats förefaller den vara resistent mot förändringar och fungerar utanför medvetandet. (Emde 1980; Sroufe 1988). Dessa modeller värdesätter och styr barnets upplevelse och beteende. Samspelsmönster utgör basen för föreställningarna inom en arbetsmodell (Emde 1983, Emde & Sorce 1983). Kärnan i teorin är begreppet ”tillgiven anknytning” vilken i normala fall etableras mellan mor och barn och sedan utgör en trygg bas för den fortsatta utvecklingen. Anknytningen är biologiskt determinerad och primär och utgör den mänskliga motsvarigheten till bindningen mellan ett hondjur och hennes ungar. Amini et al (1996) argumenterar för en integrerad psykobiologisk förståelse av emotionella besvär. De menar att data från forskning om minne, affekt och anknytning pekar mot att det implicita minnet av tidig anknytning är en bestående neural struktur som kommuniceras i form av affekter och påverkar både emotionell självreglering och relaterande beteende.

I attachmentteorin talar man om fyra anknytningstyper: A, otrygg-undvikande, B trygg, C otrygg ambivalent resp D, oorganiserad- desorienterad. I vårt sammanhang är det typ D som är mest intressant. Typ D-anknytning kan sägas bero på att barnet känner rädsla och frustration inför sin huvudsakliga vårdare.

Barn med typ D befinner sig i en olöslig konfliktsituation då de i förhållande till vårdaren blir utsatta för bortstötning och missgrepp. Närmandet till anknytningspersonen upplevs som förbjudet samtidigt som det är nödvändigt Detta aktiverar anknytningsbeteendet ännu starkare samtidigt som det väcker ilska och frustration och ändå inte leder det inte någonstans. Barn med anknytning typ D utgör en liten grupp och har visat sig vara fientligt inställda till andra barn och även visat uttalad aggressivitet (Main et al 1979, 1981 i Perris 1996). Dessa barn har en inre arbetsmodell som uppfattar anknytningspersonen som hotfull och etablerar då ett förhållningssätt som utmärks av strid och försvar i relationer.

Barn med extremt stora beteendeproblem har enl Sroufe (Garbarino 2000) vanligen haft ett undvikande eller avvisande anknytningsmönster. Mycket forskning återstår dock att göra enl Greenberg et al 1993 som framhåller att kausala samband inte går att dra på de resultat som finns men individens anknytningsmönster är ändå att betrakta som en viktig riskfaktor för stort utagerande beteende.

### **Temperamentteori**

Chess, Thomas och Birch 1968.

Temperament innebär här ett barns medfödda karaktärs- eller personlighetsdrag. Teorin betonar barnets betydelse som bidragande och / eller initiativtagare till kontinuerliga interaktionsmönster. Gäller även karakteristika hos föräldern och hur förälder och barn passar ihop i detta avseende. Chess, Thomas och Birch genomförde ett trettioårigt studium av en grupp barn från födelsen till vuxen ålder. De studerade temperamentskaraktäristika som är identifierbara från födseln och igenkännbara under hela livet.

1. Aktivitetsnivå.
2. Distraktionsnivå
3. Uthållighet
4. Anpassbarhet.
5. Närmande/Avståndstagande.
6. Intensitet.
7. Regelbundenhet.
8. Sensitivitetströskel.
9. Humör.

Exempel på temperament som kan dominera personligheten är sorglöshet, tungsinnighet, blyghet eller djärvhet. Ett djärvt, starkt temperament kan vara en stor tillgång, då en sådan person snabbt kan utforska omvärlden och göra snabba framsteg.

Utan rätt vägledning kan dock det starka temperamentet skapa stora problem: ständigt hög aktivitet/hastighet som stör, envishet, lätt distraherad-svårt med koncentrationen, svårigheter att anpassa sig i många sociala situationer, humöret-ständigt surt humör, en låg frustrationströskel-svårt för att reglera känslor och hög intensitet.

I Rutter et al (1998) refereras ett flertal forskningsresultat rörande olika personlighetskaraktäristika. De samlade resultaten talar för att några av dem är förknippade med antisocialt beteende. Framför allt framträder hyperaktivitet och impulsivitet som faktorer med koppling till varaktigt antisocialt beteende. White et al (1990) talar om svag kontroll eller hög impulsivitet samt negativ emotionalitet, Caspi et al (1995) om bristande kontroll (en kombination av emotionell labilitet, rastlöshet, kort uppmärksamhet och negativism eller en oförmåga att moderera uttryck för impulsivitet som personlighetsdrag som befunnits förebåda och vara förknippade med antisocialt beteende.(s 145-6)

## **Traumateori**

Det är väl känt att människor som utsatts för traumatiska upplevelser kan få följd tillstånd med bl a utagerande beteende som även kan innebära våld, våld som utövaren i efterhand inte själv kan förstå. Detta uppmärksammades redan av Freud och erfarenheter från 1900-talets stora och små krig har givit fördjupad kunskap på området. På senare år har man börjat förstå hur hjärnan fungerar i det här avseendet. Vi vet utifrån den moderna hjärnforskningen ( se tidigare avsnitt) vilka delar av hjärnan som är berörda och vet också att det fungerar olika hos barn resp vuxna. Barnets hjärna är mycket mer formbar och plastisk. Den är stadd i utveckling och vi vet att det bla innebär att den formas beroende på hur den används. Detta gäller även för vuxna men inte i samma utsträckning. Traumatiska upplevelser påverkar hjärnan genom att minnen etsas fast men också behöver bearbetas för att sorteras in på rätt sätt och placeras i långtidsminnet. Om bearbetning inte kommer till stånd lagras olika fragment på olika ställen och får då inte den mening och det sammanhang som gör händelsen möjlig att placera för långtidsförvaring. S.k EMDRmetodik (Wilson & Tinker 1997) bygger på just detta, den syftar till integrering av

minnesfragment från olika sinnesmodaliteter. Denna integrering är vanligtvis spontan men vid starka upplevelser kan processen blockeras. Detta har faktiskt kunnat påvisas med modern teknik.

Perry (1999) menar att barn som utsätts för våld kan reagera med hyperarousal. De riskerar att utveckla varaktiga symtom på hyperarousal och därmed relaterade störningar som PTSD, ADHD och CD. De utmärks av varaktig fysiologisk hyperarousal och hyperaktivitet. De har en förhöjd muskeltonus, ofta en lätt förhöjd kroppstemperatur, en ökad "startle response", djupa sömnstörningar, svårigheter att reglera affekter samt ångest. Det finns här klara könsskillnader. Flickor reagerar oftare på våld med att dissociera medan pojkar hellre reagerar med ett "fight and flight-mönster". Resultatet blir att fler pojkar utvecklar aggressiva, impulsiva, reaktiva och hyperaktiva symtom medan flickor blir mer ängsliga, splittrade och nedstämda. Perry menar att barn som vuxit upp med varaktigt våld löper mycket större risk att bli våldsbenägna. Detta kan delvis förklaras med ett varaktigt "fight and flight-tillstånd och av djupgående kognitiva förvrängningar som kan åtfölja ett permanent tillstånd av rädsla. Andras beteende kan missförstås som hotfulla och då den unge redan har en förhöjd reaktivitet kan responsen bli mer våldsam och impulsiv

### **Inlärningsteori.**

I Kernbergs och Chazans diskussion av både orsaker och åtgärder är principerna för förebildligt beteende, modeling, förstärkande, undertryckande och tvingande interaktion centrala företeelser. Tonvikten på inlärd beteendemönster hjälper till att klarlägga hur objektrelation och inre arbetsmodeller förvärvas genom livserfarenheter och hur de kan förändras genom terapeutisk påverkan. Inlärningsprincipen gör det möjligt att i konkreta och specifika termer strukturera och använda de interaktionella beteenden som observeras och på så sätt underlätta omorganisationen av intrapsykiska strukturer, antingen objektrelationer eller arbetsmodeller (s 22).

### **Social inlärningsteori**

Enligt denna teori så lärs aggressivt beteende in och den inlärd aggressiviteten upprätthålls av miljöfaktorer. Barnet anses kunna lära sig aggressivt beteende indirekt genom att observera en rollmodell, främst av en person med makt och inflytande och som uppnår sina mål genom att använda aggressivt beteende i olika situationer.

Om det aggressiva beteendet leder till belöningar för barnet så förstärks beteendet. Om barnet t.ex. skriker, gnäller, hotar, får vredesutbrott när det blir ombett att göra något som det inte vill och barnet genom detta slipper att uppfylla kravet så slipper föräldern på kort sikt detta obehag från sitt barn. Men det innebär samtidigt att barnet lär sig att undvika att samarbeta genom att vara aggressiv. Denna slags inläring av ett tvingande, makt-kamp beteende lärs in väldigt snabbt och blir allt svårare att ändra på med tiden (Patterson 1992). De aggressiva handlingarna blir vanligare och uppträder i fler situationer.

Om barnet däremot bemöts med straff eller negativa reaktioner vid aggressivitet så skall det aggressiva beteendet hämmas.

Barn som blir hårt straffade hemma, uppträder mer aggressivt i skolan. Fysiska straff i sig behöver inte leda till aggressioner. Pojkar som hade en trygg identifikation med sin far reagerade på straffet med att bli mindre aggressiva. Om pojken hade en svag identifikation med fadern så blev han mer aggressiv. Det beror alltså också på hur barnet tolkar straffet. Om barnet har en bra relation och kommunikation med sin förälder så upplevs straffet som rättvist. I motsatt fall uppfattas straffet som orättvist och barnet imiterar maktbeteendet och visar liknande beteende. Den som ej behöver straff reagerar på ett bra sätt på straff m.a.o. Negativa reaktioner, som gör att situationen blir obehaglig för ett barn, kan vara effektivt. Straff förutsätter emellertid en bra relation, tydlighet och även att det ges vid rätt tillfälle och på ett konsekvent sätt.

## **Kognitiv förklaringsmodell**

Den teoretiska grunden för kognitiv teori kan mycket kort sägas innebära att man utgår från tankeprocessernas betydelse för känslor och beteenden och antar att människor aktivt kan fatta beslut och påverka sina liv.

“En avvikande utveckling kan bero på skador på centrala nervsystemet eller i de biokemiska mekanismer som har betydelse för perceptuella och kognitiva processer. Den ömsesidiga påverkan som sker mellan individen och miljön betonas även. Den känslomässiga anknytningen mellan mamman och barnet har speciell betydelse när det gäller att förklara hur störningar i utveckling kan uppstå. Under spädbarnstiden och barndomen kan grundläggande dysfunktionella mönster utvecklas under ogynnsamma förhållanden”. Det avvikande mönstret är ett neuropsykologiskt skeende. Man har även kunnat påvisa detta via moderna undersökningsmetoder där man ser var i hjärnan processer pågår vid viss aktivitet.

## **Kognitiv-Beteendeterapeutisk förklaringsmodell**

Bygger på inlärningspsykologisk teori. Man betonar människans stora anpassningsförmåga. Mänskligt beteende måste alltid ses i sitt sammanhang, vilket inkluderar tankar och känslor, för att kunna förstås. Man måste också beakta det autonoma nervsystemets funktioner och dess betydelse för våra känslor och upplevelser genom de fysiologiska reaktioner de reglerar. Ur psykologisk synvinkel är dessa reaktioner, som svar på känsloupplevelser, intressanta eftersom starka känslor är mycket motiverande. En annan vanlig motivation är önskan att fly från något som upplevs som obehagligt. Aggressivt beteende hos barn förklaras t ex genom att ångest startar en sympaticusreaktion i CNS, en flyktberedskap, som så småningom utlöser en aggressiv handling som ger spänningsreduktion ( Wadström 1989). De handlingar som kan styras viljemässigt är inlärd och ofta svårare att analysera. Inläring av beteenden kan ske på olika sätt, t ex genom egen insikt eller genom att någon lärt ut det. Det kan även ske genom imitation vilket är vanligt när det gäller sociala färdigheter. Aggressivt beteende lärs in lätt vilket skulle kunna bero på att det haft ett stort överlevnadsvärde under utvecklingens gång.

Bornstein och Kazdin redogör i en bok för beteendeterapi med barn med så komplexa beteenden som trotssyndrom (ODD) och beteendestörning (CD). De redogör för samband man funnit mellan störningen, faktorer hos barnet, i familjen och psykosociala förhållanden. De anser att faktorer hos föräldrarna har större betydelse för uppkomsten av godartat aggressivt beteende än barnets temperament. Föräldrarnas egna brister och negativa olämpliga beteende mot barnet bidrar till att utveckla och vidmakthålla ett aggressivt beteende. Patterson har funnit att de bästa resultaten nås om man kombinerar föräldraträning med metoder för beteendemodifikation i skolan för barnets del.

Barn med beteendestörningar har visat sig ha en mängd kognitiva brister och förvrängningar (Bailey 1998). De påminner sig höga frekvenser av fientliga signaler i sociala sammanhang, de värderar endast ett fåtal signaler när de tolkar andras beteende och tillskriver andra fientliga avsikter i otydliga situationer (Crick & Dodge 1994 i Bailey, 1998). I händelse av konflikt underskattas den egna aggressiviteten och det egna ansvaret inledningen till konflikten. Vid problemlösning av interpersonella problem genererar de relativt sett färre verbala bekräftande lösningar och fler handlingsorienterade och aggressiva lösningar.

## **Psykodynamisk förklaringsmodell**

Enligt jagpsykologin upplever beteendestörda barn problem inom sin egen värld pga strukturella brister i jaguppbyggnaden. I den psykoanalytiska teorin har dessa strukturer av Freud definierats som detet, jaget och överjaget. Detet är impulsernas domän, överjaget är samvetets röst och självkontrollen. Jaget är verkställaren som arbetar koordinerat med de andra strukturerna för att

åstadkomma balans och anpassning till omgivningen. Det är jaget som skall svara för verklighetsbedömning och utvärdering av tankar och impulser.

Barn med beteendestörningar manifesterar betydande "utvecklingsstörningar" såväl avseende jagfunktioner som objektföreställningar och självbild (Kernberg & Chazan 1994, s 16-17). Barn med beteendestörningar tenderar också att internalisera negativa föreställningar om sina föräldrar, dessutom förbundna med negativa känslor.

Ilkska, fientlighet, ångest och åtföljande negativa föreställningar om sig själv samverkar i utformningen av en negativ självbild med bristande självuppskattning och med depression. Beteendestörningen består eftersom dessa inåtriktade negativa representationer av en själv och andra projiceras på den yttre världen. Identifikationen med positiva känslor och hjälpsamma människor förvrängs med hjälp av projektion av aggressioner och därtill av de aggressioner de väcker hos andra som en sekundär reaktion.

I psykoanalytiska termer kan sägas att barn med beteendestörningar är jagsvaga på följande områden: kognitiv förmåga, uppmärksamhet, impuls kontroll, affektanpassning, språk och motståndskraft mot ångest och frustrationer. På detets område överväger aggressionen på bekostnad av integreringen av impulser med libidinösa känslor eller känslor av tillgivenhet. I sin relation till andra är barn med beteendestörningar ofta hindrade av principer som mekaniskt styr deras sätt att uppfatta sig själva och andra människor. De har svårt att förstå att deras kamraters motiv, motivationer, karakteristika och preferenser är annorlunda än deras egna känslor och tankar. Om de hindras i sina behov att behärska sin omgivning agerar de ut, oförmögna att behärska sina känslor av frustration.

Barn med beteendestörningar har en gemensam grundkänsla av att vara oälskade och oönskade. Dessutom är de inställda på ett upprepande av den förväntade och fruktade interaktionen mellan en avvisande förälder och ett föraktat jag och på att själva sätta igång och i det oändliga upprepa dessa meningslösa och frustrerande interaktioner. (s 18). Beteendestörningar kan enl Kernberg och Chazan ses som det gemensamma uttrycket för barns varierande erfarenheter av bemödanden att stå ut med frustrationer och allestädes närvarande aggressiva känslor. Dessa bemödanden misslyckas därför att de inte integrerats inom ett system som kunde omfatta dem och göra det möjligt att uttrycka dem på ett öppet men samtidigt säkert sätt. En överdriven känsla av frustration och upprepade försök till anpassning och empati har fått deras aggressioner in på fel spår i stället för att uppbådas för att övervinna svårigheterna. Det är pga oförmågan att integrera positiva och negativa tillstånd, att åstadkomma en syntes, som dessa barn inte kan förbinda orsak med verkan och saknar kontinuitet i sina relationer till andra människor.

I en klassisk svensk undersökning (Humble & Settergren :”Unga lagöverträdare” 1974) tillämpade författarna psykodynamisk diagnostik på en grupp ungdomskriminella. Deras hypotes var att om jagutvecklingen pga konstitutionella svagheter eller otillfredsställande miljöförhållanden, framför allt tidiga störningar i kontakten med föräldrarna, blivit försenad, defekt, eller på annat sätt störd skulle individen vara i riskzonen för en asocial utveckling.

Undersökningarna visade att de som fått diagnosen infantil jagsvagheter eller primär karaktärsstörning genomgående framstår som de allvarligaste fallen. Den jagsvaga gruppen stod för 54% av brottsfallen och 70 % av våldfallen. Förf drar slutsatsen att jagsvagheter har ett starkt samband med kriminalitet, särskilt med ihållande och allvarlig kriminalitet.

### **Sociologisk och socialpsykologisk förklaringsmodell**

Martens refererar i sin bok "Familj, uppväxt och brott" Brå 1992:1 en forskningsöversikt om familjens betydelse för barns brottsbenägenhet som stämmer väl överens med en lista om 20 faktorer över orsakerna till brottslighet bland barn och ungdomar som sammanställts av Tonry, Ohlin och Farrington (1991) .

Risk för kriminell utveckling ökar om:

1. Barnet är mindre intellektuellt begåvat.
2. Barnet är impulsivt (har låg impuls kontroll)

3. Barnet har varit utsatt för misshandel och vanskötsel i hemmet.
4. Uppfostran i hemmet har varit sträng/hård och nyckfull.
5. Föräldrarna är känslolösa och avvisande.
6. Föräldrarna har bristande insyn i barnets förhållanden.
7. Relationen mellan föräldrarna präglas av disharmoni eller att de lever på var sitt håll eller är fränskilda.
8. En ensam moder är familjeförsörjare.
9. En förälder eller ett syskon har varit dömd i domstol.
10. Åtminstone en av föräldrarna missbrukar alkohol och/eller andra droger.
11. Barnet har invandrarbakgrund
12. Föräldrarna har låg yrkesstatus.
13. Föräldrarna är lågutbildade.
14. Familjen har låg sammanlagd inkomst.
15. Familjen är stor
16. Bostadsstandarden är låg.
17. Barnet visar dåliga skolresultat.
18. Barnet går i en skola med hög brottslighet.
19. Barnet umgås med brottsliga kamrater.
20. Barnet bor i ett område med hög brottslighet.

Martens framhåller att hypoteserna sammanfattar den kunskap man i dagsläget hade (1992) om orsakerna till barns och ungdomars brottslighet. Hans egen undersökning är ett led i att värdera hur betydelsefulla de enskilda faktorerna är samt i viken utsträckning de samvarierar med varandra.

Martens beskriver i "Familj, uppväxt och brott" Brå 1992:1 en kausal modell för utvecklande av kriminellt beteende hos unga. Man har i forskning visat att familjens struktur och socioekonomiska status påverkar ungdomars brottsliga beteende via socialisationen i familjen, alltså inte direkt (s 65). Barn som generellt är svårhanterliga för föräldrarna kan tänkas påverka relationen på ett negativt sätt. I extremfall kan det leda till att föräldrarna avvisar barnen känslomässigt. Ungdomar som har dålig social och känslomässig relation med sina föräldrar, som inte har några speciella tider att hålla om kvällarna och som har föräldrar som är likgiltiga för om de beter sig på ett antisocialt sätt, kan förväntas ha relativt hög brottslighet.

De faktorer som bäst förklarar ungdomars brottslighet är hur ofta ungdomarna är hemma om kvällarna samt hur god deras sociala och känslomässiga kontakt med föräldrarna är. Ungdomar som sällan är hemma och som har bristfälliga relationer med föräldrarna har den högsta brottsbenägenheten (s 74).

### **Kriminologisk förklaringsmodell**

#### **Sarnecki: Social anpassning och samhällssyn, Brå 1990:4**

Den kanske viktigaste tesen inom den kriminologiska teoribildningen är tesen om sambandet mellan underprivilegierad ställning i samhället och brottsligheten. En förklaring till denna ger den sk strainteorin. Strain (tryck) orsakas av att människor inte förfogar över möjligheter att tillfredsställa sina behov. Strain kan enligt Merton leda till fyra typer av beteenden varav tre, innovation, retreatism och rebellion kan ha kriminell karaktär (s 6).

En annan av de mest inflytelserika teorierna, subkulturteori ser brottsligheten som resultat av konflikter mellan olika kulturer. Enligt detta synsätt har olika kulturer olika normer och det kan hända att man genom att följa sin egen kulturs normer bryter mot normerna i en annan kultur. Enligt detta synsätt skiljer sig inte det brottsliga beteendet i själva verket från det icke brottsliga. Båda typerna av beteenden lärs in under samma omständigheter.

