

Barn och ungdomar som utmanar

**Vårdprogram för bedömning och behandling vid
trotssyndrom och uppförandestörning inom
barn- och ungdomspsykiatri**

Förord

År 2003 gav BUP-föreningen ut vårdprogrammet ”Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande”. År 2009 beslutade BUP-föreningen att revidera vårdprogrammet utifrån den nya kunskap inom området som blivit tillgänglig.

Ett syfte med det reviderade vårdprogram som nu presenteras är att det ska fungera som ett underlag för planering av verksamheten inom BUP och vid utbildning av personalen där. Det ska också vara ett kunskapsstöd för utredare och behandlare inom BUP. Vårdprogrammet kan ses som en fördjupning av skriften ”Barn som utmanar” som Socialstyrelsens nationella utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) gav ut 2010. Bedömningar och förslag i vårdprogrammet bygger bl.a. på de guidelines som det brittiska ”National Institute of Clinical Excellence” (NICE) publicerade i januari 2009 och de granskningar utifrån svenska förhållanden som har gjorts av Metodguiden på Socialstyrelsen och SBU:s systematiska litteraturöversikt ”Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn”. BUP Stockholms riktlinjer för trotsyndrom och uppförandestörning har beaktats i tillämpliga delar. I avsnittet om missbruk har Missbruksutredningen konsulterats.

Ett annat syfte med vårdprogrammet är att tydliggöra BUP:s arbete och att främja samverkan mellan barn, familjer, skolan, socialtjänsten, annan hälso- och sjukvård och polisen. BUP ger enbart en del av stödet till barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem. Många barn och unga har komplexa problem som berör flera aspekter av deras vardag. De behandlings- och stödinsatser som stöds av forskning utförs också av alla de ovanstående aktörerna, men med stora lokala variationer när det gäller vem som gör vad. Därför behövs vårdprogram som tydliggör barnens och de ungas behov, samt vilka möjligheter och uppdrag olika samhälleliga verksamheter har när det gäller att tillgodose dessa. Fokus i detta vårdprogram ligger på vad som bör vara specifikt för BUP i förhållande till andra aktörer. Särskilt uppmärksammas möjligheterna att tidigt identifiera barn med utagerande beteendeproblem eftersom insatserna har större chans att ge effekt om de sätts in tidigt i en antisocial utveckling.

Det reviderade vårdprogrammet har sammanställts av Per A. Gustafsson, överläkare och docent, på uppdrag av BUP-föreningen med stöd av UPP-centrum, Socialstyrelsen.

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, augusti 2011

Gerd Mucchiano, ordförande



Innehåll

<i>Förord</i>	2
<i>Sammanfattande förslag</i>	5
<i>Förkortningar och definitioner</i>	6
<i>Barn och unga med utagerande beteendeproblem</i>	8
Utagerande beteendeproblem	8
Förekomst av utagerande beteendeproblem	9
Problembild	9
Trotssyndrom och uppförandestörning	10
Könsskillnader	11
Barndomsdebuterande och ungdomsdebuterande uppförandestörning	11
<i>Orsaker till utagerande beteendeproblem</i>	13
Risk- och skyddsfaktorer	13
Bronfenbrenners ekologiska modell	13
1/ Individuella faktorer	15
2/ Familjefaktorer	17
3/ Skolans betydelse	19
4/ Kamraters inflytande	21
5/ Närsamhällets betydelse	22
<i>Två övergripande aspekter</i>	24
Utveckling och mognad	24
Beteende som en signal om livssituationen	24
<i>Hälso- och sjukvårdens, skolans och socialtjänstens ansvar</i>	27
Hälso- och sjukvårdens ansvar	27
Kommunens ansvar	28
Skolan	28
Socialtjänsten	28
Samverkan	30
Utvecklingsområden	30
<i>Individualiserade insatser</i>	34
Att skapa en optimistisk och förtroendefull relation	34
Självbestämmande och valmöjlighet	35
Inkluderande eller exkluderande förhållningssätt	35
Tillgång till insatser	36

Utredning och bedömning	38
Normalt eller avvikande?	38
Utredning eller behandling?	38
Syftet med utredning	39
Utredningens innehåll	39
Nivådifferentierat bedömningsinnehåll	40
1. Inledande bedömning och ställningstagande till diagnos	41
2. Risk- och behovsbedömning	41
3. Fördjupad utredning	42
Återföring av bedömningen och utredningsresultatet	42
Generellt om stöd och behandling	44
Aktuellt forskningsläge	44
Vilka insatser har stöd i dagens forskningsläge?	44
Vilka insatser har inte stöd i dagens forskningsläge?	45
Vilka praktiska erfarenheter finns av de ovanstående arbetssätten i Sverige?	46
Syfte med stöd och behandling	46
Innehåll i stöd och behandling	47
Tidiga insatser för riskutsatta barn under 7 år och deras föräldrar	49
Rekommendationer	50
Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer	51
Insatser för ungdomar 12–17 år och deras familjer	52
Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser	54
Kognitiv färdighetsträning	54
Samverkan	54
Särskilda behandlingsinsatser	56
Behandling för särskilda undergrupper av utagerande beteendeproblem	56
Missbruk	57
Depression och ångest	57
Bipolär sjukdom	57
Störande beteende med labilt humör (DMDD)	57
Neuropsykiatrisk problematik	57
Mobbning	58
Brist i empati eller flackt känsloliv ("callous traits")	58
Sexuella förövare	59
Psykofarmakaterapi vid utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar	59
Behandling av annan samtidig psykiatrisk problematik	60
Farmaka vid ADHD	60
Farmaka mot ångest och depression	61
Farmaka mot aggressivitet och impulsivitet	61
Farmaka mot bipolär sjukdom	62
Omega-3-fettsyror	62
Ekonomiska aspekter på upptäckt och behandling	63

Sammanfattande förslag

Samhället bör utforma insatserna till barn och ungdomar med trotssyndrom och uppförandestörning så att:

- barn som riskerar att utveckla utagerande beteendestörning identifieras tidigt. Det är fr.a. ett ansvar för MVC, BVC och socialtjänsten, men BUP måste i samverkan medverka med kompetens i riskbedömning och diagnostik.
- risk- och stödfaktorer värderas med hjälp av strukturerat bedömningsstöd i samverkan mellan socialtjänsten och BUP.
- MVC, BVC, socialtjänsten och BUP erbjuder stödinsatser redan under graviditet och spädbarnstid till familjer med riskfaktorer för utagerande beteendestörning.
- kommunerna erbjuder förskola av god kvalitet för barn under 3 år med risk för att utveckla utagerande beteendestörning.
- program för föräldrastöd övervägs för barn under 12 år, antingen i kommunal regi eller i samverkan mellan socialtjänsten och BUP.
- familjebehandlingsprogram övervägs för barn som är 12 år och äldre. Här bör BUP ta ett huvudansvar, men sådana program fungerar även i kommunal regi
- särskilda insatser övervägs till barn med särskilda behov, eller där föräldrastöd inte räcker. Här är BUP huvudansvariga.
- samsjuklighet behandlas med de insatser som rekommenderas för respektive tillstånd, men att insatserna ges under längre tid och med högre intensitet. BUPs ansvarsområde.
- psykofarmakabehandling erbjuds vid samsjuklighet. Det är självklart BUPs ansvarsområde. Notera att psykofarmaka ej har någon plats i behandling av kärnsymptomen.
- man utgår ifrån att problemen kommer att variera i intensitet över tid och därför planerar in regelbundna uppföljningar. Insikten om detta ska prägla alla samordnade insatser.
- barn inte ”tappas bort” vid kontinuitetsavbrott, t.ex. vid övergången mellan förskola och skola samt mellan olika skolstadier, vid flyttning, familjehemsplaceringar etc. Samordning är honnörsordet.

Förkortningar och definitioner

ADHD – ”Attention deficit/hyperactivity disorder”, hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning enligt DSM-IV.

BUP – Barn- och ungdomspsykiatri.

BVC – Barnavårdscentral.

CD – ”Conduct disorder”, uppförandestörning enligt DSM-IV.

DAMP – Används i Norden inom klinisk praktik, motsvarar ungefär ADHD + DCD.

DCD – ”Developmental coordination disorder”, motoriska och perceptuella svårigheter.

DSM-IV – Den fjärde och nu aktuella versionen av det amerikanska psykiatriska diagnossystemet ”Diagnostic and statistical manual of mental disorders”.

Elevhälsa – Ska finnas inom förskoleklassen, de obligatoriska skolformerna, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.

HVB – Hem för vård och boende.

LVU – Lagen om vård av unga, tvångslagstiftning för samhällsomhändertagande av unga som behöver skydd pga. bristande omvårdnad eller vars egna beteenden medför att de riskerar sin utveckling.

LSU – Lagen om slutna ungdomsvård. En domstolsdom enligt LSU (för ungdomar 15–17 år) innebär tidsbestämd vård på ett särskilt ungdomshem (som drivs av SiS)

MVC – Mödravårdscentral.

ODD – ”Oppositional defiant disorder”, trotssyndrom enligt DSM-IV.

Poängsystem – ”Token economy” (teckenekonomi), förstärkningsmetod inom beteendeterapin där positiva beteenden ger ”poäng” som kan växlas in mot något individen värdesätter (spela dataspel, vara tillsammans med en förälder och göra något roligt etc.).

Prevention – *Universell prevention* definieras som en intervention som inte tar hänsyn till skillnader mellan hög- och lågriskgrupper. Ingen enskild individ eller grupp väljs ut av något skäl. Interventionen är tänkt att främja alla oavsett grad av risk. *Selektiv prevention* definieras som en intervention riktad till undergrupper i populationen som exponeras för en eller flera riskfaktorer. Enskilda individer identifieras inte utan det är gruppen som bedöms befinna sig i riskzonen. Ett exempel på selektiv prevention kan vara stöd till barn vars föräldrar har missbruksproblem. *Indikerad prevention* definieras som en intervention för individer med identifierade problem.

PTSD – Posttraumatiskt stressyndrom enligt DSM-IV.

SiS – Statens institutionsstyrelse som bedriver individuellt anpassad tvångsvård för ungdomar med allvarliga psykosociala problem. Det sker vid 26 särskilda ungdomshem runt om i landet. Ungdomshemmen har drygt 600 platser.

Skola – Förskola (0–6 år), förskoleklass (6 år), grundskola (7–16 år), gymnasieskola, (16–19 år), grundsärskola (7–17 år), särskolegymnasium (17–20 år).

Skolhälsovård – se Elevhälsa.

SOU – Statens offentliga utredningar.

Strukturerad, enligt en viss plan, i extremen manualbaserad metod.

SKL - Sveriges Kommuner och Landsting.

Teckenekonomi – se Poängsystem.

Barn och unga med utagerande beteendeproblem

Utagerande beteendeproblem

Trotsighet, olydighet och aggressivitet är några av de allra vanligaste anledningarna till att barn och unga kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Pojkar är överrepresenterade i gruppen som stör och förstör för sig själva och andra. Dessa beteenden benämns på olika sätt, t.ex. externaliserande beteendeproblem, socioemotionella svårigheter, normbrytande beteende, aggressivt-utagerande beteendeproblem, explosivt beteende och hyperaktivitetssyndrom. Här används *utagerande beteendeproblem* som en sammanfattande beteckning på dessa problembeteenden. Denna beteckning omfattar alla barn så är så trotsiga, olydiga eller aggressiva att omgivningen reagerar och innefattar även de barn och ungdomar som uppfyller kriterierna för DSM-IV diagnoserna *Trotssyndrom (ODD)* och *Uppförandestörning (CD)*. Barnen ifråga behöver förståelse och stöd samt i många fall även behandlingsinsatser. Det krävs ett genomtänkt förhållningssätt inom och mellan de verksamheter som möter barnen och ungdomarna, och detta understryker behovet av ett vårdprogram.

Barnens familjer saknar ofta stöd och resurser för att kunna återta en tillräcklig kontroll över sitt liv. Det räcker sällan med enbart insatser från BUP, men BUP ska också se till att den behandling som erbjuds ges i ett sammanhang där den kan bli framgångsrik. Det är dock socialtjänsten som formellt har ansvaret för att samordna insatserna. Många ungdomar med utagerande beteendeproblem har haft kontakt med BUP tidigare under sin uppväxt, vilket innebär att man hade kunnat ge tidiga insatser. Exempelvis finns det en studie av ungdomars beteendestörningar och psykiatriska vårdbehov på några ungdomshem inom SiS, och den visade att 70 procent av ungdomarna tidigare hade haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (SiS och Landstingsförbundet, 2001). Om de nödvändiga aktörerna inte redan har bildat ett professionellt nätverk runt familjen behöver BUP ta initiativet till sådana kontakter. Ytterst regleras detta av anmälningsskyldigheten enligt socialtjänstlagen (SoL) 1§ 14 kap. Genom att anmäla misstanke om att barnet far illa till socialtjänsten kan man få tillgång till kommunala resurser i arbetet med att stödja familjer och ge skydd och lämpliga insatser till barn som far illa eller riskerar att fara illa. Familjen kan också ansöka om stöd själv, vilket kan vara en fördel ur motivationssynpunkt.

Förekomst av utagerande beteendeproblem

Många barn och ungdomar har så stora utagerande beteendeproblem att deras vardag påverkas. Epidemiologiska studier har försökt uppskatta hur många barn det kan handla om men resultaten varierar mycket beroende på bl.a. barnens och ungdomarnas ålder och hur man har definierat de aktuella problemen. Sammanfattningsvis har dock minst 10 procent av alla barn och ungdomar i skolåldern de problem som beskrivs av diagnoserna ADHD, trotsyndrom eller uppförandestörning (Andershed & Andershed 2005). Samtidigt visar studierna att det är stora variationer i olika befolkningsgrupper.

Problembild

När barn upprepade gånger bryter mot de regler, normer eller förväntningar som finns i uppväxtmiljön kan man säga att de har ett *beteendeproblem*. De flesta beteendeproblem definieras utifrån den sociala gemenskapens värderingar och normer eftersom ett visst handlande uppfattas som ett problem i en situation (en protest mot lärarens krav i klassrummet) men inte i en annan (en protest mot den som mobbar). Barn kan felaktigt anses ha beteendeproblem när de uppträder på ett sätt som i stunden provocerar oss vuxna, och därför måste vi också se hur vi eller andra i omgivningen har bidragit till barnets reaktioner. Barn med beteendeproblem är sinsemellan olika. De är dock sällan lyckliga, utan snarare missnöjda, otrygga och ledsna barn som mycket ofta känner sig missförstådda. Det är som om de ständigt är beredda att ta strid mot en oförstående omgivning och kämpar för att dölja sin osäkerhet och rädsla. Däremot är de sällan öppet hjälpsökande även om de kanske egentligen vill ha hjälp med att ändra andra människor i sin omgivning. De har svårt att se sitt eget bidrag till det som händer eller till problemen som uppstår. Oftast lägger de skulden på andra och hamnar lätt i samspelsituationer som ytterligare förstärker omgivningens negativa förväntningar.

De norska forskarna Sørli och Nordahl genomförde i slutet av 1990-talet en omfattande studie för att undersöka förekomsten av beteendeproblem bland eleverna i norska skolor (Sørli & Nordahl 1998). De identifierade och beskrev följande problemområden:

- *Beteenden som hindrar lärande och undervisning*, som att inte kunna koncentrera sig samt att vara lätt distraherad, rastlös, motoriskt orolig och stökig. Dessa beteenden gör att barnen stör både andra och sig själva, och de blir särskilt uppenbara i inläringssituationer. Detta var den vanligaste formen av problem i undersökningen.
- *Utagerande beteendeproblem, fysiskt och verbalt*, som handlar om att snabbt bli arg, slänga käft vid tillsägelser, protestera mot vuxnas krav, lätt hamna i bråk och slagsmål och ofta ge sig på andra, verbalt eller fysiskt.
- *Antisocialt beteende* eller ett allvarligt utagerande beteendeproblem karakteriseras av handlingar som tydligt bryter mot normerna och reglerna. De flesta i omgivningen betraktar dessa beteenden som destruktiva, etiskt tveksamma och som brott mot gällande sociala över-

kommelser. Det kan handla om allt från upprepade men relativt banala regelbrott (t.ex. snatterier) till ett avsiktligt agerande för att skada andra fysiskt eller psykiskt (skadegörelser, trakasserier eller våldsamheter).

Det finns mycket stöd för att förekomsten av riskfaktorer bör vara ledande för de insatser som görs, vilket diskuteras närmare längre fram. Men barnets eget beteende är naturligtvis också betydelsefullt. Ungdomar med utagerande beteendeproblem har ofta ett normbrytande beteende som gör att omgivningen reagerar. För mindre barn är det inte lika välkänt och etablerat vilka beteenden som har sämre prognos, och därför väljer man i många fall att ”vänta och se”. För *spädbarn* och *småbarn* (< 3 år) finns det vissa varningssignaler: temperamentsvariationer, regulatoriska störningar och begränsningar i förmågan till social anpassning, svårigheter i samspelet mellan föräldrar och barn samt medvetet våld mot vuxna och andra barn. För *förskolebarn* (3–6 år) bör man vara uppmärksam på bristande förmåga till åldersadekvat lek, motorisk överaktivitet eller rastlöshet och utvecklingsavvikelser när det gäller språk och motorik. Även i denna ålder är våld och över-sitteri bekymmersamma tecken, t.ex. barn som sparkas, bits, slåss, bråkar, är olydiga, skyller på andra, ljuger, är irriterbara, har sönder saker, inte bryr sig inte om andra, inte delar med sig och inte är omtyckta av andra barn.

Trotssyndrom och uppförandestörning

Benämningen trotssyndrom används när barn uppvisar ett mönster av negativt, fientligt och trotsigt beteende gentemot personer i sin omgivning. I första hand är protesterna riktade mot föräldrarna men de kan också prägla samvaron med andra vuxna och även med kamrater. Trotssyndrom är ofta ett delproblem vid diagnosen uppförandestörning eller kommer före den. Ordet uppförandestörning kan föra tankarna till bristande artighet, men problemet är allvarligare än så. Det handlar om allvarliga asociala handlingar eller beteenden som på olika sätt bryter mot normerna och reglerna i den miljö barnet eller den unge befinner sig. Dessa beteenden kan bestå av verbala angrepp på andra men också yttra sig som aggressivt, fysiskt våld. Andra exempel är stölder eller handlingar som skadar människor eller deras egendom samt opålitlighet och skolk. Prognosen är särskilt allvarlig för de barn som börjar utveckla sådana problem redan före tonåren. Likaså är det prognostiskt allvarligt om barn är känslökalla och inte bryr sig om andras lidande (”callousness”). Det är dessutom snarare regel än undantag att barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem har andra samtida problem som ADHD, specifika inlärningsstörningar som läs- och skrivsvårigheter, missbruk av alkohol eller droger, ångest eller depression (se bilaga 4 för en mer detaljerad beskrivning).

Nigg (2006) föreslår två distinkt olika utvecklingsvägar som båda leder mot uppförandestörningar. Den ena kännetecknas av att barnen eller ungdomarna har låg reaktivitet vid rädsla, låg empatisk förmåga och få prosociala tendenser, är impulsiva samt visar hög aggressivitet och liten reaktion på straff. Dessa egenskaper kännetecknar också unga som har brister i empati

eller ett flackt känsloliv. Den andra gäller barn och unga som är starkt motiverade att få positivt beröm och belöningar, visar en stark negativ affekt och har låg förmåga att med viljan kontrollera, hämma eller initiera beteenden och skifta uppmärksamhetsfokus. Denna grupp har ett beteende som är "sensation-and-reward-seeking" och kan genom det bryta sociala lagar och få negativa reaktioner från andra. Denna andra grupp återfinns också bland de barn som utvecklar ADHD.

Könsskillnader

Det är mindre vanligt att flickor utvecklar allvarliga utagerande beteendeproblem, framför allt sådana som innebär öppet aggressiva handlingar. Orsakerna till detta har diskuterats (Moffit et al 2001) och trots olika hypoteser vet man inte säkert vad det beror på. Teorierna bygger bl.a. på pojkars och flickors olika biologiska förutsättningar och hur beteenden influeras av hormonella faktorer, pojkars och flickors olika neuropsykologiska förutsättningar, samt människans evolutionära bakgrund. Det kan dock finnas mer närliggande förklaringar, som att omgivningen medvetet eller omedvetet uppmuntrar olika beteenden hos pojkar och flickor. Flickor mognar dessutom generellt sett tidigare, vilket kan ha betydelse. En tidig språklig och social utveckling underlättar barns sociala anpassning, och därför har flickor troligen bättre förmåga att hantera sociala frustrationer och löper därmed mindre risk för att ta till öppet aggressiva handlingar i konfliktsituationer.

När flickor uttrycker sin aggressivitet är det oftast på ett mer indirekt sätt med s.k. relationell aggressivitet – genom att sprida ut rykten, frysa ut någon från gruppen eller såra någon genom att prata illa om den (Moffit & Caspi 2001). Aggressivitet uttrycks alltså på olika sätt beroende på kön. Brottsstatistiken för de senaste 10–20 åren visar dock en drastisk ökning av antalet tonårsflickor som misstänks för brott med våldsinslag (BRÅ 2007, 2009) liksom en ökning av andra typer av kvinnlig brottslighet (BRÅ 2009, Hollar 2007). Antalet flickor 15–17 år i Sverige som lagfördes för misshandel ökade med 87 procent mellan 1993 och 2009. Fortfarande dominerar dock pojkar stort bland de som lagförs för misshandel och utgör hela 81 procent.

Unga flickor med ett våldsamt utagerande och antisocialt beteende riskerar att stängas ute från gemenskapen med vänner och bli utan stöd från både jämnåriga och vuxna. Detta kan leda vidare till dåliga skolprestationer, engagemang i allvarigare antisociala beteenden med andra ungdomar med samma problematik, val av antisociala partner, partnervåld och tonårsgraviditeter (Bailey & Scott 2008). Flickor har också en högre förekomst av andra psykiatriska problem, vilket man bör beakta så att interventionerna anpassas till det. Man måste också tänka på risken för att både flickor och pojkar kan utnyttjas sexuellt när de vistas på en institution (SiS 2011).

Barndomsdebuterande och ungdomsdebuterande uppförandestörning

I forskningen och diagnostiken skiljer man mellan barndomsdebuterande och ungdomsdebuterande uppförandestörning eftersom det finns grundlägg-

gande skillnader mellan grupperna. Framför allt har personerna med barnomsdebuterande problem en allvarligare prognos (Connor 2002).

Individer med barnomsdebuterande uppförandestörning, s.k. ”early starters”, är vanligen pojkar som också har ADHD. Ofta har de redan som småbarn ett svårhanterligt beteende med t.ex. kraftiga utbrott, fysisk aggressivitet och problematiska kamratrelationer. I förskoleåldern visar många trotsyndrom och redan före puberteten uppfyller de vissa kriterier för uppförandestörning, med t.ex. ett fysiskt hotfullt och aggressivt beteende. Dessa barn har en betydligt större risk för att få fortsatta problem med bl.a. kriminalitet än de ungdomar som visar problem först i tonåren.

De med en ungdomsdebuterande uppförandestörning, ”late starters”, har sällan några speciella problem i yngre åldrar och visar sällan tecken på uppförandestörning förrän de når tonåren. De är oftast inte lika fysiskt aggressiva och har bättre kamratrelationer under uppväxten. De kan till och med ha haft en hög status i de barngrupper som de har ingått i. Andelen flickor är högre i denna kategori än bland ungdomarna med barnomsdebuterande svårigheter. Dessa ungdomars problem startar ofta i samband med att de utsatts för nya psykologiska eller sociala belastningar eller för otrygghet, t.ex. om föräldrarna skiljer sig eller om de flyttar eller byter skola och får nya kompisar lockar med ett utmanande sätt.

Många av de barn som visar tecken på uppförandestörning redan före tonåren får allt svårare asociala problem med tiden. Därför måste sådana signaler tas på stort allvar av de vuxna i barnens omgivning. Svenska och internationella studier har visat att de cirka 5 procent av pojkarna som begår brott redan som unga, dvs. före 12–13 års ålder, står för 50–60 procent av alla brott som begås av unga vuxna, fr. a. de allvarliga brotten (Stattin & Magnusson, 1991, Moffit & Scott 2008).

Tidiga behandlingsinsatser till barn och ungdomar kan minska förekomsten och svårighetsgraden av antisocial personlighetsstörning (NICE 2009). Behandlingen är mer effektiv om den sätts in innan det utagerande beteendet befästs (Andershed & Andershed 2005). Metaanalyser av behandlingsprogram har visat att återfallen i kriminalitet minskar med 40 procent om behandlingsprogrammen innehåller strukturerad träning av den sociala förmågan, inslag av kognitiv beteendeterapi och insatser av typen strukturerande familjeterapi (Loeber & Farrington 1998).

Orsaker till utagerande beteendeproblem

Antisocialt beteende hos barn och ungdomar har traditionellt betraktats utifrån skilda, och ibland konkurrerande, synsätt. Utvecklingen har dock gått mot en allt större samsyn i grundläggande teoretiska frågor, ett synsätt där individens problem förklaras utifrån ett samspel mellan många olika faktorer. I dag är man överens om att utvecklingen av utagerande beteendeproblem bäst förklaras av en transaktionell modell där genetiska, psykologiska och sociala faktorer samverkar (Sameroff 2006).

Risk- och skyddsfaktorer

En stor del av kunskapen om utvecklingen av trottsyndrom och uppförandestörning är kopplad till forskning kring risk- och skyddsfaktorer. En riskfaktor definieras som en omständighet eller egenskap som kommer före ett visst utfall och som ökar sannolikheten för detta utfall. En riskfaktormodell för att förstå och hantera risker innebär att man försöker förhindra en viss oönskad effekt genom att eliminera eller mildra effekterna av de riskfaktorer som förekommer, eller förstadierna till dessa (Hawkins et al 1992). En riskfaktor är inte detsamma som en orsak till beteendet. Riskfaktorerna kan predicera utagerande beteendeproblem men man vet inte hur och varför (Moffit & Scott 2008).

Skyddsfaktorer minskar risken för negativa utfall när en eller flera riskfaktorer förekommer (Kazdin 1996). Med denna definition blir skyddsfaktorer alltså variabler som begränsar riskfaktorernas effekter. Skyddsfaktorer kan vara individuella, som god kognitiv begåvning, lugnt temperament, gott självförtroende, empatisk förmåga, prosocial förmåga samt flexibilitet vid hantering av svårigheter. Ett lägre behov av omväxling och extrem stimulans (s.k. sensationssökande) ger en större motståndskraft mot ett antisocialt beteende, medan umgänge med andra kriminella ökar risken. Skyddsfaktorerna på familjenivå är en god relation mellan barnet och åtminstone en förälder samt tydliga roller och familjeregler (Långström 2003, Långström et al 2003). En positiv relation till skolan ("school bonding") är en annan viktig skyddsfaktor liksom en stödjande relation till lärare, samt prosociala kamrater och en uppväxtmiljö i närsamhället där man tar avstånd från antisociala värderingar. En utförligare diskussion om risk- och skyddsfaktorer finns i bilaga 3.

Bronfenbrenners ekologiska modell

Den i USA verksamme psykologen Bronfenbrenner sammanfattar mångåriga studier av miljönflytanden på barns utveckling i en ekologisk systemteori. I denna teori betraktas utvecklingen i relation till det sociala och kultu-

rella sammanhang i vilket människan ingår och där egenskaper hos både individen och omgivningen samspekar. Modellen omfattar både sådant som bedöms orsaka psykosociala problem och sådant som bedöms upprätthålla eller försämra dem. Modellen (Bronfenbrenner 1986) finns närmare beskriven i rapporter från Socialstyrelsen (t.ex. Grundbok BBIC, Socialstyrelsen 2006) och kan sägas ligga till grund för en modern syn på barns utveckling (Sameroff 2010). De olika faktorerna berör fem olika områden (som behandlas närmare nedan):

1. individen
2. familjen
3. skolan
4. kamrater
5. närsamhället

Utöver dessa fem områden bör man parallellt ha ett *utvecklingsperspektiv* och se till barnets aktuella ålder och mognad. Samtidigt måste man vara uppmärksam på att ett barns beteende kan vara en signal om missförhållanden, dvs. att barnets beteende beror på dess livssituation.

För att få en samlad bild av barnet och dess situation måste man beakta samspelet mellan de olika områdena, vilket kan vara nog så krävande, men modellen är ändå överblickbar och kan användas för att förstå orsaker och prioritera insatser i det enskilda fallet. Enstaka svåra trauman kan vara betydelsefulla för hur ett barn mår men det totala antalet riskfaktorer är avgörande den långsiktiga prognosen. Ibland kan t.ex. faktorer i närsamhället vara svåra (som för barn i problemtyngda förorter) men den ekologiska modellen visar att de övriga faktorerna ovan också spelar roll och kan påverkas. Det finns också studier som visar att majoriteten av barnen som har vuxit upp med psykosociala riskfaktorer blir välfungerande vuxna (Cederblad et al 1995).

Tabell 1. Riskfaktorer för utveckling av antisocial personlighetsstörning

Barnets ålder	Tidig barndom (gravitet tom 5 år)	Barndom (6 tom 11 år)	Adolescens (12 tom 18 år)
Antal granskade studier	6	19	10
Riskfaktorer (Odds ratio, OR)	Beteendeproblem under tidig barndom: OR 1,91; Familjefaktorer (dålig anknytning, ensamstående förälder, separerade föräldrar): OR 3,57	Beteendeproblem: OR 2,56; låg IQ: OR 2,00; ADHD: OR 6,22; Familjefaktorer – föräldrastrategier: OR 2,64; separerade föräldrar/disharmoni: OR 2,23; Sociala faktorer (föräldrar:s utbildning, låg inkomst): OR 2,39	Beteendeproblem: OR 3,05; låg IQ: OR 2,12; Familjefaktorer totalt: OR 2,5; antisocialt beteende i familjen: OR 2,47; separerade föräldrar/disharmoni: OR 2,22
Longitudinell uppföljningstid	18-32 år	15-32 år	20-32 år

Källa: NICE:s systematiska forskningsöversikt (2009). Resultaten bygger på de studier som dels bedömdes hålla tillräckligt hög kvalitet, dels redovisar så lång uppföljningstid att det går att uttala sig om risken för asocialitet i vuxen ålder.

1. Individuella faktorer

Det finns stöd för att neuropsykologiska funktionssvårigheter tidigt i livet ökar risken för senare beteendeproblem. Studier pekar på att tidiga neurologiska brister och problem som rör språkrelaterade funktioner, minne, motorik och exekutiva funktioner försätter unga i riskzonen för framtida utagerande beteendeproblem. Man har också visat att barndomsdebuterande utagerande beteendeproblem har ett samband med neuropsykologiska problem såsom bristande impuls kontroll, sen motorisk utveckling, låg intellektuell och kognitiv förmåga samt hyperaktivitet (Andershed & Andershed 2005, Moffit & Scott 2008). Forskning visar också att pojkar med neuropsykologiska problem som växer upp i en negativ miljö är mer aggressiva än pojkar som endast har neuropsykologiska problem eller pojkar som endast växer upp i en negativ miljö (Andershed & Andershed 2005).

Kognitiva svårigheter

- Inlärningssvårigheter, framför allt läs- och skrivsvårigheter, är en mycket betydelsefull riskfaktor för framtida beteendeproblem eftersom läsfärdigheter är viktiga för i stort sett allt skolarbete (Gustafsson et al 2010). Barn som har svårt att lära sig läsa och skriva kan efter ett tag ge upp sina skolambitioner och ta avstånd från skolan med dess auktoriteter. Att

bråka och protestera kan avleda uppmärksamheten från barnets svårigheter och de slipper då krav på prestationer som de inte tror sig klara av.

- En del barn har stora inlärningssvårigheter till följd av svag begåvning eller en utvecklingsstörning, och de är en särskilt utsatt grupp. Dessa barn har inte bara stora problem med att klara skolans prestationskrav utan också svårt att förstå situationerna de hamnar i, vad som pågår omkring dem och vad som sker i den grupp de ingår i. Många hamnar lätt utanför gruppen och kan bli utnyttjade av andra barn utan att förstå det själva. De har dessutom svårare än andra att lära sig strategier för att hantera och bemästra sitt sätt att fungera.
- Samvaron med andra kan bli problematisk för barn som har bristande språklig förmåga med svårigheter att sätta ord på sina tankar och känslor, att förstå vad andra säger eller att formulera sina önsknings på ett begripligt sätt. Barn med språkliga svårigheter blir lätt missförstådda och kan uppfattas som ovänliga eller avvisande. Det gäller särskilt om de tar till knytnevarna när de saknar ord för att uttrycka sin vilja i diskussioner med andra.
- Vissa barn har bristande självkontroll med en låg tolerans för frustrationer. Detta medför att de har svårt att tåla ens små motgångar, något som utmärker många impulsiva barn med ADHD. Bristen på självkontroll leder till att barnen inte klarar av att reflektera över varför de känner sig förorättade i en viss stund. I stället får de blixtnabba och kraftiga känsloreaktioner på förhållanden som andra tycker är relativt bagatellartade. När omgivningen inte förstår kraften i barnens reaktion kan de upplevas som oberäkneliga och kanske till och med skrämmande.
- Bristande exekutiva funktioner är en av de viktigaste kognitiva bristerna vid ADHD, men detta finns också hos barn med andra typer av utagerande problem. Exekutiva funktioner är ett samlingsnamn för de olika kognitiva förmågor som behövs för att både barn och vuxna ska kunna planera och organisera sitt handlande så det passar för en viss uppgift. Det gäller t.ex. att kunna använda tidigare erfarenheter för att lösa uppgifter och under utförandet hålla fast vid sin strategi.
- Barn med ett mer svårhanterligt temperament ställer högre krav på föräldrarnas förmåga och möjlighet att möta barnets behov (Axberg 2007).
- Bristande kognitiv flexibilitet innebär svårigheter att tänka om, växla perspektiv, omvärdera och improvisera. När den förmågan brister kan barnen lätt låsa sig om något inte blir som de har tänkt, och när de blir stressade hittar de inga alternativa lösningar utan reagerar ofta med ett utbrott.

Social cognition

Social cognition (Andershed & Andershed 2005, Moffit & Scott 2008) kallas förmågan ta in information, tolka det som händer, dra slutsatser och välja lämpliga reaktioner baserade på denna tolkning. Barn med utagerande beteendeproblem har ofta problem med detta som kan yttra sig på olika sätt:

- Många har bristande förmåga att tolka sociala signaler och avgöra hur de ska svara på andras beteenden, och de svarar ofta på ett aggressivt sätt. De har även svårt att se det aggressiva och opassande i sitt eget beteende. Många barn med aggressivt utagerande beteendeproblem har en s.k. ”fi-entlig attributionsstil” – de tror att andra människor har fientliga eller illvilliga motiv trots att det inte nödvändigtvis stämmer (Andershed & Andershed 2005, Moffit & Scott 2008).
- Det är vanligt med bristande social kompetens eller bristande förmåga att samspela med andra på ett lyhört sätt. Yngre barn får då svårt att leka konstruktivt med andra barn medan de lite äldre kan få problem med att få och behålla kompisar. Barn med bristande social kompetens har svårt för att utveckla och fördjupa sociala relationer. De märker kanske inte när de överskrider sociala gränser och får svårt att bli populära i gruppen. Andra tycker att dessa barn är väldigt självupptagna och till och med att de saknar empatisk förmåga eftersom de inte verkar bry sig om andras önskingar, vilja eller välbefinnande. Särskilt bekymmersamt är det när barn inte visar ånger efter att ha gjort någon illa utan snarast verkar vara känslökalla i sina reaktioner.
- Många barn har en negativ syn på sig själva med bristande självförtroende och en negativ självuppfattning, ofta tillsammans med smärtsamma depressiva känslor som en följd av tidigare misslyckanden. Vissa barn döljer dessa känslor genom att vara stökiga eller ha en tuff framtoning. Barn med låg självtillit, som inte tror sig om att klara en viss uppgift, hittar ofta strategier för att avleda uppmärksamheten från det så att de ska slippa utsätta sig för nya misslyckanden. Barn som har någon eller flera av dessa svårigheter eller riskfaktorer blir ännu mer beroende av förhållandena i familjen och i förskolan och skolan. Därför är det angeläget att identifiera, förstå och hitta strategier för att möta deras speciella svårigheter.
- När det gäller barn med bristande empati eller ett flackt känsloliv har tvillingstudier visat att det finns en stark ärftlig komponent med liten påverkan av miljöfaktorer. I dessa studier var ärftlighet förklaringen till cirka 66 procent av variansen hos barn med uppförandestörning och brist i empati eller ett flackt känsloliv (Scheepers et al 2010). Motsvarande andel var 10 procent hos barn med uppförandestörning men utan brister i empati eller ett flackt känsloliv. I denna grupp var däremot miljöpåverkan påtaglig (Viding et al 2005).

2. Familjefaktorer

Alla barn är under sin uppväxt beroende av hur de har det i sin familj. För barn med betydelsefulla riskfaktorer är det särskilt viktigt att föräldrarna kan skapa en trygg och förutsägbar miljö. Dessa barn blir också mer beroende av hur de uppfattas och blir bemötta och de behöver extra mycket hjälp med att tackla det som är svårt. Familjemedlemmarna och deras värderingar har dessutom en viktig roll i barnets socialisationsprocess, som förebilder och som människor som de kan pröva sina krafter mot. Det finns stor risk för fortsatta problem om barnets hemsituation präglas av

- återkommande konflikter mellan barn och förälder
- otrygghet och oförutsägbarhet i familjens vardag som gör att barnet inte vet vad som kommer att hända eller vilka reaktioner ett visst handlande får
- inkonsekvens i bemötandet och gränssättningen med otydliga regler och låga förväntningar på ett positivt beteende
- en auktoritär föräldrastil, särskilt om den innehåller hot och våld (Farrington 2005), samt sträng disciplin eller för låg kontroll och svag anknytning mellan förälder och barn
- föräldrar som har brist på tid, ork och engagemang i vardagen och har otillräcklig kunskap om sitt barn, t.ex. inte vet var barnet håller hus eller vilka kamrater han eller hon umgås med.

Risken för ett antisocialt beteende ökar också om föräldrarna har en egen psykopatologi såsom antisocialt beteende, missbruk eller någon psykisk sjukdom, om föräldrarna har återkommande aggressiva konflikter och om våld förekommer i familjen (Farrington 2005). Det är sannolikt så att föräldrars egen psykopatologi är en riskfaktor genom att det leder till sämre föräldraförmåga.

Barn vars föräldrar har många aggressionsfyllda konflikter riskerar att lära sig färre prosociala färdigheter samt att ta efter föräldrarnas sätt att lösa interpersonella konflikter med aggressivitet (Annerbäck 2011, Farrington 2005).

Teorin om "tvingande samspel"

Barn som utmanar sin omgivning ses ofta som aggressiva eller destruktiva, dvs. som om deras handlande är en följd av deras egenskaper. Det finns dock risker med ett sådant tänkande eftersom också de vuxnas bemötande kan skapa onda cirklar eller negativa utvecklingsspiraler hos barnen, vilket kan bidra till att hålla kvar och kanske till och med att förstärka olämpliga beteendemönster. Därför är det viktigt att förstå de mekanismer som påverkar utvecklingen.

Risken för att utveckla negativa cirklar är särskilt stor om föräldrarna eller barnets förskollärare och lärare är påverkade av belastningar i sitt eget liv. De vuxna får då svårt att se barnets behov och att reagera på ett bra sätt, utan tappar lätt tålamodet, blir arga och orkar inte jämka eller förhandla. Den ansträngda livssituationen gör det också svårt för de vuxna att se barnets fina sidor och de klarar inte av att uppmuntra hans eller hennes positiva initiativ. I sådana fall kan den vuxne styras av en önskan att slippa bråk och orkar kanske inte ingripa trots att man förstår att det är viktigt i ett långsiktigt perspektiv. Under stress har man dessutom inte tillgång till sina föräldrafärdigheter eller pedagogiska kompetenser, och gränssättningen präglas då av det man som vuxen tror sig orka med i stället för det barnet egentligen behöver. Reaktionerna på barnets beteende blir nyckfulla, ibland för stränga och ibland för eftergivna, och barnet får motsägelsefulla budskap och inkonsekventa reaktioner från vuxenvärlden. Ett exempel på detta är att när föräldern säger till barnet att inte göra alternativt göra något men barnet vägrar,

beter sig trotsigt eller aggressivt. Om den vuxne då inte har kraft att möta barnets krävande beteende finns en risk för att man ger upp sina förväntningar för att få lugn i just den stunden. Risken är att barnet tolkar detta som att skrik och protester är ett bra sätt att slippa krav och få sin vilja igenom. Om detta händer gång på gång kan det bli ett mönster i barnets samspel, inte bara med föräldrarna utan också med andra. Det leder till att barnet kortsiktigt får en vinst (blir förstärkt) av att bete sig trotsigt och få igenom sin vilja.

Barn kan också bli förstärkta av att få mer uppmärksamhet när de beter sig negativt. Allt detta resulterar i ett destruktivt samspel mellan barnet och föräldern som kan eskalera över tid. Det tvingande beteendet utvecklas och befästs när barnet bemöts så att beteendet blir framgångsrikt, även långsiktigt och i olika situationer. Det handlar om att barnet använder sig av ett tvingande beteende för att hantera sin relation till andra människor, men i lika hög grad om att föräldrarna och andra familjemedlemmar använder sig av ett tvingande beteende för att hantera barnet. Både barn och föräldrar tränas alltså i denna oavsiktliga interaktion.

Många av dessa barn brukar snabbt reagera på vuxenkrav med trotsigt avståndstagande och högljudda invändningar. Beteendet kan komma att gälla olika sorters krav, även från kamrater, och barnen vill göra allting på sitt sätt och sina villkor och hamnar ofta i konflikter. Andra barn drar sig då undan eftersom de inte törs lita på en kamrat med så oberäkneliga reaktioner. Risken är stor att barnet inte kommer att vara omtyckt av vare sig andra barn eller vuxna, och han eller hon hamnar då allt mer utanför kamratgruppen. Den amerikanske forskaren Gerald Patterson och hans medarbetare har gett ett teoretiskt underlag för hur man kan förstå denna problemutveckling, den s.k. ”coercion theory” som kan översättas med ”en teori om tvingande samspel” (Patterson 1982). Denna teori har blivit betydelsefull för att förstå hur sådana onda cirklar kan uppstå i samspelet mellan barn och föräldrar, och den är viktig för rådgivningen till föräldrar och lärare kring barn med ett trotsigt och stökigt beteende. Teorin är också utgångspunkten för flera av de föräldrautbildningsprogram, t.ex. Triple-P, De otroliga åren, COPE och Komet, som har utvecklats för att underlätta situationen för barn med dessa problem.

Alla barn kan utveckla sådana trotsbeteenden om de vuxna personer de växer upp med inte riktigt orkar se ett krävande barns behov. Risken är dock avsevärt större för barn som har ADHD eller som har ett svårhanterligt temperament av andra orsaker och som utsätter sin omgivning för större påfrestningar än vad andra barn gör. Risken är också större om det redan tidigt i barnets liv finns svårigheter i samspelet mellan föräldrar och barn, som ett otrött anknytningsmönster (Stroufe et al 2005).

3. Skolans betydelse

För självkänslans skull är det viktigt att klara av saker i livet och uppleva att man förstår och har kontroll. Skolan har en grundläggande roll att förmedla kunskaper på en individuell nivå så att barn känner att de förstår och klarar av uppgifterna som ställs. Likaså betyder framgång i skolan att självkänslan stärks. Goda skolresultat främjar den psykiska hälsan, men sambandet är dubbelriktat på så sätt att en god psykisk hälsa också ger större framgångar i

skolarbetet (Gustafsson et al 2010). Detta är tydligt redan från tidig ålder, och risken för senare utagerande beteendeproblem ökar betydligt om man inte kan eller får lära sig de basala färdigheterna i läsning, skrivning och matematik. Kunskapsinhämtningen har alltså stor betydelse för den psykiatriska sjukdomsutvecklingen, ett antisocialt beteende, självbilden och självkänslan, och därför är det av största vikt att barnen i den tidiga skolmiljön får möjlighet att utnyttja och utveckla alla sina talanger.

Förskola

I förskolan får många barn de första kontakterna med en omvärld utanför familjen och sina första erfarenheter av att vara i grupp med flera barn. Förskoleålderns lek och samvaro med andra får stor betydelse för barnens utveckling, inte minst den sociala. Barns beteenden påverkas av dagsprogrammet på förskolan, de vuxnas förhållningssätt, sammansättningen av barngruppen och andra generella förhållanden, och dessa faktorer kan både förebygga och framkalla problem hos barn. Det finns förhållanden som kan innebära riskfaktorer i förskolan, som

- bristande struktur i dagsprogrammet och annan planering
- återkommande tillsägelser och förmaningar från de vuxna som med det förmedlar en negativ bild av barnet
- brist på vuxenmedverkan i lek och andra fria aktiviteter
- upprepade misslyckande och negativa upplevelser
- oro och konflikter som ger osäkerhet och otrygghet i gruppen.

När det gäller barn som löper risk att utveckla utagerande beteendeproblem ökar risken för en negativ utveckling om de får en tidig start och långvariga vistelser inom barnomsorg med dålig kvalitet. Men att aldrig ha varit i en barnomsorg utanför familjen är också en riskfaktor (NICE 2009). Därmed är det viktigt att ha tillgång till barnomsorg som håller god kvalitet. Barns läsförmåga är central och forskning tyder på att en förskola av hög pedagogisk kvalitet kan förbättra barnets läsförmåga och matematiska färdigheter. En högkvalitativ förskola är speciellt viktigt för barn från mindre resursstarka hem. Vistelsen i förskolan har effekt upp i ungdomsåren.

Skola

Skolan är en mycket viktig del av barns vardag, och att vara framgångsrik i skolarbetet är en av de mest betydelsefulla skyddsfaktorerna mot framtida problem. En del barn tycker däremot att allt som har med skolan att göra är jobbigt och tråkigt och att de inte får ut något positivt av skolarbetet. Detta kan leda till inställningen att det inte är någon idé att anstränga sig, och barn som inte tror att de kan lyckas ger snart upp och tappar tron på framtiden. Missad inläring och upprepade misslyckanden under många skolår sätter djupa personliga spår som är svåra att reparera. I skolan speglar sig barn i andra och prövar sin kompetens inom olika områden. Där märker de snart om de är bra på sådant som andra värderar, och om de klarar vad de andra

klaras av och är såpass duktiga på något att de blir någon att räkna med. I en färsk forskningsöversikt (Gustafsson et al 2010) belyses dessa samband.

Skolan har en stor betydelse för barns psykiska hälsa (Stattin 2011). En svensk studie (Olsson 2009) visar att goda relationer till lärare är speciellt viktiga för utsatta barn. Barn med lågutbildade föräldrar, arbetarklassbakgrund eller från ekonomiskt utsatta hushåll påverkas starkare än andra barn av kvaliteten på relationen till läraren. Det är viktigt att de första skolåren blir en positiv erfarenhet och att barnet lär sig läsa eftersom det gynnar det fortsatta lärande och barnens välbefinnande. Dåliga skolprestationer ger däremot en låg självkänsla och kan leda till utagerande beteendeproblem, som i sin tur förstärks när lärare och kamrater bemöter barnets beteende negativt. Forskning visar att orsakssambandet också går i andra riktningen: att en låg självkänsla och utagerande beteendeproblem ökar risken för att barnet ska prestera sämre i skolan. Många drabbas av en ond cirkel med psykisk ohälsa och dåliga skolprestationer som ofta följer barnen från tidiga skolår och upp i ungdomsåren. Hos äldre barn är sambandet mellan en svag prestation och psykisk ohälsa starkare hos flickor (Gustafsson et al 2010).

Barn med lässvårigheter får sämre skolresultat, och det talar för att de bör få stöd för att förbättra denna färdighet. Samtidigt behövs studier som visar hur skolan kan stödja läsutvecklingen utan att samtidigt stigmatisera barnen. Hos äldre barn är sambandet mellan en svag prestation och psykisk ohälsa starkare hos flickor (Gustafsson et al 2010). Generellt är skolsvårigheter en stark prediktor för framtida antisocialt beteende (Moffit 1993, Socialstyrelsen Social rapport 2010, SOU 2010:95), och följande faktorer i skolan är viktiga riskfaktorer:

- bristande framgång i skolarbetet
- negativt bemötande från vuxna som saknar tid eller ork för att se och uppmuntra positiva sidor hos barnet
- otydliga eller låga förväntningar på barnens beteende
- skolk
- otrygghet i gruppen med osäkerhet om vad som kommer att hända, t.ex. risk för att råka ut för mobbning på rasterna
- bråk och många andra störningsmoment under lektionerna, som gör att undervisningen inte fungerar
- ett dåligt fungerande samarbete mellan familj och skola.

Däremot är det en skyddsfaktor att ha en god relation till skolan, skolarbetet och lärarna, s.k. ”school bonding” (Freidenfelt Liljeberg et al 2011, Gustafsson et al 2010).

4. Kamraters inflytande

Med åldern får kamraterna allt större betydelse för barns värderingar och upplevelser. Grupptillhörigheten blir särskilt viktig i tonåren då gruppen ger de unga en roll och värderingar som de kan dela och identifiera sig med. En välfungerande kamratgrupp blir därför en viktig skyddsfaktor och ett sätt för de unga att utveckla sina intressen. För självkänslan är det också viktigt att

kunna hitta och utveckla talanger inom andra områden än de som prioriteras i skolarbetet (Gustafsson et al 2010), exempelvis kreativa verksamheter, studiecirklar, musik och dans. Möjligheten att få positiva kamratrelationer ökar om man har tillgång till en bra förskola eller skola och ett bra fritids.

Alla barn är inte populära bland kamraterna, men alla behöver ändå relationer till jämnåriga. Det leder till att utslutna barn ofta söker sig till varandra och att barn med beteendeproblem hittar andra i motsvarande situation. Risken är då att de med sitt gemensamma utanförskap har en negativ inverkan på varandra så att barnets avvikande repertoar får ännu större utrymme än annars. De binds samman av att stå utanför den etablerade gruppen och det ger en tillhörighet, snarare än en ömsesidig vänskap. Detta leder ofta till växande problem. Äldre ungdomar kanske umgås med kriminella vänner i kriminella gäng, vilket är en riskfaktor för ytterligare antisocialt beteende. Det finns också en risk för att barn utvecklar en dragning mot sådana kamratgrupper och miljöer. Dessa grupper bidrar med de modeller och den förstärkning som behövs för att barnet ska få ytterligare träning i sitt antisociala beteende. Avvikande kamrater kommer alltså att upprätthålla och förstärka ett antisocialt beteende, och utvecklingen går därmed vidare mot ökande och alltmer extrema former av antisociala beteenden (Lardén 2009). Nedan listas några exempel på riskfaktorer i kamratrelationerna:

- Barnet saknar fasta kamratkontakter. Barnet blir aktivt utstött eller mobbas eller platsar inte på grund av bristande förutsättningar.
- Bristen på kamrater får barnet eller den unge att söka sig till andra barn och ungdomar som också saknar nära vänner. Dessa kamratrelationer kan vara negativa om avståndstagande och asociala värderingar blir en del av gemenskapen.
- Barnet eller den unge saknar fritidsintressen att dela med andra.

Traditionellt har BUP liten inblick i kamratsituationen. Det är också ovanligt att kamrater bjuds in i behandling, och BUP har heller inget mandat att göra det utan deras och deras vårdnadshavares medgivande. Kommunens verksamheter har större möjligheter att fungera som stödresurser, t.ex. fritidsgårdar, idrotts- och fritidsverksamhet och fältsekreterare.

5. Närsamhällets betydelse

De senaste årtiondenas stora samhällsförändringar har förstås stor betydelse för hur barn har det i sin vardag och för barnfamiljernas livssituation. Många vuxna blir stressade av att försöka göra karriär och prestera på jobbet samtidigt som de ska vara goda föräldrar. Andra har en bekymmersam vardag på grund av arbetslöshet och andra sociala påfrestningar. I vårt samhälle möts också flera olika kulturer, vilket gör att de tidigare generationernas värderingar inte längre är självklara när det t.ex. gäller uppfostringsfrågor. Personal inom skolan och förskolan får i dag möta föräldrar som inte självklart delar pedagogens förhållningssätt till barn. BUP "äger" inte frågorna om barnets livsmiljö, utan det är familjens och kommunens ansvar. Föräldrar och socialtjänst fäster ofta stor vikt vid synpunkter från BUP, då det

inom BUP finns goda kunskaper om barns utveckling och vad som påverkar den.

Ekonomisk utsatthet predicerar antisocialt beteende om utsattheten leder till konflikter mellan föräldrarna, depression hos en förälder eller till en fi-entlig föräldrastil (Conger et al 1994). Det är alltså kvaliteten i relationen mellan föräldrar och barn som avgör om en ekonomiskt pressad situation ska leda till ett antisocialt beteende hos barnet eller inte (Moffit & Scott 2008).

Två övergripande aspekter

Barns beteende eller symtom måste sättas in i ett sammanhang, som i modellen som beskrivs ovan, men symtomen kan också vara barnets enda sätt att signalera missförhållanden. Vid alla bedömningar måste man därför ta hänsyn till barnets utveckling och mognad samt betrakta beteendet som en signal om livssituationen.

Utveckling och mognad

Åren från spädbarn till äldre tonåring innebär en enorm utveckling. Individens förmågor och behov förändras, men med ökande mognad förändras också relationerna till och samspelet med föräldrarna, skolan, kamraterna och närsamhället. Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv är ju en central del av BUP:s kunskapsområde, och att den grundläggande kunskapen om normalt beteende i olika åldrar är viktig behöver inte betonas mer här. Patterson och hans kollegor vid Oregon Social Learning Center (Patterson 1982) har dock presenterat en intressant modell där de beskriver barnets sociala utveckling till ett antisocialt beteende i olika steg eller stadier:

- I förskoleåldern misslyckas barnet först med den viktiga utvecklingsuppgiften att få beteendemässig och känslomässig självkontroll.
- Då finns en stor risk för att barnet inte utvecklar tillräckliga prosociala färdigheter. Det betyder att barnet använder aggressivitet för att få sin vilja igenom.
- Detta leder i sin tur till att barnet misslyckas i skolan och blir utstött av kamraterna.
- I och med detta finns en stor risk att barnet utvecklar en dragning mot kamratgrupper och miljöer där barnets avvikande beteende ”kommer mer till sin rätt”. I dessa grupper ”tränar” barnet antisocialt beteende.

Beteende som en signal om livssituationen

En del föräldrar klarar inte av barnens och ungdomarnas grundläggande behov och rättigheter. Det kan ta sig uttryck i bristande omsorg, fysisk misshandel eller sexuella övergrepp, dvs. det man brukar sammanfatta i begreppet ”barn som far illa”. Det är dock inte säkert att dessa barn berättar om det för någon. Barn och ungdomar är beroende av sina föräldrar (eller huvudsakliga vårdnadshavare) och ofta vill de dessutom skydda dem från kritik. Mindre barn har inte heller så mycket annat att jämföra med och kan tro att föräldrarnas agerande är vanligt. Dessutom saknar mindre barn den mognad som krävs för att uttrycka vad de upplever i ord. Risken för att barn och ungdomar ska utveckla problem ökar starkt när de utsätts för multipla riskfaktorer. Om de inte berättar om missförhållandena kan det i stället bli en psykologisk belastning som tar sig uttryck i olika psykiska symtom och

beteenden. Oavsett vilket avvikande beteende som barnet uppvisar bör man därför alltid fråga sig om det kan bero på livssituationen. I många fall gör beteendet att de vuxna fokuserar på något annat än det egentliga problemet, och ett barns stora läs- och skrivsvårigheter kan mycket väl döljas av att det springer omkring och stör andra. Barn använder också olika strategier för att bli populära och accepterade i gruppen.

Forskning visar tydligt att vanvård, försummelse samt fysiska och sexuella övergrepp har samband med utveckling av antisocialt beteende (Hill 2002). Redan i förskoleåldern kan man se att aga i uppfostran har en klar koppling till utagerande beteendestörning (Taylor et al 2010a). Bland de svenska barn som söker BUP har cirka en fjärdedel upplevt våld mellan föräldrarna (Hedtjärn et al 2009) och många av dem har också själva varit utsatta för misshandel. Det är ett svek mot barnet om den ena föräldern misshandlar eller på annat sätt förgriper sig på barnets andra förälder, och att bevittna våld mellan föräldrarna kan innebära ett trauma med allvarliga konsekvenser för barnets anknytning och en flerfaldigt ökad risk för att utveckla allvarlig psykisk ohälsa (Almqvist & Broberg 2004, Bogat et al 2006, Broberg et al 2010, Annerbäck et al 2011).

Våld mellan vårdnadshavarna är också i hög grad sammankopplat med att barnen själva blir misshandlade (Hamby et al 2010, Annerbäck et al 2010, Taylor et al 2010b). Ungdomar som själva blivit misshandlade är dessutom mer benägna att använda våld i konflikter med jämnåriga och vuxna (Annerbäck et al 2011, Annerbäck 2011). Det är mycket traumatiskt för barn att uppleva våld mot en förälder som man är beroende av för sitt välbefinnande, eller att själv bli misshandlad av en förälder. Våldet innebär att barnet blir känslomässigt övergivet och skyddslöst eftersom det just då förlorar båda sina föräldrar – den ene förvandlas till en hotfull angripare, den andre blir ett utsatt offer (Hamby et al 2010). Barn som är utsatta för vanvård och våld under barndomen reagerar ofta med ett mycket starkt affektpåslag vid hot och rädsla (över-reaktivitet).

Alla människor interagerar med sin omgivning och både barn och vuxna påverkar med sitt handlande vilket bemötande de får från omgivningen. Barn tolkar vardagssituationer och agerar utifrån sina erfarenheter och förutsättningar, och i deras ögon agerar de rationellt i stunden. Omgivningen kan tycka att ett visst handlande är både olämpligt och obegripligt men utifrån barnets uppfattning om sin situation i nuet kan det mycket väl ha en mening. Att riva ner vad de andra förskolebarnen har gjort kan vara ett sätt att slippa uppmärksamheten på sina egna brister. Ett barn som inte får vara med i leken tar kanske bollen från de andra, och slipper då känna sig utanför om då de andra jagar honom eller henne för att ta tillbaka den. Därför hjälper det inte att enbart kritisera barnet för en viss handling som kanske kändes meningsfull i stunden. Alla barn har i grunden samma behov av någon som bryr sig om dem och förstår när de misslyckas, någon som vägleder när det är svårt och som berömmar när det går bra. Alla behöver dessutom känna tillhörighet till en grupp där man är accepterad och slipper hot och utsatthet. Barn som mestadels får uppleva tillsägelser och kritik utvecklar en bild av sig själva som präglas av inställningen ”alla tycker att jag är dum”. Det är en smärtsam känsla och barnets handlande kan då bli styrt av ambitionen att

undvika nya nederlag. Det är alltså viktigt att se barn som aktörer och anpassa både de förebyggande och de behandlande insatserna efter det.

Hälso- och sjukvårdens, skolans och socialtjänstens ansvar

Barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem har ofta stort behov av förståelse, stöd och ibland behandlingsinsatser för att kunna fungera optimalt. Problemen är många gånger komplexa och berör flera aspekter av barnets eller den unges vardag, vilket kräver ett genomtänkt förhållningssätt inom och mellan verksamheter som möter barnen och ungdomarna. Det är också viktigt med ett risktänkande där man aktivt identifierar och försöker minska riskerna hos individen samt i familjen, skolan och näromgivningen. För att bryta en eventuellt nedåtgående spiral måste vi alltså genomföra insatser som är tillräckligt starka för att vända utvecklingen, genom att minska riskfaktorerna, stärka skyddsfaktorerna och motverka uppkomsten av nya symtom och störningar. Det räcker dock inte med en handfull metoder, utan insatserna ska baseras på en klok användning av beprövade arbetsätt som är anpassade till det enskilda barnet, dess vårdnadshavare och speciella livssituation. Målet är att minimera riskerna för en olycklig utveckling.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens och därmed BUP:s ansvar är att utreda och diagnostisera barn och ungdomar samt ge dem stöd och behandling. Insatserna ska ges i anslutning till utredningen och diagnosen, men också på längre sikt i samverkan med de områden som inte ligger inom kommunens ansvar. Huvuddelen av detta vårdprogram syftar till att beskriva BUP:s roll som i korthet kan sammanfattas i följande punkter:

- När det gäller diagnostik ska BUP dels medverka i bedömningen av risk- och skyddsfaktorer med speciell inriktning på utvecklingspsykologi och utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsstörningar, dels beakta samsjuklighet i differentialdiagnostiken.
- BUP ska erbjuda olika former av individuell behandling för barn och ungdomar. De metoder för ungdomar som har empiriskt stöd är familjeinriktade, och när behovet är mer omfattande bör BUP tillhandahålla sådan behandling i samverkan med socialtjänsten.
- BUP har också ansvar för att diagnostisera och behandla särskilda undergrupper av utagerande beteendeproblem: missbruk i olika former, depression och ångest, bipolär sjukdom, störande beteende med labilt humör (DMDD), neuropsykiatrisk problematik, brist i empati eller flackt känsloliv ("callous traits"), fysisk misshandel och sexuella övergrepp.
- BUP ska också erbjuda psykofarmakoterapi vid utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar.

Syftet med avsnittet nedan är att ge en översiktlig bild av kommunens ansvar och uppgifter.

Kommunens ansvar

Det kommunala ansvaret för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem berör både förskolan och skolan och fritiden. Oavsett sina problem har alla barn och ungdomar rätt till en fungerande förskola och skola och en meningsfull fritid. Föräldrarna har också rätt till stöd för att klara sin sociala situation och de sociala myndigheterna har en skyldighet att ingripa för att skydda barn och ungdomar som far illa.

Barn och unga med utagerande beteendeproblem behöver ofta insatser från flera verksamheter samtidigt, t.ex. förskolan, skolan, skolbarnsomsorgen och socialtjänsten. För skolans del handlar det om att barn kan behöva stöd för att uppnå kunskapsmålen, och förskolan och skolan ska utreda och ge särskilt stöd till de barn som behöver detta. Socialtjänsten ska utreda barnets behov av skydd och stöd, oavsett orsak, och besluta om de insatser som behövs. Varken skolan eller socialtjänsten utgår från diagnoser när de utreder och bedömer om barn och unga behöver särskilt stöd eller särskilda insatser. Enligt Socialtjänstlagen och Skollagen har alla barn rätt till stöd utifrån sina behov, det krävs inte att de har en psykiatrisk diagnos.

Nedan följer en beskrivning av skolans respektive socialtjänstens lagstadgade uppdrag.

Skolan

Enligt den nya skollagen (SFS 2010:800) ska rektorn informeras om det finns risk för att en elev inte kommer att nå de lägsta kunskapskraven eller om eleven har andra svårigheter i skolan. Rektorn ansvarar sedan för att elevens behov av särskilt stöd utreds och att han eller hon får ett sådant stöd om det behövs. Rektorn ansvarar också för att ta fram ett åtgärdsprogram som visar vilka behoven är, hur de ska tillgodoses och hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Det särskilda stödet blir oftast ett stöd i och ett komplement till den vanliga undervisningsgruppen. Enligt lagen kan dock stödet också ges i en särskild undervisningsgrupp, i enskild undervisning eller genom en anpassad studiegång.

Socialtjänsten

Socialtjänsten använder begreppen ”barn som far illa” eller ”barn som riskerar att far illa” och ska utreda behovet av skydd och stöd hos barn som kan behöva åtgärder från socialnämndens sida (11 kap 1 § SoL). Socialtjänstens arbete ska anpassas efter individuella behov och lokala förhållanden. Om utredningen och bedömningen visar att det behövs ska socialtjänsten erbjuda barn, unga och deras familjer lämpliga insatser, genom ett s.k. biståndsbeslut. Handläggningen av enskilda ärenden är reglerade i socialtjänstlagen och förvaltningslagen utifrån hänsyn till den enskildes rättssäkerhet och ska därför ske inom de anvisningar lagarna anger. Insatserna kan ges till barnet, den unge eller till hela familjen. Ibland blir också familjens nätverk, t.ex.

far- eller morföräldrar, delaktigt i insatserna. Socialtjänstlagen bygger på frivillighet med en stark betoning på ett nära samarbete med familjen, barnet eller den unge, men barnet kan få det skydd eller den vård det behöver även om vårdnadshavaren inte samtycker till insatserna, enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Socialtjänsten kan också erbjuda information och rådgivning, vilket i dagligt tal kallas för serviceinsatser. Dessutom har socialtjänsten ett lagstadgat ansvar att arbeta uppsökande bland barn och unga.

Barn och familjer kan få kontakt med socialtjänsten på flera sätt. De kan själva ta kontakt och ansöka om hjälp, eller socialtjänsten kan få en anmälan om att ett barn kanske far illa eller riskerar att fara illa. I båda fallen ska socialtjänsten göra en förhandsbedömning och sedan skyndsamt starta en utredning. Det går inte att ange någon exakt tidsgräns för vad som är skyndsamt utan det bedöms utifrån ärendets art. Om ett barn bedöms behöva omedelbart skydd kan dock socialsekreteraren behöva lägga allt annat arbete åt sidan. Utredningen kan t.ex. visa att föräldrarna behöver individuellt stöd i sin föräldraroll och att de bör delta i någon av socialtjänstens öppna verksamheter. En utredning får inte ta längre tid än fyra månader. Förhandsbedömningen kan även visa att det inte finns något skäl att öppna en utredning, och socialtjänsten kan då informera familjen om vad de öppna verksamheterna erbjuder. Det finns många olika insatsformer, från kortare samtalsstöd till placeringar av barnet eller hela familjen.

I socialtjänstens öppenvård ges många insatser utan någon individuell behovsbedömning och ett beslut om bistånd, s.k. serviceinsatser. Fördelningen mellan bistånd och service ser olika ut beroende på vilken insatsform det gäller. Socialpedagogiska insatser, kvalificerat nätverksarbete och enskilt samtalsstöd ges i huvudsak som bistånd. Föräldrautbildningar ges i huvudsak som service, liksom verksamheter för barn och unga som har missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar eller som har bevittnat våld. I övrigt är fördelningen mellan bistånd och service förhållandevis jämn.

Tanken med serviceinsatserna är framför allt att utveckla det förebyggande arbetet och göra det lätt att få professionellt stöd i inbjudande och tillgängliga lokaler. Men utvecklingen mot fler serviceinsatser har ifrågasatts och kritiker har fruktat att socialtjänsten ska underlåta att utreda barns behov och i stället hänvisa barnfamiljer direkt till de öppna verksamheterna. Flera undersökningar visar dock inte att en större serviceinriktning skulle minska antalet barnavårdsutredningar. Det verkar snarare som om socialtjänsten har nått nya grupper.

Under senare år har socialtjänsten gjort insatserna i de öppna verksamheterna mer systematiska och strukturerade, och bl.a. introducerat flera evidensbaserade föräldraträningsprogram (se bilaga 5). Insatserna delas in i två grupper utifrån innehållet, intensiteten och varaktigheten:

Sammanhållna program

- Programverksamheter ska påverka barnets eller familjens kunskaper, färdigheter och/eller beteenden genom ett bestämt program. Insatsen ges inom en avgränsad tidsperiod och med ett visst antal timmar i veckan. Det gäller t.ex. insatserna strukturerad verksamhet för barn i riskmiljöer,

föräldrautbildning, program för unga lagöverträdare samt social färdighetsträning.

- Riktade dagverksamheter ska påverka barnets eller familjens livssituation genom att deltagarna följer en strukturerad verksamhet under en längre sammanhållen tid. Insatsen ges utanför hemmet på en särskild plats flera dagar i veckan. Det är t.ex. insatsen arbetsträning eller utbildningsinsatser för unga över grundskoleåldern och träning av samspel mellan barn och föräldrar.

Övriga insatser

- Socialpedagogiska insatser ska påverka barnets och/eller familjens situation genom att pedagogiskt använda aktiviteter och upplevelser i vardagen. Det gäller t.ex. familjepedagogiska insatser i hemmet, kvalificerade resurspersoner och boendestöd.
- Kvalificerat nätverksarbete går ut på att mobilisera och/eller intervensera i ett stödjande nät av personer bland släkt, vänner och professionella
- Enskilt samtalsstöd syftar till att stödja barnet, den unge eller familjen genom enskilda samtal som kan vara rådgivande eller behandlande.

Barn och unga med utagerande beteendeproblem kan få någon av de insatser som beskrivs ovan.

Samverkan

Insatser till barn och unga med utagerande beteendeproblem förutsätter ett engagemang hos alla de verksamheter och yrkesgrupper som berörs. Många barn och unga – och ibland även deras familjer – kan behöva insatser från flera verksamheter samtidigt. Utredningarna och bedömningarna behöver samordnas, liksom planeringen, genomförandet och uppföljningen av insatserna för att få optimal effekt. Genom samverkan kan man nå målet att barn och unga ska få hjälp så tidigt som möjligt, och att stöd och skydd ska ges utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov. För att samverkan ska fungera krävs ett aktivt stöd från verksamhetens ledning och en tydlig struktur för hur samverkan ska fungera i praktiken. Enligt lagen är det socialtjänsten som ska se till att ombesörja denna samverkan.

Utvecklingsområden

Mot bakgrund av vad forskning funnit vara angeläget kan följande utvecklingsområden vad gäller insatser för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem identifieras:

- Kommuner och landsting bör samverka lokalt om vem som gör vad. BUP bör arbeta för att öka samarbetet med andra aktörer och sitt engagemang för problemgruppen.

- BUP-verksamheten bör i samarbete med de sociala myndigheterna utveckla fungerande metoder för att identifiera barn i riskzonen för utagerande beteendeproblem. För att kunna erbjuda tidiga insatser måste man kunna identifiera sårbara föräldrar, helst redan under graviditeten (Sydsjö et al 2007). Samtidigt får man inte peka ut familjerna som problematiska, vilket är en intrikat balansgång.
- NICE har i sin genomgång lyft fram risktänkandet. De späd- och småbarnsverksamheter som finns i Sverige bör därför bli bättre på att rikta insatser till familjer med högriskfaktorer, och strävan bör vara att nå familjer med riskfaktorer redan under graviditeten. BUP bör samverka med MVC, BVC, vuxenpsykiatri och socialtjänst i detta.
- Vårdgivare och myndigheter ska se till att det finns tydliga vårdkedjor för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem så att de kan få en effektiv vård i samverkan mellan olika aktörer. I en sådan vårdkedja ska strävan vara att
 - specificera vilka insatser som finns att få i varje nivå (på BVC, inom socialtjänsten, på BUP etc.)
 - möjliggöra kommunikation mellan kliniker och organisationer på alla nivåer samt ge redskap för att hantera olikheter och oenigheter mellan dem
 - utveckla delade objektiva kriterier för att utreda och bedöma behov och risker, så långt det är möjligt.
- Vårdkedjan bör etablera arbetsgrupper för dem som arbetar med barn och ungdomar med ett antisocialt utagerande. Sådana nätverk bör innefatta vårdgivare och myndigheter från olika organisationer (socialtjänst, hälso- och sjukvård). Dessa arbetsgrupper ska
 - kunna påverka utbildningen och träningen av personalen på alla organisationsnivåer
 - inventera vilka utbildningsinsatser som behövs för att de metoder som föreslås i vårdprogrammet
 - ha resurser för att kunna erbjuda specialisthjälp och handledning
 - utveckla standarder för vårdkedjor och koordinera dem
 - bevaka hur vårdkedjorna utvecklas och fungerar
 - se till att kunskapen om behov och insatser följer med när barn och unga går över till ett nytt skolstadium eller flyttar
 - se till att övergången mellan barn- och vuxenvård planeras och hanteras på ett genomtänkt sätt.
- BUP måste bedöma riskerna för yngre barn som kommer dit för utagerande beteendeproblem, utreda samsjuklighet och erbjuda behandling (inte minst för ADHD).

- BUP bör arbeta för att föräldrar i riskzonen för att deras barn ska få utagerande beteende problem får tidiga stödinsatser.
- BUP bör utveckla ett genomtänkt förhållningssätt till den s.k. ”första linjens” vård, för att i förlängningen ett proaktivt förhållningssätt baserat på risktänkande ska bli möjligt. Kunskapen om vilka insatser som kan förebygga allvarliga utagerande beteendeproblem visar hur viktigt det är med preventiva insatser innan problemen har blivit stora. Om BUP ska ha en roll i detta arbete kan man inte begränsa sig till att vara en specialistverksamhet för de barn och ungdomar som har allra svårast problem. Specialistbedömningar behövs även för problem som *kan* bli allvarliga, inte bara för de som redan är det.
- BUP bör också definiera sin roll i arbetet med barn och ungdomar som har utagerande beteendeproblem. Av de uppräknade behandlingsinsatserna (se längre fram i vårdprogrammet) är det bara ett fåtal som erbjuds inom BUP (COPE, KOMET, De otroliga åren etc.), och det är ofta andra aktörer som håller i dem. Om BUP ska arbeta med barn och ungdomar som har samsjuklighet och/eller stora problem behövs en hel del arbete och forskning för att utveckla och införa metoder som passar dessa barn. Individuell behandling av barn och ungdomar är rimligen BUP:s ansvar, och därför bör BUP införa evidensbaserade metoder för sådan behandling. Likaså bör BUP erbjuda familjebaserade insatser till ungdomar.
- BUP bör ta fram ett psykopedagogiskt informationsmaterial om utagerande beteendeproblem, dess konsekvenser och vilka stödinsatser som finns (jämför med föräldrautbildningen vid ADHD och autismspektrumstörning).
- BUP bör erbjuda stöd till socialtjänsten, HVB-hem och SiS-hem när det gäller barnpsykiatriska bedömningar samt psykologisk och farmakologisk behandling.
- Socialtjänsten tar ett stort ansvar för vården av missbrukande ungdomar medan barn- och ungdomspsykiatrin inte ser missbruket i sig som sitt primära ansvar. På BUP ses ungdomars missbruk ofta som en del av ett utagerande beteendeproblem. Den nyligen presenterade Missbruksutredningen föreslår att landstinget ska ha huvudansvaret för missbruksvård, och i så fall måste BUP genomföra ett omfattande utvecklingsarbete för att kunna erbjuda missbruksvård till ungdomar. Om man enbart ser missbruk som en del i ett socialt normbrytande beteende riskerar ungdomar med missbruk och underliggande psykiatrisk problematik att hamna mellan stolarna. Forskningen visar att missbruk hos ungdomar hänger ihop med en hög psykiatrisk samsjuklighet och med normbrytande beteende. Därför är det viktigt att alla missbrukande ungdomar får en allsidig ut-

redning och diagnostik, både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten.

- Polisens betydelse bör lyftas fram. Poliser träffar ungdomar som själva begår brott samt barn och ungdomar som bevittnar våld och missbruk i hemmet. Dessutom är det poliser som söker efterlysta ungdomar, transporterar ungdomar som ska till sluten vård, HVB-hem etc. Dessa många och olika kontakter gör att polisen dels har behov av mer kunskap om utagerande beteendeproblem, dels bör ingå i arbetet med vårdkedjor.

Individualiserade insatser

All behandling och vård ska så långt som möjligt ta hänsyn till människors egna behov och önskemål. Även barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem ska kunna fatta informerade beslut om sin egen vård och behandling, tillsammans med vårdnadshavarna och vårdpersonalen. Det är nödvändigt med en god kommunikation, och den bör kompletteras med skriftlig information som är skraddarsydd för det aktuella behovet. Behandlingen och vården ska anpassas till barn och ungdomar med särskilda behov, t.ex. fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, den ska vara kulturellt anpassad och också fungera för personer som har svårt att förstå eller läsa svenska. Vårdnadshavarna ska också involveras i besluten om behandling och vård, om patienten inte motsätter sig det eller det bedöms olämpligt. Familjer ska också erbjudas den information och det stöd de behöver.

Att skapa en optimistisk och förtroendefull relation

Den personal som arbetar med barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem ska vara medvetna om hur man bäst engagerar och håller kvar människor i behandling. Ett positivt och uppmuntrande förhållningssätt fungerar bättre än en hård och straffande inställning.

Personalen ska:

- utforska behandlingsmöjligheterna med den optimistiska inställningen att resultaten kan bli framgångsrika
- bygga en förtroendefull relation med patienten och arbeta på ett engagerande, icke-dömande sätt
- vara konsekvent och pålitlig.
- diskutera utpekande och utanförskap
- peka på den hjälp som finns att få
- ge information och förklara sjukvårdens, socialtjänstens och rättsväsendets olika roller
- ha goda kunskaper om lagstiftningen

Personalen ska också beakta varje familjs behov av stöd och vara särskilt uppmärksam på

- hur familjen påverkas av barnets eller den unges utagerande beteende
- konsekvenser för andra familjemedlemmar av alkohol och drogmissbruk

- om andra barn i familjen riskerar att utveckla utagerande beteendeproblem eller andra psykiska problem och om de behöver något stöd eller skydd.

Strävan bör vara att minimera alla avbrott eller störningar i de pågående terapeutiska interventionerna. Därför ska strävan vara att

- undvika onödiga förflyttningar mellan olika behandlare som kan hindra den planerade vården
- i planeringen och genomförandet av interventionerna se till att behandlingen kan överföras från öppen vård till en institution och tvärt om
- se till att utagerande barn och ungdomar från etniska minoritetsgrupper har likvärdiga möjligheter att få kulturellt lämpliga vårdinsatser
- erbjuda lättillgänglig information på ett lämpligt språk om språksvårigheter eller bristande läsförmåga hindrar människor från att ta del av insatserna, och psykologiska och andra interventioner ska också erbjudas på ett lämpligt språk eller med tillgång till tolk.

Självbestämmande och valmöjlighet

BUP-verksamheten ska balansera den unges självbestämmande och egna förmåga mot föräldrarnas och de anhörigas ansvar. Målsättningen ska vara att arbeta tillsammans med barnen och ungdomarna för att stötta deras självbestämmande och hjälpa dem att göra egna val. Därför ska personalen

- se till att barnen och ungdomarna är aktivt involverade i att hitta lösningar på sina problem, även under kriser
- uppmuntra dem att överväga andra behandlingsmöjligheter och vägar genom livet och diskutera konsekvenserna av dessa val.

Inkluderande eller exkluderande förhållningssätt

Det är viktigt att motverka barns utanförskap och uppmärksamma de mekanismer som leder till att vissa exkluderas. Inom förskolan, men kanske ofattare i skolvärlden, diskuteras inkludering kontra exkludering i relation till för- och nackdelarna med särskilda undervisningsgrupper. Det är en viktig diskussion eftersom barn med utagerande beteendeproblem riskerar att exkluderas, dvs. avskiljas från gemenskapen när de placeras i någon ”specialgrupp” tillsammans med andra som har likartade problem. För att inte förstärka utanförskapet måste arbetet i den särskilda undervisningsgruppen bygga på en mycket väl planerad pedagogik. Annars är risken stor att barnen i gruppen tillsammans utvecklar avvikande värderingar och att deras problembeteenden förstärks. I ett inkluderande förhållningssätt betonar man att även dessa barn hör till gemenskapen och att de i första hand ska få hjälp inom den grupp de tillhör och inte genom avskiljning. Man utgår från att barnen ”hör till”, att de har resurser som kan uppmuntras och att alla har ansvaret för att involvera dessa barn i gruppen. Men detta kan ibland innebära en mycket stor utmaning som inte bara berör den enskilde pedagogen

utan hela arbetslaget, inklusive elevhälsoteamet, och ett särskilt stort ansvar för skolledningen.

Risken för exkludering gäller dock inte bara just dessa förhållanden. Det finns en mängd mer eller mindre osynliga sociala processer som innebär att vuxna exkluderar barn genom sitt bemötande. I en enskild situation kan det vara rimligt, t.ex. att köra ut ett bråkigt barn ur klassrummet eller ta undan ett barn från samlingen för att skydda de andra från störningar eller faror. Det är dock viktigt att inte gång på gång ge kritiska omdömen, sucka uppgivet, skälla och straffa. Om man främst ger negativ feedback stärks de andra barnens bild av detta barn som besvärligt och inte värt att tycka om eller inkludera. Sådana mönster kan starta redan under förskoleåren även om de oftast blir tydligare under skoltiden. Barnens utsatta situation blir då mer uppenbar och de får en känsla av att inte höra till. Risken är, som beskrivits tidigare, att andra barn i liknande situationer i stället ger denna tillhörighet. Då skapas gruppkonstellationer där problembeteendena blir det man har gemensamt och som binder samman gruppen. Barn som har beteendeproblem måste alltså också få uppskattning, respekt och uppmuntran, även om de ofta stör och förstör. Också dessa barn måste få känna att de behärskar något. Det är en stor utmaning för förskolan och skolan att kunna erbjuda arbetsuppgifter och aktiviteter som leder till framgång för alla elever som befinner sig där. Dessutom måste de vuxna veta hur de ska möta och hantera barnen som utmanar. För att kunna arbeta medvetet och uthålligt med dessa barn behöver lärarna förtroende och uppbackning från arbetsledningen samt handledning från i första hand pedagoger som har extra god kunskap om barn med beteendeproblem. Personalen måste också ha tid att visa det extra engagemang som krävs. Samtidigt finns det mycket att vinna om man kan förhindra en fortsatt allvarlig problemutveckling hos dessa barn, även ur en pedagogisk synvinkel.

Tillgång till insatser

Många barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem har nekats hjälpinsatser från BUP. Yngre barn har kanske (ännu) inte tillräckligt allvarliga problembeteenden och psykiska symtom för att ”komma över tröskeln” och in till BUP. Ungdomar kan hindras av kraven på egen motivation, att komma på regelbundna tider, att man inte får vara berusad när man söker akut etc. (Tarren-Sweeney & Vetere 2010). Vårdpersonalen måste arbeta aktivt för att engagera dessa barn i behandling. För ungdomar kan det betyda mer uppsökande verksamhet. För de yngsta barnen innebär det att personalen måste motivera och samarbeta med föräldrarna, förskolan eller skolan, socialtjänsten och ”första linjens” vård och omsorg samt göra riskbedömningar och följa upp dem. Sedan följer ett kontinuum av olika åldrar och ökande problem fram till de ungdomar som redan har blivit aktuella för samhällets vård. För dem bör strävan bl.a. vara att minimera alla avbrott eller störningar i de pågående terapeutiska interventionerna.

När det gäller flickor med utagerande beteendeproblem bör man ta hänsyn till att de oftare också har andra psykiatriska problem och anpassa interventionerna till det. Dessutom måste man tänka på risken för att flickor utnyttjas när de vistas på institution (SiS 2011).

Vårdpersonalen, speciellt på institutioner, bör ha regelbundna individuella uppföljningsträffar med sina klienter även om interventionerna huvudsakligen är gruppbaseade.

Utredning och bedömning

Normalt eller avvikande?

Gränsen är flytande mellan beteenden som kan ingå i en normal utveckling eller vara början på en utveckling mot ett aggressivt eller antisocialt utagerande. Det är inte lätt att avgöra huruvida det verkligen finns några antisociala beteenden, om de är allvarliga och primära eller om barnet t.ex. är överaktivt och av den anledningen uppfattas som svårhanterligt av omgivningen (Kazdin, 1995). Många beteenden, särskilt utagerande beteendeproblem, upplevs heller inte som ett så stort problem av barnen och ungdomarna själva utan det är främst föräldrarna eller omgivningen som reagerar. Skattningar gjorda av föräldrar, skola och myndigheter kan också brista i överensstämmelse, både genom att man kan ha olika benägenhet att tillstå att det finns problem, men också därför att man bedömer barnet i olika sammanhang. Föräldrar har också olika förmåga att beskriva sitt barns problem, vilket ställer stora krav på utredarens förmåga att ta anamnes. Naturligtvis färgas en förälders beskrivning av olika faktorer, t.ex. av hans eller hennes insikt i barnets problem, den egna hälsan och stressnivån i föräldrarollen, liksom av familjens psykosociala situation i övrigt. För att kunna värdera en förälders beskrivning av sitt barns problembild måste familjens totalsituation vägas in. En förälder kan dock naturligtvis göra relevanta och tillförlitliga beskrivningar av sitt barn trots socioekonomiskt belastande familjeförhållanden.

Utredning eller behandling?

Barnpsykiatriska diagnostiska bedömningar har traditionellt gjorts efter en omfattande utredning i ett tvärfackligt team med medicinsk, psykologisk och social kompetens. Efter utredningen och diagnosen föreslås en lämplig behandling. När det gäller familjer med ett barn eller en ungdom med utagerande beteendeproblem är dock barnen och ungdomarna, och ibland även deras föräldrar, omotiverade till insatser. För att öka motivationen och förebygga ”dropout” förespråkar flera av de evidensbaserade familjebehandlingsmodellerna att behandlingen ska erbjudas direkt, och att den inledande behandlingskontakten ska vara aktivt motivationsskapande med fokus på att skapa en allians, minska negativism och klander, mobilisera familjens resurser samt skapa hopp om förändring. Det innebär att man väntar med den noggranna barnpsykiatriska bedömningen med kartläggning av riskfaktorer, skyddsfaktorer och funktionsförmåga, utan den görs sedan som en integrerad del av den fortsatta familjebehandlingen. Mellan dessa två alternativa sätt att göra en barnpsykiatrisk bedömning finns ett antal flexibla varianter som är väl förankrade i barnpsykiatrisk praxis. Exempelvis kan man göra mindre omfattande utredningar före behandlingsstarten eller under behand-

lingens gång. Ibland gör man återkommande mindre utredningar vid flera tillfällen när man får nya frågeställningar.

Syftet med utredning

Utredningen av barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem ska beskriva och ge en förståelse för bakgrunden till deras aggressivitet, utagerande och annat antisocialt beteende. Med beteckningen *utredning* förstås en samlad insats som innefattar ett antal bedömningar av olika faktorer eller förhållanden. I socialtjänstlagen (11 kap 1 § SoL) beskrivs socialtjänstens utredningsansvar. BUP har ansvaret för de specifikt barnpsykiatriska delarna (bl.a. utvecklingsanamnes och kroppslig undersökning) och ska undersöka möjliga etiologiska faktorer (ärflighet, perinatale skadefaktorer och följder av medicinska tillstånd och syndrom). BUP kan även starta en utredning som del av förberedelserna för behandling, den utformas i så fall enligt klinisk praxis.

För att få en allsidig bedömning behövs information från många områden och ofta innebär det att de sociala myndigheterna gör en parallell utredning. Det bör också vara självklart att göra strukturerade riskbedömningar av barnets och föräldrarnas utsatthet för olika former av trauman. Då kan det underlätta att använda frågeformulär som också tar upp ”opersonliga” traumatiska händelser som bilolyckor, naturkatastrofer etc., för att sedan även kunna ställa frågor om våld och trauma i relationer. De aktuella utredningsmodellerna inom svensk vård och omsorg beskrivs i bilaga 3. Överskådligt kan de områden som behöver undersökas i en utredning delas in i de fem domäner som tidigare har nämnts: barnet eller ungdomen, familjen, kamraterna, skolan och närsamhället, samt de två domänerna utveckling och barnets levnadssituation (jfr Bronfenbrenner, 1986). Utredningsunderlagets omfattning och informationskällorna måste förstås anpassas efter uppdraget och barnets utvecklingsålder, och åldern avgör också om barnen och ungdomarna kan intervjuas separat eller bara tillsammans med föräldrarna. Som vanligt måste vårdnadshavarna ge sitt tillstånd innan personal inom BUP kan få information från andra verksamheter. Det är viktigt att i möjligaste mån inhämta uppgifter från olika informanter. Man kan välja att göra intervjuer med eller hämta skriftlig dokumentation från personal inom BVC, förskolan, fritidsverksamheter, skolan (inklusive elevvården), socialtjänsten, ungdomsvården eller Statens institutionsstyrelse (för LVU-vårdade och LSU-dömda) samt rättsväsendet. Vid behov intervjuar man även andra familjemedlemmar för att ta reda på mer om kamraters och närsamhällets belastning när det gäller kriminalitet och missbruk samt möjligheter till prosociala fritidsaktiviteter, vuxenstöd etc.

Utredningens innehåll

En utredning ska innehålla följande delar:

- *Anamnes, intervju med förälder* för att kartlägga ärflighet, förhållanden under graviditeten, perinatale förhållanden, sjukdomar under uppväxten, psykomotorisk utveckling och familjeförhållanden.

- *Intervju med barnet* som utifrån sina förutsättningar får beskriva sina upplevelser och problem samt sin vardagssituation.
- *Intervju med personal i förskolan eller skolan* för att få information om hur barnet fungerar i andra miljöer än i hemmet, i första hand i förskolan eller skolan.
- *Psykologisk bedömning*, kognitivt och emotionellt.
- *Psykiatrisk bedömning* av eventuell samsjuklighet och eventuella indikationer för en farmakologisk behandling av framför allt ADHD.
- *Basal undersökning av barnets allmänsomatiska status*, inklusive översiktlig motorisk och neurologisk status, hjärtstatus, längd och vikt.
- Kontroll av resultat från de *syn- och hörselundersökningar* som har genomförts inom barn- och skolhälsovården.
- Bedömning av *förekomst av stigmata* och ”soft neurological signs” som tecken på något bakomliggande syndrom eller en neurologisk skada.

Beroende på vad som framkommer i övrigt kan det bli aktuellt med följande undersökningsmoment:

- *Drogscreening* vid misstanke om missbruk.
- *EEG* vid misstanke om absenser eller andra epilepsimanifestationer liksom vid starka fluktuationer i beteende och kognitiv funktionsnivå.
- *Kromosomundersökning eller en riktad genanalys* vid avvikelser i utseende eller vid stigmata för att utesluta t.ex. könskromosomavvikelser, 22q11-syndrom samt pre- och fullmutation av Fragil-X.
- *CNS-undersökning* som MRT av hjärnan vid misstanke om någon specifik CNS-sjukdom eller tidigare hjärnskada.
- *Blod- och urintester* vid misstanke om hormonella, immunologiska och/eller neurometaboliska sjukdomar (se bilaga 3 för mer detaljerad beskrivning).

Nivådifferentierat bedömningsinnehåll

I familjer med allvarliga problem, låg motivation och hög risk för ”dropout” kan behandlingen starta med en gång, och utredningen görs sedan som en integrerad del av behandlingen. I bedömningen är det självklart att också utforska barnets och föräldrarnas utsatthet för olika former av trauma. Följande delar ingår i utredningen:

- *Inledande bedömning och ställningstagande till diagnos*. Hur ser problembilden och problemtygden ut? Undersök om det finns någon samsjuklighet eller något trauma och beakta behovet av differentialdiagnostisering.
- *Risk och behovsbedömning*. Vilka riskfaktorer har barnet eller den unge? Vilken är risknivån? Fokusera behandlingen på barn och ungdomar med medelhög till hög risk för fortsatt antisocial utveckling.

- *Fördjupad utredning.* Vid medelhög till hög risk för fortsatt antisocial utveckling bör man göra en fördjupad bedömning med fokus på riskfaktorer på individuell nivå samt familje- och systemnivå. Här ingår också en fortsatt bedömning av en eventuell samsjuklighet.

1. Inledande bedömning och ställningstagande till diagnos

Ett varaktigt antisocialt eller aggressivt utagerande ses ibland enbart som en social problematik, men det är en felaktig förenkling. Samtidigt beror inte alla utagerande beteendeproblem bland barn och ungdomar på psykiatriska störningar. Trots detta finns det främst två barn- och ungdomspsykiatriska störningar eller syndromdiagnoser som ofta kan användas för att beskriva problembilderna: *trottsyndrom (ODD)* och *uppförandestörning (CD)*.

För att kunna värdera differentialdiagnoser och förekomsten av samsjuklighet måste intervjuer, frågeformulär, observationer och tester vara utformade så att de analyserar detta. Med specifika frågeformulär kan det bli lättare att kartlägga symtom på depression, ångest, tvång, autism etc. (se bilaga 4 för mer detaljerad beskrivning).

2. Risk- och behovsbedömning

Den samlade kunskapen om utagerande beteendeproblem visar tydligt att tidiga stödinsatser har större chanser att lyckas och att förekomsten av risk- och skyddsfaktorer kan ge ett gott stöd för prognosbedömningen. Därför är det mycket viktigt att göra en riskbedömning och använda den för att bedöma behovet av stödinsatser, en eventuell fördjupad utredning, uppföljningar etc. Man bör utgå från en komprimerad utredning för att identifiera betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer, och med det som grund involvera familjen i en dialog om både kartläggningens resultat och förslagen till individualiserade konkreta avgränsade interventioner. En utgångspunkt är att föräldrar och barn så långt det är möjligt ska vilja ta itu med sina problem, och därför måste det framkomna resultatet förankras i en dialog med föräldrarna så att de kan motiveras för insatserna. Motivationen brukar vara högre när föräldrar kan välja mellan insatser som har olika innehåll och omfattning.

Nedan listas några exempel på betydelsefulla riskfaktorer, på olika nivåer:

- *Individ.* Avvikande psykomotoriska utveckling, hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem.
- *Familj.* Förekomst av socioekonomiskt belastande familjeförhållanden, familjedysfunktion och/eller fysisk eller psykisk ohälsa hos föräldrarna.
- *Förskola och skola.* Icke optimala förhållanden i förskolan eller skolan med t.ex. brist på förståelse och hjälp för inlärningsproblem.
- *Kamrater.* Avsaknad av en meningsfull fritidssysselsättning, destruktiva kamratrelationer mobbning.
- *Närsamhälle.* Förekomst av belastande familjeförhållanden, familjedysfunktion och/eller psykisk ohälsa i barnets uppväxtmiljö.
- *Utveckling och mognad.* Lättleddhet, omognad riskfyllt sexuellt beteende.

- *Beteende som kommunikation, en signal om missförhållanden i livssituationen.* Erfarenheter av trauma, övergrepp vanvård krigsupplevelser.

Utredningen bör innehålla en öppen diskussion med föräldrarna och barnen samt andra instanser som förskolan, skolan och socialtjänsten för att visa varför insatserna behövs, vilka områden de ska riktas mot och hur omfattande de behöver vara, vilka mål som man ska sträva mot samt hur de ska uppnås och följas upp. Det är bra att använda en strukturerad metod, t.ex. Earl20B/G för yngre barn och SAVRY för tonåringar. ESTER tillhandahåller en samlad metodik för bedömningar oberoende av om det gäller skolhälsovården, förskolan, socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri (se bilaga 3).

3. Fördjupad utredning

Den första bedömningen bör vara begränsad i tid och omfång så att barnet eller den unge snabbt kan få lämpliga stödinsatser så att det problematiska beteendet adresseras. Många behöver dock en mer omfattande utredning som får göras efter hand och utformas individuellt i varje enskilt fall.

Första prioritet är dock alltid att bryta ett allvarligt utagerande beteendeproblem, dels för att skapa förtroende och tillit hos de närmast berörda (föräldrarna, förskolan eller skolan etc.), dels för att få tillräcklig stabilitet så att man kan göra en utredning. Exempelvis bör man uppmärksamma en påtaglig och dominerande ADHD-problematik, och den kan med fördel utredas och behandlas innan man sätter in några andra insatser (se vårdprogram för ADHD, t.ex. BUP Östergötland). Vissa behandlingar riktas direkt till barnet, t.ex. gruppbehandlingar med kognitiv beteendeträning, och barn med en påtaglig ADHD-problematik behöver först utredas och medicineras för att bättre kunna tillgodogöra sig behandlingen. Om barn eller ungdomar visar tecken på en autismspektrumstörning bör insatserna anpassas efter vad som sägs i vårdprogram för autismspektrumstörningar (t.ex. BUP Östergötland).

Låg begåvning samt övriga inlärningssvårigheter kan behöva utredas för att behandlingen ska kunna anpassas och för att den unge ska få ett stöd och bemötande som är anpassat efter sin förmåga.

Återföring av bedömningen och utredningsresultatet

Då det är önskvärt med ett så nära samarbete med familjen som möjligt bör diagnosprocessen avslutas med att den insamlade informationen vägs samman till ett diagnostiskt ställningstagande som presenteras för föräldrarna och för barnet när det är lämpligt. Då ger man en sammanställning av kartläggningsresultatet med identifiering av potentiella utvecklingsområden och möjliga insatser. Syftet med mötet är att skapa en dialog med föräldrarna om de risk- och skyddsfaktorer som har framkommit i kartläggningen och deras reflektioner kring resultatet. På det sättet får man en uppfattning om familjens motivation att förändra eventuella utvecklingsområden och kan avgöra vilka interventioner som är lämpliga. Den strukturerade bedömningen kan

användas som en kort interventionsprocess i sig eller som bas för att skapa en relation till familjen. Den kan också fungera som ett underlag för fortsatta individualiserade behandlingsinsatser om andra problem identifieras eller om föräldrarna återkommer för att få ytterligare stöd.

En sammanfattning av utredningsresultaten ska innehålla

- diagnostisk bedömning och det underlag man har för att ställa diagnosen eller diagnoserna
- beskrivning av barnets funktionsnivå inom viktiga utvecklingsområden
- beskrivning av eventuell samsjuklighet eller samtidiga problem
- analys av betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer i hemmet och förskolan eller skolan som kan ha betydelse för den fortsatta problemutvecklingen och behandlingsinriktningen.

Utredningsresultaten ska sedan ges till barnets föräldrar och till barnet självt (med anpassning till utvecklingsnivån) samt i någon form till förskole- och skolpersonalen om föräldrarna samtycker till det. Redovisningen ska förklara den diagnostiska bedömningen samt motivera och ge underlag för behandlingsplaneringen. Denna presentation är en viktig del av utredningen och utredarna måste kunna konkretisera resultaten och knyta an till lyssnarens (föräldrarnas, barnets respektive pedagogens) upplevelse av problemen.

Återförandet ska innehålla

- muntlig information om utredningsresultatet inklusive diagnosen, samt en beskrivning av barnets resurser och behov för att förklara de rekommendationer som ges kring bemötande och åtgärder
- ett skriftligt utlåtande som föräldrarna kan använda i t.ex. myndighetskontakter
- relevant informationsmaterial (litteraturförslag, broschyrer, internetlänkar, information om intresseföreningar etc.)
- riktad information till barnet.

Denna redovisning ska sammanfattningsvis ge ett underlag för den vidare planeringen av hur stödinsatserna ska utformas.

Generellt om stöd och behandling

Aktuellt forskningsläge

Här presenteras en översikt av behandlingsinsatser för olika åldrar. En mer detaljerad beskrivning finns i bilaga 5.

Vilka insatser har stöd i dagens forskningsläge?

Projekt Pinocchio (Projekt Pinocchio SKL/IMS 2010) hade som syfte att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende. I nedanstående punkter sammanfattas den forskningsgenomgång som projektet genomförde:

1. *Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser.* Flera olika verksamheter kan bli involverade i insatser för barn och ungdomar med (risk för) utagerande beteendeproblem (förskolan eller skolan, barn- och skolhälsovården, socialtjänsten och BUP) och de kan göra olika saker som alla kan vara viktiga för att hjälpa barnet och hans eller hennes familj. Dessa verksamheter behöver känna till varandras ansvars- och kompetensområden för att på bästa sätt kunna planera och genomföra verksamhetsöverskridande samverkan och samarbete.
2. *Arbeta enligt en genomtänkt plan.* Det är viktigt att insatserna har ett långtidsperspektiv (med uppföljningsplaner och påfyllnings- eller ”booster”-sessioner) och regelbunden utvärdering. Det gynnar arbetet att redan i förväg ha en generell plan eller process för arbetet som samtliga involverade verksamheter följer. Planen talar om vad som behöver göras och i vilken ordning. Arbetet måste också dokumenteras kontinuerligt, vilket är en central del av en systematisk arbetsprocess.
3. *Identifiera och sätt in insatser innan det utagerande beteendet befästs.* Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat utagerande beteendeproblem behöver insatser och förutsättningarna att lyckas är bättre med tidiga interventioner. Ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering för att veta vilka barn som behöver hjälp.
4. *Använd strukturerade behandlingsmetoder som fokuserar på forskningsbaserade risker och resurser.* De behandlingsmetoder som fungerar bäst är strukturerade, fokuserade och multimodala beteende- och färdighetsinriktade interventioner. Med en strukturerad metodik för bedömning kan olika bedömare komma fram till samma resultat vid utvärdering, vilket ger en säkrare och mer tillförlitlig hantering av ett ärende. På så sätt får man också en bra grund för vilka insatser som bör sättas in samt för kommunikationen med barn och föräldrar samt mellan verk-

samheter. Det ger också möjlighet till mer strikta utvärderingar av huruvida insatserna har någon effekt.

5. *Diagnostisera och behandla samsjuklighet.* Upptäckt ADHD en obehandlad depression eller ångeststörning påverkar hur barnet eller den unge kan ta emot insatserna som erbjuds för den utagerande problematiken. Här är BUP:s kompetens viktig eftersom personalen kan upptäcka en eventuell samsjuklighet och värdera om den kan påverka insatserna. Bakom riskfaktorn ”bristande förmåga till socialt samspel” kan vi t.ex. ana bristande impulskontroll, svårigheter med konflikthantering samt bristande social förmåga, kommunikation och tolkning av omvärldens signaler, dvs. det kan handla om neuropsykiatrisk problematik. ”Risker i miljö” gäller barn som avvisas av sina kamrater samt har problem med stress och bristande stresshantering och ett svagt intresse för skolarbetet. En värdering av i vilken grad detta kan ha sin grund i psykiatrisk samsjuklighet, och skulle kunna påverkas av insatser mot sådan samsjuklighet, är ett värdefullt bidrag av BUP.
6. *Arbeta tillsammans med föräldrarna och barnet.* Barnen och vårdnadshavarna bör få vara delaktiga i insatserna som ska anpassas efter barnets behov. Föräldrarna spelar en central roll i barnets beteendeutveckling, och det är viktigt att samarbeta med dem och involvera dem i både bedömningen och insatserna.
7. *Fokusera på forskningsbaserade riskfaktorer och resurser.* Insatserna bör inriktas mot specifika risk- och skyddsfaktorer och mot det utagerande beteendet, och man bör fokusera på att förändra flera faktorer snarare än enstaka. Insatsernas innehåll måste baseras på forskningsresultat om mekanismer som kan utlösa och upprätthålla det utagerande beteendet. Många olika faktorer har visat sig hänga samman med utagerande beteendeproblem. Vid identifieringen, bedömningen och uppföljningen bör man främst fokusera på de faktorer som har visat sig vara viktigast – de som är direkt snarare än indirekt relaterade till utagerande beteendeproblem (proximala) och som är föränderliga (dynamiska). Det finns flera faktorer som kan minska risken för långvariga utagerande beteendeproblem och insatserna ska både stärka dessa resurser och reducera riskerna.
8. *Arbeta multimodalt.* Insatserna bör gälla flera nivåer och flera kontexter eller miljöer (föräldrabete, individarbete, skolinsatser etc.) samt flera professioner (behandlare, specialpedagoger, läkare, lärare etc.) där man strävar efter att ändra både individens beteende och omgivningens förhållningssätt. Att tänka multimodalt innebär också att beakta samsjuklighet, kombinera olika psykologiska behandlingsmodeller, använda pedagogiska insatser samt tänka på att familjen kan behöva ekonomiskt stöd och avlastning i form av en stödfamilj eller en tillfällig familjehemsplacering. Dessutom bör man vara öppen för möjligheter till farmakologisk behandling.

Vilka insatser har inte stöd i dagens forskningsläge?

Följande insatser har inget stöd i dagens forskning:

- psykodynamisk individualterapi med ungdomar
- mindre strukturerade och fokuserade interventioner med oklar målsättning eller fokus på allmän relationsförståelse
- gruppbehandling med äldre barn (över 12 år) där det finns risk för negativ kamratpåverkan ("deviance-training" – träning i att utveckla negativa avvikande beteenden).

Vilka praktiska erfarenheter finns av de ovanstående arbetssätten i Sverige?

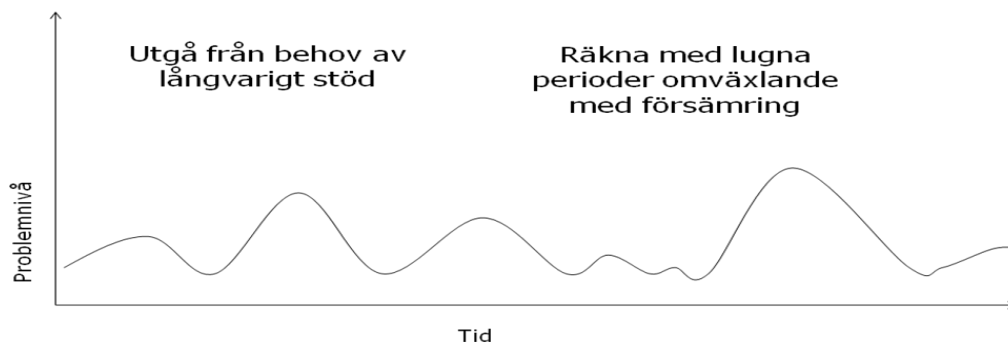
I Projekt Pinocchio (Projekt Pinocchio 2010) har 30 tvärprofessionella team personal från främst förskola/skola, socialtjänst och BUP deltagit. Alla team har dokumenterat sina resultat och lärdomar i egna slutrapporter. I slutrapporten (Projekt Pinocchio SKL/IMS 2010) redovisas hur väl man har lyckats med att genomföra ovanstående målsättningar, men hittills har ingen vetenskaplig utvärdering publicerats.

Syfte med stöd och behandling

Den kunskap som finns om utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar understryker att de skapas kontinuerligt under uppväxten och sällan är problem som uppstår plötsligt vid en speciell tidpunkt. De kända riskfaktorerna är som regel aktuella redan under tidig barndom, både i form av riskmiljöer (t.ex. föräldraskap som sviktar av olika skäl) och faktorer hos barnet (t.ex. svårt temperament). All forskning talar för att tidiga insatser har större förutsättningar till framgång, men tidiga insatser har olika innebörd vid olika åldrar. För spädbarn och förskolebarn är fokus på föräldrarna och föräldraskapet. För barn på låg- och mellanstadiet är föräldrarna fortfarande viktiga men skolan får allt större betydelse som påverkansmiljö, och för äldre barn är det utöver föräldrar och skola också viktigt att engagera ungdomarna själva och om möjligt även kamratkretsen. Alla insatser till denna grupp barn och ungdomar kan ses som prevention av antisocialitet och kriminalitet i vuxenlivet. Stöd till småbarnsföräldrar (innan barnen har utvecklat några symtom) kan betraktas som selektiv prevention. Insatser till yngre barn med tidiga tecken på utagerande beteendeproblem räknas som indikerad prevention för sådana problem i ungdomsåren, insatser till förskolebarn är indikerad prevention för problem i skolåldern, och insatser till barn på låg- och mellanstadiet ses som indikerad prevention för problem i tonåren.

Det är vanligt med en dyrbar passivitet i det psykosociala arbetet med dessa barn och ungdomar. Litet tillspetsat är det i vissa fall som att myndigheterna gör barnet sällskap på vägen till undergång. Vid tidigt identifierade problem sätter man ofta in stödinsatser som motsvarar problemets aktuella omfattning, men som inte tar hänsyn till redan kända riskfaktorer för *kommande* problem. Vid t.ex. diabetes är vi inställda på att blodsockerkontrollen varierar över tid och det vore bra att tänka på motsvarande sätt även när det gäller utagerande beteendeproblem.

”Diabetesmetaforen”



Syftet med stöd- och behandlingsinsatserna vid utagerande beteendeproblem är att

- minska de utagerande beteendeproblemen och eventuella samtidigt problem
- förhindra nya problem
- öka barnets funktionsnivå, t.ex. när det gäller inläring och förmåga att umgås med kamrater
- hjälpa barnet att själv förstå och hantera sina svårigheter
- ge barnen och familjerna de sociala stödinsatser som behövs
- öka kunskapen om vad barnets utagerande beteendeproblem innebär hos viktiga personer i dess omgivning, så att han eller hon kan mötas av rimliga krav och ett utvecklande förhållningssätt.

Innehåll i stöd och behandling

Stöd- och behandlingsinsatser måste anpassas till det enskilda barnets ålder och problembild och dess föräldrars behov. Effektiva behandlingar ska också vara multimodala, vilket är ett viktigt fynd i metaanalyser av studier som rör interventioner för antisociala unga. Det innebär att de kombinerar flera metoder och riktar in sig på att förändra mer än en aspekt av ett problematiskt beteende. Detta är viktigare när barnet har så omfattande utagerande beteendeproblem att de medför en funktionsnedsättning i alla miljöer, dvs. om problemen påverkar barnets familjesituation, om förskole- eller skolsituationen inte fungerar trots stöd och pedagogiska tillrättalägganden och om barnet saknar bra kamrater och fritidssysselsättningar. Dessa barn måste ha en mer genomtänkt behandling med en multimodal inriktning som når barnet i olika miljöer med olika metoder, t.ex. innehålla ställningstagande till medicinering. Med ett sådant multimodalt förhållningssätt är det självklart att erbjuda en föräldrautbildning om hur man kan förhålla sig till och bemöta barnet. Behandlingen måste också omfatta en anpassning av förhållandena i förskolan eller skolan. Ibland kan det också vara motiverat med insatser som är mer direkt riktade till barnet, för att t.ex. träna inlä-

ningsstrategier, hur man utvecklar kamratrelationer eller hanterar ilska och frustrationer.

Insatserna kan gälla barnet, föräldrarna och familjen, förskolan eller skolan, kamraterna och närsamhället.

Insatser till barnet

Generellt finns det lite stöd för att individuell psykologisk behandling av små barn ger några bestående effekter men äldre barn kan ha nytta av individuell träning av sociala färdigheter och affektkontroll. Gruppbehandlingar med äldre barn innebär dock en risk för negativ kamratpåverkan ("deviance-training" – träning i att utveckla negativa avvikande beteenden) som man måste vara medveten om.

Insatser till föräldrarna och familjen

Forskningen ger starkast stöd för olika former av familjebehandlingar, t.ex. psykopedagogiska insatser, grundläggande föräldrautbildning, utvidgad föräldrautbildning och -träning samt olika former av familjeterapi. Det kan också vara effektivt med ekonomiskt stöd och hjälp till föräldrarna att få ett arbete. Föräldrar med egna problem har en särskilt svår situation. De ska både få vardagen med familj och arbetsliv att fungera samtidigt som de ska ge stabila och förutsägbara förhållanden för sitt barn, och är därmed mer beroende av omgivningens förståelse och stöd än de flesta andra föräldrar.

Insatser i förskolan och skolan

Det är en riskfaktor att tidigt placeras i en förskola av dålig kvalitet och att vistas länge på dem, men det innebär också en risk att växa upp hemma under svåra omständigheter. Barn som riskerar att utveckla utagerande beteendeproblem bör därför, före 3 års ålder, erbjudas barnomsorg på en förskola som är väl bemannad med kompetent personal. Oftast blir det aktuellt med olika former av pedagogiska insatser med anpassningar i förskolan eller skolan, och anpassning av barnets skolsituation är en central del av stödet. När förskolan eller skolan har uppmärksammat problem hos barnet bör den berörda pedagogiska personalen få ta del av utredningsresultaten, med föräldrarnas medgivande. Hälso- och sjukvården har visserligen inte ansvar för barnets förhållanden där, men kunskapen är viktig för förskolans och skolans åtgärdsplanering när det t.ex. gäller att anpassa miljön och pedagogiken.

Barn med utagerande beteendeproblem behöver en väl strukturerad skoldag där aktiviteterna går att överblicka och förutse, undervisningsnivån och metoderna är anpassade till barnens färdigheter och kunskapsnivå, och de får tät och tydlig feedback på sitt handlande. Det är viktigt att som en del av insatserna göra en översyn av klassrumsmiljön och ser till att eleven ifråga har avgränsade och tydliga arbetsuppgifter samt korta arbetspass, får hjälp att komma igång, genomföra och avsluta uppgifter, får stöd för att fokusera på det väsentliga samt får tät och återkommande feedback. Då måste det finnas ett gott samarbete mellan hemmet och förskolan eller skolan. För att barnet eller den unge ska få ett bra långsiktigt stöd är det viktigt att följa upp

barnets skolsituation samt ge råd och stöd till personalen kring barnet. I detta arbete har skolhälsovården och elevhälsan en central uppgift.

Kamrater

BUP har som regel ingen verksamhet som går ut på att förändra eller förbättra barns och ungas kamratsituation. Däremot kan BUP ge föräldrar råd och stöd för regler om utetider, förklara vikten att ha insyn i vad ungdomarna gör på fritiden och vilka kamrater de umgås med samt berätta vad man som förälder kan göra om man är bekymrad för barnens umgänge. Föräldrar ska alltså ”monitorera” sina ungdomar, dvs. veta vilka barnen umgås med och vad de gör utanför familjen. Insikten i dessa aktiviteter kommer i stor utsträckning från barnen själva. Barnet berättar spontant för föräldrarna vad han eller hon gör på fritiden, var och med vilka kamrater. Detsamma gäller i riskgrupper av barn. Föräldrarna ska med andra ord inte vara kontrollanter eller poliser. Detta förutsätter att barnet berättar om sitt liv utanför hemmet, men det finns undersökningar (Stattin 2001) som pekar på att de gör det om de känner värme och intresse från föräldrarna.

Det finns olika kommunala verksamheter som riktar sig till denna, i ungdomsåren viktiga arena, som fritidsgårdar och fältsekreterare. Ungdomsmottagningarna kan också spela en viktig roll, se t.ex. www.umo.se, liksom frivilligorganisationer i form av scouter, idrottsföreningar m.m.

Närsamhälle

Inte heller när det gäller närsamhället har BUP något uppdrag, men socialtjänstens fältassistentverksamhet och polisens förebyggande arbete är betydelsefulla. Ibland visar dock vårdkontaktarna på BUP att det finns faktorer i barnets omgivning som har stort inflytande, t.ex. epidemier av sniffning och skadegörelse. Då är det självklart viktigt att BUP uppmärksammar andra aktörer på detta och strävar efter att samverka med dem.

Tidiga insatser för riskutsatta barn under 7 år och deras föräldrar

Föräldrarna har naturligtvis huvudansvaret för sina barn men efter spädbarnstiden kommer barnet i kontakt med miljöer utanför familjen, först förskolan och senare skolan. Tillsammans med barnhälsovården, förskolan och senare skolhälsovården eller elevhälsan ansvarar dessa samhällsinstanser för en del grundläggande insatser.

I NICE:s systematiska forskningsöversikt identifierades två interventionsmodeller för stödinsatser till spädbarnsföräldrar, vilka hade undersökts i randomiserade studier och med uppföljningstider på över 15 år. Insatserna kan betraktas som selektiv prevention eftersom man riktar sig till föräldrar vars barn löper risk att utveckla utagerande beteendeproblem. En modell (McCormick et al 2006) bestod av hembesök varje vecka under barnets första levnadsår och varannan vecka år två och tre, ett öppet förskoleprogram mellan 1 och 3 års ålder samt föräldrastödsgrupper varannan månad. Vid 18 års ålder uppvisade interventionsgruppen signifikant färre antisociala

riskbeteenden (utagerande beteendeproblem, självmordstankar, rökning, alkohol- och drogbruk samt riskfyllt sexuellt beteende) jämfört med kontrollgruppen.

Det mest välstuderade programmet (Nurse Family Partnership, NFP) (Olds et al. 2004) har undersökts i tre randomiserade studier. Programmet inriktar sig mot flera mål: förbättra moderns hälsobeteenden prenatalt (rökning samt alkohol- och drogkonsumtion), utveckla moderns uppfostringsstrategier samt hjälpa föräldrarna att planera för framtiden (inklusive kommande graviditeter), fullfölja sina utbildningar, söka arbete och förbättra sina ekonomiska förhållanden. I detta arbete engagerar man även barnens fäder och far- och morföräldrar samt andra viktiga personer i familjens närhet. Likaså hjälper man till att etablera kontakter med olika hälsovårds- och sociala stödinsatser. Programmet finns beskrivet i en manual med en tydlig struktur och en vägledning som beskriver innehållet i varje hembesök sjuksköterskan gör (Olds *et al.*, 2003). Kontakten etableras under den senare delen av graviditeten med hembesök varje eller varannan vecka för att få en trygg relation. Det första besöket efter förlossningen sker när barnet är sex veckor, och därefter kommer sjuksköterskan hem till familjen varannan vecka under 2–3 år. Uppföljningen vid 18 års ålder visade att barnen i interventionsgruppen hade signifikant mindre alkohol- och drogproblem än kontrollgruppen (relativ risk "RR" 0,56; RR 0,33 för kontakter med polisen enligt självrapport och RR 0,18 för arresteringar). Bland de familjer som hade varit med i programmet var RR 0,54 för anmälan för barnmisshandel. NFP har införts i 18 pilotverksamheter i Storbritannien (Barnes *et al.*, 2008) och en randomiserad utvärdering beräknas vara klar 2013–2014.

Rekommendationer

Barn till föräldrar med identifierade högriskfaktorer bör uppmärksammas och tidigt erbjudas insatser som minskar risken för utagerande beteendeproblem. Till dessa föräldragrupper hör

- föräldrar med psykisk ohälsa eller alkohol- eller drogmisshandling
- unga mödrar (under 18 år), speciellt kvinnor som har upplevt omsorgssvikt, misshandel eller sexuella övergrepp
- ensamföräldrar med dåligt stöd i nätverket
- föräldrar som har vårdats på institution
- föräldrar som har varit föremål för sociala och rättsliga insatser.

De tidiga insatser för selektiv prevention som bör övervägas är

- spädbarnsverksamhet för barn under 1 år
- föräldraträningsprogram för föräldrar till barn under 3 år.

Interventionerna ska normalt erbjudas av sjukvårds- och socialtjänstpersonal under 6–12 månader och de ska

- baseras på välstrukturerade, manualbaserade program där följsamheten monitoreras
- inriktas mot multipla riskfaktorer (som föräldrastراتيجier, barnets beteende i förskolan, föräldrarnas hälsa, sociala situation och sysselsättning etc.).

Vidare rekommenderas att barn under 3 år erbjuds barnomsorg på en förskola som är väl bemannad med kompetent personal.

Insatserna ska alltid beakta risken för stigmatisering och utanförskap. Föräldrarna måste förstå att de kan få hjälp, därför behöver de få information och en förklaring av sjukvårdens, socialtjänstens och de andra aktörernas olika roller.

Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer

För barn med utagerande beteendeproblem rekommenderas i första hand gruppbaseade föräldraträningprogram, särskilt vid medelsvåra tillstånd med mindre samsjuklighet och för familjer med god social anpassning. Föräldraträning utgår från sociala inlärningsprinciper och går ut på att föräldrarna tränar på att förändra barnets beteende i hemmet. Behandlingsformen är en av de mer välundersökta behandlingsformerna inom barn- och ungdomsterapi. På BUP bör insatserna betraktas som indikerad prevention, dvs. behandling för att förhindra att barnens problem förvärras. I NICE:s översikt konstaterar man att gruppbaseade program har visat bättre effekt än individuella kontakter, och man förordar i första hand gruppbasead föräldraträning eftersom det saknas studier där man har jämfört individuell och gruppbasead föräldraträning. Individuella föräldraträningprogram kan dock passa när det är speciellt svårt att engagera föräldrarna eller när föräldrarnas behov är för komplexa för att kunna rymmas i ett gruppbaseat program.

De föräldrar som behöver det ska få särskilt stöd för att kunna delta, t.ex. regelbundna påminnelser om träffarna och effektiv behandling av eventuell samsjuklighet (som ADHD). Däremot bör man inte rutinemässigt erbjuda insatser som är inriktade mot individuella problem, äktenskapsproblem eller interpersonella problem, eftersom det finns lite stöd för att det hjälper mot barnens utagerande problem (NICE 2009).

Föräldrar till barn med utagerande beteendeproblem upplever ofta att barnen eller ungdomarna är svåra att förstå sig på och bemöta, och många känner sig osäkra eller misslyckade i sin föräldraroll. Risken finns att samvaron med barnet blir präglad av tjat och konflikter och att man fastnar i negativa samspelsmönster. Målet för föräldrautbildningen är att föräldrarna ska få lära sig hur de kan möta sitt barn i svåra och utmanande vardagsituationer och att bryta negativa kommunikationsmönster. Föräldrarna får också lära sig metoder som kan påverka och förändra negativa beteenden. De bygger på att den vuxne förmår att uppfatta och förstärka barnets positiva beteenden och samtidigt kan hantera de negativa på ett medvetet sätt. Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens som fostrare genom t.ex. gränssättning. Föräldraträningprogram styrs av principer för social inläring och

visar hur föräldrarna aktivt kan tillämpa olika behandlingsprinciper i konkreta uppfostringsituationer i hemmet. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteenden på ett nytt sätt, och problemen preciseras noggrant så att det önskade beteendet kan förstärkas. Träffarnas fokus är att gå igenom hur olika förhållningssätt ska användas och öva på dem genom bl.a. rollspel.

De föreslagna programmen är manualbaserade. De kan genomföras med en familj, t.ex. i form av hembesök, men flera modeller förespråkar att föräldrar samlas i grupp. Ofta används en kort skådespelad videovinjett där en förälder gör ett överdrivet fel i en vardaglig situation som gäller föräldrar och barn. Föräldrarna identifierar sedan misstaget, diskuterar möjliga konsekvenser, finner alternativa sätt att hantera de vardagliga situationerna och reflekterar över varför andra strategier kan vara bättre. Deltagarna diskuterar också om det finns andra vardagliga situationer där de nya strategierna kan användas och vad detta skulle innebära. Strategierna rollspelas och föräldrarna får till uppgift att pröva metoderna hemma. I programmet övas hur föräldern kan ge barnet positiv uppmärksamhet, ha en klar kommunikation samt hantera konflikter på ett strukturerat och genomtänkt sätt.

Som redan nämnts har föräldraträning presenterats som sammanhållna program. De olika programmen bygger dock på samma grundläggande idéer och uppvisar klara likheter. Wyatt Kaminsky et al (2008) har gjort en metastudie av 77 publicerade evalueringar av föräldrastödsprogram för barn i åldrarna 0–7 år, och studerat vilka komponenter i programmen som verkar vara mest (och minst) verkningsfulla när det gäller att påverka föräldrarnas uppfostringsmetoder och barnens beteende. De fann att effekten blev störst när man arbetade med att

- öka den positiva interaktionen mellan föräldrar och barn
- förbättra förmågan att identifiera och kommunicera känslomässiga budskap
- lära ut ”timeout”-metodik för att bryta negativa beteenden
- visa vikten av konsistenta och konsekventa regler
- öva på nya färdigheter under gruppträffarna (detta ingår inte i de gruppmetoder som praktiseras i Sverige).

De programkomponenter som var förknippade med sämre resultat handlade om att träna problemlösning, lära föräldrarna att träna barnen kognitivt samt öva skolämnena eller sociala färdigheter.

Insatser för ungdomar 12–17 år och deras familjer

Under uppväxten blir barn mer självständiga. En viktig förändring sker i 10–12-årsåldern då barn börjar kunna tänka abstrakt, vilket ökar deras möjligheter att agera på egen hand. Under tonåren kommer ungdomar i kontakt med tobak, alkohol och droger, och det är heller inte ovanligt att tonåringar begår brott. Därför är stöd till dem och deras föräldrar ofta inriktat på att

förebygga dessa problem och effekterna är tydligare av insatser som påbörjas tidigt under perioden. Syftet kan dels vara att ge stöd för den aktuella problematiken, dels att förhindra utveckling av allvarigare antisocialitet (t.ex. missbruk och kriminalitet). Föräldrastöd bör övervägas även under senare delen av tonåren även om effekterna är mindre väl studerade än för yngre barn.

När man väljer behandlingsmetod är det viktigt att behandlingen är *individuellt anpassad* och inriktad mot de centrala *påverkbara riskfaktorer* som har identifierats i det enskilda fallet. Behandlingen behöver ofta fokusera på flera riskfaktorer samtidigt och insatserna ska vara riktade till de sammanhang där det utagerande beteendet finns. Behandlingsframgångar i hemmet innebär exempelvis inte ett mindre utagerande beteende även i skolan (Moffitt & Scott 2008). I behandlingsupplägget behöver man ta hänsyn till eventuell samsjuklighet, och i möjligaste mån behandla den. Det är också viktigt att identifiera de skyddsfaktorer som kan stärkas.

I forskningen framhålls föräldraträning i grupp, något som går emot det tanken om individualiserade insatser. Det finns dock inga studier som har jämfört t.ex. föräldraträning i grupp med individuell sådan. Metoderna som beskrivs nedan riktas till enskilda ungdomar och deras familjer, och anpassas till deras behov. Det kan dock nämnas att ”Family check-up” (se bilaga 5) bygger på just behovet av individuell anpassning.

Även i tonåren bör man överväga att pröva ett föräldraträningsprogram eller strukturerat föräldrastöd. Några av programmen har gruppmodeller som är anpassade till tonårsföräldrar. Forskningsresultat tyder dock på att tonåringar inte svarar lika bra på föräldraträning som yngre barn. Detta kan bero på att andra påverkansfaktorer än föräldrarna, t.ex. antisociala kamrater, har en relativt sett större betydelse för ungdomars utagerandeproblematik, eller på att symtomen är svårare hos tonåringar som har en flerårig uppförandestörning.

Om ungdomens utagerande problem är så allvarliga att det är osannolikt att enbart föräldraträningsprogram räcker, överväg:

- ”Brief strategic family therapy” (BSFT) om drogrelaterade problem dominerar
- Funktionell familjeterapi (FFT) om kriminalitet dominerar
- Multisystemisk terapi (MST) eller intensiv hembaserad familjebehandling (IHF) om det sociala utagerandet och kriminaliteten är så allvarligt att man överväger familjehem eller en institutionsplacering
- ”Multidimensional treatment foster care” (MTFC) om det blir nödvändigt med en långvarig placering utanför hemmet.

Vid institutionsplacering, överväg:

- ”MultifunC”, ett behandlingsprogram som bygger på empirisk forskning och prövas med stöd av Socialstyrelsen.

Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser

Målet bör vara någon form av familjeintervention och fokus ska vara på att motivera föräldrarna till det. Att om föräldrarna inte vill medverka acceptera att i stället jobba enskilt med barnet är kontraindicerat. Det finns dock situationer där föräldrarna inte kan medverka, t.ex. om de sitter i fängelse eller har allvarliga missbruksproblem, och då får inte barnet bli utan insatser. Det finns också stöd för att barn med en uttalad egen problematik från cirka 8 års ålder bör erbjudas specifika insatser utöver familjebehandlingen.

Kognitiv färdighetsträning

Den gruppbaseade eller individuella föräldraträningen bör i vissa fall kombineras med problemlösningsträning och social färdighetsträning för barnen. Det gäller äldre barn, från 8 års ålder, samt yngre barn som har mer allvarliga tillstånd. NICE fann i sin granskning att de insatser som uppfyllde kriterierna för att ingå i forskningsöversikten huvudsakligen utgick från kognitiva och inlärningspsykologiska synsätt. De flesta studierna rapporterade dock små till måttliga effekter, men enligt NICE är det dock fortfarande oklart om de lovande resultaten för social samspelsträning och ilskekontrollträning kan överföras från forskningsstudier till klinisk praxis.

Träning i kognitiva problemlösningstrategier bör övervägas för barn från 8 års ålder om

- barnets familj inte vill eller kan medverka i ett föräldraträningsprogram
- det finns komplicerande faktorer, som känslolöshet eller känslolokala drag hos barnet, som kan förhindra att barnet drar nytta av enbart föräldraträningsprogrammet.

Vissa barn har fortfarande bestående problem efter träning i kognitiv problemlösning och då bör man överväga ilskekontrollträning eller social samspelsträning. NICE (2009) framhåller att kombinationen föräldraträning och träning i kognitiv problemlösning eller social samspelsträning har visat högre behandlingseffekter än enbart föräldraträning.

Samverkan

Insatser till barn och unga med utagerande beteendeproblem förutsätter ett engagemang hos alla de berörda verksamheterna och yrkesgrupperna. Många barn och unga, och ibland även deras familjer, kan behöva insatser från flera verksamheter samtidigt. Utredningarna och bedömningarna behöver samordnas, liksom planeringen, genomförandet och uppföljningarna för att få maximal effekt. Samverkan är ett sätt att nå målet att barn och unga ska få hjälp så tidigt som möjligt, och att de ska få stöd och skydd utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov. För att samverkan ska fungera krävs ett aktivt stöd från de berörda verksamheternas ledning och en tydlig struktur för hur samverkan ska fungera i praktiken. Enligt lagen är det socialtjänsten som ska se till att ordna denna samverkan. Det underlättar med ett

skriftligt dokument som anger vem som gör vad och när uppföljningsmö-
tena ska hållas.

Särskilda behandlingsinsatser

BUP ska medverka till att psykiatrisk problematik och andra problem som förekommer samtidigt med utagerande beteendeproblem identifieras, diagnosticeras och behandlas. Behandling med psykofarmaka är också ett område där BUP har kompetensen och behandlingsansvaret.

Behandling för särskilda undergrupper av utagerande beteendeproblem

Det är vanligt att barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem också uppfyller kriterierna för andra psykiatriska störningar, s.k. samsjuklighet. Ur ett humanitärt och vårdetiskt perspektiv är det viktigt att identifiera och behandla sådana problem. Dessutom kommer förståelse för en oupptäckt ADHD, obehandlad depression eller ångeststörning att påverka hur den unge kan ta emot insatserna som erbjuds för den utagerande problematiken. Samtidigt får både de anhöriga och de professionella mer förståelse för det som bidrar till den unges problembild, vilket ofta kan bidra till ett bättre bemötande av barnet. Många antisocialt utagerande missbrukar också alkohol och/eller droger, och ett sådant missbruk måste uppmärksammas och behandlas.

I ett övergripande perspektiv är det inte särskilt ofta man finner några direkta orsakssamband mellan enskilda psykiatriska störningar och aggressivitet eller utagerande beteende. Ibland sägs dock förenklat att ett allvarligt antisocialt eller aggressivt utagerande ”beror på” ADHD, Tourettes eller Aspergers syndrom, autismspektrumstörning, missbruk, depression eller andra psykiatriska tillstånd. Men detta ”enfaktortänkande” kan leda fel eftersom mer genomgripande antisociala och aggressiva beteenden mycket sällan orsakas av en enda riskfaktor. För att få någorlunda kontroll över svårare problematik med antisociala beteenden eller våld räcker det därför sällan med att enbart identifiera och behandla ett enskilt barnpsykiatriskt tillstånd.

Det finns alltså goda grunder för att diagnostisera och behandla samsjuklighet. I första hand hänvisar vi till vårdprogram för respektive tillstånd (BUP Östergötland, Västra Götaland, Stockholm), men nedan finns ändå några övergripande synpunkter.

I NICE kunskapsöversikt (NICE 2009) sökte man efter studier som har undersökt insatser för personer med utagerande beteendeproblem och samsjuklighet i form av missbruk respektive depression och ångest. Man fann enbart studier av vuxna med en antisocial personlighet och samsjuklighet, men slutsatserna verkar vara relevanta även för yngre. Resultaten talar för att de behandlingsinsatser som har evidensstöd vid missbruk, depression och ångest kan rekommenderas även när dessa tillstånd finns som samsjuklighet vid utagerande beteendeproblem.

Missbruk

Behandling vid missbruk har stora likheter med behandling vid uppförandestörning och riskfaktorerna är desamma, och därför ska de båda behandlingarna integreras. Behandlingen bör riktas mot de identifierade riskfaktorerna på samma sätt som vid uppförandestörning. NICE (NICE full guideline 2009) konstaterar att forskningen inte stöder den pessimistiska synen på möjligheten att behandla missbruk i kombination med uppförandestörning som ofta uttrycks av kliniker. Man ska erbjuda de beprövade metoder som används för psykosociala insatser vid missbruk och det verkar som om effekten blir bättre med metoder som innehåller förstärkningssystem (teckenekonomi). Vid samsjuklighet kan man behöva ge insatsen under längre tid. Det verkar också som om mer kunniga och erfarna behandlare får bättre resultat än andra.

Depression och ångest

Även vid samsjuklighet med depression och ångest finner NICE att man bör följa de rekommendationer som ges i vårdprogrammen för depression och ångest. Insatserna kan dock behöva ges under längre tid och med högre intensitet.

Bipolär sjukdom

När det gäller samsjuklighet med bipolär sjukdom är det viktigt att uppmärksamma symtom på hypomani eller mani eftersom de ibland kan misstolkas som utagerande beteendeproblem. Bland DSM-IV-kriterierna för en manisk episod finns ”uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli”, ”ökad målinriktad aktivitet socialt eller sexuellt”, ”psykomotorisk agitation” och ”hänger sig åt lustbetonade aktiviteter som t ex köpgalenskap, sexuella felsteg”. I en mer social referensram uppfattar man kanske inte att detta kan handla om ett behandlingsbart psykiatriskt tillstånd.

Störande beteende med labilt humör (DMDD)

I de förberedande arbetena för DSM-V (DSM-V 2011) föreslås en ny diagnos, ”Disruptive Mood Dysregulation Disorder” (DMDD, ”Störande beteende med labilt humör”, översättning Per Gustafsson). Tanken är att reservera diagnosen bipolär sjukdom för tillstånd som har ett tydligt episodiskt förlopp, medan den nya diagnosen kan användas för att fånga upp de barn där man har ställt diagnosen bipolär sjukdom enligt DSM-IV men där tillståndet karakteriseras av att patienten alltid har problem med att reglera affekter (Leibenluft 2010, DSM-V 2011).

Neuropsykiatrisk problematik

Många av de kända riskfaktorerna för en antisocial utveckling är knutna till problematik som är vanlig vid neuropsykiatriska tillstånd. Bristande impuls-kontroll och hyperaktivitet är ju kärnsymtom vid ADHD, och det är också

vanligt med bristande självkontroll. Bristande intresse och motivation för skolarbetet är inte sällan en följd av ADHD-problematik, och bördan blir ännu tyngre med svag allmän inlärningsförmåga samt specifika svårigheter som dyslexi och dyskalkyli. En särskild undergrupp har utagerande beteendeproblem med samtidig ADHD, och de bör erbjudas insatser som är riktade mot ADHD-problematiken.

I NICE kunskapsöversikt (NICE 2009) diskuteras överhuvudtaget inte autismspektrumtillstånd. Man vet dock att risk finns för en antisocial utveckling om barnet har nedsatt förmåga till kommunikation och social interaktion och nedsatt förmåga att förstå och föreställa sig andra människors tanke- och känsloliv. Trots avsaknaden av kontrollerade studier bör man därför se om barnet eller den unge har symtom på autismspektrumtillstånd och i så fall erbjuda insatser som är särskilt riktade mot den problematiken. Funktionsnedsättningar inom autismspektrum måste också uppmärksammas eftersom personer med dessa problem kan ha mycket svårt att fungera i de behandlingsprogram som har utarbetats för barn med utagerande beteendeproblem. Bemötandet måste anpassas till deras problem med social interaktion och svårigheter att förstå och uppfatta sammanhang. Det finns dock erfarenheter av att behandlingsprogrammen kan fungera väl med ett anpassat bemötande (utförlig förklaring, god struktur och förutsägbarhet etc.).

Mobbning

Om barnet eller tonåringen mobbar andra barn måste detta beteende adresseras i samarbete med skolan. Det är viktigt att barnet eller den unge inte får några vinster (i form av maktkänsla eller status i ungdomsgruppen) av ett utagerande beteendeproblem. Skolverket har nyligen gjort en genomgång av olika antimobbningsprogram (Skolverket 2011) där tillämpningen i Sverige redovisas. Studier i andra länder visar att följande tre faktorer är särskilt viktiga när man ska införa ett program mot mobbning:

- Arbetet mot mobbning bör utgå ifrån en analys av situationen på den egna skolan.
- Hela skolan bör vara delaktig.
- Införandet bör göras omsorgsfullt, enligt en uppgjord plan.

Brist i empati eller flackt känsloliv ("callous traits")

Om ett barn anses ha brist på empati bör man modifiera föräldraträningen genom att fokusera på de delar som bygger på beröm och belöning. Man bör undvika att använda negativa konsekvenser vid ett negativt beteende men träna barnets problemlösningsförmåga med hjälp av kognitiva problemlösningstrategier. Målet med behandlingen är att öka det prosociala beteendet och lära barnet vinsterna med ett sådant beteende.

Scheepers et al (2010) påpekar vikten av att identifiera denna grupp kliniskt för att på så sätt kunna utvärdera behandlingsinsatserna bättre. Det finns en pessimistisk syn på prognosen för denna grupp, och den kan bero på att det rör sig om en mer biologisk och ärftlig problematik med relativt liten miljöpåverkan. De program som rekommenderas för utagerande bete-

endeproblem bygger dock generellt på insatser som är riktade mot just miljöfaktorer.

Sexuella förövare

Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att unga sexualbrottslingar, när de väl uppmärksammas och konfronterats med sina övergrepp, är mer benägna att erkänna sina brott än vuxna när de väl har uppmärksammas och konfronterats med sina övergrepp (Långström 2009). Erkännandet förbättrar möjligheterna till behandling, och enligt en översikt över verksamma behandlingsformer för förövare av sexualbrott hävdas att det kan vara lättare att behandla unga personer än äldre. Behandlingen överensstämmer generellt med behandlingen för uppförandestörning generellt men ska vara fokuserad på problembeteendet. Den bör innefatta bland annat impuls-kontrollträning, förändring av de tankar och attityder som understödjer brottsbeteendet, träning i socialt fungerande för förövaren själv samt ett strukturerat arbete med den unges familj. Behandlingen bör ges under handledning.

Som ett led i den långsiktiga utvecklingen av multisystemisk terapi (MST, se nedan) genomförde Borduin et al (2009) en randomiserad kontrollerad studie med 48 tonåriga sexbrottsförövare (genomsnittsålder 14 år) i ett blandat område med både landsbygd och storstad i Minnesota, USA. Deltagarna remitterades från en ungdomsdomstol till någon öppenvårdsbehandling under åren 1990–1993, och uppföljningstiden för återfall i brott var i genomsnitt 9 år. I MST-gruppen var det 8 procent som begick nya sexualbrott, jämfört med 46 procent i kontrollgruppen. Enligt SBU (Enebrink et al 2011) visar studien att det finns begränsad evidens för att multisystemisk terapi kan förebygga sexbrottsåterfall bland tonåriga sexualbrottsförövare.

Psykofarmakaterapi vid utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar

All behandling av impulsivitet och aggressivitet hos barn och ungdomar bygger på att man försöker förstå mekanismerna bakom beteendet, och utifrån denna förståelse vidtar riktade åtgärder. Det finns ingen specifik farmakologisk behandling mot kärnsymtomen i en uppförandestörning enligt DSM-IV, ”kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler”, och därmed finns det mycket svag eller ingen evidens för att psykofarmakologisk behandling har någon effekt på utagerande beteendeproblem. Det finns alltså ingen empirisk grund för att ge farmaka till barn och ungdomar med motivet att behandla antisocialt utagerande.

Man bör dock överväga om psykofarmaka kan vara till hjälp (Wilens 2009). Något förenklat kan det finnas indikation för psykofarmakabehandling när man ska behandla:

- någon annan samtidig psykiatrisk problematik (t.ex. depression, ADHD, tics, Tourette's syndrom, epilepsi, mani eller psykos), dvs tillstånd där farmakologisk behandling är verksamt

- akuta abstinenssymtom vid avgiftning från missbruk (alkohol, amfetamin, GHB, ecstasy, kokain m.m.)
- svåra beteendeproblem och symtom (t.ex. aggressivitet och impulsivitet) när annan behandling har varit otillräcklig.

Behandling av annan samtidig psykiatrisk problematik

Man bör alltså diagnostisera och behandla samsjuklighet. I första hand hänvisas till vårdprogram för respektive tillstånd (se t.ex. BUP Östergötland, Västra Götaland och Stockholm), men nedan finns ändå en del synpunkter angående farmakologiska behandlingar.

Farmaka vid ADHD

Internationellt är forskare överens om att centralstimulantia (CS) är förstahandsmedlet vid farmakologisk behandling av ADHD och effekterna har dokumenterats i upp mot 200 kontrollerade internationella korttidsstudier som gäller barn (Taylor et al 2004, Banaschewski et al 2006, Gleason et al 2007). I välkontrollerade långtidsstudier är dock behandlingseffekterna mindre övertygande (Molina et al 2009; Gillberg et al 1997).

De tillgängliga studierna och den kliniska erfarenheten anses inte tala för att patienterna utvecklar någon tolerans mot CS. Det behövs dock välkontrollerade studier av prognosen vid denna behandling över längre tid. Det finns heller inget entydigt vetenskapligt stöd för att CS förbättrar prognosen när det gäller barnens skolresultat och sociala anpassning, även om nyligen presenterade studier talar för en positiv effekt på skolprestationerna (Scheffler et al 2009) och en minskning av annan psykiatrisk problematik (Biederman et al 2009). De preparat som finns på marknaden ger generellt relativt få biverkningar.

En fråga som har diskuterats mycket är om risken att utveckla missbruk, t.ex. av centralstimulantia, ökar om man har behandlats med CS under uppväxten. Det är tänkbart både att en behandling med CS kan öka risken för missbruk längre fram i livet, men en sådan behandling kan också minska den ökade risk som ADHD i sig innebär. Den allmänna inställningen är dock att CS-behandlingar inte ökar risken för missbruk (Wilens et al., 2003, Manuzza et al 2008).

För att börja behandla en missbrukande ungdom med centralstimulantia måste missbruket vara under kontroll. Man vill vara säker på att den unge kan följa behandlingsrutinerna och använda läkemedlet på ett säkert sätt, och man vill dessutom kunna värdera effekten av medicineringen. Det varierar från fall till fall hur länge personen ska ha varit fri från sitt missbruk.

Sedan några år finns även en selektiv återupptagshämmare av noradrenalin, Strattera. Det finns studier som visar att atomoxetin har likvärdig effekt som metylfenidat. Strattera har ingen missbrukspotential och kan därför vara ett alternativ när man behandlar ADHD hos någon som också har ett komplicerande missbruk. En del rapporter visar dock ett ökat aggressivt beteende när ADHD behandlas med atomoxetin jämfört med placebo (OR 1,33). Aggressivitet som biverkan i läkemedelsstudier rapporterades totalt endast hos 2 procent av de deltagande patienterna (Polzer et al 2007).

Farmaka mot ångest och depression

Selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI) kan användas tillsammans med psykosociala insatser mot ångest och depressiva symtom (En mer detaljerad vägledning finns i de relevanta vårdprogrammen). Enligt internationella studier kan SSRI vara indicerade som tilläggsmedicinering vid aggressivitet hos personer med depression och/eller ångeststörning, inklusive tvångssyndrom med stark aggressivitet (Bruun & Budman, 1998). Det finns dock bara ett osäkert vetenskapligt underlag för att använda SSRI på denna indikation. Behandling med SSRI-preparat kan kombineras med centralstimulantia men en sådan medicinering måste följas noga, framför allt i inledningsskedet eftersom det finns rapporter om allvarliga biverkningar. Man kan också göra ett behandlingsförsök med atomoxetin före kombinationsbehandling.

Farmaka mot aggressivitet och impulsivitet

Det finns ingen generell farmakologisk behandlingspolicy för aggressivitet hos barn och ungdomar, men om det bedöms vara nödvändigt att behandla med farmaka kan preparatet väljas utifrån de underliggande symtomen (Nevels et al 2010). Om aggressionsutbrotten kan kopplas till impulsivitet som en del av en ADHD-problematik bör man behandla med centralstimulantia. Om aggressiviteten snarare orsakas av ångestpåslag kan det vara befogat med SSRI-preparat.

För barn och ungdomar med mycket svåra aggressiva utbrott kan man pröva en kortare tids behandling med låg dos av de nyare atypiska antipsykotika (risperidon och olanzapin) som har betydligt lägre risker för extrapyramidala biverkningar och kognitiv påverkan än äldre antipsykotika. Viktökning är dock en vanlig biverkan och aripiprazole kan vara ett alternativ eftersom det ger mindre påverkan på vikten. Enbart risperidon har indikation för behandling av utagerande beteendeproblem. I välkontrollerade korttidsstudier har risperidon i doser på upp till 3–4 mg/dag visat sig vara bättre än placebo vid aggressivitet och annat utagerande hos barn och ungdomar med uppförandestörning (Findling et al., 2000) samt vid aggressivt beteende i kombination med utvecklingsstörning (Buitelaar et al., 2001). Det behövs dock kontrollerade långtidsstudier för att få ett säkrare stöd i användningen av risperidon och olanzapin. Behandlingen bör ges inom en specialistverksamhet av läkare som har erfarenhet av sådan behandling och med regelbundna uppföljningar av patientens vikt samt metabola och hormonella parametrar. Psykos i kombination med aggressionsutbrott är en givetvis välgrundad indikation för antipsykotisk medicin.

Clonidin (Catapresan) är ett blodtryckssänkande preparat som även används vid opiatavgiftning. Det är en centralt verkande alfa-2-agonist, liksom guanfacin (Tenex och Intuniv), som främst minskar noradrenalintransmissionen i CNS. I USA används både clonidin och guanfacin kliniskt även om forskningsunderlaget fortfarande är bräckligt. Huvudindikationen inom detta område är överaktivitet med eller utan samtidig svår aggressivitet eller impulsivitet. Preparaten kan även vara aktuella när barn och ungdomar har kombinationer av ADHD med Tourette's syndrom, autism och/eller mental retardation och svår aggressivitet, och när andra behandlingar har misslyck-

ats. Både clonidin och guanfacin är numera licenspreparat och före behandlingen bör man göra en basal utredning av blodtryck och hjärta (med EKG).

Farmaka mot bipolär sjukdom

När barn eller ungdomar har en säkerställd affektiv sjukdom bör man överväga att behandla med stämningstabiliserare ("mood stabilizers"), enligt rådande riktlinjer. Det finns flera rapporter och kliniska observationer som visar att litium kan hjälpa i vissa fall svåra fall av paroxysmalt uppträdande aggressivitet. Speciellt gäller det vid aggressivitet hos barn och ungdomar med mental retardation och/eller en hjärnskada eller andra neurologiska störningar (DeLong & Aldershof, 1987). Det finns dubbelblinda, placebo-kontrollerade studier av den antiaggressiva effekten på barn och ungdomar med uppförandestörning, men de har gett delvis motstridiga resultat (Campbell et al., 1995; Rifkin et al., 1997; Malone et al., 2000). Ännu saknas välkontrollerade långtidsstudier men det finns visst stöd för behandlingen, åtminstone på kort sikt. Vid den föreslagna diagnosen (i DSM-V) finns preliminära rapporter om att stämningstabiliserare (valproat) kan ha en positiv verkan.

Omega-3-fettsyror

I dag finns ett stort intresse för behandling med fleromättade fettsyror, kombinationen av s.k. omega 3- och omega 6-fettsyror. Enligt de tillgängliga studierna finns det ingen anledning att avråda från sådana behandlingar men inte heller något klart stöd för att rekommendera dem. Fler studier behövs inom detta område.

Ekonomiska aspekter på upptäckt och behandling

Det är oerhört angeläget att tidigt upptäcka och behandla barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem eftersom accelererade problem innebär en stor kostnad för samhället men också ett stort lidande för barnet eller tonåringen och dennes familj. I en brittisk studie har man beräknat att personer med uppförandestörning kostar samhället tio gånger så mycket fram till 28 års ålder jämfört med personer utan sådana problem. Enligt studien är kostnaden 1 miljon kronor för en person med uppförandestörning jämfört med 100 000 kronor för en person utan problem (Scott et al 2001). Kostnaderna för det personliga lidandet går dessutom inte att mäta.

Forskningen visar entydigt att dessa barn och ungdomar riskerar att få en riktigt olycklig framtid om de och deras familjer inte får rätt behandlingsinsatser i tid. Utan en verksam behandling kommer många unga med utagerande beteendeproblem att misslyckas med att anpassa sig till samhällets krav och i stället utveckla problem med sociala relationer, skola och arbete. Många kommer också att utveckla ett fortsatt brottsligt eller våldsamt beteende, hamna i missbruk, drabbas av olyckor samt hota och skada sina närstående och samhället.

På sikt kan samhället troligen vinna mycket med välordnade insatser för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem, men i ett kortare perspektiv kommer kostnaderna för sjukvården sannolikt att öka. Ett mer strukturerat omhändertagande kan dock minska behovet av oplanerade sjukvårdskontakter, ospecifika sjukvårdsbesök och risken för felaktig diagnostik, och därmed även risken för ineffektiva behandlingar inklusive felaktig medicinering.