

VÅRDPROGRAM FÖR BARN OCH UNGDOMAR MED UTAGERANDE OCH/ELLER ANTISOCIALT BETEENDE

Huvudförfattare

Maria Zetterqvist-Carlsson
leg psykolog

Huvudredaktör

Marianne Helgesson
fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut

Barn- och ungdomspsykiatri
Östergötland

FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR	5
INLEDNING	6
BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	6
SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN	7
ALLMÄN BESKRIVNING OCH HISTORIK	7
DEFINITION AV UPPFÖRANDESTÖRNING OCH TROTSSYNDROM.....	7
HISTORIK	8
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	9
<i>Uppförandestörning</i>	9
<i>Trotssyndrom</i>	10
<i>Utagerande stört beteende UNS</i>	10
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10.....	11
<i>Beteendestörning av utagerande slag</i>	11
<i>Blandade störningar av beteende och känsloliv</i>	12
<i>Könsperspektiv</i>	12
TEORIER FÖR UPPFÖRANDESTÖRNING OCH TROTSSYNDROM.....	12
AKTUELL FORSKNINGSOVERSIKT	14
PREVALENS	14
KOMORBIDITET	15
HEREDITET	16
PROGNOS	16
<i>Prognostiska subtyper</i>	17
RISK- OCH SKYDDSAKTÖRER.....	19
<i>Risikfaktorer/korrelat till antisocialt beteende</i>	19
<i>Skyddsfaktorer</i>	20
VARIATIONER I UTVECKLINGEN AV UPPFÖRANDESTÖRNING	22
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	22
UTREDNING OCH DIAGNOSTIK	23
ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER	23
BEDÖMNING	23
<i>Diagnostisk bedömning</i>	23
<i>Diagnosformulering</i>	25
<i>Vid klinisk indikation</i>	25
<i>Differentialdiagnostik</i>	26
UTREDNINGSVÄRKTÖG	26
<i>Självskattningsformulär</i>	26
<i>Föräldra- och lärarskattningar</i>	27
<i>Övriga skattningar</i>	28
<i>Strukturerade och semistrukturerade intervjuformulär</i>	28
<i>Psykologiska test</i>	29
<i>Övrigt</i>	29
BEHANDLING	29
GENERELLA RIKTLINJER	29
KONSULTATION OCH SAMARBETE.....	30
AVBRUTEN BEHANDLING	30
METODER	30
<i>Multisystemisk terapi (MST)</i>	31
<i>Funktionell familjeterapi (FFT)</i>	31
<i>Parent Management Training (PMT)</i>	31
<i>Cognitive Problem-Solving Skills Training (PSST)</i>	32
<i>Aggression Replacement Training (ART)</i>	32

<i>Inläggning/sluten vård</i>	33
<i>Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)</i>	34
MANUALER.....	34
SAMMANFATTNING.....	34
FARMAKOLOGISK BEHANDLING.....	35
<i>Indikationer</i>	35
UTVÄRDERING AV BEHANDLING.....	35
SAMARBETSPARTNERS	36
KOLLEGOR ATT RÅDFRÅGA/DISKUTERA MED	36
INFORMATION TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA	37
PATIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR	37
KONSEKVENSER AV VÅRDPROGRAMMET	37
FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKT	38
LITTERATURFÖRTECKNING	40
VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	45
<i>Medarbetare i vårdprogrammet</i>	45
<i>Arbetsgång</i>	45
<i>Litteratursökning</i>	45
<i>Revidering</i>	45
<i>Kontaktperson</i>	45

Förord

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan mitten av 1990-talet ett medicinskt programarbete, vars övergripande syfte är att:

- skapa en mer likvärdig vård för östgötarna
- östgötarnas behov av hälso- och sjukvård skall styra tilldelningen av resurser och vara vägledande vid prioriteringar
- stärka medborgarnas/patienternas ställning och medverkan i vården
- vara en plattform för ökat engagemang hos förtroendevalda
- utveckla dialogen mellan politiker och medicinskt ansvariga
- öka samverkan mellan olika vårdgivare och skapa gemensamma riktlinjer för vård och behandling samt för hur man skall mäta resultat.

Det medicinska programmet för psykisk ohälsa sammanställdes 1996/1997. Under arbetets gång överenskom länets barnpsykiatriska cheföverläkare att tillvarata den kunskap som samlats inom programmets ram och vidareutveckla den i form av en serie länsövergripande vårdprogram rörande de centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Vårdprogrammen skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och där sådan kunskap saknas, skall vårdprogrammen peka ut de obesvarade frågor som finns samt i möjligaste mån även strategier för hur dessa frågor skall kunna besvaras. För att underlätta användandet av de enskilda vårdprogrammen har en gemensam modell tagits fram så att man skall känna igen sig i programmet och hitta önskad information under välbekanta rubriker. Ambitionen har varit att vårdprogrammet i färdigt skick skall vara förankrat i verksamheten. Arbetet har återkommande rapporterats och diskuterats på seminarier så att framväxt av innehåll, behandlingsstrategier, utbildningsbehov, forskning, etc. har kunnat värderas, kritiseras och bekräftas av medarbetarna inom verksamheten.

Föreliggande vårdprogram för barn och ungdomar med utagerande och/eller anti-socialt beteende har i vederbörlig ordning granskats av verksamheten och skall fortsättningsvis vara vägledande för den behandling som dessa barn och ungdomar samt deras familjer har rätt att förvänta sig inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland.

Östergötland i september 2002

Cheföverläkare
Gunilla Jarkman Björn
Universitetssjukhuset
Linköping

Enhetschef
Rita Berggren
Vrinnevisjukhuset
Norrköping

Verksamhetschef
Eva Wasteson
Lasarettet
Motala

Förkortningar

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AD/HD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet
APA	American Psychiatric Association
APD	Antisocial personlighetsstörning
ART	Aggression Replacement Training
BDI	Beck´s Depression Inventory
CAS	Child Assessment Schedule
CBCL	Child Behavioral Checklist
CD	Conduct Disorder/Uppförandestörning
CDI	Childrens Depression Inventory
CNS	Centrala nervsystemet
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EARL-20B	Early Assessment Risk List for Boys
FARS	Familjerelationsskalan
FFT	Funktionell familjeterapi
FK	Familjeklimat
FSSC	Fear Survey Schedule for Children
HCR-20	Violence Risk Assessment Scheme
IFTU	Intensive Family Treatment Unit
KASAM	Känsla av sammanhang
K-SADS	Kiddie-SADS
MST	Multisystemisk terapi
MTFC	Multidimensional Treatment Foster Care
OCD	Obsessive Compulsive Disorder/Tvångssyndrom
ODD	Oppositional Defiant Disorder/Trotssyndrom
PMT	Parent Management Training
PSST	Cognitive Problem-Solving Skills Training
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
SDQ	Styrkor och svårigheter hos barn
STAIC	State and Trait Anxiety Inventory for Children

Inledning

Följande vårdprogram gäller barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende. De diagnoser som avses enligt DSM-IV¹ är uppförandestörning, trottsyndrom och utagerande stört beteende. Utagerande och/eller antisocialt beteende är mer utbrett bland pojkar än flickor och utgör en vanlig anledning till kontakt med barnpsykiatri. Trots att problematiken är så pass vanligt förekommande bland barn och ungdomar på våra barnpsykiatriska mottagningar framkommer det i Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande, att det idag saknas adekvata behandlingsmetoder såväl för ungdomar med en kombination av allvarlig social och psykiatrisk problematik som för aggressiva och utagerande pojkar. I betänkandet framhålls att hjälpbehovet är omfattande och att de behandlingsmetoder som finns är otillräckliga.² Utagerande beteende och de konsekvenser det får innebär ofta ett svårt lidande både för individen och för familjen. Det utgör också ett resurskrävande samhällsproblem, varför det är mycket angeläget med fortsatt forskning inom området och fortsatt utveckling av behandlingsmetoder för dessa barn och deras familjer.

Vårdprogrammet syftar till att ge en beskrivning av problematiken, gå igenom diagnoskriterier samt dokumentera riktlinjer och rekommendationer för utredning och behandling för barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland.

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen den helt dominerande miljön. Med ökande ålder tillkommer barntillsyn och skola med lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna och kamratgruppen får ökad betydelse. Men relationen till familjen intar en särställning på grund av såväl den speciella närheten mellan familjemedlemmarna som den tidsmässiga dominansen avseende både den tid man tillbringar tillsammans varje dag och relationens långa varaktighet, för de flesta hela livet.

För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter ifråga om psykopatologin hos det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Det är av vikt att uppmärksamma inte bara belastande riskfaktorer utan även skyddande och hälsofrämjande faktorer. Kunskapsområdet innefattar alltså betydelsen av störningar i relationen mellan barn och föräldrar från tidigaste uppväxtår till längre fram i livet, reaktioner på svåra traumatiska kriser, psykiska följder av biologiska och neurologiska faktorer men även uppmärksamhet på miljöns inverkan på barns uppväxtvillkor liksom socialpsykologiska betingelser, t.ex. betydelsen av separationer tidigt i livet.

Vad ovan sagts innebär rent konkret att diagnostik av psykiska problem hos barn måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet som individ, (2) det familjesystem som barnet lever i samt (3) barnets och familjens samspel med den sociala närmiljön/nätverket. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade syndrombilder, som de beskrivs t.ex. i DSM-systemet, är ovanliga. Inte sällan växlar symtombilden och är oklar både för barnet/ungdomen och för omgivningen. En förklaring till avsaknaden av tydliga syndrombilder kan vara "informantproblematiken", dvs. att yngre barn har svårt att beskriva sina inre upplevelser och att informationen i regel måste komma från föräldrar och lärare. En annan förklaring är att barn, som befinner sig i ständig utveckling och inte är färdigformade som personer, har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Sett ur ett utvecklingsperspektiv är också en del symtom vanliga i vissa åldrar men sällsynta i andra. Exempelvis är lindriga externaliserande beteenden hos förskolebarn inte ovanliga, framförallt inte hos pojkar, medan allvarliga brott mot sociala normer oftast inte visar sig förrän i sen barndom och tidiga tonår. Sådana beteenden hos skol- och förskolebarn får ses som allvarliga orostecken på psykisk ohälsa. Det är således viktigt att komma ihåg, att externaliserande beteenden ser olika ut i olika åldrar och beroende på kön. Som tidigare nämnts sker utvecklingen utifrån barnets individuella förutsättningar i samspel med livsmiljön, vilket gör att man kan ha gott hopp om en gynnsam prognos för såvitt livsomsständigheterna kan förändras till det bättre. Å andra sidan finns också en risk för felutveckling, dvs. att barnet utvecklar strategier anpassade för en suboptimal livssituation och senare kan få svårt att släppa de strategierna även om de inte längre är användbara.^{3,4}

Allmän beskrivning och historik

Definition av uppförandestörning och trotssyndrom

Denna beteendeproblematik kallas ofta externaliserande beroende på att problemen förläggs utanför barnet självt, externt. Antisociala beteenden hos barn och ungdomar är handlingar som innebär att sociala normer och regler överträds. Exempel på sådana handlingar är: stöld, skolk, eldanläggelse, inbrott, förstörande av annans egendom, fysisk grymhet mot människor/djur och rymning hemifrån. Flera barn begår enstaka, kortlivade antisociala handlingar av olika svårighetsgrad någon gång under sin uppväxt utan att detta betraktas och diagnostiseras som uppförandestörning. Begreppet uppförandestörning används, när barnet eller ungdomen uppvisar ett mönster av antisocialt beteende under en längre tidsperiod. Det grundläggande draget i uppförandestörning är att andra människors rättigheter ignoreras och/eller att åldersadekvata sociala normer och regler åsidosätts i en ut-

sträckning som påverkar det dagliga livet. Beteendet är ofta så pass störande att det uppfattas som mycket svårhanterligt av den närmaste omgivningen. Problematiken skiljer sig från många andra barnpsykiatriska tillstånd just på grund av de konsekvenser och det lidande antisociala beteenden för med sig för dem som drabbas.^{1,5}

Beteenden som innefattas i diagnosen trotssyndrom finns ofta med i problembilden vid uppförandestörning, men barn med trotssyndrom begår inte lika svåra regelbrott och allvarliga antisociala handlingar som barn med uppförandestörning vanligtvis gör.⁵ Trotssyndrom karaktäriseras bl.a. av att individen i fråga ofta tappar besinningen, blir arg, grälar, aktivt trotsar de vuxnas uppmaningar, avsiktligt gör sådant som retar andra och ofta lägger skulden på andra.¹

Diagnosen uppförandestörning fanns med för första gången i den tredje upplagan av DSM.^{6,7} I och med detta kom uppförandestörning att existera som kliniskt tillstånd oberoende av om barnets/ungdomens beteende var brottsligt och hade föranlett kontakt med myndigheter/rättssystemet.⁸ Sedan introduktionen av separata diagnoser för trotssyndrom och uppförandestörning i DSM-III har kliniker och forskare debatterat hur användbar en sådan distinktion är. I den överväldigande majoriteten av publicerade studier har trotssyndrom och uppförandestörning behandlats som en enda kategori, men flertalet forskare hävdar trots detta att diagnoserna bör särskiljas.⁹

Diagnosen Conduct Disorder (CD) översattes i DSM-III med beteendestörning men ändrades i DSM-IV till uppförandestörning. I engelskspråkig litteratur benämns allmänt utagerande stört beteende, vilket ofta inbegriper trotssyndrom och uppförandestörning, i termer av "conduct disorders" och/eller "disruptive behavior disorders", vilket i föreliggande vårdprogram översätts med utagerande stört beteende. Vidare kommer förkortningen CD att användas då diagnosen uppförandestörning åsyftas och ODD (Oppositional Defiant Disorder) för diagnosen trotsyndrom.

Historik

Följande historiska tillbakablick bygger på Pia Eresunds rapport "Psyisk barn- och ungdomsvård och de vanartiga barnen".¹⁰ Den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) startades på 1930-talet med det uttalade syftet att motverka tendensen till ökande antisocialitet bland de unga i samhället. Den viktigaste målgruppen var således de socialt missanpassade, destruktivt agerande eller beteendestörda barnen och ungdomarna.

Efter industrialismens genombrott i Sverige följde stora sociala förändringar och vanartiga barn och ungdomar blev i början av 1900-talet ett allvarligt samhällsproblem. Barnavårdslagarna 1902 föreskrev samhällelig uppfostran åt de vanartiga och sedligt försummade barnen. En verksamhet med psykisk rådgivning för barn inom skolhälsovården startades 1919 i Stockholm. Även i andra delar av landet öppnades under de därpå närmast följande årtiondena liknande verksamheter. På 1920-talet fick varje kommun sin barnavårdsnämnd på vilken ansvaret vilade att förebygga kriminalitet. Mot denna bakgrund inrättades 1933 en rådgivningsby-

rå för uppfostringsfrågor i Stockholm. På 1940-talet föreslogs att verksamheter för psykisk barna- och ungdomsvård skulle byggas ut i hela landet med målsättningen att förebygga social missanpassning och antisocialitet. Under denna expansiva period startade Gustav Jonson Barnbyn Skå som ett behandlingshem för ”psykopatiska” barn. Man började tidigt utveckla pedagogiska och stödjande behandlingsmetoder som passade dessa beteendestörda barn och deras föräldrar. Successivt förändrades dock målgruppen i riktning mot barn och ungdomar med mer neurotisk problematik. En psykoteraeutisk professionalisering av verksamheten ägde rum. Eresund skriver: ”ju mer psykoteraeutiskt utbildad personalen blev desto sämre tycks de socialt missanpassade barnen och deras föräldrar ha passat in som klienter”. Barnvårdsnämnder, ungdomshem och ungdomsvårdsskolor fick ofta ta hand om de svårast störda ungdomarna. I och med 1990-talets nedskärningar inom PBU avvecklades de miljöterapeutiska verksamheterna med terapiskolor och dagbehandlingsavdelningar, där terapi och pedagogik hade integrerats. Öppenvårdsverksamheter med medicinsk och psykoteraeutisk specialistkompetens prioriterades.

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV¹. I förekommande fall anges DSM-IV resp. ICD-10 kod inom klammer i anslutning till benämningen.

Uppförandestörning

[312.8; F91.8]

- A. Ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler. Störningen tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under en tolv månaders period med minst ett kriterium uppfyllt under de senaste sex månaderna.

Aggressivt beteende mot människor och djur

- (1) hotar, trakasserar eller förödmjukar ofta andra
- (2) påbörjar ofta slagsmål
- (3) har använt något vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada på andra (t ex slagträ, tegelsten, trasig flaska, kniv, pistol)
- (4) har visat fysisk grymhet mot någon människa
- (5) har visat fysisk grymhet mot djur
- (6) stöld under direkt konfrontation med offret (t ex väskryckning, rån med eller utan fysiskt våld eller vapenhot)
- (7) har tvingat någon till sexuellt umgänge

Skadegörelse

- (8) har stuktit något i brand i avsikt att orsaka allvarlig skada
- (9) har avsiktligt förstört andras egendom (på annat sätt än genom brand)

Bedrägligt beteende eller stöld

- (10) har brutit sig in i någons lägenhet, hus eller bil
- (11) ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika skyldigheter mot andra (dvs slår "blå dunster" i ögonen på folk)
- (12) har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med offret (t ex snatteri, förfalskning)

Allvarliga norm- och regelbrott

- (13) är ofta ute på nätterna (med början före 13 års ålder) trots föräldrarnas förbud
- (14) har rymt från föräldrahemmet eller fosterhemmet och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rör sig om en längre tid)
- (15) skolkar ofta från skolan (med början före 13 års ålder).

- B. Beteendestörningen orsakar kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.
- C. Om personen är 18 år eller äldre får kriterierna för antisocial personlighetsstörning inte vara uppfyllda.

Specificera formen efter debutålder:

debut i barndom: minst ett kriterium för uppförandestörning är uppfyllt före 10 års ålder

debut i ungdom: inga kriterier för uppförandestörning är uppfyllda före tio års ålder

Specificera svårighetsgrad:

lindrig: få, om ens några, beteendeproblem utöver det antal som krävs för diagnosen och beteendeproblemen orsakar endast liten skada för andra (t ex ljuger, stannar ute nattetid utan tillåtelse, skolkar)

måttlig: antalet beteendeproblem och deras konsekvenser för andra ligger mellan nivåerna "lindrig" och "svår" (t ex stjal utan direkt konfrontation med offret, vandaliserar)

svår: ett flertal beteendeproblem utöver det antal som krävs för diagnosen eller beteendeproblemen orsakar avsevärd skada för andra (t ex tvingar sig till sexuellt umgänge, visar fysisk grymhet, använder vapen, rånar, gör inbrott under åverkan).

Trotssyndrom

[313.81; F91.3]

- A. Ett mönster av negativistiskt, fientligt och trotsigt beteende som varat i minst sex månader, vilket tagit sig uttryck i minst fyra av följande:
 - (1) tappar ofta besinningen
 - (2) grälar ofta med vuxna
 - (3) trotsar ofta aktivt eller vägrar underordna sig vuxnas krav eller regler
 - (4) förargar ofta andra med avsikt
 - (5) skyller ofta på andra för egna misstag eller dåligt uppförande
 - (6) är ofta lättretad och stingslig
 - (7) är ofta arg och förbittrad
 - (8) är ofta hämndlysten eller elak
- Obs:** Kriterierna skall endast anses uppfyllda om beteendet förekommer oftare än vad som är typiskt för personer i samma ålder och på samma utvecklingsnivå.
- B. Störningen orsakar kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.
- C. Beteendemönstret förekommer inte enbart i samband med någon psykos eller något förstämningssyndrom.
- D. Kriterierna för uppförandestörning är inte uppfyllda och, om personen är 18 år eller äldre, är kriterierna inte heller uppfyllda för antisocial personlighetsstörning.

Utagerande stört beteende UNS

[312.9; F91.9]

Denna kategori används vid störningar som kännetecknas av stört uppförande eller trots, men som inte uppfyller kriterierna för uppförandestörning eller trotssyndrom. Inkludera t ex störningar som

inte helt uppfyller kriterierna för trotsyndrom eller uppförandestörning, men där det finns en kliniskt signifikant funktionsnedsättning.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning.¹¹ I förekommande fall anges ICD-10 kod inom klammer.

Beteendestörning av utagerande slag

Perturbationes asociales sive aggressivae [F91]

Beteendestörningar som karakteriseras av ett repetitivt och kvarstående mönster av asocialt, aggressivt eller trotsigt beteende. Beteendet utgör ett flagrant brott mot samhällets föreställningar om vad som är normalt för åldern och är således både allvarigare och långvarigare (minst sex månaders varaktighet) än det trotsiga och ibland rebelliska beteende som kan förekomma normalt hos barn och ungdom. Beteendestörningen kan vara ett symptom på andra psykiska tillstånd och då ges den underliggande diagnosen prioritet.

Diagnosen bygger på beteenden som överdriven stridslystenhet, tyranniserande, grymhet mot människor och djur, förstörande av andras egendom, pyromandåd, stöld, ihärdig lögnaktighet, skolk, rymning från hemmet, raserianfall och olydnad. Något av dessa beteenden, om uttalat, räcker för diagnos men isolerade asociala handlingar gör det inte.

Utesluter:

Förstämningssyndrom [affektiva syndrom] (F30-F39)

Genomgripande utvecklingsstörning (F84.-)

När förenade med:

- emotionell störningar (F92.-)
- hyperaktivitetsstörningar (F90.1)

Schizofreni (F20.-)

Beteendestörning av utagerande slag, begränsad till familjesammanhang [F91.0]

Beteendestörning med asocialt och aggressivt beteende (inte enbart oppositionellt, trotsigt och störande beteende) där det avvikande beteendet helt eller övervägande är begränsat till hemmet och till samspelet med kärnfamiljen eller hushållets medlemmar. Störningen skall uppfylla kriterierna under F91.-. Andra störningar i förhållandet mellan föräldrar och barn, om än allvarliga, är inte tillräckliga för denna diagnos.

Beteendestörning med aggressivitet och bristande social anpassning [F91.1]

Tillståndet karakteriseras av långvarigt asocialt och aggressivt beteende (uppfyller kriterierna för F91.- och omfattar inte bara oppositionellt, trotsigt eller störande beteende) i kombination med betydande och långvariga störningar i individens relationer med andra barn.

Asocial aggressiv störning

Beteendestörning, ensam aggressiv form

Beteendestörning med aggressivitet men med normal social anpassning [F91.2]

En störning som innefattar långvarigt asocialt eller aggressivt beteende (uppfyller kriterierna för F91.- och omfattar inte bara oppositionellt, trotsigt eller störande beteende) som förekommer hos individer som i allmänhet är välintegrerade i sin åldersgrupp.

Aggressiv beteendestörning, gruppform

Gruppförseelse

Gängbrottslighet

Skolskolk

Stölder i sällskap med andra

Trotsyndrom [F91.3]

Beteendestörningar som vanligtvis uppträder hos mindre barn. Karakteriseras av olydnad, trots och fientlighet men omfattar inte kriminella handlingar eller mer asocialt beteende. För diagnosen krävs att de överordnade kriterierna för F91.- är uppfyllda; inte ens ett uttalat okynnes- och olydnadsbeteende är i och för sig tillräckligt för diagnos. Försiktighet bör iaktas vid bruk av denna kategori, särskilt när det gäller större barn, då den kliniskt betydande beteendestörningen vanligtvis ledsagas av asocialt eller aggressivt beteende som går utöver olydnad, trots och fientlighet.

Andra specificerade störningar av utagerande slag [F91.8]

Beteendestörning av utagerande slag, ospecificerad [F91.9]

Blandade störningar av beteende och känsloliv

Perturbationes mixtae morum et emotionum [F92]

En grupp störningar som karakteriseras av en kombination av aggressivitet, asocialt eller trotspräglat beteende med uppenbara symtom på depression, ångest eller andra emotionella störningar. Kriterierna för beteendestörning av utagerande slag i barndomen (F91.-) tillsammans med emotionell störning i barndomen (F93.-) eller för vuxen typ av neurosdiagnos (F40-F48) eller för förstämningssyndrom (F30-F39) måste vara uppfyllda.

Utesluter:

När förenade med beteendestörning under F91.- (F92.8)

Andra specificerade blandade störningar i beteende och känsloliv [F92.8]

Till denna kategori hör beteendestörningar av utagerande slag (F91.-) i kombination med långvariga och uttalade emotionella symtom såsom ångest, fruktan, obsessioner eller kompulsjoner, depersonalisation eller derealisation, fobier eller hypokondrier.

Beteendestörning under F91.- förenad med:

- emotionell störning under F93.-
- neurotisk störning under F40-F48

Blandad störning i beteende och känsloliv, ospecificerad [F92.9]

Könsperspektiv

Flickor tenderar att använda indirekt, verbal aggressivitet och oftast i relation till andra, som t.ex. utfrysning och förtal i kamratgruppen, snarare än fysisk aggressivitet. Dessa problembeteenden utgör inte i nuläget symtom på CD och vissa forskare föreslår därför en modifikation av diagnoskriterierna för flickor.¹²

Teorier för uppförandestörning och trotsyndrom

Antisocialt beteende hos barn och ungdomar har av kliniker traditionellt betraktats utifrån två olika perspektiv: som en konstitutionell karaktärsstörning hos en blivande psykopat eller som en anpassning till eller reaktion på svåra miljöförhållanden.^{8,13} Det har under perioder rått oenighet mellan dem som förespråkade att de unga med brottsligt beteende hade en konstitutionell brist och dem som förespråkade en mer psykodynamisk förklaringsmodell. På 1940- och 50-talen började ett mer integrativt synsätt att växa fram, där både arv och miljö ansågs viktiga. Under denna period studerade även John Bowlby¹⁴ unga brottslingar, och hans beskriv-

Borttaget: Föreliggande vårdprogram rör ångeststörningar enligt diagnossystemet för psykiska störningar, DSM-IV.⁴ Vid en ångeststörning är ångesten intensiv, irrationell och hindrande i vardagen. Ångeststörningarna består av ett antal olika diagnoser. Diagnoserna och kriterierna har reviderats vid flera tillfällen. Den senaste skedde 1994.¶

ningar av dessa barns och ungdomars erfarenheter av långvariga avbrott i tidiga relationer blev en av inspirationskällorna till fortsatta studier om anknytning. Ett utvecklingsperspektiv växte fram och epidemiologiska studier visade på en kontinuitet mellan problem i barndom och i vuxenliv. I början av 1950-talet introducerades begreppet ”svårt temperament” och på senare tid har intresset för biologiska faktorer betydelse för CD tänts på nytt.⁸

Ur ett övergripande **systemiskt** perspektiv bör barns psykiska symtom i första hand ses som en kommunikation om att deras livssituation inte är optimal. Systemteorin utgår ifrån att allt som sker äger rum i ett sammanhang, och att skeendet både påverkar och påverkas av det sammanhanget. Utifrån det betraktelsesättet lever barn i ömsesidig påverkan med olika system som familj, socialt nätverk (t.ex. skola, kamratkrets) och samhället i stort. Man uttalar sig inte om etiologi i egentlig mening utan fokuserar på hur ett symtom och dess sammanhang utvecklas tillsammans.¹⁵ Problembeteenden kan vidmakthållas av problematiska transaktioner inom och/eller mellan de olika systemen.¹⁶ Utagerande stört beteende kan sålunda uppstå på olika sätt, men hur förloppet gestaltar sig påverkas av vilken effekt beteendet får på omgivningen, särskilt familjen, och vilken hjälp barnet kan få att hantera den utagerande problematiken.

Utifrån ett **objektrelationsteoretiskt** och **psykoanalytiskt** synsätt anses beteendestörningar ha sin grund i tidiga upplevelser av smärta och obehag. Efter att vid upprepade tillfällen ha utsatts för upplevelser av överväldigande smärta och ångest, utan att ha fått tillräcklig hjälp att härbärgera den psykiskt av närstående vuxna, måste barnet använda sin psykiska energi defensivt. Utvecklingen av jagfunktioner störs i och med detta och barnet får svårt att integrera upplevelser och beteenden. Barnet får svårt att symbolisera och uttrycker sig istället konkret i handling genom att agera ut sina känslor och impulser.¹⁷

I enlighet med **kognitiv teori** anses individers omedelbara tolkning av en händelse, s.k. automatiska tankar, ligga till grund för de känslor och beteenden som uppstår i samband med olika situationer. Individens övertygelser och antaganden bestämmer hur upplevelser tolkas. Hos människor med olika typer av störningar är det vanligt med kognitiva förvrängningar. Kombinationen av bristande framgång med socialt välanpassat beteende och impulsivt antisocialt beteende ger individen upprepade erfarenheter av att omgivningen och samhället avvisar och bestraffar honom/henne. Sådana erfarenheter gör att världen ofta uppfattas som fientlig och följderna blir att personen i fråga förväntar att andra skall behandla honom/henne illa, vilket i sin tur förstärker de antisociala och destruktiva impulserna och problematiken vidmakthålls.¹⁸

Enligt **inlärningspsykologisk teori** anses aggressivitet primärt vara ett inlärt beteende, inlärt genom observation, imitation, direkt upplevelse och övning. Både föräldrar, andra vuxna och barn kan utgöra modeller för aggressivt beteende. Om ett barn utsätts för inkonsekventa föräldrastrategier med ett förhållningssätt som präglas av irritation, släpphänthet/stränghet och där värme och tillgivenhet är ovanligt kan det aggressiva mönstret fortsätta genom att barnet svarar med att bråka, gnälla och slåss. Barnet tar sedan med sig detta beteende till andra sociala miljöer. Enligt detta synsätt kommer intensiteten och frekvensen aggressiva handlingar att öka om barnet/ungdomen genom sitt beteende uppnår fördelar. Sådana för-

delar kan t.ex. vara att få sin vilja igenom i konflikter med föräldrarna eller att få social förstärkning på det aggressiva beteendet av andra barn, t.ex. i form av ökad respekt och popularitet.¹⁹

Patterson²⁰ och hans kollegor vid Oregon Social Learning Center har under många år undersökt olika aspekter av antisocialt beteende. Pattersons idéer och forskning utgår ifrån social inlärningsteori och ligger till grund för behandlingsarbetet med ”Parent Management Training” (se sid 31). Han har identifierat specifika interaktionsmönster, ”coercive family processes”, som predicerar utvecklingen av aggressivt och antisocialt beteende hos barn och ungdomar. Observationer har visat att familjer med antisociala barn/ungdomar har mer negativa interaktioner sinsemellan. Barnen lär sig att undvika föräldrars kritik genom att eskalera sitt negativa beteende, vilket i sin tur leder till att föräldrarna avvisar barnet ännu mer. Allteftersom denna process utvecklas i familjen ökar både föräldrarnas och barnens aggressivitet. Detta betyder att såväl barn som föräldrar är fångade i en negativ förstärkningsfälla.²¹

I **neurobiologisk teori** uppmärksammas betydelsen av genetiska, prenatala och perinatala faktorer vid utvecklandet av antisociala och aggressiva beteenden. Utifrån detta synsätt anses sådana handlingar vara ett uttryck för en biologisk predisposition.^{8,22} Sålunda uppfattas t.ex. bristande impuls kontroll som en neurologisk funktionsnedsättning.²³ Det är sannolikt så att många faktorer i barnets miljö påverkas av barnets genetiska och biologiska förutsättningar, liksom att biologiska förändringar delvis beror på emotionella trauman och stress i barnets miljö.^{8,22}

Aktuell forskningsöversikt

Forskningen på området kretsar framför allt kring pojkar och det är viktigt att ha i åtanke, att resultaten från denna grupp inte är direkt överförbara på flickor med CD.⁸ Det behövs ytterligare forskning angående könsskillnader. De senaste tio åren har försök gjorts att förstå variationen i prevalens av ODD och CD beroende på faktorer som ålder, kön, socioekonomisk status och grad av urbanisering.¹² De flesta studierna har fokuserat på beteendeproblem med debut i barnåren och mindre på den problematik som debuterar i adolescensen.²⁴ Under de senaste åren har forskning kring olika skydds- och riskfaktorer blivit tillgänglig, liksom nya ändamålsenliga behandlingsmodeller.⁸ Till skillnad mot tidigare genomgångar av forskning på behandling av ungdomsbrottslingar, då slutsatsen blev att ”nothing works”, har det på senare tid konstaterats att det finns behandlingar som visar lovande resultat.¹⁶

Borttaget: ¶

Inom respektive teori finns olika skolor/inriktningar. Här ges endast en schematisk beskrivning och för den som önskar fördjupade kunskaper finns litteraturhänvisning i slutet av kapitlet.¶

Prevalens

Internationella studier har visat att CD är en av de vanligaste formerna av psykopatologi hos barn och ungdomar. Barn och ungdomar med aggressivitet, beteende- och antisociala problem utgör en tredjedel till hälften av alla barn och ungdomar, som söker kontakt med/remitteras till psykiatri.⁵ Prevalenstalen varierar i olika studier och förefaller ha ökat under de senaste årtiondena. Ökningen kan vara reell men den kan även bero på bättre metoder för att upptäcka och diagnostisera CD.

Prevalensen för CD beräknas till 1,5-3,4% av alla barn och ungdomar.⁸ I tonåren beräknas nivån av CD ligga mellan 6% och 12%.²² Flera studier har visat att förekomsten av CD är högre för ungdomar än för barn⁵ men andra har inte funnit sådana åldersskillnader.¹² Prevalensen påverkas av kön; uppgifter om förhållandet mellan pojkar och flickor varierar från 5:1 till 3:1.⁸ Pojkarnas övervikt varierar med ålder så att könsskillnaden minskar under tonåren. För pojkar är det vanligare att CD debuterar i barndomen, medan den för flickor vanligtvis debuterar under tonåren.⁵ Både ODD och CD är vanligare bland ungdomar från familjer med låg socioekonomisk status.¹² CD är vanligare i städer än på landsbygd.⁸

Vad gäller ODD rapporteras i majoriteten av prevalensstudier en något högre förekomst hos pojkar än hos flickor.²⁵ Internationella studier visar att 4-9% av alla förskolebarn har allvarliga trotsbeteenden. Beträffande skolbarn beräknas prevalenstalen för ODD ligga mellan 6% och 12%.²²

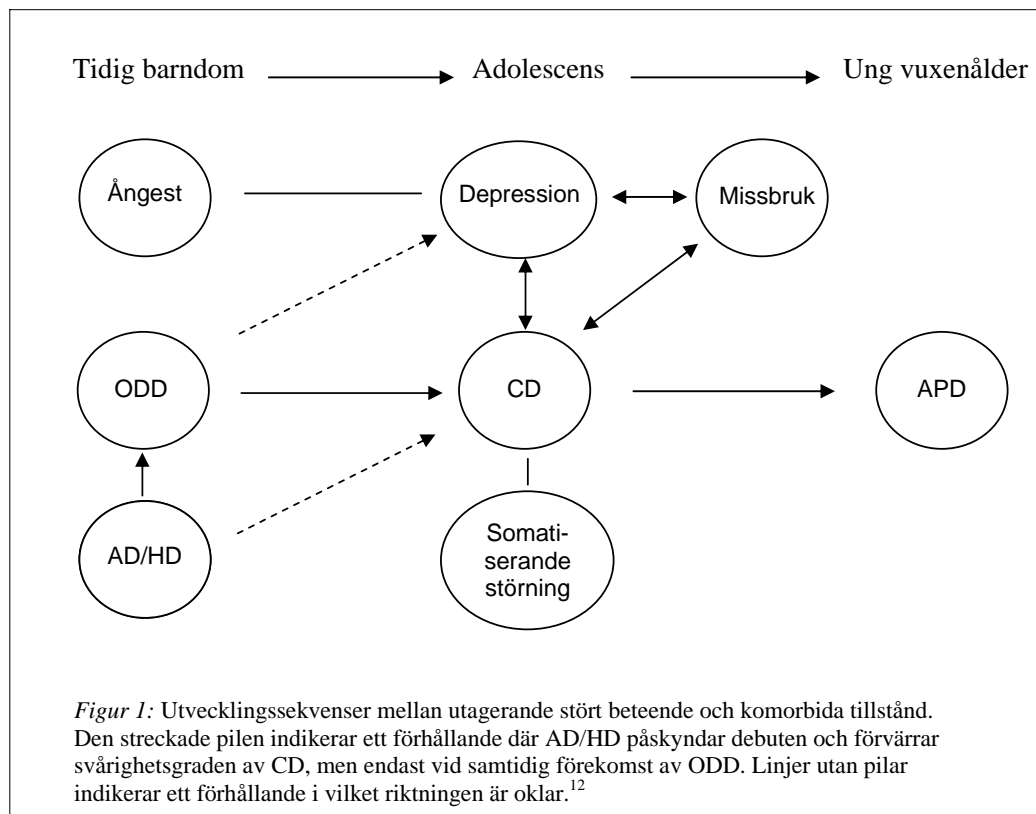
Komorbiditet

Ett flertal studier⁸ har konsekvent påvisat en omfattande komorbiditet vid CD. För barn och ungdomar med CD är komorbiditet regel snarare än undantag.²² Komorbiditeten är av betydelse för hur utagerande stort beteende tar sig uttryck, påverkar prognosen och varierar beroende på kön.²⁶ CD med debut under barnåren har en annorlunda komorbiditet jämfört med CD som debuterar under adolescensen.⁸ ODD förekommer ofta tillsammans med CD. Nästan alla barn med CD kvalificerar för diagnosen ODD²⁷ och det pågår en debatt om huruvida ODD skall utgöra en separat diagnos eller betraktas som en utvecklingsmässig föregångare till CD.^{8,28} Bland externaliserande störningar är AD/HD den vanligaste och mest svårartade formen av komorbiditet. Kombinationen CD och AD/HD ökar risken för ångest och depression¹² och det är påkallat att gå in med intensiva och tidiga åtgärder.²⁹ Flera studier har funnit ett samband mellan CD och missbruk.¹²

Bland internaliserande symtom utgör ångeststörningar och depression de vanligaste formerna av komorbiditet, framför allt under tonåren.^{8,12} Flickor i adolescensen löper större risk än pojkar att få ångest och depression. Det finns även visst stöd för en hög frekvens av PTSD vid uppförandestörning. Bland axel-II störningar är de vanligaste komorbida diagnoserna borderlinestörning hos flickor, antisocial personlighetsstörning (APD) hos pojkar samt mental retardation och specifika störningar i utvecklingen.⁸ Närvaron av ODD bör göra klinikern uppmärksam på behovet av att även bedöma internaliserande symtom.²⁸ Sannolikheten för inlärningssvårigheter är större vid ODD och AD/HD än vid enbart ODD.²⁸ Bland andra Lundberg³⁰ pekar på det slående sambandet mellan lässvårigheter och social anpassning. Han menar att läs- och skrivinlärningen borde vara ett dominerande inslag i den pedagogiska verksamheten för dessa ungdomar.

I figur 1 (sid 16) ges en schematisk översikt av utvecklingssekvenser mellan utagerande stort beteende och komorbida tillstånd. Begreppet somatiserande störning, som används i figuren, innebär multipla ihållande somatiska klagomål för vilka man inte funnit någon fysisk orsak.²⁶ Vad gäller komorbiditeten för missbruk och CD har man i kliniska populationer funnit att CD oftast föregår missbruk och att komorbiditeten ökar med åldern. Överlappningen mellan CD och missbruk

är högst för de ungdomar som ägnar sig åt mer allvarliga brott och tyngre droganvändning.²⁶



Hereditet

Tvillings- och adoptionsstudier har visat på förekomsten av en genetisk komponent vid antisociala och aggressiva beteenden, liksom på betydelsen av icke-genetiska faktorer.²² Störningens familjära anhopning tyder på en genetisk risk, men en kombination av faktorer behövs för att utveckla CD. En möjlig modell för CD skulle kunna vara en genetisk benägenhet som utlöses av riskfaktorer i miljön med bristfälliga copingstrategier som förbindelselänk.⁸ Det är osannolikt att en eller flera gener direkt orsakar CD. Det är snarare så att det kan finnas genetiska orsaker till vissa riskfaktorer såsom hyperaktivitet.^{8,31} Ett barn kan t.ex. ha vissa nedärvda temperamentsdrag som ökar sannolikheten för att han/hon skall utveckla utagerande stört beteende. Styrkan hos genetiska faktorer kan även variera beroende på vilken typ av beteendestörning som barnet/ungdomen uppvisar.²²

Prognos

En av de mest allvarliga aspekterna av CD hos barn är problematikens stabilitet från barndom till adolescens och även upp i vuxen ålder. CD är troligen en av de mest stabila formerna av psykiopatologi hos barn.²² CD med tidig debut har en

mycket dålig prognos. Särskilt problematisk är kombinationen CD och neuro-psykiatrisk problematik som AD/HD, vilket ökar risken för svårigheter på sikt.^{8,32}

Ett flertal studier visar på stabilitet under barndom och adolescens vad gäller aggressivitet med debut i barndomsåren. Aggressivt beteende i barndomen predicerar aggressivitet i adolescensen, och aggressivitet i barndomen och adolescensen predicerar aggressivitet, våld och andra beteenden såsom alkohol- och annat missbruk samt kroniska lagöverträdelser i vuxen ålder.³³ Prognosen för flickor är inte lika väl dokumenterad. Vissa forskare hävdar, att tidiga externaliserande problem hos flickor inte predicerar senare externaliserande problem i lika stor utsträckning som hos pojkar.³³ Andra menar att utagerande stört beteende, trots en lägre prevalens, är lika stabilt hos flickor som hos pojkar.¹² Uppförandeproblem i sen barndom och adolescens predicerar således antisocialt beteende hos vuxna, framför allt vid allvarliga symtom. Det är däremot vanligare hos kvinnor än hos män att uppförandestörning predicerar internaliserande störningar såsom depression och ångest.⁵ Sammanfattningsvis predicerar allvarliga uppförandeproblem en ökad nivå av psykiatriska störningar hos båda könen men störningarna tar sig olika uttryck.

Uppförandeproblem predicerar inte bara en ökad nivå av psykiatriska diagnoser utan även en bred social dysfunktion.³³ Områden som troligen påverkas i vuxenlivet är, utöver psykiatriskt status, kriminellt beteende, yrkesanpassning, utbildning, civilstånd, social tillhörighet och fysisk hälsa. Men även om CD förebådar ett antal signifikanta svårigheter i vuxenlivet får inte alla barn en funktionsnedsättning som vuxna.⁵ Överlag har mindre än hälften av barnen med CD samma problematik som vuxna. Breddar man perspektivet och betraktar funktionsnedsättning i vuxen ålder blir bilden dystrare och visar, att majoriteten av barn med CD kommer att lida av någon form av försämrad funktion i vuxen ålder. Antisociala beteenden är inte bara förhållandevis stabila över tid inom individer utan även inom familjer.⁵

Prognostiska subtyper

Det finns ett antal variabler som påverkar prognosen och relationen dem emellan är komplex. Tidig debutålder, före 10-12- års ålder, är en avgörande faktor liksom antalet riskfaktorer. En stor varians på beteendeproblemen, uppvisade i flertalet miljöer, liksom familje- och föräldrakaraktäristik, såsom antisocialt beteende eller kriminalitet, har samband med uppförandestörningens varaktighet ända till vuxenlivet.^{5,22,33}

Barn och ungdomar med CD är en heterogen grupp och det finns således ett behov av att urskilja barn och ungdomar med negativ prognos från dem med en mer gynnsam sådan. Det finns ett flertal studier där man har försökt identifiera olika subtyper, men det behövs fortsatt forskning kring de mest användbara subtyperna.^{5,12} Nedan diskuteras subtyper som anses vara av prognostisk betydelse och därför är relevanta att beakta för kliniker och forskare vid bedömning av vilka barn som är i störst behov av tidiga och intensiva behandlingsinsatser¹²:

Tidig eller sen debut

I DSM-IV¹ definieras subtyper på grundval av ålder för debut och refererar till antalet symtom och dess intensitet som kliniska indikatorer på svårighetsgraden. Det är dock viktigt att inte på ett förenklat sätt betrakta tidig debut som en markör för psykopatologi, bl.a. för att empiriskt stöd saknas beträffande prognostiskt värde för flickor. Debutåldern för CD är särskilt låg hos pojkar med AD/HD.

Symtomens svårighetsgrad

Symtom, som är atypiska för ålder och kön, är prognostiskt viktiga för senare utfall. Exempelvis är grymt beteende och att slåss atypiska symtom hos flickor och är samtidigt de symtom som är mest prediktiva för CD.

Dolt eller öppet störande beteende

Det finns övertygande belegg för den subtyp, vars klassificering grundar sig på skillnaden mellan öppet konfrontativt (t.ex. att slåss) och dolt eller förtäckt (såsom stöld) störande beteende. Flera studier har visat på betydelsen av aggressivitet och fysiskt våld vid utvecklandet av utagerande stort beteende. Trots att slagsmål är vanligt bland pojkar i förskoleåldern, utmärker sig en del pojkar med sitt ihärdiga och upprepade bråkande. "Proactive aggression", att initiera slagsmål för egen vinning, framstår som särskilt prognostiskt betydelsefullt jämfört med "reactive fighting", där slagsmålet är en reaktion på någonting/någon. Könsspecifikt uppvisar pojkar med CD mer öppen aggressivitet, medan flickor tenderar att ägna sig åt mer dolda brott. Hos de mest störda ungdomarna är dock denna könsskillnad mindre framträdande.⁸

CD med eller utan AD/HD

Barn med CD och AD/HD har en sämre prognos än barn med CD utan AD/HD och uppvisar en tidigare debut av utagerande stort beteende. Det finns inte lika mycket forskning redovisad för AD/HD och ODD, men det verkar troligt att AD/HD hos barn med ODD är en markör för tidig debut av CD-symtom.

Tidiga symtom på antisocial personlighetsstörning (APD)

De mest allvarliga utfallen av beteendestörningar är APD och psykopati. APD kan ej diagnostiseras före 18-års ålder, men symtom kan finnas i yngre åldrar. Det är troligt att man kan klassificera på grundval av närvaron av APD-symtom, men subtypens relation till övriga subtyper återstår att undersöka.¹² Trots att begreppet psykopat främst har tillämpats på vuxna, finns det stöd för att det kan vara av värde för att förstå en del barn och ungdomar med CD. Närvaron av hårda och känslolokala drag, vilket bl.a. tar sig uttryck i att barnet/ungdomen inte känner någon skuld, ej bryr sig om andras känslor och att de känslor som visas verkar vara ytliga och oäkta, kan tyda på en allvarligare form av CD.²²

Sammanfattningsvis förefaller, utöver debutålder och svårighetsgrad som nämns i DSM-IV, ålders- och könsatypiska symtom, öppet utagerande stort beteende (såsom fysiskt våld), AD/HD och tidiga symtom på APD eller psykopati vara av prognostisk betydelse.¹²

Risk- och skyddsfaktorer

Det råder i litteraturen konsensus om att utagerande stört beteende orsakas av ett flertal faktorer i ett komplext samspel. Forskningen har hittills snarare fokuserats på att identifiera faktorer, som kan öka eller minska sannolikheten för att ett barn skall utveckla CD, än på att söka orsaken till problematiken. Faktorer som predisponerar barn och ungdomar att utveckla CD har studerats rikligt.^{5,22} Tidig debut i närvaro av en anhopning av riskfaktorer ökar risken för klinisk dysfunktion.⁵

Riskfaktorer/korrelat till antisocialt beteende

Nedanstående sammanställning grundar sig främst på material från Kazdin⁵, Frick²² och Borduin¹⁶.

Barnfaktorer

- Barnets temperament. Barn med s.k. svårt temperament avseende aktivitetsnivå, sinnesstämning, hur barnet svarar på emotionellt stimuli och social anpassbarhet löper större risk att utveckla beteendeproblem.
- Neuropsykologiska funktionssvårigheter. Det finns stöd för att neuropsykologiska funktionssvårigheter tidigt i livet ökar risken för senare beteendeproblem.
- Intellektuell prestation. Det finns ett samband mellan skolsvårigheter, framförallt låg verbal IQ, och CD.

Individuell karaktäristik hos tonåringar

- Omoget moraliskt resonerande
- En benägenhet att attribuera fientliga intentioner hos andra
- Positiva attityder gentemot antisocialt beteende.

Föräldra- och familjefaktorer

- Ärftlighet. Genetiska faktorer har betydelse för CD, men risken ökar betydligt då det finns influenser både från arv och miljö.
- Psykopatologi och kriminellt beteende i familjen. Kriminellt beteende, antisocial personlighetsstörning och alkoholism hos någon av föräldrarna ökar ett barns risk för att utveckla CD.
- Interaktionen mellan föräldrar och barn, uppfostringsstrategier och värderingar. Utöver hårda bestraffningar har studier visat på att inkonsekventa föräldrastategier liksom bristfällig föräldrauppsikt/tillsyn, dålig föräldrakontroll, slapp och ineffektiv föräldradydisciplin, hög nivå av konflikter och fientlighet, låg tillgivenhet och låg känsla av sammanhang medför ökad risk. Föräldrar till barn med CD tenderar att inte uppmärksamma barnets adekvata (prosociala) beteenden utan belönar istället avvikande beteende genom uppmärksamhet och eftergivenhet i större utsträckning än andra föräldrar.
- Separation, skilsmässa och disharmoni mellan föräldrarna. Om föräldrarna är skilda är det mängden bråk och öppen konflikt som associeras med risk för dysfunktion hos barnet.

- Familjens storlek och barnets position i syskonskaran. CD är vanligare hos barn i mitten av barnskaran jämfört med enda barn, eller att vara yngre eller äldst. Stora familjer är en riskfaktor.
- Socioekonomiska svårigheter. Fattigdom, trångboddhet och arbetslöshet hör till de mest framträdande socioekonomiska svårigheterna som ökar risken för CD.

Kamratrelationer

- Hög inblandning med avvikande kamrater
- Bristfällig social förmåga
- Låg inblandning med välfungerande kamrater.

Skolrelaterade faktorer

- Svaga skolprestationer
- Avhopp
- Lågt engagemang vad gäller utbildning
- Låg akademisk kvalitet och svag struktur i skolan.

Grannskaps- och närområdeskaraktäristik

- Kriminell subkultur
- Låg organiserad delaktighet och gemenskap bland de boende i bostadsområdet
- Låg tillgänglighet på socialt stöd
- Hög omsättning/rörlighet bland de boende.

Barn-, föräldra- och familjefaktorer utgör de mest robusta prediktorerna för CD. Studier har visat att hur föräldrar utövar sitt föräldraskap spelar en betydelsefull roll både vid utvecklandet och förbättringen av aggressiva och antisociala beteenden hos barnet. Detta betyder **inte** att enbart olämpliga föräldrastrategier orsakar aggressivt beteende.²⁴ Utöver de ovan nämnda finns ytterligare riskfaktorer såsom perinatale och prenatala komplikationer, kronisk sjukdom under uppväxten och skada på det centrala nervsystemet.⁵

Studier som kartlagt risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende har visat att beteendeproblem, uppförandestörning, aggressivitet, missbruk, låg socioekonomisk status och antisociala föräldrar är de starkaste prediktorerna under de tidiga skolåren (6-11 år) för antisocialt och våldsamt beteende vid 15-25 års ålder. För barn i 12-14 årsåldern är det faktorer som impulsivitet, bristfällig socialisering, antisociala kamrater (inklusive gängbildning), låg skolmotivation och bristande skolprestationer som har den största betydelsen för antisocialitet vid 15-25 års ålder.³⁴

Skyddsfaktorer

Alla individer som uppvisar en eller flera av ovan nämnda riskfaktorer utvecklar naturligtvis inte uppförandestörning. En anledning till detta kan vara det inflytande som olika skyddsfaktorer har.^{5,35} Skyddsfaktorer har ej studerats lika ingående

som riskfaktorer. Nedan följer exempel på faktorer som anses minska risken för att utveckla CD.

Individnivå

- Lätt temperament
- God social kapacitet
- Positivt självförtroende och självständighet
- God impuls kontroll
- Framgångsrika coping- och problemlösningstrategier
- Inre "locus of control", dvs. individens upplevelse av att själv kunna påverka och styra utvecklingen av sitt liv
- Intelligens, kreativitet och särskilda färdigheter inom olika områden
- Optimism och framtidstro
- Hög aktivitet och energi. Hur aktiviteten och energin hanteras avgör betydelsen av den.

Omgivningsfaktorer/familjenivå

- Klart definierade gränser och subsystem.
- Klara regler i hemmet.
- Delade värderingar.
- "Required helpfulness". Att hjälpa andra när de behöver det tillåter individen att utveckla en känsla av egenvärde, självförtroende och självständighet.
- Positiv föräldra-barn relation. Tillitsfull och nära relation med åtminstone en förälder eller vårdgivande vuxen som är emotionellt tillgänglig och lyhörd för barnets behov.
- Tillgång till betydelsefull annan person, framförallt en stödjande förebild av samma kön, om föräldrarna sviktar.
- Att tillvaron och det som sker är begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Internationell forskning talar om att föräldrars övervakning, "monitoring", kan motverka uppkomsten av beteendeproblem och sociala problem. Under de senaste tio åren har denna slutsats blivit alltmer accepterad. Håkan Stattin och hans forskargrupp i Örebro anser däremot att denna forskning om föräldrakontroll delvis behöver omtolkas. Deras undersökningar visar att den kännedom föräldrarna har om barnets aktiviteter i stor utsträckning kommer från barnet självt. Övervakningen är således mer en aktivitet hos barnet än hos föräldern; att barnet spontant och villigt berättar snarare än att föräldrar kontrollerar och frågar. Generellt tycks föräldrars värme i förhållande till barnet gynna en öppen kommunikation. Föräldrarnas kunskaper, som hänger nära samman med barnets sociala och personliga anpassning, tycks också ha ett samband med den tillit föräldrarna känner till barnet.³⁶

Socialt nätverk

Ett välfungerande och stödjande socialt nätverk karakteriseras av att relationerna är ömsesidiga, att kontakten är regelbunden och tät samt att det i kontakten finns resurser för praktiskt, emotionellt och materiellt stöd.

Variationer i utvecklingen av uppförandestörning

Det vanligast förloppet är att uppförandestörning debuterar under sen barndom och tidig adolescens men debut kan förekomma från förskoleålder till sen adolescens.⁸ Merparten av de symtom som definierar diagnosen CD brukar framträda tydligt i sen barndom och tidig adolescens (7-12 år).⁵

Det finns utvecklingsmässiga variationer i hur utagerande stört beteende tar sig uttryck beroende på kön och ålder. En sådan utvecklingsprocess är att problemen debuterar under barndomen. Det börjar med negativa trotsbeteenden i 3-7 årsåldern och utvecklas sedan till allvarligare beteendeproblem i 7-10 årsåldern. Vid 11-13 år tar allvarligare aggressiva/antisociala beteenden vid. Beteenden läggs till problematiken allteftersom snarare än att redan etablerat beteende förändras. Få pojkar uppvisar allvarliga symtom utan att först ha uppvisat mindre allvarliga trotsyndrom vid tidigare ålder, men ett stort antal som uppvisar mindre allvarligt trots utvecklar ej allvarligare antisociala beteenden.²²

En annan utvecklingsprocess är debut under adolescensen. Den kännetecknas av att tonåringen uppvisar antisociala beteenden som ej föregåtts av mindre allvarliga tecken på utagerande stört beteende. Denna grupp har en mer gynnsam prognos och problematiken verkar vara begränsad till tonåren.²²

Flickor uppvisar sällan symtom på CD före adolescensen, men trots detta liknar deras problematik snarare den hos tidigt debuterande pojkar med högre förekomst av dysfunktionella familjer, neuropsykologiska och kognitiva dysfunktioner och sämre prognos. Den här utvecklingsprocessen har dock inte varit föremål för forskning.²² Vad gäller beläggen för att debuten för CD är tidigare för pojkar än för flickor råder inte konsensus. Vissa forskare hävdar med stöd av retrospektiva studier att problematiken debuterar tidigt även hos flickor, medan andra menar att endast sen debut förekommer hos flickor.¹²

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

De här aktuella typerna av beteendeproblematik kallas ofta externaliserande beroende på att problemen förläggs utanför barnet självt, externt. Det är alltså omgivningen som upplever problemen, barnet uppfattar ofta självt inte att det gör något fel eller att det har något skäl att ändra sitt beteende. Sett över en längre tidsperiod blir barnet ofta utanför kamratgrupper och stor risk finns för utveckling av missbruk och antisocialitet.

Föräldrars och syskons ansträngda situation i en familj med ett barn med externaliserande symtom är i många fall förbisedd. Familjen är ofta hårt pressad och dess sekundära svikt kan ibland misstolkas som primär oförmåga. I många fall inverkar omgivningens bristande förståelse menligt på barnets anpassning.³⁷

Utredning och diagnostik

Allmänna rekommendationer

Syftet med en utredning är att beskriva och ge en förståelse för bakgrunden till aggressivitet, utagerande och annat antisocialt beteende. Utredningen skall belysa relevanta faktorer hos den unge, i familjen och i det sociala nätverket. Den sker på sedvanligt sätt i tvärfackligt team med medicinsk, psykologisk och social kompetens. De diagnoser som framför allt är aktuella vid vålds- och utagerandeproblematik hos barn och unga är ODD och CD.³⁸

För att diagnosen CD skall ställas krävs endast ett fåtal symtom; tre av femton kriterier i DSM-IV måste vara uppfyllda. Barn och ungdomar med CD kan därför uppvisa en varierande symtombild trots att de har samma diagnos. Gränsen mellan beteenden som kan ingå i en normal utveckling eller vara en del i en utveckling av utagerande stort beteende är diffus. Överlappningen mellan CD, AD/HD och ODD innebär också svårigheter. Det är inte lätt att särskilja huruvida antisociala beteenden verkligen finns, är allvarliga och primära eller om barnet enbart är överaktivt och av den anledningen bedöms som svårhanterligt av omgivningen.⁵ Vad gäller identifieringen av problem via självskattning så upplevs många beteenden, särskilt då antisociala beteenden, inte som ett så stort problem av ungdomen själv som av föräldrarna. Skattningar gjorda av hem, skola och myndigheter kan också brista i överensstämmelse. Då patienter med CD tenderar att minimera problematiken är det viktigt att information hämtas från flera källor för att skapa en helhetsbild. Underlaget för bedömningen bör alltså vara multidimensionellt och innehålla såväl intervjuer som frågeformulär och observationer från flera informanter.^{8,39}

Risk- och skyddsfaktorer bör bedömas så att ungdomar i högriskzon lättare kan upptäckas och tidig intervention kan förhindra en framtida negativ utveckling. På grund av det starka sambandet mellan familjevariabler och antisocialt beteende hos barn är det väsentligt att inte bara utreda barnet utan även mäta faktorer såsom osämja inom äktenskapet, psykopatologi hos föräldrarna och övriga livshändelser.⁵

Utöver diagnostiken av utagerande stort beteende skall neuropsykiatrisk problematik och andra utvecklingsavvikelser, emotionella störningar och psykosociala missförhållanden beaktas i utredningen och värderas utifrån ett diagnostiskt perspektiv.³⁸

Bedömning

Diagnostisk bedömning

Riktlinjerna nedan grundar sig på en sammanställning från 1997 av American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)⁸ vad gäller bedömning och utredning av barn och ungdomar med CD.

Anamnestagning från föräldrarna och barnet/ungdomen, tillsammans och separat. Intervjua vid behov även andra familjemedlemmar liksom personal från skola och sjukvård.

A. Inhämta patientens historia

1. Prenatalhistoria och förlossning med fokus på missbruk, infektioner och medicinering hos modern.
2. Tidig utveckling med fokus på anknytningsstörningar, temperament, aggression, trots, uppmärksamhet och impuls kontroll.
3. Fysisk och sexuell misshandel, som offer eller förövare.
4. Kärnsymtom enligt DSM-IV.
5. Symtomens utveckling inklusive deras inverkan på familjen, kompisrelationer och skolproblem (med hänsyn till begåvnings-, språk-, uppmärksamhets- och inlärningssvårigheter).
6. Somatisk anamnes med fokus på patologi i CNS.

B. Inhämta familjens historia

1. Familjens copingstrategier, resurser och stressorer (socioekonomisk status, socialt stöd/isolering, problem- och konfliktlösningsförmåga). Bedöm uppfostringsförmåga inklusive gränssättning, struktur, stränghet, övergrepp, försummelse, tolerans/eftergivenhet, inkonsekvens och hur barnets aggressivitet hanteras. Utforska föräldrarnas och patientens interaktionsmönster som leder till förstärkning av olydnad/omedgörlighet.
2. Antisociala beteenden hos familjemedlemmar inklusive fängelsevistelse och våld, fysiskt eller sexuellt, av patienten eller familjemedlemmar.
3. AD/HD, CD, missbruk, utvecklingsstörningar (inlärningssvårigheter), tics, somatiserande störningar, affektiv sjukdom och personlighetsstörningar hos familjemedlemmar.
4. Adoption, familjehems- och institutionsplaceringar.

C. Intervjua patienten

Intervju med ungdomen kan föregå intervju med föräldrar. Gå igenom familjens historia, patientens personliga historia, missbruk och sexuell historia inklusive ev. sexuella övergrepp gentemot andra. Kärnsymtomen enligt DSM-IV kanske inte är uppenbara eller bekräftade under intervjun med patienten men kan komma att upptäckas genom att föräldrar och andra informanter intervjuas. Bedöm följande:

1. Förmåga till anknytning, tillit och empati
2. Impulstolerans
3. Förmåga till behärskning, att acceptera ansvar för gärningar, upplevelse av skuld, användandet av ilska konstruktivt och bekräftande av negativa emotioner
4. Kognitiva funktioner
5. Sinnesstämning, affekt, självkänsla och självmordsbenägenhet
6. Kamratrelationer såsom ensamvarg, populär, kamrater som ägnar sig åt gängverksamhet, droger, brott
7. Föreställningsstörningar som inadekvata reaktioner på omgivningen, paranoia, dissociativa episoder
8. Historia av tidigt, ihärdigt användande av tobak, alkohol eller andra substanser

9. Psykometriska självskattningsinstrument (se sid 26) kan ge användbar information.

D. Skolinformation

1. Funktionsnivå (IQ, tester, skolprestationer och beteende) Data kan inhämtas personligen, per telefon eller genom skriftliga rapporter från lämplig personal såsom rektor, psykolog, lärare och skolsköterska.
2. Standardiserade föräldra- och lärarskattningsskalor av patientens beteende kan vara användbara (se sid 27)
3. Remiss för bedömning av begåvning, tal, språk och ev. inlärningssvårigheter liksom neuropsykologisk testning om befintliga testdata är otillräckliga.

Diagnosformulering

A. Identifiera kärnsymtomen enligt DSM-IV

B. I bedömningen av barn och ungdomar med symptom som tyder på CD beakta följande:

1. Biopsykosociala stressfaktorer (särskilt sexuella och fysiska övergrepp, separationer, skilsmässa eller död hos anknytningspersoner)
2. Utbildningspotential, svagheter och prestationer
3. Problem/resurser hos kamrater, syskon och familj
4. Miljöfaktorer inklusive disorganiserat hem, brist i övervakning, förekomst av övergrepp mot barn eller försummelse, psykiatrisk sjukdom (särskilt substansmissbruk) hos föräldrar.
5. Jagutvecklingen hos ungdomen eller barnet, särskilt förmågan att skapa och behålla relationer.

C. Störningens subtyp (se sid 17).

Vid klinisk indikation

Fysisk bedömning:

1. Kroppsundersökning inom de senaste 12 månaderna
2. Samarbete med familjeläkaren, barnläkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
3. Syn- och hörselundersökning vid behov
4. Bedömning av medicinska och neurologiska tillstånd (t.ex. huvudskada, kramper, kronisk sjukdom) vid behov
5. Urin- och blodprov vid behov, särskilt när kliniska tecken talar för missbruk som förnekas av patienten.

Differentialdiagnostik

Det kan vara svårt att skilja mellan komorbida tillstånd men det ihållande mönstret av att bryta mot regler och kränka andra människors rättigheter tillsammans med ofta förekommande rättsliga konsekvenser är unikt för CD och kan underlätta vid differentialdiagnostisering.⁸

Nedan följer möjliga alternativa primära diagnoser vid utagerande stort beteende. Dessa symtom kan förväxlas eller närvara samtidigt med CD, särskilt under adolescensen.

1. AD/HD
2. ODD
3. Intermittent explosiv störning
4. Substansmissbruksstörningar
5. Affektiva störningar, bipolära och depressiva
6. PTSD och dissociativa störningar
7. Personlighetsstörning av borderlinetyp
8. Somatiserande störningar
9. Anpassningsstörning
10. Organisk hjärnskada och epilepsi
11. Narcissistisk personlighetsstörning
12. Specifika utvecklingsstörningar, t.ex. inlärningssvårigheter
13. Mental retardation
14. Schizofreni.

Framför allt Christoffer Gillberg i Göteborg poängterar vikten av att i utredningsfasen beakta att det finns barn och ungdomar som uppfattas ha en social beteendestörning men som under ytan har Aspergers syndrom.⁴⁰

Utredningsverktyg

Självskattningsformulär

Självskattningsformulär bör inte utgöra det enda underlaget utan **användas som komplement** vid utforskandet av vilka symtom barnet/ungdomen uppvisar och svårighetsgrad av symtomen. Nedan följer exempel på skattningsformulär som vanligen används vid bedömning av utagerande stort beteende hos svenska barn och ungdomar.

Självskattningsformulär för salutogena faktorer

För att föra in ett salutogent perspektiv i utredningen och få en uppfattning om olika skyddsfaktorer kan formuläret Känsla av sammanhang (KASAM) användas. Instrumentet innehåller 29 items fördelade på tre faktorer: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Varje item besvaras på en sjugradig skala, där ytterlighetspunkterna utgörs av stark instämmande respektive starkt avståndstagande från påståendet. Resultaten läggs samman till en total poäng och ju högre poäng desto högre känsla av sammanhang. Formuläret är översatt till svenska och utprövat på svenska ungdomar i åk 7-9.⁴¹

Självskattningsformulär för familjeförhållanden

Familjerelationsskalan (FARS) består av 46 påståenden. Det finns fem svarsalternativ för varje påstående. Testet mäter fem dimensioner: syndabocksskapande, brist på intressegemenskap, isolering, kaos samt insnärjdhet (alltför täta och kvävande relationer mellan familjemedlemmarna). Hög poäng på FARS indikerar störda familjerelationer.^{35,42}

Familjeklimat (FK) är ett familjerelationstest som består av 85 adjektiv. Individen skall stryka under minst femton ord, som bäst beskriver det familjeklimat han eller hon upplever i sin familj. Resultatet redovisas i fyra faktorer: närhet, distans, spontanitet och kaos.⁴³

Självskattningsformulär för depression

Då depression kan förekomma samtidigt med CD och ODD är det viktigt att undersöka även detta. Childrens Depression Inventory (CDI)⁴⁴ och barnversionen av Beck's Depression Inventory (BDI-C)⁴⁵ används vanligen. (För ytterligare information var god se vårdprogrammet för depression).

Självskattningsformulär för ångest

Då ångestproblematik kan förekomma samtidigt med CD och ODD är det viktigt att undersöka även detta. Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)^{46,47,48} och State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)^{46,48,49} är översatta och normerade på svensk barn- och ungdomspopulation. (För ytterligare information var god se vårdprogrammet för ångestsyndrom).

Självskattningsformulär för styrkor och svårigheter

Var god se SDQ nedan!

Föräldra- och lärarskattningar

Child Behavioral Checklist (CBCL)

CBCL består av 118 påståenden, används för bedömning av internaliserande och externaliserade störningar och ifylls av föräldrarna. Det finns även en lärarversion (CBCL-TRF), vilken dock saknar svensk standardisering. Formuläret kan användas för barn och ungdomar i åldrarna 4-16 år. Det finns även en självskattningsskala (YRS) med 119 frågor för ungdomar mellan 11 och 18 år.^{50,51}

The Conners Parent-Teacher Rating Scales

Conners används för barn i åldrarna 6-16 år och fylls i av föräldrar och lärare. Skalan avser att mäta hyperaktivitet och koncentrationsproblem. Den innehåller även en faktor för "conduct problems".⁸ Föräldraformuläret har 48 frågor fördelade på fem delskalor: utåtriktade problem, inlärningsproblem, psykosomatik, impulsivitet-hyperaktivitet och ängslan. Lärarformuläret har 28 frågor i tre delskalor: utåtriktade problem, hyperaktivitet och ouppmärksamhet-passivitet. Det finns svenska översättningar men normerna är amerikanska.⁵²

Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ)

Styrkor och svårigheter hos barn finns i föräldra-, lärar- och självskattningsversioner, både för att användas i anslutning till behandlingsstart och vid uppföljningar.

Lärarskattningen saknar dock svenskt normeringsmaterial. SDQ består av 25 items som är uppdelade på fem subskalor: socialisering, hyperaktivitet, emotionella symtom, uppförandeproblem och kamratproblem. Förutom att identifiera barnpsykiatriska fall ger även SDQ upplysningar om empati och prosociala beteenden. Målgruppen är barn mellan 5 och 15 år. SDQ är normerat på svenska barn i åldrarna 6-10 år.⁵³

Övriga skattningar

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

EARL-20B används för pojkar under 12 år med utagerandeproblem. Det är en checklista som består av 20 items, vilka faller under tre huvudkategorier: familj, barn och motivation till förändring. Den utgör ett ännu ej validerat försök att skapa ett kliniskt användbart formulär för barn utifrån samma modell som riskskattningsschema för vuxna, t.ex. HCR 20. Målsättningen är att denna checklista skall användas i bedömningsfasen av pojkar med svår känslomässig- och beteendeproblematik för att identifiera riskbeteenden och predicera framtida våldsamt beteende.⁵⁴

Strukturerade och semistrukturerade intervjuformulär

Intervjumetoden är tidskrävande och kan därför vara svår att använda rutinmässigt. Träning krävs för att använda de olika intervjuformulären, som varierar i hur strukturerade de är och vilken klinisk erfarenhet som krävs av intervjuaren. Det finns ett flertal instrument vilka kan ge underlag för att ställa diagnoser enligt DSM-systemet, t.ex. Child Assessment Schedule (CAS), Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), men inget av dessa finns översatt till svenska i DSM-IV version.^{55,56} Nedan följer några exempel på intervjuformulär som finns översatta till svenska.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)

DICA finns översatt till svenska men endast i DSM-III-R version. Intervjun finns i tre varianter; en för barn 6-12 år, en för ungdomar 13-17 år och en föräldraintervju. Instrumentet är inte gjort för att skilja kliniska från icke-kliniska grupper.⁵⁷

Symtomlistan

Symtomlistan är en standardiserad diagnostisk intervju för att mäta förekomsten av olika beteendeproblem hos barn. Den används för åldrarna 3-15 år.⁵⁸

Kiddie-SADS (K-SADS)

K-SADS omfattar ett brett spektrum av de flesta barnpsykiatriska diagnoser och användes på barn mellan 6-18 år. Det finns en barn- och en föräldraversion. Intervjun inleds med en genomgång av barnets livssituation, skolfungerande och vilka problem som finns. Sedan följer en strukturerad intervju, vilken innefattar 82 barnpsykiatriska symtom. Utifrån resultatet går man vidare med ett riktat supplement. Det finns fem supplement varav "behavior disorders" är ett.⁵⁹ K-SADS finns översatt till norska och danska och arbetet med en svensk översättning är i slutskedet. Valideringsstudie planeras.⁶⁰

Psykologiska test

Ett flertal studier har undersökt relationen mellan utagerande stört beteende och neuropsykologisk karaktäristik och testbeteende.^{61,62} Komorbiditeten mellan AD/HD och CD är hög, varför mätningar av exekutiva funktioner är relevanta vid CD. Vissa studier har funnit stöd för att kognitiva brister inom de exekutiva funktionerna även urskiljer barn med CD (oberoende av AD/HD) från kontroller.⁶³ Andra har ej funnit en sådan skillnad men istället funnit en lägre verbal förmåga hos ungdomar med CD jämfört med kontroller. Möjligheten att genomföra diagnostisk diskriminering med hjälp av test är begränsad, varför testen snarare bör användas för att identifiera barnets/ungdomens förmågor, styrkor och svagheter.⁶¹

Följande funktioner bör bedömas:

- kognitiv förmåga
- språk och tal
- läs- och skrivförmåga
- perception
- uppmärksamhet/koncentration
- impuls kontroll
- strategi och planering
- minne
- social förmåga
- beteenden
- ångestnivå
- grad av depression.

Övrigt

Journaldata

Institutionsjournaler och tidigare myndighets- och sjukvårdsanteckningar är viktiga vid bedömning/utredning av antisocialt beteende.⁵

Utöver de specifika metoder som anges ovan används alltefter behov gängse barnpsykiatriska metoder.

Behandling

Generella riktlinjer

Utagerande stört beteende i form av uppförandestörning är ett av de svåraste problemen att behandla på grund av att störningen är så pass komplex och ihållande.⁸ Ett viktigt fynd i metaanalyser av behandlingsstudier av unga antisociala pojkar är att effektiva behandlingar är multimodala, dvs. kombinerar flera metoder och riktar in sig på att förändra mer än en aspekt av det mänskliga beteendet.⁶⁴ Enligt AACAP:s riktlinjer för behandling från 1997 bör behandlingen vara flexibel och utföras av ett sammanhängande team.⁸ Interventionerna måste pågå länge nog för

att kunna medföra förändring. Enstaka sessioner eller korttidsinterventioner har liten chans att lyckas. När problembilden domineras av externaliserande symtom, som tar sig uttryck inom flera olika funktionsområden, behövs interpersonella psykoedukativa insatser snarare än ensidig inriktning på intrapsykiska och psyko-farmakologiska tillvägagångssätt. Barnets ålder påverkar behandlingens fokus. För förskolebarn riktar sig behandling främst till föräldrarna. För skolbarn med svårt stort beteende visar studier att både föräldraträning och träning för barnet med syfte att förbättra kamratrelationer, skolprestationer och förmågan att hantera krav från auktoritetsfigurer är effektiva. Utöver barnet och föräldrarna utgör också skolan ett viktigt mål för insatser. För tonåringar bör interventioner rikta sig till hela nätverket, vilket innefattar såväl kamratumgänget som familjen.⁸

Konsultation och samarbete

Kliniskt svår uppförandestörning innebär troligen att ungdomen kommer att komma i kontakt med många olika samhällsinstanser såsom barnpsykiatri, socialtjänst, polis och rättsväsende. Verksamhetsöverbyggande arbete är därför nödvändigt i arbetet med dessa barn/ungdomar och deras familjer. Barnpsykiatriska interventioner kan lyckas endast om de är noggrant samordnade, riktar sig mot flertalet av de olika områden där dysfunktionen tar sig uttryck och erbjuds under en långvarig tidsperiod.⁸ Det råder växande enighet om att den största begränsningen hos de flesta behandlingar av allvarligt antisocialt beteende är, att de ej beaktar att beteendets orsaker är mångfaktoriella och att effektiv behandling bör inbegripa omfattande interventioner på individ-, familj-, kamrat-, skol- och möjligen även grannskapsnivå.¹⁶ För att möjliggöra ett multidimensionellt verksamhetsöverbyggande arbete behövs en behandlingssamordnare, vilket man använder sig av bl.a. i Multidimensional Treatment Foster Care (se sid 34).

Avbruten behandling

Internationella studier visar att 40-60% av de familjer som påbörjar behandling med barn- och ungdomsterapi avslutar den i förtid. De familjefaktorer som ofta associeras med CD utgör riskfaktorer för ”dropping-out”. Ej slutförd behandling är således ett problem som behöver uppmärksammas i arbetet med familjer vars barn/ungdomar har beteendeproblem.²⁴ Det är viktigt att förbereda ungdomarna för behandlingen, kartlägga vad de själva är bekymrade över och vad de vill ha hjälp med genom att inbegripa dem i planeringen. Att i större utsträckning göra hembesök och vara flexibel med arbetstider kan vara ett led i försöket att förhindra avhopp, liksom även nära samarbete med socialförvaltningen.

Metoder

Nedan följer en sammanfattning av de interventioner som visat sig vara de mest lovande i arbetet med barn och ungdomar med beteendestörningar.^{5,22,65,66,67}

Multisystemisk terapi (MST)

MST har visat sig effektiv för att minska kriminalitet och våldsamheter vid svåra antisociala beteenden. De övergripande målen är att stärka föräldrarnas och tonåringarnas resurser och de behandlingsstrategier som används är strategisk och strukturell familjeterapi, föräldrabetendeträning samt kognitiv beteendeterapi. Behandlingsinsatserna är omfattande, flexibla och riktar sig till individ-, familj-, kamrat-, skol- och möjligen även grannskapsnivå. Interventionerna genomförs i den naturliga miljön (hem, skola, närmiljö) och riktas mot de problem som finns dels hos individen och familjen dels inom och mellan de multipla system inom vilka familjen verkar. Terapeuten har hög tillgänglighet under arbetet med en familj.¹⁶ I det multisystemiska arbetet kan metoder såsom Problem-Solving Skills Training, Parent Management Training och Funktionell familjeterapi ingå, vilka riktar sig till olika nivåer i systemet.⁵ För beskrivning av metoderna, var god se nedan.

Karaktäristiska drag i multimodal behandling:

1. Utbud av olika insatser på olika nivåer – pedagogik, miljöterapi, samtalsterapi, konsultation, etc.
2. Betoningen på intensiv samordning mellan olika aktörer. En ”case-manager” har som uttalad uppgift och uttalat ansvar att överblicka helheten och ombesörja samordning på olika nivåer.
3. Betoning av teamtillhörighet. När miljöterapeuter flyttas ut till öppenvården och/eller hem till familjerna och inte längre har stöd av avdelningens struktur, krävs ett väl sammanhållet team.
4. Intensiv och intim samordning av insatser. För att t.ex. miljöterapeutiskt och familjeterapeutiskt arbete skall vara ömsesidigt stödjande krävs ett tätt samarbete, där utfallet av uppgifter i miljöterapi byggs upp till terapeutiska teman i familjeterapi, och där teman i familjeterapi ger uppslag till nya familjeuppgifter i miljöterapi.
5. Flexibilitet beträffande insatta åtgärder. I tider av ökade behov kan fler insatser sättas in och med tätare frekvens.⁶⁸

Funktionell familjeterapi (FFT)

Funktionell familjeterapi har visat goda resultat vid behandling av kriminella ungdomar.^{69,70} FFT är en familjebehandlingsmetod som bygger på en kombination av systemteori, kommunikationsteori och beteendeterapi. I Lund har man i ett forskningsprojekt använt denna metod som åtgärd vid ungdomskriminalitet. FFT har visat sig vara en möjlig behandlingsmetod i gränslandet mellan BUP och socialtjänsten.^{71,72} I projektet betonades behovet av snabba insatser liksom flexibilitet vid planeringen av terapi för att minimera risken för ”drop-out”.

Parent Management Training (PMT)

I PMT tränas föräldrar utifrån sociala inlärningsprinciper att förändra barnens beteende i hemmet. Behandlingsformen är vanligt förekommande i internationell forskningslitteratur^{73,74} och är en av de mer välundersökta behandlingsformerna

vad gäller barn- och ungdomsterapi. PMT har tillämpats på många problemområden varav fokus har varit på barn med trotssyndrom och uppförandestörning.²⁴ Vanligtvis används denna metod för föräldrar till barn snarare än för föräldrar till ungdomar.

Några typiska drag i föräldraträningen är:

1. Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens i uppfostringssituationer som t.ex. gränssättning.
2. Behandlingen styrs av principer för social inlärning.
3. Behandlingen bygger på att föräldrarna aktivt tillämpar behandlingsprinciper i konkreta uppfostringssituationer i hemmet. Terapin riktar sig till föräldrarna.
4. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteenden på ett nytt sätt. Problemen preciseras noggrant så att lämplig förstärkning av önskat/-oönskat beteende kan genomföras.
5. Terapitimmarnas fokus är att gå igenom och via bl.a. rollspel öva på hur olika behandlingstekniker skall användas.⁶⁵

Metoden har visats ge betydande förbättringar vad gäller barnets beteende. Positiva effekter på syskons beteende i hemmet och moderns psykopatologi har också dokumenterats. Att utöver PMT lägga till sessioner med fokus på föräldra- och familjestressorer och konflikter har i jämförelse med enbart PMT visat sig reducera ”dropping-out”, förbättra det kliniska utfallet och öka positiv kommunikation och samarbete mellan föräldrarna. Forskningsresultat tyder på att tonåringar ej svarar lika bra på PMT som barn, vilket sannolikt förklaras av att symtomen brukar vara svårare hos tonåringar med uppförandestörning. Vilken genomslagskraft PMT har på komorbida tillstånd som AD/HD och CD har ej utretts i någon större utsträckning.²⁴

Cognitive Problem-Solving Skills Training (PSST)

Forskning har visat att barnets, förälderns och hela familjens fungerande, som t.ex. reducering av depression och upplevd stress hos föräldern, förbättras efter behandling med PSST och PMT trots att man inte direkt riktat in sig mot föräldra- och familjevariabler under terapin.³⁹ Barnet/ungdomen får lära sig problemlösningssförmåga, t.ex. att generera alternativa lösningar och att hantera interpersonella situationer med exempelvis föräldrar, lärare, syskon och kamrater. Under sessionerna utvecklas problemlösningssförmågan genom praktiska övningar, modellering, rollspel, feedback och social förstärkning. Utanför sessionerna tillämpar barnen problemlösning i interpersonella situationer i vardagslivet.

Aggression Replacement Training (ART)

Metoden har utvecklats av Goldstein och hans forskningsgrupp i USA¹⁹ och den har fått stor spridning internationellt. Programmet har tre komponenter: interpersonell färdighetsträning, ilskekontrollträning och moralutveckling.

Interpersonell färdighetsträning

Den grundläggande hypotesen bakom att arbeta med social färdighetsträning är, att färdigheter som är viktiga för ett effektivt samspel med andra människor inte lärts in i tillfredsställande grad. Denna oförmåga att relatera i sociala situationer kan leda till beteenden såsom aggressivitet. Metoden är psykopedagogisk och man utgår framför allt från beteendeterapeutiska principer. Man lär in och tränar femtio olika sociala färdigheter uppdelade på följande sex områden: 1) inledande sociala färdigheter, 2) avancerade sociala färdigheter, 3) färdigheter för att handskas med känslor, 4) alternativ till aggression, 5) färdigheter för att hantera stress och 6) planerande färdigheter. Sessionerna följer en given struktur: a) modellering, b) rollspel, c) återkoppling och d) överföringsträning. Formatet är grupper om 4-8 ungdomar och två gruppleddare.

Ilskkontrollträning

Ilskkontrollträning utförs också med grupper om 4-8 elever. Man utgår från en empirisk analys av ilska och aggressivt beteende och lär stegvis ut en sekvens av beteenden för ökad självkontroll. Metoden har ursprungligen utvecklats av Feindler och medarbetare.⁷⁵

Moralutveckling

Metoden bygger på Kohlbergs teori om hur moraliskt resonerande utvecklas genom olika stadier. Gibbs, som tillsammans med Glick och Goldstein arbetat fram ART, har tagit fram ett mer strukturerat sätt att träna moralutveckling.⁷⁶ Behandlingen bedrivs i diskussionsgrupper om 10-12 ungdomar där olika moraliska och etiska problem tas upp.

Inläggning/sluten vård

Bengt Daleflod²⁹ skriver i forskningsöversikten "Vård av ungdomar med sociala problem" att resultatet av traditionell institutionsbehandling med unga lagöverträdare varit mycket nedslående. En av de viktigaste anledningarna är nog att behandlingsmiljön har för få likheter med världen utanför. Positiva förändringar klingar snabbt av. Metaanalyser har visat, att behandlingsprogram genomförda under öppnare former ute i samhället har betydligt bättre effekt på brottslighet än institutionsprogram. Uppnådda förändringar måste överföras till den naturliga miljön för att fortbestå. Det finns också empiriskt stöd för den kraftfulla betydelse negativa kamratrelationer har. Det finns således risk för att en placering tillsammans med andra kriminella ungdomar bidrar till att brottsligheten vidmakthålls.⁶⁷ Claes Levin har i Råbyundersökningen 94 visat att närmare hälften av de ungdomar som varit på ungdomshem återfaller i brottslig verksamhet.⁷⁷

Däremot finns goda exempel på inläggning där inriktningen varit multisystemisk. Johan Sundelins studie av svenska behandlingserfarenheter av föräldrar och barn med beteendestörningar visade att behandling med intensiv familjeterapi på familjeterapienheter (IFTU) förbättrade både symtombelastning och familjefunktion.⁷⁸ Sundelin lyfter fram betydelsen av **behandlingsinsatser som spränger gränserna mellan skola, BUP och socialvård genom kvalificerad samordning med ett välformulerat och konkret fokus.**

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

MTFC är ett exempel på eftervård efter placering, vilket använts mycket framgångsrikt i USA. MTFC är en noga undersökt modell med mycket goda resultat. Exempelvis visade en amerikansk studie att placering i MTFC följdes av signifikant färre arresteringar vid ett års uppföljning jämfört med placering i grupp tillsammans med ungdomar med liknande problem. Modellen kombinerar institutionsvistelse, fosterhemsplacering, familje- och individualterapi. MTFC är tänkt som ett alternativ till inlåsning och/eller sjukhusinläggning för ungdomar med kroniskt antisocialt beteende, emotionella störningar och ungdomsbrottslighet. Ungdomen placeras i en familj som ingår i behandlingsteamet och som kontaktas dagligen. I programmet ingår handledning till familjen, individuell behandling med färdighetsträning för ungdomen, familjeterapi för biologiska/adoptivföräldrar, tät kontakt mellan biologiska/adoptivföräldrar och ungdomen, hembesök och noggranna skoluppföljningar. Dessa samordnade multimodala insatser möjliggörs genom en s.k. case-manager som koordinerar ungdomens behandling.^{67,79,80,81}

Manualer

Det finns behandlingsmanualer till flera olika versioner av PMT, liksom till olika former av PSST. Även FFT finns i manualform, utarbetad av Alexander och Parson.^{5,67}

Sammanfattning

Sammanfattningsvis följer nedan övergripande principer vid behandling av barn och ungdomar med utagerande stort beteende.^{38,82}

- Arbeta verksamhetsöverbyggande.
- Arbeta multimodalt och multiprofessionellt.
- Identifiera och behandla även komorbida tillstånd.
- Tidiga interventioner och resursfördelning till individer med medel eller hög risk.
- Involvera barn och familj i de insatser som görs.
- Individanpassa åtgärderna.
- Inta en psykopedagogisk hållning med en öppen och tydlig struktur.
- Ha ett tydligt regelsystem med konsekvenser vid regelbrott och brott mot ingångna överenskommelser.
- Fokusera på utagerandet.
- En familjeorienterad modell är att föredra. Familjeinterventioner innefattar föräldrastöd, -träning och familjeterapi.
- Psykosocial färdighetsträning/kognitiv problemlösningsförmåga individuellt eller i grupp bör ingå i behandlingen.
- Vid externaliserande symtom behövs interpersonella psykoedukativa insatser snarare än enbart intrapsykiska och psykofarmakologiska tillvägagångssätt.
- Skolinsatser är generellt viktiga.
- Program- och behandlingsintegriteten måste vara hög.
- Viktigt med ett långtidsperspektiv (uppföljning, "boosterdos").
- Utvärdera stegvis.

Farmakologisk behandling

Utagerande och antisocialt beteende i form av impulsivitet och aggressivitet hos barn och ungdomar kan ha många olika bakgrunder. En viktig bas för all behandling vid dessa tillstånd är därför en förståelse för mekanismerna bakom beteendet och så långt möjligt utifrån denna förståelse riktade åtgärder. Detta innebär i sig en klar begränsning av indikationerna för medikamentell behandling. Mot kärnsymtomen ”kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler” finns ingen specifik farmakologisk behandling. Som andra klart begränsande faktorer kan ses vår fortfarande relativt begränsade kunskap om farmakas effekter såväl på de psykiska symtomens utveckling och utläkning som på det omogna barnets kropp och nervsystem. Speciellt långsiktiga biverkningar av psykofarmakabehandling i barn- och ungdomsåren hör fortfarande till ett område med stora kunskapsluckor. Kunskapen om det centrala nervsystemet och förståelsen för de fysiologiska mekanismer som ligger till grund för såväl kognitiva funktionsstörningar som olika psykiska symtom och beteendevikelser växer dock snabbt. Parallellt med detta ökar också snabbt kunskapen inom det psykofarmakologiska området. Vinsterna med att se farmakoterapeutiska insatser som en del av behandlingen vid mycket skilda psykiatriska tillstånd och beteendemässiga avvikelser har därmed fått en kunskapsmässigt allt solidare grund att stödja sig på.⁸³

Indikationer

Mot bakgrund av det ovan sagda kan något förenklat indikationerna för psykofarmakabehandling i barn- och ungdomsåren beskrivas på följande sätt:

- att förebygga och behandla sjukdom (t.ex. depression, mani, psykos)
- att minska handikappande symtom när annan behandling ej räcker (t.ex. tics, Tourettes syndrom, AD/HD)
- att behandla akuta missbrukssymtom (alkohol, hasch, amfetamin, GHB, ecstasy, kokain)
- att förbättra funktionsnivån och öka mottagligheten för annan behandling (t.ex. OCD, AD/HD, Aspergers syndrom/autismspektrumstörning, epilepsi)
- att bryta ”ond cirkel” (t.ex. aggressivitet, impulsivitet)
- att ge andrum/vila för barn, familj, skola/övrig miljö (t.ex. aggressivitet, impulsivitet)
- att ge möjlighet för planering av fortsatt behandling (t.ex. aggressivitet, impulsivitet).

För detaljerade råd om preparatval, dosering, etc. hänvisas till specifika vårdprogram för depression, AD/HD, osv.

Utvärdering av behandling

De skattningsformulär som används under utredning kan med fördel användas för att jämföra barnets/ungdomens och familjens symtombelastning före och efter behandling (för beskrivning av instrumenten var god se sid 26ff). De förändringar som uppnås med interventioner riktade mot barnet/ungdomen är kliniskt relevanta

även för föräldrarna och familjen, vilket sannolikt får konsekvenser för den långsiktiga effekten av barnets behandling. Utifrån detta borde uppföljning av effekterna av ett barns behandling inte enbart fokusera på barnets symtom och fungerande, vilket är praxis, utan även på föräldra- och familjevariabler.³⁹

Samarbetspartners

De samarbetspartners som är aktuella, när det gäller barn med utagerande och/eller antisocialt beteende, är framför allt socialförvaltning och skola. (Se vidare Konsultation och samarbete sid 30 och Metoder sid 30ff!)

Samarbete är påkallat både i utredningsfasen och under behandlingsarbetet. Under utredningsfasen är det viktigt att inhämta så mycket information som möjligt om barnet/ungdomen/familjen från olika informanter för att få en helhetsbild av problematiken liksom av risk- och skyddsfaktorer. Beträffande framgångsrik behandling vid den här typen av problematik råder samstämmighet om att samarbete är en nödvändig förutsättning.

Kollegor att rådfråga/diskutera med

Nedanstående personer medverkar i gruppen för metodutveckling beträffande utagerande barn/ungdomar vid BUP-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

Maria Zetterqvist-Carlsson, leg psykolog
Maria.Zetterqvist@lio.se

Per Gustafsson, docent i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut
Per.Gustafsson@ihm.liu.se

Gun Austrin, socionom, leg psykoterapeut
Gun.Austrin@lio.se

Malin Green-Landell, leg psykolog
Malin.Green-Landell@lio.se

Peter Thunström, leg psykolog, leg psykoterapeut.
Peter.Thunstrom@lio.se

Annika Wallinder, spec. i barn- och ungdomspsykiatri
Annika.Wallinder@lio.se

Björn Lundin, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut
Bjorn.Lundin@lio.se

Information till patient och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

De patient- och anhörigföreningar som finns för utagerande stört beteende riktar sig främst till familjer där barnen har neuropsykiatriska funktionshinder.

Riksförbundet Attention.

Intresseorganisation för neuropsykiatriska funktionshinder

Svärlångsvägen 70

120 60 Årsta

tel 08-556 777 70

www.attention-riks.nu

RBU i Östergötland

Västra vägen 32

582 28 Linköping

tel 013-10 10 13

fax 013-13 54 08

www.rbu.se

Svenska Touretteföreningen

S:t Johannesgatan 28

752 33 Uppsala

www.turette.se

Svenska BUP-föreningens hemsida med användbara länkar

www.svls.se/sektioner/bup/lankar.html

Konsekvenser av vårdprogrammet

- Arbetet med familjer där barnet/ungdomen har utagerande stört beteende förutsätter högre grad av flexibla arbetstider och arbetssätt.
- Utbildning behövs i de evidensbaserade behandlingsmetoder som rekommenderas vid utagerande och/eller antisocialt beteende hos barn och ungdomar. Det rör sig framförallt om PMT och FFT inom ramen för ett multisystemiskt arbetssätt. Men utbildningsbehov finns även beträffande kognitiv (beteende) terapi.
- Fortsatta insatser för metodutveckling av samarbete med socialförvaltningen och skola är nödvändiga. För att optimera denna samverkan krävs i varje enskilt fall en "case-manager", en funktion som behöver utvecklas och användas i större utsträckning.
- Slutenvårdsformerna för ungdomar med utagerande stört beteende behöver ses över och alternativa behandlingsformer diskuteras och prövas.

- BUP måste i större utsträckning arbeta preventivt genom att erbjuda utbildning om utagerande stört beteende till personal inom barnsomsorg och skola, framför allt i riskområden.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

- Docent Kjell Hansson vid Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet genomför tillsammans med Familjeforum Lund AB en omfattande studie för att jämföra traditionell socialvård med ”Multidimensional Treatment Foster Care” (MTFC).⁷⁹
- En utvärdering pågår vid BUP-kliniken i Linköping av fem föräldraträningsgrupper (PMT) för externaliserande problem hos barn i förskolan/på lågstadiet. Vid tre olika tillfällen mäts: barnens positiva och negativa beteenden, föräldrars känsla av hanterbarhet och kontroll, föräldrarnas ”Expressed Emotion” (EE), familjerelationer samt föräldrarnas hälsa och livskvalitet. (Kontaktperson: Per Gustafsson)
- Liknande metodutvecklingsprojekt pågår bl.a. vid BUP-mottagningen i Sala, där man arbetat med föräldraträningsprogram (SNAPP) i en multimodal modell.⁸⁴ Vid BUP i Stockholm har man i ett projekt utgått ifrån Webster-Strattons modell för föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionshinder.⁸⁵ BUP-kliniken i Malmö har använt föräldraträningsprogrammet COPE i flera grupper och har goda erfarenheter av detta. (Kontaktperson: Gunilla Silverberg)
- I Norge pågår ett stort ”Atferdsprojekt” (1999-2002) som syftar till att genom forskningsbaserat utvecklingsarbete stärka behandlingskompetensen och utveckla nya metoder i arbetet med svåra beteendestörningar. Projektet finansieras av norska barn- och familjdepartementet. Interventionerna är multisystemiska och i arbetet ingår att implementera och utvärdera metoderna MST och PMT.^{86,87} (Professor Terje Ogden, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, Senter for klinisk psykologisk forskning). Även i andra delar av Norge pågår liknande projekt. I Trondheim och Tromsø erbjuds Webster-Strattons version av PMT till föräldrar med barn i åldrarna 4-8 år med utagerade stört beteende.
- BUP-kommunal. Sedan 1995 pågår ett samverkansprojekt mellan Linköpings kommun och BUP-kliniken vid US i Linköping vad gäller handläggning av ärenden enligt kap 11:1 SoL. Syftet är att bättre kunna identifiera, utreda och behandla ”barn som far illa” samt metodutveckla de barnpsykiatriska utredningarna. Under speciellt avsatta konsultationstider diskuterar handläggare från sociala förvaltningen kap 11:1-utredningar, liksom andra konsultationsärenden med psykoterapeuter från BUP-kliniken.⁸⁸ (Kontaktperson: Madeleine Coccozza)

- Vid barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Växjö påbörjades 1995 projektet ”snabba insatser” i samverkan mellan barnpsykiatri, socialtjänst och missbruksvård i Kronobergs län. Projektet riktade sig till ungdomar som begått brott och deras familjer, vilka erhöLL FFT. Centralt i projektet var att insatserna skulle göras så snabbt som möjligt efter att brottet upptäckts. Utgångspunkten var ett forskningsprojekt i Lund där man provat FFT i jämförelse med sedvanlig socialvård som åtgärd vid ungdomskriminalitet.⁷¹ (Kontaktpersoner: Gun Drott-Englén, Per Johanneson, Ylva Benderix och Kjell Hansson).

Litteraturförteckning

1. American Psychiatric Association. MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
2. SOU 1998:31. Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet, 1998.
3. Medicinska programmet Psykisk ohälsa, del 1. Linköping: Landstinget i Östergötland, 1998; 63-4.
4. Wrangsjö B. Diagnosens psykologi. I: Wrangsjö B, red. Barn som märks. Utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter. Stockholm: Natur och Kultur, 1998; 17-46.
5. Kazdin AE. Conduct disorders in childhood and adolescence, 2nd ed. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 1995.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 3rd ed. Washington DC: APA, 1980.
7. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. MINI-D. Washington DC: APA, 1980.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:10:122S-139S.
9. Lahey BB, Loeber R. Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Routh DK, ed. *Disruptive behavior disorders in childhood*. New York: Plenum Press, 1994.
10. Eresund P. Psykisk barna- och ungdomsvård och de vanartiga barnen. Omsorgsverkansheten FoU-enhet i Stockholm läns landsting, 1999.
11. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). Stockholm, 1996.
12. Loeber R, Burke J, Lahey B, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. Research update review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:12.
13. Earls F. Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1994; 308-29.
14. Bowlby J. *Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life*. London, 1946.
15. Pinsof WM. *Integrative problem-centered therapy. A synthesis of family, individual and biological therapies*. New York: Basic Books, 1995.
16. Borduin C. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:3.
17. Eresund P. Individuell psykoterapi med beteendestörda pojkar. Terapeutintervjuer och litteraturinventering. Stockholms läns landsting, Omsorgsnämndens rapportserie 1997; 10.
18. Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM. *Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning*. Danderyd: Pilgrim Press, 1994.
19. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC. *Aggression replacement training. A comprehensive intervention for aggressive youth, revised edition*. Champaign IL: Research Press, 1998.
20. Patterson GR. *Coercive family processes*. Castilia: Eugene, 1982.
21. Hansson K. Familjbehandling på goda grunder. Föreläsning vid BUP-kliniken, Linköping, 2001-03-23.

22. Frick PJ. Conduct disorders and severe antisocial behavior. *Clinical Child and Psychology Library*. New York: Plenum Press, 1998.
23. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997; 121:1:65-94.
24. Kazdin A. Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:10.
25. Rey JM. Oppositional defiant disorder. Special articles. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150:12.
26. Loeber R, Keenan K. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review* 1994; 14:6.
27. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Hanson K. Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60:1.
28. Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M, Jones K. Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:7:838-45.
29. Daleflod B. Är det möjligt att rehabilitera kriminella ungdomar? I: Armelius B-Å, Bengtzon S, Rydelius P-A, Sarnecki J, Söderholm Carpelan K, red. *Vård av ungdomar med sociala problem*. Stockholm: Liber utbildning, 1996; 273-314.
30. Lundberg I. Läs- och skrivstörningars betydelse för utsatta ungdomars utveckling. I: Armelius B-Å, Bengtzon S, Rydelius P-A, Sarnecki J, Söderholm Carpelan K, red. *Vård av ungdomar med sociala problem*. Stockholm: Liber utbildning, 1996.
31. Rutter M. Introduction: concepts of antisocial behaviour, of cause, and of genetic influences. In: *Genetics of criminal and antisocial behaviour. Proceedings of a symposium*. London, 14-15 February 1995. Ciba Foundation Symposium 1996; 194:1-15. Discussion:15-30.
32. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, Oulette C, Moore P, Spencer T. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35:343-51.
33. Offord D, Bennett K. Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33:8:1069-78.
34. Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 1998.
35. Hult S, Waad T, Cederblad M, Hansson K. *Salutogen miljöterapi i teori och praktik. En introduktion för blivande salutologer. Forskning om barn och familj. Skriftserie från Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet* 1996; 7.
36. Stattin H. Öppna, inte övervakade, barn löper mindre risk att bli kriminella. *Läkartidningen* 2001; 25:98:3009-13.
37. *Medicinska programmet Psykisk ohälsa, del 2*. Linköping: Landstinget i Östergötland, 1998; 36-7.
38. *De som slåss. Nå't för oss? Kliniska riktlinjer för barnpsykiatriska insatser för barn och ungdomar med asocialt utagerande*. Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen. Opublicerat manuskript, 2001.
39. Kazdin A, Wassell G. Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:4.
40. Gillberg C. *Barn, ungdomar och vuxna med Asperger syndrom. Normala, geniala, nördar?* Stockholm: Cura, 1997.
41. Hansson K, Cederblad M. *Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogen perspektiv. Forskning om barn och familj, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet*, 1995; 6.

42. Cederblad M, Höök B. Familjerelationsskalan (FARS) – ett självsvarsformulär för mätning av familjefunktion. *Forskning om barn och familj*, Lunds universitet, 1992.
43. Hansson K. Familjediagnostisk. Doktorsavhandling. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri och Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet, 1989.
44. Larsson B, Melin L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85:1:17-22.
45. Olsson G, von Knorring A-L. Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95:4:277-82.
46. Svensson L. Specific phobias in children and adolescents: a cognitive-behavioral approach. Doktorsavhandling. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 2001.
47. Ollendick TH. Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy* 1983; 21:685-92.
48. Svensson L. Rädslor och ångest hos svenska barn. Examensuppsats. Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, 1997.
49. Spielberger CD. Manual for the state-trait anxiety inventory for children. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1973.
50. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington CT: Queen City Printers, 1983.
51. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA, Hansson K, Hägglöf B, Ivarsson T, Larsson B. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 10:186-93.
52. Läkemedelsverket. Information från läkemedelsverket 1999; 3.
53. Smedje H, Broman J-E, Hetta J, von Knorring A-L. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and difficulties questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8:63-70.
54. Augimeri LK, Webster C, Koegl CJ, Levene KS. Early assessment risk list for boys. EARL-20B. Version 1, consultation edition. EarlsCourt Child and Family Centre, 1998.
55. von Knorring A-L, Rydell A-M. Svenska barns psykiska hälsa; mätmetoder. Stencil, 1995.
56. von Knorring A-L. Personlig kommunikation, 2001.
57. Ezpeleta L, Doméñch JM, Narvarro JB, Losilla JM. Diagnostic agreement between clinicians and the diagnostic interview for children and adolescents - DICA-R - in an outpatient sample. *Journal of Psychology and Allied Psychiatry* 1997; 38:4:431-40.
58. Cederblad M, Höök B. Östgötastudien. Stressreaktioner och beteendestörningar hos barn på 80-talet i Östergötland. *Rädda Barnens rapportserie* 1991; 1.
59. Svenska Läkaresällskapets hemsida [Online] www.svls.se/sektioner/bup
60. Ivarsson T. Sahlgrenska sjukhuset, Göteborgs Universitet. Personlig kommunikation, 2001.
61. Biederman J, Doyle AE, Weber W, Seidman LJ, Faraone SV. Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68:3:477-88.
62. Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review* 2000; 20:1.
63. Toupin J, Déry M, Pauzé R, Mercier H, Fortin L. Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41:3.

64. Lardén M, Daleflod B. ART - en lovande metod med brett användningsområde. [Online] www.oasen.com/art.htm
65. Fransson P, Armelius B-Å. Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar – en forskningsöversikt. I: Armelius B-Å, Bengtzon S, Rydelius P-A, Sarnecki J, Söderholm Carpelan K, red. *Vård av ungdomar med sociala problem*. Stockholm: Liber utbildning, 1996.
66. Hansson K. Familjeterapi på goda grunder. En forskningsbaserad översikt. Stockholm: Gothia, 2001.
67. Center for the Study and Prevention of Violence [Online] www.colorado.edu/cspv/blueprints
68. Sundelin J. *Personlig kommunikation*, 1998.
69. Alexander JF, Parsons BV. *Functional family therapy: Principles and procedures*. Carmel CA: Brooks and Cole, 1982.
70. Alexander JF, Parsons BV. Short term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology* 1973; 81:219-25.
71. Drott-Englén G, Johanneson P, Benderix Y, Hansson K. Funktionell familjeterapi i tillämpning. En samarbetsmodell vid ungdomskriminalitet. *Fokus på familjen* 1999; 1.
72. Hansson K. Familjebehandling vid ungdomsasocialitet. I: Armelius B-Å, Bengtzon S, Rydelius P-A, Sarnecki J, Söderholm Carpelan K, red. *Vård av ungdomar med sociala problem*. Stockholm: Liber utbildning, 1996.
73. Patterson GR, Reid J, Dishion T. *Antisocial boys*. Castella: Eugene, 1992.
74. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66:5:715-30.
75. Feindler EL, Ecton RB. *Adolescent anger control: cognitive-behavioural techniques*. Needham Heights: Allyn and Bacon, 1994.
76. Gibbs JC, Potter GB, Goldstein AP. *The EQUIP program: Teaching youth how to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign IL: Research Press, 1995.
77. Levin C. Ungdomar i tvångsvård – Råbyundersökningen 94. *Socialhögskolan, Lunds universitet, Meddelande från Socialhögskolan* 1997; 7.
78. Sundelin J. *Intensive family therapy. A context for hopes put into practice*. Doktorsavhandling. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet, 1999.
79. Hansson K, Olsson M, Balldin T, Kristoffersson R, Schüller P. Multidimensional treatment foster care. Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem. *Socionomen* 2001; 2.
80. Chamberlaine P. Intensified foster care: Multi-level treatment for adolescents with conduct disorders in out-of-home care. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychological treatments for child and adolescent disorders*. Washington DC: American Psychological Association, 1996.
81. Chamberlain P, Mihalic SF. *Blueprints for violence prevention, book eight: Multidimensional treatment foster care*. Boulder CO: Center for the Study and Prevention of Violence, 1998.
82. Långström N. Evidensbaserad behandling av trotssyndrom och uppförandestörning. Presentation vid barnpsykiatriska föreningens möte i Göteborg, 2000-9-21–22.
83. Janols L-O. Farmakologisk behandling. I: *De som slåss. Nå t för oss? Kliniska riktlinjer för barnpsykiatriska insatser för barn och ungdomar med asocialt utagerande*. Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen. Opublicerat manuskript, 2001.
84. Thunman M, Görsson G, Lennestål J, Paulsson A. *Föräldraträningsprogram i en multimodal modell. Riskbarn med utagerandeproblematik. Delrapport från ett Dagmarprojekt*. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Sala, 2001.
85. Eresund P. *Information om projektet grupper för föräldrar till barn med ADHD/DAMP*. Stockholm, 2000.

86. Atferdsprosjektet [Online] <http://www.atferd.uio.no>
87. Metodene – ekspertenes modellvalg i Atferdsprosjektet [Online]
<http://www.atferd.uio.no/metodene.html>
88. Cocozza M. "Barn som far illa" – ur ett sociologisk konfliktperspektiv. D-uppsats i sociologi. Institutionen för tema, avd för sociologi, Linköpings universitet, 1997.

Vårdprogrammets process

Medarbetare i vårdprogrammet

Huvudredaktör: Marianne Helgesson, fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi, BUP-klin US Linköping
Huvudförfattare: Maria Zetterqvist-Carlsson, leg psykolog, BUP-klin US Linköping
Referensgrupp: Per Gustafsson, docent i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-klin US Linköping
Annika Wallinder, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, BUP-klin US Linköping
Liselott Lindegren, socionom, BUP-mott Norrköping
Ulrika Linse, leg psykolog, BUP-mott Landskrona.

Arbetsgång

1998-09-14 Planeringsmöte för fastställande av tidsplan och arbetsgång.
1999-04-23 Seminarium med inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
2000-06-01 Byte av huvudförfattare
2000-11-28 Möte med referensgrupp.
2001-01-19 Möte med referensgrupp.
2001-02-09 Seminarium för presentation och diskussion av en preliminär version av vårdprogrammet. Inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
2001-02-26 Möte med referensgrupp.
2001-03-26 Möte med referensgrupp och BUP-kommunal.
2001-04-06 Möte med referensgrupp och Folåsa behandlingshem.
2001-05-18 Möte med representanter från länets socialförvaltningar.
2002-02-18 Vårdprogrammet skickas på remiss till samtliga BUP-mott i länet.
2002-04-05 Deadline för remissvar.
2002-09-03 Vårdprogrammet skickas efter justeringar till chefföverläkarna för slutgiltigt godkännande.

Litteratursökning

Sökning har gjorts i följande register: Medline

Revidering

Ansvar för uppföljning åvilar huvudförfattaren som följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogrammet vid behov. En första allmän revidering skall vara gjord senast 2008-12-31.

Kontaktperson

Psykolog Marianne Helgesson
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 25 Linköping
Tel. 013-22 42 07 (exp) /22 41 93 (mott) Fax. 013-22 42 34
marianne.helgesson@lio.se