Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar – en forskningsöversikt.

Per Fransson och Bengt-Åke Armelius

Syfte

SYFTET MED DETTA KAPITEL ÄR att i första hand ge en översiktlig bild av var den internationella psykoterapiforskningen för unga människor befinner sig i dagsläget. I andra hand kommer ett urval av undersökningar av särskilt intresse för de särskilda ungdomshemmens verksamhet att lyftas fram. Ett tredje syfte är att belysa diagnostiska och prognostiska aspekter på en typ av störning som de särskilda ungdomshemmen möter i arbetet (beteendestörning). Slutligen hoppas vi kunna bidra till att stimulera behandlare att pröva nya och lovande behandlingsmetoder.

Kapitlets underlag är huvudsakligen moderna forskningsartiklar och böcker, som tagits fram genom litteratursökningar i medline, psychinfo och referenslistor. Vi har också haft kontakt med Ericastiftelsen i Stockholm där ett arbete med aktuell sammanställning av psykoterapiforskning för barn och ungdomar pågår. Ett systematiskt urval har skett utifrån vad som bedömts vara av mest intresse för de särskilda ungdomshemmens verksamhet. I första hand har vi sökt efter studier med lite äldre ungdomar med huvudsakligen beteendestörningar. Det finns många undersökningar som rör behandling av t.ex. ätstörningar men dessa har vi bedömt ligga utanför det aktuella intresseområdet. Vi har strävat efter att redovisa ett brett och förutsättningslöst metodpanorama, skildrat med i huvudsak nya undersökningar.

Ungdomstiden

Begreppet ungdom är inte så klart som det kan tyckas vid första påseendet. En vanlig avgränsning är att inkludera tonåringar i begreppet, men även denna rätt snäva definition innebär att man likställer 13-åringar

våer. Det finns också en tendens i samhället att ungdomstiden förlängs. Pubertetsdebuten har under detta århundrade börjat ske tidigare (Offer & Boxer, 1991), samtidigt som många ungdomar bor kvar i föräldrahemmet längre. Denna oklarhet återspeglas i många av de rapporter som kommer att citeras i kapitlet, eftersom många studier inte särskiljer ungdomar från barngruppen som helhet. Om möjligt har vi angivit åldern på ungdomarna som medverkat i olika undersökningar. Vissa studier innehåller både barn och ungdomar och där har vi använt oss av samlingsbegreppet »unga«, vilket utesluter yngre barn och vuxna.

Ungdomstiden uppfattades förr mer som en övergångsfas mellan barndom och vuxenhet. Detta har uppmärksammats av bl.a. Freud (1958), som beskrev ungdomstiden som »utvecklingspsykologins styvbarn«. Numera har man börjat se ungdomen som en viktig livsfas i sig, som förtjänar uppmärksamhet och studier på sina egna villkor. Det är uppenbart att få faser i livet innebär en motsvarande uppsjö av psykologiska, kroppsliga, sociala och existentiella förändringar och utmaningar. En vanlig uppfattning om ungdomsåren bland både professionella och lekmän är att den är problematisk på en mängd olika sätt. Flera inflytelserika författare bl.a. Blos (1962) har betonat »ungdomsårens kaos« som ett naturligt och nära nog önskvärt led i utvecklingen till en mogen vuxen identitet. En annan mindre vanlig uppfattning, som hämtar stöd i en växande mängd empiriska undersökningar av utvecklingen hos normala ungdomar, pekar mot ett betydligt lugnare förlopp. Offer och Boxer (1991) redovisar att majoriteten av ungdomar (ca 80 procent) inte upplever något »kaos« eller andra psykiska obehag. De visar också att ungdomar i allmänhet har positiva känslor gentemot sina familjer. En icke önskvärd konsekvens av »kaosteorin« kan vara att även klart avvikande beteenden normaliseras. Detta kan leda till underdiagnosticering och i sin förlängning till att ungdomar med allvarliga svårigheter inte får den hjälp de skulle behöva.

Kopplat till kaosteorin finns också tron på självläkning av psykiska problem i ungdomsåren, men dessvärre tycks denna förhoppning vila på en bräcklig empirisk grund. Detta visade sig i en studie av Feehan m.fl. (1993), som undersökte varaktigheten av psykiska problem från ungdomsåren fram till tidig vuxenålder. På en grupp 15-åringar (n=943) genomfördes noggranna diagnostiska bedömningar. Tre år senare, när ungdomarna var 18 år, genomfördes dessa bedömningar på nytt. I resultaten framkom att två tredjedelar av dem som hade en psykiatrisk diag-

nos när de var 15 år, fortfarande hade detta när de var 18 år. Någon nämnvärd självläkning tycktes alltså inte ha ägt rum för dessa ungdomar.

Diagnostik

I forskningslitteratur som avhandlar behandlingsarbete med ungdomar stöter man på olika typer av diagnostiska kulturer, dvs. olika sätt att klassificera störningar och avvikelser i tonåren. Olika referensramar blandas på ett sätt som ibland blir förvirrande. Juridiska, psykiatriska, sociologiska, psykodynamiska och andra begrepp kan beskriva samma ungdomar utifrån helt olika perspektiv.

I detta sammanhang kommer ett speciellt perspektiv, det psykiatriska DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) att lyftas fram. Anledningen är inte att vi ser det som överordnat eller bättre än övriga perspektiv, utan snarare att det är en diagnostisk terminologi som ofta förekommer i psykoterapiforskningen. DSM har under de senaste åren omarbetats ett antal gånger. Det existerar därför ett antal på varandra följande och reviderade versioner (DSM-II, DSM-III, DSM-III-R). Den senaste versionen DSM-IV finns klar i en engelskspråkig version, men har ännu inte översatts till svenska. En fördel med DSM är att det styrs av en manual där en stor variation av psykiska störningar finns beskrivna. För att en diagnos ska kunna ställas, krävs att ett antal preciserade kriterier (t.ex. symtom, beteenden) ska vara uppfyllda. I DSM-IV manualen finns en speciell avdelning som behandlar störningar som »vanligen debuterar under barndom eller ungdom«. Vi kommer i det som följer att lite utförligare beskriva en störning som är av intresse för de särskilda ungdomshemmen.

Beteendestörning

Diagnosen beteendestörning (eng. conduct disorder) kan tillämpas om minst 3 av 15 preciserade kriterier anses uppfyllda (DSM-IV). Exempel på sådana kriterier är stöld, rymt hemifrån, ljugande, eldanläggelse, skolk, inbrott, fysisk grymhet samt förstörande av annans egendom. Det rör sig om ett genomgående beteendemönster där andra människors rättigheter, eller där grundläggande normer och regler, åsidosätts. Man tar också ställning till om beteendestörningen är lindrig, måttlig eller svår. Dessutom skiljer man på om beteendestörningen debuterar i unga år

eller under ungdomstiden, vilket har betydelse eftersom tidig debut innebär sämre prognos (Offord & Bennett, 1994). Unga människor med beteendestörning har ofta låg självkänsla som kan maskeras med tuffhet. Med i bilden finns ofta dålig frustrationstolerans, irritabilitet, temperamentsutbrott och vårdslöshet som leder till ökad olycksfallsbenägenhet. Det är också vanligt med tidig sexuell debut liksom tidig användning av tobak, alkohol och andra droger. Vanligt är också skolsvårigheter (särskilt läsning) med prestationer under genomsnittet. Beteendestörning förekommer inte sällan tillsammans med inlärningssvårigheter och hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (DSM-IV). Beteendestörning är en av de vanligare orsakerna till institutionsbehandling av unga människor (Kashani & Cantwell, 1983).

Kärnan i beteendestörning är dels okänsligheten för andra människor, dels svårigheten att lära av erfarenheten (Earls, 1994). Bakgrunden till dessa svårigheter är dock oklar. Historiskt har det funnits två huvudsakliga skolbildningar om hur man ska uppfatta dessa störningar. En skolbildning har fokuserat på defekter i karaktären och en annan skolbildning har betonat att svårigheterna är en reaktion på svåra livsförhållanden i den nära omgivningen. Mellan dessa skolbildningar har det funnits ett spänt förhållande och de åtgärder som föreslagits från respektive grundsyn har haft olikartade utformningar. En tredje syn har varit den psykoanalytiska som framförallt betonat brister i överjaget som huvuddrag i dessa störningar. Följande faktorer kan enligt DSM-IV öka risken för att beteendestörning kan utvecklas: avvisande och försumlighet från föräldrar, svårt temperament, inkonsekvent uppfostran med sträng disciplin, fysiska eller sexuella övergrepp, brist på tillsyn, tidiga institutionsplaceringar, täta byten av vårdgivare, stora familjer, kontakt med asociala kamratgrupper och vissa former av familjepatologi.

Flera undersökningar har studerat förekomsten av beteendestörning i normalbefolkningen, t.ex. en studie av Offord m.fl. (1991) som fann en frekvens av 5,5 procent (8,2 procent för pojkar och 2,8 procent för flickor). Dessa höga siffror pekar mot att beteendestörning är en av de vanligaste formerna av psykiatrisk störning, i synnerhet hos pojkar.

Det naturliga förloppet för barn med beteendestörning är inte uppmuntrande. Robins (1966) fann att bland barn med beteendestörning så hade nästan hälften ett asocialt beteende som vuxna. Flera undersökningar har visat att barn med beteendestörning löper stora risker i sin framtida utveckling, bl.a. i form av överdödlighet (Earls, 1994). Offord

och Bennett (1994) har sammanfattat studier som undersökt långtidsförloppet i samband med beteendestörning. Deras slutsats är att beteendestörning i unga år ofta är en förelöpare till psykiatriska störningar och omfattande sociala problem i vuxenlivet. Rutter och Giller (1983) anger att beteendestörda barn och ungdomar löper större risk än barn med andra diagnoser att drabbas av ihållande psykiatriska och sociala störningar. Kazdin (1993a) pekar på att konsekvenserna av beteendestörning kan påverka hela livsförloppet och även föras vidare till nästa generation. Med beteendestörning följer ofta asocialt beteende samt en stor bredd av emotionella och sociala problem liksom relationsproblem. I en undersökning som studerade varaktigheten (från 15 till 18 år) av psykiatriska störningar hos ungdomar (Feehan m.fl 1993), fann man att beteendestörning var den mest ihållande typen av störning.

Psykoterapi

Det finns ett antal olika definitioner av psykoterapi. I det här sammanhanget har vi valt att följa en definition av Kazdin (1993b). Han anser att psykoterapi omfattar en stor bredd av interventioner (åtgärder) med syfte att minska eller eliminera symtom och bristande anpassning samt att öka ändamålsenligt och socialt fungerande. Dessa interventioner består av mellanmänskligt samspel, rådgivning eller aktiviteter som baseras på en specifik behandlingsplan. Interventionerna kan fokuseras på människors känslor, tankar eller handlingar. Vi kan här lägga till att detta är en vid definition av psykoterapi, betydligt bredare än vad svenska psykoterapeuter kanske är vana vid. Vi har emellertid i det här sammanhanget funnit att en bred psykoterapidefinition är den mest användbara.

Psykoterapi är en behandlingsform som vuxit fram under 1900-talet. Denna utveckling startade med Freuds psykoanalys som formats av honom och hans efterföljare (t.ex. Adler, Jung & Sullivan) under hela detta århundrade. En annan inflytelserik teoribildare är Rogers som med sin klientcentrerade metod under 1940-talet och framåt bidragit med en annan typ av terapeutisk hållning än den psykoanalytiska. Något senare bidrog framförallt Wolpe till att utvecklandet av beteendeterapin sattes igång. Därefter har en dramatisk utveckling skett inom psykoterapifältet. Ytterligare psykoterapiformer har etablerats i forskning och klinisk verksamhet, däribland familjeterapi och kognitiv terapi. Det har

skett en språngartad förgrening, så att man idag kan identifiera över 400 olika psykoterapiformer (Garfield & Bergin, 1994). Denna mångfald kan naturligt nog skapa konkurrens, strider och förvirring, vilket också sker inom både forskning och klinisk verksamhet. Å andra sidan finns en tendens till eklekticism hos nutida terapeuter, dvs. att man i praktiken använder sig av flera terapeutiska influenser. Det finns också tecken på att man försöker integrera olika psykoterapiformer med varandra. Ett sätt att bringa ordning i den rikhaltiga floran av psykoterapiformer är att dela in den i olika huvudgrupper. Psykoterapier kan t.ex. klassificeras utifrån vilka man träffar (individ, familj, grupp), eller utifrån typ av terapeutisk teori (beteendeterapeutisk, psykodynamisk), eller utifrån sätt att kommunicera (samtalsterapi, lekterapi, musikterapi) eller utifrån typ av klient (psykosterapi, neurosterapi). Hur en gruppering av olika psykoterapiformer än görs, så bör man ha i åtanke att alternativa indelningsgrunder är möjliga.

I Sverige har psykoterapi som behandlingsform vuxit fram under de senaste decennierna har den t.ex. blivit en etablerad behandlingsform inom både barn- och ungdomspsykiatrin samt inom vuxenpsykiatrin. Mot psykoterapin har det ibland riktats såväl orealistiskt höga som låga förväntningar. Ett uttryck för att samhället accepterat psykoterapi som en vedertagen behandlingsform är att det sedan några år finns en statlig psykoterapiutbildning som leder fram till legitimation. Denna psykoterapiutbildning kan ha olika inriktningar, familjeterapi, individualterapi med barn och ungdom eller med vuxna, beteendeterapi etc.

Även psykoterapiforskningen karakteriseras av en dramatisk utveckling som påbörjades med att Eysenck (1952) publicerade en studie som undersökte effekterna av psykoterapi. Hans slutsats var att man inte kunde finna något vetenskapligt stöd för att psykoterapi var effektivt, och han påstod till och med att effekterna av psykoanalys var sämre än ingen psykoterapi alls. Dessa dystra resultat ledde till en våg av invändningar, men också ansatser till att i högre grad utsätta psykoterapeutiskt arbete för vetenskaplig prövning. Sedan dess har en både kvantitativ och kvalitativ ökning av psykoterapiforskningen ägt rum. I dag kan man klart säga att psykoterapi på det hela taget har positiva effekter. Denna slutsats grundar sig på sammanfattningar i form av s.k. meta-analyser, där man statistiskt beräknat skillnaden mellan en grupp som fått psykoterapi och en kontrollgrupp (t.ex. Smith m.fl. 1980). Meta-analyser kan ge svar på en del övergripande frågor, som om psykoterapi fungerar

generellt sett. Vidare finns ett konsensus, som omfattas av många, att olika psykoterapeutiska metoders effektivitet är likvärdiga. Psykoterapiforskningen har också intresserat sig för läkande komponenter som kan förekomma i terapier oavsett metod (t.ex. terapeutisk allians). Några angelägna områden för den nutida psykoterapiforskningen ska avslutningsvis nämnas i all korthet. I takt med att psykoterapi blivit en etablerad behandlingsform i kliniska sammanhang, har också kraven på att behandlingen ska kunna genomföras under rimligt långa tidsperioder ökat. Detta har betydelse både för den enskilde klienten som ofta vill ha hjälp snarast möjligt och för den huvudman (t.ex. landsting) som ansvarar för ekonomin. På grund av detta har intresset för utvecklandet och utvärderingen av korttidsterapier ökat. Ett annat angeläget forskningsområde är att mera i detalj studera vilka terapeutiska metoder som är bäst anpassade till specifika former av psykiska störningar (Garfield & Bergin, 1994).

På senare tid har man börjat använda sig av meta-analyser för att sammanfatta resultaten av psykoterapiforskningen. Ett exempel är på detta är en studie av Kazdin m.fl. (1990) som sammanfattade 223 kontrollerade effektstudier (1970-1988) av psykoterapi med barn och ungdomar. Några av resultaten var att psykoterapi visade sig ha effekt jämfört med ingen behandling alls, samt att det var relativt liten variation i effekterna när olika behandlingsmodeller jämfördes. Ett annat huvudresultat åskådliggörs i nedanstående tabell, nämligen att antalet vetenskapliga undersökningar inom olika områden är ojämnt fördelad.

Tabell 1. Frekvens av antalet undersökningar för olika psykoterapiformer relativt totala antalet undersökningar.

Typ av psykoterapi	Andel av undersökn. i procent
Psykoanalys	1,4
Psykodynamisk	0,9
Klientcentrerad	4,5
Beteendemodifikation	49,5
Kognitiv beteendeterapi	22,1
Familjeterapi	4,1
Lekterapi	4,5
Konstterapi	0,9
Gestaltterapi	0,0
Eklektisk	3,6

När man ser på resultaten av meta-analyser för att sammanfatta psykoterapiforskningens resultat, måste man ta i beaktande att man endast kan sammanfatta den forskning som finns publicerad i form av en jämförelse mellan två eller flera grupper. Vid de kliniskt tunga institutionerna arbetar man ofta med psykodynamiskt grundade terapier och ser inte som sin primära uppgift att bedriva forskning. Man har helt enkelt inte en forskningskultur där det är självklart att lägga upp en studie som en jämförelse mellan två olika behandlingsmodeller. Ibland har man etiska skäl till att erbjuda alla samma behandling och ofta har man av praktiska skäl svårt att åstadkomma en kontrollgrupp av något slag. Den forskning som förekommer finns alltså inte representerad i meta-analyserna.

Kazdin (1994) nämner att det existerar drygt 200 olika terapeutiska tekniker som riktar sig till unga. Det är svårt att exakt beräkna antalet psykiska störningar hos unga eftersom fältet använder flera olika diagnostiska system. Låt oss anta att antalet är 50, vilket säkert inte är en överskattning. Om detta är riktigt så blir resultatet en tabell med 200 x 50 = 10 000 celler, där varje cell representerar åtminstone ett forskningsprojekt. Dagens kunskapsläge är att långtifrån alla celler är ifyllda, vilket innebär att det fortfarande finns stora luckor i kunnandet. Till detta skulle man kunna lägga den betydelse som det enskilda barnets ålder och mognad har för terapiutfallet. En konsekvens av detta är att dagens kunskaper får ses mot bakgrund av en stor portion osäkerhet.

Kazdins översikt av psykoterapiforskning för unga

Den fjärde upplagan av *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1994) som kan anses som något av psykoterapiforskningens bibel innehåller ett kapitel om psykoterapiforskning som rör barn och ungdomar författat av Alan Kazdin. Han är en i vetenskaplig psykoterapilitteratur ofta citerad författare och har sin huvudsakliga inriktning på behandling och forskning som gäller unga med beteendestörningar. Det är en aktuell översikt av forskningsläget inom området som i valda delar kommer att presenteras relativt utförligt. Vi är klara över att ett fokus på en forskare kan leda till att området blir ensidigt belyst. Å andra sidan har vi inte lyckats finna andra forskare med ett

motsvarande grepp på forskningsläget inom detta område och inte heller i vårt eget sökande funnit något som direkt motsäger Kazdins generella slutsatser.

Ett huvudintryck är att psykoterapiforskningen i allmänhet tagit ett stort steg framåt under de senaste decennierna. Framstegen gäller förutom olika terapeutiska teknikers relativa effektivitet även kunskaper om andra aspekter av den terapeutiska processen. Tyvärr har större delen av dessa framsteg baserats huvudsakligen på vuxna och därför är kunskaper om behandling av barn och ungdomar mindre omfattande. Det tycks dock som att en kunskapsutveckling har kommit igång, även inom detta område, de senaste årtiondena.

Kazdin menar att det finns flera anledningar till att psykoterapiforskning som rör unga människor bör utvecklas. För det första har stora undersökningar av det psykiska hälsoläget visat att ca 20 procent av normalbefolkningen under 18 år lider av utvecklingsmässiga problem, emotionella problem eller beteendeproblem. För det andra har man kunnat visa att många störningar som uppstår hos unga kan ha livslånga konsekvenser. För det tredje är psykoterapi en behandlingsform med många fördelar. Dels kan behandlingen genomföras i de ungas naturliga miljö, dels är det en flexibel behandlingsform som kan anpassas till många miljöer som skola, sjukhus, institutioner etc.

Psykoterapiforskningen för barn och ungdom har en liknande historia som vuxensidan i så måtto att tidiga psykoterapiforskare inte fann några positiva effekter av psykoterapi. Levitt (1957 och 1963) bedömde ett mindre antal studier som fokuserade på psykoterapieffekter för barn och ungdom. De studier som bedömdes bestod i en blandning av olika psykoterapeutiska tekniker. Han fann att de som inte erbjudits terapi förbättrades i samma utsträckning som de som fått terapi. Huvudresultatet var således att man inte kunde påvisa några effekter av traditionell psykoterapi. Dessa studier har kritiserats för en rad metodologiska brister och nyare forskning har kunnat dokumentera gynnsammare resultat.

På senare tid har man, som tidigare nämnts, börjat göra meta-analyser även när det gäller psykoterapi med unga. Kazdin drar en del generella slutsatser som baserar sig på några nyligen genomförda meta-analyser som innefattar mer än 300 enskilda studier (Casey & Berman, 1985; Weisz m.fl. 1987; Weisz & Weiss, 1989; Hazelrigg m.fl. 1987; Durlak m.fl. 1991; Kazdin m.fl. 1990):

1. Barn och ungdom som fått psykoterapi har bättre resultat än de som inte fått psykoterapi.
2. Storleksordningen av dessa förändringar motsvarar vad man funnit i undersökningar av vuxna (= en genomsnittlig terapipatient utvecklas mer positivt än ca 80 procent av dem som inte fått någon behandling).
3. Det finns en tendens som gynnar beteendeinriktade tekniker jämfört med icke beteendeinriktade tekniker. Detta kan dock diskuteras om man beaktar de olika sätt att mäta effekter som finns förknippade med skilda angreppssätt. I en del studier används väldigt specifika mått, t.ex. förändring av symtomatiska beteenden mätt med självskattningsformulär. Andra studier fokuserar på familje- eller personlighetsstruktur som är mer komplicerat att mäta och bör ta längre tid att förändra. Man kan också ifrågasätta värdet av att sammanföra enskilda psykoterapeutiska tekniker under samma rubrik eftersom det innebär att tekniker som sinsemellan är olikartade kommer att likställas med varandra (t.ex. de beteendeterapeutiska teknikerna systematisk desensibilisering och »token economy«).
4. Man har inte funnit några avgörande skillnader mellan olika tekniker inom en huvudgrupp av psykoterapi (t.ex. olika varianter av familjeterapi).
5. Man har inte heller kunnat visa skillnader i behandlingsutfall när olika diagnostiska grupper jämförts med varandra. T.ex. har man jämfört barn och ungdomar med överkontrollerade problem (t.ex. depression) resp. underkontrollerade (t.ex. hyperaktivitet).

En kommentar till punkt fyra och fem är att man på nuvarande stadium inte säkert kan utesluta möjligheten av faktiska skillnader. Det är således fullt möjligt att man i framtiden kommer att finna att en viss psykoterapeutisk teknik är överlägsen andra i behandlingen av en specifik störning. Anledningen till detta är att många celler i den tidigare nämnda behandlingsforskningstabellen fortfarande är tomma. Dvs. att antalet studier som rör olika behandlingar av samma typ av störning är för få till antalet. En komplikation vid tolkningen av meta-analyserna är att det är svårt att på ett adekvat och entydigt sätt klassificera de olika typer av störningar och personer som undersökts i studierna.

Resultaten av meta-analyserna pekar mot en försiktig optimism vad gäller användningen av psykoterapi för barn och ungdomar. Samman-

fattningsvis visar meta-analyserna att psykoterapi med barn och ungdomar allmänt sett fungerar bättre än ingen behandling. Ännu återstår dock mycket forskningsarbete innan man på ett mera uttömmande sätt kan besvara mer specifika frågor av typen: Vilken typ av psykoterapi passar för vem och under vilka betingelser?

Även om huvudresultaten är att olika psykoterapimetoders effektivitet generellt sett är ganska lika, så innebär inte detta att det är betydelselöst vilken metod som används för ett givet problem. Detta kan illustreras med en studie på barn och tonåringar med skolfobi (Blagg & Yule, 1984). Tre grupper fick följande behandlingar: 1. Beteendeterapi. 2. Inläggning på avdelning. 3. Hemundervisning tilsammans med traditionellt upplagd psykoterapi. Resultaten uttryckta i skolnärvaro blev 93, 38 respektive 10 procent för de tre grupperna. Naturligtvis kan ovanstående resultat vara vägledande för de behandlare som arbetar med den typen av problematik.

Kazdins bild av psykoterapi vid beteendestörning och kriminalitet

Kazdin går igenom hur olika psykoterapeutiska metoder tillämpats på olika typer av störningar. I det här sammanhanget har vi av utrymmesskäl valt att begränsa oss till studier som rör behandling av beteendestörning och ungdomskriminalitet. Dessa diagnostiska kategorier är inte utbytbara trots att de tangerar varandra. En tonåring kan alltså vara kriminell (juridisk term) utan att fylla kriterierna för beteendestörning (psykiatrisk term) och vice versa. Praktiskt kan man tänka sig att detta diagnostiska fält kan beskrivas som ett kontinum mellan trots, olydighet och kronisk kriminalitet. Kazdin anser att de mest lovande resultaten när det gäller behandling av kliniskt remitterade beteendestörningar finns inom kognitiv beteendeterapi, beteendeterapi samt familjeterapi.

Han nämner dock några nära 30 år gamla studier som visat gynnsamma resultat där institutionsplacerade kriminella ungdomar behandlats med klientcentrerad/relationsbaserad psykoterapi (t.ex. Truax m.fl. 1966; Persons, 1966; Persons & Pepinsky, 1966). Undersökningarna täckte behandlingar som gavs både individuellt och i grupp. Den terapeutiska hållningen som påverkats av Rogers klientcentrerade metod, karakteriserades som stödjande, accepterande med fokus på att utveckla rela-

skilt hög. I en av studierna gick ungdomarna i gruppterapi under tre månader två gånger i veckan.

Behandlingsresultaten jämfört med kontrollgrupper, som inte fick någon behandling utöver rutinmässig institutionsvård, var goda. Dels fann man flera tecken på personlighetsutveckling, dels förbättringar i den sociala anpassningen, t.ex. i form av färre återfall. Dessa förbättringar tenderade dessutom att kvarstå vid uppföljningar efter ca ett år. Ett intressant biresultat var att graden av terapeutiska framsteg hade samband med i vilken utsträckning ungdomarna blev lika sina terapeuter. Några svagheter med dessa studier är att de är gamla, att lika goda resultat inte kunnat replikeras i modernare studier samt att behandlingsbetingelserna var rätt speciella i form av handplockade terapeuter samt innehöll behandlingstekniker med andra influenser än klientcentrerade. Eftersom dessa studier fokuserar på interaktionen mellan terapeut och klient har de ändå ett generellt värde, som kan vara till nytta inom många former av psykoterapeutisk verksamhet.

Kazdin lyfter fram några studier som han anser haft betydelse för behandlingen av svårt kriminellt belastade ungdomar. I en studie av Fixsen m.fl. (1976) undersökte man behandlingen av ungdomar som hade begått olika brott men ännu inte var svårt kriminellt belastade. Behandlingen som innehöll flera moment skedde vid s.k. Achivement Place, som kan beskrivas som hemliknande behandlingsmiljöer under ledning av två husföräldrar. Behandlingens ryggrad utgjordes av en beteendeterapeutisk behandlingsteknik, s.k. token economy, som bygger på att man kan tjäna poäng genom att använda sig av adaptiva och önskvärda beteenden, exempelvis att utföra ålagda arbetsuppgifter. På motsvarande sätt kunde man förlora poäng om man t.ex. råkade i bråk. Uppnådda poäng kunde sedan användas till att skaffa sig vissa förmåner i form av t.ex. permission. Ett intressant inslag var att ungdomarna själva aktivt deltog i utformingen av programmet. Effekterna av denna behandling jämfördes med ungdomar som stått under övervakning eller deltagit i andra behandlingsprogram utan beteendeterapeutiskt innehåll. Resultaten visade att ungdomarna som deltog i denna behandling hade färre poliskontakter och högre skolnärvaro än ungdomarna i kontrollbetingelserna. Efter ett till två år fann man dock inga skillnader mellan dem som fått respektive dem som inte fått denna behandling.

En psykoterapiform som visat goda resultat för kriminella ungdomar är funktionell familieterapi som studerats av Alexander & Parsons (1972;

1982). Fokus för behandlingen är att utveckla kommunikations- och interaktionsmönster i familjesystemet. För att nå detta mål använder man beteendeterapeutiska och kognitiva strategier. Resultaten visade att jämfört med andra former av familjeterapi, t.ex. psykodynamisk eller klientcentrerad, och med ingen behandling alls, så hade denna terapiform goda resultat. Bl.a. noterade man större förbättringar i familjeinteraktionen samt att kriminella återfall minskade under en tidsperiod av 18 månader efter behandlingen. Det är värt att notera att inte alla former av familjeterapi har kunnat visa på detta goda behandlingsutfall. Det innebär att frågan om familjeterapi är effektiv i behandlingen av beteendestörningar är för grov för att besvara på ett enkelt sätt.

Samma forskargrupp, Alexander och Parsons (1982), undersökte också vilka egenskaper eller förmågor hos terapeuten, som har betydelse för behandlingens effektivitet. Man beskrev två dimensioner där den skicklige terapeuten helst skulle ligga högt på båda. Den ena dimensionen var förmågan att relatera. I detta ingick att kunna skapa ett kreativt och tillåtande klimat med humor och möjligheter att uttrycka affekter på ett konstruktivt sätt. Den andra dimensionen var förmågan att strukturera terapitimmarna, vilket innebar bl.a. att kunna ge tydliga direktiv baserat på ett gott självförtroende. Utifrån dessa två dimensioner beskriver författarna en slags typologi av fyra olika terapeuttyper med sinsemellan olika möjligheter och svårigheter.

Kazdin sammanfattar att psykoterapiforskning som rör unga människor har gjort stora framsteg, trots att man ännu inte hunnit lika långt som på vuxensidan. En av orsakerna till detta är svårigheten att särskilja förändring som orsakas av mognad respektive behandling. Möjligheten att integrera resultat från ett stort antal effektstudier har dock kunnat visa på gynnsamma resultat vid behandling av unga. Trots dessa framgångar finns fortfarande avsevärda luckor inom kunskapsområdet, bl.a. är kartläggningen av flera av de vanligare psykoterapimetoderna ofullständiga. Andra exempel är att stora delar av forskningen är genomförd på ett sätt som avviker från den kliniska verkligheten samt att få studier har genomfört långtidsuppföljningar. Trots dessa svårigheter anser Kazdin att psykoterapiforskningen för unga befinner sig i ett kritiskt men lovande skede. En gynnsam aspekt är att problem som rör barn och ungdomar har börjat få större uppmärksamhet inom forskningen än tidigare. Det har också skett en utveckling, så att störningar hos unga

av olika behandlingsmanualer gör att forskningen och dess resultat kan tolkas på ett mer tillförlitligt sätt. Prioriteringar för framtida forskning bör sikta mot en större behandlingsbredd inklusive kombinationer av behandlingar, långtidseffekter, överbryggning av klyftan mellan forskning och praktik, utvidgat intresse för förbisedda grupper (t.ex. etniska minoriteter) samt att integrera utvecklingspsykologisk teori/forskning med behandlingsforskning.

Psykoterapeutiska interventioner

Här lämnar vi Kazdin och övergår till att ge några exempel på behandlingsinterventioner som vi funnit intressanta. Förhoppningsvis kan något av detta inspirera människor som är verksamma i behandlingsarbete med ungdomar. En viktig utgångspunkt när det gäller behandling av beteendestörda unga är att de framstår som en svårbehandlad grupp. Earls (1994) rekommenderar behandlare att se beteendestörning hos unga som ett närmast kroniskt tillstånd. Han anser också att behandlingar som enbart riktar sig till den enskilde individen är otillräckliga. Istället bör behandlingen innefatta den unges hela sammanhang, familj, skola, vänner etc. Även Offord och Bennett (1994) är relativt pessimistiska i sin sammanfattning när det gäller möjligheterna att framgångsrikt behandla unga med beteendestörning. De anser att en del framsteg har gjorts på behandlingssidan (t.ex. föräldraträning), men att huvudintrycket ändå är att nu kända behandlingar har en relativt begränsad effekt. Med tanke på detta i kombination med problemets omfattning, förordar de i första hand preventiva arbetsinsatser. Kazdin (1993a) har en mer positiv inställning beroende på en, enligt hans uppfattning, lovande utveckling på behandlingssidan. Han anser emellertid att man fortfarande vet för lite, framförallt om dessa behandlingars långtidseffekter.

Bristande motivation för behandling

Bristande motivation är ett vanligt problem i det psykoterapeutiska arbetet med ungdomar i allmänhet. Detta hör kanske samman med att många ungdomar själva inte anser att de har några problem eller att de anser att problemet ligger utanför dem själva. Av unga som remitteras till behandling är det 40-75 procent som antingen aldrig påbörjar behandlingen eller som hoppar av innan den är avslutad (Kazdin, 1994). De ungdomar som de särskilda ungdomshemmen vänder sig till är san-

nolikt särskilt svåra att motivera. I det här sammanhanget är det därför viktigt att söka efter metoder som kan minska de svårigheter som bristande motivation innebär.

Ranieri (1984) hävdar att motivationens centrala betydelse för behandling av institutionsplacerade ungdomar har blivit alldeles för dåligt belyst i litteraturen. Han utgår i sina resonemang ifrån att tre generella förutsättningar är nödvändiga för att skapa en bärande motivation:

1. Att den unge uppfattar sin situation som outhärdlig.
2. Att den unge tror att behandlingen kan vara en hjälp att lösa denna outhärdliga situation.
3. Att den unge upplever att hjälpen inte »kostar mer än vad den smakar«.

Få institutionsplacerade ungdomar lär uppfylla ovanstående kriterier. Vad kan man då göra för att öka ungdomars motivation? Författaren delar in motivationsarbetet i två faser. Före behandlingen är det viktigt att den unge får information om institutionen för att hinna förbereda sig för behandlingen. Det är också viktigt att samla information om den unges preferenser för att ett optimalt samarbete ska kunna påbörjas. Under själva behandlingen poängterar författaren att behandlingen ska vara individuell och specifik och i största möjliga utsträckning bygga på den unges preferenser. En kanske självklar men ändå viktig motivationshöjande faktor är att den unge är nöjd med behandlingsinsatserna, dvs. att de inte »kostar mer än vad de smakar«. Behandlingspersonalens förhållningssätt är kanske den viktigaste motivationshöjande faktorn, vilket kommer att beröras i nästa undersökning.

I en undersökning som omfattade en grupp kriminella ungdomar och en grupp »störda ungdomar« (Chassin m.fl. 1980) fann man att olika grupper av ungdomar hade olika preferenser när det gäller terapi. Båda grupperna önskade att deras terapeut kunde visa intresse och omtanke men också vid behov sätta tydliga gränser, alltså något av en god föräldrafigur. Däremot skilde sig grupperna åt genom att gruppen med unga kriminella ville ha konkret hjälp med praktiska problem både innanför och utanför institutionen. Gruppen med »störda ungdomar« uttryckte ett större behov att tala om sig själva och sina problem snarare än att få praktisk hjälp. Det är denna typ av preferenser hos den enskilde som är viktiga att kartlägga innan en placering genomförs och som kan ligga till

grund för den individuella behandlingsplanen. För att förbereda ungdomarna för behandlingen är det är också viktigt att försöka kartlägga deras egen uppfattning om vad de själva är bekymrade över och vad de egentligen vill ha hjälp med. Områden som ungdomarna är bekymrade över kan vara mycket individuella, t.ex. skolsvårigheter eller impulsgenombrott, och bör vara en viktig del i de individuella behandlingsmålen.

Det kan i detta sammanhang vara lämpligt att helt kort nämna något om terapeutisk allians, ett begrepp som avser graden av samarbete och patientens upplevelse av att få stöd och hjälp i det terapeutiska arbetet. I flera undersökningar har man visat att patientens upplevelse av terapeutisk allians är kopplad till psykoterapins framgång (Luborsky m.fl. 1988). O´Malley (1990) är tveksam till i vad mån det går att uppnå terapeutisk allians i relation till institutionsplacerade ungdomar. Han anser dock att det förekommer förelöpare till allianser, som är värda att bygga vidare på. Ett exempel på sådana förelöpare är om ungdomarna över huvud taget förmår att skapa och för behandlarna yppa ett relativt hanterbart symtom. Detta symtom kan sedan vara grunden för att i ett senare skede kunna nå och behandla allvarligare symtom. Såväl forskningen kring terapeutisk allians som ungdomarnas preferenser angående hur deras terapi ska vara utformad, understryker vikten av att beakta ungdomarnas egna upplevelser och förväntningar på terapin.

I en liten men intressant studie av Kolko och Milan (1983) närmade man sig motivationsproblemet på ett annat sätt. Det rörde sig om en experimentell design med tre ungdomar med långvariga och allvarliga skol- och beteendeproblem som inte svarat på tidigare behandlingsförsök. Den behandlingsintervention som undersöktes var omformulering och paradoxal intervention, som innebär att man beskriver det symtomatiska beteendet som något positivt i termer av en visserligen lite barnslig men ändå nödvändig utvecklingsfas som ungdomarna rekommenderas att gärna ägna sig åt. Exempelvis beskrev man skolk för ungdomarna som ett barnsligt men övergående stadium till att på ett moget sätt själv ta ansvar för sin skolnärvaro, och eftersom de uppenbarligen fortfarande var kvar i denna fas uppmanades de att stanna hemma om de inte hade lust att gå till skolan. Det bör tilläggas att den terapeutiska interventionen genomfördes med omsorg och först efter noggrann analys av varje enskilt fall. Trots att undersökningen omfattade få personer var resultaten imponerande, med mer än 300 procent ökning av skolnärvaron.

Föräldraträning
(Parent management training)

Denna behandlingsform förekommer rikligt i internationell forskningslitteratur (Kazdin, 1993a) och flera kontrollerade studier har visat förbättringar i barnens beteende både hemma och i skolan. Man har också funnit att behandlingen har positiva bieffekter på både syskon och mödrar. I Sverige är behandlingsformen mindre känd och det kan därför vara av intresse att beskriva metoden lite noggrannare. Den grundläggande idén är att föräldrarna ofrivilligt uppmuntrar oönskat beteende hos barnen och därför behöver lära sig att relatera till sina barn på ett nytt sätt. Vanligtvis används denna psykoterapiteknik på föräldrar till barn snarare än ungdomar. Ett flertal varianter förekommer och några finns beskrivna i manualer (t.ex. Forehand & McMahon, 1981 och Kernberg & Chazan, 1991).

Några typiska drag i föräldraträning är:

1. Behandlingen bygger på att föräldrarna aktivt tillämpar behandlingsprinciper i konkreta uppfostringssituationer i hemmet. Terapin riktar sig till föräldrarna och terapeuten träffar i regel inte barnen.

2. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteenden på ett nytt sätt. Det är viktigt att problemen preciseras noggrant så att lämplig förstärkning av önskade respektive oönskade beteenden kan genomföras samt att behandlingsprogrammets effekter kan bedömas.

3. Behandlingen styrs av principer för social inlärning och använder tekniker som t.ex. positiv förstärkning, mild bestraffning, förhandling och kontraktskrivning.

4. Terapitimmarnas fokus är att gå igenom och via bl.a. rollspel öva på hur olika behandlingstekniker ska användas.

5. Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens i uppfostringssituationer som t.ex. gränssättning. I behandlingens inledningsskede riktar man sig mot enklare problem för att övergå till mera svårbemästrade problem i takt med att föräldrarnas kompetens ökar.

Föräldraträning har i mindre utsträckning använts på tonåringar beroende på att man antagit att föräldrarnas inflytande över barnen minskar vid dessa åldrar. Ett intressant undantag är en studie av Bank m.fl. (1991)

som undersökte effekterna av föräldraträning på en grupp tonårspojkar. Pojkarna var i genomsnitt 14 år när behandlingen genomfördes och hann bli 17 år inom ramen för den tre år långa uppföljningstiden. Gruppen bestod av 55 svårt kriminellt belastade pojkar, som dömts till behandling av ungdomsdomstol. Deras familjeförhållanden var i regel starkt disharmoniska och präglade av kriser och äktenskapliga problem. Många av föräldrarna var själva asociala och ofta deprimerade. Pojkarna och deras familjer slumpades till två olika behandlingsbetingelser. Den ena gruppen behandlades med föräldraträning i en omfattning av knappt 50 timmar (varav hälften genom telefonkontakt). Den andra gruppen erhöll en jämförbar mängd av behandling som bestod av ett intensivt fem månader långt program med systemisk familjeterapi i kombination med gruppterapi som fokuserade på sociala färdigheter och drogmissbruk. Huvudresultatet var att båda behandlingsmetoderna på sikt resulterade i en klar minskning av antalet lagöverträdelser. Till föräldraträningsgruppens fördel talade att förbättringen inföll tidigare, samt att dessa ungdomar drabbades av färre frihetsberövanden under studiens gång. I denna grupp genomfördes också bedömningar av familjedynamiken som inte verkade förbättras av behandlingen. Trots detta kunde uppenbarligen dessa föräldrar på att bättre sätt hjälpa sina ungdomar med deras svårigheter. Ett biresultat var att man fick lägga stor vikt vid att undvika utbränning av terapeuterna, eftersom det kliniska arbetet med dessa familjer bedömdes som extremt pressande.

Vår hypotes är att man skulle kunna göra en del vinster i behandlingen vid de särskilda ungdomshemmen, särskilt vad avser eftervården, om man inkluderade föräldrarna mer i behandlingen. Möjligen kan föräldraträning vara ett arbetsinstrument som lämpar sig för ett sådant arbete.

Social färdighetsträning

Social färdighetsträning bygger på antagandet att en oförmåga att relatera i sociala situationer kan leda till felutveckling i beteendet t.ex. i form av tillbakadragande eller aggressivitet. Man använder beteendeterapeutiska principer som innefattar instruktioner, rollspel och social förstärkning. Målsättningen med behandlingen är att lära ut specifika mellanmänskliga färdigheter som att lyssna, påbörja ett samtal etc. Mera ingående beskrivningar av denna behandlingsmetod går att finna t.ex. i Michelson m.fl. (1983).

I en kritisk genomgång av undersökningar med fokus på behand-

lingseffekter av psykoterapi med ungdomar (Mann & Borduin, 1991) granskades sex studier av social färdighetsträning. Utifrån detta material blev det sammanfattande intrycket att social färdighetsträning kan förbättra interpersonellt beteende i rollspelssituationer hos ungdomar med emotionella problem och beteendeproblem. Däremot är det ännu oklart om dessa förändringar leder till beteendeförändringar i det verkliga livet. Det är också oklart hur långvariga effekterna av denna typ av behandling är.

I en studie av Fine m.fl. (1991) undersökte man effekterna av två olika former av gruppterapi. Behandlingen riktade sig till totalt 64 barn- och ungdomspsykiatriska patienter (13-17 år) med någon form av diagnosticerad depressiv störning. Gruppernas storlek var sex till sju personer och de tio grupperna (fem plus fem) leddes av två terapeuter av olika kön. Behandlingstiden var i bägge fallen 12 veckor lång. Den ena gruppterapiformen bestod av social färdighetsträning. Arbetet i dessa grupper följde en manual som arbetats fram i förväg och som innehöll de olika färdigheter som skulle tränas under terapins gång. Exempel på sådana färdigheter var att kunna känna igen känslor hos sig själv och andra, att kunna ge och ta emot positiv och negativ feedback, socialt problemlösande samt att lära sig förhandla som ett sätt att lösa konflikter. Varje terapitillfälle byggdes upp kring någon av dessa färdigheter och man använde rollspel och videoinspelningar för att åskådliggöra och bearbeta svårigheter från det verkliga livet. Terapeuterna fungerade i detta sammanhang som modeller och man tog också upp framgångar och misslyckanden som uppstått när ungdomarna brukat färdigheterna utanför terapisituationen. Den andra gruppterapiformen hade ett mer stödjande innehåll. I dessa grupper ventilerades gemensamma angelägenheter. Man arbetade med att förbättra ungdomarnas självbild, bl.a. genom att betona styrkor snarare än svagheter. Ett annat led i behandlingen var att terapeuterna lyfte fram och normaliserade att många av ungdomarnas problem (konflikter med kamrater och föräldrar etc.) var sådana som delades av många människor. Terapeuternas uppgift var i första hand att skapa ett tryggt emotionellt klimat där allas bidrag till diskussionen uppfattades som värdefulla. Processen i grupperna ledde till att ungdomarna tog mer och mer ansvar för gruppdiskussionerna under tidens gång. Behandlingseffekterna studerades genom självsvarsformulär (Child Depression Inventory) och en halvstrukturerad intervju som fokuserade

Resultaten i samband med att grupperna avslutades visade att gruppen som behandlats med stödjande terapi utvecklats mer med avseende på depressiva symtom och självbild. Vid uppföljningen nio månader efter avslutning hade denna grupp bibehållit sina framsteg och den grupp som behandlats med social färdighetsträning hade hunnit i kapp. Författarnas tolkning av dessa resultat var att den stödjande hållningen fungerade bättre i att möta ungdomarnas omedelbara behov utifrån deras sänkta stämningsläge. Den sociala färdighetsträningen fokuserade mer på att kunna hantera kommande svårigheter. En hypotes som författarna nämner är att man skulle kunna starta gruppterapier med deprimerade ungdomar med ett mer stödjande innehåll, för att efter hand övergå till en mer färdighetsträning strategi. Det är intressant att denna studie kan visa på effekter av social färdighetsträning även vid uppföljningen, eftersom detta var en brist som tidigare betonats av Mann och Bourdin (1991).

Kognitivt orienterad social färdighetsträning (Problem solving skills training)

Denna behandlingsmetod syftar till att ändra de kognitiva processer som finns sammanlänkade med ofunktionellt beteende och emotionella problem. En utgångspunkt är att aggressivitet inte bara utlöses av yttre händelser, utan snarare av hur de kan uppfattas och tolkas av individen. Man har t.ex. funnit att aggressiva unga har en tendens att tillskriva andra människor fientliga avsikter, särskilt i sociala situationer som är mångtydiga (Dodge m.fl. 1990).

Olika varianter av kognitivt orienterad social färdighetsträning med flera gemensamma drag (Kazdin, 1993a) har använts för att behandla unga med beteendestörningar. För det första fokuserar man på hur den unge närmar sig en viss situation. Det viktiga är inte vilket beteende den unge väljer, utan snarare de tankeprocesser som ligger bakom beteendet. För det andra lär man ut steg-för-steg-lösningar på mellanmänskliga problem och hur man ger sig själv instruktioner som leder till framgångsrika problemlösningar. För det tredje ingår strukturerade uppgifter, t.ex. spel, i behandlingen. Under behandlingens gång överförs de problemlösande färdigheterna efterhand till verkliga situationer. För det fjärde spelar terapeuten en aktiv roll i behandlingen för att säkerställa att de problemlösande färdigheterna tillämpas på rätt sätt. För det femte innehåller behandlingen olika procedurer som möjliggör träning och

finslipning av färdigheterna i form av t.ex. rollspel.

Man har funnit att kognitivt orienterad social färdighetsträning tycks vara effektivt på äldre snarare än på yngre barn (Durlak m.fl. 1991). Detta förefaller logiskt, eftersom äldre barn med en högre intellektuell utveckling, borde ha lättare att tillgodogöra sig en behandling med kognitivt innehåll. I en studie av Guerra och Slaby (1990) undersökte man effekterna av en korttidsbehandling som utformats på erfarenheter av social-kognitiv utveckling, som visat sig ha betydelse för aggressivitet. Den undersökta gruppen bestod av ungdomar (n=120) av bägge könen som institutionsbehandlades på grund av våldsrelaterade brott. Resultaten visade att behandlingen jämfört med två kontrollbetingelser hade positiv effekt på flera utfallskriterier.

Mann och Borduin (1991) genomförde en kritisk granskning av sju undersökningar med kognitiva behandlingar. Deras slutsats blev att dessa behandlingar är effektiva jämfört med ingen behandling alls för ungdomar, oavsett om de har depressiva eller mera utåtagerande problem. De anser dock att det ännu inte går att uttala sig om dessa behandlingsmetoders effektivitet jämfört med andra behandlingar eller veta vilken typ av störningar de är mest lämpade för.

Ilskekontroll

Ett exempel på undersökning som genomförts i »naturlig klinisk miljö« är en studie av Feindler m.fl. (1986). Undersökningsgruppen bestod av 21 pojkar mellan 13-18 år som behandlades i psykiatrisk slutenvård och som av personal bedömts vara i behov av ilskekontroll. Innan behandlingen påbörjades informerades ungdomarna om behandlingens uppläggning, varefter de medverkade på frivillig basis. Behandlingen som skedde i grupp vid sammanlagt 12 sessioner bestod av en genomtänkt och strukturerad blandning av tekniker fokuserade på kontroll av aggressivt beteende. Bland dessa tekniker förekom avspänningstekniker som djupandning och baklängesräkning. Dessutom använde man sig av rollspel och video för att lära in nya strategier för problemlösning och självkontroll. Vidare använde man sig av hemläxor mellan sessionerna som bl.a. bestod i att förhålla sig terapeutiskt till verkliga konfliktsituationer mellan behandlingstillfällena. Experimentgruppen jämfördes med en inneliggande kontrollgrupp samt en väntelistkontrollgrupp för samma behandling.

Huvudresultaten var att jämfört med kontrollerna så minskade aggressivt beteende för experimentgruppen, och mer adaptiva sätt att kontrollera ilska blev vanligare efter behandlingen. Utfallet bedömdes både av avdelningspersonalen och blint av oberoende bedömare. Resultaten stärktes av att även väntelistgruppen visade liknande förändringar efter att de genomgått behandlingen. Uppföljningar efter två månader och tre år antydde att effekterna av behandlingen kan vara långvariga.

Träning i moraliskt resonerande (Moral reasoning training)

Ett sätt att beskriva ungdomar med asocialitet och beteendeproblem är att de har ett slags moraliskt handikapp. De har t.ex. svårt att ta hänsyn till andra, följa regler och förutse konsekvenser av sina handlingar, kort sagt svårt att tolka kulturens moraliska grammatik. I det långa loppet får denna brist förödande konsekvenser för dem själva.

Ett pragmatiskt sätt att närma sig detta problem är via träning i moraliskt tänkande. Utgångspunkten är att man antar att moraliska tillkortakommanden bottnar i omogna kognitiva strukturer, alltså att man helt enkelt inte vet hur moraliska dilemman kan lösas. Det verkar rimligt att en fragmenterad uppfostran med t.ex. missbrukande föräldrar skulle kunna resultera i sådana brister. Träning i moraliskt resonerande syftar till att öva upp dessa funktioner. Behandlingen genomförs i en grupp av ungdomar med en eller två vuxna gruppledare. Arbetssättet går ut på att presentera moraliska dilemman där gruppen har till uppgift att enas om en lämplig lösning. För att nå konsensus måste ungdomarna kunna ta till sig de andra medlemmarnas uppfattningar, vilket antas leda till en ökad mognad och en större kognitiv repertoar.

Det finns en del empiriska studier varav några ska nämnas. Arbuthnot och Gordon (1986) jämförde träning i moraliskt resonerande med ingen behandling alls. Ungdomarna (n=48) var 13-17 år och hade remitterats av skolan för beteendeproblem. Resultaten visade att behandlingen ledde till färre beteendeproblem, färre poliskontakter och förbättrade skolprestationer. Dessa förändringar kvarstod efter ett år, då en uppföljning genomfördes.

I en annan studie av Gibbs m.fl. (1984) använde man träning i moraliskt resonerande på en grupp institutionsplacerade ungdomar 14-18 år (n=60). Man jämförde två olika tillämpningar av denna behandling med

ingen behandling alls. Resultaten visade att de ungdomar som hade störst svårigheter i sina moraliska resonemang utvecklades av bägge formerna av träning i moraliskt resonerande, däremot inte de som låg relativt högt redan innan behandlingen startade. Förändringen mättes genom att de enskilda ungdomarnas moraliska resonemang skattades före och efter behandlingen. En svaghet i denna studie är att inga mätningar av beteendeförändringar i naturliga situationer genomfördes.

Sammanfattningsvis är de empiriska resultaten ännu oklara men antyder ändå att träning i moraliskt resonerande skulle kunna vara en passande behandlingsmetod för kriminella ungdomar.

Psykoanalytisk behandling av utåtagerande beteende

Vi har tidigare i kapitlet konstaterat att få undersökningar har studerat effekterna av psykoanalytisk-psykodynamisk behandling. Därför är det intressant att presentera en studie av Fonagy och Target (1994). I denna studie ingick 135 barn och ungdomar med olika typer av beteendestörningar enligt DSM-III-R, trotssyndrom (58 procent) hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (8 procent), beteendestörning (23 procent) och asocialt beteende (10 procent). Till denna grupp matchades en jämförelsegrupp av ungdomar med emotionella störningar såsom separationsångest, dystymi och överdriven ängslighet. Från tidigare forskning vet man att ungdomar med beteendestörning har en betydligt sämre prognos än de med emotionella störningar, så det är inte en obehandlad kontrollgrupp i vanlig mening utan snarast en jämförelsegrupp som får likartad behandling men med betydligt bättre prognos. I de flesta fallen rörde det sig om intensiva behandlingar fyra till fem gånger i veckan under en tid av i genomsnitt två år. En minoritet hade mindre intensiva behandlingar en till två gånger i veckan. Behandlingen skedde vid Anna Freud Centret som har en lång tradition att dokumentera sina behandlingar mycket noggrant. Undersökningen genomfördes retrospektivt på redan avslutade fall och data samlades in genom att journalhandlingar studerades. Datainsamlingen genomfördes av bedömare som samordnats och visat god överensstämmelse i sina bedömningar.

Resultaten var som väntat inte särskilt stora för gruppen med beteendestörningar. I genomsnitt uppvisade 30-40 procent av barnen förbätt-

ringar jämfört med 50-70 procent för barnen med emotionella störningar. Det intressanta var emellertid att det fanns ett tydligt samband mellan hur länge man lyckats behålla barnen i terapi och hur bra resultatet blev. Av dem som gått minst ett år i terapi var mer än 60 procent förbättrade och två tredjedelar av dessa barn hade fått den intensiva psykoanalytiska behandlingen. Om man bara jämför de barn som fått minst tre års terapi, är resultaten jämförbara med dem för de emotionellt störda barnen. Det är således viktigt att kunna behålla barnen i terapi tillräckligt lång tid, för att den psykoanalytiska terapin ska kunna verka. Det verkar som om en mer intensiv terapi minskar risken för drop-out, eftersom 40 procent av barnen med en till två gånger i veckan jämfört med 25 procent av barnen med fyra till fem gånger i veckan avbröt sin terapi inom ett år. Andra faktorer som visade sig hänga samman med ett gott utfall var att barnen var yngre (som äldst åtta år), att de hade specifika inlärningsproblem och att deras mammor hade psykiatriska problem. Generellt verkar det vara så att gruppen med beteendestörning får ett bättre resultat om de får mycket stöd vid sidan av själva terapin. Barnet ska helst var ungt, vistas på det speciella dagcentret och mamman ska gå i egen behandling. Då kan man behålla barnet i terapin och förändringen blir större. Författarna menar att deras resultat är jämförbara med de flesta andra studier av motsvarande grupp av barn, men att den speciella form av behandling som består i föräldraträning och träning i problemlösning kanske uppvisar bättre specifika resultat. Huvudproblemet för den psykoanalytiska behandlingen av barn med beteendestörningar tycks vara att kunna behålla barnen i terapi under tillräckligt lång tid och att kostnaderna för en lyckad behandling blir avsevärda. Å andra sidan indiceras att psykoanalytisk behandling av beteendestörningar kan ha positiva effekter förutsatt att det går att identifiera unga som går att hålla kvar i analys.

Några svagheter med denna studie är att data samlades in i efterhand från journalmaterial och att ingen uppföljning efter behandlingen genomfördes.

Interpersonell psykoterapi (IP)

IP syftar till att arbeta fokuserat med något av följande fyra interpersonella problemområden: sorg, rollövergångar, interpersonella rollkonflikter och interpersonella brister. Denna form av individualpsykoterapi

har inte tidigare studerats på tonåringar. I en studie av Mufson m.fl. (1994) tillämpades en omarbetad version av IP. Till att börja med genomfördes en pilotstudie, där erfarenheter från psykoterapeutiskt arbete med fem deprimerade tonåringar användes som underlag för att formulera en manual anpassad för IP med tonåringar. De tidigare nämnda interpersonella problemområdena kompletterades med ytterligare ett, »ensamstående-förälder-problematik«. Ytterligare en modifikation jämfört med vuxenversionen av IP var att föräldrarna involverades i olika faser av terapin.

Undersökningen följde den tolv veckor långa behandlingen av 14 ungdomar (två pojkar medelålder=15,5 och tolv flickor medelålder=14), som alla hade någon form av depressiv diagnos enligt DSM-III-R. Behandlingseffekterna mättes under behandlingens gång och i samband med avslutningen (totalt sex gånger). Förutom psykiatriska diagnoser användes flera instrument som mätte symtom och funktionsnivå som de uppfattades både av ungdomarna själva och av andra.

Resultaten i samband med avslutningen visade att ingen av ungdomarna hade någon kvarvarande depressiv diagnos. Dessutom noterades en generell minskning av symtom och höjning av funktionsnivån under behandlingens gång. Författarna anser dessa resultat som lovande, t.ex. i jämförelse med farmakologisk behandling av samma patientgrupp. Avslutningsvis betonar de att fortsatt och utvidgad forskning på IP behövs innan resultaten kan ses som tillförlitliga.

Det är inte svårt att hitta brister i denna undersökning som t.ex. få medverkande, avsaknad av kontrollgrupp och uppföljning. Ändå är detta ett exempel på ny och lovande metodutveckling, som hämtat inspiration från positiva erfarenheter inom psykoterapiforskningen för vuxna.

Gruppterapi vid behandling efter sexuella övergrepp

I en klinisk studie (Lindon & Nourse, 1994) med uppföljning efter sex månader undersökte man effekter av gruppterapi för sex tonårsflickor 13-17 år. Alla flickorna hade utsatts för någon form av sexuellt övergrepp och i regel hade förövaren varit en närstående. Gruppen leddes av två kvinnliga terapeuter, vilket uppfattades som en fördel eftersom flickorna kände sig friare att prata om sexuella frågor utan män närvarande. Gruppen träffades sammanlagt 16 gånger. Innehållet i behandlingen bestod av tre

dighetsträning. 2. Psykoterapeutiskt moment som bestod bl.a. av att flickorna fick skriva ett brev till förövaren (som inte skickades) samt föra ett samtal med en bild av förövaren som placerades på en stol mittemot. Gruppen gav också möjligheter för flickorna att ge varandra stöd, avlastning av skuldkänslor och att gruppbeteenden som återspeglade parallellprocesser till övergreppen kunde utsättas för granskning. 3. Psykoedukativt moment som fokuserade på kroppens sexuella reaktioner. Några av flickorna som haft lustkänslor i samband med övergreppen fick på detta sätt en minskad skuldbörda. Flera av flickorna visade sig nämligen ha stora luckor i sina kunskaper inom det sexuella området. Behandlingseffekterna mättes genom att flickorna fick besvara ett frågeformulär vid slutet av behandlingen samt efter sex månader. Frågeformuläret fokuserade på emotionella och beteendemässiga symtom samt på en del familjerelaterade frågor. Dessutom förde gruppledarna noggranna anteckningar i samband med den diagnostiska intervjun samt under terapitimmarna.

Resultaten visade att alla flickorna förbättrats i hur de såg på sig själva. Denna förbättring kvarstod även vid uppföljningen. Vidare framkom utveckling inom följande områden: bättre självförtroende, minskad ångest eller ökad förmåga att hantera ångest, förbättrade kamrat- och familjerelationer, minskade skuld- och skamkänslor som varit förknippade med övergreppet samt större förmåga att tala och uttrycka känslor kring problem. Brister i denna studie är att det rör sig om få personer, kontrollgrupp saknas samt att uppföljningen är väl «klinisk«. Trots detta förmedlas intrycket att den här typen av gruppterapi kan vara en effektiv metod att hjälpa sexuellt traumatiserade tonårsflickor.

Institutionsbehandling

En studie av Wells och Faragher (1993) är ett gott exempel på psykoterapiforskning, som undersöker ett brett upplagt behandlingsprogram i en »naturlig klinisk miljö«. Effekter av en i genomsnitt fyra månader lång institutionsbehandling för 165 ungdomar, 13-18 år, undersöktes. Ungdomarnas diagnoser var beteendestörning (52 procent), emotionell störning (17 procent) och blandad grupp bestående av de som hade både beteendestörning och emotionell störning (31 procent). Behandlingen bestod av flera integrerade moment. Arbete med familjen i form av familjeterapi, månatliga genomgångar av behandlingskontraktet samt

träffade varje vecka och de deltog dessutom i fyra olika typer av grupper, däribland kognitivt orienterad social färdighetsträning och andra beteendeorienterade program samt en konstgrupp. Ett viktigt inslag var att behandlingens målsättning var förhandlingsbar och där deltog ungdomarna själva aktivt. Man lade stor vikt vid inskrivningsförfarandet som var problemorienterat och sedan fungerade som behandlingens (och forskningens) ryggrad. Innan själva behandlingen påbörjades fick ungdomarna, deras föräldrar samt de som remitterat ungdomarna till behandlingen, oberoende av varandra genomföra ett antal skattningar. Utgångspunkten var en checklista med ett antal skalor som beskrev olika typer av önskvärda beteenden, t.ex. »lära mig/sig att visa ilska utan att tappa humöret«, »lära mig/sig att motstå frestelsen att stjäla« och »lära mig/sig att kontrollera självdestruktivt beteende«. Varje uppgift bedömdes på en åttagradig skala och denna första bedömning utgjorde »baseline« mot vilken behandlingens effekter bedömdes. Samma skattningar utfördes en månad, ett år och två år efter avslutad behandling, av ungdomarna, föräldrarna respektive dem som remitterat ungdomarna till behandlingen. Dessa skattningar utgjorde den beroende variabeln, dvs. det sätt på vilket behandlingseffekten mättes.

Huvudresultatet var att de framsteg som uppnåtts efter en månad kvarstod även vid de två långtidsuppföljningarna. Efter två år betraktades mellan 69 och 79 procent (beroende på vem som bedömde) av ungdomarna som fullföljde behandlingen som förbättrade. Storleksordningen på förbättringen var betydande, exemplifierat av genomsnittliga föräldraskattningar som ändrats tre skalsteg på en åttagradig skala. Ett intressant bifynd var att de som avbrutit behandlingen (n=33) hade gjort mindre framsteg en månad efter behandlingens slut. Däremot fann man inga signifikanta skillnader efter ett eller två år. Två hypotetiska svar ges på detta överraskande resultat. Kanske var det så att ungdomarna själva, genom sitt avhopp, indirekt såg till att de fick en annan, mer adekvat behandling? Eller var det så att de hunnit tillgodogöra sig behandlingen trots att den avbröts i förtid? En slutsats var ändå att lägga mer vikt vid antagningsförfarandet för att nedbringa antalet avhopp. För att underlätta tidig identifikation av den typiska avhopparen skisserades en »fantombild«, som visade att det rörde sig om en flicka med institutionsbakgrund som remitteras av socialtjänsten. Hennes historia innehöll rymningar, skolk, aggressivt och manipulativt beteende.

trollgrupp. Studiens starka sidor är att den undersöker en relativt väldefinierad klinisk grupp som behandlas med ett omfattande behandlingsprogram och att man genomförde långtidsuppföljningar. Dessutom ger den här typen av undersökningar direkta uppslag till yrkesverksamma behandlare om hur behandlingar kan utformas. Det är dessutom ett angeläget forskningsområde, eftersom det hitintills är starkt eftersatt. Goodrich (1994) fann i en genomgång av forskningslitteraturen endast ett fåtal studier med fokus på effekter av institutionsbehandling av ungdomar.

Behandling i familjehem

Det är många gånger svårt att hitta motiverade och lämpliga familjehemsföräldrar i samband med LVU. Särskilt svårt kan detta vara när det gäller ungdomar och i synnerhet för dem med beteendestörningar. Ibland erbjuder sig släktingar att fungera som familjehem. Av tradition ser man i regel inte positivt på att placera barn hos släktingar. Det finns kanske föreställningar om att släktingar kan ha svårare att skydda barnet mot destruktivt föräldrainflytande. Vidare kan man befara onödig rivalitet mellan biologiska föräldrar och familjehemsföräldrar. Emellanåt finns kanske också en oro att släktingarna kan ha liknande problematik som de biologiska föräldrarna. Kanske finns det också en outtalad förväntan att släktingar skulle kunna ta hand om de sina utan ersättning och annat stöd från samhället. Mer sällan talar man om tänkbara fördelar med placering hos släktingar. T.ex. är det mer troligt att en placering hos släktingar innebär större kulturella och subkulturella likheter. Dessutom delar barnet i någon mån familjehemmets historia, vilket sannolikt gynnar och stärker identitetsbildningen.

I en undersökning av Iglehart (1994) jämförde man ungdomar placerade i vanliga familjehem (n= 638) med dem som var placerade hos släktingar (n=352). Via akter och via telefonsamtal undersökte man områden som placeringsförlopp, anpassning och mängden stöd från placerande myndighet.

Resultaten visade att placeringar hos släktingar var mer stabila över tid och att ungdomarna i dessa hem i mindre utsträckning hade allvarliga psykiska problem. Vidare framkom att släkthemmen hade fått stöd/kontakt från placerande myndighet i mindre utsträckning. Det går inte att uttala sig om direkta orsakssamband i denna studie. Däremot

framkom inga uppenbara nackdelar med placeringar hos släktingar vid en direkt jämförelse med andra familjehem. Författaren poängterar också att det är angeläget att placeringsansvarigas stöd till släktfamiljehem ökas och även utvecklas, eftersom dessa hem ställer handläggarna inför en något annorlunda uppgift.

Trots att familjehemsplacering är en vanlig behandlingsform, så förekommer jämförande utvärderingar sparsamt i den internationella litteraturen. En artikel av Chamberlain (1990) är ett undantag. Det är en experimentell studie av 16 kriminella ungdomar, 12-18 år, med tung belastning, som jämfördes med 16 matchade ungdomar, som erhöll andra intensiva behandlingsbetingelser. Behandlingen för experimentgruppen genomfördes vid specialiserade familjehem under en period av sex månader, utom för dem som inte fullföljde behandlingen. Behandlingen vid de specialiserade fosterhemmen bestod av ett program med omfattande och integrerade behandlingsmoment:

1. Noggrant urval och noggrann utbildning av familjehemsföräldrarna i bl.a. tekniker som visat sig användbara i föräldraträning. I utbildningen medverkade en erfaren familjehemsförälder.
2. Handledning av familjehemsföräldrarna dels i form av täta telefonsamtal, dels gruppträffar med andra familjehem där de enskilda ungdomarnas behandlingsplaner kunde ventileras och justeras.
3. Individuell psykoterapi för ungdomarna en gång i veckan med fokus på bl.a. problemlösning och impulskontroll.
4. Familjeterapi en gång i veckan med ungdomarnas biologiska föräldrar med fokus på ungdomarnas behandlingsprogram. Möjligheter att tillämpa detta gavs i form av regelbundna hembesök under behandlingstiden.

Resultaten visade att fler i experimentgruppen fullföljde behandlingen utan att rymma eller bli frihetsberövade. Uppföljningar efter ett och två år visade en lägre frekvens av tvångsåtgärder i gruppen som behandlats i familjehem.

Omplaceringar av familjehemsplacerade ungdomar som blir nödvändiga antingen på grund av ungdomarnas anpassningssvårigheter i familjehemmet eller därför att familjehemsföräldrarna sviktar, är ett alltför vanligt och destruktivt fenomen. I en studie av Taber och Proch (1987) undersökte man effekterna av ett program som syftade till att minime-

ra denna typ av omplaceringar. Utgångspunkten för programmet var tidigare forskning som visat att orsaken till omplaceringar sällan är något som kan hänföras till den unge själv, utan snarare är en funktion av det system som handlägger placeringarna. Programmet syftade till att förändra det sätt på vilket placeringarna genomfördes och inte i första hand ungdomarna. Åtgärderna styrdes av en handbok där viktiga handläggningsprinciper beskrevs. För varje ung individ bildades ett planeringsteam bestående av ungdomarna själva, familjemedlemmar (även nära vänner) samt ansvariga professionella inom och utanför programmet. En viktig princip var att involvera ungdomarna så tidigt och så mycket som möjligt i planeringen bl.a. genom att delta i planeringsteamets konferenser. En annan viktig princip var att få en så rik beskrivning som möjligt av ungdomarnas behov och förutsättningar snarare än deras psykopatologi. Utifrån denna beskrivning söktes ett familjehem med lämpliga förutsättningar. Efter genomförd placering följde programmets personal rutinmässigt och aktivt upp ungdomarnas anpassning i familjehemmet och erbjöd konsultation och stöd vid behov. Den genomsnittliga tiden för hela processen, från beslut om placering tills den verkställdes, var sju månader. Totalt 52 ungdomar, 12-18 år, deltog i programmet, alla med en historia av omplaceringar bakom sig. Resultaten visade att antalet omplaceringar reducerades med 60 procent när motsvarande tidsrymder före och efter programmet jämfördes. Dessutom fann man att placeringarna efter programmet skedde i mindre restriktiva miljöer.

Betydelsen av kamratrelationer

Institutionsvårdens kanske svåraste dilemma är att man sammanför människor med likartade problem och ökar de risker som uppstår i form av spridning av oönskade symtom. Exempelvis hör man ibland våra fängelser sarkastiskt benämnas som »brottshögskolor«. Det finns klara indikationer även från forskningshåll på att dessa problem är värda att ta på djupaste allvar.

I en studie av Swaim m.fl. (1989) undersökte man två hypoteser om sambandet mellan missbruk och två olika förklaringsmodeller till missbruk. Den första modellen representerades av variabler som mätte emotionella problem (emotional distress): vrede, skuld, ångest, depression och låg självkänsla. Teorin bakom detta är att missbruket är sekundärt till de emotionella problemen och fungerar som ett slags självmedicine-

ring. Den andra modellen undersökte den närmaste kamratkretsens förhållande till och syn på droger. Teorin bakom detta är att ungdomarnas missbruk i första hand influeras av kamrater. Man lät 563 skolungdomar besvara ett frågeformulär anonymt. Formuläret innehöll frågor som täckte av ovanstående områden samt grad och typ eget missbruk.

Resultaten visade att förklaringsmodellen som fokuserade på ungdomarnas kamratrelationer fick det klart starkaste stödet och att sambandet mellan emotionella spänningar och missbruk var svagt. Deras slutsats var att hypotesen rörande emotionella spänningar inte fick stöd. Användning av droger är istället beroende av om ungdomarna har vänner som använder droger och som uppmuntrar detta. En av deras slutsatser är att behandling av ungdomar med missbruk bl.a. måste inrikta sig på att förhindra umgänge med missbrukande kamrater.

I longitudinella studier av barn och ungdomar har man traditionellt koncentrerat sig på att identifiera riskfaktorer för felutveckling. På senare tid har man också börjat fokusera på vad det är som gör att en del barn klarat sig (s.k. maskrosbarn), trots att deras uppväxt exponerat dem för en eller flera riskfaktorer. Genom att studera grupper av sådana barn har man kunnat identifiera ett antal skyddsfaktorer. En sådan skyddsfaktor är om barnet haft tillgång till en stödjande person (utanför familjen) av samma kön och om den personen kunnat hjälpa barnet med att få struktur på tillvaron (Werner & Smith, 1992).

Feldman m.fl. (1983) genomförde en ofta citerad studie som följde arbetet vid ett behandlingsprojekt i S:t Louis, som riktade sig till 700 asociala unga (8-17 år). Man undersökte bl.a. effekterna av tre olika behandlingsbetingelser. Behandlingarna genomfördes under loppet av ett år och bestod av traditionell gruppterapi med fokus på grupprocesser och normer, beteendeterapi i grupp samt en kontrollgrupp som fick »minimal terapi« (= spontan gruppsamvaro utan strukturerad behandlingsplan). Variationer i behandlingen skapades också genom att en del grupper fick erfarna ledare och en del oerfarna. Den viktigaste behandlingsbetingelsen i det här sammanhanget var dock att grupperna formerades på tre olika sätt. 1. Enbart ungdomar som blivit remitterade till projektet på grund av asocialt beteende. 2. Ungdomar utan asocialitet. 3. Grupper med blandning av 1 och 2. Samtidigt som ungdomarna behandlades i terapigrupperna deltog de i projektets övriga aktiviteter som bestod av idrott, konstnärliga aktiviteter etc.

ning av asociala beteenden. Förändringar i asocialt beteende bedömdes av föräldrar, inremitterande, grupperna själva, gruppledare samt direkt observation. I de grupper som erbjudits terapi var utfallet bättre än i kontrollgruppen, utfallet var något bättre för beteendeterapigruppen. Förändringarna i grupper med erfarna ledare blev större än i de med oerfarna. Till sist fann man större förbättringar hos de asociala ungdomar som deltagit i de blandade grupperna än hos dem som deltagit i grupper med enbart problemungdomar. Sammansättningen av grupperna hade således betydelse för utfallet och de icke problembelastade ungdomarna hade uppenbarligen bidragit till det goda behandlingsutfallet.

I en annan studie av Elliott m.fl. (1985) fann man att förbindelser med avvikande kamrater var direkt relaterat till kriminalitet och senare missbruk. Man fann också att bräckliga konventionella förbindelser (familj och skola) bäddade för kontakter med belastade kamrater.

Det finns tyvärr få empiriska studier som fokuserat på kamratinflytande som aktiv behandlingsintervention. Ett exempel är dock en studie av Sherer (1985) där man undersökte om det gick att påverka moralen och normerna i ungdomsgäng genom »infiltration« via en gängmedlem. Man rekryterade »representanter« från olika gäng som deltog i en åtta månader lång behandlingsgrupp, där man bl.a. betonade utvecklandet av gruppstöd. Ämnen som berörde ungdomsproblem och moraliska frågor diskuterades, och man arbetade med rollspel som berörde svårbemästrade kamratrelaterade problem. Förändringen hos »representanterna« jämfördes med gängmedlemmar som inte fått någon behandling alls. Resultaten visade att den moraliska utvecklingen hos »representanterna« förbättrades vid jämförelser före och efter behandling. De förändrades mer än medlemmar från det egna gänget och gängmedlemmar från gäng där ingen gruppmedlem fått behandling. Det kanske mest intressanta resultatet var dock att medlemmar tillhöriga ett gäng där en av dem fått behandling visade mer positiva förändringar inom vissa moraliska områden än medlemmar i gäng utan »representant«.

Ett annat exempel är en studie av Fo och O´Donnell (1975) som undersökte effekterna av ett behandlingsprogram kallat »The Buddy System«. Programmet riktade sig till 264 unga Hawaianer av bägge könen (10-17 år). Gruppen bestod av flera etniska grupper som remitterats till programmet av skola, polis, domstol etc. för anpassningsproblem. Behand-

ett antal oönskade beteenden: skolk, slagsmål, läxfusk, slarv med tider och smitning från arbetsuppgifter i hemmet (däremot riktade sig behandlingen inte specifikt mot det kriminella beteendet). Den ettåriga behandlingen genomfördes av infödda lekmän (buddies), under handledning av forskarstuderande som arbetade utifrån en gemensam behandlingsmanual. I studien ingick en slumpmässigt utvald kontrollgrupp (n=178) som inte fick någon behandling alls. Behandlingens effekt mättes i hur många i respektive grupp som begick någon grövre lagöverträdelse under den ettåriga behandlingstiden.

Resultaten visade att bland de ungdomar som begått grövre lagöverträdelser året före behandlingen, fann man en tydlig minskning av sådana lagöverträdelser under behandlingens gång, jämfört med motsvarande kontrollgrupp. Däremot fann man en ökning av svårare lagöverträdelser i behandlingsgruppen som bestod av ungdomar utan sådana överträdelser året före behandlingen. Tydligen hjälpte behandlingen en del ungdomar, dvs. de som begått tidigare brott. Däremot stjälpte behandlingen dem som inte begått tidigare brott. Författarnas tolkning av resultaten var att de ungdomar som inte tidigare begått brott, genom sin medverkan i projektet exponerats för kamratkontakter som haft negativt inflytande på dem. Denna hypotes kunde på grund av studiens uppläggning inte prövas empiriskt.

Det är tydligt att kamrater och kamratval har stor betydelse för ungdomar med asociala och missbruksproblem. En konsekvens av detta borde vara att i största möjliga mån sträva efter metoder, som ökar kontaktytorna mellan de särskilda ungdomshemmen och välfungerande ungdomar. (Ett exempel på detta är Hasselapedagogiken som bl.a. betonat att det är viktigt för ungdomar med problem att lära sig vanlig dans.) Det borde finnas stora möjligheter till detta just i Sverige. För det första finns det en allmän strävan att integrera ungdomar med psykiska och andra problem i naturliga miljöer så långt det bara är möjligt. Exempel på detta är unga med förståndshandikapp, autism eller rörelsehinder. Det finns också en beredskap att stötta upp integreringen med hjälp av s.k. personliga assistenter om de ungas funktionsnivå kräver detta. För det andra har vi en stark folkrörelsetradition (t.ex. nykterhetsrörelsen) i landet som historiskt, i tidigare år av oro, haft stor betydelse för folkhälsan. Vårt intryck är att dessa resurser används relativt lite i behandlingsarbetet. Skulle det vara möjligt att modernisera och upprätta ett samar-

Betydelsen av att kombinera behandlingar

Det är vanligt att man i psykoterapiforskning undersöker effekterna av en behandlingsstrategi i taget. Fördelen med detta är att man kan vara mer säker på att uppmätta effekter verkligen orsakas av den behandling man vill undersöka. Nackdelen är att man undersöker något som inte liknar vad som förekommer i den kliniska verkligheten. Speciellt när det gäller psykoterapier med unga människor är det vanligt att kombinera olika behandlingsmetoder för samma person. En avancerad gissning är dessutom att kombinationer av behandlingar är mer behövligt ju svårare eller mer omfattande enskilda ungdomars problematik är.

För att exemplifiera att man kan göra vinster med ovanstående strategi kommer tre undersökningar att beskrivas mycket kortfattat. I en undersökning av Henggeler m.fl. (1986) undersökte man effekterna av en »familje-ekologisk, systemisk« behandling för en grupp unga lagöverträdare. Den bärande idén med denna terapiform är att det bakom beteendeproblem finns en flerdimensionell växelverkan mellan olika system. Exempel på sådana system är familj, skola, kamratgrupp, men också individuella faktorer. Behandlingen, som använder olika terapeutiska tekniker, riktar sig i det individuella fallet flexibelt mot de viktigaste delarna av detta komplexa system. Behandlingsresultaten jämfördes med en kontrollgrupp som bestod av ungdomar som behandlades med mera traditionella psykoterapier. Huvudresultaten visade att beteendeprobem och andra symtom minskade hos de ungdomar som fått familjeekologisk behandling. Man noterade också ökad värme i relationen mellan modern och den unge, samt ett minskat umgänge med kriminella kamrater. Motsvarande förändringar ägde inte rum i kontrollgruppen.

I en senare studie av Bourdin m.fl. (1995) jämfördes ovanstående behandlingsform med individualterapi (eklektisk) på unga lagöverträdare. Resultaten visade att i den grupp som slumpmässigt erbjudits den systematiska behandlingen förbättrades familjerelationerna och beteendeproblem minskade hos ungdomarna. Dessutom visade en fyraårig uppföljning en lägre frekvens av arresteringar efter behandlingens slut i denna grupp, jämfört med ungdomar som behandlats med individualterapi. Dessa studier belyser också betydelsen av att behandlingar individualiseras för det enskilda fallet.

En studie av Kazdin m.fl. (1992) undersökte effekterna av tre olika behandlingar på unga (7-13 år) med utåtagerande symtom. Den första

behandlingen bestod av kognitivt orienterad social färdighetsträning, den andra av föräldraträning och den tredje av en kombination av dessa. Resultaten visades att 33, 39 respektive 64 procent hamnade inom ramen för normalitet i samband med behandlingens avslutning. Den kombinerade behandlingsansatsen var alltså betydligt mer effektiv än de enskilda behandlingarna.

Avslutande kommentarer

Beteendestörning hos unga innebär en svår och omfattande men inte omöjlig behandlingsuppgift. I studier där man följt unga över längre tid har det framkommit att denna typ av störningar är mycket ihållande. Detta huvudintryck kvarstår även om man tar med effekter av olika slags behandlingar i beräkningen. Med i bilden finns också andra komplikationer såsom destruktiva nätverk och inlärningssvårigheter. Med beteendestörning följer ofta mycket negativa sociala konsekvenser som drabbar både ungdomarna själva och andra i deras omgivning. Sökandet efter fungerande behandlingsmetoder är därför en angelägen uppgift för de institutioner som möter dessa ungdomar i sin verksamhet.

Trots ovanstående ganska mörka bild har vi i vår litteraturgenomgång funnit studier som inger mer hopp. Framförallt finns det ett rätt stort urval av olika psykoterapeutiska metoder att välja ur. I nuläget är beteendeinriktade psykoterapeutiska metoder bäst vetenskapligt dokumenterade i det aktuella forskningsområdet. Detta innebär inte automatiskt att mer traditionella terapier som t.ex. psykodynamisk terapi är sämre, utan snarare att frågetecknen är flera. Å andra sidan är det möjligt att de beteendeinriktade terapierna svarar bättre mot beteendestörda ungdomars behov och förutsättningar än metoder som är mer samtalsinriktade. Man kan tänka sig att den inre strukturering av självbild och personlighet ännu inte är färdig och därför i högre grad påverkas av konsekvenserna av de egna handlingarna. Kanske är det också lättare att väcka en avgörande egen behandlingsmotivation hos ungdomar om behandlingsinnehållet är tydligt uttalat så att utrymmet för skrämmande fantasier reduceras.

En av de psykoterapeutiska metoder som vi funnit intressant är föräldraträning, som visat positiva effekter i flera studier med beteendestörda unga. Ett tilltalande drag med denna metod är att de unga inte fysiskt

behöver närvara under terapitimmarna, eftersom dessa riktar sig till föräldrarna. Med tanke på vad som tidigare sagts om problem som bristande motivation och för tidiga avhopp från terapier, är detta en uppenbar fördel. Dessutom har det visat sig att behandlingen indirekt kan gynna även syskon som kanske befinner sig i riskzonen för ogynnsam utveckling. Man har också visat att föräldraträning kan integreras i familjehemsbehandling som ett medel för familjehemsföräldrarna att hjälpa ungdomarna med deras svårigheter. Detta är positivt med tanke på att mycket arbete i familjehemmen får genomföras utan det professionella stöd som detta svåra och ibland tärande arbete kan innebära. En annan psykoterapeutisk metod som tillämpats på samma grupp av ungdomar är kognitivt orienterad social färdighetsträning. Några fördelar med metoden är att den möjliggör mer kortvariga terapier och att behandlingen kan inriktas specifikt på problem som vållar stor skada, t.ex. bristande impulskontroll. Förhoppningsvis kan den korta behandlingstiden och de tydligt uttalade behandlingsmålen bidra till att öka ungdomarnas egen motivation och stärka behandlingsalliansen. Båda dessa metoder finns beskrivna i manualer vilket underlättar för terapeuter att tillägna sig metoden. Många terapeuter är kanske skeptiska till att manualisera psykoterapeutiska behandlingar av rädsla att spoliera det unika och förutsättningslösa mötet mellan terapeut och klient. Vår uppfattning är att det borde vara möjligt att kombinera dessa strategier på ett fruktbart sätt så att en mer bärande/hållande relation innefattar moment av mer fokuserad behandling av specifika och handikappande svårigheter.

Ett annat område som belysts i kapitlet är den centrala roll som valet av kamrater har för ungdomarnas såväl positiva som negativa utveckling. Det är åter ett exempel på att man inte bara kan fokusera på den enskilde ungdomen utan man måste se på hela den närmaste psykologiska miljön. Ett exempel på denna typ av verksamhet är kamratstöd i skolan (KIS) som pågår i flera av landets kommuner. Vi har även velat belysa att någon enda psykoterapeutisk metod inte ensam framgångsrikt kan bota det svåra tillstånd som beteendestörning innebär. Istället bör man sträva efter att kombinera metoder, vilket dessutom innebär fördelen att behandlingarna kan individualiseras. Just i detta fall borde institutioner med sin relativt höga personaltäthet ha stora möjligheter att erbjuda en konstruktiv mångfald av behandlingsmetoder.

Vi har också sett vikten av att förbereda institutionsvistelsen så att den

gagnar ungdomarna. Ibland kolliderar detta kanske med juridiska och polisiära aspekter men i vad mån man lyckas med att inbegripa ungdomarna i själva planeringen kan ha en avgörande betydelse för behandlingsmotivation och behandlingsutfall. De psykoterapeutiska metoder vi har beskrivit kräver inte en institutionsmiljö som bakgrund. De är därför möjliga att använda även i det viktiga förebyggande arbete som utförs på t.ex. socialbyråer innan ungdomarnas problem blivit så stora att en institutionsplacering är nödvändig.

Psykoterapiforskning för unga människor är ett relativt nystartat forskningsområde, som fortfarande brottas med åtskilliga problem. En central uppgift är att överbrygga klyftan mellan akademisk forskning å ena sidan och kliniskt behandlingsarbete å den andra sidan. Flera psykoterapiforskare (t.ex. Hendren, 1993; Kazdin, 1993b) har utförligt behandlat denna fråga och kommit fram till ganska likartade slutsatser. För det första behöver forskningen breddas, eftersom den hitintills fokuserat på ett smalt område. Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi dominerar fältet. Andra mer traditionella terapier som psykodynamisk, klientcentrerad och familjeterapi är undersökta i mindre utsträckning, trots att de ofta används i kliniskt arbete. För det andra behöver frågeställningarna utvecklas. De flesta undersökningar fokuserar på olika psykoterapeutiska teknikers effekter. Andra viktiga frågeställningar handlar om att skilja ut olika karakteristiska hos ungdomarna själva och deras familjer, som har med förändring att göra. För det tredje är ett långsiktigt perspektiv på behandlingseffekter av avgörande betydelse. I de flesta undersökningar förekommer ingen uppföljning alls och när det förekommer rör det sig i regel om korta uppföljningstider. Framförallt med tonåringar är det angeläget att ha ett långtidsperspektiv, eftersom de befinner sig i en livsfas som innebär många förändringar (t.ex. flytta hemifrån, byta skola) som i sig innebär risker men också möjligheter. För det fjärde bör forskningen inrikta sig på behandling som den faktiskt gestaltar sig i praktiken. I många undersökningar är t.ex. behandlingstiderna mycket korta och behandlingen genomförs på frivilliga rekryterade klienter. Om skillnaderna mellan forskning och praktik blir för stora är det tveksamt om resultaten går att generalisera till det kliniska arbetet. Med tanke på att ovanstående ännu inte uppnåtts, krävs det mer och bättre forskning innan man med säkerhet kan uttala sig om »vilken typ av behandling som passar för vem«.

besvikna över att psykoterapiforskningen inte kan visa att den psykoterapi man arbetar med är effektiv. I Sverige arbetar man ofta utifrån en psykodynamiskt eller psykoanalytiskt inspirerad teori och metod. Man tycker kanske också att man får bra resultat i sina behandlingar och förväntar sig att det ska återspeglas i den publicerade forskningen, men så tycks inte vara fallet. Hur kommer det sig? Är det fel på teorin, på de terapeutiska teknikerna eller på forskningen? Vår uppfattning är att det varit svårt att förena den akademiska psykologins krav på experimentell stringens och gruppdata med den psykodynamiska kulturen, som fokuserar på den enskilde individens komplexa och unika samspel med inre och yttre krafter. Trots de svårigheter som det innebär, är det angeläget att dessa metoder på sikt i högre utsträckning blir utsatta för vetenskaplig prövning. De undersökningar som finns visar att även dessa metoder har positiva effekter vilket man redan på ett mer övertygande sätt visat på vuxensidan. Där har man också lyckats med att operationalisera viktiga psykodynamiska begrepp som t.ex. terapeutisk allians och överföring (Luborsky m.fl. 1988), så att de blir mer lätthanterliga i forskningssammanhang.

Trots ovanstående brister har psykoterapiforskningen för unga kommit en god bit på väg. Ett huvudresultat är att psykoterapi med unga generellt sätt är en behandlingsmetod med mätbara och positiva effekter. Jämförelser mellan olika behandlingsmetoders effektivitet visar inte på några avgörande skillnader. I stora drag påminner resultaten om de erfarenheter som redan tidigare gjorts på vuxensidan vilket ger ökad tyngd åt slutsatserna. Avslutningsvis anser vi att man i det framtida sökandet efter effektiva behandlingsmetoder för unga med beteendestörningar bör inkludera olika former av psykoterapi i metodarsenalen. Samtidigt är det av största vikt att man sätter upp realistiska behandlingsmål för ungdomar med beteendestörningar.

Referenser

Alexander JF. & Parsons BV. (1973) »Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family processes and recidivism«, *Journal of Abnormal Psychology 81:* 219-225.

Alexander JF. & Parsons BV. (1982) *Functional family therapy.* Monterey: CA: Brooks/Cole.

Arbuthnot J. & Gordon DA. (1986) »Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behavior-disordered adolescents«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 54:* 208-216.

Bank L., Marlowe JH., Reid J., Patterson GR. & Weinrott MR. (1991) »A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents«, *Journal of Abnormal Child Psychology 19:* 15-33.

Bergin AE., Garfield SL. (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Blagg NR. & Yule W. (1984) »The behavioral treatment of school refusal: A comparative study«, *Behavior Research and Therapy 22:* 119-127.

Blos P. (1962) On adolescence. New York: Free Press.

Borduin CM., MannBJ., Cone LT., Henggeler SW., Fucci BR., Blaseke DM. & Williams RA. (1995) »Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence«, *Journal of Consulting and Clinical Psychiology 63 (4):* 569-578.

Casey RJ. & Berman JS. (1985) »The outcome of psychotherapy with children«, *Psychological Bulletin 98:* 388-400.

Chamberlain P. (1990) »Comparative evaluation of specialized fostercare for seriously delinquent youths: A first step«, *Community Alternatives International Journal of Family Care* 2: 21-36.

Chassin L., Young RD. & Light R. (1980) »Evaluation of treatment techniques by delinquents and disturbed adolescents«, *Journal of Clinical Child Psychology 9*: 221-224.

Dodge KA., Price JM., Bachorowski J. & Newman JP. (1990) »Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents«, *Journal of Abnormal Psychology 99:* 385-392.

Durlak JA., Fuhrman T. & Lampman C. (1991) »Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children.: A meta-analysis«, *Psychological Bulletin 110*: 204-214.

Earls F. (1994) »Oppositional-Defiant and Conduct Disorders«. I: Rutter M., Taylor E., Hersov E., (red.) *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*-3rd ed. Oxford: Blackwell Science Ltd.

Elliott DS,. Huizinga D. & Ageton SS. (1985) *Explaining delinquency and drug use.* Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Eysenck HJ. (1952) T. »The effects of psychotherapy: An evaluation«, *Journal of Consulting Psychology 16*:319-324.

Feehan M., McGee R. & Williams SM. (1993) »Mental health disorders from age 15 to age 18 years«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32 (6)*: 1118-1126.

Feindler EL., Ecton RB., Kingsley D. & Dubey DR. (1986) »Group anger-control training for institutionalized psychiatric male adolescents«, *Behavior Therapy 17:* 109-123.

Feldman RA., Caplinger TE. & Wodarski JS. (1983) T*he S:t. Louis conundrum: The effec-*

Fine S., Forth A., Gilbert M. & Haley G. (1991) »Group therapy for adolescent depressive disorder: a comparison of social skills and therapeutic support«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30 (1)*: 79-85.

Fixsen DL., Phillips EL., Phillips EA. & Wolf MM. (1976) »The teaching-family model of group home treatment. I: Craighead WE., Kazdin AE. & Mahoney MJ. (red.) *Behavior modification: Principles, issues, and applications.* Boston: Houghton Mifflin.

Fo WSO. & O´Donnell CR. (1975) »The buddy system: Effect of community intervention on delinquent offenses«, *Behavior Therapy 6*: 522-524.

Fonagy P. & Moran GS. (1990) »Studies on the efficacy of child psychoanalysis«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 58:* 684-695.

Fonagy P. & Target M. (1994) »The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33(1):* 45-55.

Forehand R. & McMahon RJ. (1981) *Helping the non-compliant child: A clinician's guide to parent training.* New York: Guilford.

Freud A. (1958). »Adolescence«, *Psychoanalytic study of the child 16:* 225-278.

Garfield SL. & Bergin AE. (1994) »Introduction and historical overview«. I: Bergin AE., Garfield SL., (red.) *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Gibbs JC., Arnold KD., Ahlborn HH. & Chessman FL. (1984) »Facilitation of sociomoral reasoning in delinquents«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 52:* 37-45.

Goodrich W. (1994) »Research issues in adolescent inpatient psychiatry«. I: Ghuman HS., Sarles RM., (red.) *Handbook of adolescent inpatient psychiatric treatment.* New York: Brunner/Mazel, Inc.

Guerra NG. & Slaby RG. (1990) »Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 2. Intervention«, *Developmental Psychology 26:* 269-277.

Hazelrigg MD., Cooper HM. & Borduin CM. (1987) »Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis«, *Psychological Bulletin 101:* 428-442.

Hendren RL. (1993) »Adolescent psychotherapy research: A practical review«, *American Journal of Psychotherapy 47:* 334-343.

Henggeler SW., Rodick JD., Borduin CM., Hanson CL., Watson SM. & Urey JR. (1986) »Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction«, *Developmental Psychology 22:* 132-141.

Iglehart AP. (1994) »Kinship foster care: placement, service, and outcome issues«, *Children and Youth Services Review 16:* 107-122.

Kashani JH. & Cantwell DP. (1983) »Characteristics of children admitted to inpatient community mental health center« *Archives of General Psychiatry 40:* 397-400.

Kazdin AE. (1993a) »Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research«, *Development & Psychopathology 5:* 277-310.

Kazdin AE. (1993b) »Adolescent mental health: Prevention and treatment programs«, *American Psychologist 48:* 127-141.

Kazdin AE. (1994) »Psychotherapy for children and adolescents«. I: Bergin AE., Garfield SL., (red.) *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Kazdin AE., Bass D., Ayers WA. & Rodgers A. (1990) »Empirical and clinical focus of

child and adolescent psychotherapy research« *Journal of Consulting & Clinical psychology 58:* 729-740.
Kazdin AE., Seigel TC. & Bass D. (1992) »Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 60:* 733-747.
Kernberg PF. & Chazan SE. (1991) *Children with conduct disorders: A psychotherapy manual.* New York: Basic Books.
Kolko DJ. & Milan MA. (1983) »Refraiming and paradoxical instruction to overcome »resistance« in the treatment of delinquent youths: A multiple-baseline analysis«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 51:* 655-660.
Levitt EE. (1957) »The results of psychotherapy with children: An evaluation«, *Journal of Consulting Psychology 21:* 189-196.
Levitt EE. (1963). »Psychotherapy with children: A further evaluation«, *Behavior Research and Therapy 60*: 326-329.
Lindon J. & Nourse CA. (1994) »A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused« *Child Abuse & Neglect 18 (4):* 341-348.
Luborsky L., Crits-Cristoph P., Mintz J. & Auerbach A. (1988) *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
Mann, BJ., Borduin CM. (1991) »A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents: 1978-1988«, *Adolescence 26 (103):* 505-541.
Michelson L., Sugai DP., Wood RP. & Kazdin AE. (1983) *Social skills assessment and training with children.* New York: Plenum.
Mufson L., Moreau D., Weissman MM., Wickramaratne P,. Martin J. & Samoilov A. (1994) »Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33* (5): 695-705.
Offer D. & Boxer A. (1991) »Normal Adolescent Development: Empirical Research Findings«. I: Lewis M. (red.) *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook.* Baltimore: Williams & Wilkins.
Offord DR & Bennett KJ (1994) »Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33* (8): 1069-78.
Offord DR., Boyle MC. & Racine YA. (1991) »The epidemiology of antisocial behavior in childhood and adolescence«. I: Pepler DJ., Rubin KH., (red.) *The Development and Treatment of Childhood Aggression.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, .
O´Malley F. (1990) »Developing a therapeutic alliance in the hospital treatment of disturbed adolescents«, *Bulletin of the Menninger Clinic 54*: 13-24.
Persons RW. (1966) »Psychological and behavioral change in delinquents following psychotherapy«, *Journal of Clinical Psychology 22:* 337-340.
Persons RW. & Pepinsky HB. (1966) »Convergence in psychotherapy with delinquent boys«, *Journal of Counseling Psychology 13*: 329-334.
Ranieri DJ. (1984) »Motivating institutionalized adolescents for psychotherapy«, *Adolescence 19 (76):* 925-33.
Robins LN. (1966) *Deviant children grown up.* Baltimore: Williams & Wilkins.
Rutter M. & Giller H. (1983) *Juvenile Delinquency. Trends and Perspectives.* New York: Guilford Press.
Sherer M. (1985) »Effects of group intervention on moral development of distressed

Smith ML., Glass GV. & Miller TL. (1980) *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: The John Hopkins Press.

Swaim RC., Oetting ER., Edwards RW. & Beauvais F. (1989) »Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model«, *Journal of Consulting and Clinical psychology 57 (2):* 227-231.

Taber MA. & Proch K. (1987) »Placement stability for adolescents in foster care: Findings from a program experiment«, *Child Welfare 66 (5):* 433-445.

Truax CB., Wargo DG. & Silber LD. (1966) »Effects of group psychotherapy with high accurate empathy and nonpossessive warmth upon female institutionalized delinquents«, *Journal of Abnormal Psychology 71:* 267-274.

Weisz JR. & Weiss B. (1989) »Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 57:* 741-746.

Weisz JR., Weiss B., Alicke MD. & Klotz ML. (1987) »Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 55:* 542-549.

Wells P. & Faragher B. (1993) »In-patient treatment of 165 adolescents with emotional and conduct disorders. A study of outcome«, *British Journal of Psychiatry 162:* 345-352.

Werner EE. & Smith RS. (1992) *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, New York: Cornell University Press.

Kan ingen hjälpa Sanna?

En beskrivning av nätverksterapins möjligheter

Monica Brendler-Lindqvist och Jan Swaling

KLOCKAN 2 PÅ ONSDAG MORGON går Sanna ut ur sitt rum och in i badrummet där hon tömmer mammas burk av värktabletter. Sanna går ut i hallen, hämtar sina cigaretter i jackfickan och går ut i köket. Hon sätter sig vid köksbordet och tänder en cigarett. Det är mörkt ute. Det är i mars.

Dagen efter får vi på barnpsyk. veta att det ligger en 15-årig flicka på sjukhusets intensivvårdsavdelning efter magsköljning. Hon har sagt att hon kände en längtan efter att dö. Samma kväll kommer Sanna och hennes mamma till sjukhusets nätverksavdelning.

Sanna får en kontaktperson på avdelningen. Hon heter Erika. Morgonen därpå sätter de sig tillsammans och ritar Sannas nätverkskarta, där Sanna skriver upp sin mamma, storebror, lillebror, mammas sambo, mostrar, kusiner, mormor, många kompisar och en fritidsgårdsledare. Men hon skriver inte upp sin pappa. Erika pratar med henne om det. Mamma och pappa är skilda och pappa vet inte att Sanna har gjort ett självmordsförsök och inte heller att Sanna är inlagd på barnpsyk. Sanna har förbjudit mamma att berätta det för pappa och mamma har gått med på det.

Erika och nätverksterapeuten Mikael träffar senare på dagen Sanna och den familj hon bor tillsammans med. Det är mamma, mammas sambo, lillebror och storebror. De kommer överens om vilka familjen tycker ska vara med på ett nätverksmöte. Mamma vill bjuda in sin syster, Sannas moster och kusin, Sanna vill bjuda in sina närmaste kompisar och fritidsledaren, men om pappa tycker de olika. Mamma vill att han ska få komma men hon vill inte gå emot Sanna, som inte vill att han ska få veta någonting. Storebror hjälper dem att lösa konflikten genom att själv erbjuda sig att ringa deras pappa, berätta för honom vad som har

hänt och bjuda in honom till mötet. Då går Sanna med på det.

Till mötet kommer femton personer. Det är Sannas kompisar som alla är ledsna och förtvivlade, men också undrande inför varför Sanna inte ville leva längre. Det är mamma, som är skuldtyngd och känner sig hjälplös efter Sannas självmordsförsök. Det är hennes sambo, som är pappa till Sannas lillebror, och som är orolig för hur det ska gå för honom och hans nya familj nu när Sanna verkar må så dåligt. Det är Sannas storebror, som är arg och ledsen för att Sanna inte pratat med honom om hur hon har haft det, så att han kunnat hjälpa henne och det är Sannas moster och kusin, som båda har haft mycket kontakt med Sanna, men inte anat vad som skulle hända. Det är Sannas fritidsledare, som redan för en månad sedan tagit kontakt med mamma på grund av sin oro för Sanna. Och så är det pappa, som inte fått veta något förrän nu och som känner sig oerhört utanför och avvisad.

Nätverksterapeuten inleder mötet och säger att alla ska få utrymme att komma till tals. Han förstår att det är en kris för alla som finns runt Sanna, att Sannas självmordsförsök har väckt många känslor och frågor hos dem och att han ska hålla i mötet på ett sådant sätt att de får möjlighet att prata med varandra om det.

Sannas kompisar berättar om den där gången för två år sedan då Sanna, Camilla och Lovisa var med om en bilolycka. Lovisa dog och Sanna blev skadad och låg på sjukhus. »Är det det som finns kvar inom dig och som gör dig så ledsen?«, frågar de Sanna, men Sanna vet inte.

Fritidsledaren berättar att hon blivit orolig för Sanna för att hon förstått att Sanna använt hasch och kanske andra droger också. Det var därför hon hade pratat med Sanna om att hon måste ringa hennes mamma och berätta om sin oro. »Hasch och kanske andra droger« – det faller ner som en bomb i gruppen. »Vadå, har Sanna drogat?«, utbrister storebror, moster ser ut som ett frågetecken och kompisarna frågar: »Är det sant, Sanna?«, men Sanna svarar inte utan hänger bara med huvudet. Då frågar pappa mamma förtvivlat: »Har du vetat om det här?« Jo, nog har hon vetat om och Sanna och hon har varit på ett samtal med en socialsekreterare om det här, men sedan blev det inget mer och Sanna har väl inte drogat sedan dess, tror mamma. »Men varför har jag inte fått veta något?«, säger pappa argt och mamma svarar: »Sedan vi skilde oss har du inte brytt dig om barnen, inte ens när Sanna låg på sjukhuset efter bil-

att det är sant, men han vet också att det inte var så han ville ha det när de skilde sig och ändå så blev det så här.

När nätverksterapeuten avslutar mötet tar han upp de många oklarheter som finns kring hur Sanna egentligen har haft det under de senaste åren, hur kommunikationen mellan dem som finns runt Sanna har avstannat, hur det har lett till att Sanna har blivit mycket ensam med sina svårigheter och hur de alla också på så sätt blir som isolerade öar runt Sanna istället för ett skyddande nätverk som tillsammans kan vara ett stöd för Sanna. Han uppmanar dem att hälsa på Sanna och hålla kontakten med henne nu när hon är på sjukhuset så att det ska bli lättare för Sanna att återvända hem. Han ber mamma och pappa att sätta sig ner med Sanna och ta reda på om hon har använt droger och i så fall vilka och hur mycket. Mamma och pappa säger att de ska göra det och sedan kommer man överens om att ses tillsammans igen på ett nytt nätverksmöte en vecka senare.

Några dagar senare berättar Sanna för Erika att hon är utsatt för ett hot, hon kan bli dödad om hon säger något. Erika blir rädd när hon hör detta och vill veta mer. »Vilka är det som hotar dig och varför?«, frågar hon, men Sanna vill inte berätta något mer. Erika bestämmer sig för att ta upp det med Sannas föräldrar och det gör Sanna jättearg. Aldrig mer ska hon lita på Erika. Men Erika står på sig och säger att hon vill ta det Sanna säger på allvar och om hon är utsatt för ett hot så måste hennes föräldrar få veta det, för tänk om det skulle hända något. Det visar sig att mamma redan känner till det, för Sanna hade redan berättat det för läkaren på barnakuten, men hon vet inget mer om det. Pappa visste ingenting och han börjar nu fråga Sanna. Sanna är ovillig och vill inte svara, men till slut säger hon att hon känner till något om »tillverkningen« och om hon skulle säga något, så skulle de åka dit och sedan skulle hon dö. Pappa blir arg och säger att han vill vrida nacken av den som hotar henne, men då skrattar Sanna och säger att det är ingen idé, för det är inte bara en som hotar henne utan många och om man tar bort en så finns det många kvar som står i kö. Mamma föreslår att de ska flytta från området, men det vill inte Sanna och pappa håller med henne. Erika säger att hon inte har förstått hur allvarligt hotet är, men att hon vill att föräldrarna ska veta om hur utsatt Sanna känner sig så att de kan ta ansvaret för Sanna så att hon inte behöver vara ensam med sina känslor.

nas mamma och pappa att de har pratat med Sanna om att hon har använt droger. Det har varit hasch, ecstasy och LSD. Första gången var det i 6:an, berättar pappa, när hon prövade hasch och sedan var det någon gång i 7:an. Därefter var det ett års uppehåll så det har inte hållit på hela tiden.

Moster berättar hur olycklig hon har känt sig sedan förra gången när hon förstod att Sanna antagligen hade använt droger och hur svårt hon har haft att sova, att hon har ringt till Sannas mamma och att de har pratat jättemycket. Kusinen lägger till att han inte hade fattat att det var haschrökning det var frågan om. Han trodde att det var vanlig rökning. Två av Sannas kompisar berättar att de har vetat om det här, men de visste inte att den andre visste, så nu när alla fått veta känns det lättare, så att man kan prata öppet med varandra. Storebror känner sig arg och besviken både på Sanna och på mamma, som inte har berättat något för honom. Sanna blir väldigt ledsen när han tar upp det och en kompis lägger armen om henne. Mammas sambo undrar om det verkligen inte är fler av Sannas kompisar här i rummet som också har använt droger, men det förnekar alla. Fritidsledaren menar att det här inte bara handlar om droger, utan också om hur man har det i familjen. Hon säger att hon vill träffa Sanna tillsammans med hennes mamma och pappa en stund efter mötet och pappa säger att han ställer upp. Mamma nickar och det gör Sanna också.

På slutet av mötet tar Erika upp frågan om hur länge Sanna ska stanna på sjukhuset. Mamma vill att Sanna ska komma hem, men hon vill att de ska få hjälp i fortsättningen också. Sannas kompisar vill att hon ska komma hem så fort som möjligt och pappa tycker att det är Sanna som ska bestämma själv. Nätverksterapeuten föreslår att familjen samlas före helgen för att prata mer om när Sanna ska skrivas ut och att man i så fall har ett avslutande möte för hela gruppen lite senare.

När familjen samlas kommer Sannas mamma och pappa, mammas sambo och lillebror, och storebror. Det blir ett samtal om tillit. Kan mamma lita på att Sanna skulle vända sig till henne om hon återigen skulle känna att hon inte vill leva längre? Kan Sanna lita på att mamma skulle orka ta emot henne om hon skulle vilja prata, men också på att mamma skulle våga ge Sanna den frihet hon behöver för att leva vidare? Kan mammas sambo lita på att Sanna inte börjar med droger igen?

gen att Sanna tappade tryggheten när föräldrarna skilde sig, men att han vill att hon ska lita på att han inte tänker svika henne igen och att hon ska ge honom en ny chans. Sanna verkar inte veta om hon vill bli utskriven från sjukhuset eller inte, men till slut kommer man överens om att hon ska åka hem över påsken som nu kommer och att hon sedan ska komma tillbaka innan man definitivt bestämmer om utskrivning.

På skärtorsdagen ringer Sanna och säger att hon vill komma tillbaka till avdelningen. Hon står inte ut med att bo hemma, säger hon, och hon känner ett sug efter knark. Erika pratar med henne och sedan med hennes mamma och till slut finner man en annan lösning. Sanna följer med sin moster, morbror och kusin till Göteborg över helgen och kommer tillbaka till sjukhuset efter det.

Efter påsken samlas gruppen återigen som man kommit överens om. Men alla är inte med. Två av Sannas kompisar kommer inte och inte heller fritidsledaren. Kompisarna tyckte att det var för jobbigt, berättar Sanna, och fritidsledaren hade sagt att hon nu tyckte att hon hade gjort sitt. De kompisar som är där tycker att det är konstigt att Sanna ville komma tillbaka till sjukhuset. De förstår inte varför hon ska vara där och Sanna förklarar att hon tycker att det är för jobbigt att bo hemma.

Nätverksterapeuten ger då gruppen ett förslag för hur man skulle kunna arbeta vidare med de delar som han tycker att de behöver arbeta mer med: mammas och Sannas relation, pappas och Sannas relation och mammas och pappas relation. Han delar sedan upp gruppen i en ungdomsgrupp, en vuxengrupp och en föräldragrupp för att prata om detta förslag. När han kommer tillbaka berättar ungdomarna att de tycker att det vore bra att Sanna fick möjlighet att prata med sina föräldrar, för de tror att hon behöver det och de själva tycker inte att det känns lika meningsfullt med de här större mötena längre. Vuxengruppen stödjer också förslaget. Både moster och mammas sambo tycker absolut att Sanna och hennes föräldrar behöver hjälp att prata med varandra och reda ut saker. Mamma säger att det här är vad hon har velat hela tiden, men pappa säger att de ska klara av det själva. Då säger Sanna: »Det går inte när det gått så långt, det är för sent, det är kört!« Pappa blir tveksam och säger att de får väl fortsätta då, men om det inte blir någonting av det... »Det vet man ju inte«, säger Sanna, »då är det ju lika bra att ta chansen«. På så vis blir det bestämt att Mikael ska arbeta med Sanna och hennes

Till det första familjemötet har Sanna, utan att mamma och pappa vet om det, bjudit in en socialsekreterare. Sanna vill få hjälp att flytta hemifrån. Mamma försöker förstå varför Sanna inte vill bo hemma längre. Sanna har svårt att beskriva det, men till slut säger hon försiktigt: »Det är så svårt att möta er, för jag har fått er att må så dåligt. Ni skulle må mycket bättre om jag inte fanns.« Då säger mamma: »Jag är väldigt lycklig över att du finns... Jag vill inte förlora dig till något pris. Är det att du känner skuld för att du har gjort ont mot mig eller...? Jag har tagit allt på så sätt att jag lär mig mycket av det här. Jag anklagar dig inte för någonting, så du behöver inte ens tänka på det.« Men Sanna fortsätter att anklaga sig själv och säger att hon lika gärna kunde ha fortsatt att vara den snälla flickan som höll käften och aldrig klagade, men mamma svarar henne och säger att så behöver hon inte vara, det är bättre nu när hon kan föra fram sina tankar och inte bara vara snäll och ta emot allting. »För så är ju inte vi andra heller«, säger mamma. Socialsekreteraren, som lyssnat på Sannas och mammas dialog, undrar om det verkligen skulle vara bättre för Sanna att bo någon annanstans, att det kanske är bättre att stanna och arbeta sig igenom det som är jobbigt än att fly. Sanna vill i alla fall inte flytta hem, utan hon stannar på sjukhuset och familjesamtalen fortsätter.

Det blir under familjesamtalen tydligt att ett av skälen till att Sanna vill vara kvar på sjukhuset är att det då är mamma och pappa som kommer till henne. Det är mamma och pappa som tar initiativet till kontakt, ansvaret för kontakten ligger inte på Sanna – det är Sanna som blir uppsökt, inte hon som söker upp. Dessutom är sjukhuset en neutral plats för Sanna, som länge har befunnit sig i en lojalitetskonflikt mellan mamma och pappa, en plats där hon kan möta dem utan att känna att hon sviker någon av dem. Även för pappa är det betydligt lättare att träffa Sanna på sjukhuset. Det känns inte bra för honom att återvända till sitt gamla hem där det nu bor en annan man och Sanna vägrar att följa med pappa till hans nya familj som hon upplever har stulit hennes pappa ifrån henne. Pappa ber Sanna att ge honom en ny chans, han ska inte överge henne igen, men Sanna säger att eftersom de inte har haft någon större kontakt under två och ett halvt år, så tycker hon inte att det är värt att försöka nu. »Varför?«, undrar pappa. »För att jag tycker att det är kört«, svarar Sanna. »Jag vet inte hur jag ska göra och du vet inte hur du ska göra«,

hur man ska göra för att alla ska må bra. Om man backar fem år skulle jag ha gjort saker på ett annat sätt. Nu förstår jag att det kriget som var mellan din mamma och mig, det gick ut över dig och din bror också. Om jag var arg på mamma så var jag arg på er också och det var inte bra.«

De pratar med varandra, mamma och Sanna, pappa och Sanna och mamma och pappa, om det som känts svårt och om hur de ska kunna undvika att hamna i sitt gamla mönster nu när Sanna ska skrivas ut från sjukhuset. För Sanna är det mycket svårt att återvända hem för hennes gamla familj finns inte kvar längre. Mamma har fått ett nytt barn med en ny man och Sannas storebror är på väg att flytta hemifrån. Dessutom tycker Sanna att det är svårt att återvända till sin skola igen. »Jag vill att det är klart i plugget först«, säger Sanna, »så att de vet när jag kommer tillbaka.« De bestämmer då att de ska ha ett avslutande nätverksmöte hemma hos Sanna och till det ska både de som varit med förut och skolkuratorn från Sannas skola bjudas in.

Det är fjorton personer som samlas. Förutom Sanna, mamma och pappa är mammas sambo, lillebror, moster och kusinen, fyra av Sannas kompisar, skolkuratorn, socialsekreteraren, Erika och nätverksterapeuten med. Storebror kommer inte. Han har åkt till Danmark för att arbeta där en period. Sanna vill bo hos honom där, men det går inte för hon måste gå ut 9:an först och sedan har hon sökt till gymnasiet. Men hon vet inte om hon kommer in på den linje hon har sökt, för hon har väldigt låga betyg, mycket lägre än vad hon skulle kunna ha om hon bara hade kunnat koncentrera sig bättre. Skolkuratorn erbjuder sig att hjälpa henne genom att skriva ett intyg och förklara situationen för den skola som Sanna har sökt till och Sanna tycker att det är bra. För sommaren har Sanna tillsammans med mamma och socialsekreteraren planerat att hon ska få bo på en gård med hästar och det är hon nöjd med för hon vill inte bo hemma hela sommaren. Men det finns svårigheter också. Vad ska Sanna säga till sina skolkamrater om var hon har varit den här månaden? »Det är ju inte roligt om typ någon kommer fram och säger 'Har du varit på psyket?'«, säger Sanna, men sedan lägger hon till att i så fall ska hon svara: »Det ska du skita i!«. »Fast det är klart man skulle tänka 'Hur fan kan du veta det?'«. Sannas kompisar säger att de ska stötta henne och att de inte ska berätta för dem som inte har med saken att göra vad hon har varit med om. Hon kan lita på dem, säger de, men kan de

»Tänk om de här knarklangarna kommer och försöker få med dig igen i deras kretsar«, säger mostern, »då måste du berätta det för någon så att vi kan hjälpa dig att stå emot.« Sanna svarar inte på det, men Nina, Sannas kompis, säger att hon kommer att fråga Sanna, för förut visste hon ingenting så då kom hon inte på tanken att fråga, men nu när hon vet, då tänker hon fråga och då vill hon få ett ärligt svar. »Det vet jag inte om jag kommer att ge«, svarar Sanna ärligt. »Om jag misstänker något så kommer jag att prata med din mamma om det«, säger Nina då.

Mamma berättar att hon tycker att allt har gått bra sedan Sanna kom hem från sjukhuset. »Vi har pratat med varandra också«, säger hon, och Sanna tittar uppmärksamt på mamma. »På vems initiativ?«, frågar Erika, som vet hur viktigt det är för Sanna att det är mamma som tar initiativet till kontakt och mamma svarar att hon har frågat Sanna olika saker och sedan har de pratat med varandra. Sanna nickar. Sedan berättar pappa att han i helgen åkt hem till Sanna och frågat henne om hon ville följa med honom till båten, och det ville Sanna, men bara till kl 12. »Och då hade jag i vanliga fall gett upp«, säger pappa, »men det gjorde jag inte nu, utan jag sa ›Men det hinner vi inte.‹ och då ändrade hon sig och följde med till slut.« »Åh, vad fint!«, kommenterar Sanna som tycker pappa gör sig bättre än vad han är, men sedan håller hon med om att det blev bra den gången.

När mötet börjar närma sig sitt slut sammanfattar nätverksterapeuten hur han ser på arbetet tillsammans med gruppen, hur jobbigt det har varit för dem många gånger, men också hur spännande det har varit att arbeta tillsammans med dem och att han upplevt att det finns en oerhörd styrka och kraft både hos de vuxna kring Sanna och bland ungdomarna, och att han tycker att det ser mycket hoppfullt ut för framtiden. Alla reser sig och skakar hand med varandra utom Sanna och en kompis, som går ut direkt för att ta en cigarett på gården. När Erika kommer ut genom porten tänder hon också en cigarett. Efter en stund kommer Sanna och hennes kompis fram till henne och Sanna säger hej då och ger henne en kram.

Efter sommaren ringer Sannas pappa till Erika på nätverksavdelningen. »Ringer du?«, säger Erika förvånat. »Ja, kommer du inte ihåg att jag lovade att ringa er och berätta hur det gick?«, svarar pappa, »Och nu satt jag här och städade i min plånbok och då hittade jag telefonnumret och då tänkte jag 'jag ringer upp dem nu på en gång'.« Han berättar att S

na var på ridläger i en vecka och därefter fick hon arbeta kvar där på den gården i fyra veckor. Hon har varit på semester med moster och morbror hos storebror i Danmark och en helg var hon med mamma och lillebror hos mormor. Pappa tycker att Sanna är väldigt lugn nu och att de har en bra kontakt. Hon har varit med honom ute och fiskat och hon har varit hemma hos honom och ätit middag när hans familj var på semester. Hon kom in på den linje hon ville och nu bor hon på skolan i veckorna och kommer hem över helgen. »Det enda som fortfarande är lite problem«, säger pappa, »är skilsmässan och allt vad den har medfört, men nu gör jag allt för att den inte ska gå ut över barnen.« Erika frågar hur han tror att Sannas mamma tänker om detta och han svarar att han tror att hon tänker likadant. Erika säger att hon tycker att det låter väldigt positivt och pappa svarar att det faktiskt känns väldigt bra och att Erika kan känna sig nöjd. Erika tackar honom för det och för påringningen och ber honom hälsa till Sanna och alla som hon känner.

(Brendler-Lindqvist & Swaling, 1995)

(Ovanstående fallbeskrivning är avidentifierad i samarbete med Sanna och hennes föräldrar och av dem godkänd för publicering.)

Nätverksterapeutisk behandling som metod

Vi börjar vårt kapitel med berättelsen om Sanna och arbetet med henne och hennes nätverk, för att beskriva vad som sker i nätverksterapeutisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin. De tonåringar vi möter har lagts in på barnpsykiatrisk klinik på grund av allvarliga självmordsförsök, traumatiska upplevelser och psykiska störningar. Många har redan tidigare varit i kontakt med den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården, skolhälsovården och socialvården. Ibland har de erbjudits individualterapi, familjeterapi eller andra sociala insatser men inte kunna ta emot den hjälpen (Nylander, 1981).

Så var det också för Sanna. Hon hade tillsammans med sina föräldrar varit på några samtal på PBU, hon hade haft en sporadisk kontakt med skolkuratorn och hon hade tillsammans med sin mor haft en kontakt

läggs in på barnpsykiatrisk klinik, inte motiverad att ta emot hjälpen.

Det är dessa ungdomar som har uppmuntrat oss att söka nya vägar för behandling. Vi har vidgat perspektivet och uppmärksammat hela det sociala sammanhang som tonåringen befinner sig i och utvecklat en behandlingsmodell som vi kallar nätverksterapi, vars teoretiska ram är kunskaper från psykodynamisk gruppteori, systemisk familjeteori och utvecklingspsykologi (Bion, 1974; Lorentzon, 1985; Speck & Attneave, 1975; Svedhem, 1985; Morin & Seidman, 1986; Boscolo m.fl. 1987; Swaling m.fl. 1990; Anderson & Goolishian, 1992; Blos, 1962; Erikson, 1969).

Vår erfarenhet är att en inläggning på barnpsykiatrisk klinik har föregåtts av ett sammanbrott i det omgivande sociala nätverket (Schoenfeld m.fl. 1986).

Flödet av erfarenheter mellan människorna i det sociala nätverket har avtagit eller upphört, så att stereotypa bilder har skapats och möjligheter till bearbetning av konflikter har gått om intet. Krisen i det omgivande sociala nätverket är akut och det är då nödvändigt att inte enbart se till tonåringens egna relationer till individerna i nätverket, föräldrar, släktingar, lärare, kamrater osv., utan också till relationerna mellan dessa individer. Vårt fokus i behandlingen blir just dessa ofta konfliktfyllda relationer (Pattison m.fl. 1975; Svedhem, 1991; Swaling, 1995).

Vi möter människor som tänker i kategorierna »rätt« och »fel«, både i förhållande till det personliga och till relationerna i nätverket. När detta sker och dialogen upphör, avstannar den för mänskligt liv nödvändiga rörelsen och förhindrar därmed utveckling och växt av personligheten och identiteten.

En inläggning på sjukhus är i detta läge en kritisk punkt. Den kan leda till att tonåringens psykiska svårigheter befästs genom att de viktiga sammanhangen runt honom eller henne blir perifera, passiviserade och marginaliserade, och att det sociala nätverket runt tonåringen snörs av och ersätts av ett professionellt nätverk med personal från psykiatrin och andra hjälpinstanser (Lipton m.fl. 1981; Westermayer & Pattison, 1981). Men en inläggning kan också leda till att nätverket ges möjlighet till utveckling och nytt liv. Vi kan bidra till att människorna i nätverket börjar söka efter innebörden i det som sker, efter meningen med det som händer i deras liv.

I Sannas fall hade fleråriga konflikter mellan föräldrarna lett till att

och moderns relation försämrats betydligt. Sannas kommunikation med sin storebror hade upphört och hennes relation till sin moster och jämnåriga kusin hade blivit ytligare. Sannas kamrater hade genom olika tysthetslöften blivit isolerade från varandra och de som kände till drogmissbruket upplevde sig ensamma och maktlösa inför det som höll på att hända.

I skildringen av vårt arbete med Sanna kan man se hur människorna i hennes nätverk börjar finna orden för, och dela med sig av, sina känslor till varandra i det terapeutiska rum eller utrymme som nätverksterapeuten bidragit till att skapa. Tillsammans med Sanna skapas en livsberättelse som öppnar för nya perspektiv på individuella, själsliga fenomen och ömsesidiga beteenden som utvecklats i relationerna mellan de olika individerna i nätverket. Men också i utvecklandet av en förståelse av att identiteten formas och präglas under hela livsprocessen (Erikson, 1969; Blos, 1962). Kontaktpersonen Erika bidrar till att mönstret – att inte finna ord för och samtala med varandra om svåra upplevelser – bryts genom att själv aktivt ta kontakt med Sannas anhöriga t.ex. när Sanna berättar om de hot hon upplever att hon är utsatt för, och se till att de får möjlighet att samtala om detta. Vår tanke är att teamet kring den unge, genom dialog inom teamet och med det omgivande sociala nätverket, bidrar till att hjälpa honom eller henne att klara ut och sortera sina känslor på så sätt att han eller hon så småningom ska kunna utveckla sin inre dialog. Det är denna inre dialog som hos många av våra ungdomar med psykiska svårigheter inte har kunnat utvecklas (Seikkula, 1991).

Olika personer i gruppen tar själva inititativ till samtal mellan nätverksmötena, t.ex. fritidsledaren som ber att få träffa Sanna tillsammans med hennes föräldrar och som bidrar till att fadern når en insikt om hur Sanna upplevde föräldrarnas skilsmässa. Dessa initiativ uppmuntras av nätverksterapeuten och kontaktpersonen för att motverka passivisering och objektifiering av nätverksmedlemmarna, vilket alltid är risken vid en institutionsvistelse.

När arbetet avslutas har Sanna ett väl fungerande nätverk kring sig, som kan stödja henne vid psykiska påfrestningar – inte var och en för sig utan tillsammans. Ett exempel på detta är när Sannas bästa kompis uttrycker att om hon i framtiden kommer att misstänka att Sanna har använt droger, kommer hon att, efter att ha frågat Sanna om det, ta kontakt med Sannas mamma.

Några resultat från studier av nätverksterapeutisk behandling

Vår erfarenhet är att det faktum att man tar hänsyn till ungdomars hela sociala situation i sig är en förändrande kraft. Denna kraft har vi sökt kanalisera genom att hitta metoder för behandling som innefattar hela det sociala nätverket (Speck & Attneave, 1975; Svedhem, 1985; Schoenfeld, 1986; Morin & Seidman, 1986; Swaling m.fl. 1990). I en undersökningsgrupp med 31 ungdomar arbetade vi med nätverksinterventioner. De hade följande problematik: allvarliga självmordsförsök, allvarlig relationsproblematik, sexuella övergrepp, anorexi, allvarlig depression, PTSD, psykos och allvarlig tvångsneuros. Vi fann att i flertalet fall förändrades de dysfunktionella mönstren i nätverket så att den unge inte behövde ytterligare behandling. Av de 31 som ingick i studien flyttade två ungdomar till behandlingshem, båda hade vårdats länge på avdelningen. Ytterligare två ungdomar har efter studiens avslutande placerats på behandlingshem. En placerades i familjehem. I fyra av de fem placeringarna utanför hemmet var nätverket helt överens om placeringen, vilket bidrar till en gynnsam prognos för den fortsatta behandlingen. Resten av ungdomarna har fortsatt sitt boende hemma. Att så många som 26 ungdomar av 31 återvände till sin ursprungliga sociala miljö, med fortsatt boende och skolgång hemma och med en förändring av den aktuella konflikten och självdestruktiviteten vid inläggningen, ser vi som ett gott resultat. En stor del, hälften av ungdomarna, hade fortsatt kontakt med socialtjänsten efter utskrivningen, medan endast ett fåtal fortsatte eller påbörjade en kontakt med öppenvården, PBU. Vanligtvis var det i de fallen en individualterapeutisk kontakt (Swaling, 1995).

Nätverksavdelningen på S:t Görans sjukhus i Stockholm (nerlagd sista april 1996) har utvecklat en speciell behandlingsmodell för ungdomar med olika psykotiska tillstånd (den grupp som kanske är att betrakta som barn- och ungdomspsykiatrins svåraste, men också den viktigaste gruppen att arbeta med) i syfte att motverka alltför svårt lidande och långvarig hospitalisering. Behandlingen bygger på nätverksterapi i kombination med psyko-pedagogiska metoder (Anderson m.fl. 1986; Falloon, 1987), där den unge och nätverket samlas för att lära sig att förstå mer kring vad psykosen är och vad de konkret kan göra för att stödja den unge och varandra, och för att göra det okända och ibland skrämmande av-

kotiska beteendet känt, hanterbart och välbekant. Vid en analys av nätverken hos ungdomarna i den psykotiska gruppen, visade det sig att dessa i flertalet fall var så decimerade att de enda relationer som fanns vid inläggningen var till familj och släkt. När det gäller dessa ungdomar har vi arbetat aktivt för att återknyta förlorade kontakter och i vissa fall bidragit till skapandet av nya. Av de åtta ungdomar med diagnosen psykos som ingick i studien, har endast en placerats på behandlingshem, medan resten bor hos föräldrarna eller i eget boende (två ungdomar). Ungdomar med diagnosen psykos placeras vanligen nästan uteslutande på institution, många gånger med långa vårdtider som följd. Vi finner det intressant att när nätverket kring de psykotiska patienterna aktivieras och de psykotiska mönstren i nätverket förändras, tycks det finnas förutsättningar för fortsatt behandling i öppenvård.

Det sociala nätverkets betydelse för ungdomars psykiska hälsa

Inom det barn- och ungdomspsykiatriska fältet har ett synsätt på barns och ungdomars problematik och psykiska störningar vuxit fram, som kan betecknas som i högsta grad multifaktoriellt (Nylander, 1985; Rutter & Hersov, 1985). Under ungdomstiden sker ju mycket snabba förändringar med avseende på biologiska, psykologiska, sociala och kunskapsmässiga funktioner (Erikson, 1969; Blos, 1962; Ramström, 1991). Vi vet idag mycket om betydelsen av ett gott samspel mellan barnet/den unge och familjen, daghemmet, skolan, fritidshemmet och kamratgruppen. Den sistnämndas starkt ökande betydelse betecknar man ibland till och med som »socialt uterus« (Ziehe, 1975). Det är en självklarhet för alla att ungdomars hela sociala sammanhang är betydelsefullt och i många fall livsavgörande för hur utvecklingen kommer att te sig för respektive individ. Det är inte enbart tonåringens egna relationer till andra som har betydelse, utan också relationerna mellan de människor, sammanbindande länkar[1], som finns i det omgivande sociala nätverket (Svedhem, 1991; Hammer, 1981). Vi kan lätt föreställa oss att det får konsekvenser för barn och ungdomar att under uppväxten hamna i lojalitetskonflikter, t.ex. när föräldrar är i konflikt eller när mamma eller pappa är starkt kritisk till dagis- eller skolfrökens sätt att arbeta eller det

tionen kan bli svår då farmor kritiserar mamma för hennes sätt att sköta barnet, eller då en tonåring ingår i ett gäng där man super, knarkar, gör inbrott och är i konflikt med både föräldrar, andra kamrater, skola och samhälle. Exemplen är många där barnet/den unge hela tiden befinner sig i sammanhang där både de egna relationerna till mamma, pappa, syskon, kompisar osv. och relationerna mellan människor i omgivningen påverkar det intrapsykiska skeendet. När någon (som Sanna i exemplet ovan) har ett socialt nätverk som har utvecklat ett dysfunktionellt mönster, kan det leda till utvecklande av allvarliga psykiska störningar, men också till missbruk, kriminalitet och svår social problematik (Pattison m.fl. 1975; Henderson, 1980; Garbarino & Sherman, 1980; Hammer, 1983; Salzinger m.fl. 1983; Veiel m.fl. 1992).

I en longitudinell studie har vi på S:t Görans sjukhus undersökt skillnaden mellan hur s.k. normalbarns och problembarns sociala nätverk ser ut. Den mest påfallande skillnaden visade sig vara att antalet sammanbindande länkar och antalet personer var betydligt färre för barn med problem. En annan viktig faktor som kan antas bidra starkt till barnens problem är det absoluta minimum av vuxna som fanns i deras nätverk. Dessa barn har även personer från betydligt färre sociala sammanhang (= nätverkssektorer) än de utan psykiska symtom (Swaling, 1995).

Forskningen kring barns och ungdomars sociala nätverk och dess betydelse för den psykiska hälsan har vuxit lavinartat det senaste decenniet. Vi har här bara utrymme att peka på några viktiga tankar och resultat.

Ett lite annorlunda men väl så intressant sätt att beskriva sambandet är att se på studier som beskriver vilka personer ungdomar med problem söker hjälp hos. House m.fl. (1979) beskriver detta i en undersökning och studerade både professionell och icke professionell hjälp. De flesta tonåringar svarade att de i första hand sökte hjälp av familjen och vänner, därefter skolpersonal. Ett flertal andra studier (Dubow m.fl. 1965; Feldman m.fl. 1986; Seiffge-Krenke, 1989) bekräftar att tonåringar hellre söker hjälp hos vänner och föräldrar än hos professionella. Mycket tyder också på att det inte var så mycket störningsgraden som avgjorde om man sökte hjälp, snarare karaktäristika kring personen som erbjöd tonåringen hjälp. Man kan också se könsskillnader i det hjälpsökande beteendet bland adolescenser (D'Attilio m.fl. 1992). Flickor väljer oftare vänner och pojkvänner om de har personliga problem, medan pojkar oftare

sökt emotionellt störda barn beskriver hur dessa hellre söker upp vänner, medan »normala« barn hellre söker upp föräldrar. Denna forskning har förstärkt våra tankar om vikten av att inte enbart arbeta med familj och släkt när det gäller ungdomar med svåra psykiska problem, utan också inkludera deras kamrater.

En stor grupp som vi möter på de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna är de ungdomar som löper risk att ta livet av sig. Flera studier visar på det sociala nätverkets betydelse för denna risk. D'Attilio m.fl. (1992) visade t.ex. att över 52 procent av skillnaden i självmordspotential berodde på socialt stöd och det sociala nätverket. Tillfredsställelse med det sociala stödet bidrog till den största skillnaden. Risken för självmord ökade vid minskad tillfredsställelse med det sociala stödet för tonåringen. En viktig faktor tycks vara kvalitén på det erhållna stödet. Tonåringar med större risk för suicid var mindre nöjda med kvalitén på sitt sociala stöd. Triolo m.fl. (1984) beskriver i sin stora suicidstudiegenomgång hur »forskare generellt har negligerat betydelsen av kamratrelationer bland suicidpatienter«.

I flera omfattande prospektiva longitudinella studier har sambandet mellan socialt stöd/nätverk och hälsa och dödlighet undersökts (Hammer, 1983; Berkman & Syme, 1979; Kaplan m.fl. 1988; Broadhed m.fl. 1983; Östergren & Hanson, 1990). Genomgående kan sägas att man finner starka samband mellan å ena sidan bristande hälsa och dödlighet i de flesta sjukdomar och å andra sidan dåligt fungerande, konliktfyllda nätverk.

Vi anser att nätverksterapin som behandlingsmetod bör jämställas med andra psykoterapeutiska metoder som kräver kunskaper om individers och gruppers medvetna och omedvetna processer. Bakom det behandlingsarbete som vi har beskrivit ovan ligger ett mångårigt och målmedvetet arbete, bestående av inhämtande av kliniska erfarenheter, reorganisering av den tonårsavdelning som nätverksterapibehandlingen bedrivs på, utbildning och handledning för personalen på nätverksterapiavdelningen samt forskning. För att bedriva nätverksterapi krävs inte bara en nätverksledare, utbildad i gruppterapi och/eller familjeterapi, utan också en kontext, som i vårt fall består av utbildade och erfarna mentalskötare/sjuksköterskor, kuratorer, läkare och psykologer med en nätverksinriktad utbildning ovanpå varje professions grundutbildning. Personalen på vår nätverksavdelningen har genomgått en ettårig grund-

verksbehandling, med en ettårig påbyggnadsutbildning i nätverksterapi, teori och praktik. Dessutom har personalen erhållit handledning i nätverksterapi en gång i veckan under fyra och ett halvt år. Mentalskötare och sjuksköterskor har parallellt med denna handledning dessutom en psykoanalytiskt inriktad grupphandledning en gång i veckan.

Det är svårt att arbeta med nätverksterapi, att mobilisera de delar av nätverket som krävs för behandlingen och att leda de nätverksterapeutiska mötena på ett sådant sätt att ett terapeutiskt klimat skapas. Efter mångårigt arbete tycker vi att vi i vissa fall har nått de mål som vi önskat. Emellertid möter vi ibland nätverk där vi inte lyckas etablera en »terapeutisk allians«, och därför inte kan bedriva nätverksterapi. Dessa erfarenheter har dock inte kunnat kopplas till speciella diagnoser eller psykiska symtom hos tonåringen.

En fråga vi ofta möter är om det är möjligt att bedriva nätverksterapi efter sexuella övergrepp. Denna fråga bygger på en missuppfattning: att det sexuella övergreppet skulle vara en hemlighet för det omgivande sociala nätverket, när det i själva verket är i allra högsta grad offentligt på grund av den utredning från både polis och sociala myndigheter som måste ske (vi har ju anmälningsplikt reglerad i lag) och som ibland leder till åtal och rättegång. Att i detta skede, med den djupa kris som varje individ upplever inom sig och mellan varandra i nätverket, skapa en möjlighet att uttrycka känslor och tankar, ser vi som en viktig del för tonåringens framtida möjligheter till symtomförbättring. I dessa nätverksterapier arbetar vi med de starka känslor av bristande tillit, svek, hopp, skuld och skam som finns inom och mellan de olika medlemmarna i nätverket. Vi vill dock betona att vi i dessa fall inte bjuder in den misstänkte förövaren. Vår erfarenhet är dessutom att de ungdomar, som varit utsatta för sexuella övergrepp, ofta har berättat om detta för någon/några kamrater, som då får bära detta förtroende utan stöd från vuxna. Vi har kunnat se hur dessa ungdomar har tyngts av kännedomen om övergreppet och hur de har befriats av att uppleva att de vuxna kring tonåringen tar ansvar för att övergreppen upphör, men också för anmälan till vederbörande myndighet och sist, men inte minst, för sina (de vuxna) känslor inför vetskapen om att tonåringen har blivit utsatt för sexuella övergrepp.

Vi vill också betona att man kan arbeta med det sociala nätverket kring en tonåring på andra sätt än det som vi beskrivit ovan. Detta arbete kan

bete, för att skilja det från nätverksterapi. Vi tror, och har en förhoppning om, att våra erfarenheter av nätverksterapeutisk behandling även ska kunna befrukta nätverksarbete som metod. Vår uppfattning är att behandlingsstudier med kontrollgrupper bör genomföras för att ytterligare öka kunskapen om nätverksterapins effekter.

Referenser:

Anderson CM., Reiss DJ. & Hogarty GNE. (1986) *Schizophrenia and the family.* New York: Guilford Press.

Anderson H. & Goolishian HA. (1992) *Från påverkan till medverkan.* Stockholm: Mareld.

Anderson H., Goolishian HA. & Winderman L. (1986) »Problem determined systems: Towards transformation in family therapy«, *Journal of Strategic System Therapy 5:* 1-13.

Berkman LF. & Syme SL. (1979) »Social networks,host resistance, and mortality: A nine-year follow up study of Alameda county residents«, *American Journal Epidemiology 109:* 186-204.

Bion W. (1974) *Gruppterapi – teorier och erfarenheter.* Stockholm: Prisma.

Blos P. (1962) *On adolescence.* New York: The Free Press.

Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L & Penn P (1987) *Milan systemic family therapy.* New York: Basic Books.

Brendler-Lindqvist M. & Swaling J. (1995) *Pågående dokumentationsstudie,* opublicerat manus. Stockholm: Inst. för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet.

Broadhed WE., Kaplan BH., James SA. m.fl. (1983) »The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health«, *American Journal Epidemiology 117*: 521-536.

D'Attilio JP., Campell BM., Lubold P., Jacobsson T. & Richard JA. (1992) »Social support and suicide potential: Preliminary findings for adolescent populations«, *Psychological Reports 70*: 76-78

Dubow EF., Kautsch D., Blum MC., Reed J. (1965) »Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of high school students«, *Journal of Clinical Child Psychology 18*: 158-166.

Erikson E.H. (1969) *Ungdomens identitetskriser.* Stockholm: Natur & Kultur.

Fallon IHR., Boyd JL. & McGill CW. (1987) *Family care of schizophrenia.* New York: Guilford Press.

Feldman W., Hodgson C., Corber S. & Quinn A. (1986) »Health concerns and health-related behaviors of adolescents«, *Can. Med. Assoc. J. 134*: 481-493.

Garbarino J. & Sherman D. (1980) »High-risk neighborhood and highrisk families: the human ecology of child maltreatment«, *Child Development 51:* 188-198.

Hammer M. (1981) »Social supports, social networks, and schizophrenia«, *Schizophrenia Bulletin 7*: 45-47.

Hammer M. (1983) » ›Core‹ and » ›extented‹ social networks in relation to health and

Henderson S. (1980) »The significance of social relationships in the aetiology of neurosis«. I: Parkes CM. & Stevenson-Hinde J. *The place of attachment in human behavior.* London and New York, Prodist, s. 34-83.
Hodgson C., Feldman W., Corber S. & Quinn A. (1986) »Adolescent heath needs II. Utilization of heath care by adolescents«, *Adolescence 21:* 383-390.
House EA., Durfee MF. & Bryan CK. (1979) »A survey of psychological and social concerns of rural adolecents«, *Am. J. Psychiatry 144:* 361-366.
Kaplan GA., Salonen JT., Cohen RD., Brand RJ., Syme SL. & Puska P. (1988) »Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease. Prospective evidence from Eastern Finland«, *American Journal Epidemiology 2(128)*: 370-381.
Lipton FR., Cohen CI., Fischer E. & Katz SE. (1981) »Schizophrenia: a network crisis«, *Schizophrenia Bulletin 7:* 144-151.
Lorentzon L. (1985) *Gruppen.* Stockholm: Raben & Sjögren.
Morin RC., Seidman E. (1986) »A social network approach and the revolving door patient«, *Schizophrenia Bulletin* 12(2): 262-273.
Nylander I. (1981) »The development of antisocial behaviour in children«, *Acta Paedopsychiatry 47:* 71-80.
Nylander I. (1985) *Akut barn och ungdomspsykiatri. En vägledning för hälsovårdens och skolans personal.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Offer D., Howard KI., Schonert KA. & Ostrov E. (1991) »To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed Adolescents«, *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry 30:4*: 623-630.
Pattison EM., De Francisco D., Fraizer H., Wood PE. & Crowder JA. (1975) »A Psychosocial kinship model for family therapy«, American Journal of Psychiatry 132: 1246-1251.
Ramström J. (1991) *Tonåringen i välfärdssamhället.* Stockholm: Natur & Kultur.
Rutter M. & Hersov L. red. (1985) *Child and Adolescent Psychiatry – Modern approaches.*
Salzinger S., Kaplan S. & Artemyeff C. (1983) »Mothers personal social networks and child maltreatment«, *Journal of Abnormal Psychology 92*: 68-76.
Schoenfeld P., Halevy J., Hemley-van der Velden E. & Ruhf L. (1986) »Longterm outcome of network therapy«, *Hosp Community Psychiatry 37:* 373-376.
Seiffge-Krenke I. (1989) »Problem intensity and the disposition of adolescents to take therapeutic advice«. I: Brambring M., Losel F. & Skowronek H. (red.) *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention*, New York: Walter de Grayter, s. 457-77.
Seikkula J. (1991) *When the family and the hospital get coupled: A research on the boundary system.* Doct.diss. Jyväskylä universitet.
Speck RV. & Attneave C. (1975) *Det sociala nätverket.* Stockholm: Wahlström & Widstrand.
Swaling J., Ensani S., Lundgren K., Odhammar F., Näreskog M. & Svedhem L. (1990) »Nätverksterapi på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik«, *Socialmedicinsk Tidskrift 67(1-2)*: 56-64.
Swaling J. (1995) *Ungdomars sociala nätverk och nätverksterapeutisk behandling.* Opuplicerat manus. Stockholm: Inst. för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet.
Svedhem L. red. (1985) *Nätverksterapi – teori och praktik.* Stockholm: Carlssons Bokförlag.
Svedhem L. (1991) *Socialt nätverk och beteendeproblem i skolan hos 11-13-åringar.* Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Triolo SJ., McHenry PC., Tishler CL. & Blyth DA. (1984) »Social and psychological discriminants of adolescent suicide: age and sex differences«, *Journal of Early Adolescence 4*: 239-251

Veiel HOF., Kühner C., Brill G. & Ihle W. (1992) »Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients«, *Psychological Medicine 22*: 415-427.

Westermayer J. & Pattison E. M. (1981) »Social networks and mental illness in a peasant society«, *Schizophrenia Bulletin 7*: 125-134.

Ziehe T. (1975) *Pubertät und Narzissmus*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.

Östergren P-O. & Hanson BS. (1990) »Forskning om socialt nätverk och socialt stöd – metod eller teori – problem?« *Socialmedicinsk Tidskrift 67(1-2)*: 37-42.

Familjebehandling vid ungdomsasocialitet

Kjell Hansson

Inledning

I SVERIGE HAR FAMILJETERAPI en relativt kort historia. De första influenserna kom från USA i slutet av 1960-talet och i början av 1970-talet. Det var framför allt Virginia Satir och Salvador Minuchin som hade stort inflytande på den behandlingsinriktning som då tog fart i Sverige. Impulser hämtades även från Mental Research Institute (MRI) under ledning av bl.a. Paul Watzlawick som också kom hit för att hålla föreläsningar. Familjeterapi har visat sig vara ett effektivt behandlingsredskap vid flera barnpsykiatriska problemtillstånd (Cederblad & Hansson, 1989). Rent allmänt kan man säga att familjeterapi har varit en behandlingsinriktning som också intresserat sig för ungdomsbrottslighet och ungdomsasocialitet. I Sverige bedriver vi sedan ca 10 år familjeterapeutisk psykoterapiutbildning vid universiteten i Umeå och senare Malmö-Lund. Denna psykoterapeutiska inriktning är jämställd med individualterapi och ger likvärdig legitimation.

Salvador Minuchin var en av dem som tidigt introducerade familjebehandling för familjer med asociala och aggressiva barn (Minuchin m.fl. 1964). I sin bok om familjer i slummen (*Families of the slum,* Minuchin m.fl., 1967) beskriver Minuchin hur han arbetade med slumfamiljer, framförallt färgade eller med sydamerikansk härkomst, på Wiltwyck School for Boys. Minuchin introducerade behandlingsmetoder där man arbetade med omstruktureringar, dvs. han återgav föräldrarna auktoritet och placerade barnen i en lägre hierarkisk position i familjesystemet. Det kan vara intressant att notera att Minuchin är en av de få familjeterapeuter som inte arbetade i en privat kontext utan på en barnpsykiatrisk klinik, Philadelphia Child Guidance Clinic. Från denna klinik utvecklades familjeterapeutiska metoder som riktade sig mot olika diagnos-

matiska problem kan nämnas (Minuchin m.fl. 1978). Någon bra utvärdering av denna behandling gjordes emellertid inte, men Minuchins metoder har sedan tillämpats av andra familjeterapeuter. Den strategiska familjeterapin vars företrädare framför allt är Jay Haley och Cloe Madanes var också tidigt intresserade av asociala barn och ungdomar. Jay Haleys bok *Flytta hemifrån* har under en tid varit en av klassikerna både i USA och här i Sverige (Haley, 1982). Cloé Madanes (1980) samarbetade nära Jay Haley och hon intresserade sig tidigt för missbruk och var en av de första som gjorde familjeterapeutisk forskning kring heroinmissbruk.

Den mer moderna familjeterapeutiska utvecklingen har därefter fjärmats från dessa utslagna grupper som utgörs av familjer vars barn är asociala och beteendestörda. Den familjeterapeutiska behandlingen har blivit alltmer medelklassbetonad och reflekterande och mindre inriktad på att man faktiskt behöver ändra sitt beteende. Haley tog starkt avstånd från den psykoanalytiska invidualterapeutiska hållningen och föreslog en mer systemisk familjeterapeutisk syn. Den moderna familjeterapin har blivit alltmer lik den dynamiska psykoterapin igen. Detta har bland annat lett till att man fjärmat sig från vissa diagnosgrupper där ungdomsbrottslighet ingår.

I detta kapitel vill jag beskriva delar av den forskning som gjorts när det gäller familjeterapeutisk behandling av ungdomskriminalitet och asocialitet. Jag kommer därefter att ta upp resultat och erfarenheter av den forskning, som vi på institutionen för barn- och ungdomspsykiatri vid Lunds universitet själva bedriver inom detta område. Jag kommer att blanda begreppen asocialitet och kriminalitet med begreppet beteendestörning, där jag ser de förstnämnda som bredare och mindre specificerade begrepp.

Bakgrund

En mängd forskning såväl internationellt som i Sverige har visat att barn från multiproblemfamiljer (dvs. familjer med en anhopning av psykisk sjuklighet och missbruk hos föräldrarna, dålig arbetsanpassning, kriminalitet och kroppslig sjuklighet) och splittrade familjer visar en klart ökad risk för långvarig social felutveckling samt eget missbruk (West,

1976). I Sverige har såväl en efterundersökning av barn behandlade på barnbyn Skå (Andersson, 1976) som 1956-års klientelundersökning (Sarnecki, 1985) visat att 50-70 procent av individerna, vilka tidigt i livet varit föremål för samhällets ingripande på grund av eget socialt avvikande beteende, har en mycket dålig egen social anpassning i vuxenåldern, vilket varaktigt slagit ut dem från vanliga samhällsfunktioner. Andersson (1976) fann vid en uppföljning av pojkar från Barnbyn Skå 18 år efter utskrivningen, att 67 procent förekom i kriminalregister och 58 procent i fylleriregistret, 9 procent var döda, 53 procent hade frikallats från militärtjänst och 33 procent hade varit sjukskrivna för psykiska besvär. Robins (1981) har gjort flera longitudinella studier av ungdomsasocialitet och har funnit att risken för att sådana symtom kvarstår i vuxenlivet är mycket stor. Hon har bl.a. konstaterat att alla vuxna kriminella visat asociala beteenden som barn, men hon påpekar också att ca hälften spontanförbättrats. Hon menar att antisociala beteenden såsom svårfostran, stölder, rymningar, skolk och skolmisslyckanden (trots adekvat intelligens), utespring, slagsmål, tidig sexuell aktivitet samt tidigt missbruk av tobak, alkohol och droger är högt korrelerade och förefaller utgöra ett syndrom även om det finns undergrupper. Rydelius (1979) beskrev att av 149 ungdomar som togs för fylleri i Umeå och behandlades på barn- och ungdomspsykiatriska kliniken återföll 44 procent i fylleri under en femårsperiod. I en senare studie med 15 års uppföljningstid fann Rydelius (1981) att 36 procent av söner till alkoholmissbrukande fäder återfanns i kriminalregister, 31 procent greps för fylleri varav 21 procent flera gånger. 22 procent hade fått socialhjälp mer än tre gånger.

Samband mellan familjefaktorer och asocialitet

För att det ska kunna anses motiverat att arbeta med familjeterapi vid ungdomsbrottslighet bör det finnas ett samband mellan familjefaktorer och barnens asocialitet. Flera studier har visat att det finns olika karaktäristika i familjer med ungdomskriminalitet som skiljer dessa familjer från »normala«. (Alexander, 1973; Reiss, 1971; Jacob, 1975; Singer, 1974; Minuchin m.fl., 1967; Tolan m.fl., 1986). Man har t.ex. funnit att variabler som familjesammanhållning och familjedisciplin är lägre i familjer med brottslingar än i andra familjer. Vidare har man funnit att barnet är mer inflytelserikt än ena eller båda föräldrarna i familjer med sociala

barn (Tolan m.fl., 1986). Reiss (1971) kom fram till att man i brottslingars familjer ofta är emotionellt isolerade från varandra och saknar kunskap om andra familjemedlemmars åsikter och motiv. Alexander och Parsons (1973) noterade att man ofta har en oklar och förvirrad kommunikation i brottslingars familjer. Dessa familjer kännetecknas av en försvarsinriktad kommunikation. Ofta finns det en medlem som dominerar familjen både avseende tid och volym och man saknar ofta fokus för kommunikationen. I familjer med kriminellt belastade barn händer det att det man säger till varandra inte hänger ihop.

Jacob (1975) har gjort en sammanställning av familjeinteraktioner i ovannämnda familjer och fastslår fem olika aspekter på familjeinteraktion som skiljer de kriminella familjerna från icke kriminella. Jämfört med »normala« familjer tenderar dessa familjer att:

a) visa större meningsskiljaktigheter mellan föräldrarna då det gäller att ge direktiv till barnen
b) ge barnen lika stor makt som föräldrarna
c) uttrycka positiva känslor mindre och negativa känslor mer
d) missuppfatta större del av kommunikationen
e) visa större ovilja att kompromissa

Singer (1974) har visat att i kriminella familjer tar modern ofta ansvar för att utforma regler, medan fadern ansvarar för att denna policy blir utförd. Det betyder att föräldrasystemet ger barnet budskap som lätt kan missuppfattas eller som står i strid med varandra. Det innebär också att det är enkelt för barnet att få föräldrarna att komma i konflikt med varandra. Minuchin m.fl. (1964, 1967) har visat att barn ofta visar agressivitet i kriminella familjer. I de fall då föräldrarna försöker stoppa detta har det oftast ingen effekt och barnet kan fortsätta med sitt beteende. Föräldrarna drar sig tillbaka utan att få ordning på barnet. De kan inte genomdriva sin vilja och förlorar därmed sin auktoritet.

Vi kan alltså konstatera att det finns ganska stabila samband mellan familjefunktion och asocialitet. Nästa fråga är om det finns dokumenterad effekt av behandling inriktad på familjer med dessa problem.

I USA har man sedan länge arbetat med flera exemplariska program där man integrerat utvärderingsforskning och processforskning på ett ambitiöst sätt. Ett av de mest ambitiösa forskningsprogrammen är det

Center (OSLC) har bedrivit sedan tidigt 1970-tal (Patterson m.fl., 1992). Man har bedrivit forskning och utveckling på olika områden; utvärderingsforskning, processforskning, modellutveckling med hänsyn till den grupp som man sysslar med och en absolut noggrannhet och konservatism när det gäller att genomföra och värdera sin forskning. Utvärderingsforskningen har framför allt rört barn med aggressivitet och asocialitet. Den teoretiska bakgrunden i detta program är framförallt social inlärning där interventionerna inriktats på att man tränar föräldrarna i detta synsätt och denna behandling (Parent management training). I Pattersons modell ingår också familjeterapi och äktenskapsterapi med föräldrarna om det krävs. Denna grupps arbete har följts och kopierats av andra, som antingen direkt har samarbetat med Patterson eller också mer självständigt har utvecklat liknande modeller. Flera studier har visat att denna behandlingsinriktning har klar effekt vid aggressivitet och asocialitet (Kazdin, 1994).

Ett annat program är det som Szapocznik och hans medarbetare har utvecklat, vilket har bidragit med utveckling av mätmetoder, olika familjeterapeutiska metoder för att möta svårmotiverade familjer och experimentella utvärderingstudier (Szapocznik m.fl. 1989, 1990). Szapoczniks behandlingsmetod är inriktad på strukturell familjeterapi, dvs. man inriktar sig på omstruktureringar i familjen (Minuchin, 1967). Precis som Patterson har Szapocznik forskat på många olika nivåer i behandlingen. Szapoczniks forskning har också visat att familjeterapi enligt hans sätt att arbeta har positiva effekter på barn med asocialitet. Han har också visat att familjebehandling kan påverka individuella variabler minst lika bra som individualterapi.

De utvärderingar av familjeterapi som hittills presenterats har oftast vilat på strukturell-strategisk familjeterapeutisk teori och metod. Det är möjligt att denna metod är speciellt lämplig för dessa problem. Utöver ovan nämnda forskningsprogram finns andra redovisade studier med positiva resultat av familjeterapi vid ungdomskriminalitet (Henggeler m.fl. 1992). Kazdin m.fl. (1987) har funnit att vid behandling där man kombinerat Parent management training med social träning för barnen (Problem-solving skills training) har resultaten varit goda och hållit i sig minst ett år efter avslutad behandling. Izzo och Ross (1990) har i en metaanalys konstaterat att de största framgångarna med behandling har funnits i program där man behandlat med social inlärning, familjetera-

Funktionell familjeterapi

En tredje inriktning som sysslat med ungdomsbrottslighet är funktionell familjeterapi (FFT). Begreppet funktionell familjeterapi har myntats av professor Jim Alexander, University of Utah, Salt Lake City, USA (Alexander & Parsons, 1982). Under mer än 20 års tid har Alexander och hans medarbetare utvecklat denna behandlingsmodell. Fram till dags dato har han och hans forskargrupp publicerat en bok, minst 20 artiklar och en rad bokkapitel om denna behandlingsmetod. De har bedrivit rigorös forskning på utvärdering, processtudier och terapeutvariabler. Alexander startade med att undersöka om det fanns skillnader i kommunikation mellan familjemedlemmarna i familjer som hade asocialt barn och familjer som inte hade barn med dessa problem. De första artiklarna som skrevs publicerades 1973 (Alexander 1973, Alexander & Parsons 1973, Parsons & Alexander 1973). Alexander startade sin familjeterapeutiska bana hos Salvador Minuchin på Philadelphia Child Guidance Clinic.

Behandlingsmodell i funktionell familjeterapi

I enlighet med den forskning som har bedrivits i funktionell familjeterapi har man konstaterat att vissa hörnstenar här är viktiga. Tidigare har nämnts att Alexander startade med att undersöka skillnaden i kommunikation mellan familjer med asociala barn och »normala« familjer. Han fann då att två typer av kommunikation var intressanta nämligen »Försvarsinställd kommunikation« och »Stödjande kommunikation« (Alexander 1973; Alexander & Parsons, 1973). I den behandlingsmodell som han därefter utvecklade är han intresserad av att försöka ändra familjernas sätt att kommunicera med varandra.

Försvarsinställd kommunikation

Denna kommunikation väcker försvar och motstånd hos mottagaren och tyder på fientlighet eller fördömande från den som sänder ut meddelandet.

1. Dogmatisk – dömande kommunikation. Denna kommunikation kännetecknas av att man dömer och värderar vad andra gör och säger – oftast i nedvärderande syfte.

2. Kontrollerande och strategisk kommunikation. Detta innebär att man försöker kontrollera vad den andra ska säga eller berätta. Man försöker påtvinga någon tankar eller idéer på ett strategiskt sätt utan att man har talat om det innan.

3. Likgiltig kommunikation. Här visar man att man inte är intresserad och inte bryr sig om personen eller det som diskuteras. Man är inte intresserad av den andres åsikter eller önskemål.

4. Överlägsenhet. Man förmedlar en maktposition, högre status, överlägsen intelligens eller fysisk styrka och är inte intresserad av att delta i en gemensam problemlösning.

Stödjande kommunikation

1. Genuint informationsgivande/-sökande. Detta innebär att familjemedlemmarna efterfrågar information på ett sådant sätt att de verkligen vill ha information och är beredda att lyssna.

2. Spontan problemlösning. Detta sätt att kommunicera innebär att man bidrar till positiv problemlösning och förklarar sig villig att medverka till gemensamma lösningar på problem. Man efterfrågar hur man kan bidra och vad andra önskar för hjälp eller stöd.

3. Empatisk förståelse. Detta innebär att man är beredd att visa omtanke, empati och respekt för den som talar utan att vara avvisande eller ointresserad. Det andra människor säger eller gör fördöms inte utan man visar försök till ärlig förståelse.

4. Igenkännande likhet. Här kan familjemedlemmar avslöja att de känner igen sig i varandras problem, att de själva har haft samma svårigheter eller tankar.

I den funktionella familjeterapimodellen är det viktigt att försöka minska på den försvarsinställda kommunikationen och öka den stödjande. Det terapeutiska klimatet bör därför befrämja stödjande kommunikation. Kodningsmanualer för skattning av de olika kommunikationstyperna har utarbetats (Waldron m.fl. 1993)

Det är viktigt att terapeuten både är strukturerande och har en bra förmåga att skapa en relation med familjen.

Att vara strukturerande betyder:

1. *Att vara styrande,* dvs. att ha förmåga att styra diskussionen och den terapeutiska processen, att kunna ge direktiv, att ha förmågan att vara centrum för familjens interaktioner och positioner, att vara ganska verbal samt att inte ge upp i sitt försök att styra så att familjen tar över det som händer i sessionen.

2. *Att ha en klar kommunikation.* Detta betyder att det är viktigt att terapeuten försöker uttrycka sig preciserat så att inga missförstånd kan uppstå när han kommunicerar med familjen.

3. *Att ha förmåga att ge klara och begripliga bilder av familjen.* Detta gäller både när terapeuten ska försöka beskriva det han ser och hör, och när han ska tydliggöra den kontext familjen lever i.

4. *Att ha självförtroende.* Detta betyder att det är viktigt att terapeuten har möjlighet att uppfylla de förväntningar på duglighet som familjemedlemmarna har rätt att ställa när de kommer till behandling.

5. *Att ge optimistiska budskap,* dvs. att t.ex. utifrån den forskning som finns på ett trovärdigt sätt kunna säga att det finns möjligheter att se positivt på problemen.

6. *Att ha tillräcklig auktoritet* så att terapeuten inte backar inför de utmaningar i form av diskvalificeringar, ifrågasättande m.m. som han kan bli utsatt för från familjen eller från någon av dess medlemmar.

Förmåga att skapa en relation betyder:

1. *Att koppla känsla till beteende,* vilket innebär att försöka undersöka hur folk beter sig liksom vad det är för känslor som styr detta beteende och vad är det för känslor som eventuellt väcks under detta beteende.

2. *Att ha känsla för vad som händer i själva situationen* så att det kan användas för att koppla samman känsla med beteende.

3. *Att vara icke-dömande,* vilket inte innebär att terapeuten måste vara neutral i den betydelsen att han accepterar allt som sägs och sker, utan att han försöker ha en icke dömande attityd till familjen. Detta för att det ska vara möjligt för familjen att avslöja sig och berätta om saker och ting utan att terapeuten blir fördömande.

omtanke och försöka skapa en stödjande atmosfär i stället för en försvarsinställd atmosfär.

5. *Att ha kunna visa humor* i den svåra situationen. Terapeuten bör ha möjlighet att med humorns hjälp få familjen att se sig själv i ett annat perspektiv än de kanske gör för tillfället.

6. *Att avslöja sig själv*, dvs. att berätta om sidor av sig själv som kan hjälpa familjen, eller genom detta visa förståelse för familjesituationen.

Jim Alexander menar att det är viktigt att familjemedlemmarna redan vid första mötet får ny information att tänka på och att de upplevt nya känslor att fundera över när de lämnar den första sessionen. Han visade att det framförallt var viktigt med strukturerande förmåga för att få familjer att återkomma till fortsatt behandling (Alexander m.fl. 1976).

Vidare är det inom denna familjeterapeutiska inriktning mycket viktigt att arbeta med positiv omformulering, att man hittar sätt att se på saker och ting på ett icke dömande sätt samt att man ser resurserna i sammanhanget och inte enbart de problem som alltid finns. Positiv omformulering används för att bidra till ett stödjande terapeutiskt klimat och för att underlätta stödjande kommunikation. Det kan också bidra till att familjen får nya tankar och minskar sin dogmatiska inställning.

Alexander menar att man kan se den terapeutiska uppläggningen utifrån två olika faser. Den första fasen handlar om diagnostisering, man iakttar och försöker beskriva familjens kommunikation och symtomens betydelse för barnen med avseende på närhet och distans i relationen mellan familjemedlemmarna. Symtomens funktion i familjesystemet anses vara att vidmakthålla en viss distans eller närhet till föräldrarna. Förmågan att uttrycka känslomässiga beroenden familjemedlemmarna emellan är viktig att undersöka. Denna diagnostiska fas menar Alexander är viktig innan man gör olika terapeutiska interventioner eller ingripanden. Han menar att innan man kommer in på undervisning och edukativa interventioner ska man ha känslomässigt arbetat igenom olika problemområden. Om inte detta känslomässiga arbete genomförts har familjen inte möjlighet att ta emot råd och pedagogisk information eller träna specifika uppgifter. Denna undervisningsfas menar Alexander är den andra fasen i det terapeutiska arbetet.

Alexander menar att det är viktigt att man diskuterar igenom det som är anledningen till besöket hos terapeuten, [illegible]

alitet, att alla i familjen då har kunskap om vad som hänt och att man kan föra en öppen diskussion i familjen. Det är också viktigt att undersöka om andra allvarliga problem, t.ex. missbruk eller föräldrars kriminalitet, finns i familjen. Han betonar även vikten av att man försöker hindra en fortsättning på det kriminella beteendet så fort som möjligt, med hjälp av olika myndigheter, grannar, frånvarande fäder etc. Alexander framhåller att det är viktigt att alla får uttrycka känslor kring de områden som ska förändras för att en förändring ska kunna bli möjligt. Beteenden har olika känslomässiga innebörder för olika personer. Eftersom en av grunderna till det här sättet att arbeta är systemteoretisk, är det viktigt att kunna arbeta relationistiskt, dvs. att man ser hur beteenden påverkar relationerna i familjen. Det är också av mycket stor vikt att terapeuten är flexibel vad gäller terapeutisk stil, arbete med olika kontext osv. Terapeuten får inte låsa sig i en bestämd hållning som han tror är den enda rätta, utan han får försöka anpassa sig, så att han kan hjälpa familjen så mycket som möjligt.

Forskningsresultat om funktionell familjeterapi

Alexander har i ett flertal studier visat att funktionell familjeterapi har en klar effekt även vid uppföljningar efter ett par års tid. Det har också visat sig att det är möjligt att påverka inte enbart det barn som är anledning till att man remitterar till funktionell familjeterapi, utan även syskon blir förbättrade. Vid jämförelse med flera andra pågående behandlingsprogram för denna grupp ungdomar har funktionell familjeterapi visat sig vara effektivt och effektivare än andra program när det gäller återfall i kriminalitet (tabell 1).

Tabell 1 visar att återfallsfrekvensen i den grupp som man givit funktionell familjeterapi har den klart lägsta återfallsfrekvensen i jämförelse med andra behandlingsformer. Den visar också att behandlingsformer kan ge »biverkningar« som leder till att återfallsfrekvensen ökar, t.ex. vid psykodynamisk familjebehandling. Orsak till detta kan vara att man är mer intresserad av familjens bakgrund och att familjens medlemmar ska få insikt om sina problem, och inte så klart inriktad på att beteendet ska förändras. I tabellen har också inkluderats den genomsnittsliga återfallsfrekvensen bland kriminella ungdomar i det område där studien gjorts.

Tabell 1. Frekvens återfall i kriminalitet hos behandlade och deras syskon uppdelat på olika behandlingar.

Grupp	n	% återfall efter 18 mån.	% återfall hos syskon efter 2,5-3,5 år
»Genomsnitt« Salt Lake	2800	51	
Kontrollgrupp	10	50	40
Klientcentrerad familjebehandling	19	47	59
Eklektisk-psykodynamisk familjebehandling	11	73	63
Funktionell familjeterapi	46	26	20

(Alexander & Parsons, 1973; Klein m.fl. 1977)

Man har vidare börjat intressera sig för könsperspektivet. T.ex. har man visat att pappor respektive mammor svarade olika beroende på terapeutens kön (Newberry m.fl. 1991). Detta betyder bl.a. att när man ska skriva behandlingsmanualer måste man ta hänsyn till terapeutens kön.

I en undersökning av 21 familjer med asociala barn där 21 olika terapeuter stod för behandlingen, fann man att stödjande kommunikation var associerad med lyckat resultat. I de familjer där barnen inte återföll i kriminalitet och asocialitet var kommunikationen dominerad av stödjande kommunikation medan det inte var så i familjer där barnen återfallit.

Alexanders forskning kritiserades framförallt av två orsaker: 1. att man arbetade med relativt ringa belastade ungdomar och 2. att undersökningarna dittills endast hade genomförts i Salt Lake City, som var speciellt eftersom en stor del av befolkningen var mormoner. Barton m.fl. (1985) genomförde därför en ny studie med 30 familjer där barnen i genomsnitt hade blivit fällda för minst 20 brott. Dessa familjer behandlades med funktionell familjeterapi och man fann en återfallsprocent om 60 procent, medan en grupp om 44 ungdomar som erhöll alternativ behandling återföll till 93 procent under en 16 månaders period. Man fann alltså att funktionell familjeterapi hade god effekt även på

domsbrottslingar med mer digert register. Den andra kritiska punkten föranledde Alexander och medarbetare att genomföra nya undersökningar på andra ställen än Salt Lake City. Andra undersökningar har också genomförts med positivt resultat (Gordon m.fl. 1988; Regas & Sprenkle, 1983; Friedman, 1989).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att funktionell familjeterapi har använts framgångsrikt vid behandling av asocialitet i olika grad. Minst fem olika studier på olika orter har visat detta. Vi kan också konstatera att resultaten kring defensiv och stödjande kommunikation är entydiga och har replikerats i minst tre studier. Dessa ovanligt hållfasta och återkommande terapiresultat föranledde oss i Lund att starta ett motsvarande projekt.

Funktionell familjeterapi i Lund

Vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri vid Lunds universitet startade vi 1992 ett eget projekt när det gäller funktionell familjeterapi, under ledning av professor Marianne Cederblad. Vi hade då läst den imponerande forskning som Jim Alexander och hans grupp hade genomfört och vi hade besökt honom för att närmare titta på resultat och arbetssätt när det gäller funktionell familjeterapi. Under projektets gång har vi också bjudit Alexander till Sverige och han har då deltagit i projektet, både med konsultationer och med tillfällig handledning.

Skälen till att vi startade detta projekt var flera. Dels visste vi av klinisk erfarenhet, att den här typen av familjer med asocialitet och kriminalitet ofta inte får speciellt mycket hjälp från barnpsykiatrin. Detta verifieras ofta av personalen på socialförvaltningarna, som är missnöjda för att de inte får den hjälp av barnpsykiatrin som de hoppats på. Dels var vi intresserade av att pröva om denna i USA så framgångsrika modell kunde tillämpas i Sverige med samma framgång. Vi tyckte också att det var viktigt att hitta modeller som kunde användas tidigt för att hindra en asocial utveckling hos ungdomar. Vi hade även tidigare arbetat med asociala ungdomar och deras familjer.

Projektet innebar att vi skulle göra en experimentell studie där vi utsatte hälften av familjerna för funktionell familjeterapi och hälften skulle få konventionell socialvård. Socialsekreteraren vid polisen i Lund

att lotten avgjorde vilka familjer som skulle erbjudas vilken behandling. I projektet skulle alla familjer utom de familjer som hade pågående behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin eller socialförvaltningen ingå, förutsatt att familjen förstod hygglig svenska. Gången i själva projektet började med att den unge blev tagen av polisen, därefter skedde ett utredande samtal med polisens socialsekreterare. Hon genomförde lottning till respektive behandlingsgrupp och erbjöd föräldrarna att delta i projektet. Innan familjerna kom till familjeterapi genomfördes en förundersökning från institutionen för barn- och ungdomspsykiatri av en forskningsassistent som inte deltog i själva behandlingsarbetet. Därefter startade den familjeterapeutiska behandlingen. Enligt planeringen ska en uppföljning ske efter två år från det att familjerna startade behandlingen vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri. Vi kallade projektet »Snabba insatser«, eftersom vår avsikt var att det skulle gå snabbt mellan det att den unge hade blivit tagen av polisen och det att man satte igång själva behandlingen. Vi tror nämligen att det är viktigt att göra detta i snabb följd så att den motivation som den unge eller familjen eventuellt har är så hög som möjligt.

I projektet ingår fyra behandlare. Samtliga behandlare är legitimerade psykoterapeuter, två kvinnor och två män. Den huvudsakliga behandlingen genomförs av två av terapeuterna och de två andra behandlar endast ett fåtal familjer när de ordinarie terapeuterna inte har möjligheter på grund av tidsbrist. Terapeuterna får regelbunden handledning där den funktionella familjeterapimodell som Alexander föreskriver bl.a. i sin bok är utgångspunkt för tankar och förslag (Alexander & Parsons, 1982). Handledningen planeras tidsmässigt efter terapeuternas behov. Det betyder att det i vissa fall går längre tid mellan handledningarna, och i vissa fall önskar terapeuterna handledning mer eller mindre direkt efter en session. Behandlingen genomförs vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund. Vid enstaka tillfällen har behandlingen skett på annat ställe, eftersom familjen inte velat komma till kliniken av personliga skäl. Vi har utgått från att det är viktigt att det är legitimerade familjeterapeuter som utför behandlingen. Detta är en skillnad från Alexander och hans terapeuter, eftersom dessa var psykologistuderande vid University of Utah. Det finns dock en skillnad även när det gäller handledningen eftersom Alexander vid de flesta av terapierna var med bakom en envägsspegel eller direkt i rummet, och kunde ge handledning

Vid en forskningsstudie som denna, där behandling ingår, är det viktigt att terapeuterna så långt som möjligt följer den »manual« som finns för funktionell familjeterapi. Det betyder att vi försöker att så väl som möjligt följa den modell som Alexander föreskriver. För att få någon kontroll på detta bjöd vi Alexander till Sverige mitt i projektet, dels för att göra konsultationer tillsammans med terapeuterna här, dels för att titta på och diskutera den modell som vi använder oss av, för att se om den är tillräckligt nära den funktionella familjeterapi som han idag bedriver. Vi har också haft tillgång till videoinspelade terapisessioner från Salt Lake City, från vilka vi hämtat kunskap om modellen. Man bör även komma ihåg att den modell som Alexander startade med 1973 naturligtvis har förändrats under årens lopp, eftersom han själv blivit influerad av olika terapeutiska inriktningar som har dykt upp under tiden, på samma sätt som våra terapeuter har blivit påverkade. För att i efterhand kunna se efter vad terapeuterna gjorde eller inte gjorde har vi eftersträvat att spela in de tre första familjeterapisessionerna samt en session i slutet av behandlingsserien på video. Detta har hittills också genomförts i ca 75 procent av fallen, men i övriga har familjerna vägrat att bli videoinspelade. I några av dessa fallen har vi därför haft en observatör antingen inne i rummet eller bakom en spegel för att observera och analysera den familjeterapeutiska kommunikationen som fanns vid sessionen direkt.

Familjerna som kommit till vårt projekt

Även om inte hela behandlingen eller den totala uppföljningen är klar förrän våren 1997 kan jag beskriva familjerna och barnen i jämförelse med andra kliniska och icke kliniska familjer. Jag ska här endast redovisa några av de instrument som vi använder. De två första är skalor för att undersöka familjefunktionen.

FARS (FamiljeRelationsSkalan)

Instrumentet består av 46 påståenden som man ska instämma i eller ta avstånd från (Cederblad & Höök, 1992). För varje sådant påstående finns fem svarsalternativ, från »stämmer nästan alltid« till »stämmer nästan aldrig«. Skalan är utvecklad ur ett större frågebatteri och mäter dels relationsstörningar i familjen, dels fem faktorer, nämligen »skapan-

sen), »isolering«, »kaos« samt »insnärjdhet« (alltför täta och kvävande relationer mellan familjemedlemmarna). Tidigare studier av såväl svenska kliniska familjer som normalfamiljer har visat, att en hög poäng i FARS samvarierar med beteendestörningar hos barn och psykiska symtom hos vuxna. Validiteten har granskats genom att FARS korrelerats med andra test varvid man fann förväntade korrelationer. Man har dessutom jämfört icke kliniska grupper med kliniska och erhållit förväntade skillnader (Cederblad & Höök, 1992). Höga värden på respektive skala indikerar familjedysfunktion, dvs. en familjefunktion som skiljer sig från icke kliniska grupper.

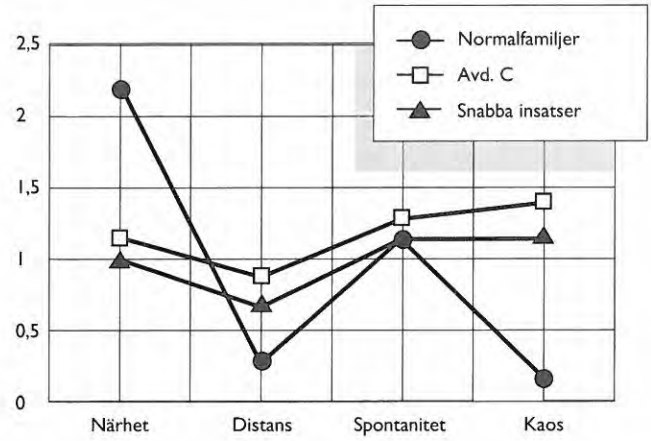
Famljeklimat

Familjeklimat är ett självsvarstest som består av 85 adjektiv. Man ska stryka under minst 15 ord som bäst beskriver det familjeklimat som ska skattas (Hansson, 1989). Familjeklimatskalan har homogeniserats via faktoranalys varvid fyra faktorer har tagits fram: Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos. Ett högt värde på skalan indicerar höga värden på respektive faktor. Validiteten har undersökts dels genom korrelationer med andra familjefunktionstest, dels med symtomlista (SCL-90) vilket resulterade i höga till måttliga förväntade samband (Hansson, 1989). Formuläret och dess delskalor har visat skillnader mellan kliniska och icke kliniska grupper.

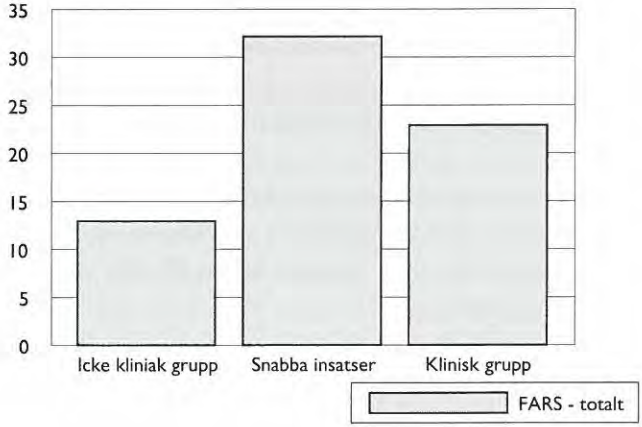
I ett familjeterapeutiskt perspektiv är det intressant att se hur dessa familjer med asociala barn beskriver sina familjer i jämförelse med andra familjer, se figur 1.

Som jämförelser i detta fallet har valts mammor till patienter på Avdelning C, en utredningsavdelning på barnpsykiatriska kliniken i Lund där man tar emot gravt asociala ungdomar för kvalificerad barnpsykiatrisk utredning. I detta sammanhang har jag valt att redovisa mammornas skattning eftersom de oftast tycks vara en bra »termometer« på klimatet i familjen. Vi fann att mammorna i gruppen Snabba insatser och Avdelning C skattade familjeklimatet mycket likt varandra och olikt mammor i en icke klinisk grupp. Mammorna i de familjer där ungdomarna är asociala beskriver familjeklimatet som innehållande mindre Närhet, större Distans och Kaos. Det är intressant att mammorna i de två kliniska grupperna skattat familjeklimatet så lika.

Figur 1. Mammornas skattning av familjeklimat i grupperna Normalfamiljer (n=194), Snabba insatser (n=48) och Avdelning C (n=46) uppdelat på faktorerna i Familjeklimat.



Figur 2. Mammornas skattning av familjefunktion enligt frågeschemat FARS uppdelat på grupperna Snabba insatser (n=48), icke klinisk grupp (n=180) och en klinisk grupp (n=62).



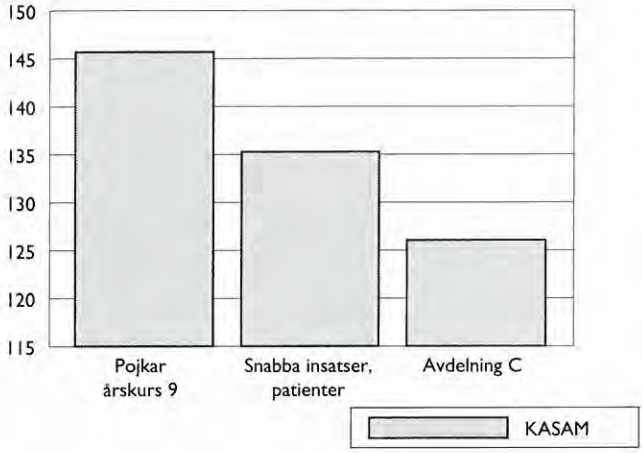
I figur 2 har familjefunktion i olika grupper jämförts. Det visar sig att i gruppen Snabba insatser beskriver mammorna en klart högre familjedysfunktion än i både en icke klinisk grupp och en klinisk grupp. (Jämförelsevärden från klinisk och icke klinisk grupp är hämtade från manualen, Cederblad & Höök, 1992.) Sammanfattningsvis kan vi konstatera att familjefunktionen i de asociala grupperna beskrivs som mycket olik den som råder i icke kliniska grupper. Dessa resultat innebär att familjefunktion och familjeförhållanden borde vara intressanta och viktiga aspekter att arbeta med även i svenska behandlingsinsatser. Resultaten från dessa båda test konfirmerar de skillnader som tidigare presenterats i utländska studier.

KASAM (Känsla Av SAMmanhang)

Vid Institutionen för barn och ungdomspsykiatri är vi intresserade av att undersöka hälsofaktorer (salutogena faktorer) snarare än riskfaktorer (eller åtminstone bådadera). Känsla av sammanhang är ett begrepp som utvecklats av Antonovsky (1991). Han menade att de som har hög »Känsla av sammanhang« (KASAM), dvs. tyckter att livet är begripligt, hanterbart och meningsfullt, har en god psykisk och fysisk hälsa. Detta har bekräftats i svenska undersökningar (Hansson & Cederblad, 1995). I detta sammanhang ska vi se hur de asociala ungdomarna upplever känsla av sammanhang i jämförelse med andra grupper av ungdomar. Självsvarsinstrumentet KASAM har utvecklats av Aaron Antonovsky för att mäta en livshållning som kan öka motståndskraften vid stress och därmed vara en hälsobefrämjande egenskap (Antonovsky, 1991). KASAM består av 29 påståenden med fem svarsalternativ på varje påstående. Poängen kan variera mellan 29 och 203. Instrumentet har i tidigare studier i Sverige visat sig ha en tillfredsställande validitet och reliabilitet (Dahlin m.fl. 1990).

Vi fann att känslan av sammanhang var högst i den icke kliniska gruppen som utgjordes av pojkar från årskurs 9 och lägst hos patienterna på Avdelning C. Gruppen Snabba insatser hamnade här på en position mitt emellan dessa grupper.

Figur 3. KASAM uppdelat på pojkar i årskurs 9 (n=364), Snabba insatser (n=48) och Avdelning C (n=16).



Sammanfattning och diskussion

Sammanfattningsvis kan man konstatera att familjer som har asociala barn skiljer sig från familjer som inte har det. Vissa fynd tycks vara genomgående, nämligen att den »naturliga« familjehierarkin med föräldrar överst i hierarkin och barnen underst ofta är omvänd i asociala barnfamiljer. Man har också funnit att det i dessa familjer finns ett större kaos och en mindre närhet (frikopplat mönster). Vidare har man funnit att kommunikationen i dessa familjer skiljer sig från den i icke kliniska familjer. Det är emellertid viktigt att påpeka att det är delvis ovisst om den dysfunktionella familjefunktionen har föregått problemen hos barnen eller om den är en konsekvens av barnens asociala beteende. Dessa fynd ligger till grund för planeringen av de insatser som görs på familjenivå.

Man kan också konstatera att familjeterapi är en behandlingsmetod som är lämplig vid ungdomsasocialitet. Det tycks enligt amerikanska studier vara viktigt att den familjeterapi som ges följer huvuddragen i funktionell familjeterapi om man önskar positiva resultat. Huruvida detta gäller även i Sverige kan vi ännu inte verifiera.

Även om vi inte avslutat vare sig uppföljningar eller utvärdering av

renheter som vi gjort. Samtliga av de familjer som sagt ja till familjeterapin har fullföljt behandlingen på så sätt att terapeut och familj har varit överens om när man skulle avsluta den. Ingen familj har totalt vägrat att komma efter det att man blivit lottad till familjeterapi. I något fall har man varit mindre motiverade, men man har åtminstone ställt upp på ett sådant sätt som terapeut och familj varit överens om. Detta är intressant eftersom den kliniska erfarenheten från barnpsyks öppenvård är att den här typen av familjer oftast kommer en eller max två gånger och därefter avbryter behandlingen. Vi kan också konstatera att det finns en stor spännvidd när det gäller svårighetsgrad på problemen i familjerna och de brott som ungdomarna har begått, alltifrån rån till relativt bagatellartade snatterier.

Sannolikt krävs en kombination av insatser för familjer med asociala barn. Kazdin (1987) har visat att det ofta krävs både föräldrautbildning, familjeterapi/äktenskapsterapi och social träning för barnen, för att uppnå framgång i behandlingen. Alla dessa tre olika insatser har var för sig visat sig ha god effekt när det gäller problem som asocialitet, aggressivitet och beteendestörning. Vidare är det viktigt att behandlingen inte är alltför kort vare sig i tid eller omfattning (a.a.).

Referenslista

Alexander J. (1973) »Defensive and supportive communications in normal and deviant families«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology; 40, 2:*223-231.

Alexander J., Barton C., Schiavo R. & Parsons B. (1976) »Systems-Behavioral Intervention with Families of Delinquents: Therapist Characteristics, Family Behavior and Outcome«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology; 44*: 4: 656-664.

Alexander J. & Parsons B. (1973) »Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact of family process and recidivism«, *Journal of Abnormal Psychology;* 81, 3: 219-225.

Alexander J. & Parsons B. (1982) *Functional family therapy.* Monterey: Brooks.

Andersson M. (1976) Hur går det för 50-talets Stockholmspojkar? En uppföljning av *222 vanliga skolpojkar och 100 Skåpojkar.* Monografier utgivna av Stockholms kommunförvaltning, nr 38.

Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur och Kultur.

Barton C., Alexander JF., Waldron H., Turner CW.& Warburton J. (1985) »Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three Replications«, *The American Journal of Family Therapy; 13*: 3: 16-26.

Cederblad M. & Hansson K. (1989) Familjeterapi har ofta effekt vid psykiatriska pro-

Cederblad M. & Höök B. (1992) *Familjerelationsskalan, ett självsvarsinstrument för mätning av familjerelationer,* Forskning om barn och familj. Lund: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.

Dahlin L., Cederblad M. & Antonovsky A. (1990) »Childhood vulnerability and adult invincibility«, *Acta Psychiatr Scan: 82*: 228-232.

Friedman A. (1989). »Family therapy vs parents groups: Effects on Adolecens drug Abusers«, *The American Journal of Family Therapy, Vol 17, No 4,* 335-347.

Gordon D., Arbutnot J., Gustavsson K. & McGreen P. (1988) »Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged Juvenil delinquents«, *The American Journal of Family Therapy, Vol 16, No 3*, 243-255.

Haley J. (1982) Flytta hemifrån. Familjeterapi med störda ungdomar. Stockholm: Natur och Kultur.

Hansson K. & Cederblad M. (1995) Känsla av sammanhang. *Forskning om barn och familj. Nr 6,* Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lund: Lunds universitet

Hansson K. (1989) *Familjeklimat. En adjektivlista för familjediagnostik.* Psykologi i tillämpning nr 1. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet.

Henggeler S., Melton G. & Smith L. (1992) »Family Preservation Using Multisystemic Therapy: An Effective Alternative to Incarcerating Serious Juvenile Offenders«, *Journal of Consulting and Clinical Psycholgy, Vol 60, No 6,* 953-961.

Izzo R. & Ross R. (1990) »Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenil delinquents«, *Criminal justice and behaviour. Vol 17 No 1,* 134-142.

Jacob T. (1975) »Family interaction in disturbed and normal families: A methodological and substantive review«, *Psychological Bulletin; 82:* 35-65.

Jonsson G. (1977) *Flickor på glid.* Stockholm: Tiden/Folksam.

Jonsson B. (1990) En gång Skå-pojke... *Rapport i socialt arbete nr 49.* Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.

Kazdin A. (1987) »Treatment of Antisocial Behavior in Children: Current Status and Future Directions«, *Psychological Bull 1987; 102;* 2: 187-203.

Kazdin A. (1994) »Psychotherapy for children and adolecents«. I: Bergin A. & Garfield S. (red.) *Handbood of psychotherapy and behavior change,* Fourth edition, New York: Wiley.

Kazdin A., Esveldt-Dawson MA., French N. & Unis A. (1987) »Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior«, *J. of Amer. Acad. Child Adol. Psychiat., 26, 3:* 416-424.

Klein N., Alexander J.& Parsons B. (1977) »Impact of Family Systems Intervention on Recidivism and Sibling Delinquency: A Model of Primary Prevention and Program Evaluation«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology; 45:*3: 469-474.

Madanes C., Dukes J. & Harbin H (1980) »Family Ties of Heroin Addicts«, Archives of *General Psychiatry 37:* 889-894.

Minuchin S., Auerswald E., King CH.& Rabinowitz C. (1964) *The study and treatment of families that produce multiple acting-out boys.* New York: Wiltwyck School for Boys Inc. 125-133.

Minuchin S., Montalvo B., Guerney BG., Rosman BL.& Schumer F. (1967) *Families of the slum. An exploration of their structure and treatment.* New York: Basic Books.

Minuchin S., Rosman B. & Baker L. (1978) *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard.

Newberry A., Alexander J. & Turner C. (1991) »Gender as a process variable in fami-

Parsons B. & Alexander J. (1973) »Short-Term Family Intervention: A Therapy Outcome Study«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 41* :2: 193-201.
Patterson G., Ried J. & Dishion T. (1992) *Antisocial boys.* Eugene: Castalia.
Regas S. & Sprenkle D. (1983) *Functional family therapy with hyperactive adolecents.* Paper presented at the annual meeting of the American Association of Marriage and Family therapy, Washington, DC.
Reiss D. (1971) »Varieties of consensual experience: II Dimensions of family's experience of its environment«, *Family Process l0,* 28-35.
Robins L. (1981) »Epidemiological approaches to natural history research. Antisocial disorders in children«, *J Am Acad Child Psychiatry 20,* 556-580.
Rosen GM., Deinard AS., Schwartz S., Smith C., Stephenson B., Grabenstein B. Iron (1985) »Deficiency Among Incarcerated Juvenile Delinquents«, *Journal of Adolescent Health Care; 6*: 419-423.
Rydelius P-A. (1978) »Barnpsykiatriskt omhändertagande av unga fyllerister«, *Läkartidningen 75, nr 16.*
Rydelius P-A. (1979) »Alkoholmissbruk hos barn och ungdom«, *Läkartidningen 76, nr 25.*
Rydelius P-A. (1981) Children of alcoholic fathers. Their social adjustment and their health status over 20 years. *Acta Paediatr Scan: Suppl 286.*
Singer M. (1974) »Delinquency and family disciplinary configurations: An elaboration of the superego lac unae concept«, *Archives of General Psychiatry 2l,* 795-798.
Sarnecki J. (1985) Predicting Social Management. Stockholm: *The National Council for Crime Prevention, Rapport 17.*
Szapoznick J., Rio A., Murray E., Cohen R., Scopetta M. m.fl. (1989) »Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic hispanic boys«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 57, No 5,* 571-578.
Szapoznick J., Kurtines B., Santisteban D. & Rio A. (1990) »Interplay of advances between theory, research and application in treatment intervention aimed at behaviour problem children and adolecents«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 58, No 6,* 696-703
Tolan PH, Cromwell RE.& Brasswell M. (1986) »Family therapy with delinquents: A critical review of the literature«, *Family Process 25,* 6l9-650.
Waldron H., Turner C., Alexander J. & Berton C. (1993) »Coding defensive and supportive communications: Discriminant validity and subcategory convergence«, *Journal of Family Psychology, Vol 7,* No 2, 197-203.
West D. (1982) *Delinquency.* Aldershot: Gower House.
Wiberg E. (1976) *Pojkar i tvångsvård.* Stockholm: Prisma.

Vård och behandling av unga alkohol- och narkotikamissbrukare

Nils Stenström och Kerstin Söderholm Carpelan

Inledning

DETTA KAPITEL BEHANDLAR NORDISK och internationell forskning som på olika sätt bidrar till att öka kunskapen om behandling av ungdomar med alkohol- och narkotikamissbruk. Vi har sökt forskningsartiklar och rapporter i CAN:s databaser NORDRUG och ALCONA och tyvärr funnit relativt få studier om ungdomar. Vi har därför valt att redovisa merparten av dem. Bristen på behandlingsforskning om unga har även påpekats av andra författare (Catalano m.fl. 1991; Hester & Miller, 1988; Henderson & Andersen, 1989). En tänkbar förklaring kan vara att man i USA först under 1980-talet utvecklade särskilda behandlingsalternativ för unga. En annan att det av etiska och andra skäl är svårt att genomföra studier med tillfredsställande metodologi.

Begreppet ungdom används inte entydigt. Vi har främst varit intresserade av de åldersgrupper som är 20 år eller yngre och det har styrt vårt urval av studier. Många studier omfattar personer i denna åldersgrupp, men det finns också, framförallt i Norden, flera studier som omfattar både tonåringar och unga vuxna upp till 25 år eller mer. För tydlighetens skull anger vi därför vilken åldersgrupp som avses i respektive studie. När vi i den fortsatta framställningen talar om behandling avses alla de insatser som syftar till att minska eller undanröja den unges missbruksproblem eller problem och tillstånd som sammanhänger med missbruket samt även insatser som syftar till att förbättra den unges livssituation i övrigt.

Vilka ungdomar utvecklar missbruk och beroende

Hög alkoholkonsumtion i ungdomsåren eller experimenterande med

las. Många undersökningar visar att de flesta ungdomar når en topp i sin droganvändning vid 18-20 års ålder och därefter minskar sin konsumtion. Avancerade dryckesvanor under midadolescensen bland svenska ungdomar är varken en nödvändig eller tillräcklig faktor för att utveckla alkoholmissbruk under det tidiga vuxenlivet (Andersson & Magnusson 1988). En studie av svenska manliga värnpliktiga visar dessutom att storkonsumtion av alkohol vid mönstringstillfället för de flesta inte leder till alkoholism i vuxenlivet (Andréasson m.fl. 1993).

Multifaktoriella förklaringsmodeller har fått ett allt bredare empiriskt stöd. Enligt dessa är missbruk av alkohol och andra droger hos ungdomar resultatet av ett komplext samspel av psykologiska, sociala, interpersonella, miljömässiga och biologiska faktorer, som tillsammans skapar en sannolikhetsnivå för att utveckla ett missbruk. Det relativa bidraget från olika faktorer varierar från individ till individ. Om omgivningsfaktorerna och de biologiska faktorerna har höga värden är sannolikheten större att missbruk utvecklas. Om den biologiska sårbarheten uppvägs av vissa positiva miljöfaktorer, som t.ex. stark föräldrakontroll eller en miljö där droger är svårtillgängliga, minskar risken. Alkohol- och drogmissbruk hos unga är inte något enhetligt fenomen utan missbruksmönster, förlopp, hur man svarar på behandling, liksom prognos varierar från individ till individ (Bukstein 1995).

De ungdomar som utvecklar ett missbruk eller beroende har i en rad undersökningar visat sig vara de som uppvisar flest riskfaktorer, t.ex. tidig drogdebut, allvarliga beteendeproblem, svaga skolprestationer, svagt eller obefintligt stöd från föräldrar och en familjehistoria där missbruk och psykisk sjukdom förekommer (Bukstein, 1995; Beschner, 1985; Rydelius, 1981; Sarnecki, 1985).

Diagnostik och definition av alkohol- och narkotikamissbruk

I Sverige är det framförallt socialtjänsten som ansvarar för långsiktig vård och behandling av alkohol- och drogmissbruk, medan medicinskt inriktad behandling handhas av sjukvården. Inom socialt arbete saknas i stor utsträckning enhetliga klassifikationssystem eller definitioner för missbruk av alkohol och andra droger. För att få använda tvångsåtgärder anges vilka kriterier som ska vara uppfyllda. I 3 § *Lagen om vård av unga* (LVU) står »Vård skall /.../ beslutas om den unge utsätter sin häl-

endeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.« (vår kursiv). Formuleringen anger att ett ingripande kan ske innan skada uppstått, dvs. i ett tidigt skede när det finns möjlighet att vända en destruktiv utveckling. I kommentarer till lagtexten (Norström & Thunved, 1993) sägs att ett regelbundet bruk av beroendeframkallande medel mycket snart kan utgöra en risk för den unges hälsa eller utveckling. Redan i utvecklingen mot en beroendesituation kan alltså ett ingripande vara berättigat. Som exempel anges att enstaka bruk av tung narkotika, t.ex. heroin, liksom en längre tids frekvent missbruk av narkotiskt preparat, kan utgöra en påtaglig risk för att den unges hälsa och utveckling skadas (a.a.).

Lagen medger alltså ingripande i ett tidigt skede. En viktig fråga blir då hur man kan fastställa att en ung människa är på väg in i ett beroende? Vilka kriterier ska användas? Frågan om definitioner av missbruk är komplex vad gäller vuxna och än mer vad gäller unga.

Inom sjukvården används WHO:s klassifikationssystem, ICD (*International Classification of Diseases)* där diagnoser för beroende (*dependence*) och skadligt användande av droger *(harmful use)* finns definierade. DSM *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* används inom psykiatrin och innefattar bl.a. diagnoserna för beroende *(dependence)* samt drogmissbruk *(substance abuse)*. Båda systemen har i sina senaste versioner, ICD 10 och DSM IV, nyligen reviderat diagnoserna som rör alkohol och andra droger. Beroendebegreppet som ursprungligen enbart gällde alkohol, men numera omfattar alla s.k. psykoaktiva droger, har därmed blivit allmänt vedertaget och beroende definieras i huvudsak lika i de två olika systemen (Berglund m.fl. 1994). Det empiriska stödet för beroendediagnosen betraktas som gott även om vissa oklarheter vad gäller tolerans- och abstinensfenomenens roll kvarstår.

För att få diagnosen beroende enligt ICD 10 krävs att tre av följande kriterier är uppfyllda:

a) ett starkt behov eller tvång att dricka alkohol
b) svårigheter att kontrollera alkoholkonsumtionen
c) förekomst av abstinenssymptom
d) toleransökning
e) tilltagande ointresse av andra saker på grund av alkohol

Diagnoserna skadligt användande och drogmissbruk som ska fånga in sådant beteende som inte omfattas av beroendediagnosen, skiljer sig åt sinsemellan och är mer osäkra och oprecisa än beroendediagnosen. Det empiriska stödet är dessutom svagt (Schuckit, 1994). Harmful use eller skadligt användande definieras genom att klara hållpunkter för att alkoholkonsumtion medför psykisk eller kroppslig skada ska föreligga (Berglund m.fl. 1994 s. 168).

Substance abuse eller drogmissbruk enligt DSM IV föreligger om ett av följande kriterier är uppfyllt under en tolvmånadersperiod (Bukstein, 1995):

a) regelbundet återkommande bruk som resulterar i oförmåga eller misslyckande att sköta sina uppgifter i arbetsliv, skola eller i hemmet
b) regelbundet återkommande bruk i fysiskt riskfyllda situationer som t.ex. bilkörning
c) regelbundet återkommande missbruksrelaterade problem som t.ex. fylleriförseelser
d) fortsatt bruk trots pågående eller regelbundet återkommande sociala och interpersonella problem som orsakats eller förvärrats av drogen.

Bukstein (1995) diskuterar diagnostikens tillämpning för ungdomar och framhåller att den av flera skäl är dåligt anpassad för att fånga in ungdomar med missbruksproblem. Diagnoserna har utvecklats för vuxna missbrukare och i mycket liten grad testats på ungdomar. Det är också tveksamt om det rör sig om samma fenomen hos unga och vuxna. Bristen på kronologisk kontinuitet mellan missbruk i ungdomsåren och i tidiga vuxenlivet talar mot det. Vidare tycks en utvecklingsmässig process vara en viktig del i det naturliga förloppet hos ungdomar, men inte hos vuxna. Typiska användarbeteenden som tolerans och abstinens samt medicinska följder av missbruket är mer sällsynt förekommande hos ungdomar. Det är också betydligt svårare att bedöma om andra problem och svårigheter som ungdomar uppvisar har orsakats av alkohol- och drogmissbruk eller av andra orsaker, som psykiska störningar, familjeproblem osv. För att diagnosen substance abuse ska kunna ställas krävs att det är missbruket som orsakat de uppmärksammade problemen. Innan en missbruksdiagnos sätts för en tonåring, måste därför förekomsten av andra problem som tänkbara orsaker till bristande funktion undersökas. Bukstein anser vidare att det finns behov av att utveck-

la mer utvecklingsmässigt specifika kriterier för ungdomar, som baserar sig på kvantitativa mått som frekvens och mängd anpassade till ålder och utvecklingsnivå samt kriterier som beskriver relaterade problem (Bukstein, 1995).

Genomgången ovan visar att frågan om diagnostik är svår. Det är betydelsefullt att en diskussion förs om hur ungdomars missbruk ska diagnosticeras inom sjukvård och socialtjänst. Det vore kanske rimligt att beroendediagnoserna gavs en bredare tillämpning inom socialtjänstens område i syfte att uppnå större enhetlighet i bedömningar. Det skulle gagna de ungas rättssäkerhet och också underlätta i valet av behandlingsinsatser.

Samtidig förekomst av drogmissbruk och psykisk störning

En problematik som alltmer börjat uppmärksammas är samtidig förekomst av drogmissbruk och psykisk störning. Flera undersökningar visar att s.k. dubbla störningar ofta förekommer bland missbrukande ungdomar både i behandlade och icke-behandlade grupper. De vanligaste diagnoserna som förekommer samtidigt med missbruk är depression och beteendestörningar, men även ångestsymptom, schizofreni, anpassningsstörningar, bulimia nervosa och uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) förekommer (Bukstein, 1995; Kaminer, 1995).

I en studie av Keller m.fl. (1992) undersöktes en obehandlad kohort barn och ungdomar. Av dessa erhöll 16 procent i åldersgruppen 12-18 år en missbruksdiagnos enligt DSM. Det visade sig att hela 89 procent av dem även hade andra diagnoser; de flesta hade flera. Hos föräldrarna till dessa ungdomar fann man en stor andel med missbruksdiagnoser liksom en stor andel dubbeldiagnosticerade. I en studie av behandlade ungdomar visade sig mer än hälften ha haft psykologiska problem innan de debuterade i droger (Beschner, 1985). Stora andelar av unga drogmissbrukare söker också hjälp på grund av psykologiska problem (Friedman & Glickman, 1986). Det är av största vikt att större uppmärksamhet ägnas denna grupp och deras specifika behov av behandling.

Vad säger forskningen?

För att med större säkerhet kunna säga vilken direkt effekt behandling har, är studier med en experimentell design att föredra. I dessa strävar man efter att kontrollera andra faktorer än just behandlingen som kan förväntas påverka förändringar hos klienterna. I vår litteratursökning har vi funnit få kontrollerade studier och de vi har hittat har flera brister som illustrerar hur svårt det är att genomföra denna typ av studier, exempelvis att den obehandlade kontrollgruppen inte förblir obehandlad (Amini m.fl. 1982) eller att den slumpvisa indelningen i grupper inte fungerar (Friedman, 1989).

Andra metodproblem i de redovisade studierna är att de behandlade grupperna, uppföljningstiderna och de kriterier som används för att beskriva resultaten varierar mellan olika studier, något som försvårar tolkning, jämförelse och möjlighet att dra generella slutsatser. I de internationella studier som vi refererar saknas t.ex. samstämmighet ifråga om definitioner av bruk eller missbruk av alkohol eller narkotika. De vanligaste begreppen är »substance abuse« eller »alcohol and drug abuse« men även »chemical dependence«, »problems with alcohol or drugs« används utan närmare definitioner. Frågan om vad som ska betraktas som framgångsrik behandling är också oklar. Ska det definieras som total abstinens eller drogfrihet, eller bör mer differentierade och nyanserade utfallsmått användas? Och ska resultaten endast avse alkohol- och drogbeteende eller ska även andra kriterier på social anpassning tillmätas betydelse? Den senare frågan illustreras bl.a. i BAK/Swedate-projektet där man visar att andelen lyckade fall gradvis minskar när fler nyanserade utfallskriterier tillämpas. Ser man enbart till hur många som vid uppföljningen var narkotikafria blir resultatet 50 procent. Kräver man därutöver att klienterna ska ha upphört med kriminalitet, vara psykiskt friska och socialt välanpassade minskar andelen rehabiliterade till enbart 10 procent.

Det bör också nämnas att den höga drop-out-frekvensen i flera amerikanska studier får till följd att den grupp som fullföljer behandling inte längre är representativ för den grupp som inledde behandling. Detta försvårar tolkningen av resultaten då det som synes vara behandlingseffekter i själva verket kan vara selektionseffekter.

Eftersom det finns betydande likheter kulturellt och socialpolitiskt

na både vad avser målgrupp och behandlingsorganisation, har vi delat upp forskningsgenomgången i en nordisk och en internationell del. Det bör påpekas att det främst är amerikanska studier som återfinns i den internationella delen, något som vi ser som en allvarlig brist.

Nordiska behandlingsstudier

I ett internationellt perspektiv förefaller Norden vara något av en föregångare när det gäller narkomanvård för ungdomar. Vi har en relativt lång tradition av narkomanvård explicit inriktad mot ungdomar, vården är lättillgänglig och behandlingsprogrammen är ofta mycket ambitiöst upplagda. Vårdtiderna är i regel långa eller mycket långa vid en internationell jämförelse. Detta gäller även uppföljningstiderna. I den följande forskningsöversikten har vi valt att begränsa oss till studier från mitten av 1970-talet och framåt. Sammanställningen presenteras i tabellform på sid 360-361. Nedan kommenteras varje studie för sig.

Stang (1976)

Stangs studie inleddes som en intervjuundersökning 1971 och tre år senare lyckades författaren spåra 93 procent av ursprungspopulationen för en uppföljningsintervju. Populationen består av unga narkomaner mellan 15 och 26 år, 65 procent är pojkar och ca hälften är injektionsmissbrukare. Gemensamt för dem alla är att de besökte »Uteseksjonen« – ett öppenvårdsprogram i Oslo. En närmare beskrivning av ungdomarnas bakgrund avseende sociala förhållanden, familjeförhållanden, psykosocial utveckling, missbruksmönster samt aktuell status visar att ungdomarnas bakgrund som regel var präglad av problematiska familjeförhållanden och en instabil uppväxt. Föräldrar och syskon hade en hög frekvens av drogmissbruk, psykiska problem och kriminalitet. Nästan hälften av ungdomarna kom från skilsmässohem och många av hemmen präglades av interpersonella konflikter. Speciellt rapporterades förhållandet till fäderna som problematiskt. En fjärdedel av ungdomarna hade redan i förskoleåldern placerats på barnhem eller i familjehem. Stang konstaterar att problem i kärnfamiljen utgör den viktigaste faktorn för att individen senare ska utveckla drogmissbruk.

Resultaten från efterundersökningen visar en gynsammare utveckling än författaren förväntat sig med tanke på ungdomarnas bakgrunds-

Tabell I Efterundersökningar angående drogsituation efter avslutad behandling. Nordiska studier.

Forskare, publiceringsår samt land	Population/sampel	N	Uppföljn. tid	Ålder och medelålder	Resultat
Stang 1976 (N)	Unga narkotikamissbrukare i poliklinisk behandling	100	3 år	15-26 m=18,5	29 % narkotikafria, 45 % sporadiskt bruk 26 % tungt missbruk eller avlidna
Groth 1978 (DK)	Unga narkotikamissbrukare på behandlingsavdelningar på sjukhus	649	3 år	m=18	50 % socialt välanpassade
Andrén 1979 (S)	Unga narkotikamissbrukare på Hasselakollektivet	49	1-7 år	< 20	51 % missbruksfria
Vaglum 1979 (N)	Unga narkotikamissbrukare på behandlingsavdelningar på sjukhus	100	4-5 år	15-27 m=19	42 % narkotikafria 33 % sporadiskt bruk 25 % tungt missbruk eller avlidna
Andersson m.fl. 1980 (S)	Unga narkotikamissbrukare på behandlingsavdelningar på sjukhus	36	7 år	m=20	44 % socialt välanpassade
Waal m.fl. 1981 (N)	Unga narkotikamissbrukare på kollektiv (frivillig placering)	85	4,5 år	18-23 m=18,1	41 % narkotikafria

Forskare, publiceringsår samt land	Population/sampel	N	Uppföljn. tid	Ålder och medelålder	Resultat
Holsten 1984 (N)	Unga narkotikamissbrukare på behandlingsavdelning på sjukhus	100	2-5 år	13-29 m=18,8	35 % narkotikafria vid 2-års uppföljning. 45 % narkotikafria vid 5-års uppföljning.
Haastrup & Jepsen 1988 (DK)	Unga narkotikamissbrukare på behandlingsavdelningar på sjukhus och i öppenvård	300	11 år	16-30 m=18,6	24 % helt drogfria 16 % tungt missbruk 26 % avlidna
Bergmark m.fl. 1989 (S)	Unga narkotikamissbrukare på ideologiska behandlingsinstitutioner	80	1 år	15-24 m=18	59 % missbruksfria
Landvik 1990 (N)	Unga narkotikamissbrukare på kollektiv	35	1-4 år	14,5-28 m=17,8	54 % missbruksfria
Bergnehr m.fl. 1992 (S)	Unga narkotikamissbrukare på kollektiv	110	1-15 år	16-31 m=19,6	37 - 88 % missbruksfria
Söderholm Carpelan 1992 (S)	Unga narkotikamissbrukare i poliklinisk vård och institutionsvård	208	5 år	13-20 m=17,8	ca 65 % missbruksfria

tikafria med en ordnad social situation, ca 45 procent har ett sporadiskt bruk av narkotika och en osäker social situation och 26 procent är tunga narkotikamissbrukare med en mycket dålig social situation, eller avlidna.

Groth (1978)

Groth studerade 649 unga drogmissbrukare vilka haft kontakt med en psykiatrisk sjukhusklinik mellan 1965 och 1972. Populationen kan anses vara relativt representativ för första generationen »moderna« narkotikamissbrukare. Författaren beskriver klienternas drogmissbruk, bakgrundskarakteristika samt aktuella förhållanden vid kontakten med sjukhuskliniken. 84 procent av populationen var män, majoriteten var opiatmissbrukare och medelåldern var 18 år. Klienterna följdes upp mellan sex månader och åtta år efter första behandlingstillfället. Uppföljningsdata består för de flesta klienter enbart av indirekt information, endast 180 klienter kunde nås för en intervju. Resultaten från denna studie visar bland annat att ju längre uppföljningsperioder desto fler drogfria klienter. Hälften av klienterna bedömdes vid uppföljningstillfället som »socialt välanpassade«. Ett substantiellt antal klienter slutade missbruka efter mer än sex års missbruk.

Andrén (1979)

Hasselakollektivet etablerades som vårdinstitution 1969 och verksamheten kom redan från start att bedrivas i polemik mot rådande narkotika- och vårdpolitiska ideal. Under mitten av 1970-talet krävde Socialstyrelsen en vetenskaplig utvärdering av verksamheten, bl.a. på grund av att Hasselapedagogiken vid denna tidpunkt ansågs som mycket kontroversiell i vissa kretsar. Hasselakollektivet tillämpade bl.a. »medlevarskap«, vilket i korthet innebär att personalen bor och lever med ungdomarna under hemliknande former. Personalen arbetar i sex veckor och är därefter lediga två. Kollektivet ansåg vidare att vårdtvång var en nödvändig, om än inte tillräcklig förutsättning för att erhålla goda behandlingsresultat. Behandlingen vid kollektivet sågs som en utbildning och inte som vård, eftersom missbrukarna inte ansågs sjuka. Behandlingen innehöll konfrontativa inslag och under perioder var grupptrycket mycket starkt.

Den av socialstyrelsen beställda utvärderingen genomfördes under

som placerats på kollektivet mellan 1969 och 1976. Dessa ungdomar jämfördes beträffande bakgrundskarakteristika med 146 ungdomar som var föremål för utredning vid Maria ungdomsmottagning. Jämförelsen visade att Hasselaeleverna var mer belastade både i fråga om social bakgrund och missbruk.

Andréns resultat visar att 70 procent av de ungdomar som placerats på Hassela fullföljde behandlingen och av dessa hade 70 procent inga återfall i missbruk. Om man bortser från enstaka återfall i extensivt alkoholbruk, menar Andrén att hela 82 procent av fullföljarna levde ett »socialt liv« efter utbildningen. Av dem som avbröt utbildningen i förtid återföll dock samtliga i missbruk. Ser man till hela undersökningspopulationen, alltså även de som fallit bort efter kortare eller längre tid i behandling, var 51 procent missbruksfria vid uppföljningen.

Andrén konkluderar att Hasselakollektivets behandlingsresultat inte kunde förklaras i termer av selektionsmekanismer utan faktiskt var ett resultat av genuin behandlingspåverkan. Elevernas utveckling hängde även samman med vistelsetidens längd samt med hur väl eftervården strukturerades. Andrén noterade i sin studie att vissa manipulativa och kränkande inslag förekom i Hasselakollektivets behandlingsprogram, men ansåg inte att detta var uttryck för en integrerad del av pedagogiken utan snarare av det tillfälliga slag som kan förekomma i alla sammanhang där människor vårdas. Resultaten av attityd- och självskattningsskalorna pekade mot att elevernas förändring var genuin och inte enbart tecken på ytanpassning,

Vaglum (1979)

Ett hundra unga narkotikamissbrukare mellan 15 och 27 år som frivilligt sökt vård vid Lienavdelninen (ett terapeutiskt samhälle) vid Dikemarks sjukhus i Oslo, följdes via personliga intervjuer både under och efter avslutad behandling (i genomsnitt fem till sex år efter). Ungdomarna delades in i tre grupper som genomgick olika behandlingsprogram vid Lien under i genomsnitt fem till sex månader. En jämförelsegrupp (n=60) utgjordes av vårdsökande som inte kunnat beredas plats på Lien. Den behandlade populationen innehöll en jämförelsevis stor andel kvinnor (62 procent) och många av de behandlade kom från medelklassmiljö. Medelåldern var 19 år. I likhet med Stang (1976) hävdar Vaglum att de studerade ungdomarnas uppväxt karaktäriseras av ett kon-

flesta ungdomarna hade utöver drogproblematiken även funktionshämmande nervösa symptom. Vid ankomsten till Lien delades ungdomarna in i två grupper beroende på vilka preparat de använde. Grupp 1 bestod av dem som använde LSD, cannabis, lösningsmedel eller barbiturater och grupp 2 av dem som använde amfetamin eller opiater.

Resultaten visade emellertid att uppväxtförhållanden, graden av missbruk vid behandlingsstart samt egen motivation för behandling inte hade något samband med hur länge man stannade på Lien. Författaren drar härav slutsatsen att behandlingstidens längd i huvudsak är beroende av hur involverade ungdomarna blir i den behandling de möter. Vaglum fann även ett positivt samband mellan intensiv behandling och ett bra behandlingsutfall.

Resultaten visade vidare att missbrukare som nyttjade psykedeliska preparat (grupp 1 ovan) hade störst nytta av stödjande och gränssättande miljöterapi i kombination med systematisk individual- och familjeterapi. Missbrukare som nyttjade opiater och/eller amfetamin (grupp 2 ovan) föreföll däremot att ha störst nytta av intensiv och konfronterande miljöterapi med spontana, extremt långa gruppsittningar. De missbrukare som erhållit den konfrontativa miljöterapin hade de bästa resultaten, drygt 60 procent av dessa var drogfria vid uppföljningsundersökningen. Särskilt injektionsmissbrukarna hade dragit nytta av den här typen av behandling. Vaglum visar vidare i uppföljningsundersökningen att typ av psykopatologi i viss mån kan predicera missbruksförloppet. Klart bäst gick det för de ungdomar som vid ankomsten karaktäriserades som överkontrollerade och hämmade i kombination med att de hade god realitetsuppfattning. 70 procent av dessa slutade att använda droger. För de psykotiska ungdomarna var motsvarande siffra 40 procent. Sämst gick det för det de aggresiva och utagerande ungdomarna – 25 procent av dessa upphörde med missbruket. Vaglum konkluderar att resultaten påvisar behovet av olika typer av behandlingsprogram för ungdomar med olika typer av missbruksproblem.

I en senare analys av Lienmaterialet (Vaglum, 1985) redovisar författaren ytterligare resultat:

- En större andel kvinnor (50 procent) än män (35 procent) lyckades uppnå drogfrihet efter behandlingen.
- De ungdomar som var under 20 år när behandlingen påbörjades lyckades bättre än de över 20 år.

- Ungdomar med låg socialgruppstillhörighet uppnådde drogfrihet i mindre utsträckning än ungdomar från välbeställda hem.
- Ungdomar från gruppen som missbrukade psykedeliska preparat lyckades uppnå drogfrihet i större utsträckning (57 procent) än gruppen som missbrukade opiater/amfetaminer (32 procent).
- Ungdomar med ett mindre omfattande drogmissbruk innan behandlingen påbörjades uppnådde i högre grad drogfrihet efter behandlingen (61 procent) jämfört med de ungdomar som hade ett omfattande missbruk (35 procent).

Andersson m.fl. (1980)

Utvecklingen för en grupp unga morfinister, som vårdadts på en narkomanvårdsavdelning på S:t Lars sjukhus i Lund, följdes under ett par år i början av 1970-talet. Författarna visar bland annat att patienterna har en fortsatt omfattande vårdkonsumtion efter det initiala behandlingstillfället. Med tiden ökar dock andelen f.d. patienter med reducerade socio-ekonomiska problem, även om missbruket inte upphört helt. En av studiens konklusioner är att opiatmissbrukare generellt uppvisar sämre resultat än CS-missbrukare.

Waal m.fl. (1981)

I en norsk undersökning studerades 85 unga drogmissbrukare som frivilligt placerats på två kollektiv i Norge. Ungdomarna var alla mellan 18 och 23 år och medelåldern 18,1 år när behandlingen påbörjades. Resultaten visade att 41 procent var helt missbruksfria vid uppföljningen som skedde i genomsnitt fyra år och sju månader efter första intervjun. Som utfallsmått användes den s.k. DTES-skalan (*Drug Taking Evaluation Scale*) vilken även använts i Vaglums (1979) undersökning.

I likhet med vad som framkommit i många andra studier rapporterar författarna ett klart samband mellan behandlingstid och rehabiliteringsnivå. Så beskrivs exempelvis missbrukssituationen vid uppföljningsundersökningen som tillfredsställande för mer än 80 procent av de ungdomar som tillbringat mer än ett år i behandling. Här bör man dock notera att en »tillfredsställande« missbrukssituation enligt författarna medger »socialt« bruk av alkohol samt visst bruk av cannabis. Författarna kunde inte finna något som talade för att mer omfattande problem under uppväxten skulle medföra en sämre behandlingsprognos. Resul-

svåraste uppväxtförhållandena. Författarna uppmärksammar också gruppen psykiskt »sköra« missbrukare och hävdar att dessa inte passar i denna typ av kollektivbehandling.

De studerade kollektiven tillämpade i likhet med förebilden Hasselakollektivet »medlevarskap« och studien fokusersr även personalens upplevelser av detta. Författarnas konklusion i detta sammanhang är att den här typen av institutioner i längden inte kan upprätthållas av offervilliga idealister. Vid ett av de studerade kollektiven var den genomsnittliga anställningstiden 10,5 månader, vilket bara är något längre än elevernas genomsnittliga utbildningstid. Påfallande många bland personalen beskriver sig efter kort tid som utbrända, med en stark önskan att slippa kollektivlivet.

Holsten (1984)

I denna studie beskriver författaren unga drogmissbrukares bakgrund, situationen vid behandlingskontakt samt förloppet efter behandling för totalt 100 missbrukare vid en narkomanvårdavdelning. Dessa jämförs med en kontrollgrupp om 95 icke-missbrukande ungdomar. Studien består av bakgrundsdata inhämtade via intervjuer med missbrukarna och deras anhöriga samt två uppföljningsundersökningar, den första knappt två år efter behandling och den andra i genomsnitt fyra år och nio månader efter behandling.

Ungdomarnas bakgrund, missbrukssituationen vid behandlingsstart samt förloppet efter behandling har i denna undersökning påfallande likheter med tidigare nämnda studier (Stang, 1976; Vaglum, 1979; Waal m.fl.1981). Holsten fann en klar överrepresentation av klienter från socialgrupp tre. Ungdomarnas bakgrund präglas av problematiska uppväxtförhållanden med dålig föräldrakontakt, skolproblem och tidig asocialitet. Efter behandlingen skilde sig kvinnorna i mindre utsträckning från kontrollgruppen än männen. Både männen och kvinnorna hade dock ett bättre resultat vid det andra uppföljningstillfället än vid det första. Holsten konkluderar att resultaten från uppföljningsundersökningarna visar att vägarna ut ur missbruk kan vara olika för män och kvinnor.

Haastrup & Jepsen (1988)

Denna studie är en uppföljning av en kohort om 300 intravenöst missbrukande ungdomar i Köpenhamn i åldrarna 16-30 år, som följdes från

problem vid psykiatriska behandlingsavdelningar och öppenvårdsprojekt. Medelåldern vid det initiala behandlingstillfället var 18,6 år. Kohorten följdes upp 1980 (sjuårsuppföljning) och 1984 (elvaårsuppföljning). Vid uppföljningarna användes en fyrstegsskala för att klassificera drogmissbruk och yrkesstatus. 1980 klassificerades 38 procent av urvalet som relativt socialt välanpassade, medan 16 procent var avlidna. En större andel av kvinnorna (43 procent) än männen (36 procent) var välanpassade. Vid uppföljningen 1984 var 36 procent relativt välanpassade medan hela 26 procent hade dött. Vid den sista uppföljningen konkluderar författarna att tidigare positiva resultat inte kvarstod när observationstiden förlängdes och hårdare rehabiliteringskriterier infördes. Författarna menar att resultaten tyder på att en minskning av antalet aktiva narkotikamissbrukare i stor utsträckning beror på en uttalad överdödlighet och inte på rehabiliteringsframgångar eller spontanläkning.

Bergmark m.fl. (1989)

Denna studie – BAK/Swedate projektet – är en av de mest omfattande behandlingsundersökningar som genomförts i Norden under senare år. Målsättningen var att studera institutionsbehandling för narkotikamissbrukare utifrån klienternas bakgrundskarakteristika, olika typer av behandlingsprogram och behandlingsutfall. Vid uppföljningen ett år efter avslutad behandling ingick ett urval om totalt 436 klienter som vårdats på 28 olika behandlingshem, varav nio var ungdomsenheter. Institutionsstudien visade på två huvudsakliga inriktningar inom svensk narkomanvård. Den ena lade tonvikten på terapeutisk behandling och den andra på pedagogisk fostran. De flesta ungdomsenheter hade den senare inriktningen, som i hög grad inspirerats av Hasselapedagogiken.

Resultaten visade bl.a. en stark korrelation mellan behandlingstidens längd och graden av narkotikafrihet vid uppföljningen. De som hade tillbringat längst tid i behandling var också bättre socialt integrerade och hade en bättre psykisk hälsa vid uppföljningen. Liksom i tidigare svenska studier uppvisade opiatmissbrukare ett sämre resultat än CS-missbrukare. Tidigare alkoholproblem var den individvariabel som starkast samvarierade med ett negativt utfall.

De bästa behandlingsresultaten uppnåddes bland unga missbrukare som placerats på ideologiskt präglade institutioner av Hasselatyp. Ett år efter avslutad behandling var 59 procent av dessa unga narkomaner

heter« var 33 procent (Söderholm Carpelan, 1992). För ungdomsinstitutionerna framkom vidare ett positivt samband mellan en komponent i behandlingen som benämndes »fostran« och behandlingsutfall, liksom ett positivt samband mellan »medlevarskap« och behandlingsutfall (Bergmark m.fl. 1989).

Landvik (1990)

Denna studie är gjord av en före detta medarbetare vid det undersökta Fossumkollektivet. Kollektivet arbetade vid tiden för undersökningen med en Hasselapedagogisk inriktning, vilket bland annat innebar att man tillämpade »medlevarskap«. Den studerade ungdomsgruppen bestod av 35 elever – 23 flickor och 12 pojkar med en medelålder om knappt 18 år. Den genomsnittliga behandlingstiden var drygt 27 månader och ungdomarna följdes upp ett till fyra år efter avslutad behandling.

I likhet med flera andra norska och svenska undersökningar hävdar författaren att Fossumungdomarnas uppväxt karaktäriseras av psykologisk instabilitet, alkoholmissbruk (framför allt hos fäderna), ständiga uppbrott samt instabila och skiftande föräldrafigurer. Vid uppnådd skolålder hade ca 70 procent av eleverna varit föremål för sociala placeringar av olika slag, på barnhem, familjehem och ungdomsvårdsskolor.

Beträffande resultaten redovisar författaren en mängd utfallsvariabler som speglar elevernas förhållanden de senaste sex månaderna. När det gäller exempelvis social integration i form av eget boende, meningsfull sysselsättning samt tillgång till ett normalt socialt nätverk, hävdar författaren att elevernas situation är betydligt bättre vid uppföljningstillfället jämfört med innan behandlingen påbörjades. Elevernas drogsituation är likaså markant förbättrad, enligt författaren. Majoriteten av eleverna har gått från avancerat till obefintligt bruk och 54,3 procent var helt drogfria under uppföljningsperioden. Författaren konkluderar att kön förefaller vara den viktigaste variabeln för att predicera utfall. Flickorna når ett signifikant bättre resultat på i stort sett samtliga utfallsvariabler. I likhet med flera andra undersökningar visar även denna studie att behandlingstidens längd har betydelse för utfallet. Elever som stannat länge i behandling klarar sig bättre än dem med korta behandlingstider.

I en självkritisk ansats menar författaren att kollektivet i stor utsträckning misslyckats med de elever som utöver missbruksproblemati-

dessa misslyckanden kan vara att kollektivpedagogiken varit allför inriktad mot inlärningsteoretiska perspektiv, vilket eventuellt medfört bristande förståelse för elevernas psykiska problem.

Bergnehr m.fl. (1984 & 1992)

Valstadkollektivet har utvärderat sin egen verksamhet vid två tillfällen – 1984 och 1992. Behandlingen byggde på psykodynamisk teori med ett socialpedagogiskt arbetssätt som innefattar praktiskt arbete, skola, samtalsgrupper, fritidsaktiviteter, resor etc. I likhet med många andra vårdkollektiv tillämpade Valstad »medlevarskap«, vilket ansågs vara av central behandlingsmässig betydelse.

Studien från 1984 är en retrospektiv intervjuundersökning av samtliga ungdomar som varit inskrivna vid kollektivet under minst en månad, någon gång mellan 1974 och 1983. Undersökningsgruppen omfattar 90 ungdomar, 44 män och 46 kvinnor och av dessa avbröt 24 ungdomar behandlingen i förtid. Ungdomarna intervjuades mellan ett och sju år efter avslutad behandling. Utvärderingen är inspirerad av Stensmos (1979) studie av behandlingshemmet Trollängen och fokuserar variablerna »uppväxtvillkor« och »social integration«. Resultaten visar att av de 90 eleverna hade 39 haft gynsamma uppväxtvillkor medan 51 haft ogynsamma. Ingen elev, oavsett uppväxtvillkor, hade levt socialt integrerat innan behandlingen påbörjades. (Med social integration avses här längre perioder med ordnad sysselsättning utan drogmissbruk.) Efter behandlingen på Valstad levde 52 elever (57 procent) socialt integrerat. 30 av dessa hade haft gynnsamma uppväxtvillkor medan 22 hade haft ogynsamma. Författarna konkluderar att de elever som haft gynnsamma uppväxtvillkor hade störst möjlighet att klara sig efter behandling på Valstadkollektivet. Svårast att klara sig hade elever med psykiska problem och/eller de elever som avbröt behandlingen i förtid.

Undersökningen från 1992 inbegriper elever som följts upp i den tidigare studien, men denna undersökning är mer omfattande, framförallt beträffande antalet frågeställningar. Här har man lyckats intervjua 110 elever som varit inskrivna på Valstadkollektivet under minst en månad, någon gång mellan 1974 och 1990. 73 elever som varit inskrivna under den aktuella tidsperioden lyckades man inte komma i kontakt med. Den undersökta gruppen består av 48 procent kvinnor och 52 procent män och medelåldern är knappt 20 år. Majoriteten av ungdomarna (80

ta behandlingsåtgärder. Forskningen inom området indikerar dock att kunskaper om klienternas psykiska status har behandlingsmässiga implikationer. Vaglums studie (1979) är ett exempel på detta. Vidare argumenterar flera författare för att behandling i vårdkollektiv är mindre lämpligt för missbrukare med uttalade psykiska problem (Waal m.fl. 1981; Landvik, 1990; Bergnehr m.fl. 1992; Söderholm Carpelan, 1992).

I övrigt visar flera studier (Andrén, 1979; Waal m.fl. 1981; Bergmark m.fl., 1989; Söderholm Carpelan, 1992) att många unga förefaller dra nytta av långvarig behandling i ideologiskt präglade behandlingskollektiv. Studierna av Waal m.fl (1981) samt Landvik (1990) påvisar dock svårigheter med denna typ av behandling. Merparten av de refererade undersökningarna utgår från material som insamlats under förtsa hälften av 1980-talet. Sedan dess har både vården och de vårdade ungdomarna sannorlikt förändrats en del. Har exempelvis förändringarna på Hasselakollektivet påverkat utfallet och hur står sig Minnesotamodellen (se s. 380) i konkurrensen? Behovet av nya jämförande studier med god metodologi är stort!

ɔell 2 Efterundersökningar angående drogsituation efter avslutad behandling. Internationella studier.

skare, liceringsår ıt land	**Population/Samspel**	**N**	**Uppfölj-ningstid**	**Ålder och/ eller medel-ålder**	**Resultat**
; och Simpson 79) USA	Urval ur nationell databas, DARP, (Drug abusing reporting program), som innefattade klienter från institutions- och öppenvård	587	4-6 år	<20	Missbruk av tunga droger och kriminalitet minskade i alla programtyper Däremot inga minskningar av alkohol- och marijuanamissbruk.
ɔbard m.fl. 35) USA	Urval ur nationell databas, TOPS (Treatment outcome prospective study), som innefattade klienter från institutions- och öppenvård	240	1 år	12-17	Positiva förbättringar oavsett programtyp. Lång institutions-vård gav bättre resultat än kort-varig. Öppenvård gav motsägel-sefulla resultat.
h (1979) A (Philadelphia)	Unga missbrukare som erhållit institutions- respektive öppenvård	5.000	0	<20	Utfallet mättes som den unges anpassning ifråga om skola och arbete vid utskrivning. Lång be-handlingstid var den bästa predikatorn för bra utfall för institutionsvårdande, däremot inte för öppenvårdande.
ɛnier (1985) A (Louisiana)	Unga missbrukare på en institution med AA-inspirerat program	191	2 år	9-21 m=15	I behandlingsgruppen var 65 % fria från missbruk jämfört med 14 % i en obehandlad kontrollgrupp. (Osäkra resultat pga metodologiska brister.)

Forskare, publiceringsår samt land	Population/Samspel	N	Uppföljningstid	Ålder och/ eller medelålder	Resultat
Friedman, Schwartz & Utada(1989) USA, (Virginia)	Unga missbrukare i ett AA-inspirerat dagbehandling s-program (Straight)	222	m=14,6 mån	14-21 m=17,9	Signifikanta förbättringar. Alkoholabstinens ökade från 1 till 65 %, marijuana-abstinens från 3 till 74 % och amfetaminabstinens från 29 till 91 %.
Alford m.fl. (1991)	Unga missbrukare på en sjukhusavdelning med ett AA-inspirerat program	157	2 år	13-19 m=16,2 m=15,8 F	Av de som fullföljde behandlingen var 40 % av pojkarna och 61 % av flickorna missbruksfria jämfört med 37 % resp 27 % av de som inte fullföljde behandlingen.
Friedman (1989) USA (Pennsylvania Philadelphia)	Unga missbrukare i poliklinisk vård med kompletterande familjeterapi resp familjegrupp	169	9 mån	14-21 m=17,9	Familjeterapi resp familjegruppsbehandling jämfördes. Signifikanta förbättringar av missbruks- och socialt beteende erhölls i båda grupperna, men inga skillnader mellan grupperna.
De Jong & Henrich (1980) Västtyskland	Unga missbrukare i ett institutionsprogram	89	2 år	16-27 m=20 år	En tredjedel stabilt drogfria.
Hawkins m.fl. (1988) USA (Washington State)	Ungdomsbrottslingar med missbruksproblem i instiutionsbehandling med och utan färdighetsträning	141	10 veckor	< 20 år	Behandlingsgruppen visar bättre värden än kontrollgruppen.

orskare, ubliceringsår amt land	Population/Samspel	N	Uppfölj-ningstid	Ålder och/ eller medel-ålder	Resultat
raukman m.fl. 1985) JSA (Kansas)	Ungdomsbrottslingar med missbruksproblem i 2 olika typer av grupphem	185	1 år	m=15,5 år	Inga skillnader mellan grupperna ifråga om missbruk av alkohol och narkotika.
mini m.fl. (1982) JSA (Californien)	Ungdomsbrottslingar med missbruksproblem i institutions-program resp övervakning	74	1 år	m=16 år	Signifikanta förbättringar i båda grupperna ifråga om brott och missbruk. Inga skillnader mellan grupperna.
riedman m.fl. 1986) USA Pennsylvania)	Ungdomsbrottslingar med missbruksproblem i ett alternativt skolprogram	130	22 mån	16-18 år	Förbättringar i skolarbete och socialt beteende i övrigt men inte ifråga om missbruksbeteende.
Doyle m.fl. (1994) storbritannien London	Alkoholberoende ungdomar på en alkoholpoliklinik	52	1,5-7 år	m=19 år	38,6 % var abstinenta eller hade ett kontrollerat drickande. 55 % av kvinnorna jämfört med 34 % av männen.
Brown m.fl. (1989) JSA (Calif.)	Unga missbrukare i öppenvård	75	6 mån	12-18 m=15,6 år	63 % återföll inom 3 månader och 69 % inom 6 månader

Internationella studier

Större amerikanska studier

DARPS OCH TOPS

Under slutet av 1970- och början av 1980-talet genomfördes några större amerikanska studier som baserade sig på nationella databaser om narkotikamissbrukare i behandling. I den första studien, DARP (Drug Abusing Reporting Program), kartlades mellan 1969 och 1974 ca 44 000 klienter från 52 olika behandlingsenheter. De behandlingsalternativ som ingick i studien grupperades i fyra huvudkategorier: metadonbehandling, terapeutiskt samhälle, drogfria öppenvårdsprogram samt enbart avgiftning. Det fanns också data för en grupp som enbart fullföljde intagningsintervjun. Av den totala populationen var drygt 5 000 ungdomar under 20 år. Ungdomarna behandlades då i regel i samma program som vuxna. En uppföljningsintervju genomfördes med ett urval av ungdomarna (587) fyra till sex år efter påbörjad behandling (Sells och Simpson, 1979).

Grupperna i de olika behandlingsalternativen skiljde sig åt initialt båda ifråga om missbrukstyngd och andra variabler. I de grupper av ungdomar som behandlades i metadonprogram eller i terapeutiska samhällen var andelen som missbrukade opiater och andra tunga droger betydligt högre än i de grupper som erhöll öppenvård. När ungdomarnas missbruk perioden före behandling jämfördes med situationen vid uppföljningsintervjun visade sig signifikanta minskningar av opiatmissbruk, missbruk av andra tunga droger och kriminalitet för klienterna i alla behandlingsalternativ. Däremot visade sig inga förbättringar när det gällde marijuana- eller alkoholkonsumtion. I vissa grupper hade andelen som använde marijuana och alkohol till och med ökat. De största förbättringarna visade gruppen som deltagit i öppenvårdsprogram. Noteras bör att den grupp som inte erhöll behandling också visade mindre uttalade men dock positiva förändringar.

Mellan 1979 och 1981 genomfördes en andra nationell utvärderingsstudie, Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Den omfattade totalt 11 750 klienter från 41 olika behandlingsprogram.

Drygt 1000 ungdomar under 20 år som vårdats i institutions- eller öppenvårdsprogram ingick i studien. För ett stratifierat urval av 240 ungdomar i åldern 12 till 17 år redovisades uppföljningsdata ett år efter avslutad behandling (Hubbard m.fl., 1985). Resultaten visade att ung-

domars missbruksmönster hade förändrats avsevärt sedan DARP-studien. Andelen opiatmissbrukare hade t.ex. minskat betydligt och andelen blandmissbrukare ökat. Till skillnad från DARP-studien gjordes här en noggrannare kartläggning av klienternas drogrelaterade problem. Stora andelar hade problem med familj, skola eller arbete, fysisk och psykisk hälsa samt brottslighet. Även här var gruppen i institutionsvård mer belastad än de i öppenvård både ifråga om missbruk och missbruksrelaterade problem. Resultaten av uppföljningen i TOPS-studien visade även de på positiva förbättringar i båda typerna av program. Institutionsvårdade som behandlats tre månader eller längre visade dock större förbättringar, både vad gällde drogmissbruk och brottslighet, än de som vistats på institution kortare tid än tre månader.

För de öppenvårdade var resultaten blandade och generellt sett sämre än för de institutionsvårdade och något samband mellan längre behandlingstid och positivt utfall fanns inte. Dagligt marijuanamissbruk minskade bland de öppenvårdade som behandlats kortare tid än tre månader, men ökade bland dem som behandlades längre tid än tre månader. När det gällde tungt alkoholmissbruk var tendensen den omvända. Brottsligheten ökade något för alla öppenvårdade oavsett tid i behandling. Författaren konkluderar att de fortsatt höga nivåerna av alkohol- och marijuanamissbruk tyder på att behandlingen har begränsad betydelse för dessa beteenden. Han pekar också på behovet av att utveckla effektivare behandlingsinsatser som tar hänsyn till de unga klienternas komplexa problembild.

Både DARP- och TOPS-studierna gör jämförelser mellan institutions- och öppenvård, men sammantaget är resultaten något motsägande. Generellt visade alla typer av program viss framgång när det gällde att reducera det tunga missbruket, däremot inte missbruk av alkohol och marijuana. Då studierna har en deskriptiv karaktär är det svårt att dra några generella slutsatser om behandlingens betydelse för resultaten. En tolkning som många författare (Beschner, 1985; Beschner & Friedman, 1985; Catalano m.fl., 1991) gör är att det dåliga resultatet ifråga om alkohol och marijuana torde bero på att dessa problem tillmättes liten vikt i de behandlingsprogram som ingick i studien.

RUSH

I staten Philadelphia genomförde Rush (1979) en studie som omfattade

heter. I studien jämfördes ungdomar som erhållit öppenvård med dem som vistats i terapeutiska samhällen. Det visade sig att de öppenvårdade stannade betydligt längre i behandling än de i terapeutiska samhällen, genomsnittstiden var tre till fyra månader respektive en månad. Ungdomarna i terapeutiska samhällen hade tyngre missbruk och kriminalitet. Syftet med studien var att finna klientkarakteristika som hade samband med ett lyckat utfall, här definierat som den unges anpassning ifråga om arbete eller skolgång vid utskrivningstillfället. För ungdomar i terapeutiska samhällen var lång tid i behandling den bästa prediktorn för ett bra utfall. För de öppenvårdade var det däremot tvärtom, ju längre behandlingstid desto sämre resultat. Rush drog slutsatsen att de ungdomar som blev kvar länge i öppenvård hade svårare problem och var mindre kapabla att åstadkomma konstruktiva förändringar, medan de som hade bäst möjligheter att förbättra sin situation inte behövde någon längre tids behandling. För dem som vistades en längre tid i en skyddad miljö ökade möjligheterna att få ordning på sina liv.

Program baserade på Anonyma alkoholisters (AA) tolvstegsmodell

Program som baserar sig på AA:s (Alcoholics Anonymous) och NA:s (Narcotics Anonymous) filosofi och principer är mycket vanligt förekommande i USA. De kallas ibland också för Minnesotamodellen eller självhjälpsprogram. En av grundtankarna i filosofin är att förändring är möjlig om individen blir medveten om sitt problem och erkänner att han eller hon inte kan kontrollera sitt missbruk utan måste lära sig leva med det. Vidare måste man acceptera att alkoholism är en livslång sjukdom och att det krävs ett personligt engagemang att bli frisk. Målet är total abstinens från alkohol och andra droger. De programkomponenter som ingår i AA-inspirerade behandlingsprogram är: gruppterapi, lektioner, arbete med de s.k. tolv stegen, en terapeutisk miljö, deltagande i AA/NA-möten, familjeterapi, rådgivning och fritidsaktiviteter. De flesta program har professionellt utbildad personal som psykologer, läkare, socialarbetare, sjuksköterskor osv., men huvudparten av behandlingsarbetet utförs av rådgivare som ofta är nyktra alkoholister eller narkomaner. Det traditionella Minnesotaprogrammet omfattar i regel fyra till åtta veckors institutionell behandling och därefter deltagande i AA/NA-grupper, men det finns terapeutiska behandlingshem, s.k.

AA:s modell och principer.

Den forskning som genomförts ger ännu ingen säker kunskap om hur AA-modellen fungerar för ungdomar. I vår forskningsgenomgång har vi funnit vissa farhågor när det gäller tillämpningen av modellen. Kaminer (1995) varnar t.ex. för att en för rigid tolkning av sjukdomsbegreppet kan resultera i att behandlare inte relaterar alkohol- och drogmissbruk till ungdomars utvecklings- och mognadsprocess. Detta kan medföra att man missförstår vilken roll missbruket spelar i den unges liv och därmed också behovet av behandling. En annan risk enligt Bukstein (1995) är att en för stark betoning av missbruket som den primära sjukdomen kan få till följd att annan problematik, som t.ex. psykiska störningar, inte uppmärksammas och behandlas. En för strikt tillämpning av sjukdomsmodellen som förklaringsmodell skulle alltså kunna leda till såväl en överskattning av ungdomars missbruksproblem som till en undervärdering av andra problem som existerar parallellt med missbruket. I det första fallet finns risk att ungdomar stämplas som alkoholister eller narkomaner med livslångt behov av deltagande i självhjälpsrörelser som följd, i det andra riskerar ungdomar att inte få korrekt behandling.

GRENIER

Grenier (1985) undersökte ett institutionsprogram som utgick från AA:s principer. Det innefattade rådgivning, familjeterapi, undervisning, fritidsaktiviteter samt eftervård. En kontrollgrupp som stod på väntelista jämfördes med en slumpmässigt vald behandlingsgrupp. För kontrollgruppen samlades uppgifter om drogfrihet in genom halvstrukturerade telefonintervjuer med föräldrarna. För behandlingsgruppen erhölls uppgifter om missbruk efter behandling genom ett frågeformulär som fylldes i av ungdomar och föräldrar två år efter behandlingen. Andelen missbruksfria i behandlingsgruppen var betydligt större än i den obehandlade kontrollgruppen, 65 procent jämfört med 14 procent. Resultaten bör dock tolkas försiktigt. De två grupperna antogs vara lika ifråga om bakgrundsfaktorer, men inga tester redovisas. Dessutom var utfallsmåtten oprecisa, någon tidsperiod för drogfrihet angavs exempelvis inte. Kontrollgruppen decimerades också kraftigt. Av ursprungligen 74 familjer lyckades man enbart nå 27. Av dessa hade hälften påbörjat annan behandling. Kontrollgruppen kom alltså till slut att bestå av 14

FRIEDMAN M.FL.

Friedman, Schwarz & Utada (1989) undersökte ett intensivt dagprogram för ungdomar, Straight, som baserade sig på en modifierad form av AA:s tolvstegsfilosofi med gruppinteraktion och gruppterapi som viktiga inslag. Programmet var uppbyggt i faser där den första fasen var inriktad på individen själv och det egna beteendet samt att lära sig programmets regler. I den andra fasen fokuserades den unge och dennes familj och i den tredje skolan och skolarbetet. Under den fjärde fasen skedde en gradvis nedtrappning av behandlingen, för att i den femte enbart omfatta tre dagar i veckan och innehålla ett utvidgat ansvar för nykomlingar i programmet. I femte fasen skedde även avslutning och överföring till ett eftervårdsprogram. Tidsåtgång i varje fas bedömdes individuellt. Minimitiden för hela programmet var sex månader. De flesta ungdomar klarade av programmet på mellan 10 och 14 månader.

Vid inskrivning använde nästan alla ungdomar alkohol och marijuana, drygt två tredjedelar använde amfetamin och över hälften lugnande medel, hallucinogener och kokain. Av totalt 330 ungdomar ingick 222 i uppföljningsstudien. Uppföljningstiden var minst sex månader, i genomsnitt 14,6 månader. En tredjedel hade avbrutit programmet i förtid och resterande hade fullföljt som planerat. Friedman fann signifikanta skillnader till det bättre när ungdomarnas situation före behandling jämfördes med situationen efter avslutad behandling. Det gällde såväl droganvändning som brottslighet och psykiska problem. Andelen som använde alkohol hade minskat från 99 till 35 procent, andelen som använde marijuana från 97 till 26 procent och andelen som använde amfetamin från 71 till 9 procent . Majoriteten, ungefär två tredjedelar, av ungdomarna var nöjda med programmet och ansåg att det hade varit till hjälp för dem och de ansåg också att de blivit hjälpta i sina relationer till föräldrarna.

ALFORD M.FL.

Alford m.fl. (1991) har genomfört en uppföljningsstudie vid en sjukhusavdelning som arbetade enligt AA:s principer. Behandlingsprogrammet innefattade individuella stödsamtal tre till fem gånger i veckan, gruppterapi fem gånger i veckan samt dagliga föreläsningar och övningar. Tiden på avdelningen var 45 dagar och därefter övergick programmet i en andra fas, som syftade till att hjälpa ungdomarna att över-

med strukturerad vardag och tillgång till emotionellt stöd, samtidigt som de deltog i bl.a. skolaktiviteter, gruppterapi och fritidsaktiviteter. Denna fas omfattade också 45 dagar. De ungas familjer deltog i familjeterapi varje vecka under hela behandlingstiden.

Undersökningen omfattade 157 ungdomar och genomsnittsåldern var 16 år när de skrevs in vid kliniken. Ungdomarna hade använt droger i genomsnitt i 1,5 år (huvudsakligen marijuana och alkohol). Undersökningsgruppen var inte helt representativ för avdelningens klienter eftersom andelen ungdomar som kom från familjer med högre inkomstnivåer var något överrepresenterade. De unga intervjuades vid inskrivning samt 6, 12 och 24 månader efter avslutad behandling. Föräldrarna intervjuades separat. De frågor som ställdes gällde skolgång, arbete, kriminalitet, missbruk samt deltagande i AA/NA-möten. Hela 89 procent nåddes för den sista uppföljningsintervjun.

Resultaten visar att bland dem som fullföljde behandlingen var 71 procent av pojkarna och 79 procent av flickorna missbruksfria vid sexmånadersuppföljningen jämfört med 37 respektive 30 procent av dem som inte fullföljde. Vid 24-månadersuppföljningen hade en viss utjämning ägt rum mellan grupperna. Bland dem som fullföljt var nu endast 40 procent av pojkarna men 61 procent av flickorna missbruksfria. Av dem som inte fullföljt behandlingen var 37 procent av pojkarna och 27 procent av flickorna missbruksfria. De som deltog i AA- och NA-möten visade signifikant bättre resultat än de som inte gjorde det. Författarna anser att behandlingsprogrammet ger märkbara förändringar vad gäller missbruk och socialt beteende i övrigt för dem som fullföljer behandlingen, men att effekterna inte kvarstår på längre sikt, speciellt inte för pojkar. Av detta drar de slutsatsen att större uppmärksamhet behöver ägnas återfallsprevention.

Familjebehandling – en jämförelse av två olika program

FRIEDMAN

I en experimentellt upplagd studie (Friedman, 1989) jämfördes funktionell familjeterapi med en föräldragruppsmetod. Studiens syfte var att utröna vilken metod som fungerade bäst för en grupp tonåriga missbrukare och deras familjer. Funktionell familjeterapi valdes till studien eftersom den visat sig effektiv för ungdomar med asocialitetsproblem och var väl beskriven, vilket gjorde det möjligt att utbilda de familjeterapeu-

lad vid Philadelphia Pschyciatric Center och inspirerad av idéer och tekniker från bl.a. »Parent Effectiveness Training« (PET). Såväl familjeterapin som familjegruppen omfattade enbart föräldrar, oftast enbart modern. Ungdomarna i båda grupperna erhöll individuella stödsamtal samt gruppbehandling på en missbruksklinik inom öppenvården. Behandlingsprogrammen varade i sex månader.

Föräldrar och barn slumpades till respektive grupper. Av de familjer som lottades till familjeterapi påbörjade 93 procent behandlingen, respektive 67 procent för familjegruppen. Uppföljningen genomfördes 15 månader efter behandlingen påbörjats, dvs. ca nio månader efter avslutad behandling. Av de sammanlagt 169 familjer som påbörjade behandling kunde 135 (80 procent) nås för en uppföljningsintervju. Ungdomarna i de två grupperna var jämförbara med undantag av en något högre medelålder i gruppen vars föräldrar erhöll familjeterapi. Ungdomarna hade ett långtgående missbruk som för majoriteten bedömdes som allvarligt, där alkohol, marijuana och amfetamin var de vanligast förekommande drogerna. Ungdomarnas bakgrund, situation och beteende kartlades noggrant med hjälp av standardiserade instrument som även inkluderade föräldraintervjuer.

Resultaten visade signifikanta förbättringar ifråga om drogmissbruk, socialt beteende och familjefunktion för båda grupperna. Dessa förändringar kan dock inte enbart tillskrivas familjearbetet, eftersom ungdomarna i båda grupperna också erhöll individuell och gruppbehandling. Bägge grupperna erhöll samma mängd klientbehandling. Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan de två grupperna, trots att familjeterapin möjliggjorde mer intensiv behandling för varje enskild familj, i jämförelse med föräldragruppen. Författaren anser att den troligaste förklaringen till det höga bortfallet i föräldragruppen var att vissa föräldrar, trots ingångna avtal, inte var beredda att diskutera sina problem med andra familjer. Många föräldrar kände det som en bestraffning att behöva vara med i en grupp, när det var deras ungdomar som hade problem och inte de själva. En del familjer föredrog familjeterapi och drog sig ur när de inte hamnade i den gruppen. En tredje faktor var att väntetiden till föräldragruppen var längre, något som kan ha påverkat motivationen att delta. Enligt Friedman är det därför troligt att en selektion av välmotiverade föräldrar skedde till föräldragruppen. Detta antagande stöds av att familjerna i föräldragruppen hade högre poäng

tiviteter än familjerna i terapigruppen. Detta kan ha bidragit till det goda resultat som uppnåddes i föräldragruppen. Två tredjedelar av föräldrarna i båda grupperna ansåg att behandlingen varit ganska eller mycket tillfredsställande och drygt hälften ansåg att de blivit hjälpta av behandlingen. När enbart mödrarna tillfrågades var det betydligt fler som förklarade sig nöjda med behandlingen.

Program där färdighetsträning ingår

DE JONG & HENRICH

Redan under 1970-talet utvecklades och testades ett behandlingsprogram som syftade till att modifiera addiktivt beteende hos missbrukare vid Max Planckinstitutet i Västtyskland (De Jong & Henrich, 1980). Programmet bestod av fyra faser, kontaktfas, avgiftningsfas, behandlingsfas och eftervård. Behandlingstidens längd var individuellt avpassad och bestämdes efter en beteendeanalys. Syftet med programmet var att minska både drogbeteende och andra problembeteenden hos missbrukarna. Programmet omfattade ett brett spektrum av beteendetekniker och fokuserade drogbeteende, fritid, arbete, socialt beteende, problemlösning och beslutsfattande samt organisering av självet. Undersökningsgruppen bestod av 89 personer i åldrarna 16 till 27 år, med ett omfattande opiat- och amfetaminmissbruk. Genomsnittsåldern var 20 år och en tredjedel av patienterna var kvinnor.

En uppföljning gjordes av de Jong och Henrich (1980). De fann att den genomsnittliga behandlingstiden var knappt fyra månader och att endast 21 av de 89 genomförde behandlingen som planerat. Resterande avslutade i förtid, antingen av disciplinära skäl (42) eller på grund av ovilja att fortsätta (26). Uppföljningsresultaten visade att efter två år kunde 32 procent betraktas som lyckade fall (vilket definierades som ingen konsumtion av tunga droger), 21 procent som misslyckade fall, 23 procent befann sig i institutionsvård eller i fängelse, 18 procent gick inte att nå och 4 procent var döda. Förutom intervjudata genomfördes också urinprovsanalyser. En tredjedel visade stabilt positiva resultat mellan de olika uppföljningstillfällena. Av dem som fullföljt behandlingen var andelen lyckade fall betydligt högre, 60 procent.

De positiva fallen skiljde sig från dem som återfallit i flera avseenden, t.ex. vad gäller arbete, fritid och sociala relationer. Skillnaderna går inte att härleda kausalt enligt författarna, dvs. det är inte möjligt att utifrån

större motstånd mot droger eller tvärtom (om abstinens från droger leder till högre grad av social anpassning). Osäkerheten ifråga om orsak och verkan talar enligt författarna för betydelsen av att ha en bred ansats i behandlingsprogram.

HAWKINS M.FL.

Catalano m.fl. (1991) refererar två studier där färdighetsträning använts. I den ena, en studie av Smith 1983, användes färdighetsträning i behandling av unga marijuanamissbrukare. Programmet innefattade kunskapsöverföring, kognitiv bearbetning samt beteendekomponenter. Tjugo ungdomar som frivilligt valt att delta slumpades till behandling respektive väntelista. Deras situation direkt efter behandling jämfördes med situationen före behandling och signifikanta skillnader visade sig i behandlingsgruppen. Bland de behandlade förekom mindre bruk och missbruk av marijuana, högre andel vänner som inte använde marijuana, högre skolbetyg och mindre frånvaro från skolan. Resultaten bör dock tolkas försiktigt då gruppen var mycket liten och resultaten baserar sig på mätningar direkt efter behandlingen, dvs. de ger inte någon kunskap om mer långsiktiga förändringar.

Den andra studien som Catalano refererar genomfördes av Hawkins m.fl. 1988 och omfattade 141 ungdomsbrottslingar som var intagna på en ungdomsinstitution och som löpte risk att återfalla i drogmissbruk. De fördelades slumpmässigt till två olika vårdalternativ. Det ena var ett eftervårdsprogram som betonade färdighetsträning och förberedde ungdomarna för att återvända till samhället och det andra alternativet var fortsatt institutionsbehandling. Vid en tioveckorsuppföljning visade ungdomarna i eftervårdsprogrammet signifikant högre värden än institutionsgruppen när det gällde följande färdigheter: att undvika alkohol och droger, att lösa problem samt självkontroll. Färdigheterna hade dock inte prövats i praktiken, varför studien inte säger något om hur ungdomarna sedan faktiskt klarade sig ute i samhället.

BRAUKMANN M.FL.

I en kvasi-experimentell studie (Braukmann m.fl. 1985) jämfördes två olika typer av grupphem (en sorts storfosterhem för fyra till sju ungdomar) för unga pojkar som dels ägnat sig åt brottslighet, dels hade alkohol- och drogproblem. Det ena alternativet benämndes Teaching Family group homes och sköttes av ett gift par med viss utbildning och er-

deltidsassistent. De undervisade ungdomarna i färdighetsträning, självstyrning, motivation, relationsutveckling och tillvaratog de ungas intressen gentemot myndigheter och andra. De hade också kontakt med skola och annan behandlingspersonal som var involverade i ungdomarnas liv. Det andra alternativet utgjordes av konventionellt grupphemsboende utan särskilt undervisningsprogram eller extra resurser. Inget av alternativen innehöll någon särskild behandling för alkohol- och drogmissbruk. I studien ingick 185 pojkar, 82 som vistades i det första alternativet och 103 i det andra. Två jämförelsegrupper med 45 respektive 49 pojkar sammansatta av de behandlade ungdomarnas kamrater ingick också i studien. De fick ingen behandling. Ur de två grupperna erhölls 61 matchade par, 28 för det första behandlingsalternativet och 33 för det andra.

Braukmann fann under behandlingstiden signifikanta skillnader mellan grupperna, vilka talade för det första behandlingsalternativet. Utfallet mättes i form av självrapporterat alkohol- och drogmissbruk samt socialt beteende. De som fick behandling enligt alternativ ett hade också bättre resultat än sina icke-behandlade vänner. De som behandlades enligt alternativ två hade däremot *inte* bättre resultat än sina icke-behandlade vänner. Vid uppföljning ett år efter avslutad behandling fann man fortfarande signifikanta skillnader mellan grupperna på samma sätt som ovan när det gällde socialt beteende. I fråga om missbruk av alkohol och narkotika fanns däremot inga skillnader mellan några grupper. Studien ger alltså inga stöd för att färdighetsträning resulterar i bestående förändringar av ungas alkohol- och narkotikamissbruk.

Psykodynamiskt inriktad behandling

AMINI M.FL.

I en experimentell studie jämförde Amini m.fl. (1982) psykodynamiskt orienterad institutionsbehandling med ett mer konventionellt övervakningsprogram för 74 ungdomar. Ungdomarna var dömda till övervakning för sin brottslighet, som framförallt utgjordes av brott mot person och egendom. Två tredjedelar var pojkar och medelåldern var ca 16 år. Alla hade av sin övervakare bedömts ha problem med alkohol och narkotika. I gruppen ingick inte ungdomar med psykoser, utvecklingsstörning eller ungdomar med våldsamt beteende. Institutionsbehandlingen innefattade intensiv individuell psykodynamiskt orienterad psykoterapi

terapi, gruppterapi, arbetsträning, fritidsprogram, psykodrama samt ett skolprogram. Behandlingstiden varierade mellan 8 och 379 dagar med en genomsnittstid på ca fyra månader. Övervakningsprogrammet innebar att ungdomarna regelbundet rapporterade till sin övervakare. Hur tät kontakten var framgår inte. Klienterna fördelades slumpmässigt till de två programmen. Grupperna bedömdes vara likvärdiga med hänsyn till bakgrund och problembeteenden före inskrivning liksom beträffande avhopp från behandlingen. Beskrivningen av grupperna baserades på situationen sex månader före behandling samt de sex månader som föregick uppföljningsintervjuerna ett år efter inskrivning i behandling. Uppföljningstiden var med andra ord relativt kort. Det framgår inte klart om alla hade avslutat behandlingen.

Båda gruppernas situation hade förbättrats signifikant såväl avseende sociala störningar som socialt beteende och alkohol- och narkotikamissbruk. Däremot kunde man inte finna några skillnader mellan grupperna, trots att de som fick institutionsbehandling erhöll betydligt mer och intensivare behandlingsinatser. Tänkbara förklaringar till resultaten är enligt författarna för det första att behandlingsinsatserna faktiskt var lika effektiva, för det andra att förändringarna som ägde rum berodde på klienternas utveckling eller mognad eller att de befunnit sig i en kris vid inskrivningen som ebbat ut efter ett år. En tredje möjlighet som angavs, var att de utfallsmått som tillämpades inte förmådde påvisa kliniskt viktiga variabler där grupperna faktiskt skiljde sig åt. Den korta uppföljningstiden medförde också att det var svårt att bedöma om de positiva förändringarna kvarstod på längre sikt.

Alternativ skolundervisning

FRIEDMAN M.FL.

Friedman, Utada & Glichman (1986) följde upp 130 pojkar, de flesta mellan 16 och 18 år, som dömts till vård av domstol för asocialitet och kriminalitet. Pojkarna hade även skolproblem samt svåra problem med alkohol och andra droger. De vanligast förekommande drogerna var alkohol och marijuana, som använts av över 90 procent, samt amfetamin och lugnande medel, som använts av mer än hälften. Pojkarna remitterades till ett alternativt skolprogram som förutom anpassad skolgång också erbjöd en rad fritidsaktiviteter, vilka syftade till att utveckla dem

upp 22 månader efter inskrivning och visade då avsevärda förbättringar när det gällde skolarbetet, både ifråga om uppförande och resultat liksom i fråga om socialt beteende i övrigt. Däremot förändrades inte pojkarnas missbruk. Författaren bedömer att personalens bristande erfarenhet och kunskap om drogmissbruk samt avsaknaden av behandlingsinsatser riktade mot missbruket, kan vara möjliga förklaringar till resultaten.

Studier som berör återfallsproblematiken

DOYLE M.FL.

Vi har endast funnit en studie (Doyle m.fl. 1994) av ungdomar som diagnosticerats som alkoholberoende enligt DSM III-R. En brittisk studie följde upp ungdomar som besökt en alkoholpoliklinik. Behandlingen bestod av individualterapi, samt pedagogiskt och psykologiskt inriktad gruppterapi där även familjemedlemmar var närvarande. Undersökningen gjordes retrospektivt, genom att personer som varit yngre än 21 år vid inskrivning och som haft en beroendediagnos valdes ut bland alla dem som besökt kliniken under en tioårsperiod. 52 individer uppfyllde kriterierna. Som bra utfall definierades abstinens eller kontrollerat drickande under en sexmånadersperiod. Totalt 80 procent kunde nås för en uppföljningsundersökning. Uppföljningstiden varierade mellan 18 månader och sju år och var i genomsnitt fyra år.

Resultaten var nedslående, endast 38,6 procent uppnådde ett bra resultat. Kön samvarierade med positivt utfall, 55 procent av kvinnorna hade klarat sig bra jämfört med 34 procent av männen. Kvinnorna utgjorde dock endast 17 procent av undersökningsgruppen. De som upplevt störningar under barndomen, haft en bristande skolgång, en historia med självskador eller våldsamt beteende visade signifikant sämre resultat än de som inte hade det. De som använt narkotika vid tiden för behandling visade också ett sämre resultat. Vid utskrivning från kliniken gjorde personalen en prognostisk bedömning som visade sig riktig för 78 procent av dem som misslyckats, men endast för 47 procent av dem som lyckats bryta sitt beroende. Personalen hade alltså en tendens att se för pessimistiskt på klienterna. Författarna drar slutsatsen att det behövs särskilda behandlingsprogram för ungdomar som omfattar ett brett utbud av insatser och inte inriktas enbart mot själva alkoholberoendet.

BROWN M.FL.

I en studie av Brown m.fl. (1989) undersöktes vad som karakteriserar den unges återfall efter behandling. De 75 ungdomarna som ingick i studien var mellan 12 och 18 år, de flesta kring 15 år och drygt hälften var pojkar. De hade använt alkohol i mellan tre och fem år och 87 procent använde marijuana varje vecka. Ungdomar som haft svårare psykiska störningar före drogdebuten ingick inte i undersökningen. Behandlingen utgjordes av två institutionella program för ungdomar i Kalifornien och uppföljningsintervjuer gjordes med 88 procent, tre respektive sex månader efter avslutad behandling. Resultaten visade att 63 procent hade återfallit inom tre månader och sammanlagt 69 procent efter sex månader. Av dem som varit drogfria den första tremånadersperioden var merparten (82 procent) det även under den kommande. Återfall definierades strikt som varje bruk av alkohol eller illegala droger, men graderades också i större och mindre, där större återfall definierades som flera enstaka eller längre perioder av missbruk. Två tredjedelar av återfallen var s.k. mindre återfall.

Återfallen ägde i regel rum i sällskap med kamrater och mer än hälften av dem som återföll hade haft tankar om droger eller alkohol före återfallet och också upplevt ett socialt tryck att dricka alkohol. Utmärkande för dem som haft svåra återfall var att återfallen ägde rum med äldre kamrater som de lärt känna före behandlingen och som själva drack mycket. Utmärkande för dem som fick lättare återfall var att återfallen ägde rum med nya vänner som var jämnåriga och drack betydligt mindre. Återfallssituationerna utmärktes dock för båda grupperna av att de flesta närvarande drack alkohol. Betydligt färre använde droger. Studien visar att även om ungdomar lyckas bryta med tidigare missbrukande vänner är det svårt att bemästra nya sociala situationer med jämnåriga, särskilt som alkohol är en viktig, om än ej huvudsaklig, ingrediens i det sociala umgänget.

Sammanfattning av internationella efterundersökningar (tabell 2)

De studier som redovisats här representerar ett stort antal olika behandlingsprogram. Jämför vi de amerikanska studierna med de nordiska finner vi flera viktiga skillnader. De amerikanska ungdomarna är i regel

främsta droger, medan injektionsmissbruk förekommer mer sällan. De ungdomar som studeras är inte helt representativa för amerikanska förhållanden. I flera av studierna är vita medelklassungdomar överrepresenterade. I en annan grupp studier är det ungdomarnas kriminella beteende som styrt dem till behandling. Deras missbruksproblem har inte uppmärksammats med särskilda behandlingsinsatser och förbättringar av missbruksbeteendet har varit små. Till denna heterogenitet vad gäller populationer och behandlingsuppläggning kommer också tidigare nämnda metodologiska svårigheter. Överhuvudtaget är det svårt att dra några generella slutsatser av de amerikanska studierna. Följande kan dock sägas sammanfattningsvis om de internationella:

Genomgången visar att behandling generellt fungerar på så sätt att en avsevärd förbättring av många ungdomars situation äger rum under och efter behandling. Förbättringarna rör både missbruk av droger, kriminalitet och socialt beteende i övrigt. Påtagligt är dock att de största förändringarna sker för missbruk av tyngre droger, medan bruk och missbruk av alkohol och marijuana är betydligt svårare att förändra. De ungdomar som stannar lång tid i behandling eller fullföljer behandling uppvisar i allmänhet också större förbättringar.

En rad olika behandlingsmodeller och metoder har undersökts. Det finns dock inte tillräckligt underlag för att framhäva någon speciell metod. För att med säkerhet kunna fastställa att en metod fungerar bättre än någon annan krävs fler studier med en strikt vetenskaplig metodik som genererar resultat som pekar i samma riktning. Några uppföljningsstudier av inbördes olika AA-modeller visar relativt goda uppföljningsresultat, exempelvis det s.k. Straightprogrammet, ett omfattande, genomgripande och långsiktigt dagvårdsprogram. Om det beror på AA-ideologin, det brett upplagda utbudet av insatser, fasindelningen, programmets längd osv. eller kombinationer av detta kan vi inte uttala oss om.

Utmärkande för de studier där man jämfört två olika metodansatser (Friedman, 1989; Amini m.fl., 1982) är att man inte funnit några skillnader, dvs. den ena metoden har inte gett bättre resultat än den andra. Att tolka det som att båda metoderna är lika bra är dock vanskligt. Båda studierna redovisar metodproblem som kan ha påverkat resultaten och dessutom rör det sig om enstaka studier. Fler studier behövs för att man ska våga dra några generella slutsatser om metodernas respektive över-

metod som tycks fungera bättre än någon annan. De studier som jämför två olika metoder visar få eller inga skillnader vad gäller behandlingsresultat mellan grupperna. I studier där skillnader finns, som exempelvis mellan de två grupphemsalternativen (Braukman, 1985) kvarstod inte skillnaderna efter en längre tids uppföljning. De studier där behandling jämförs med ingen behandling (Grenier, 1985; Smith, i Catalano m.fl. 1991) visar att behandling ger bättre resultat. Eftersom båda studierna lider av metodologiska brister av olika slag kan dock inte andra tolkningar uteslutas.

Studier som undersökt beteendeinriktade behandlingsmetoder pekar i riktning mot att metoderna ifråga kan vara verksamma när det gäller att förändra och förbättra socialt beteende. Däremot har ingen studie visat att detta i sin tur resulterat i ändrat drogbeteende. Överhuvudtaget är sambanden mellan färdigheter, intentioner och faktiskt beteende svåra att fastställa. Sannolikt rör det sig om mycket komplexa samband. Här behövs ytterligare forskning.

Studier som behandlar återfallsproblematiken är av intresse. Det är väsentligt att uppmärksamma den avsevärda återfallsfrekvensen som vissa studier (Doyle m.fl. 1994; Brown m.fl. 1989) uppvisar, samt att positiva förbättringar i drogbeteendet inte kvarstod på längre sikt. Dessa studier visar bl.a. att oavsett om ungdomar under eller efter en behandlingstid etablerat nya sociala kontakter så är det mycket svårt att undvika alkohol. Medlemskap i självhjälpsrörelser som AA och NA kan här utgöra ett stöd. Även här behövs mer forskning för att ytterligare belysa dessa förhållanden.

Sammanfattande diskussion av forskningsläget i stort

Vid en jämförelse mellan de nordiska och amerikanska studierna kan man iaktta flera viktiga skillnader. I de amerikanska studierna är merparten av ungdomarna i yngre tonåren och använder framförallt alkohol och marijuana. De är oftast vita och av medelklass. I de nordiska studierna finner vi lite äldre ungdomar med ett omfattande injektionsmissbruk, vilka i regel erhåller någon form av institutionsvård som varar under lång tid. En annan skillnad är att uppföljningstiderna är betydligt längre i de nordiska studierna. De internationella studierna represente-

behandlingsintensitet och målgrupperna är både yngre och mer heterogena. De nordiska studierna uppvisar en betydligt större homogenitet både vad gäller population, behandlingsuppläggning och metodologi om vi jämför med de amerikanska. De ovan nämnda förhållandena har naturligtvis betydelse för tolkningen av resultaten.

Ett kanske självklart men ändå viktigt huvudresultat som vår genomgång visar är att de ungdomar som behandlas för missbruksproblem också har många andra och ofta svåra problem. De flesta studier vittnar om att många unga upplever brister i sin livssituation i flera avseenden. Det gäller t.ex. skolutbildning, sociala färdigheter, sociala kontaktnät, familjerelationer, kriminalitet och psykisk hälsa. Inför behandlingsarbetet finns det alltså goda skäl att noggrant undersöka och bedöma ungdomars livssituation och med utgångspunkt i detta formulera behandlingsplaner som utgår från de individuella behoven. Detta kräver i sin tur ett varierat utbud av behandlingsprogram som möjliggör individualiserade program. Grupper som bör ges särskild uppmärksamhet och där det visat sig svårt att nå resultat i behandlingen är ungdomar som vid sidan av missbruket har psykiska problem. Detsamma gäller missbrukande kriminella ungdomar som ofta har multipla problem med en historia av fysisk misshandel och sexuella övergrepp, psykologiska problem, familjeproblem och svaga skolprestationer. Även de svarar dåligt på behandling.

I likhet med flera författare (Bukstein, 1995; Catalano m.fl. 1991) kan man konstatera att behandling generellt tycks fungera, men att vi inte säkert känner till de olika effekterna av olika behandlingsmetoder och modeller, varken var för sig eller i olika kombinationer. Vi har även bristfälliga kunskaper när det gäller vilka effekter särskilda metoder har på särskilda grupper av missbrukande ungdomar. Det finns vissa tecken som tyder på att föräldradeltagande eller engagemang från föräldrarna i behandlingsarbetet leder till bättre resultat för ungdomar som lever tillsammans med sin familj.

Norden har vi ett flertal studier som pekar i riktning mot att långvarig behandling enligt Hasselamodell fungerar bra för ungdomar med tungt narkotikamissbruk. Framförallt tycks flickor kunna tillgodogöra sig denna behandlingsmodell. Däremot förefaller modellen inte lämplig för ungdomar med psykisk problematik. Vilka de framgångsrika komponenterna i behandlingen är, är dock inte helt klart. Vissa författ-

satsningen både ifråga om bredd och längd som har betydelse. Det faktum att flera behandlingsinstitutioner vuxit fram som en sorts alternativ till det ordinarie utbudet och i regel haft en mycket engagerad personal som levt tillsammans med ungdomarna, s.k. medlevarskap, är sannolikt också en faktor av betydelse. Utmärkande för behandlingen på svenska kollektiv är den höga fullföljandegraden som delvis får tillskrivas tvångsomhändertaganden.

En tendens att långvarig behandling ger bättre resultat än kortvarig finns såväl i Norden som internationellt. Detta gäller framförallt för ungdomar med svårare missbruk och mer belastad social situation. Däremot inte för ungdomar med en lättare problematik.

Forskningen om behandling av ungdomars missbruk befinner sig enbart i början när det gäller att utvärdera behandlingseffektivitet och faktorer som sammanhänger med bra behandlingsresultat. Här behövs mer forskning med god metodologi, t.ex. kontrollgrupper eller väl utvalda jämförelsegrupper. Vidare krävs att behandlingsprogrammen är väl definierade. Vid studier av faktorer som påverkar återfall måste de longitudinella sambanden mellan utfallet och faktorer före, under och efter behandling undersökas och de olika faktorernas relativa betydelse för utfallet fastställas. Det krävs också noggranna definitioner av begrepp. Standardiserade mått för att bättre kunna göra jämförelser, såväl nationella som internationella, vore också i hög grad önskvärt.

Referenser

Alford G.S., Koehler R.A. & Leonard J. (1991) "Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous Model Inpatient Treatment of Chemically Dependent Adolescents: A 2-Year Outcome Study", *Journal of Studies on Alcohol, Vol. 52, No 2.*

Amini F., Zilberg N.J., Burke E.L. & Salasnek S. (1982) "A Controlled Study of Inpatient vs. Outpatient Treatment of Delinguent Drug Abusing Adolescents: One year results", *Comprehensive Pscychiatry, Vol.23, No 5*, 436-444.

Andersson B., Nilsson K. & Tunving K (1980) "En pionjärgrupp morfinbasmissbrukare – sju år senare", *Läkartidningen 77*:2530-2535.

Andersson T. & Magnusson D. (1988) "Drinking habits and alcohol abuse among young men: A prospective longitudinal study", *Journal of Studies on Alcohol, 49*, 242-252.

Andréasson S., Allebeck P. & Brandt L. (1993) "Predictors of Alcoholism in Young Swedish Men", *American Journal of Public Health, Vol.83, No.6.*

Andrén A. (1979) *Svar på fem frågor om Hassela, Rapport 8,* Stockholms socialförvaltning.

Berglund M. m.fl. (1994) *Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt*, Centrum för utvärdering av socialt arbete, Stockholm: Liber utbildning.

Bergmark A., Björkling B., Grönbladh L., Olsson B., Oscarsson, L. & Segraeus V. (1989) *Klienter i institutionell narkomanvård – analys av bakgrund, behandling och utfall,* Uppsala: Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.

Bergnehr H., Bergnehr O. & Kristiansen A. (1984) *Medlevarskap och behandling*, Stockholm: Liber.

Bergnehr H., Bergnehr O. & Kristiansen A. (1992) *I nöd och lust – en bok om Valstadkollektivitet*

Beschner G. (1985) The problem of Adolescent Drug Abuse: An introduction to Intervention Strategies. In Treatment services for adolescent substance abusers, *Treatment Research Monograph Series, Department of Health and Human Services Publication (ADM) 85 - 1342.* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Beschne G.M. & Friedma A.S. (1985) "Treatment of Adolescent Drug Abusers", *The international Journal of the Addictions, 20 (6 & 7)*, 971-993.

Braukmann C.J., Bedlington M.M., Belden B.D., Braukmann P.D., Husted J.J., Ramp K.K. & Wolf M.M. (1985) "Effects of Community-Based Group-Home Treatment Programs on Male Juvenile Offenders´ Use and Abuse of Drugs and Alcohol", *Am J. Drug Alcohol Abuse, 11 (3 & 4)*, 249-278.

Brown S.A., Vik P.W. & Creamer V.A.(1989) "Characteristics of Relapse Following Adolescent Substance Abuse Treatment", *Addictive Behaviours, Vol 14*, 291-300.

Bukstein O.G. (1995), *Adolescent Substance Abuse – Asessment, prevention and treatment, N*ew York: John Wiley & Sons, Inc.

Catalano R.F., Hawkins J.D.,Wells E.A. & Miller J. (1991) "Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention", *The international journal of the addictions,* 1085 - 1140.

Catalano R.F., Jenson J.M. & Hawkins J.D. (1989) "Aftercare services for Drugusing Institutionalized Delinquents", *Social service Review*, 553-577.

De Jong R., Henrich G.(1980) Follow-up Results of a Behaviour Modification Pro-

Doyle H., Delaney W. & Tobin J. (1994) "Follow-up study of Young attenders at an alcohol unit", *Addiction* 89, 183-190.

Friedman A.S. (1989) "Family therapy vs. Parent groups: Effects on adolescent drug abusers", *The American Journal of Family Therapy, Vol 17, No 4*, 335-347.

Friedman A.S. & Glickman N.W. (1986) "Program characteristics for successful treatment of adolescent drug abuse", *The Journal of Nervous and Mental Disease, vol 174, No 11*, 669-679.

Friedman A.S.& Glickman N.W. (1987), Residential Program Characteristics for completion of treatment by Adolescent Drug Abusers, *The Journal of Nervous and Mental Disease,Vol 175, No 7*, 419-424.

Friedman A.S., Glickman N.W. & Kovach J.A. (1986) "The relationship of Drug Program Environmental Variables to Treatment Outcome", *Am. J. Drug Alcohol Abuse, 12 (1&2)*, 53-69.

Friedman A.S., Glickman N.W. & Morrissey B.S. (1986) "Prediction to successful treatment outcome by client characteristics and retention in treatment in adolescent drug treatment programs: a large-scale cross validation study", *Journal of Drug Education Vol 16(2)*, 149-165.

Friedman A.S., Schwartz R. & Utada A. (1989). "Outcome of A Unique Youth Drug Abuse Program: A follow-up Study of Clients of Straight, Inc.", *Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 6*, 259-268.

Friedman A.S., Utada A. & Glickman N. (1986) "Outcome for court-referred drug-abusing male adolescents of an alternative activity treatment program in a vocational high school setting", *The journal of nervous and mental disease, Vol 174,No11*, 680-688.

Grenier C. (1985) "Treatment Effectiveness in an Adolescent Chemical Dependency Treatment Program: A Quasi-Experimental Design", *The International Journal of the Addictions, 20 (3)*, 381-391.

Groth A. (1978) *Forløpet of stofmisbrug blandt statshospitalsindlagte unge.* Köpenhamn: Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørsmål.

Haastrup S. & Jepsen P.W. (1984) "Seven year follow-up of 300 young drug abusers", *Acta Psychiatr. Scand. 1984:*70, 503-509.

Haastrup S. & Jepsen P.W. (1988) "Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts", *Acta Psychiatr. Scand. 1988:*77, 22-26.

Henderson D.C. & Andersen S.C. (1989) "Adolescents and Chemical Dependency", *Social Work in Helath Care, Vol 14 (1).*

Hester R.K. & Miller W.R. (1988) " Empirical guidelines for optimal client-treatment matching". I: Rahdorf E.R. & Garkowskij J. (red.) *Adolescent Drug Abuses Analyses of Treatment Research, NIDA Research Monograph Series 77.*

Holsten F. (1984) *Forløpet vid stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse.* Oslo: Statens institutt för alkohol.

Hubbard R.L., Cavanaugh E.R., Craddock S.G., Rachal J.V. (1985) Characteristics, Behaviours, and Outcomes for Youth in the TOPS, In Treatment services for adolescent substance abusers, *Treatment Research Monograph Series, Department of Health and Human Services Publication (ADM) 85-1342.* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kaminer Y. (1995) "Adolescent Substance Abuse". I: Galanter M & Kleber H.D. (red.) *The American Pscychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment,* Washingtong, DC: American Pscychiatric Press, Inc.

vad gäller brottsligheten i sig och vad gäller omhändertagande insatser. Asociala individer kostar under sitt liv ansenliga summor även för annan vård och samhällsomsorg. Man får inte heller bortse från det mänskliga lidande som är förknippat med handlingar som stöld, rån, misshandel och mord. Majoriteten av dessa ungdomar har haft en kaotisk och sargad uppväxt och många går även en dyster framtid tillmötes. Det är hög tid och synnerligen angeläget att utveckla humana, positiva och kostnadseffektiva modeller både för prevention och rehabilitering.

Detta kapitel handlar i första hand om tertiär prevention, åtgärder som syftar till att rehabilitera asociala och kriminella ungdomar. Det är detta som är de särskilda ungdomshemmens huvuduppgift. Även om det, som senare kommer att framgå, finns en del ljuspunkter måste man ändå konstatera att det är förenat med enorma svårigheter att återanpassa dessa ungdomar. Det är viktigt att redan från början slå fast att det inte finns några enkla lösningar eller kända kurer att tillgå.

Framställningen kommer att koncentrera sig kring huvudfrågan: *Finns det fungerande och effektiva behandlingar för kriminella ungdomar?* Vad får man för råd och stöd om man vänder sig till forskningen inom området?

Från »nothing works« till »what works«

Frågan huruvida det går eller inte går att göra någonting åt gravt kriminella ungdomar har i ett internationellt perspektiv varit en av de mest omdiskuterade frågorna de senaste 20-30 åren. Ett flertal rapporter som publicerades på 1970-talet menade att behandling inte bara var ineffektiv utan även kunde ha negativa konsekvenser. En uppfattning som länge dominerat är att rehabiliterande åtgärder inte fungerar.

Talesättet i rubriken myntades ursprungligen av Martinson (1974). Hans slutsats var att det inte fanns några program som kunde rehabilitera kriminella individer. Den pessimistiska trossatsen i Martinsons artikel har spritts och antagits av både politiker och personer i den akademiska världen. Martinson inkluderade även studier gjorda på vuxna. Slutsatsen att ingenting hjälper fick gälla såväl ungdomar som vuxna. Ståndpunkten är dock mer byggd på retorik än på vetenskapliga bevis. Thornton (1987) replikerade på Martinsons rapport och fann att den enda tolkningen som *inte* är möjlig är att det är bevisat att ingenting

fungerar. Även Martinson reviderade själv fem år senare sin ståndpunkt och menade att vissa program kunde vara till hjälp.

Varför blev då Martinsons tes »nothing works« så spridd och allmänt accepterad? Hollin (1994) hävdar att ståndpunkten passade bra in i det politiska klimat som rådde i USA och England under 1970- och 1980-talen. Om man utgår från att lyckosam rehabilitering förutsätter att man arbetar med den enskilde brottslingen, strider detta emot traditionell kriminologisk teori. Uppfattningen var lätt att ta till sig för kriminologer som inte såg så mycket till individen utan mer till skeenden på samhällsnivå. Även på en politisk nivå fick doktrinen ett positivt mottagande. Den lät sig väl infogas i en konservativ samhällssyn som pläderar för individens ansvar och rättvisa genom bestraffning. Det har också funnits motkrafter som ihärdigt fortsatt att arbeta enligt behandlingstanken. Framförallt Ross och Gendreau i Kanada har länge argumenterat för rehabilitering och även pekat på framgångsrika exempel. I en artikel utgiven 1980 slog de fast att viss behandling för vissa individer under vissa omständigheter kan vara verksam. De introducerade därmed begreppet »*something works*«.

De skilda uppfattningarna om huruvida behandling har effekt eller inte, beror till stor del på de metoder som ligger till grund för översikter av forskningslitteraturen. Fram till mitten av 1980-talet fanns det ingen tillfredsställande metod för att sammanställa resultat från många studier. Vid denna tid började olika forskare att använda den statistiska metoden *meta-analys* för att studera effekten av olika faktorer i många studier samtidigt. I dagsläget föreligger det mer än tio större meta-analyser som kan peka ut viktiga komponenter vad gäller behandling av kriminella ungdomar. I och med denna nya kunskapsexplosion arbetar forskare och praktiker i frontlinjen nu utifrån »*what works*« (Hollin, 1994; McGuire, 1995). I Storbritannien har man under 1990-talet anordnat återkommande konferenser under detta tema.

Debatten i Sverige

Diskussionen om behandlingens vara eller icke vara har också förekommit i Sverige, men på ett lite annat sätt och i lite mer begränsad omfattning. Eftersom behandlingsforskning har saknats har debatten varit av mer ideologisk natur. Den svenska modellen har i modern tid känne-

tecknats av en behandlingsambition. Påföljder ska inte bara vara avskräckande, utan även syfta till att återanpassa brottslingen till samhället. Unga lagöverträdare kom därför att tillhöra socialvårdens ansvarsområde. Behandlingsideologin blev starkt ifrågasatt under 1960- och 1970-talen. Behandling under tvång ansågs ge skadliga effekter samt vara ett hot mot individens mänskliga rättigheter. Det ansågs fult att sortera och diagnosticera människor. Det var vid denna tid som stämplingsteorin fick ett starkt genomslag. För en mer ingående diskussion om utvecklingen i Sverige rekommenderas läsning av Dalteg (1990).

I Sverige har vi inte varit så berörda av kunskapsutvecklingen inom området. Dels har vi avstått från att utvärdera våra egna behandlingsinsatser, dels har vi inte intresserat oss för internationell forskning. Det verkar som att det är först nu på 1990-talet som axiomet »ingenting hjälper« har slagit igenom på allvar. Den forskning som tas upp senare i detta kapitel verkar ännu så länge vara relativt okänd i Sverige, åtminstone hos dem som är verksamma inom fältet.

Även om vi i Sverige inte har bedrivit någon systematisk uppföljning i större skala, finns ändå indikationer på mycket höga återfallssiffror. I 1956 års klientelundersökning var återfallen 90 procent och liknande siffror fanns i 1970-talets utvärderingar av Lövsta och Råbys verksamheter (Larsson, 1986). Under hela 1980-talet fanns i Sverige ingen som helst uppföljningsstatistik. Det är därför svårt att få någon klar och entydig bild av hur samhällets vård fungerar. Frånvaro av forskningsresultat ska man förvisso inte ta som intäkt för att åtgärder inte är verksamma, men vår kunskap om olika insatsers effekt på kriminella ungdomar är ringa. I utredningen som har legat till grund för det statliga övertagandet av de särskilda ungdomshemmen (SOU 1992:18) konstateras också att kunskapen om effekten av vård och behandling inom § 12-vården är högst begränsade.

Resultat från det pågående utvärderingsprojektet i Stockholms län visar också att samhällets vård inte är tillräcklig (Sarnecki, 1992). Majoriteten av dem som omhändertagits begår inom ett år nya brott, återfaller i missbruk eller får andra problem. Samhället förmår inte att finna fungerande behandlingsformer efter utredning på särskilt ungdomshem. Ett stort problem tycks vara att ungdomarna inte får den vård som utredningarna kommer fram till att de behöver. Många flyttas runt i vårdsystemet eller är tillbaka i hemmiljön mycket tidigare än vad som från början var meningen. Ett stort problem är att hitta stadigvarande

placeringar där ungdomarna kan få adekvat hjälp under tillräckligt lång tid.

I Ungdomsbrottskommitténs betänkande (SOU 1993:35) dras den dystra slutsatsen att man i princip inte kan förvänta sig några positiva effekter av samhällsingripanden riktade mot unga lagöverträdare. I synnerhet uttalas skepsis mot tvångsbehandling av brottsliga ungdomar och då särskilt av de äldre med omfattande brottslighet. En pessimism har utbrett sig och behandlingstanken har starkt ifrågasatts. Alltfler barn och ungdomar under 18 år döms idag till fängelsestraff istället för att få vård genom socialtjänstens försorg. Statens institutionsstyrelse (SiS) har här en viktig uppgift att fylla genom att med välgrundade argument bemöta rop på hårdare tag och andra typer av utspel, som bygger på uppfattningen att ingenting hjälper. Det är ännu viktigare att också i praktiken visa att det är rehabilitering och inte repressivitet, som är den mest effektiva och humana vägen.

Meta-analyser

Ett stort problem när man vill få grepp om den stora mängd forskning som finns är att jämföra studier som har använt olika designer och olika metoder för analys. Man står också inför olika typer av interventioner, genomförda i skiftande miljöer och med olika mått på framgång. Det finns hundratals studier om behandlingseffekter. Det är många gånger svårt att dra meningsfulla slutsatser om vad som fungerar, för vem och under vilka betingelser. Detta gäller i synnerhet om man använder det traditionella sättet, att helt enkelt slå samman resultat från många studier. En vetenskaplig metod som numera används för att sammanfatta större mängder av studier är *meta-analys*. Izzo och Ross (1990) förklarar meta-analys på följande sätt:

> En metod som gör det möjligt för forskaren att objektivt och statistiskt kunna bearbeta resultaten från många enskilda studier, genom att omvandla alla resultat till datapoäng. Proceduren vid meta-analys innefattar att samla in relevanta studier, betrakta den sammanlagda statistiken från varje studie som analysenheter och sedan analysera den totala datamängden på ett kvantitativt sätt, genom användning av statistiska test.

Syftet med en meta-analys är alltså att kvantitativt integrera resultat från en mängd olika studier på ett så standardiserat och objektivt sätt som möjligt. Tillvägagångssättet redovisas så detaljerat att en upprepning av studien är möjlig. Meta-analys är nu den gängse metoden när man ska framställa forskningsöversikter. Metoden används inom många andra områden, t.ex. inom medicinsk och psykoterapeutisk forskning. Inom området för ungdomsbrottslighet har drygt tio meta-analyser publicerats sedan mitten av 1980-talet. Tillvägagångssättet vid meta-analys är inte invändningsfritt och har också kritiserats på ett antal punkter (Roberts & Camasso, 1991). Det som har berörts är att man riskerar att slå ihop skilda målgrupper och olika effektmått, urvalets representativitet, förlust av subtila fynd och att man slår samman designmässigt svaga och starka studier.

Flera tidigare meta-analyser (Garrett, 1985; Davidson m.fl., 1984; Gottschalk m.fl., 1987) har alla gett belägg för att interventioner riktade mot kriminella ungdomar totalt sett ger positiva effekter. Garretts studie (1985) var en av de första stora meta-analyserna baserad på 111 studier publicerade mellan 1960 och 1983. Hennes studie gav stöd för en rehabiliteringslinje. De största effekterna fann hon på kliniska mått, dvs. personliga förändringar. Resultat mätt som återfall i kriminalitet gav mer marginella förändringar. De behandlingsprogram som i dessa tre studier förknippas med goda resultat, innehåller metoder baserade på social inlärningspsykologi och beteendeterapeutiskt inriktade familje- och kognitiva terapier.

De forskningsrön som presenteras i detta kapitel är till stor del baserade på de två största och senast gjorda meta-analys-studierna (Andrews m.fl., 1990; Lipsey, 1992). De hitintills publicerade meta-analyserna har även sammanfattats och diskuterats av Gendreau och Andrews (1991), Hollin (1993), Lösel (1995) samt av Lipsey (1995).

Sammantaget pekar meta-analyserna entydigt på att det lönar sig att satsa på välplanerad och kvalitativ behandling. Studierna gör det möjligt att finna gemensamma nämnare hos de interventioner som på olika sätt bidrar med något konstruktivt. Meta-analyserna bekräftar också fynd som framhållits i andra översiktsrapporter (Feldman, 1989; Daleflod, 1993; Mulvey m.fl. 1993).

Syfte

Avsikten med detta kapitel är att försöka tydliggöra det som den vetenskapliga världen verkar vara ganska överens om. Kapitlet vill visa på löftesrika komponenter inom området för behandling av asocialt beteende och ungdomsbrottslighet. Den forskning och litteratur som presenteras kommer huvudsakligen från USA, Kanada och England.

Meta-analyserna blottlägger de ingredienser som har haft störst betydelse i de behandlingstudier som har gjorts. Genomgången ger anledning till en viss optimism. Det finns metoder och program tillgängliga, som på ett avgörande sätt kan påverka unga brottslingars liv. Det är synnerligen angeläget att utveckla effektiva metoder och modeller både för prevention och behandling. Min förhoppning är att denna framställning kan vara ett bidrag till ett sådant utvecklingsarbete. Ansträngningarna bör riktas mot de teorier och metoder som erhåller det bästa empiriska stödet. Indelningen i rubriker är till för att kunna sammanfatta de mest centrala fynden. Under varje rubrik redovisas dessutom annan relevant forskning som kan exemplifiera innebörden i de gjorda rönen.

Vi kan konstatera att det finns ytterst lite inhemsk behandlingsforskning att tillgå. Det är ett skäl till varför vi måste vara kringsynta och intressera oss för vad som utförts på andra håll. Detta är förstås inte problemfritt. Det är inte alls säkert att fynd som har rapporterats, eller resultat som har uppnåtts i andra länder, direkt kan överföras till svenska förhållanden. Det kan föreligga viktiga skillnader såsom kulturella, sociala, rättsliga och begreppsmässiga olikheter. Likheterna i det studerade fenomenet torde dock vara tillräckligt stora för att man ska kunna anse det befogat att närmare studera den internationella forskningslitteraturen. Jag menar alltså inte att man ska använda metoder eller program okritiskt. Vad vi kan börja med är att formulera hypoteser utifrån de forskningsfynd som rapporterats och upprepa framgångsrika studier.

Rekommendationer från modern forskning

Med hjälp av meta-analyser, översiktsrapporter och kontrollerade studier är det möjligt att utkristallisera verksamma komponenter i behandling av kriminella ungdomar. Om man vill bygga effektiva program för framtida behov bör man utgå från den dokumenterade kunskap som

finns tillgänglig. De viktigaste forskningsrönen finns beskrivna under nedanstående 15 rubriker.

Forskningsrön 1: Arbeta förebyggande

Övergripande perspektiv

Vill man på allvar göra någonting åt ungdomsbrottsligheten måste man satsa på förebyggande åtgärder såväl på individnivå som på familje- och samhällsnivå. Det är nödvändigt att komma åt de betingelser som bidrar till uppkomsten av kriminalitet. Hur bra behandlingsmetoder vi än kommer att ha till vårt förfogande, kommer vi nämligen inte att kunna förhindra att en del ungdomar fortsätter på en asocial bana. Hur stor och allvarlig ungdombrottsligheten är beror naturligtvis på hur samhället i övrigt ser ut. Om vi blickar utanför Sverige kan vi se att variationer mellan länder och kulturer är mycket stora. Vilket samhälle vill vi ha? Förändringar och händelser inom ett område påverkar andra delar av samhället. Man kan inte förvänta sig att ungdomsbrottsligheten ska minska om man samtidigt skär ner på verksamheter som har till uppgift att tidigt upptäcka och åtgärda problem hos ungdomar och deras familjer.

Det är värt att beakta ett långsiktigt och brottsförebyggande perspektiv när vi bygger och planerar vårt samhälle. Rutter och Giller (1983) pekar på värdet av att utveckla ekologiska interventioner som tar in aspekter av levnadsmiljö och samhällsplanering. Det är viktigt att förhindra brottstillfällen, att öka den sociala kontrollen och ungdomarnas anknytning till det etablerade samhället. Det finns tillräckligt mycket säkerställd kunskap för att vi ska kunna sätta in avgörande insatser på såväl primär som sekundär preventionsnivå. Allmänpreventiva åtgärder spelar också en viktig roll för att påverka allmänhetens norm- och rättsuppfattning.

Lokala insatser

Det finns stora vinster med att förebygga och angripa asocialt beteende direkt och lokalt där det förekommer (Hollin, 1990). Man kan inrikta sig på att förändra de omedelbara system och faktorer som kontrollerar beteendet i fråga och därmed också slippa problemet med att överföra beteendeförändringar till den naturliga miljön. Nya alternativa handlingsmönster blir mer anpassade till den miljö den unge ska leva i och

därigenom mer motståndskraftiga mot utsläckning. Att arbeta direkt med den unge eller familjen får också ett preventivt värde, genom att det kan komma andra ungdomar och syskon till godo. En tumregel är att lägga sig på lägsta omhändertagandenivå och så långt det är möjligt undvika långvariga institutionsplaceringar. Lokala insatser och projekt är i regel mer kostnadseffektiva och man har råd att hjälpa fler. Att utveckla kvalificerade mellanvårdsalternativ verkar dessutom vara en framkomlig väg (Lindblom-Nyman & Sundell, 1995). Det är viktigt att på kommunnivå ha goda samverkansformer och en organisation som fångar upp och arbetar med barn och ungdomar som befinner sig i riskzonen.

Högriskbarn

Det är viktigt att fånga upp och satsa på högriskbarn. Dessa är t.ex. barn uppväxta i kriminella kulturer och i typiska multiproblemfamiljer. Det handlar i regel om aggressiva och impulsiva barn med beteendestörningar (*conduct disorders*) och hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD (APA, 1994). Beteendestörning i kombination med ADHD hos barn som tidigt gör sin brottsdebut är särskilt disponerade för framtida kriminalitet. Det är klarlagt att hyperaktiva och uppmärksamhetsstörda barn löper större risk att senare bli kriminella (Forehand m.fl., 1992). Gruppen ungdomar där det finns en kombination av beteendestörning och ADHD debuterar tidigare och begår fler brott än de som endast kan diagnosticeras som beteendestörda. I de fall där dessa diagnoser förekommer i kombination är det påkallat att gå in med intensiva och tidiga åtgärder. Med tanke på att störande och aggressivt beteende i tidig ålder är en stabil egenskap som följer med upp i åren och är relaterat till senare brottslighet (Olweus, 1984), är det synnerligen motiverat med tidiga insatser.

Allvarlig kriminalitet utvecklas mycket sällan utan en föregående historia av beteendestörningar i barndomen och nästan aldrig efter 18 års ålder. Barn som tidigt uppvisar antisociala beteenden har allmänt sett en dålig prognos (Leheup & Pearce, 1993). Tidig beteendestörning är livskraftig och svår att få bukt med när den väl är etablerad. Loeber (1991) menar att man helst före tolv års ålder bör arbeta med de faktorer som man vet ligger till grund för utveckling av antisocialt beteende. Vid denna ålder är barnet fortfarande formbart och identiteten är inte helt grundlagd.

Det är en angelägen utmaning att identifiera de barn som ligger i riskzonen för att utvecklas antisocialt samt att konstruera effektiva förebyggande program för dessa barn och deras familjer. Det är möjligt att i tidig skolålder förutse vilka barn som senare i livet kommer att få allvarliga sociala problem (Stattin, 1993). En brännande fråga är då om det är möjligt att genom förebyggande strategier bromsa en negativ utveckling i ett tidigt skede.

Tidiga interventioner

Det finns ett antal välgjorda studier som visar att preventivt arbete i förskoleåldern kan reducera brottslighet i tonåren. (Zigler m.fl., 1992; Zigler, 1994) rapporterar om några longitudinella studier (t.ex. the Perry Preschool Project, the Seattle Social Development Program) som klart visar att åtgärdsprogram i tidig barndom minskar framtida kriminalitet. En mängd riskfaktorer, både inre och yttre, har samband med asocialitet. Genom breda program som verkar i många system tycks man kunna upphäva några av de faktorer som gör ett barn benäget att utvecklas asocialt. Hela familjen kommer in i mer positiva cykler, barnen beter sig mer socialt och kommer bättre förberedda till skolan. Samspelet i familjen blir mer positivt och föräldrarna fungerar bättre i samhället.

Hyperaktivitet är en faktor som ökar risken för asocial utveckling. Dalteg och Levander (1995) har gjort en 20-årsuppföljning på 75 ungdomar som åren 1975-76 var placerade på Lövsta skolhem. Elever som diagnosticerades som hyperaktiva i barndomen blev senare mer kriminella och hade sämre social utveckling än andra barn. I en longitudinell studie (Satterfield m.fl., 1987) av 130 prekriminella och hyperaktiva barn jämförde man medicinering och rådgivande samtal med en multimodal behandlingsinsats. Den senare innehöll individuell behandling baserad på beteendeterapeutiska metoder. Behandlingen som pågick upp till tre år innehöll både individual- och familjeterapi. Barnen som ingick var 6-12 år när insatserna påbörjades och uppföljningen gjordes efter nio år. Förutom positiva förändringar i familjen, i skolmiljön och hos barnet självt kunde man konstatera att ungdomarna i behandlingsgruppen hade signifikant färre institutionsplaceringar och polisanhållanden än barnen i den obehandlade kontrollgruppen.

Mulvey m.fl. (1993) redogör i sin översikt för förebyggande insatser som kan minska risken för framtida ungdomsasocialitet. Olika former av föräldraträning, beteendeterapeutisk, multisystemisk och funktionell

familjeterapi beskrivs som lovande. Även metoder som syftar till att utveckla ungdomarnas kognitiva och sociala förmåga har gett goda resultat. De rapporterar även om positiva resultat för en del skol- och yrkesinriktade program.

Montrealstudien: Dåliga kamratrelationer föregås i regel av bristande relationer mellan föräldrar och barn. Man kan inte förvänta sig att ett barn med beteendestörningar och torftig social interaktionsförmåga har positiva kamratkontakter. I en longitudinell-experimentell studie (McCord m.fl., 1994) ville man undersöka om det är möjligt att förhindra asocialt beteende hos pojkar. Man riktade åtgärderna mot de två områden som allmänt anses vara de starkaste orsakerna till ungdomsbrottslighet: a) otillräckligt föräldraskap och b) bristande sociala färdigheter hos barnen. 46 barn med uttalade beteendestörningar och deras familjer ingick i behandlingsgruppen. Som jämförelse fanns också en kontrollgrupp. Behandlingspaketet bestod främst av metoder som utvecklats vid *Oregon Social Learning Center* (Patterson, 1982) och program för träning av sociala och kognitiva färdigheter. Behandlingen pågick under två års tid när pojkarna var i 7-8-årsåldern. Resultaten vid treårsuppföljningen visade att pojkarna i behandlingsgruppen var mindre aggressiva och bättre integrerade i klassen, de uppvisade färre anpassningsproblem och kriminella beteenden. Det finns starka belägg för att den här typen av behandlingsinsatser kan vara till stor hjälp för barnen och deras familjer. Kommande uppföljningar får visa om insatserna även kan påverka framtida kriminalitet.

Forskningsrön 2: Gör noggranna utredningar

Varje människa är naturligtvis unik. Alla har olika anlag och skiftande förutsättningar. Ungdomarnas historia och deras aktuella problembild varierar på samma sätt. Många till synes likartade problem kan uppkomma och fortleva av helt olika anledningar. Behov av behandling och grad av risk för fortsatt kriminalitet måste noggrant fastställas (Andrews m.fl., 1990).

Att göra en ingående utredning av individens problem, behov och resurser är startpunkten för all behandling. Planlös, slumpartad och godtycklig behandling motverkar sitt syfte och bör undvikas (Andrews m.fl., 1990). Det är tyvärr alltför vanligt att problemanalysen hoppas över och att man direkt söker generella lösningar. En noggrann utred-

ning är nödvändig för att kunna differentiera och skräddarsy individuella behandlingsplaner. Det är av primärt intresse att identifiera de faktorer som kontrollerar problemet. Detta gör man lämpligen med hjälp av en *tillämpad beteendeanalys* (Herbert, 1987). Åtgärderna ska vara avpassade till de problem och behov som konstaterats i utredningen.

Målet med en tillämpad beteendeanalys är att förstå funktionen för det aktuella problembeteendet samt att föreslå lämpliga metoder för förändring. Vilka speciella konsekvenser är det som vidmakthåller problemet? Vilka beteenden har bestraffats och vilka har förstärkts? Vad vill personen uppnå eller undvika? Svaren på denna typ av frågor ger en mycket individuell analys. Denna ger i sin tur upphov till arbetshypoteser vars giltighet man sedan kan pröva i praktiken.

Reid (1982) pekar på sju olika klasser av beteenden som är vanligt förekommande hos ungdomsbrottslingar. Det är en god idé att samla detaljerad information i dessa klasser och knyta ihop det i en funktionell analys.

1. *Grova brott*, t.ex. mord, våldtäkt, väpnat rån.
2. *Mindre grova brott*, t.ex. stölder, inbrott, väskryckningar.
3. *Kliniska problem*, t.ex. tvångsritualer, ångest, enures.
4. *Beteendebrister*, t.ex. sociala och kognitiva färdigheter, kunskaper, ADL.
5. *Beteendeöverskott*, t.ex. aggressivitet, våld, verbala hot, självdestruktivitet.
6. *Problem på institutionen*, t.ex. flyktförsök, överfall, vandalism.
7. *Problem i hemmiljön*, t.ex familjeproblem, asociala kamrater, brist på arbete eller arbetsförmåga.

Identifiera andra problem som är viktiga för behandlingsplanering

De bakomliggande orsakerna är multipla och komplexa. Man kan inte bara rikta in sig på en aspekt, t.ex. själva brottsligheten, utan man måste beakta helheten. I denna grupp finns i regel en ökad förekomst av andra problem (Wierson m.fl. 1992). Många faktorer såväl konstitutionella som psykologiska och sociala kan göra individen mer sårbar och predisponerad för social utslagning. I utredningsfasen är det av vitalt intresse att upptäcka och diagnosticera andra kliniska fenomen. Många ungdomar har allvarliga psykosociala handikapp som kan vara svåra att upptäcka, då ungdomarna kan vara både fientliga och kraftigt utagerande. För detta ändamål behöver man ha tillgång till ett kvalificerat utred-

ningsbatteri och ett kunnigt utredningsteam.

Det är till att börja med viktigt att avgöra om det föreligger medicinska problem eller någon form av psykisk störning. Resultat från Stockholmsundersökningen (Sarnecki, 1992) visar att det är mycket svårt att finna bra behandlingsalternativ för psykiskt störda ungdomar. Deras besvär är av icke övergående natur. Det kan även finnas bakomliggande depressioner, fobier, tvångsproblem, psykotiska tillstånd osv. som är av grundläggande intresse att upptäcka. När det är påkallat bör man även göra en suicidriskbedömning.

Vi vet också att det kan finnas en historia av beteendestörning, ADHD, hjärnskador och andra neuropsykologiska avvikelser. Elevens skolsituation och kunskapsnivå måste man titta noga på. Förekomst av läs- och skrivsvårigheter (dyslexi) behöver upptäckas. Många av ungdomarna i denna population visar sig vara svagbegåvade eller lågstimulerade.

En stor andel har under uppväxten varit utsatta för psykotraumatisk stress i form av våld, lynnighet och dysfunktioner i familjen. Många brottslingar i amerikanska studier möter de diagnostiska kriterierna för »posttraumatic stress disorder«. Det kan även förekomma olika former av sexuella problem som promiskuitet, prostitution och sexuella övergrepp där den unge varit inblandad antingen som offer eller som förövare. Pyromani och eldanläggelse behöver analyseras för sig. Samma sak gäller för olika former av missbruk. Detta är några exempel på vad som inte bör förbises i samband med en utredning.

Forskningsrön 3:
Matcha individ och behandling

Behandlingsplaner ska vara individuellt utformade. Förutom problembeskrivning och resursinventering bör de innehålla kortsiktiga och långsiktiga mål samt förslag till åtgärder. De metoder man väljer bör ha vetenskapligt stöd. Ett avgörande moment är att systematiskt matcha klientvariabler med metoder och arbetssätt (Gendreau m.fl. 1990). Meningen är att erbjuda den unge den behandling som är mest lämpad för dennes problem. Människor har personliga »inlärningsstilar« och svarar olika bra på olika behandlingsformer (Andrews, 1995). De flesta kriminella ungdomar reagerar bäst på aktiva, deltagande och konkreta arbetsmetoder. Mer socialt mogna individer kan vara mottagliga för mindre strukturerad och mer relationsbunden behandling. Andrews varnar för

konfrontativa metoder med ängsliga ungdomar och för att erbjuda psykopater lågt strukturerad och kamratbaserad behandling.

Det finns många variabler utifrån vilka det kan vara meningsfullt att differentiera behandling. Ålder, kön, våldsbenägenhet, etnisk bakgrund, missbruksproblem, psykisk störning, familjesituation och intressen är sådana faktorer. Kriminella ungdomar har många yttre likheter och delar många riskfaktorer. Gruppen beskrivs också i otaliga studier som en heterogen skara med stora individuella variationer. Många gånger är det bara kriminaliteten de har gemensamt.

Ordet behandling är olyckligt

Ordet behandling är illa valt eftersom det leder in oss på fel spår och väcker felaktiga associationer. Man förknippar det med en medicinsk sjukdomsmodell. Den kriminella handlingen ses då inte som ett problem i sig utan blir ett symptom på en bakomliggande psykopatologi. Enligt traditionellt psykodynamiskt tänkande är ju den asociala handlingen ett uttryck för en olöst omedveten intrapsykisk konflikt. Ordet behandling väcker motstånd och misstänksamhet hos dem som ska utsättas för den. Ingen vill förändras mot sin vilja. Ungdomarna associerar till tvångsbehandling och hjärntvätt. Vidare tänker man på behandling som en kur, ett sätt att bota en åkomma. Det finns dock ingen medicin som botar asocialitet. Sociala problem och psykiska störningar bör inte »behandlas« utan istället bli föremål för åtgärder som experten och klienten kommer överens om. Det är förmodligen mer lämpligt att använda en psykopedagogisk modell. En anledning till att ordet behandling förekommer så rikligt i denna text är att det är så vedertaget när man läser forskningsrapporter. Studier är ofta upplagda enligt modellen baslinje-behandling-uppföljning. Ordet behandling bör undvikas i praktiken och skulle kunna bytas ut mot utbildning, intervention, åtgärd, träning eller insats.

Förändringsmotstånd och motivation

Den unge ska så långt det är möjligt involveras i både utredning, målformulering och behandlingsplanering. Ett vanligt problem är att många ungdomar helt enkelt är ovilliga eller vägrar delta i program som kan sträcka sig över flera år. Många av dessa ungdomar ser ofta ingen anledning att förändra sig. Deras asociala beteende, även när det innehåller våldsamma inslag, är inget problem som ska elimineras utan nå-

got som de själva tycker att de är bra på och som ger dem många fördelar ute i samhället.

Generellt kan man säga att de som drar mest nytta av behandling är klienter som förväntar sig att interventionen ska vara till hjälp för dem, som tar ansvar för att förändra sitt beteende och som deltar aktivt i behandlingen. De omhändertagna ungdomarna har i regel låga eller negativa förväntningar på behandling. Det är inte heller ovanligt att deras familjer motsätter sig samarbete och istället uppmuntrar opposition. Det existerar också en rädsla för att förändras eller »hjärntvättas«. Detta är en anledning att man ska ha en pedagogisk infallsvinkel och inte en psykoterapeutisk, som resonerar i termer av intrapsykiska störningar och behandling. Behandlingsmotståndet måste analyseras för sig (klient- och terapeutkarakteristika samt miljöfaktorer). Genom psykologiska interventioner som *motiverande samtal* (Miller & Rolnick, 1991) kan man påverka viljan till förändring och öka sannolikheten för att individen ska påbörja och följa ett program. Det krävs starka argument för att övertyga en ungdomsbrottsling att gå in i en förändringsprocess. Den unge måste tillsammans med terapeuten komma fram till att det finns långsiktiga vinster att göra genom att på olika sätt förändra sitt liv – att se troliga konsekvenser av en fortsatt kriminell bana, negativa effekter för familj, släkt, vänner och framtida offer. Utan motivation eller samarbetsvilja ska man inte förvänta sig några positiva resultat. Saknas motivation bör man överväga helt individuella lösningar.

Forskningsrön 4: Identifiera högriskungdomar

Det är viktigt att identifiera ungdomar som är i högriskzonen för fortsatt kriminalitet och ge dem riktad och intensiv behandling. Lågriskindivider behöver inte lika strukturerad och intensiv behandling (Andrews m.fl. 1990). De särskilda ungdomshemmen ska i första hand koncentrera sig på ungdomar som befinner sig i högriskzonen för återfall och fortsatt kriminalitet. I denna kategori har man i meta-analyser påvisat den största behandlingseffekten. En liten grupp är mycket brottsaktiva. Det finns ett flertal väldokumenterade faktorer som kan prognosticera fortsatt kriminalitet (Wierson & Forehand, 1995). Tidig brottsdebut, många och allvarliga brott, en kaotisk familjesituation och tidiga tecken på social felutveckling är sådana indikatorer. Förekomsten av psykiska och affektiva störningar, särskilt depressioner, allvarligt

missbruk och ADHD är också högre i gruppen som återfaller i brott.

Majoriteten av de ungdomar som omhändertas och placeras med stöd av § 6 LVU är ju inte kandidater för långtidsplacering på särskilda ungdomshem. Enligt principen om lägsta omhändertagandenivå bör man för de flesta söka andra vårdalternativ. För lågriskungdomar kan man tänka sig att olika korttidsinterventioner eller arrangemang på hemmaplan kan vara mer lämpliga åtgärder. § 12-vård är en exklusiv vårdform som bör reserveras för de allra mest utsatta.

Det är en central uppgift att skilja ut engångsbrottslingar från dem som kommer att ha upprepad kontakt med social- och kriminalvård. Det finns en solid kunskapsbas på vilken man kan göra riskanalyser och bedöma sannolikheten för framtida brottslighet. Enligt Andrews och Bonta (1994) är de bäst etablerade riskfaktorerna:

1. Asociala attityder och kriminella värderingar.
2. Umgänge med andra kriminella.
3. Temperament och personliga faktorer som bidrar till kriminell aktivitet, inkluderande psykopati, svag socialisering, impulsivitet, aggressivitet, egocentrism, begåvning under genomsnittet, sensationssökande beteende, brister i kognitiva och sociala färdigheter.
4. En historia av asocialt beteende sedan tidig ålder.
5. Faktorer i familjen inkluderande kriminalitet, psykiska problem, låga nivåer av positiva känslor och omvårdnad, dålig tillsyn och uppfostran, vanskötsel och övergrepp.
6. Låg utbildningsnivå, avsaknad av yrkesutbildning och arbetserfarenhet.

Forskningsrön 5:
Fokusera på kriminellt relaterade områden

Effektiva program inriktar sig på kriminellt relaterade beteenden (Gendreau & Andrews, 1991). När man ska värdera och tolka behandlingsresultat är det viktigt att skilja mellan kliniska och kriminogena utfall. Det är viktigt att klargöra skillnaden mellan dessa behandlingsmål. De första inriktar sig på personlig förändring som ökad funktionsnivå, färdigheter och anpassning. Den sistnämnda studerar återfall i kriminalitet och typ av brott. Båda behandlingsmålen ska givetvis ingå i ett förändringsprogram. Många ungdomar har flera problem som depression, vredesutbrott, överkonsumtion av alkohol m.m., som de skulle behöva

psykologisk hjälp med oavsett om det påverkar kriminaliteten. Det är möjligt att åstadkomma personliga förändringar utan att det påverkar det kriminella beteendet. En behandling kan vara kliniskt framgångsrik men inte leda till en minskning av framtida återfall. Det är inte alls ovanligt att man uppnår goda resultat inne på en institution, men att dessa framsteg inte låter sig överföras till livet utanför. Den utbredda uppfattningen att psykologisk förändring automatiskt leder till förändringar i det kriminella beteendet får inget stöd i meta-analyser (Lipsey, 1995). Positiva förändringar mätt med traditionella psykologiska mätinstrument är inte korrelerat till minskning av brottslighet. Däremot samvarierar interpersonella färdigheter och skolgång i högre utsträckning med kriminella mått.

I allmänhet läggs större vikt vid de kliniska målen och vid de beteenden som uppvisas inne på institutionen, än vid dem som faktiskt har inneburit att personen blivit omhändertagen. Vi tenderar att arbeta med sådant som vi tror har ett samband med brottsligheten och sedan hoppas vi att det ska räcka. Det är av största vikt att också titta närmare på de specifika händelser, känslor, tankar och beteendekedjor som ingår i det asociala beteendet. Återfallsforskning visar att man bör lära personer att identifiera och hantera svåra risksituationer. Mycket möda och träning bör läggas på att hitta trovärdiga och konkurrerande alternativ till det kriminella beteendet. Ute i det verkliga livet finns det genuina belöningar för kriminalitet. Om syftet med behandlingen är att minska framtida brottslighet, är det viktigt att också arbeta direkt med det brottsrelaterade beteendet.

Lovande respektive olämpliga mål

För att få en uppfattning om vad det kan vara värt att lägga ansträngningarna på har Andrews och Bonta (1994) på empirisk grund sammanfattat lovande och mindre lovande mål för rehabiliteringsprogram. Riskfaktorer och behov kan vara högst individuella och en analys av den enskildes tankeprocesser, beteendebrister och risksituationer är nödvändig.

LOVANDE DELMÅL:

1. Förändra asociala attityder och värderingar.
2. Förändra asociala emotioner.
3. Minska kontakt med asociala kamrater.

4. Främja kommunikation och positiv interaktion i familjen.
5. Öka graden av tillsyn och observation i familjen.
6. Främja identifikation och umgänge med antikriminella rollmodeller.
7. Öka graden av självkontroll, självdisciplin och sociala färdigheter.
8. Ersätt asociala beteenden som att ljuga, stjäla och vara aggressiv.
9. Minska användning av beroendeframkallande medel.
10. Ändra förstärkningsarrangemangen så att klienten föredrar icke-kriminella aktiviteter.
11. Erbjuda kroniskt psykiskt störda en skyddad, stödjande miljö med anpassade krav.
12. Förändra andra attribut hos klienten som är kopplat till brott.
13. Se till att klienten kan upptäcka risksituationer och har en konkret, väl inövad plan för att hantera sådana situationer.

OLÄMPLIGA DELMÅL:

1. Öka självförtroendet utan att samtidigt minska asociala tankar och känslor.
2. Fokusera på vaga känslomässiga besvär som inte kan kopplas till kriminellt beteende.
3. Öka sammanhållningen i asociala kamratgrupper.
4. Förbättra levnadsbetingelser utan att beröra de kriminogena behoven hos riskindivider.
5. Respektera asocialt tänkande och resonerande på grundvalen att värderingar i en kultur är lika berättigade som värderingar i en annan.
6. Uppmuntra konventionella ambitioner inom skola och arbete utan att ge konkret stöd för att realisera dessa ambitioner.
7. Försöka få personen att bli en »bättre människa« utan att det är kopplat till att upphöra med kriminella handlingar.

Forskningsrön 6:
Välj rätt typ av behandlingsprogram

Det finns en övergripande behandlingseffekt på cirka 10 procent sett över alla studier som har gjorts mellan 1950 och 1990 (Lipsey, 1995) – en till synes liten men praktiskt betydelsefull effekt. Det är dock en mycket stor variation mellan de bästa och de sämsta. Vissa program har producerat noll eller minus när det gäller effekter, medan andra har gett upp till 50 procent effekt. Det är angeläget att identifiera de faktorer

som ger de största effekterna.

Det finns ingen enskild behandling eller metod som har visat sig överlägsen för alla ungdomar eller alla problem. De mest effektiva programmen förlitar sig inte på enstaka metoder. Fokuserad och multimodal behandling är att föredra. Man behöver angripa behandlingsmålen från många håll och på bred front. Man ska sträva efter att ha en varierad metodarsenal som influerar ungdomarna i många avseenden. Programmen ska vara tydliga och väldefinierade vad gäller ideologi, mål, innehåll och metoder.

Ett effektivt behandlingsprogram för kriminella ungdomar måste vara välstrukturerat både till form och innehåll. Modellen ska tåla hårda påfrestningar. Modellen ska kunna kompensera de brister och psykosociala handikapp som ungdomarna uppvisar. Programmet bör dessutom vara fasindelat och skifta från hög struktur och yttre kontroll till låg struktur och självkontroll. Utslussningen i samhället måste förberedas noga, ske stegvis och pågå under lång tid. Det behövs vårdkedjor där man arbetar med samma teori och metoder i de olika faserna. Interventioner ska utveckla sociala beteenden (»coping skills«) genom kognitiva och färdighetsbyggande strategier. Strukturerad behandling av denna typ är den mest effektiva (Andrews m.fl., 1990). Ungdomarna måste tillägna sig beteenden som är nödvändiga för att klara sig ute i samhället. För att uppnå detta krävs ett mycket intensivt program och aktiv personal.

Inga program kan dock vaccinera ungdomar mot framtida problem. Gravt kriminellt beteende är ett mycket allvarligt psykosocialt handikapp som bör ses som en kronisk åkomma. Många av de här ungdomarna behöver stöd och styrning långt upp i vuxen ålder (Montrose m.fl., 1987). Omvårdnad bör ligga mer på kontinuerlig basis och inte ses som något man gör vid ett enda tillfälle (Mulvey m.fl., 1993). Det är en stor uppgift man tar på sig och man ska helst inte skicka ungdomarna vidare när det »krisar«. Man riskerar då att upprepa tidigare misslyckanden och befästa negativa förväntningar.

Forskningsrön 7: Använd kognitiva metoder

De mest framgångsrika programmen inkluderar en kognitiv komponent som inriktar sig på att förändra de attityder, värderingar och föreställningar som stödjer, rättfärdigar och vidmakthåller det asociala bete-

endet (Gendreau & Andrews, 1990).

En annan meta-analys (Izzo & Ross, 1990) baserad på 46 studier, visade på en statistiskt säkerställd skillnad mellan program som innehöll en kognitiv komponent och de som inte gjorde det. I denna studie använde man endast en beroendevariabel men kanske den viktigaste – återfall i kriminalitet och asocialitet. Behandlingsprogram med inslag av kognitiv beteendeterapi visade sig vara mer än dubbelt så effektiva som andra program.

Att se till hur en människa tänker, resonerar och tolkar social information tycks vara minst lika viktigt som att se till hur personen känner eller beter sig. Forskning visar att många kriminella saknar grundläggande kognitiva förmågor som är nödvändiga för social anpassning (Ross m.fl., 1988). De saknar förmåga att lösa sociala problem och mellanmänskliga konflikter, att förutse konsekvenser, att ta någon annans perspektiv, att resonera moraliskt och att utöva självkontroll. Brister i dessa färdigheter utgör ett mycket allvarligt handikapp, som placerar personen i riskzonen för att utveckla en permanent asocial livsstil. Att man avhjälper dessa brister är förmodligen helt avgörande för en framgångsrik rehabilitering (Izzo & Ross, 1990).

I den inlärningspsykologiska teorin är kognitioner en dimension av mänskligt beteende. Alla aktiviteter hos en människa, såväl inre som yttre, är att betrakta som beteenden. Händelser i olika beteendesystem har beröringspunkter. Det finns ett ömsesidigt samband mellan kognitioner och emotioner. Neurobiologisk forskning (Gray, 1990) visar att hjärnfunktioner som förmedlar känslor överlappar dem som överför tankar i sådan utsträckning att det inte går att skilja dem åt. Novaco (1979) menar att observerbara och privata beteenden fungerar i växelverkan. Kognitioner har en styrfunktion på emotioner. Vissa tankar kan framkalla ilska och att uppleva ilska kan producera aggressiva tankar. Samma typ av samband kan finnas mellan kognition och motorik och mellan emotion och motorik.

Aggressiva ungdomar

Aggressiva och våldsbenägna ungdomar uppvisar i många studier stora dysfunktioner i socialt-kognitiva processer. Forskningen ger en bild av individer som inte bara är utvecklingsmässigt handikappade utan även avvikande. De har svårt att tyda sociala signaler, benämna känslor, de feltolkar tvetydiga stimuli och läser in fientliga avsikter (Lochman &

Dodge, 1994). Kopplingen mellan kognitioner och aggressivitet har studerats av Slaby och Guerra (1988). Två uppsättningar av kognitioner skiljde klart mellan hög- och lågaggressiva:

1) färdigheter som krävs för att lösa sociala problem och
2) föreställningar och värderingar som är kopplade till aggressivitet.

Högaggressiva ungdomar var mer benägna att beskriva sociala situationer på ett antagonistiskt sätt, de satte upp fientliga mål, sökte inte klargörande information, fann få alternativa lösningar och förutsåg i mindre grad konsekvenserna av sitt handlande. Dessa ungdomar hade också införlivat en uppsättning värderingar som stöd för att bete sig aggressivt och våldsamt:

a) att använda våld och aggressivitet är fullt legitimt
b) det ökar självkänslan
c) man undviker en negativ framtoning
d) det leder inte till lidande för offret, som oftast bara har fått vad det förtjänar
e) aggressiva handlingar får inga negativa konsekvenser för förövarens egen del.

Forskningsrön 8: Vissa metoder bör undvikas

Meta-analyser visar också på vad som inte fungerar. Med respekt för andra arbetssätt, en del terapeutiska tillvägagångssätt är inte lämpliga att användas generellt på kriminella ungdomar. Speciellt traditionell psykoterapi, »case work«-metodik och icke-styrande klientcentrerad terapi bör undvikas för målgruppen i stort (Andrews m.fl., 1990).

Många behandlingsprogram bygger på antagandet att det kriminella beteendet är ett symtom på en underliggande psykopatologi och inte ett problem i sig självt. Det existerar inga belägg för att behandling byggd på en sådan sjukdomsmodell har effekt (Izzo & Ross, 1990). Den psykodynamiska teoribildningen har inte ökat förståelsen för fenomenet ungdomskriminalitet, inte heller har den visat på några fungerande behandlingsmetoder (Rutter & Giller, 1983). Snarare är det så att fenomenet mystifierats genom att man hänvisar till vaga, intrapsykiska begrepp.

Det saknas i praktiken vetenskapligt stöd för att behandlingsprogram baserade på psykodynamisk teori har effekt på barn med begränsad verbal och intellektuell förmåga eller med uttalade sociala beteendestörningar (Lyman m.fl. 1989). Anekdotiska data antyder att de möjligen kan vara mer lämpade för verbala medelklassbarn med slagsida åt mer känslomässiga än beteendemässiga störningar. Kontrollerad utvärdering av psykodynamisk behandling är sällsynt. Det finns en motvilja mot att använda vedertagen metodik för att utsätta sina hypoteser för vetenskaplig prövning. Den psykoanalytiska modellen har varit den dominerande under detta århundrade och är det fortfarande på många håll. Dess begränsade tillämpbarhet på denna klientgrupp och dess nästan totala brist på empiriskt stöd har uppmuntrat sökandet efter alternativa modeller för förklaring och behandling. Fokus har flyttats från intrapsykiska orsaker till mer multifaktoriella och interaktiva samband (Farrington, 1994).

Interventioner baserade på medicinska modeller såsom medicinering och dietförändring har inte haft något bestående inflytande på kriminellt beteende. Under vissa omständigheter är medicinering motiverad, men bör då helst ske inom ramen för ett större program (McGuire & Priestly, 1995).

Slutligen visar meta-analyser (Lipsey, 1992) att åtgärder byggda på bestraffning i stort sett har negativa effekter och förvärrar problemen med återfall (se forskningsrön 9).

Ragnar Schulze

Den nu bortgångne psykologen Ragnar Schulze sammanfattade på 1970-talet på några stenciler sin insiktsfulla syn på vården vid ungdomsvårdens institutioner. Han poängterade att mål är en ideologisk fråga. Medlen, vägarna att nå målen, är däremot rent vetenskapliga problem. Han menade att man måste skilja mellan mål och medel så att man inte blandar ihop ideologi och metodik.

> Inte så sällan väljs behandlingsmetoder, inte för att de svarar mot de aktuella patienternas vårdbehov, utan därför att de ter sig sympatiska att arbeta med och ger uttryck för behov hos personalen. Metoden bli då ett självändamål som tillämpas oberoende av vad den ger för effekt.

Schulze menade att man ofta tillämpade metoder som i helt andra sammanhang möjligen gett resultat. Som exempel tar han upp dåtidens

psykoterapeutiska moderörelser: terapeutiska samhällen, stormöten, konfrontationsterapier, olika former av gruppterapier och metoder som använts i öppenvård. Schulzes åsikt var att arbetet vid ungdomsvårdsskolorna måste präglas av en professionell inställning och inte av amatörmässigt tyckande och planlösa försök och chansningar. Vården måste vara systematiskt planerad och resultaten måste fortlöpande följas upp. Utan sådan resultatkontroll blir verksamheten meningslös, eftersom man då inte kan få någon uppfattning om ifall man överhuvudtaget sysslar med någon meningsfull vård. Schulzes ord äger samma aktualitet idag som när de skrevs för mer än 25 år sedan.

Forskningsrön 9: Bestraffning och avskräckning fungerar inte

Behandling är verksam och kostnadseffektiv i motsats till vad vi vet om bestraffande och avskräckande strategier (Gendreau & Andrews, 1990). De metoder som gett noll eller negativa resultat i meta-analyserna är framförallt de som är baserade på avskräckning och chockinlåsning »short, sharp, shock« (Lipsey, 1992). Det är svårt att mäta effekter av allmänprevention. Sarnecki (1993) menar att det är rimligt att anta att sådana åtgärder har effekt, framförallt när det gäller brott med hög upptäcktsrisk och för rationella individer. För ungdomar som har massiva beteendebrister räcker det inte med att hindra eller bestraffa, de måste också erbjudas gångbara alternativ. Bestraffning eller hot om detsamma fungerar dåligt på dessa ungdomar. Många verkar vara mer eller mindre oemottagliga eller kan till och med uppskatta denna typ av sanktioner. En förklaring till detta är säkert att många under sin uppväxt har exponerats för hot, våld och bestraffningar. Många ungdomsbrottslingar verkar däremot extremt mottagliga för belöningar av olika slag (Quay, 1987).

Utvärderingar från i andra länder vanligt förekommande program som bygger på bestraffning och avskräckningseffekter, har inte visat på uppmuntrande resultat (Andrews m.fl. 1990). En populär variant där ungdomsbrottslingar ska lära sig veta hut är »boot camps«. Det finns inget som tyder på att dessa läger är någon lösning på grav och kronisk brottslighet. Tvärtom finns det stöd för att »boot camps« varken kan motverka återfall eller bidra till ökad social anpassning. Man kommer inte åt det kriminella beteendet genom att lyfta bort ungdomarna från

samhället och inskärpa en uppsättning beteenden som saknar funktion i deras naturliga miljö (Henggeler & Schoenwald, 1994).

Bestraffning i teoretisk mening

Den destruktiva effekten av bestraffning motsäger den så vanliga uppfattningen att folk lär sig en läxa om de får sig en ordentlig näsbränna. Tittar man lite närmare på vad den beteendevetenskapliga forskningen säger om bestraffning är frånvaron av effekt inte ett dugg förvånande (Sundel & Sundel, 1994). Även om positiv förstärkning är att föredra, kan man slå fast att positiv bestraffning (ett begrepp som innebär att en för individen negativ konsekvens tillförs) är effektiv för att ändra mänskligt beteende. Men för att bestraffningen ska vara effektiv måste vissa krav uppfyllas:

a) Bestraffningen ska vara undantagslös och konsekvent.
b) Den ska följa omedelbart på den oönskade handlingen.
c) För att vara som mest effektiv ska den vara maximalt intensiv.
d) Andra handlingsalternativ ska vara tillgängliga och förstärkas.
e) Förstärkning av det oönskade beteendet tas bort.
f) Konsekvensen ska vara adekvat och begriplig.

Att bestraffningsåtgärder i lagens mening inte fungerar är uppenbart. Med ovanstående villkor för ögonen kan man se att de nödvändiga betingelserna för att bestraffning ska fungera aldrig är uppfyllda. Effektiv bestraffning i inlärningspsykologiskt avseende har förmodligen aldrig prövats.

Forskningsrön 10: Utgå från social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi

Meta-analyserna visar att program och metoder baserade på social inlärningspsykologi och kognitiv beteendeterapi erhåller det överlägset bästa vetenskapliga stödet (Lipsey, 1992; Andrews m.fl., 1990) Beteendeterapeutiska program har under de senaste 25 åren genererat en stor mängd forskning som stödjer dess effektivitet och mångsidighet. Program med denna inriktning verkar också vara mer tillämpbara än psykodynamiska på beteendestörda barn och ungdomar med dåliga verbala, sociala och intellektuella färdigheter (Lyman m.fl., 1989).

Det är nödvändigt att ha en övergripande psykologisk modell för att

förstå, förklara och predicera kriminellt beteende. Den sociala inlärningspsykologin (Bandura, 1986; Herbert, 1991) och utlöpare av denna utgör en solid plattform. Andrews & Bonta (1994) presenterar en sådan modell benämnd PIC-R (»a personal, interpersonal and community-reinforcement approach«). Denna modell kan sägas vara rationellt-empirisk och väger in alla aspekter som har ett påvisat samband med kriminellt beteende. Dessa korrelat är inte bara situationsbundna utan även biologiska, personliga, interpersonella och familjemässiga. Teorin beaktar också sociala, kulturella och politiskt ekonomiska faktorer.

Beteendeterapeutiska metoder

Förutom alla standardprocedurer som kännetecknar det kognitivt-beteendeterapeutiska arbetssättet som tillämpad beteendeanalys, modellering, rollspel, positiv förstärkning, utsläckning, formning, systematisk desensibilisering, exponering, kognitiv omstrukturering m.m., finns ett antal kliniska metoder med gott empiriskt stöd som riktar sig till kriminella ungdomar.

Social färdighetsträning. Det finns ett starkt samband mellan beteendebrister, grupptillhörighet och asocialitet (Simonian m.fl., 1991). Många av ungdomarna saknar nödvändiga interpersonella färdigheter. Det finns en uppsjö av välbeprövade program som riktar sig till kriminella ungdomar (Goldstein, 1993). Träningen sker i strukturerade sessioner och innehåller bl.a. rollspel, modellering, instruktioner, hemuppgifter och feedback.

Tillämpad avslappning. En självkontrollteknik som kan användas vid framförallt spänningsrelaterade problem och som ingår som en del i ilskekontrollträningen.

Självkontrolltekniker. Kriminella ungdomar agerar impulsivt och förlägger orsaken till sitt handlande utanför sig själva. Ett centralt mål är att öka graden av självkontroll. »Self-Instructional Training« (Snyder & White, 1979) är ett exempel på en metod som har använts med gott resultat.

Ilskekontroll. Metod för att lära sig att hantera ilska och provokation (»anger-control training«; Feindler & Ecton, 1994). Flera kontrollerade studier har visat positiva effekter (Hains, 1989).

Social problemlösning. Jämfört med socialt fungerande ungdomar saknar kriminella sådana strategier. Detta ökar risken för att de väljer asociala och kortsiktiga lösningar. Studier visar att man kan hjälpa ungdo-

mar att bättre lösa mellanmänskliga dilemman (Hains & Hains, 1987).

Moralutveckling. I en meta-analys kunde Nelson m.fl., (1990) visa att kriminella ungdomar har omogen moraluppfattning. Det är också möjligt att genom systematisk träning öka moraluppfattningen (Arbuthnot, 1986).

Rolltagande/Perspektivträning. Kriminella ungdomar är mer egocentriska och har sämre förmåga att se situationer ur en annan människas synvinkel (Ross m.fl., 1988). Ett par studier har visat att det går att öka perspektivtagandet (Chandler, 1973).

Självförtroendeträning. Ungdomsbrottslingar har överlag sämre självkänsla än icke-kriminella (Goldsmith, 1987). Självförtroendeträning är en standardmetod inom beteendeterapin.

WISER way (de Lange m.fl., 1981). En gruppmetod som fokuserar på problemlösningsprocessen. Med hjälp av video och rollspel skapar man sociala lösningar på interpersonella problem.

Multimodala program

Många program kombinerar olika typer av metoder för att få bättre effekt. Det finns många studier som innehåller »paketbehandling«. Ofta rör det sig om individual- och gruppinterventioner parat med familjearbete. Det har visat sig att »breda« och mångfacetterade program är att föredra. Några av de bäst beskrivna är:

Aggression Replacement Training (Goldstein & Glick 1987). Programmet bygger i huvudsak på tre olika ingredienser a) träning av sociala och kognitiva färdigheter b) ilskekontrollträning och c) moralutveckling. Dessutom finns ett familjeprogram kopplat till det hela. Flera utvärderingar har visat på goda resultat.

Achievement Place (Braukman & Wolf, 1987). Ett alternativ till institutionsplacering. Ett välutbildat »föräldrapar« bor tillsammans med en grupp kriminella ungdomar. Flera utvärderingar har visat på mycket goda resultat under behandlingstiden. Övergången till samhället har inte fungerat fullt lika bra.

Reasoning & Rehabilitation Project. (Ross & Fabiano, 1985). Ett mångfacetterat beteendeterapeutiskt-kognitivt program som fått efterföljare på många håll, bl.a. i England, Danmark, Holland och Spanien.

Multisystemisk terapi, MST (Scherer m.fl., 1994). Denna pragmatiska strategi tar fasta på de multipla system som omger barnet och familjen. Man arbetar med den unge, familjen, kamrater, skola och faktorer i

kommunen. Strategierna skräddarsys efter de behov, resurser och mål som familjen har. MST tar fasta på att beteendeproblem i så hög grad är kopplat till sitt sociala sammanhang.

Missuppfattningar om beteendeterapi

Det är olyckligt att det som bär namnet beteende uppfattas med misstänksamhet av så många. Fientligheten är i regel baserad på stereotypa uppfattningar om vad beteendeterapi egentligen är. De flesta uppfattningarna är okunniga och saknar förståelse för dess teori och praktik. Kritiker menar t.ex. att beteendeterapin inte intresserar sig för människor som subjekt med tankar och känslor, att den dessutom är mekanisk, ytlig och manipulativ. Beteendeterapi kännetecknas framförallt av ett aktivt samarbete mellan terapeut och klient där målet för behandlingen är ökad frihet och självkontroll. Självklart kan man hitta exempel där metoder har använts felaktigt, men det är ju inte teorin det är på fel utan utövarens omdöme. Teorin som sådan är neutral. Beteendeterapeutiska tekniker är bevisligen mycket kraftfulla. Därför vilar ett stort ansvar på utövaren att använda metoderna på ett öppet, kunnigt och etiskt riktigt sätt.

Forskningsrön 11: Institutionsbehandling – inget att stå efter?

Resultaten av traditionell institutionsbehandling med unga lagöverträdare har varit mycket nedslående Detta gäller såväl utomlands som i Sverige. Att bedriva framgångsrik behandling inom ramen för en tvångsinstitution har visat sig vara en hart när omöjlig uppgift. Det finns förstås många orsaker till att institutionsbehandling inte har fungerat särskilt bra. En av de viktigaste, förutom avsaknad av ändamålsenliga metoder och utbildad personal, är nog ändå att behandlingsmiljön har för få likheter med världen utanför. Positiva förändringar uppnådda på institutionen klingar snabbt av vid återgången till den naturliga miljön. Det är en stor utmaning att på ett konsekvent och professionellt sätt genomföra tvångsbehandling. Det kan inte uteslutas att effekterna kan bli tvärtemot de avsedda. Sarnecki (1993) menar att det i praktiken saknas stöd för positiva effekter av tvångsbehandling.

Meta-analyser visar att behandlingsprogram genomförda under öppnare former ute i samhället har betydligt bättre effekt på brottslighet än

institutionsprogram (Lipsey, 1992). Han fann också att behandlingsresultat blev bättre vid längre tids behandling, *utom* när det inbegrep inlåsning på institution. Program som på bred front angriper problemet direkt i sitt sociala sammanhang framstår som mest lovande (Mulvey m.fl., 1993). Hjälpinsatser ska så långt det är möjligt möta och arbeta med den unge i dennes egen verklighet. Det är möjligt att korta placeringar på institution och längre inblandning i samhällsprogram kan var en optimal strategi (Goldstein m.fl. 1989). För att vara effektiv måste institutionsbehandling sammanlänkas med insatser ute i samhället. Uppnådda förändringar måste successivt överföras till den naturliga livsmiljön för att fortbestå.

Tvångsplacering på institution är ett allvarligt ingrepp i en människas liv. Det måste föreligga synnerligen starka skäl. Man måste ha beaktat och prövat andra möjligheter till frivilliga och öppna lösningar. För de allra mest störda, svårbehandlade och rymningsbenägna ungdomarna är det dock nödvändigt att inleda behandlingen på institution. Det måste finnas tillgång till vårdalternativ som bygger på lång tid, individuell behandling och möjlighet till slutenhet. Ska man bedriva sådan vård måste man se till att göra den maximalt effektiv, etiskt riktig och lägga ner stor omsorg på att utvärdera den. Det finns i dagsläget inga vetenskapligt utprövade metoder och inga garantier för ett lyckosamt behandlingsresultat. Institutionsvård kan ge negativa konsekvenser.

Forskningsrön 12: Arbeta med familjen och nätverket

De mest effektiva programmen inkluderar beteendeinriktat arbete med den unges familj och nätverk (Roberts & Camasso, 1991). Välkontrollerade studier med stora grupper visar att familjeterapi kan minska antalet återfall på ett framgångsrikt sätt.

Familjen och föräldrarnas roll för utveckling och vidmakthållande av asociala beteenden är central. Resultat från Stockholmsprojektet (Martens, 1992) understryker att det är viktigt att föräldrarna bryr sig om vad ungdomarna gör när de är ute med sina kamrater, var de håller hus samt vem eller vilka de är tillsammans med. Den bristande tillsynen kan härledas till en svag känslomässig kontakt med föräldrarna, som i sig är en riskfaktor för asocial utveckling. Familjebilden för dessa ungdomar är i regel mycket dyster. Få ungdomar har en tillfredsställande kontakt med

sina föräldrar. Familjerna är ofta splittrade och föräldrarna har många gånger grava psykosociala problem (Forsling, 1991).

Familjeterapier

Tolan m.fl. (1986) menar att det finns god anledning att använda familjeterapi. I en översikt av familjeterapier prövade på denna målgrupp konstateras att modeller som betonar ökad struktur, förbättrad kommunikation och beteendeförändring genomgående erhåller det bästa stödet. Däremot verkar det inte lämpligt att använda klientcentrerad eller psykodynamisk familjeterapi på dessa familjer. Tolan & Mitchell (1989) menar att dessa familjer kan skiljas ut genom sina typiska samspelsmönster:

1. Långvarig och hög konfliktnivå mellan föräldrarna, särskilt runt frågor som rör uppfostran och värderingar. Resultatet blir en inkonsekvent uppfostran.
2. Oklara hierarkier inom familjen, där barnet har för stort inflytande.
3. Brist på positiva affekter och känslouttryck. Familjeinteraktionen beskrivs som tvingande och fientlig.
4. Familjeatmosfären och kommunikationen är aggressiv och försvarsinriktad.
5. Några få familjemedlemmar dominerar en stor del av kommunikationen och kompromissvilja saknas.

Utifrån dessa särdrag presenterar Tolan & Mitchell (1989) en familjeterapeutisk modell som integrerar verksamma inslag från flera olika håll. Familjesessioner varvas med individuell behandling. Även faktorer utanför familjen som socioekonomiska faktorer och kamratinflytande vävs in i modellen.

Föräldraträningsmodellen. Patterson m.fl. (1982, 1992) har under snart tre årtionden konstruerat en mycket solid teori om asocial utveckling hos unga pojkar och deras familjer. Kärnan i modellen ligger i beskrivningen av familjens inbördes interaktioner. En slutsats de drar är att produkten av otillräckligt föräldraskap är asocialt beteende hos barnen. De har utvecklat en typ av föräldraträning benämnd *Parent Managment Training.* Metoden går ut på att lära föräldrarna positiva och mer effektiva föräldrabeteenden. Målet är att ändra det negativa och bestraffande

samspelet i familjen som skapar asocialt utagerande barn. Flera kontrollerade studier har visat på goda resultat (Bank m.fl., 1987).

Rutter och Giller (1983) pekar på två områden inom vilka man ska eftersträva förändringar:

1. Hemmiljön och familjeinteraktionen.
2. Ungdomens sociala kompetens och problemlösningsförmåga.

Kazdin m.fl. (1987) tog fasta på detta och kombinerade föräldraträningsmodellen med social färdighetsträning riktad till barnen. 40 ungdomar i åldern 7-12 år som uppvisade asociala beteenden ingick i studien. Efter avslutad behandling uppvisade barnen i behandlingsgruppen mindre aggressivitet samt ökad social anpassning jämfört med kontrollgruppen. Resultatet kvarstod vid uppföljning ett år senare.

Funktionell familjeterapi (Alexander & Parsons, 1992). Detta är en närbesläktad familjeterapeutisk metod. Betoningen ligger på att analysera och förändra interaktionen mellan familjemedlemmarna. Dysfunktionella familjeprocesser är i fokus. Syftet med terapin är att öka ömsesidigheten, kommunikationsförmågan och graden av positiv förstärkning mellan medlemmarna i familjen. Utvärderingar har visat på goda resultat med indikationer om effekt även på kriminalitet (Kazdin, 1987).

Familjekontrakt. Upprättandet av *kontingenskontrakt* är en metod som använts för att påverka familjeinteraktionen. Terapeuten förhandlar tillsammans med familjen fram ett ömsesidigt skrivet kontrakt. Kontraktet specificerar önskade och oönskade beteenden och dess konsekvenser. Betoningen ligger på positiv förstärkning. Detta förfarande klargör hur parterna vill att det ska fungera och det höjer strukturen, ökar samarbetet, betonar ansvar och förbättrar kommunikationen. Flera studier har rapporterat om mycket goda resultat vid användning av denna typ av kontrakt (Stumphauzer, 1986).

Forskningsrön 13:
Satsa på undervisning och yrkesutbildning

Meta-analyserna visar att de mest effektiva programmen innehåller moment som rör skola, arbete och anställning (Lipsey, 1992). Majoriteten av dessa ungdomar har haft olika slag av skolproblem under uppväxten. Många har avbruten skolgång och saknar elementära baskun-

skaper. Hur man fungerar i skolan har starkt samband med hur man anpassar sig socialt som vuxen. Detta kunde man konstatera vid uppföljningen av 1956 års klientelundersökning (Carlsson, 1972).

Flera skolbaserade interventioner finns beskrivna i litteraturen (Murakami & Lane, 1987). Ett av de mest kända programmen är *Preparation Through Responsive Education Program (PREP)*. Programmet består av särskild undervisning, social- och interpersonell färdighetsträning samt familjearbete. Uppföljningar på över 600 elever visade en säkerställd effekt på studieframgång och skolanpassning. Vid en fyraårsuppföljning fanns däremot ingen skillnad mellan *PREP*-elever och kontrollgruppen. Författarna menar ändå att det finns gott stöd för att skolframgång minskar risken för brottsligt beteende. Utbildning kan vara en viktig åtgärd för att förhindra framtida återfall. Hög arbetslöshet och ökad specialisering på arbetsmarknaden gör det svårt för outbildade ungdomar att erhålla arbete.

Läs- och skrivsvårigheter

Det har framkommit att en stor andel kriminella ungdomar har läs- och skrivsvårigheter (Brier, 1989). De flesta som har denna typ av problem blir naturligtvis inte kriminella, men förekomst av koncentrations- och inlärningssvårigheter ökar risken för att en ung människa ska utvecklas asocialt. Brier (1994) utvärderade ett öppenvårdsprojekt i New York riktat till dömda ungdomar med läs- och skrivsvårigheter. Syftet var att genom utbildning och träning av psykosociala och yrkesinriktade färdigheter minska riskerna för fortsatt brottslighet. Programmet baserades på forskning som säger att åtgärder som ger de största effekterna är sådana som betonar ökade sociala och kognitiva färdigheter, som använder fokuserad och operationellt definierad behandling matchad till behov och inlärningsstilar hos deltagarna. Två år efter avslutad behandling hade 12 procent i experimentgruppen jämfört med 40 procent i kontrollgrupen anhållits för nya brott. Eftersom interventionen gavs i form av ett paket kan man inte exakt säga vad som gav effekt.

Forskningsrön 14:
Program- och behandlingsintegriteten måste vara hög

De mest effektiva programmen utmärks av hög behandlingsintegritet (»treatment integrity«) (Andrews m.fl. 1990). Programintegritet handlar om att i praktiken göra program realiserbara på det sätt de är avsed-

da vad gäller teori, metoder, struktur och design. En förutsättning är att programmets delar hänger ihop och att metoderna leder mot målet. Behandlingen måste utföras av lämplig och välutbildad personal. De personer som är ansvariga för program, forskning och behandling ska vara involverade i och ha uppsikt över alla faser i behandlingsprocessen (Lipsey, 1992). Det är nödvändigt att ledningen och organisationen är effektiv och professionell. De som är involverade i ledningsarbetet måste vara hemmastadda i de aktuella forskningsrönen. Om man vill förverkliga ett program byggt på principerna för »what works« måste det finnas tillräckliga resurser för att utveckla, utvärdera och driva det hela i rätt riktning.

Oberoende av teoretisk inriktning eller vilken typ av program man ska införa kan det bara lyckas om det är väl genomfört. Att man arbetar med det man har tänkt sig och att man använder så effektiva metoder som möjligt. Lika viktigt som att studera utfallet av en intervention är att intressera sig för om den utfördes som planerat. Många studier tar integriteten för given. Quay (1987) undersökte detta och fann att många program led allvarlig brist på det som menas med termen programintegritet. I praktiken gör man ofta någonting annat än det man säger eller tror att man gör.

Effektiva program uppstår inte plötsligt av sig själva. Det krävs en noggrann planering av innehåll och resurser, välutbildad personal som kan göra utredningar och administrera behandling, en ändamålsenlig organisation och ett sunt ledarskap (Hollin, 1995).

Personal och utbildning

Välutbildad personal är en förutsättning för att säkra behandlingsintegriteten och därigenom åstadkomma en framgångsrik rehabilitering. Det är helt nödvändigt att personalgruppen är entusiastisk och väl förberedd för uppgiften. Sammanhållningen är fundamental och målen för verksamheten måste vara tydliga, gemensamma och väl förankrade. De som ska göra jobbet måste vara intresserade och villiga att arbeta i samklang med programmets intentioner. I denna fråga finns inget utrymme för personligt godtycke. Alla som berörs av programmet måste förbinda sig att verka utifrån samma teoretiska referensram och dra åt samma håll.

Att införliva nya riktlinjer och arbetssätt får stor betydelse för personalutbildningen. Denna måste anpassas till de nya kraven och i stora

delar revideras. Traditionell undervisning är inte optimal när man ska lära ut beteendeterapeutisk teori och praxis (Hollin, 1995). Didaktiska metoder måste kompletteras med mer aktiva inlärningsmetoder som rollspel, videoträning och modellering. Personalen måste tillägna sig kunskaper och terapeutiska färdigheter, nödvändiga för att gå i land med uppgiften. För att få till stånd positiva förändringar behöver ungdomarna tillgång till vuxna som är goda identifikationsobjekt. Personal behöver dessutom vara omvårdande, socialt kompetenta och klara balansen mellan att vara en gränssättande auktoritet och samtidigt etablera en varm och förtroendefull relation. Det är orealistiskt att tänka sig att outbildad personal ska genomföra ett program som gör anspråk på avancerade kunskaper och handgrepp. Det är avgörande att all personal, och i synnerhet de som tillbringar mest tid tillsammans med ungdomarna, erhåller tillräckligt med handledning och utbildning. Det är nödvändigt att ha en programanpassad och skräddarsydd utbildning som löper kontinuerligt.

Hot mot integriteten

Det finns hot och hinder mot programintegriteten som man måste skydda sig emot (Hollin, 1995). Risken finns nämligen att:

a) programmet driver iväg och förändras gradvis över tid
b några arbetar i en annan riktning eller gör tvärtom och underminerar programmet
c) delar i behandlingen tas bort eller byts ut godtyckligt. Slutprodukten har då ingenting gemensamt med ursprungsidén.

Det kan också finnas motstånd eller samarbetsproblem i organisationen eller hos personalen. Man måste tillämpa olika strategier för att säkerställa programmets kvalitet. Detta åstadkommes genom gemensamma tydliga mål, en uttalad etik och behandlingsfilosofi, väl beskrivna program och metoder, välutbildad personal samt lämpliga instrument för att mäta process och utfall.

Forskningsrön 15: Forska och utvärdera

Även om det finns uppmuntrande forskningsresultat är det mesta ogjort. Forskningen om ungdomsbrottslighet befinner sig i ett tidigt ut-

vecklingsskede. Majoriteten av studier är deskriptiva och anekdotiska med små sampel och svaga forskningsdesigner (Roberts & Camasso, 1991). Framgångsrika studier behöver upprepas under nya förhållanden och med andra grupper. De flesta program utvärderas inte alls. Därigenom går möjligheten att vinna ny kunskap förlorad. Uppenbarligen är det så att det finns behandling som förvärrar problemen och det finns sådan som möjligtvis gör nytta. I förväg är det svårt att säga hur olika insatser kommer att falla ut. Utan tillförlitlig forskning kan man heller inte dra några slutsatser.

Att bedriva långvarig och kostsam tvångsvård utan evaluering är oetiskt och integritetskränkande. Om man vill utveckla effektiv behandling för gravt asociala ungdomar är det viktigt att den underliggande teorin vilar på en empirisk grund. Utvärderingen bör uppfylla godtagbara vetenskapliga kriterier. Forskningen måste visa att behandling minskar kriminaliteten mer än vad som kan förväntas av spontanförbättring. Studier som undersöker effektiviteten hos behandlingsprogram bör inkludera en rigorös forskningsdesign, ett tillräckligt stort sampel, randomiserad fördelning till experiment- respektive kontrollgrupp, en uppföljningsperiod på minst ett år samt möjlighet till statistisk analys (Roberts & Camasso, 1991). Slutligen bör man säkerställa validiteten i behandlingen. Utfördes behandlingen som planerat? Hur och för vem fungerade behandlingen?

Framförallt två typer av forskningsdesigner har i sammanhanget visat sig vara lämpliga (Hollin, 1990):

a) Kontrollerade gruppstudier. En grupp erhåller aktiv behandling och utgör experimentgrupp. En eller flera matchade kontrollgrupper utgör jämförelsematerial. Urvalet måste vara slumpmässigt fördelat och representativt för populationen. Grupperna får inte på något avgörande sätt skilja sig åt före behandlingen.
b) Single-case designer (experimentella fallstudier). Här använder man multipla upprepade mätningar under sekvensen baslinje-behandling-uppföljning. Man kan ackumulera en serie av fallstudier.

Vad ska man då mäta? Naturligtvis sådant som är föremål för behandling, det man har tänkt sig att påverka, t.ex. ökade sociala och kognitiva färdigheter, skolkunskaper, »locus of control« osv. Detta bygger på antagandet att dessa attribut orsakar eller är direkt kopplade till brottslighe-

ten. Att säkerställa ett sådant samband är en vetenskaplig fråga. Det finns naturligtvis många andra faktorer som påverkar brottslighet. En behandling kan som tidigare nämnts vara framgångsrik utifrån ett kliniskt perspektiv utan att ha någon effekt på återfall i kriminalitet. Det är viktigt som beroendemått att också inkludera en kriminologisk dimension.

Alltför många studier har av olika skäl för korta uppföljningstider. Interventionens värde ökar givetvis om man kan påvisa att den har långsiktiga positiva effekter. De ungdomar som genomgår institutionsbehandling bör lämpligen följas upp i vuxen ålder. Utvärderingen bör göras såväl internt som externt av opartiska bedömare.

Vilka program kan minska brottslighet och vilka åtgärder har ingen effekt? Det är viktigt att undersöka detta så att beslutsfattare och administratörer kan fatta rätt beslut. Den framtida effektiviteten av olika åtgärder riktade mot ungdomsbrottslingar beror på detta.

Avslutande kommentarer

På grundval av denna genomgång av forskningsfynd kan man till att börja med dra slutsatsen att rehabilitering fungerar. Behandlingsprogram som bygger på principerna för »what works« kan vara mycket effektiva, både vad gäller att öka den sociala anpassningen och vad det gäller att samtidigt minska risken för framtida återfall. Behandling, och då i synnerhet kognitiv beteendeterapi, kan påverka en rad målbeteenden inklusive de kriminella. Om man följer de anvisningar man får av meta-analyserna menar Lipsey (1992) att man sannolikt kan reducera framtida återfall med minst 20 procent jämfört med en obehandlad kontrollgrupp. Hollin (1995) menar vidare att det är möjligt att drastiskt höja behandlingseffekten ytterligare genom att kontinuerligt utbilda och handleda personalen. Att personalen är skicklig och välutbildad är nödvändigt om man vill åstadkomma en lyckosam återanpassning.

Det framställs ofta i mediadebatten som att det finns en uppdelning mellan »mjuka« och »hårda« tag. Denna bild delar också in människor i två läger. På ena sidan finns de hårdförda realisterna som vill ha tuffare tag och slut på »daltandet«. Brottslingar ska ha vad de förtjänar och inte mötas med förståelse. På den andra finns de naiva och välmenande idealisterna som vill hjälpa de stackars kriminella, kanske genom att skicka

dem på lyxresor till Västindien. Denna konstruktion är förstås helt irrationell och enbart baserad på känsloretorik och inte ett dugg på vetenskap. Om vårt mål är att minska kriminellt beteende är detta polariserade sätt att resonera förkastligt. Ett mer konstruktivt och intellektuellt krävande alternativ är att undersöka den forskning som finns tillgänglig. En sådan granskning visar att man inte kommer åt brottsligheten vare sig med hårdare tag eller genom att vara eftergiven, utan genom att handla rationellt och systematiskt.

Trots vissa ljuspunkter vad gäller rehabilitering kan det inte på långa vägar väga upp de svårigheter det innebär att förändra grundmurade mönster av asocialt beteende hos framförallt de äldre ungdomsbrottslingarna. Att rehabilitera de mest asociala ungdomarna är en mycket tidskrävande och kostsam insats. Vi kommer aldrig att fullt ut kunna kompensera det de har gått miste om under den viktiga socialiseringsprocessen under uppväxten. Det är mer tillrådligt att försöka förhindra kriminalitet i ett tidigare skede än att komma till rätta med den när den väl har slagit ut i full blom.

Vi befinner oss i ett läge där vi måste vara ödmjuka och prövande. Mycket av det som pågår är kanske bra och man bör helst inte överge arbetsmetoder förrän man vet att det finns andra som fungerar bättre. Som alltid när det gäller svåra problem är detta en empirisk fråga. Idag är det ett stort glapp mellan praktisk verksamhet och vetenskapligt kunnande. Det finns tillräckligt mycket kunskap för att åstadkomma avgörande förändringar på alla preventionsnivåer. En viktig fråga är om vi är beredda att ta konsekvenserna av de forskningsrön som finns för handen. Det är annars en angelägen uppgift att analysera och överbrygga de hinder som finns för att använda denna kunskap.

Det verkar fullt möjligt att nå bättre resultat än vad vi gör idag. Vi behöver inte längre famla i blindo. Det finns en samstämmighet i den internationella litteraturen. Forskningen pekar ut framkomliga vägar och blindskär. Vi kan börja med att bygga våra program på principerna för »what works«. Det tar lång tid att kulturanpassa och omsätta ny kunskap i praktiskt arbete. Därför måste vi snarast ta itu med uppgiften att identifiera och utveckla de metoder och modeller som är mest effektiva och erbjuda dessa till de ungdomar som de bäst kan gagna. Det är hög tid att göra något. Vi har dröjt länge nog.

Referenslista

Alexander JF. & Parsons BV. (1992) *Functional Family Therapy.* Monterey, CA: Brooks & Cole.

Andrews DA., Zinger I., Hoge RD., Bonta J., Gendreau P. & Cullen FT. (1990) "Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychological informed meta-analysis", *Criminology 28:* 369-404.

Andrews DA. & Bonta J. (1994) The *Psychology of Criminal Conduct.* Cinchinatti: Anderson.

Andrews DA. (1995) "The psychology of criminal conduct and effective treatment". I: McGuire J. (red.) *What Works: Reducing Reoffending.* Chichester: Wiley & Sons.

APA,American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington DC: Pilgrim Press.

Arbuthnot J.& Gordon DA. (1986) "Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high risk behavior-disordered adolscents", *Journal of Consulting and Clinicla Psychology 34:* 208-216.

Bandura A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action. A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Bank L., Patterson GR. & Reid JB. (1987) "Delinquency prevention through training parents in family managements", *The Behavior Analyst 10:* 75-82.

Braukman CJ & Wolf MM (1987) "Behaviourally based group homes for juvenile offenders". I: Morris EK & Braukman CJ (red.) *Behavioural Approaches to Crime and Deliquency: A Handbook of Application, Research and Concepts.* New York: Plenum Press.

Brier N. (1989) "The relationship between learning disability and delinquency: a review and reappraisal", *Journal of Learning Disabilities 22:* 546-553.

Brier N. (1994) "Targeted treatment for adjudicated youth with learning disabilities: Effects on recidivism", *Journal of Learning Disabilities 27:* 215-222.

Carlsson G. (1972) *Unga lagöverträdare II. Familj, skola och samhälle i belysning av officiella data.* SOU 1972:76.

Chandler MJ. (1973) "Egocentrism and anti-social behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills", *Developmental Psychology 9:* 326-332.

Daleflod B. (1993) "Stagnation eller evolution? Översikt av hoppingivande forskning med relevans för ungdomsvården", *Scandinavian Journal of Behavior Therapy 22:* 89-117.

Dalteg A. (1990) *Avancerade unga lagövertädare.* Doktorsavhandling vid Psykiatriska Institutionen i Malmö.

Dalteg A. & Levander S. (1995) *Twelwe thousand crimes by 75 boys: A 20 year follow-up study of childhood hyperactivity.* Opublicerad rapport, Malmö: Department of Psychiatry.

Davidson WS., Gottshalk R., Gensheimer L. & Mayer J. (1984) *Interventions with juvenile delinquents: A meta-analysis of treatment efficacy.* Washington DC: National Institute of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Farrington DP. (red.) (1994) *Psychological Explanations of Crime.* Dartmouth: Publ. Co. Ltd.

Feindler E. & Ecton RB. (1994) *Adolescent Anger Control. Cognitive-Behavioral Techniques.* Allyn & Bacon.

Feldman P. (1989) "Applying psychology to the reduction of juvenile offending and of-

fences: methods and results", *Issues in Criminological and Legal Psychology 14:* 3-32.
Forehand R. & Long N. (1991) "Prevention of agression and other behavior problems in early adolescent years". I: Pepler D. & Rubin K. (red.) *The development and treatment of childhood aggression.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Forsling S. (1991).*"Blir värstingen värre?" En studie av studier om Stockholmsungdomar i kris, 1983-1990.* Stockholms Läns Landsting.
Garrett CJ. (1985) "Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis", *Journal of Research in Crime and Delinquency 22:* 287-308.
Gendreau P. & Andrews DA. (1990) "Tertiary prevention: What the meta-analysis of the offender treatment tell us about "what works"", *Canadian Journal of Criminology 32:* 173-184.
Goldsmith H. (1987) "Self-esteem of juvenile delinquents: Findings and implications", *Journal of Offender Counseling Services & Rehabilitation 11:* 79-85.
Goldstein AP. & Glick B. (1987) *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth.* Champaign, IL: Research Press.
Goldstein AP., Glick B., Irwin M., Pask-McCartney C. & Rubanna, I. (1989) *Reducing Delinquency: Intervention in the Community.* Nex York: Pergamon Press.
Goldstein AP. (1993) "Interpersonal skills training interventions". I: Goldstein A.P. & Huff CR. (red.) *The Gang Intervention Handbook.* Champaign, IL: Research Press.
Gottschalk R., Davidson WS., Mayer J. & Gensheimer L. (1987) "Behavioral approaches with juvenile offenders: A meta-analysis of long-term treatment efficacy". I: Morris EK. & Braukmann CJ. (red.) *Behavioral Approaches to Crime and Delinquency: A Handbook of Application, Research and Concepts.* New York: Plenum Press.
Gray JA. (1990). "Brain systems that mediate both emotion and cognition", *Cognition and Emotion 4:* 269-288.
Hains AA. (1989) "An anger-control intervention with aggressive delinquent youths", *Behavioral Residential Treatment 4:* 213-230.
Hains AA. & Hains AH. (1987) "The effects of cognitive strategy intervention on the problem-solving abilities of delinquent youths", *Journal of Adolescence 10:* 399-413.
Henggeler SW. & Schoenwald SK. (1994) "Boot camps for juvenile offenders. Just say no", *Journal of Child and Family Studies 3:* 243-248.
Herbert M. (1987) *Behavioural Treatment of Children with Problems.* London: Academic Press.
Herbert M. (1991) *Clinical Child Psychology: Social learning, development and behaviour.* Chichester: Wiley & Sons.
Hollin CR. (1990) *Cognitive Behavioral Interventions with Young Offenders.* New York: Pergamon Press, Inc.
Hollin CR. (1993) "Advances in the psychological treatment of delinquent behavior", *Criminal Behavior and Mental Health 3*: 142-157.
Hollin CR. (1994) *From nothing works to what works with young offenders and juveniles.* Paper presented at adolescents who offend: Research, Policy and Practice Initiatives, National Children´s Bureau, London 29 April 1994.
Hollin CR., Epps KJ. & Kendrick CJ. (1995) *Managing Behavioural Treatment: Policy and practice with delinquent adolescents.* London: Routledge.
Hollin CR. (1995) "The meaning and implications of 'Programme Integrity'". I: McGuire J. (red.) *What Works: Reducing Reoffending.* Chichester: Wiley & Sons.
Izzo R. & Ross RR. (1990) "Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenile delinquents: a brief report", *Criminal Justice and Behavior 17:* 134-142.

Kazdin AE. (1987) "Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions", *Psychological Bullentin 102:* 187-203.
Kazdin AE., Esveldt-Dawson K., French NH. & Unis AS. (1987) "Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior", *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry 26:* 416-424.
deLange JM., Barton JA. & Lanham SL. (1981) "The WISER way: A cognitive-behavioral model for group social skills training with juvenile delinquents", *Social Work with Groups 4*: 742-743.
Larsson O. (1986) *Samhällets olycksbarn: Om vård i hem med särskild tillsyn.* Stockholm: Utredningsenheten, BRÅ.
Leheup R. & Pearce JB. (1993) "Conduct disorder and delinquency", *Current Opinion in Psychiatry 6:* 516-522.
Lindblom-Nyman M. & Sundell K. (1995) *Ung och Kriminell. En utvärdering av mellanvård för kriminella ungdomar.* FoU-rapport 1995:1. Stockholms Socialförvaltning.
Lipsey MW. (1992) "Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects". I: Cook TD. (red.) *Meta-Analysis for Explanation.* New York: Russel Sage Foundation.
Lipsey MW. (1995) "What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents ?" I: McGuire J. (red.) *What Works: Reducing Reoffending.* Chichester: Wiley & Sons.
Lochman JE. & Dodge KA. (1994) "Social-cognitive processes of severely violent, moderatly aggressive and nonaggressive boys", *Journal of Consulting and Clinical Psychology 62:* 366-374.
Loeber R. (1991) "Antisocial behavior: More enduring than changeable?", *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry 30*: 393-397.
Lyman RD., Prentice-Dunn S., Wilson DR. & Taylor GE. (1989) "Issues in residential and inpatient treatment". I: Lyman RD., Prentice-Dunn S. & Gabel S. (red.) *Residential and Inpatient Treatment of Children and Adolescents.* New York: Plenum Press.
Lösel F. (1995) "The efficency of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations". I: McGuire J. (red.) *What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from research and practice.* Chichester: Wiley & Sons.
Martens P. (1992) Familj, *Uppväxt och Brott.* Stockholmsprojektet. BRÅ-rapport 1992:1.
Martinson R. (1974) "What works? Questions and answers about prison reform", *Public Interest 35:* 22-54.
McCord J., Tremblay RE., Vitaro F. & Desamarais-Gervais L. (1994) "Boy´s disruptive behaviour, school adjustment and delinquency: The Montreal Prevention Experiment", *International Journal of Behavioral Development 17:* 739-752.
McGuire J. & Priestly (red.) (1995) *What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from research and practice.* Chichester: Wiley & Sons.
Miller RW. & Rollnick S. (1991) *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* New York: The Guilford Press.
Montrose MW., Braukman CJ. & Ramp KA. (1987) "Serious delinquent behavior as part of a significantly handicapping condition: Cures and supportive environments", *Journal of Applied Behavior Analysis 20:* 347-359.
Morris EK., & Braukmann CJ., (red.) (1987) *Behavioral Approaches to Crime and Delinquency: A Handbook of Application, Research and Concepts.* New York: Plenum press.
Mulvey EP., Arthur MW. & Reppucci ND. (1993) "The prevention and treatment of

juvenile delinquency: A review of the research", *Clinical Psychology Review 13:* 133-167.
Murakami J. & Lane TW. (1987) "School programs for delinquency prevention and intervention". I: Morris EK. & Braukmann CJ. (red.) *Behavioral Approaches to Crime and Delinquency: A Handbook of Application, Research and Concepts.* New York: Plenum press.
Nelson JR., Smith D. & Dodd J. (1990) "The moral reasoning of juvenile delinquents: a meta-analysis", *Journal of Abnormal Child Psychology 18:* 231-239.
Novaco RW. (1979) "The cognitive regulation of anger and stress". I: Kendall P. & Hollon S. (red.) *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, research and procedures.* New York: Academic Press.
Olofsson B. (1973). *Unga lagöverträdare III. Hem, uppfostran och kamratmiljö i belysning av intervju och uppföljningsdata.* SOU 1973:25.
Olweus D. (1984) "Development of stable aggressive reaction patterns in males". I: Blanchard R. & Blanchard C. (red.) *Advances in the Study of Aggression.* New York: Academic Press.
Olsson M. (1995) "Ungdomar och våldsbrott", *Apropå, nr 2-3:* 22-27.
Patterson GR. (1982) *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia.
Patterson GR., Reid JB. & Dishion TJ. (1992) *Antisocial Boys.* Castalia.
Quay HC. (1987) *Handbook of Juvenile Delinquency.* New York: Wiley & Sons.
Reid I. (1982) "The development and maintenance of a behavioural regime in a Youth Treatment Center". I: Feldman P (red.) *Developments in the Study of Criminal Behaviour, Vol 1 The prevention and control of offending.* Chichester: Wiley & Sons.
Roberts AR., & Camasso MJ. (1991) "The effect of juvenile offender treatment programs on recidivism: A meta-analysis of 46 studies", *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy 5:* 421-441.
Ross RR., & Fabiano EA. (1985) *Time to Think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation.* Johnson City, T.N: Institute of Social Sciences and Arts.
Ross RR., Fabiano EA. & Ewles CD. (1988) "Reasoning and rehabilitation", International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 32: 29-35.
Rutter M. & Giller H. (1983) Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives. Penguin Books.
Sarnecki J. (1992) *Delrapport 4. Arbetsgruppen för Utvärdering av Socialtjänstens Institutionsvård för Barn och Ungdomar.* Stockholms Läns Landsting.
Sarnecki J. (1993) "Ungdomsbrottsligheten – En kunskapsöversikt". I: *SOU 1993:35, Del B. Reaktion mot ungdomsbrott.* Betänkande av Ungdomsbrottskommitten. Justitiedepartementet.
Satterfield JH., Satterfield BT. & Schell AM. (1987) "Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys", *Journal of American Academy of Child and Adolecent Psychiatry 26:* 56-64.
Scherer DG., Brondino MJ., Henggeler SW. & Melton GB. (1994) "Multisystemic family preservation therapy: Preliminary findings from a study of rural and minority serious adolescent offenders", *Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2:* 198-206.
Schulze R (odaterad) *Mål för arbetet vid ungdomsvårdsskolorna.* Stencil, Byrå S3, Socialstyrelsen.
Simonian SJ., Tarnowski KJ. & Gibbs JC. (1991) "Social skills and antisocial conducts of

delinquents", *Child Psychiatry and Human Development 11:* 17-27.
Slaby RG. & Guerra N. (1988) "Cognitive mediators of aggression in adolecent offenders: 1. Assessment", *Developmental Psychology 24:* 580-588.
Snyder JJ. & White MJ. (1979) "The use of self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolecents", *Behavior Therapy 10:* 227-235.
SOU 1992:18. *Tvångsvård i Socialtjänsten – Ansvar och Innehåll.* Socialdepartementet.
SOU 1993:35. *Reaktion mot ungdomsbrott. Betänkande av Ungdomsbrottskommitten.* Justitiedepartementet.
Stattin H. (1993) "Blir barn med yttre beteendeproblem kriminella vuxna?", *APROPÅ, nr 5-6:* 20-29.
Stumphauzer JS. (1986) *Helping Delinquents Change: A Treatment Manual of Social Learning Approaches.* The Haworth Press.
Sundel M., & Sundel SS. (1994) *Behavior Modification in the Human Services. A systematic introduction to concepts and applications.* Newbury Park: Sage Publications.
Thornton DM (1987) "Treatment effects on recidivism: A reappraisal of the "nothing works" doctrine. I: McGurk BJ, Thornton DM & Williams M (red.) *Applying Psychology to Imprisonment: Theory & Practice.* London: HMSO.
Tolan PH., Cromwell RE. & Basswell M. (1986) "Family therapy with delinquents: A critical review of the litterature", *Family Process 25:* 619-649.
Tolan PH. & Mitchell E. (1989) "Families and the therapy of antisocial and delinquent behavior", *Journal of Psychotherapy and the Family 6:* 29-48.
Wierson M., Forehand RL. & Frame C. (1992) "Epidemology and treatment of mental health problems in juvenile delinquents", *Advances in Behaviour Research and Therapy 14:* 93-120.
Wierson M., & Forehand RL. (1995) "Predicting recidivism in juvenile delinquents: the role of mental health diagnoses and the qualification of conclusions by race", *Behaviour Research and Therapy 33:* 63-67.
Zigler E., Taussig C. & Black K. (1992) "Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency", *American Psychologist 47:* 997-1006.
Zigler E. (1994) "Early intervention to prevent juvenile delinquency", *Harvard Mental Health Letter 11:* 5-7.

Forskaren och praktikern

Om att integrera forskning och institutionsbehandling. Personliga erfarenheter

Sven Forsling

- Du påstår som forskare att forskningen inom tvångsvården inte är ett lyxlir. Det är en praktisk nödvändighet säger du. Jag svarar som praktiker: vilken nödvändighet? När kan jag i mitt dagliga arbete få stöd och hjälp av Dina forskningsresultat? Du säger ju själv att forskningen hittills knappast har kunnat uppvisa några positiva resultat då det gäller institutionsbehandling. Du kanske menar att det är jag som är lyxliraren? Då kan jag berätta att det inte känns speciellt lyxigt när jag står där i »skiten«. När jag drabbas av ungdomarnas ledsnad, desperation och hat. När jag får höra vilken djävul jag är. När jag får bottenskrapa det som finns kvar av min medmänskliga värme och när jag får spänna den sköra relationstråden till bristningsgränsen, då är det inte forskarens hand jag söker för att få stöd.

Du är inte min kollega. Du säger att Du är opartisk, att Du kommer utifrån och att Du inte är låst av min institutionsmiljö, att Du ska registrera och inte värdera. Men hur fri är Du? Ser Du inte redan med färgade glasögon? Varför uttalar Du Dig som psykodynamiker på ett sätt och som beteendeterapeut på ett annat? Och handen på hjärtat, händer det inte ibland att Du använder Dina teoretiska begrepp som tillhyggen inte bara mot mig utan också mot andra forskare med andra glasögon? Så jag frågar mig: Var är Din frihet? Var är Din objektivitet?

När Du tolkar mina resultat är det med Din akademiska terminologi. Det är inte mina ord Du använder. Och även när Du förklarar dom händer det att jag ändå inte riktigt begriper. Och det värsta är att det får mig att känna mig underlägsen, som om min verklighet och mina ord inte är lika fina och värdefulla som Dina. Visst kan Du som forskare säga att det är mitt problem. Men går Du helt fri? Åker Du inte snålskjuts på att det är ett högstatusyrke att vara forskare? Ger det inte Dig känslan av att det är Du som går före och leder mig? Du är alltid skyddad. Du behöver aldrig ta några praktiska konsekvenser. Du kan alltid med hedern i behåll avsluta Din forskning. Det är aldrig Ditt fel om något går fel. Felet är mitt som praktiker.Det är jag som

står där med skammen. Du registrerar bara.

Ska Du bli min medarbetare får Du lyssna på mina frågor och hjälpa mig att hitta mina svar. Forskningen är i första hand min forskning. Det är min upptäcktsfärd. Det är mina erfarenheter som samlas i ladorna för framtida bruk. Det handlar inte om Din akademiska avhandling eller Din akademiska karriär.

Detta är en gruppspegling i jagform av behandlingspersonal vid en ungdomsvårdsskola som har arbetat med frågeställningar kring behandlingsforskning. Den är från 1971.

Under åren 1971 – 1974 ledde jag en försöksverksamhet med nya behandlingsmöjligheter vid Bärbys ungdomsvårdsskola utanför Uppsala. Försöksverksamheten dokumenterades i en rapportserie *Behandlingsundersökningar vid Bärbys yrkesskola.* Rapportserien kom att bestå av sju rapporter. Initiativtagare till denna försöksverksamhet var skolans rektor Benkt Sjöberg. Han hade tröttnat på alla utredningar och diskussioner kring institutionsvård av unga, som alltid slutade med att lösningen låg i mer forskning. Han frågade sig om det inte var dags att påbörja denna forskning.

Då detta var tidigt sjuttiotal föll det sig naturligt att min roll som forskare och forskningens innehåll kom att diskuteras på ett antal stormöten. Efter dessa försökte jag mig på en gruppspegling av hur jag hade uppfattat personalens syn, förväntan och oro inför mig som forskare och inför hela försöksverksamheten. Jag skrev den i jagform. I den personalgruppsverksamhet som pågick vid skolan fick sedan en del av personalen skatta sitt instämmande efter en niogradig skala. Skalsteg nio stod för den mesta överensstämmelsen. Skattningarna kom att stanna på ett medianvärde av åtta.

När Socialtjänsten trädde i kraft 1982 förändrades till en del förutsättningarna för den institutionsförlagda barn- och ungdomsvården. Ansvaret för ungdomsvårdsskolorna gick över från staten till landsting och kommuner. Sociala nämnden i Stockholms landsting övertog tre ungdomsvårdsskolor. Jag kom att delta i den vårdresursplanering som föregick övertagandet. I detta planeringsarbete ställde vi oss bland annat följande frågor:

- Hur ser den målgrupp ut som för kortare eller längre tid behöver använda sig av en institutionsplacering med möjligheter till särskild tillsyn (§ 12-vård)?

- Skiljer sig denna grupp i något hänseende från de ungdomar som kommer till landstingets övriga Hem för Vård och Boende?
- Hur kan eller bör i så fall institutionsutbudet differentieras, för att passa denna grupp?

Jag fick 1982 ett uppdrag av Sociala nämnden att göra en målgruppsbeskrivning kopplad till en uppföljningsstudie för att försöka belysa dessa frågor. Resultatet redovisades 1987 i rapporten *444 Stockholmsungdomar i kris*. Jag presenterade Bärbyspeglingen för en av personalgrupperna som deltog i Stockholmsundersökningen. Även de fick skatta hur väl de tyckte att beskrivningen stämde in på deras egen uppfattning. Återigen blev medianvärdet högt. Den här gången blev det en sjua.

Då behandlingspersonal har bedömt denna problembeskrivning som i högsta grad relevant har den fått inleda detta kapitel som kommer att handla om att integrera forskning i det praktiska behandlingsarbetet. Problembeskrivningen får stå som en relief till de frågor som jag kommer att ta upp. Jag bygger min redogörelse på egna erfarenheter. Med forskning – forskare avser jag undersökningar som utförs av personer med vetenskaplig skolning och där undersökningarnas resultat dokumenteras och redovisas på ett vetenskapligt sätt, med vad det kan innebära av allmängiltighet och möjlighet till återupprepning. Forskaren kommer nästan alltid att vara direkt eller indirekt knuten till en universitetsinstitution. Med praktiker menar jag den personal som deltar i det direkta behandlingsarbetet på våra § 12-institutioner.

Om språket

Vi vet alla hur lätt det är att missförstå ord och att med ord bli missförstådd. Jag vill ta upp några aspekter på forskarens och praktikerns språk.

Forskaren och hans begreppsvärld

Det går lätt troll i det vetenskapliga språket. Ett begrepp som ingår som en kugge i en teori eller som en del i en modell har förhoppningsvis en språklig tydlighet. Men börjar begreppet användas utanför sitt »ursprung«, kan det lätt förvirra och skapa osäkerhet. Det är också lätt att bli orddöv. Vissa teoretiska begrepp använder forskaren så ofta att han eller hon till slut är övertygad om att detta är ord som alla begriper. Jag

arbetade några år som amanuens vid Pedagogiska Institutionen vid Umeå Universitet. Jag var tillsammans med C-G Edström ansvarig för den studietekniska rådgivning som universitetet då erbjöd sina studenter. Detta var i mitten av sextiotalet. Vid institutionen gjorde vi flera undersökningar kring studenternas ordförståelse. Resultaten var alltid lika överraskande. Vi fann ständigt ord som vi som lärare tyckte var vanliga och lättbegripliga, men där studenterna tyckte något helt annat.

Även de mer triviala fackorden, de som många gånger är dåliga översättningar från engelskan, kan ställa till förtret. Jag kommer ihåg ett tillfälle då jag i en personalgrupp vitt och brett talade om det spännande i att kunna predicera. Vi hade gjort vissa erfarenheter och nu hade vi möjligheten att pröva dessa i en ny situation. Plötsligt märkte jag att jag mässade i ett tomrum. Jag såg bara »frågetecken« omkring mig. När vi hade sorterat ut begreppen, visade det sig att de flesta hade »tappat« mig vid ordet predicera. Någon hade uppfattat predicera som en verbform av prevention och fått det till att jag pläderade för att vi skulle vara försiktiga och återhållsamma med tidigare gjorda erfarenheter. Detta var för vederbörande begripligt i och för sig. Det som emellertid blev allt svårare att begripa var min entusiasm och varför det skulle vara så spännande att ligga lågt med tidigare erfarenheter.

En bra tumregel för en forskare är säkert att då och då stanna upp och skärskåda sitt språk. Den forskare som litar på att auditoriet alltid vågar protestera mot obegripligheterna riskerar nog att till slut endast höra sig själv.

Praktikern i forskarens begreppsvärld

Glädjen över att kunna använda och ta till sig teoretiska begrepp kan ibland bli för stor. De teoretiska begreppen hjälper till att sortera upp och ge styrsel på en många gånger svårbegriplig verklighet. Men ibland kan begreppen få tolkningsföreträde framför verkligheten. De kan också börja leva egna okontrollerade liv utanför den egentliga teoribildningen. I rapporten *444 Stockholmsungdomar i kris* skriver jag i kapitel tio som handlar om utvärdering i institutionsbehandling:

> I den teoretiska utbildning som personalen vid § 12-hemmen har genomgått, har vi också försökt hitta former att spegla behandlingsarbetet på § 12-hemmen. Vi har tagit fasta på modern jagpsykologi och försökt att utifrån vissa jagfunktioner konstruera fram ett bedöm-

ningsinstrument. Vi har arbetat utifrån Björn Killingsmos egopsykologiska studier rörande diagnostik och enats om att försöka använda sju av honom presenterade egofunktioner som grundval för ett speglingsinstrument av behandlingsarbetet. Vi har sedan försökt bedöma ungdomarna under deras behandlingstid utifrån dessa variabler. Det visade sig emellertid snart att bedömningsvariablerna uppfattades olika av behandlingsavdelningarna.

Skillnaden i hur de teoretiska begreppen uppfattades fanns inte bara mellan de olika behandlingsavdelningarna utan också inom en och samma behandlingsgrupp. Här krävdes ytterligare utbildning och tid för att integrera den nyvunna kunskapen med tidigare erfarenheter. En andra tumregel får alltså bli att det kan löna sig att som forskare då och då kolla upp innebörden av de fackbegrepp som praktikern använder. Det finns roligare saker att lägga ner sin tid på än att arbeta med skattningsskalor och sedan upptäcka att skalorna är godtyckliga och att de har litet att göra med den verklighet vi vill försöka beskriva.

Forskaren och det skrivna ordet

En forskningsrapport som handlar om institutionsforskning bör rimligtvis också kunna läsas av dem som arbetar på institutionen. En forskningsrapport kring institutionsbehandling vänder sig både till forskare och till praktiker. Vet jag som forskare att praktikerns teoretiska bakgrund varierar, ligger det nära till hands att jag försöker förtydliga och popularisera min redovisning. Nu finns det de som menar att en forskare bör vara försiktig med att popularisera. Det är lätt att bli betraktad som ytlig och inte som en »riktig forskare«. Om detta också gäller behandlingsforskaren har jag svårt att uttala mig om. Ett vet jag dock: det är svårt att popularisera. Jag ska ge ett exempel:

Vid uppläggningen av behandlingsundersökningarna vid Bärby tyckte jag att det var viktigt att föra en metoddiskussion. Jag ville visa hur svårt det var att på ett vetenskapligt sätt mäta och beskriva effekter av behandling. Personalen tyckte att det här var ett fullständigt onödigt hårklyveri. »Det ser väl vi om det blir någon effekt, det är väl bara att fråga oss. Vi kan tala om vilka ungdomar som har blivit bättre och vilka som har blivit sämre.« Jag framhärdade dock. Jag menade att det var nödvändigt att också som praktiker förstå problemets komplexitet för att kunna göra något åt det. Behandlingsresultaten kunde inte bara få

vara ett personligt tyckande. Jag hävdade att iddes praktikern inte bry sig om denna problematik riskerade han bli sittande i sitt privata bakvatten och känna sig missförtådd och inte bli tagen på allvar.

I Rapport 1 från behandlingsundersökningar vid Bärby skrev jag således om behandlingsforskning och det differentialpsykologiska problemet. Jag började med att tala om »law of parcemoney«, denna forskarens gyllene tumregel att alltid använda sig av den enklaste tolkningen vid många tolkningssvar. Jag menade exempelvis att det inte alls var nödvändigt att ge tolkningsföreträde för »dålig behandling« då det gällde det svaga sambandet mellan institutionsbehandling och bristerna på positiva resultat. Det kunde lika gärna vara mätmetoderna det var fel på. Jag gick sedan över på metodproblemen. Jag hänvisade till den amerikanske forskaren Beriter som i ett kapitel i handboken *Problems in mesuring change* säger att behandlingsforskning är det enda område inom psykologin där han hört forskare erkänna att de avstått från stora forskningsprojekt enbart därför att de statistiska problemen tycks omöjliga att lösa. Jag talade sedan om det stora gapet mellan de statistiska hjälpmetoder vi har att tillgå och den komplexa verklighet vi ska hantera. Jag menade vidare att det för resonemanget och för förståelsens skull borde vara viktigt att vi också rent teoretiskt studerade det differentialpsykologiska problemet. Jag ska ge ett smakprov på hur jag skrev. Men jag vill först hissa en varningsflagga. Läsare som har svårt för »formler« mår nog bäst av att hoppa över detta avsnitt. Det finns erfarenheter som tyder på detta.

> I en given speciell situation (S) reagerar, uppför sig, beter sig (R), en människa på ett visst sätt. En annan människa kan reagera i samma situation på ett annat sätt. Att försöka kartlägga det som gör att människor reagerar olika i samma situation är det differentialpsykologiska problemet. Förtydligat, eller tillkrånglat, kan detta uttryckas i formeln:
>
> $$R = f(S,O)$$
>
> Denna formel står således för att ett beteende (R) hos en individ är en funktion utav situationen (S) och individens specifika sätt att reagera just i denna situation (O). Problemet blir då att lösa ut O ur denna formel, vilket leder till
>
> $$O = f(S,R)$$
>
> Hur kan vi då gå tillväga för att försöka lösa ut O? Enklast vore att

öppna locket och titta in hos en annan människa. Men eftersom detta stöter på vissa problem får vi försöka härleda O utifrån stimulisituationen (S) och individens sätt reagera i denna situation (R). Oberoende av vilken psykologisk totalteori vi vill ansluta oss till (om vi inte är rena behaviorister) antar vi att det finns någon form av latent struktur hos individen. Och vi antar också att denna struktur är predicerbar utifrån det observerbara beteendet (den manifesta strukturen). Vissa forskare vill beskriva sambandet mellan den latenta strukturen och den manifesta strukturen som ett direkt samband. Man använder då ofta begreppet isomorfi. Med detta menas helt enkelt att det sätt man reagerar på i en viss situation är i direkt överensstämmelse med ens latenta struktur.

Denna förklaringsmodell är emellertid inte helt oproblematisk. Att jag i en viss situation (S) reagerar på ett sätt behöver inte nödvändigtvis innebära att jag om denna situation upprepas kommer att reagera på samma sätt. Snarare visar en hel del forskning att det är mer troligt att jag kommer att reagera på ett något olikartat sätt. Utsätts jag för samma S flera gånger kommer mitt sätt att reagera på detta S uppvisa en normalfördelning. Medelvärdet i denna fördelning bedöms då motsvara mitt värde i den variabel av den latenta strukturen som vi försöker uppskatta. Ett sådant samband kallas för sannolikhetssamband.

Mitt första populärvetenskapliga försök blev en flopp. Det övriga innehållet i rapporten godkände personalen. Men för det teoretiska resonemanget blev det ett klart nej. Speciellt detta med formler. »*Vad höll jag på med?*«

Jag fick i slutet av 1993 i uppdrag av Statens institutionsstyrelse att ta fram en rapport som skulle problematisera differentieringsbegreppet och som skulle ge en preliminär översikt av det dagsaktuella läget när det gällde differentiering och § 12-behandling. Ett av huvudskälen för en återgång till ett statligt huvudmannaskap var att ett sådant huvudmannaskap borde ge en ökad möjlighet till en behandlingsdifferentiering. Då det differentialpsykologiska problemet är evigt och således det samma som för tjugo år sedan prövade jag om världen nu var mogen för min skrivning från 1972. Men icke så. Återigen fick jag kommentarer som: »*Att använda några konstiga formler! Försöker Du göra dig märkvärdig?*« Jag som alltid hade trott att en matematisk formel var den tydli-

gaste och enklaste formen av all mänsklig kommunikation. Min tredje tumregel får således bli: försök inte som forskare att popularisera med hjälp av formler.

Men jag kan också ge exempel på hur en begriplig skriftlig presentation av en psykologisk teoribildning kan väcka lusten till att använda teoretiska begrepp. I Bärbyundersökningen ingick ett försök med normaliserade elevlöner. I stället för den gängse timlönen som på den tiden var tjugofem öre fick eleverna en lön som speglade förhållandet i samhället. Försöket slog väl ut, men i min besvikelse över att det inte fick genomslagskraft på de övriga ungdomsvårdsskolorna skrev jag 1975 ett debattinlägg i UVS-nytt under rubriken: »Var det ett dåligt skämt eller ett meningslöst allvar?« Jag presenterade försökets upplägg och resultat. Jag skrev vidare:

> Resultatet kan tyckas ha något av sunt förnuft över sig. Men det kan vara av intresse att försöka sätta in undersökningen med normaliserade elevlöner i ett teoretiskt sammanhang. Det finns teorier som vill förklara orättvisor, som exempelvis felaktig lönesättnings inverkan på produktivitet och arbetskvalitet och som mycket väl kan knyta an till försöket på Bärby. En teori utgår från begreppet cognitive dissonance. Mycket kort uttryckt kan en människa sägas lida av cognitive dissonance när saker och ting inte går som hon förväntar sig.

Jag översatte sedan Leon Festingers cognitiva teoribildning till elevsituationen på Bärby. Det här gick hem både hos elever och personal på Bärby. Efter denna artikel var under flera månader »cognitive dissonance« det mest använda fackbegreppet på hela skolan.

Om praktikerns språk

Den teoretiska utbildningsnivån kan variera stort på de särskilda ungdomshemmen. I en studie, som jag gjorde tillsammans med Gudrun Awiti 1982 och som byggde på Ulf Janssons teori om samverkansbetingelser, jämförde vi inställningen till behandlingsarbetet och yrkeslivserfarenheten hos ungdomsvårdsskolepersonal och personal vid Stockholms läns landstings öppna behandlingsinstitutioner. Vi fann bland annat att ungdomsvårdsskolepersonalen hade mer praktisk livserfarenhet men mindre skolutbildning än sina landstingskollegor. Utbildningsnivån speglar sig säkert i sättet att använda språket, men jag har

inte sett någon sådan skillnad när det gällt att muntligt ge levande och mustiga beskrivningar av konkreta situationer och episoder i det miljöterapeutiska arbetet. Den förmågan tror jag är personlig. Däremot tror jag att den stora skillnaden syns när talspråket ska översättas till skriftspråk.

Jag ska ge ett exempel. En av Bärbyundersökningarna gick under namnet »Bron över visk och vusk«. Visk stod för en förkortning av vård inom skola och vusk för vård utom skola. Den första tiden efter Bärby var svår för många ungdomar. Då skedde misslyckandena. I ett försök att göra denna tid lättare fick ungdomarna möjlighet att välja en bland personalen som följde med dem under den första veckan. Därav namnet bron över visk och vusk. Personalen intervjuades vid återkomsten. Jag uppmuntrade i intervjun till konkreta berättelser av konkreta situationer. Berättelserna var många gånger färgrika, illustrativa och fyllda av dynamik. Men när jag bad personalen att ta en extra dag ledigt och skriva ner sina erfarenheter blev resultaten nästan genomgående oanvändbara. De tycktes gripas av något som jag kom att kalla för den stora »forskarfrossan«. Språket blev uppstyltat och tillkrånglat. Man använde sig flitigt av ordböcker för främmande ord. Det var som om de egna orden inte dög. Det måste till något finare. Och med detta finare dog livskraften. Jag minns speciellt en av de skrivna redogörelserna vackert utskriven för hand där det ständigt var en hänvisning till »res på den tid«. Jag hade svårt att förstå uppmaningen och vilken tid det var frågan om. Men till slut förstod jag att det stod inte »res på den tid« Det stod *respondenten.* Eleven hade avancerat till respondent.

Detta tål att les åt men ännu mer att tas på allvar. Vi talar kanske alldeles för lite om språket som maktspråk och som ett socialt ok och det får bli den fjärde tumregeln. Det är viktigt att också forskaren arbetar för att låta språket tillhöra alla. De som oftast är allra mest berövade sitt språk är de ungdomar vi arbetar tillsammans med.

Om kontinuitet

Historikerna lär oss att det inte bara är vår generation som upplever sig stå på branten till den slutliga förintelsen. Samma känsla har genomsyrat varje generation så långt vi nu kan följa dem tillbaka i tiden. I det

perspektivet är det kanske inte konstigt att våra ungdomar ständigt blir värre. Redan de gamla grekerna påpekade detta förhållande. Och vid slutet av nittonhundratalet är vi nu framme vid att ungdomarna har blivit värst. Och blir det trots allt några generationer till får vi kanske möta en super-maxi-mega-värsting. För värre kan väl inte bli värre än värst?

Känslan av att ungdomarna på våra institutioner kämpar med en *ständigt tyngre problematik* tycks alltid ha funnits. Den fanns med när anslag söktes hos Socialstyrelsen till försöksverksamheter vid ungdomsvårdsskolorna på sextiotalet. Den finns med i dag när anslag söks hos Statens institutionsstyrelse. Denna ständiga »försurningsprocess« gör att forskningsresultat allt för snabbt beskrivs som inaktuella och den kräver på sätt och vis att forskningen i sin utformning möjliggör kontinuerlig revidering och uppföljning. Jag ger ett exempel. I mitten av sjuttiotalet gjordes en stor och kvalificerad kartläggning av narkotikamissbruket i Sverige, den så kallade UNO-undersökningen. Ungefär sex månader efter det att UNO-undersökningens resultat hade presenterats, deltog jag i en debatt om ungdomsvård. Jag kom då att hänvisa till siffror i UNO-undersökningen men fick till svar: »Det var då det, nu är läget något helt annat.« Jag tycker att detta visar på ett dilemma och det nästan omöjliga i att vi nöjer oss med begränsade punktinsatser. De må sen vara hur kvalificerade som helst.

Den målgrupps- och effektstudie av § 12-vården i Stockholms län som jag har hänvisat till tidigare rullar på kontinuerligt. Den har alltså pågått sedan den 1 januari 1983.

Vi tycker att vi av den har lärt oss följande. Det är viktigt att det på varje institution finns någon som är direkt ansvarig för forskningsarbetet och ser till att material kommer in. Praktikern drunknar lätt i sin praktik och då blir det ingen tid över för forskning. Jag tyckte att Stockholmsundersökningen var väl förankrad på samtliga institutioner när jag 1987 lämnade det övergripande ansvaret och blev chef på Stall Frossarbo. Men till följd av en stor personalomsättning och till följd av att ingen var direkt ansvarig för forskningsarbetet på institutionerna höll undersökningen på att gå en sotdöd tillmötes. Hade inte Jerzy Sarnecki stigit in på arenan 1990 och med honom nya forskningsanslag hade sotdöden varit ett faktum. De nya anslagen gjorde det möjligt att anställa halvtidsforskare på fyra av de största institutionerna. Vi anser att denna resursförstärkning har varit direkt avgörande för att undersökningen har kunnat fortsätta. Det gäller inte bara att samla in data. Det gäller

också att förankra och tydliggöra forskningen. Detta är ett ständigt pågående arbete.

Om forskaren och praktikern i Cyberspace

Ett kontinuerligt och pågående forskningsarbete där det är möjligt att jämföra resultaten från olika år mognar som ett gott vin. Med den teknik som blir alltmer avancerad öppnas också möjligheter för allt fler att ta del av detta vins arom och bouquet. Forskaren och praktikern är på väg in i Cyberspace.

Under sextiotalet arbetade jag ett par år som forskningsassistent till Gunnar Borg vid det kliniskt psykologiska laboratoriet vid Umeå Universitet. Till vår hjälp vid databearbetningen hade vi en omskolad skräddare från Västerbottens inland, som förutom att han var distriktsmästare i schack också var en virtuos på räknesnurran.

Vi assistenter slogs om hans tjänster. Det var forskardagens höjdpunkt när vi vid eftermiddagskaffet kunde inhösta dagens skörd av ett par tre produktmomentkorrelationer och någon rangkorrelation.

Trettio år senare kan jag nu ta med mig hela mitt forskningsmaterial i en bärbar dator. Jag kan sätta mig med institutionspersonal och vi kan direkt arbeta med materialet. Vi kan ställa frågor och vi kan få svar. Forskningsmaterialet blir tillgängligt och användbart för praktikern på ett helt nytt sätt, forskningen kommer närmare och blir mer meningsfull. Den kan gripa in direkt i praktikerns vardag. Jag har under våren vid ett par tillfällen försökt mig på att pröva datorns möjligheter till direktkontakt med personal. Jag har då gjort anteckningar och jag har haft med mig bandspelare. Jag ska redovisa två exempel som jag tycker visar på den här teknikens möjligheter.

Om att tvångsomhänderta flickor

En kvinna i personalgruppen säger: *»Vi vet alla att kommunerna har det ekonomiskt kärvt. Vårdkostnaderna är höga och det är uppenbart att kommunerna drar sig för att skriva in ungdomar. Men nu har jag hört från två olika socialassistenter att man drar sig ännu mer för att skriva in flickor därför att det finns undersökningar som visar att flickorna omhändertas alltför lätt och på alltför diskriminerande grunder. Man säger att en kille tas aldrig om hand därför han ligger med för många tjejer. Men att det omvända gäller för flickor. Det här tycker inte jag stämmer med min erfarenhet. Jag tycker att man väntar alldeles för länge med att omhänderta tjejer. Jag tycker att tjejer som tvångsomhändertas har haft det mycket djävligare än grabbarna. Vad säger forskningen?«*

Statistiskt säkerställda skillnader (*)mellan pojkar och flockor på § 12-institutioner

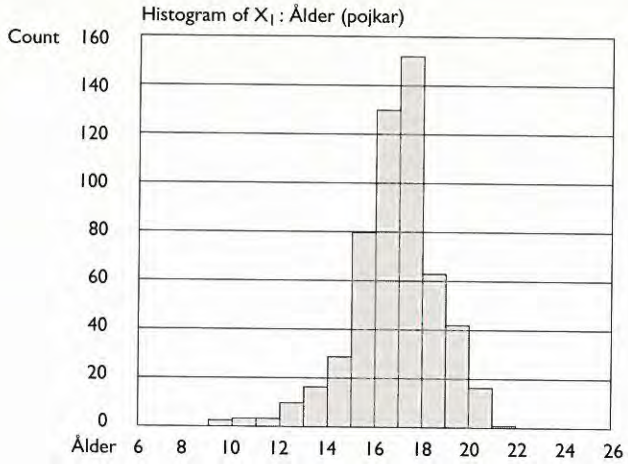
Variabel	Signifikans § 12 pojkar	Signifikans § 12 flickor
Psykiskt våld i relation fader – elev		*
Misstanke eller offer för någon form av sexuella övergrepp		*
Prostitution		*
Sexuellt utnyttjad		*
Narkotika missbruk		*
Relationsstörningar		*
Sociala värderingar – kriminella	*	
Stöld	*	
Skadegörelse	*	
Våld, misshandel	*	
Rån	*	
Vagabondage		*
Självmordsförsök		*
Olämplig ursprungsmiljö		*
Bättre läs/skrivkunskaper		*
Positiv bindning elev – moder	*	
Negativ bindning elev – fader		*
Biologisk moder vill ej ha kontakt		*
Fysiskt våld, relation moder – elev		*
Psykiskt våld, relation moder – elev		*

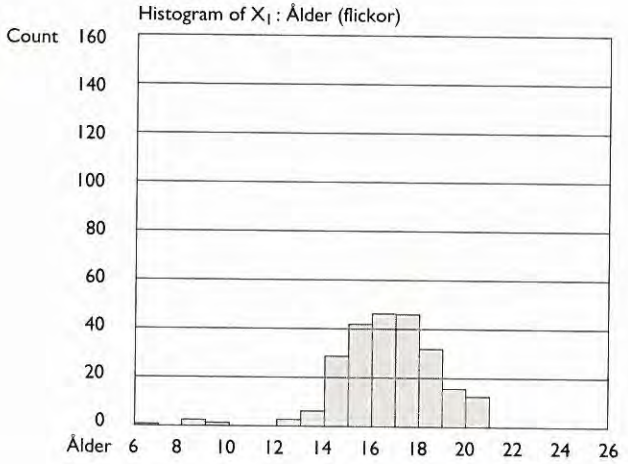
Vi går igenom olika variabler och vi jämför pojkar och flickor. Jag tar fram en tabell från en tidigare sammanställning där jag visar på säkerställda skillnader mellan pojkar och flickor (se tabell 1). Jag hänvisar dessutom till några av mina tidigare rapporter där vi också hade haft större möjligheter att skilja tvångsomhändertagna ungdomar från frivilligt omhändertagna ungdomar. Vi tycker att forskningen berättar för oss att även om själva omhändertagandeorsaken kan tolkas som könsdiskriminerande, finns det inget som talar för att flickornas förhållanden skulle vara lättare än pojkarnas. Det verkar snarare tvärt om. Då händer något i gruppen som för mig är både nytt och spännande. Det är som om vi har kommit över en barriär. Plötsligt är det möjligt och legitimt att »leka« med forskningen och ha roligt. En annan kvinna säger: *»Det slår mig, men jag tänker kanske alldeles fel, men är det så att det är de mest slitna flickorna som omhändertas, därför det är först då som de uppmärksammas, borde då inte spridningen i åldersklasserna vara mindre för flickorna än för pojkarna? Jag menar så här, i varje årsklass måste det finnas några som har haft det för djävligt. Och de några stycken måste ju upptäckas eftersom de har haft det för djävligt och då blir väl spridningen mindre?«*

Sedan följer en livlig diskussion kring fördelningar. Om det nu är så att det är fler sjuttonåringar som omhändertas, bör då också inte fler sjuttonåringar ha det värst och då märker vi ju ingen skillnad i fördelningen? Förslagshållerskan håller inte med. I varje åldersgrupp bör det väl finnas ungefär lika många ungdomar som har det värst. Varför skulle det plötsligt bli fler bara för att man är sjutton?

Däremot är alla överens om att det tar längre tid för en flicka att upptäckas och att kvalificera sig för ett tvångsomhändertagande och då bör skillnaden i kön vara minst när ungdomarna kommer upp i tjugoårsåldern. Vi kan alltså på ett annorlunda sätt belysa frågan om hur socialtjänsten uppmärksammar flickor.

Vi går in i datorn. Det här kommer upp på skärmen. Ni ser det i figurerna 1 och 2. Det ni ser är åldersfördelningen från en undersökning som omfattade 814 ungdomar, som under åren 1990–1994 var inskrivna på de särskilda ungdomshemmen i Stockholms län. Åldersfördelningen återges dels för pojkarna, dels för flickorna. Count står för antal. Histogram för den statistiska redovisningen som här används, nämligen den i form av staplar och X för just variabeln ålder. Resultatet är tydligt. Könsskillnaden har försvunnit i 20-årsåldern.





Om olika behandlingsmetoder och vem som är en bra behandlare

En man i personalgruppen säger: »*Jag är erbarmligt trött på att höra forskare säga att det bara är skit med det vi gör. Eller att resultaten av det vi gör är detsamma som om vi inte gjorde någonting. De hajar inte vad vi håller på med. De mäter fel saker. De snackar om att lägga upp stora undersökningar där institutioner ska jämföras mot varandra precis som om vi var något me-*

kaniskt. Hittar de att någon bil är bäst ska vi väl alla se ut som den. Men det är inte alls bilar det handlar om.

Jag har ju också har läst ekonomi. Det är samma skitsnack där, stora enkla ekonomiska system som ska frälsa världsekonomin. I Mexico har man prövat en modell och den gick åt helvete. I Venezuela prövar man en tvärt-emot modell och den går också lika mycket åt helvete. Det handlar inte om enkla mekaniska modeller. Det är föraren det handlar om. Alla vi som har varit med länge vet att en avdelning kan fungera jättebra under en period och skitdåligt under en annan trots att vi använder oss av samma metoder och fungerar inom samma större organisation. De som håller på och mäter sina olika metoder som mekaniska bilar men som inte bryr sig om föraren, kommer ändå inget vart.

Kan Din svarta låda ge ett svar på vad som är en bra behandlare, då börjar vi röra på oss.«

Efter detta inlägg som för läsbarhetens skull är något förkortat och språkmässigt något förskönat, diskuteras vad som är en bra behandlare. En bra behandlare blir en person som på ett naturligt sätt till följd av sin erfarenhet kan individualisera behandlingen och som möter ungdomarna där de befinner sig. En bra behandlare kan individualisera kraven och blir inte en institutions- eller metodrobot.

Min svarta låda kan naturligtvis inte ge något svar. Den har aldrig blivit programmerad för det. Men jag säger att jag tycker att vårt material indirekt till en viss del kan belysa problematiken individ – organisation. I rapporten *Blir värstingen värre* hade jag försökt svara på frågan om det hade skett en förskjutning i målgruppen över tid. Jag hade inte funnit några egentliga skillnader utom i en variabel. Det var den variabel som vi kallade för »institutionskrav«. När frågeformulären en gång hade konstruerats, då med öppna frågor och svar, hade vi tyckt att det var viktigt att få med en fråga som beskrev hur bra den institutionsmodell fungerade som vi hade byggt upp. Hade vi lyckats skapa en boendeform som ungdomarna kunde använda sig av? Frågan hade således inte direkt med kvalitet att göra utan mer med funktion. Under de första åren 1983 till 1986 skattades utredningsavdelningarnas funktionsnivå till ungefär 70 procent.

Under mätperioden fram till 1990 sjönk den däremot ner till ungefär en femtioprocentig nivå. Ungdomarna var desamma, metoderna desamma, och ändå en nedgång. Det visade sig att under denna tid var det en stor turbulens i personalgruppen. I slutet av det glada åttiotalet lock-

ade många andra och välbetalda jobb. Hela personalgrupper kunde bytas ut. Men ändå ifrågasattes det aldrig hur väl personalgruppen fungerade. Det var alltid ungdomarna som blev »värre«.

I den diskussion som sedan följer är det plötsligt en mansröst som hörs: »*Om det nu är på det här sättet borde ju värdet stigit på institutionsvariabeln. Nu är ju läget klart bättre och lugnare.*«

Sagt och gjort. Vi går in i materialet för åren 1991 till 1993. Svaren ser ni i tabell 2. De visar att ungdomarna håller på att bli »bättre« eller också är det personalen som börjar fungera bättre. Variabeln institutionskrav bygger på 444 bedömningar från perioden 1983–1985, 434 från perioden 1987–1989 och 475 från perioden 1991–1993. Resultaten redovisas i procent. Skillnaderna är statistiskt säkerställda.

Tabell 2

Institutionskrav	§ 12 1983 – 1985	§12 1987 – 1989	§ 12 1991 – 1993
God	73,1	48,4	57,8
Ojämn – dålig	24,6	51,0	41,9

Naturligtvis är det inte alltid så här enkelt, att siffrorna trillar ut som på ett radband. Jag har valt två, som jag tycker lyckade exempel. Men poängen är inte om det är vanligt eller ej. Poängen är att det är möjligt. Forskningen kommer närmare. Den är användbar och stimulerar fantasi och kreativitet. Den behöver inte bli ett lyxlir. Den uppmuntrar till att ställa frågor. Det blir en dialog och det kan bli en rolig dialog. På banden är skratten många.

Och startskotten smäller

Drömmen var hästar eller journalistik. Efter ett långtidsvikariat 1959 hos Maggie Göransson på Hornö ungdomsvårdsskola utanför Enköping blev det institutionsvård och psykologi. Under åren har jag hört startskotten smälla. »Nu ska vi ta tag i det här med behandlingsforskning och tvångsvård av unga.«

I dag är det Statens institutionsstyrelse som håller i startpistolen och

denna antologi kan väl ses som en del av själva starten. Jag tror att förutsättningarna aldrig har varit bättre. Vi har chansen att komma vidare, att äntligen lämna ruta ett. Jag har i mitt kapitel velat argumentera för att det inte bara räcker med eleganta anslagsansökningar till SiS vetenskapliga råd. Det kräver också ett idogt förankringsarbete ute på våra institutioner. Detta arbete är kanske värt ett eget forskningsprojekt.

Praktikern måste fatta svåra beslut här och nu. Det är idag som praktikern ska bistå ungdomarna i den kanske vanskligaste och mest motsägelsefulla av alla behandlingsformer, den som vi kallar tvångsvård. Praktikern kan inte vänta på forskarens resultat. Han tvingas att agera här och nu och försöka göra det bästa möjliga av situationen. Men förhoppningen är att praktikern med forskarens hjälp i en framtid kan göra detta bästa möjliga ännu möjligare. Men då måste forskarens och praktikerns världar mötas. Jag har försökt visa att det är viktigt att detta möte blir ett riktigt möte, och inte som så ofta, bara ett formellt möte.

> Jag bor i en annan värld men du bor ju i samma.
> *(Gunnar Ekelöf)*

Vi kan kanske se forskaren och praktikern som bundna i ett symbiotiskt förhållande. Men är det Freuds symbios, den som leder till ett ständigt sorgearbete? Eller är det biologens, den där två världar behöver varandra för att leva?

Referenser

Awiti G. och Forsling S. (1982) *Ungdomsvårdsskola och landstingshem. Arbetssyn och arbetssätt.* En jämförande studie. Stockholm: Vårdresursplaneringen, Stockholms läns landsting.

Edström C-G. & Forsling S. (1966) *Konstruktion av individuella metoder för studieteknisk behovsindikering. Rapport 8.* Umeå: Pedogigisk/psykologiska institutionen, Umeå universitet.

Forsling S. (1972) *Uppläggning och metoddiskussion av behandlingsundersökningar vid Bärby Yrkesskola. Rapport 1.* Uppsala: Bärby Yrkesskola.

Forsling S. & Holmqvist B. (1973) *Arbetslön, arbetsaktivitet och ekonomisk träning. Rapport 5.* Uppsala: Bärby Yrkesskola.

Forsling S. (1974) *Behandlingsundersökningar vid Bärby 1971 – 1973. Slutresultat och sam-*

manfattning. Rapport 7. Stockholm: Socialstyrelsen.
Forsling S. (1987) *444 Stockholmsungdomar i kris.* Stockholm: Stockholms läns landsting.
Forsling S. (1991) *Blir värstingen värre?* Stockholm: Stockholms läns landsting.
Forsling S. (1992) *Värstingflickor finns do*m? Stockholm: Stockholms läns landsting.
Forsling S. (1994) *Om differentiering och § 12-behandling.* Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
Harris C. (red.) (1963) *Problems in measuring change.* Madison: University of Visconsin Press.
Sarnecki J. (1990) *Uppföljning av § 12-vården i Stockholms län. Delrapport 1.* Stockholm: Stockholms läns landsting.
UVS-nytt (1975:9) Stockholm: Socialstyrelsen.