



# Barn og unge med alvorlige atferdsvansker

- hva kan nyere viten fortelle oss?
- hva slags hjelp trenger de?

Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende



**Norges  
forskningsråd**

Området for  
medisin og helse

Barn og unge med  
alvorlige atferdsvansker

- hva kan nyere viten  
fortelle oss?
- hva slags hjelp  
trenger de?

Norges forskningsråd  
Postboks 2700  
St. Hanshaugen  
0131 Oslo  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 01



© **Norges forskningsråd 1998**

Norges forskningsråd  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 OSLO  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 01  
bibliotek@forskningsradet.no  
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:  
[www.forskningsradet.no/publikasjoner](http://www.forskningsradet.no/publikasjoner)

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Grafisk design omslag: Radar design/Dana  
Layout innmat: Pål Zeiner  
Foto/ill. omslagsside: NPS/Jean-Noel Reichel  
Trykk: GCS as  
Opplag: 500 (august 1998)  
1000 (januar 1999)

Oslo, august 1998  
ISBN 82-12-01177-1 (trykksak)  
ISBN 978-82-12-02397-0 (pdf)



# I. Innholdsfortegnelse

<b>1. INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>2 . FORORD.....</b>	<b>3</b>
<b>3. SAMMENDRAG OG TILRÅDINGER.....</b>	<b>6</b>
<b>4. NYERE VITEN OM ATFERDSFORSTYRRELSER .....</b>	<b>10</b>
HVEM ER BARN OG UNGE MED ALVORLIGE ATFERDSPROBLEMER? .....	10
BEGREPER OG MANIFESTASJONER .....	10
FOREKOMST .....	13
ÅRSAKS- OG RISIKOFAKTORER / FORLØP .....	15
TILTAK OG BEHANDLING .....	23
<b>5. TILTAK FOR ATFERDSVANSKELIG UNGDOM I BARNEVERNTJENESTEN, SKOLEN OG INNENFOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN .....</b>	<b>26</b>
EVALUERINGER AV EFFEKTIVITETEN AV ULIKE TILTAK.....	27
BUSKERUDPROSJEKTET .....	28
ALTERNATIVE SKOLER / LOKALE KOMPETANSESENTRA FOR UTSATT UNGDOM.....	30
INSTITUSJONER INNENFOR BARNEVERNTJENESTEN .....	31
BEHANDLINGSFORSØK INNEN BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN.....	33
VIDERE FORSKNINGSOMRÅDER .....	35
<b>6. ETISKE OG RETTSLIGE SIDER VED TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE SOM ER SPESIELT VANSKELIGE OG UTAGERENDE.....</b>	<b>37</b>
ETIKK OG LOVLIGHET .....	37
ETIKK OG FAGLIG FORSVARLIGE TILBUD .....	39
ETIKK, NYTTE OG EKSTREME BEHANDLINGSTILTAK .....	40
ETIKK OG BRUK AV TVANG OVERFOR BARN OG UNGE MED ATFERDSPROBLEMER.....	41
ETIKK OG FORHOLDET TIL STRAFFEAPPARATET .....	42
SAMMENFATTENDE SYNSPUNKTER.....	43

<b>7. FOREBYGGENDE TILTAK.....</b>	<b>45</b>
STUDIER OM MÅLGRUPPEN.....	45
SPESELT OM SMÅBARNÅRENE.....	46
MESTRINGSFORSKNINGEN.....	47
TIDLIGERE ERFARINGER FRA FOREBYGGENDE PROSJEKTER.....	50
HVOR FOREBYGGENDE TILTAK KAN SETTES UT I LIVET .....	52
SAMFUNNSØKONOMISKE OG ETISKE SPØRSMÅL .....	54
<b>8. NYERE BEHANDLINGSMETODER VED ALVORLIGE ATFERDSVANSKER .....</b>	<b>56</b>
INDIVIDUELL FERDIGHETSTRENING VED KOGNITIVE TEKNIKKER.....	57
OPPØVING AV FORELDRE TIL BEDRE HÅNDTERING AV BARNETS ATFERD.....	58
OPPØVING AV FORELDRE TIL BEDRE HÅNDTERING AV BARNETS ATFERD SAMMEN MED INDIVIDUELL FERDIGHETSTRENING AV BARNET ...	60
MULTISYSTEMISK TERAPI.....	61
INSTITUSJONSBEHANDLING .....	63
ANDRE TILTAK .....	65
<b>9. TILRÅDINGER.....</b>	<b>66</b>
SAMMENDRAG OVER AKTUELLE VITEN OM ALVORLIGE ATFERDSFORSTYRRELSER.....	66
TILRÅDINGER .....	67
AKTUELLE PROSJEKTER FOR FOREBYGGENDE ARBEID.....	69
AKTUELLE PROSJEKTER FOR BEHANDLINGSSTUDIER.....	72
ANDRE PRØVEPROSJEKTER.....	73
<b>10. SUMMARY IN ENGLISH .....</b>	<b>74</b>
<b>11. VEDLEGG .....</b>	<b>76</b>
LITTERATURLISTE .....	76
SPØRSMÅL TIL EKSPERTKONFERANSEN 18. - 19.09.1997 .....	84
OVERSIKT OVER FOREDRAG UNDER KONFERANSEN 18. - 19. 09.1997 ....	86
KONFERANSENS ARRANGEMENTSKOMITÉ: .....	87

## 2 . Forord

Atferdsforstyrrelse er den vanligste psykiatriske forstyrrelse hos barn og unge i Norge. Vi regner med at denne forstyrrelsen rammer omlag 5% av barne- og ungdomsbefolkningen, og finnes hyppigere i byene enn på landsbygda. Hos yngre barn viser vanskene seg i form av sinneutbrudd, regelbrudd, aggressivitet mot andre, lyving, stjeling og hærverk. Som tommelfingerregel kan vi si at omlag halvparten av de som har atferdsforstyrrelse i barnealder, har fortsatte problemer i ungdomsalder. I ungdomsalder kan vanskene også innbefatte voldshandlinger mot andre, alvorlig aggressivitet, alvorlige kriminelle handlinger, skoleskulk, vagabondering og misbruk av alkohol og narkotika. Det brukes mange betegnelser om barn og unge med atferdsproblemer basert på faglig tradisjon, hvilke elementer av den avvikende atferd som er i fokus og annet. Noen av betegnelseene er:

- Atferdsforstyrrelser
- Alvorlige atferdsforstyrrelser
- Aggressiv og utagerende atferd
- Antisosial atferd
- Sosiale og emosjonelle vanskeligheter

Til tross for ulik nomenklatur er det enighet i beskrivelsen av atferdsvanskene og deres konsekvenser. Det viktigste hjelpemiddel i å vurdere atferdsvanskens betydning er deres alvorlighetsgrad. I denne rapporten vil en også finne bruk av ulike betegnelser i ulike sammenhenger.

I og med at en ved disse tilstandene finner en kontinuerlig fordeling fra normal atferd via lette atferdsforstyrrelser til alvorlige atferdsforstyrrelser, er det vanskelig å trekke entydige skillelinjer mellom undergrupper. Tallene varierer. I den nye barnevernloven, paragraf 4-24 til 4-27, gis det mulighet for plassering av barn og unge i opplærings/behandlingsinstitusjon på grunn av alvorlige atferdsproblemer i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, og/eller ved vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte. Ved utgangen av 1996 var 273 barn og unge plassert etter disse bestemmelser. I den andre ytterlighet finner en estimer av alvorlige atferdsforstyrrelser med aggressivitet, kriminalitet og hyppige rusmisbruk hos 1,5-4% av ungdom. Uansett tall om forekomst viser forskningen at alvorlige

atferdsproblemer representerer en betydelig risikofaktor for senere utvikling, og at hjelp til å forhindre eller begrense utvikling av slike forstyrrelser er viktig.

Det har vist seg vanskelig å finne frem til effektive behandlingsmetoder ved alvorlige atferdsforstyrrelser. Behovet har vært stort for systematiske behandlingsstudier for barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser. Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet tok derfor initiativ til å arrangere en ekspertkonferanse om dette temaet. Norges forskningsråd, program for forskning om mental helse, påtok seg å arrangere denne konferansen. Departementene etterlyste spesielt systematisert og anvendelig kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektivitet av ulike behandlingsformer. Ekspertkonferansen om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende ble avholdt i Asker 18. - 19. september 1997 med norske og utenlandske foredragsholdere.

I forbindelse med ekspertkonferansen ble det nedsatt en ekspertgruppe med følgende mandat:

***«På grunnlag av den kunnskapen som fremkommer på ekspertkonferansen, skal den nedsatte ekspertgruppe fremlegge en skriftlig redegjørelse om hvilke tilnærminger som anbefales om forebygging og behandling i arbeidet med barn og unge med atferdsvansker».***

Ekspertgruppen har bestått av overlege Pål Zeiner (leder), forsker Elisabeth Backe-Hansen, professor Ståle Eskeland, professor Terje Ogden, undervisningsleder Per Rypdal og professor emerita Hilchen Sommerschild.

Gruppens mandat var å vurdere tilnærminger for forebygging og behandling. Helt avgjørende for valg av tilnæringsmåter er en dynamisk forståelse av atferdsvansker som blant annet omfatter viten om årsaksfaktorer, risikofaktorer og faktorer som er assosiert med et gunstig forløp. Ekspertgruppens uttalelse legger derfor stor vekt på en bred forståelse av atferdsvanskenes natur med inkorporering av senere års forskningsresultater. I denne sammenheng er det naturlig også å bringe inn viten fra andre kilder enn de som kunne dekkes under ekspertkonferansens to dager. Denne viten er også tatt inn i kapitlene om forbygging og behandling. Det har også vært naturlig å ta med et kapittel som omtaler noen norske prosjekter i arbeid med unge med

alvorlige atferdsvansker. Behandling av barn og unge med vansker som innebærer økt risiko for å skade seg på ulikt vis, samt atferd som kan gå ut over andres integritet og samfunnets regler, reiser åpenbare etiske og rettslige problemstillinger som må integreres i anvendte behandlingsmetoder. Disse spørsmål drøftes i et eget kapittel.

Atferdsvansker hos barn og unge innbefatter et stort spektrum av problemer, alt fra lette avvik til betydelige og omfattende vanskeligheter. Nyere studier viser at det er mulig å oppnå gode resultater, særlig der hjelpen kommer i gang på et tidlig nok tidspunkt og er omfattende nok. Ekspertgruppen anbefaler derfor prosjekter som prøver ut tidlig intervensjon til risikobarn. Parallelt med dette må en også prøve ut effektive behandlingsmetoder til barn og unge som har utviklet alvorlige atferdsforstyrrelser. Nyere undersøkelser fra USA gir oppløftende resultater, men det er helt nødvendig at metodene utprøves i Norge.

Det tenkes en parallell utvikling der fagfeltet generelt bør tilføres kunnskap, gjennom seminarer, kurs og liknende, slik at behandling av atferdsforstyrrelser generelt bedres i Norge. Samtidig har det vist seg at systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder har hatt en gunstig innflytelse på fagfeltene generelt, både hva angår det generelle kunnskapsnivået og hva angår systematikk i arbeidet. Ekspertgruppen anbefaler at det settes i gang ulike prosjekter for behandling av barn og unge med atferdsforstyrrelser. Dette vil kreve betydelige midler. Ser en på utgifter og lidelser som har sammenheng med alvorlige atferdsforstyrrelser med ledsagende asosial og kriminell atferd, er det likevel åpenbart at behandling som gir reduksjon i omfang og utbredelse av atferdsforstyrrelser gir positive effekter, såvel menneskelig som økonomisk.

Oslo, juli 1998



### 3. Sammendrag og tilrådinger

Atferdsforstyrrelser er den vanligste psykiatriske lidelse blant barn og ungdom. De rammer omlag 5% av barne- og ungdomsbefolkningen. De finnes hyppigere i byene sammenliknet med landsbygda og er tre ganger så hyppig hos gutter som hos jenter. Hos yngre barn viser atferdsforstyrrelsene seg blant annet i form av sinneutbrudd, regelbrudd, aggressivitet mot andre, lyving, stjeling og hærverk. I ungdomsalder kan forstyrrelsene også innbefatte voldshandlinger mot andre, alvorlig aggressivitet, alvorlige kriminelle handlinger, skoleskulk, vagabondering og misbruk av alkohol og narkotika. Unge med atferdsforstyrrelser har ofte dårlig selvfølelse og viser misnøye og tristhet. Mange har lærevansker. Fordi en god del mangler sosiale ferdigheter er unge med atferdsforstyrrelse ofte isolert eller har få venner. Hos omlag halvparten er det kontinuitet fra tidlig barnealder opp i voksen alder.

Atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom har store konsekvenser både for den unge selv, for familien og for andre i nærmiljøet. Mange instanser trekkes inn i bildet i arbeidet med atferdsforstyrrede unge, blant annet barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern og barne- og ungdomspsykiatrisk helsetjeneste. De økonomiske kostnadene ved behandling av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser er betydelige.

Mange ulike årsaksfaktorer kan virke sammen i utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser. Blant de kjente er:

- Biologiske, personlighetsmessige trekk.
- Familiefaktorer.
- Uheldig miljø av jevnaldrende med antisosial og kriminell atferd.
- Andre sosiale forhold som dårlig økonomi, svakt nettverk, bo i by.

Behandlingen av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser må være mangefasettert. Hjelpen må være langvarig og omfattende. Ved de alvorlige atferdsforstyrrelsene må behandlingen ha realistiske mål; det vil si reduksjon i omfang og alvorlighetsgrad av utagerende, antisosial og kriminell atferd, men sjelden symptomfrihet. Det er behov for både forebyggende og kurativt arbeid i ulike former.

Ekspertgruppen har vurdert hva som kan gjøres parallelt med eksisterende arbeid for denne gruppen. Målet med slikt arbeid vil være:

- **Øke kunnskap om alvorlige atferdsforstyrrelser hos fagfolk og legfolk.**
- **Systematisk utprøving av lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid.**
- **Overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeide med denne gruppen.**

De nyere, lovende behandlingsmetodene er basert på empirisk kunnskap, forskningsmessig utprøving og dynamiske teorier. På den måten er det nærhet mellom teori, empiri og praksis. Prinsippene for forebyggende og kurativt arbeid har mange likhetspunkter i og med at de representerer ulike trinn i en utviklingskjede.

Kunnskapsspredning og metodeoverføring kan best skje når forsøksdriften settes ut i livet som en samlet innsats innenfor et geografisk område, med aktiviteter på alle plan i tiltakskjeden. Utprøvingen av nye metoder blir da synlig for alle og kan inspirere andre fagfolk både til en revurdering av egne tiltak og til å kvalifisere seg for å kunne ta i bruk de deler av forsøksdriften som har vist seg mest velegnet. Vi har kommet til at et fylke vil være et naturlig område for en slik forsøksdrift.

### **Aktuelle prosjekter for forebyggende arbeid er:**

#### **1.**

**Målgruppe:** Småbarn med omfattende atferdsforstyrrelser og deres foreldre.

**Metode:** Individuell i gruppe, etter Webster -Strattons modell.

**Arbeidsmåte:** Trening både av foreldrene og småbarna etter den modell som er utarbeidet av Webster-Stratton.

#### **2.**

**Målgruppe:** Foreldre med utagerende småbarn.

**Metode:** Individuelt i gruppe, ad modum Marte Meo.

**Arbeidsmåte:** Systematiske forsøk med Marte Meo-metoden. Mange fagfolk har allerede trening i å bruke metoden.

### 3.

**Målgruppe:** Alle familier på helsestasjonene, inklusiv foreldre til utagerende småbarn.

**Metode:** Helhetlig tilnærming til familien med variert veiledning til foreldrene.

**Arbeidsmåte:** Det er ønskelig med videre utprøving av de arbeidsmåtene som er utviklet i prosjektet "Barn-helse miljø" i tre kommuner i Møre og Romsdal.

### 4.

**Målgruppe:** Alle småbarn, inklusiv de utagerende småbarna.

**Metode:** Kollektiv tilnærming i barnehagene.

**Arbeidsmåte:** Forsøk med trening av prososial adferd (evt. ad modum Olweus) omsatt til bruk overfor småbarn.

### 5.

**Målgruppe:** Foreldre til utagerende småbarn.

**Metode:** Individuelt, i store grupper, ad modum Cuningham.

**Arbeidsmåte:** Trening i store grupper av foreldre til utagerende førskolebarn over 12 uker, slik Cuningham har beskrevet det.

### 6.

**Målgruppe:** Skolebarn på alle trinn, inklusiv barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser.

**Metode:** Kollektivt, med flere innfallsvinkler, ad modum Olweus.

**Arbeidsmåte:** Det er allerede satt igang videre forsøk med denne metoden, men vi ser det som nødvendig at forsøksvirksomheten trappes opp ytterligere og at den tas med i det helhetlige opplegget innenfor et fylke.

## **Aktuelle prosjekter for behandlingsstudier er:**

### 1.

**Målgruppe:** Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier.

**Metode:** Treningsprogrammer til foreldre for bedre å følge opp og styre sine barn (Parent Management Training, PMT).

**Arbeidsmåte:** Randomisering til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som er skissert av Patterson og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

## 2.

**Målgruppe:** Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier, også der det foreligger kriminelle handlinger hos ungdom.

**Metode:** Omfattende støtte og treningsprogrammer som inkluderer miljøet rundt familien (Multisystemisk familieterapi).

**Arbeidsmåte:** Randomisering til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som skissert av Henggeler og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

## 3.

**Målgruppe:** Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier.

**Metode:** Individuelle kognitive treningsprogrammer for barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer.

**Arbeidsmåte:** Randomisering til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som skissert av Kazdin og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

## 4. Nyere viten om atferdsforstyrrelser

### Hvem er barn og unge med alvorlige atferdsproblemer?

Det er normalt for barn og tenåringer sporadisk å slå andre, stjele, ødelegge ting med vilje, erte, kalle, opptre bøllete og vise lignende aggressiv atferd. Når denne type problemer blir uttalte, skaper de vanskeligheter for andre. Ulike betegnelser brukes om barn og unge med denne type avvikende atferd, i første rekke avhengig av den faglig kontekst der problemene erfares og vurderes, f.eks. «vanskelige barn», «problemelever», «barn med atferdsavvik», «barn med sosiale og emosjonelle problemer», «atferdsforstyrrede barn» og annet. Én viktig faktor hos disse barn og unge er høyt aggresjonsnivå og manglende aggresjonskontroll. De fleste vokser ut av sin opposisjonelle atferd, men en ikke ubetydelig andel utvikler et vedvarende mønster av atferdsavvik som bryter med aksepterte sosiale normer og regler, og som ofte forulemper andre personer, fysisk eller psykisk. Disse alvorlige atferdsproblemer representerer en betydelig risiko for den videre utvikling, samtidig som de også ofte innebærer betydelig lidelse for andre.

### Begreper og manifestasjoner

Begrepene som oftest går igjen i forskningslitteraturen når en skal beskrive barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser er antisosial atferd, alvorlige atferdsforstyrrelser og opposisjonell atferdsforstyrrelse. De bygger på diagnostiske kriterier eller operasjonelle definisjoner, slik at det er relativt tydelig hva slags atferd de omfatter og hvordan de kan avgrenses i forhold til beslektede begreper.

I de nyere diagnostiske systemene som benyttes i psykiatrien, ICD-10 (WHO 1992) og DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), skiller man mellom de lettere atferdsforstyrrelsene betegnet opposisjonell atferdsforstyrrelse, og alvorlige atferdsforstyrrelser, betegnet på engelsk med «conduct disorder». De lettere atferdsforstyrrelsene kan vises ved sinneutbrudd, krangler med voksne, å nekte å etter-

komme voksnes ønsker/regler og klandrer andre for egen feil. Noen av kriteriene for alvorlige atferdsforstyrrelser er blant annet aggressiv eller voldelig atferd mot mennesker eller dyr, ødeleggelse av andres eiendom, skulking, vagabondering og lovbrudd. De lettere atferdsforstyrrelsene ser en oftest hos yngre barn. Hos de unge som viser et vedvarende mønster vil en vanligvis kunne se en utvikling fra lettere til alvorlige atferdsforstyrrelser over tid.

Betegnelsen «antisosial atferd» står for gjentatte brudd på sosialt akseptable atferdsmønstre og omfatter aggresjon, regelbrudd, opposisjon mot voksenautoritet samt brudd på allment utbredte sosiale normer i samfunnet (Walker et al. 1995). Aggressiv atferd er det viktigste enkeltkjennetegn, men det omfatter også ulydighet, skole-skulk, tyveri, vold, hæververk og rusmisbruk (Kaufmann 1988a). Avgrensningene overfor betegnelser som «atferdsforstyrrelser», «sosiopati» og «kriminalitet» er uklare.

Vanligvis brukes antisosial atferd om voksne personer, men Patterson (1982) og Kaufmann (1988a) argumenterer for også å bruke det om barn. En fokuserer da i sterkere grad på atferd som vanligvis er forløpere til den alvorlige antisosiale atferden. Siden lovbrudd, alkohol- og rusmisbruk og vold er uvanlig for de yngste, vil det ofte dreie seg om norm- og regelbrytende atferd som kan predikere alvorlig antisosial atferd i voksen alder.

Alvorlig atferdsforstyrrelse (engelsk: conduct disorder) er den psykiatriske diagnosen som best dekker antisosial atferd. Det handler delvis om handlinger som faller i kategorien lovbrudd og delvis om handlinger som predikerer slike handlinger hos ungdom og voksne. Lovbrudd i seg selv kvalifiserer imidlertid ikke for betegnelsen alvorlig atferdsforstyrrelse.

I barnevernet brukes betegnelsen alvorlige atferdsforstyrrelser ofte om ungdom som er tvangsplassert etter barnevernslovens § 4-24 og § 4-26, og eksemplifiseres med atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, og/eller vedvarende bruk av rusmidler og/eller prostitusjon og/eller vagabondering over tid.

I skolesammenheng omtales alvorlige atferdsproblemer ofte som en del av problemgruppen «sosial og emosjonelle problemer». I skolen



har også alvorlig problematferd som mobbing (Olweus 1994) og skulk fått spesiell oppmerksomhet, og ofte legges det her noe mer vekt på at atferdsproblemene får negative følger for undervisningen og læringsaktivitetene (Ogden 1993).

Atferdsforstyrrelser kan også sees som del av bildet ved mange ulike psykiatriske tilstander hos barn og ungdom (Zeiner og Magnussen 1996). De mest vanlige er psykoser eller psykosenære tilstander, hjerneskader, hyperkinetiske forstyrrelser, dysleksi og andre spesifikke lærevansker, depresjoner, rusmisbruk, post-traumatisk stressreaksjoner og tilpasningsforstyrrelser. Ved andre alvorlige ytre belastninger, for eksempel omfattende konflikt mellom foreldre, overgrep mot barnet/ungdommen, vil barn og unge kunne reagere med sinneutbrudd, aggresjon og andre former for atferdsvansker. Det differensialdiagnostiske arbeid vil derfor omfatte vurdering av samforekomst av ulike tilstander som kan kreve ulike behandlingsmetoder samtidig. I behandlingssammenheng vil en oftest gå trinnvis frem. Ett eksempel på det vil være følgende: Ved spesifikk lærevansker og alvorlige atferdsforstyrrelser vil en ofte starte ut med å legge opp til et spesialpedagogisk treningsprogram som er tilpasset nivå og ferdigheter. Dette vil sannsynligvis virke gunstig inn på omfanget av atferdsforstyrrelsene. De gjenværende atferdsvanskene behandles i tråd med de prinsipper som gjelder for atferdsforstyrrelser forøvrig (se senere).

Én diagnostisk gruppe som svært ofte har samtidige alvorlige atferdsforstyrrelser er barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser (Zeiner 1995). Minst halvparten utvikler opposisjonell atferdsforstyrrelse i skolealder. Gruppen med samtidig hyperkinetisk og lettere atferdsforstyrrelse viser seg ikke sjelden å utvikle alvorlige atferdsforstyrrelser. Kombinasjonen av alvorlige atferdsforstyrrelser og hyperkinetisk forstyrrelse ser ut til å ha spesielt dårlig prognose generelt med betydelig forhøyet risiko for kriminalitet og asosialitet. Dette kan ha sammenheng med manglende utvikling av impuls-kontroll. Impulsive barn lykkes ikke med å utnytte tidligere erfaringer eller å forutse konsekvenser av sine handlinger. Nettoresultatet blir en umoden atferd der den unge handler ut fra første impuls. Den praktiske konsekvensen blir dårlig interaksjon med andre, manglende evne til å se sine egen delaktighet i handlingsforløp og umodent handlingsmønster der vold ofte inngår.

Innenfor alle offentlige instanser som har ansvar for oppvekstvilkår for barn og ungdom, kommer man i kontakt med de som har atferdsvansker. Beskrivelser av barn og unge med alvorlige atferdsproblemer varierer med hvilken yrkesgruppe som har med barnet å gjøre, hvilken faglig instans eller offentlig institusjon yrkesgruppen er tilknyttet og hvilket miljø barnet observeres i. Beskrivelsene varierer også med barnas alder. Ekspertgruppen har konsentrert seg om følgende tre instansers kontakt og arbeid med denne gruppen barn og unge: barnehager og skolen inkludert pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevernstjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien.

## **Forekomst**

Kazdin (1997) har gjennomgått forskningslitteraturen og anslår mellom 5 og 10% av barn og ungdom har atferdsforstyrrelse. Omlag halvparten har alvorlige forstyrrelser.

Walker et al. (1995) oppsummerer forskningen i USA om antisosial atferd i følgende punkter:

- En stor overvekt av antisosiale barn er gutter.
- Antisosial atferd hos jenter er mindre åpenbar og uttrykkes på andre måter enn hos gutter.
- Antisosial atferd tidlig i barns skolegang er den beste enkeltprediktor for kriminalitet i voksen alder og antisosiale barn kan identifiseres ganske godt i 3-4 års alderen.
- Aggressiv atferd målt over en tiårs periode holder seg omtrent like stabil som intelligens.
- Desto mer alvorlige de antisosiale atferdsmønstrene er, desto mer stabile er de over tid og på tvers av ulike situasjoner (f.eks. hjem - skole).
- Tidlig intervensjon i hjem, skole og nærmiljø gir de beste mulighetene for å hindre en uheldig utvikling.
- Antisosiale barn har økt risiko for negativ utvikling på skolen, tilpasningsvansker i arbeidslivet, stoff- og alkoholmisbruk,

relasjonsproblemer, hyppige sykehusinnleggelse og lavere levealder enn resten av befolkningen.

I USA vises det til en dramatisk økning i alvorlige atferdsvansker både for gutter og jenter. Kjønnforskjellen er i ferd med å jevnes noe ut (Loeber 1990, Thornberry et al. 1995). Lee N. Robins la på Ekspertkonferansen i september 1997 fram data hvor hun på grunnlag av statistikk og forskningsresultater hevdet at forekomsten av alvorlige atferdsforstyrrelser er 3 - 5 % av hvert barnekull. Forekomst av alvorlig hyperkinetisk forstyrrelse (WHO 1992) eller Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (American Psychiatric Association 1994) er på omlag 3 - 5 %, hvorav mer enn 50 % har atferdsforstyrrelse. Estimerer tilsier derfor at 4 - 7 % av hvert barnekull vil ha alvorlig atferdsforstyrrelse over lengre tid.

Generelt mangler det epidemiologiske studier av alvorlige atferdsforstyrrelser i Norge, og registrering av barn og unge henvist til barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien og den pedagogisk-psykologisk tjenesten gir heller ikke grunnlag for å fastslå forekomsten av disse problemene. Det er derfor usikkert hvor mange barn og unge det dreier seg om. Wickstrøm et al. (1996) fant i et nasjonalt representativt utvalg av norske 13-19 åringer at 4,9% av guttene og 0,8% av jentene hadde alvorlige atferdsforstyrrelser. I Oslo var prosentandelen gutter med slike problemer 10,7%. Astrid Kaufmann (1988a,b) kartla selvrapportert antisosial atferd hos ungdom i Bergen. Undersøkelsen viste at ca.20% av 14-15 åringer rapporterte selv om antisosial atferd. Undersøkelsen tydet på at cirka 5 % var ansvarlige for de alvorlige kriminelle handlingene. Guttene rapporterte flere antisosiale handlinger enn jentene. I undersøkelsen var det en klar sammenheng mellom antisosial atferd og høy grad av impulsivitet, særlig kombinert med dårlig språkevne. Videre ga aggresjonsfaktoren sterke utslag i forhold til høy grad av antisosial atferd. Kaufmann (1988b) fant også at antisosial atferd forekom sammen med lav verbal evne og manglende tilknytning til begge foreldrene.

På Ekspertkonferansen i september 1997 presenterte Storvoll (1997) tall fra barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien, kriminalomsorgen og rusmiddelomsorgen. I følge barnevernsstatistikken fikk 4.438 barn og unge hjelp av barnevernet på grunn av barnets atferd i 1995. Dette gjaldt flere gutter (68 %) enn jenter (32 %). Videre fikk 318 hjelp på

grunn av barnets rusmisbruk. Her var det en jevnere fordeling mellom kjønnene: 51 % var gutter og 49 % var jenter. I følge fylkesmennenes kvartalsrapportering til barne- og familiedepartementet ble 267 ungdommer plassert etter Barnevernlovens § 4-24 og § 4-26 på landsbasis i første kvartal 1997. Barne- og ungdomspsykiatriens registreringssystem, BUP-data, viser at 1.206 pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien fikk diagnosen atferdsforstyrrelser i 1996. Dette gjaldt flere gutter (72 %) enn jenter (28 %). Videre fikk 1.370 diagnosen hyperaktivitetssyndromet i barndommen. Dette gjaldt også flest gutter (87 %). Kriminalstatistikken fortalte at 8.099 barn og unge ble siktet for forbrytelser i 1995. Dette gjaldt flest gutter (88 %). Nasjonalt dokumentasjonssystem innen omsorgen for rusmiddel-misbrukere hadde på sin side registrert 113 ungdommer som klienter i 1996. Her var det en forholdsvis jevnere kjønnsfordeling (55 % jenter og 45 % gutter). Disse tallene refererer til atferdsproblemer av ulik styrke og omfatter sådan en større gruppe enn de som er fokus for denne rapporten. En må videre være klar over at det er et visst overlapp mellom klienten innen de ulike instansene.

I tillegg til å presentere tall fra disse registrene, presenterte Storvoll (1997) resultater fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med ekspertkonferansen. Denne undersøkelsen omfattet ansatte i barnevernet, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, politiet og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Disse ble blant annet spurt om hvor mange barn og unge de mente viste ulike former for alvorlige atferdsvansker i den kommunen/bydelen de representerte i løpet av 1996. Antakelsen om utbredelsen i en og samme kommune/bydel varierte sterkt mellom de ulike instansene. Det var imidlertid ikke noe mønster i hvilke etater som mente at utbredelsen var størst fra sted til sted.

### **Årsaks- og risikofaktorer / forløp**

Ulike studier har funnet risikofaktorer som øker sannsynligheten for utvikling av atferdsproblemer av alvorlig karakter. Her er det snakk om mulige prediktorer og samvariasjon mellom faktorer heller enn årsakssammenhenger.

Blant risikofaktorene for senere kriminalitet oppsummerer Loeber (1990):

- oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet
- biologiske forhold
- skoleproblemer (lese og skrivevansker, drop-out fra skolen)
- sosiale risikofaktorer som foreldrenes oppdragelsesmetoder, manglende foreldretilsyn, foreldre som er lite involvert i sine barns hverdag, samlivsproblemer hos foreldre, foreldres kriminalitet, foreldres aggressivitet, manglende disiplin, sosioøkonomisk lavstatus og dårlig helse hos foreldrene.

Kazdin (1995) peker på at følgende risikofaktorer disponerer barn for å utvikle antisosial atferd:

- barnets temperament
- foreldrenes dårlige fremgangsmåter i barneoppdragelsen
- foreldres samlivskonflikter
- svært stor familie (i forhold til tilgjengelige ressurser)
- dårlige skoleerfaringer.

I Rutter og medarbeideres undersøkelse av 10 åringer i Isle of Wight og indre London fant de seks variabler som samvarierte med psykiske problemer: 1) alvorlige ekteskapskonflikter, 2) lav sosioøkonomisk status, 3) store familier, 4) kriminelt belastede fedre, 5) mødre med psykiske problemer og 6) omsorgsovertakelse av barnevernet (Rutter et al. 1979). Hvis barn ble utsatt for bare én av disse risikofaktorene hadde det ikke så store konsekvenser for forløpet sammenlignet med andre barn på samme alder. Men hvis barnet ble utsatt for 2 eller 3 av disse økte sannsynligheten for at det skulle utvikle psykiske problemer. Riskofaktorene synes å ha en kumulativ effekt hvor enkeltfaktorer i samspill med andre gir en multipliserende heller enn en additiv effekt på sannsynligheten for at barn skal utvikle mer alvorlige problemer. For å kunne hevde at miljøvariablene er årsaker til atferdsvanskene, må en kunne eliminere andre forklaringsalternativer, for eksempel at forbindelsen representerer arvelige heller enn miljømessige påvirkninger, at hovedeffekten går fra barn til miljø og ikke omvendt, eller at miljøets kjennetegn og barns utviklingskjennetegn begge skyldes en tredje variabel (Rutter 1985).

I forskningslitteraturen er det referert en rekke longitudinelle undersøkelser av hvordan barn og unge utvikler alvorlige atferdsproblemer. Etter Ekspertgruppens mening er resultatene fra Gerald Patterson og hans kolleger ved Oregon Social Learning Center spesielt interessante. Disse er i hovedtrekk sammenfallende med andre undersøkelser på området, men representerer samtidig en av de mest vedvarende og varierte forsøk på å avklare spørsmålene om atferdens opprinnelse. Resultatene er dokumentert i en lang rekke publikasjoner fra senteret og ble i tillegg presentert på NFR Ekspertkonferansen i september 1997. Andre forskere, som blant annet Henggeler (1996), har bygget videre på Pattersons modell ved også å integrere intervensjon i nettverket rundt barnet eller ungdommen.

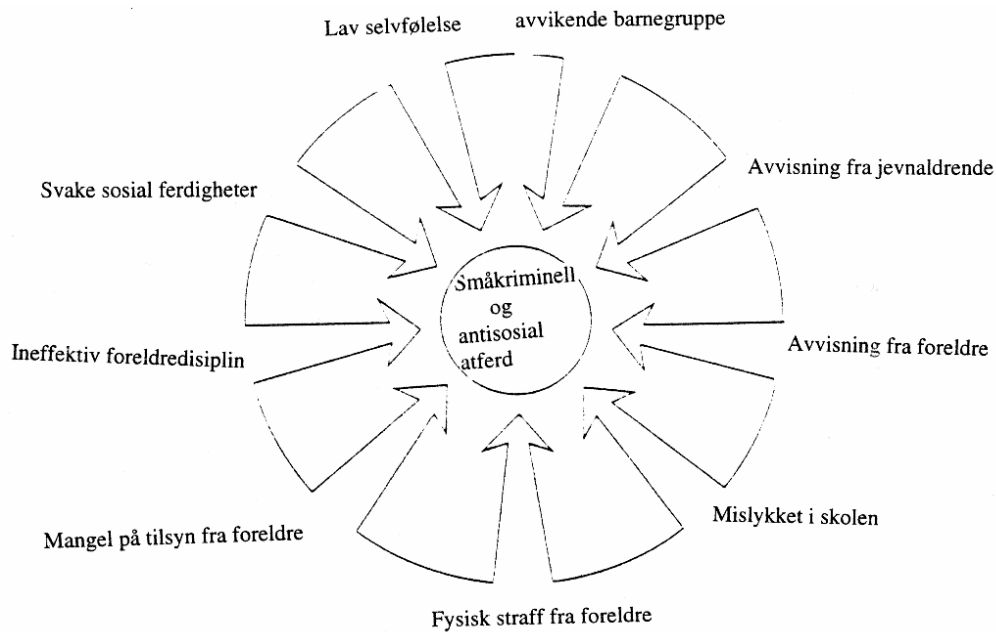
Patterson (1982) skiller mellom *makrososiale* og *mikrososiale analyser* av utviklingen av antisosial atferd. Analysene tar for seg belastninger som foreldrenes sykdom, psykiske problemer, rusproblemer, dårlig økonomi, arbeidsløshet, samlivsbrudd og brutte hjem. Disse forholdene påvirker barna primært gjennom foreldrenes evne til og muligheter for å kunne oppdra sine barn. Foreldrenes stress og den kumulative effekten av små kriser og uoverensstemmelser bidrar til å undergrave foreldrenes kompetanse og forsterke aggressiv atferd hos barnet.

De viktigste risikofaktorene er knyttet til egenskaper ved familien (Loeber 1990, Patterson 1982, Patterson et al. 1992). Noen familie-faktorer har en mer langsiktig effekt enn andre. Kortsiktig svikt i tilsyn med barnet har ikke en så alvorlig konsekvens som langsiktig sammenbrudd i tilsynet. Hvis en eller begge av foreldrene har en antisosial og kriminell væremåte, er det bare unntak at barna unngår å bli antisosial. Det samme ser en når foreldrene i holdning og språk overfor barna formidler antisosiale holdninger, selv om de ikke agerer ut sine holdninger selv. Den eneste form for psykopatologi hos foreldre utover deres atferdsavvik, som synes å kunne medføre alvorlige atferdsvansker, er depresjon hos mor. Depresjonen innvirker sannsynligvis på barnets tilknytningsevne, som blir skadelidende, og derigjennom føre til skjevutvikling.

Patterson nevner flere hovedgrupper av mulige påvirkninger for utvikling av antisosial atferd hos barn opp til 12 år, illustrert i «årsakshjulet» i figur 1.



**Figur 1: Pattersons «årsakshjul»**



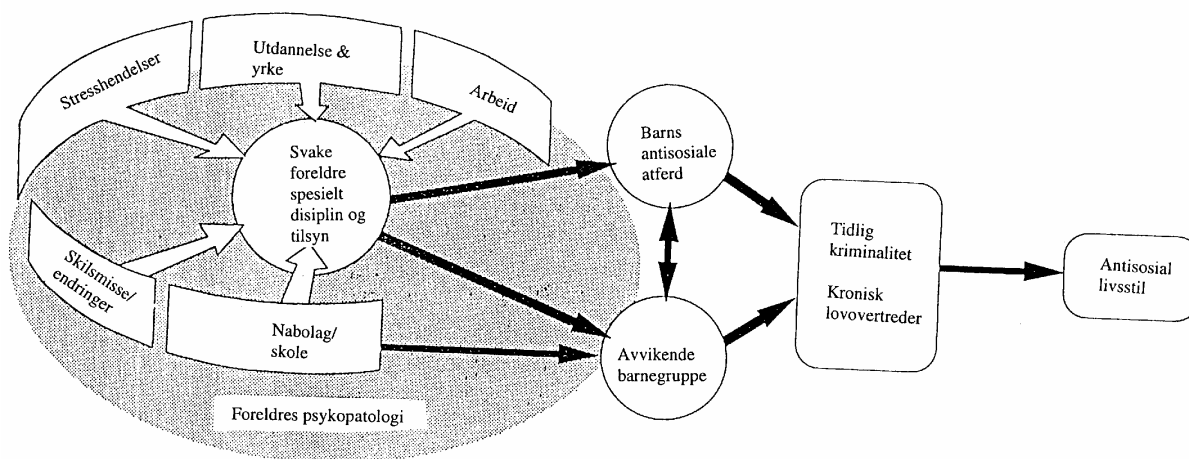
Blant viktige faktorer er:

- Ineffektiv foreldredisiplin (manglende grensesetting).
- Mangel på tilsyn (kontroll, overvåking og undersøkelse).
- Fysisk straff fra foreldrene.
- Avvisning fra foreldre.
- Lav selvfølelse.
- Svake sosiale ferdigheter.
- Avvisning fra jevnaldrende.
- Medlem i en avvikende barnegruppe.
- Mislykket skolekarriere.

Selv om Patterson kaller dette for «årsakshjulet», er det nok mer korrekt å snakke om risikofaktorer. Hver av faktorene i hjulet kan innebære en økt sannsynlighet for utvikling av antisosial atferd.

Sammenhengen mellom makrososiale belastninger og mikrososiale hendelser i familien illustreres av Pattersons «medieringsmodell» som er gjengitt i figur 2. Modellen viser at såvel familieforhold som den øvrige familiekontekst er av betydning.

**Figur 2: Modell for sammenheng mellom familiekontekst og antisosial atferd**



På samme måte som «årsakshjulet» viser denne modellen at det vanligvis ikke er enkeltfaktorer som alene forklarer barnets antisosiale atferd, men flere risikofaktorer i familien bringer barna inn i en negativ utvikling som samvær med andre barn med atferdsvansker og skolenederlag kan forsterke.

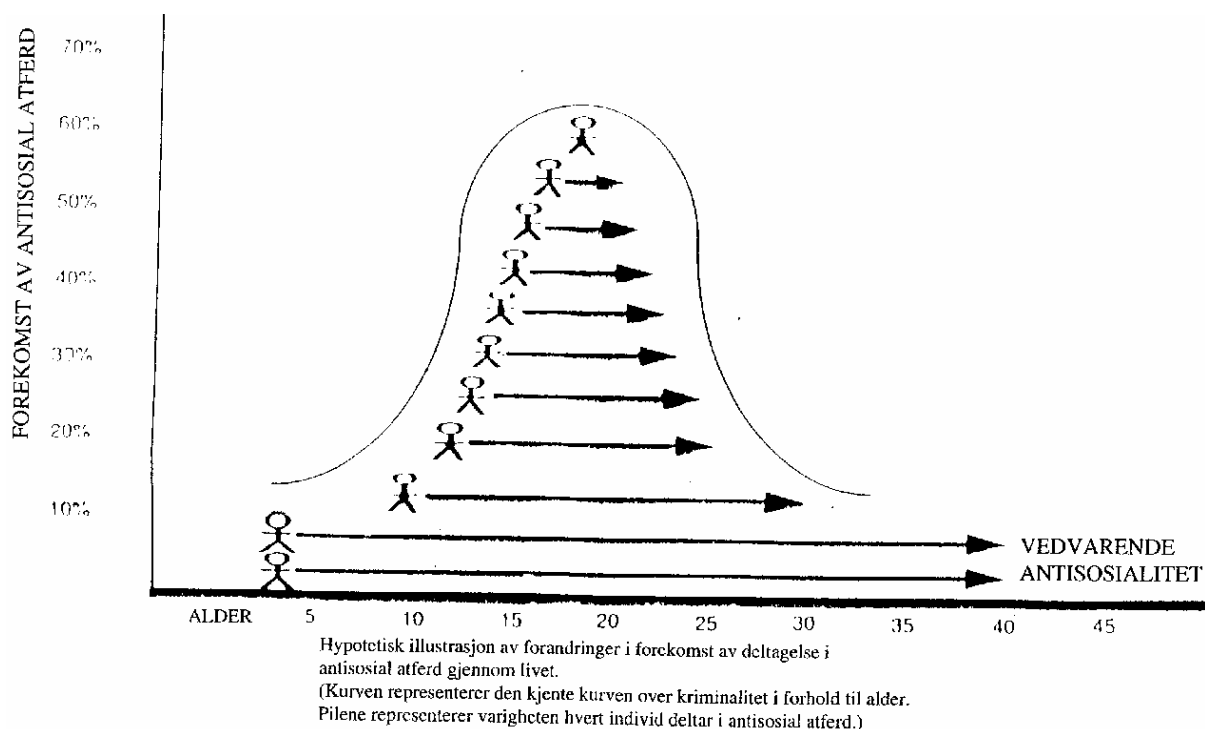
I en oppsummerende gjennomgang av forskningen om utvikling av ulike manifestasjoner av antisosial atferd viser Loeber (1990) til at de tidligste manifestasjoner ofte er barnets vanskelige temperament. Høyt aktivitetsnivå er ikke uvanlig når barnet lærer å gå. Åpne atferdsproblemer som aggresjon sees vanligvis ikke før barnet er 2 år eller senere, etter som barnets mobilitet og fysiske styrke øker. I førskolealder vil den dårlige kvaliteten på barnets sosiale kontakter bli tydelige, inkludert overdreven tilbaketrekking og dårlige relasjoner med voksne og venner. Skoleproblemer blir vanligvis tydelige i 1. og

2. klasse i skolen. Skoleskulk, tyveri og rusmisbruk blir særlig synlige rundt overgangen til ungdomstrinnet. Oppover i ungdomsalder og opp i voksen alder begår enkelte gjentatte lovbrudd eller viser annen asosialitet.

Patterson (1996) beskriver en utviklingssekvens fra aggressive førskolebarn («coercive toddlers»), via opposisjonell atferdsforstyrrelse i barnealder til atferdsforstyrrelser i ungdomsalder og videre til antisosial personlighetforstyrrelse i voksen alder. Ifølge Patterson (1982) viser barn allerede i 3-5 års alderen aggressiv atferd, men fram til 12 år tilegner de fleste barn seg gradvis evnen til å kontrollere denne. Unntaket her er antisosiale barn som ikke lærer seg aggresjonskontroll og som får en fastlåst utvikling. Når barnet er umulig å kontrollere, øker mengden av negative reaksjoner, og barnets eksplosive reaksjoner på negativ feedback blokkerer for læring av både skolefaglige og sosiale ferdigheter. Sosial oppmuntring og straff fra voksne synes å ha mindre effekt på disse barna enn på andre barn og gradvis reduserer både voksne og venner sin kontakt med barnet. De unngår og flykter fra dets nærvær så ofte som mulig. Avvisning fra jevnaldrende synes å være en god indikator på uakseptabel atferd hos problembarnet, men det trenger ikke å være den aggressive atferden som fører til avvisningen. Aggressive barn ser ut til å ignorere struktur og maktforhold i grupper og dette kan være en kilde til irritasjon hos de andre og føre til avvisning. Aggressive barn søker heller avvikende venner som gjensidig forsterker hverandres avvikende atferd.

Utviklingen av antisosial atferd preges mer av at mangfoldet av atferdsproblematikk øker heller enn at en type problematferd erstattes av en annen. Progresjonen i problemutviklingen foregår hierarkisk. Barn med tidlige og betydelige atferdsvansker løper en stor risiko for å utvikle antisosial atferd, mens en god del har forbigående avvik i ungdomsalder (Loeber 1990). Et tilsvarende resonnement finner en hos Moffitt (1993). Hun har en modell, (Figur 3), som illustrerer forekomsten av antisosial atferd hos barn og ungdom.

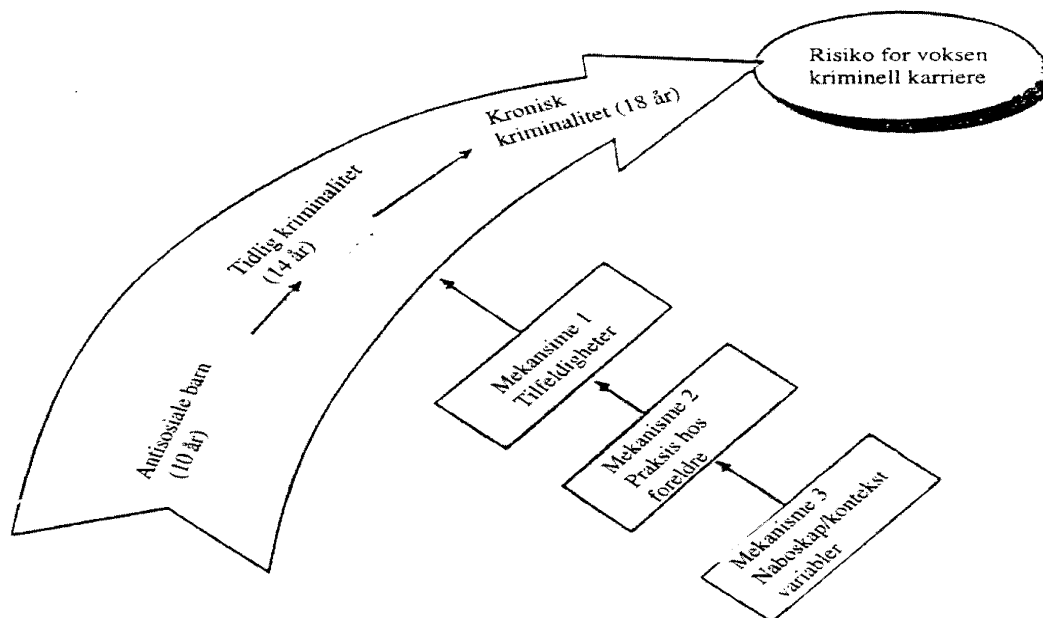
**Figur 3: Forekomst av antisosial atferd ved ulike alderstrinn**



I modellen ser vi at en gruppe barn i antisosial utvikling før fylte 5 år har en direkte utvikling mot voksen kriminalitet. Fra 10 årsalder og opp til 18 år kommer det nye aktører med antisosial atferd inn. Et kjennetegn ved disse sene debutanter er at deres karriere som antisosiale avsluttes før eller i løpet av ung voksen alder. Moffit forklarer denne sistnevnte gruppen med at deres motiv for antisosiale handlinger ligger i et modningsgap mellom biologisk alder og sosial alder.

Ved ulike analyser har Patterson et al. (1992) funnet fram til viktige og mindre viktige faktorer av betydning for atferdsavvikene. En kan se trekk hos små barn helt ned til 4-5 år som viser at de er i en slik begynnende utvikling. Undersøkelser viser at omtrent halvparten av ulydige, aggressive småbarn vil fortsatt ha sin atferdsavvik inn i grunnskolen, og omtrent en tredjedel av disse igjen vil utvikle antisosiale atferdsproblemer. Figur 4 viser Pattersons beskrivelse av den mulige utvikling fra antisosial atferd hos barn til tidlig kriminalitet i ungdomsalder.

**Figur 4: Faktorer som øker risiko for antisosial atferd hos ungdom**



Både familie og nærmiljø kan her virke inn på forløpet. Foreldrenes innflytelse svekkes langsomt fra barna er 12 år. Fra de er 14 år er innflytelsen fra foreldrene mindre, mens påvirkning fra jevnaldrende er betydelig større. Allikevel viser Pattersons egen forskning at foreldre med svake evner til disiplin og konsistent tilsyn av barna innebærer den største risikoen for antisosial atferd. Patterson hevder at barnas nabolag og ytre oppvekstmiljø ikke ser ut til å ha en sterk innvirkning på forløpet av alvorlige atferdsvansker hos barn.

Selv om nabolag eller ytre faktorer som skole eller fritidsordninger ikke synes å ha en direkte påvirkning på utviklingen av antisosial atferd hos barn, synes det å være flere indirekte påvirkningsmekanismer. Barn med alvorlige atferdsvansker ser ikke ut til å ta fullt del i det sosiale samspill med jevnaldrende. Deler av innlæring av normale og sunne atferdsmønstre kan mangle. Økonomi, foreldrenes arbeidssituasjon og andre sosiale forhold virker også inn. Barn med alvorlige atferdsvansker finnes i alle samfunnslag, men flertallet kommer fra familier som har dårlig økonomi. I Pattersons studier var det store flertallet av barn fra familier som hadde en inntekt langt under den offisielle minstelønnen i USA. En kan analysere årsakene til

dette og finner da at foreldrenes arbeidsevne og sosiale evne spiller en rolle. I vårt samfunn med større økonomisk likhet er det mulig at disse forhold ikke er så viktige, men vi har fortsatt mangelfull kunnskap på dette området.

Det er rimelig å anta at mange faktorer i det norske samfunnet vil kunne virke inn på forekomst og forløp av atferdsvansker hos barn og ungdom. Støtte til småbarnsfamilier, kvalitet på barnehage tilbud, kvalitet på skoletilbud, fritidstilbud for barn og unge og tilgjengelige helse- og sosialtjenester er noen forhold som vil virke inn. Det ligger utenfor Ekspertgruppens mandat å ta med generelle samfunnsfaktorer når videre prosjekter skal anbefales. Det er imidlertid klart at vår viten om beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer kan anvendes direkte i sosialpolitisk øymed for å redusere forekomsten av alvorlige atferdsvansker hos unge.

## **Tiltak og behandling**

Samfunnets tiltak overfor barn og unge med alvorlige atferdsvansker kan deles inn i fire hovedgrupper, nemlig strafferettslige, pedagogiske, sosiale og psykiatrisk-psykologiske (Innstilling om verneskolen 1968). Disse har utviklet seg relativt uavhengig av hverandre ut fra forskjellige historiske forutsetninger og grunnorienteringer til problemene, såsom for eksempel ulike juridiske grunnlag og administrativ tilknytning. Videre har de forankring i forskjellig praksis og metoder og støtter seg til forskjellige grupper av fagfolk.

Hoghugh (1988) konkluderer med at til tross for en lang historie med omfattende tiltak for å redusere alvorlige atferdsvansker, så har det vært vanskelig å utvikle effektiv behandling. Forskningslitteratur som presenterer systematisk informasjon om innovativ praksis, er ofte dyster og nedslående lesning. En av hovedårsakene til de dårlige resultatene er sannsynligvis at atferden har sammenheng med en rekke ytre forhold som ikke kan kontrolleres av behandleren eller den tiltaksansvarlige.

Loeber (1990) oppsummerer tiltaksforskningen i følgende hovedpunkter:



- Vi kjenner ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer for utvikling av atferdsproblemer. Men med vårt nåværende kunnskapsnivå vet vi ikke sikkert hvilke barn som vil kunne "vokse av seg" sine atferdsproblemer uten hjelp, og hvilke som vil trenge betydelig hjelp.
- Siden akkumulering av atferdsproblemer er vanlig i antisosiale atferdsmønstre, kan ren forebygging bare anvendes i begynnelsen av utviklingen. Intervensjoner i senere stadier må samtidig rettes mot eksisterende problematferd og forebygging av nye former for denne.
- Intervensjoner synes å være mer effektive i de tidlige stadiene av utviklingen enn i senere. Dette betyr ikke at tiltak i senere faser er nytteløst, men at slike intervensjoner sannsynligvis er langt mer arbeidsintensive og støter på langt mer fastlåste atferdsmønstre enn på tidligere alderstrinn.
- Områder der intervensjonen skal settes inn kan være: vanskelig temperament, hyperaktivitet, aggressiv atferd, tilbaketrekking, dårlige kameratrelasjoner, problemer med skolegangen, skjulte atferdsproblemer, kontakt med avvikende kamerater og kriminalitet.
- Når andre risikofaktorer ikke er forandret som et resultat av intervensjoner, kan de påvirke behandlingsresultatet negativt.

Walker et al. (1995) oppsummerer at det ved de aller alvorligste atferdsforstyrrelsene er stor risiko for en kronisk, livsvarig forstyrrelse som er svært resistent mot intervensjoner, og som i liten grad påvirkes av kontrollerte forsøk på sosial påvirkning. Det finnes i dag ingen tiltak som på varig basis endrer tilstanden og som forhindrer visse barn og unge fra et livsløp som fører til en rekke langsiktige negative utviklingsresultater. Nyere forskningsresultater viser at det derfor er viktig både med en dynamisk forståelse av utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser, og en nøkternhet i de behandlingsmessige forventningene. For barn, unge og voksne med de alvorligste forstyrrelsene er holdningen blant fagfolk at problemene kan kontrolleres og dempes, men ikke kureres.

I det følgende vil vi derfor gi en kort oversikt over noen norske erfaringer med barne og unge med alvorlige atferdsproblemer. Dernest

kommer vi tilbake til nyere forsøk på tiltak og behandling som, internasjonalt sett, har gitt lovende resultater.

## **5. Tiltak for atferdsvanskelig ungdom i barneverntjenesten, skolen og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien**

For barneverntjenesten og skolen blir uttrykk som atferdsvanskelig eller antisosial ungdom samlebetegnelser for en gruppe ungdom med alvorlig problematikk av utagerende karakter og som det er vanskelig å finne gode nok tiltak for. Noen av disse vil ha fått en diagnose, for eksempel atferdsforstyrrelser, fra barne- og ungdomspsykiatrien. For andres del vil det foreligge atferdsbeskrivelser fra hjem og skole og utredninger fra for eksempel barneverntjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste, medisinsk ekspertise eller spesielt oppnevnte sakkyndige.

I dette kapitlet vil en del evalueringsrapporter om skole- og barnevernbaserte tiltak for denne gruppen bli gjennomgått. Det er vanskelig å få en fullstendig oversikt over det som har vært gjort. Mange mindre prosjekter har vært gjennomført, men er ikke publisert. Oversikten er ikke fullt dekkende, men representerer, etter ekspertgruppens oppfatning, interessante tiltak for barn og ungdom med atferdsvansker. Først vil det bli gitt en kort beskrivelse av Buskerudprosjektet - alternativ til fengsling av ungdom (NOU 1985:3). Dette prosjektet har hatt stor betydning for organiseringen av tjenester for atferdsvanskelig ungdom i ettertid. Deretter vil to prosjekter fra skolesektoren bli presentert: Evalueringen av alternative skoler (Sørli 1991) og evalueringen av Nøsted skole (Julseth og Karlson 1991). Videre presenteres fire prosjekter fra barneverntjenesten: Evalueringer av klientgrupper fra to ulike døgninstitusjoner (Larsen et al. 1990, Solberg 1993), evaluering av en krise- og utredningsinstitusjon for ungdom (Hennum 1993) og en undersøkelse av ungdom i særtiltak (Benedictow 1996). Til siste gis en kort oversikt over noen arbeider innen det barne- og ungdomspsykiatriske feltet.

## **Evalueringer av effektiviteten av ulike tiltak**

I vurderingen av hvilke tilbud atferdsvanskelig ungdom kan nyttiggjøre seg, er det viktig å problematisere hvordan de evalueringene har vært lagt opp. Quinton et al. (1997) poengterer at når det skjer en forandring i praksis og retningslinjer innenfor et område, vil utviklingen skje langsomt og gjennom flere stadier. Det første stadiet er identifisering av problemet, enten gjennom en teoretisk rekonseptualisering, på grunnlag av deskriptive framstillinger, eller fordi dagens praksis oppleves som utilstrekkelig. Dette første stadiet etterfølges gjerne av en fase der det gjennomføres deskriptive studier i relativt liten skala, gjerne av praktikere, som er basert på tilgjengelige utvalg heller enn utvalg som er tilfeldig valgt eller systematisk sammensatt. Slike studier kan ha stor innflytelse på praksisfeltet, og konklusjonene ofte virker autoritative, kanskje nettopp fordi det argumenteres for forandringer uten at for mange innvendinger eller reservasjoner trekkes fram. Disse undersøkelsene preges av de metodiske begrensningene som følger av små utvalg som er selv-rekrutterte eller basert på et enkelt utfall, når det samtidig mangler data om sammenliknbare grupper eller kontrollgrupper. Det kan videre oppsummeres at slike studier samler data om ulike variabler, med ulike metoder, på ulike punkter i klientenes karrierer, innenfor ulike lovverk og ulike servicesettinger (Jones 1993, Triseliotis 1989).

Hvis forandringen i praksis blir stor nok, kan det komme et tredje stadium der metodene forbedres gjennom større studier, ofte av epidemiologisk karakter. I et eventuelt fjerde stadium vil testing av spesifikke hypoteser skje gjennom undersøkelser av representative utvalg og komparative design (Quinton et al. 1997).

Spørsmålet om hvordan atferdsvanskelig ungdom skal hjelpes, og balansen mellom deres behov for hjelp og samfunnets behov for kontroll, har beskjeftiget både politikere og profesjonelle i hele etterkrigstida. Fokus har skiftet mellom vekt på kontroll og vekt på behandling i en stadig pågående prosess, samtidig som valg av begreper for å beskrive og forklare problemområdet har forandret seg (Ericsson 1996). I løpet av de siste 10 årene er det forsøkt å evaluere de ulike tiltakene i langt større grad enn tidligere. Slike evalueringer har dels vært gjennomført ut fra en genuin interesse for hvordan

tiltakene virker for de ulike målgruppene, og dels vært brukt som bidrag i den stadig pågående debatten som i stor grad er av ideologisk og sosialpolitisk karakter. Samtidig kan man si at både den politiske debatten og framveksten av ulike tiltak er blitt påvirket av det Quinton et al. (1997) omtaler som første fase; nemlig en kombinasjon av slående og urovekkende beskrivelser av enkeltinstitusjoner, framveksten av ulike hjelpeprofesjoner og endringer i det politiske synet på behandlingen av antisosial og atferdsvanskelig ungdom.

Kvaliteten på tiltakene som iverksettes for antisosial og atferdsvanskelig ungdom vil variere. Innholdet i disse tiltakene farges av at klientenes problematikk er mer variert enn det institusjonenes inntakskriterier kanskje skulle tilsi, og at tiltaket i seg selv ikke nødvendigvis er det ideelle. Klientene vil også ha hatt forskjelligartede karrierer innenfor hjelpeapparatet, og erfaringer med ulike andre typer tiltak over kort eller lang tid. Dette tilsier både at det kan være vanskelig å vite hva slags forventninger som er rimelige å ha til effekten av de tiltakene som iverksettes, og at det kan være vanskelig å vite hva som er årsaken til utfallet for den enkelte klienten. Dermed blir enhver evaluering av utfallet vanskelig.

Slike evalueringer har likevel sin verdi. Som Finstad (1993) understreker, er det urettferdig både mot behandling og forskning å være for pessimistisk i forhold til de mulighetene alternative tiltak har, fordi en slik holdning foster både ansvarsfraskrivelse og apati. Evalueringer av den typen som presenteres her, kan blant annet bidra til å stille de riktige spørsmålene og se på «nye» tiltak med nye øyne, selv om tiltakene likner det som er prøvd og forkastet tidligere.

## **Buskerudprosjektet**

Buskerudprosjektet - alternativ til fengsling (NOU 1985:3) ble initiert av Sosialdepartementet, og varte fra 1980 til 1984. Målsettingen med prosjektet var å evaluere eksisterende tilbud til atferdsvanskelig og utagerende ungdom og foreslå reformer, styrking av tilbudet og nye alternativer som kunne begrunne hevingen av den kriminelle lavalderen. Prosjektet hadde fire elementer: en litteraturgjennomgang om tilnærminger basert på behandling og straff, en analyse av tiltaks-

systemet, en analyse av antall saker hvis den kriminelle lavalderen ble hevet, og utprøving av en modell for samordnede tiltak i ett fylke - Buskerud.

Konklusjonene fra litteraturgjennomgangen var at det ikke finnes mirakelkurer mot ungdomskriminalitet, ikke minst fordi de ungdomskriminelle selv er en mangeartet gruppe og begår mange typer handlinger. Blant annet derfor ble det sett som viktig å lage en tiltaksstruktur kjennetegnet ved differensiering og målrettet problemløsning som samtidig kunne ivareta behovet for kontinuitet og være omfattende nok som tiltak i de vanskeligste sakene.

Selve Buskerudprosjektet ble statlig finansiert i 1983 og 1984. Rekrutteringen skjedde fra de ulike hjelpetjenestene, barnevernet og politiet i fylket, og prosjektet omfattet i alt 84 unge mellom 12 og 16 år, med hovedvekt på 14- og 15-åringer. Tilbudet fra prosjektets side fordelte seg på konsultasjon (N=15), lokale tiltak (N=20) og plassering utenfor hjemmet (N=49). Ved utgangen av prosjektperioden hadde alle en eller annen form for tiltak. Ved oppfølgingen fire år etter (Helgeland 1989) ble ca. 59% av klientene ansett å være i en «meget bra» eller «bra» situasjon. Nærmere 40% hadde en situasjon som ble karakterisert som «blandet» eller «dårlig», mens fire var døde. En ny evaluering er blitt foretatt i 1996 og 1997, men resultatene herfra er ikke endelig analysert. Foreløpige analyser tyder på at ca. 55% har en «meget bra» eller «bra» situasjon, vel 30% har en «blandet» eller «dårlig» situasjon, mens 10 er døde. Dødeligheten i denne klientgruppen er vesentlig større enn for befolkningen forøvrig, hvilket også stemmer med andre undersøkelser. Sammenliknet med de tiltak som er beskrevet i forskningslitteraturen må dette sies å være oppsiktsvekkende gode resultater.

Buskerudprosjektet fungerte nyskapende på mange områder innenfor tiltaksapparatet for de mest problematiske ungdommene, og idéene som ble prøvd ut i prosjektet har slått rot i det generelle tiltaksarbeidet i årene etter. Som eksempel kan nevnes *tiltakskjeder*, som nettopp ivaretar behovet for kontinuitet og omfattende nok tiltak samtidig som tiltakene kan differensieres etter behov. Et annet eksempel er *ansvarsgrupper*, som skal sikre koordinering av tjenester. Et tredje eksempel er såkalte *forsterkede fosterhjem* for spesielt krevende ungdom, definert som fosterhjem som får ekstra godtgjøring i form av



lønn, ekstra opplæring og ekstra oppfølging. Et fjerde eksempel er *konfliktrådene*, som tar sikte på at unge lovbrytere kan «gjøre opp for seg» gjennom møter med sine ofre.

## **Alternative skoler / lokale kompetansesentra for utsatt ungdom**

Såkalte *alternative skoler*, eller lokale kompetansesentra for utsatt ungdom (Sørli 1991), er alternative opplæringstiltak som iverksettes for ungdomsskoleelever med atferds- og tilpasningsvansker, og som befinner seg i ulike risikosituasjoner. De er organisert som egne, alternative skoler (skoleeksterne tiltak) eller som kombinerte tiltak, hvor elevene dels er utplassert i arbeidslivet og dels får undervisning i hjemmeskolen. Den første alternative skolen ble etablert for 15-20 år siden, og i 1991 var det 50 slike skoler spredt rundt om i landet. Praktiske og sosiale aktiviteter er sentrale virkemidler. Skolene gir undervisning i tradisjonelle skolefag, men pensum er vanligvis noe redusert og tilpasset den enkelte elev. Elevene får likevel full grunnskoleeksamen. Lærertettheten er høy og elevgruppene små, og foreldresamarbeidet og samarbeidet med andre kommunale etater er omfattende og ambisiøst. I 1991 var kjønnsfordelingen i landets alternative skoler 70% gutter og 30% jenter (Sørli 1991). I sin evaluering av de alternative skolene, konkluderer Sørli med at disse små skolene, som er frikoplet fra de ordinære skolene, gir et godt tilbud til elever med tilpasnings- og atferdsproblemer. Skolene tar i hovedsak i mot ungdom som det knytter seg mye frustrasjon og oppgitthet til, både fra foreldre og lærere. I kontakten med skolene opplevde Sørli en påtakelig entusiasme og læringsoptimisme hos de fleste, samt læringsframgang og bedre samfunnstilpasning hos elevene.

Én slik alternativ skole, *Nøsted skole* i Drammen, ble evaluert spesielt av Julseth & Karlson (1991). Nøsted skole ble opprettet som en del av Buskerudprosjektet. I evalueringen gjennomgikk man søknadsskjemaene til de 76 ungdommene som hadde vært elever ved skolen fra starten i 1982 og ut skoleåret 1988/89, og intervjuet 35 ungdommer som ledd i en etterundersøkelse. Det så ut til å gå bra med de fleste av ungdommene, både med dem som ble intervjuet og med dem

hvor man gjennomgikk søknadsskjemaene. Omtrent tre fjerdedeler var i kategoriene "det går meget bra" eller "det går bra", med videre skolegang og arbeid, egen familie, og lite rusproblemer eller kriminalitet.

## **Institusjoner innenfor barneverntjenesten**

I 1989 hadde *Grepperød Ungdomshjem og skole* fungert som barneverninstitusjon i 25 år. Institusjonen ønsket derfor å gjøre en oppfølgingsundersøkelse av et utvalg av de ungdommene som hadde vært innskrevet ved institusjonen. 16 personer fordelt på to grupper ble valgt ut. Den ene gruppa var ikke lenger innskrevet ved institusjonen. Den andre gruppa var innskrevet ved institusjonenes eksternavdeling, men bodde utenfor denne avdelingens boenhet (Larsen et al. 1990). En overveiende del av informantene uttrykte at de hadde det bra ved etterundersøkelsestidspunktet. De poengterte selv viktigheten av et stabilt og pålitelig nettverk med nære relasjoner som kjærester, ektefeller, foreldre og svigerforeldre. Sammenliknet med situasjonen før de kom til Grepperød, oppga de fleste informantene økt tillit til andre og økt selvtillit. Ingen av informantene var i en annen behandlingsinstitusjon, i fengsel eller uten fast bopel. To hadde egen bolig, 11 leide bolig, en var på skole hos foreldrene og to var på skole med internat. Evalueringen vektla også å få fram ungdommenes opplevelse av behandlingsopplegget, ikke minst med sikte på å få fram idéer til viktige endringer i institusjonens praksis. Informantene understreket da for eksempel betydningen av å ha egnede og kunnskapsrike voksne til stede i institusjonen (Larsen et al. 1990).

*Rostad Ungdomsheim* i Nord-Trøndelag var i 1993 den eneste ungdomsinstitusjonen i landet som ble finansiert over statsbudsjettet. Det ble derfor sett som en viktig målsetting å få feed-back på institusjonens virksomhet. Dette skjedde med utgangspunkt i de 113 elevene som hadde vært innskrevet på Rostad fra og med skoleåret 1975/76 til og med skoleåret 1984/85. Elevene var i ungdomsskolealder ved plasseringen. Informantene skulle ha vært "ute" av Rostad-systemet i minst fem år, men oppholdet skulle ikke ligge for langt tilbake i tid. I alt ble 88 personer intervjuet. Også her uttrykte den langt største delen av informantene at de hadde det bra. De hadde hatt til dels store problemer før de ble plassert på Rostad, men hadde etter

oppholdet blitt roligere og mer harmoniske, de hadde fått et holdepunkt i livet, et sted som hadde gitt dem muligheter for å få en tilnærmet normal oppvekst, og et sted hvor de hadde fått muligheter til å gjennomføre en tilnærmet normal skolegang (Solberg 1993). I tillegg til informantenes egne opplysninger, ble indikatorer knyttet til rusmiddelmissbruk, kriminalitet, arbeid/skole, boforhold og sosiale relasjoner brukt som mål på ungdommenes tilpasning på undersøkelsestidspunktet. Solberg konkluderer med at ca. tre fjerdedeler av klientene hadde hatt en akseptabel utvikling etter endt institusjonsopphold, mens den siste fjerdedelen hadde klart seg dårlig (Solberg 1993).

Spesielt på 1990-tallet har det blitt etablert såkalte krise- og utredningsinstitusjoner i barneverntjenestens regi, der ungdom får et korttidstilbud på noen uker eller maksimum tre måneder før de går over i videre tiltak. En av de første institusjonene som ble etablert av denne typen, var *Barnevernets Ungdomssenter i Oslo*. Igjen trekkes trådene tilbake til Buskerudprosjektet, der krise- og utredningsinstitusjoner ble sett som et viktig ledd i de såkalte tiltakskjedene. I 1993 fantes det ca. 100 krise- og utredningsplasser på landsbasis (Hennum 1993). Noen var tilknyttet en langtidsinstitusjon, men de fleste var plassert på institusjoner som hadde spesialisert seg på krise- og utredningsarbeid. Særlig etter at Lov om barneverntjenester ble iverksatt fra 1.1.1993, har det vokst fram en rekke private krise- og utredningsinstitusjoner parallelt med de kommunale og fylkeskommunale.

Som et ledd i et større prosjekt om hevingen av den kriminelle lavalder, evaluerte Hennem (1993) Barnevernets Ungdomssenter ved hjelp av deltakende observasjon i en tomånedersperiode, supplert med gjennomgang av 61 utredninger og intervjuer med i alt 20 ansatte og 10 ungdommer. Hennums viktigste anliggende i denne rapporten, er en diskusjon av hvorvidt Barnevernets Ungdomssenter får for sterk karakter av å være skjult varetektsfengsling. Dette gjelder spesielt de ungdommene man ikke finner egnet tilbud til etter oppholdet, hvor Hennem påpeker at det faktisk er letter å finne tiltak for rusmiddelmissbrukere enn for andre. Samtidig opplevde ungdommene oppholdet på Barnevernets Ungdomssenter som bedre enn fengsling, ikke minst på grunn av tilgangen på aktiviteter og at det var voksne til stede hele tiden. Hovedtyngden av denne evalueringen er en diskusjon av

institusjonens karakter, og det gis ingen svar på hvordan ungdommenes situasjon blir etter oppholdet.

Etter Lov om barneverntjenester (iverksatt 1993), kan ungdom plasseres i *særtiltak for ungdom med alvorlige atferdsvansker med eget samtykke* (jfr. bvl. § 4-26). Benedictow (1996) intervjuet 27 unge fra Akershus som hadde vært plassert på dette grunnlaget i løpet av ett år, mens de fortsatt var på institusjon eller i private tiltak. Hun fant at bare en tredjedel av ungdommene fylte kravene til plassering etter atferdsbestemmelsene i Lov om barneverntjenester. Nok en tredjedel befant seg i en mellomkategori, og hadde ennå ikke utviklet alvorlige atferdsvansker, men kunne ha gjort det uten tiltak. Den siste tredjedelen var ungdom med omsorgsbehov og/eller skolevansker, uten atferdsbelastninger i noen særlig grad. Benedictow fant også forskjeller mellom disse gruppene utover graden av atferdsavvik, der grad av depresjon, skoleskulk og rømming og kriminalitet varierte. En av hennes konklusjoner er derfor at det skjedde en uhensiktsmessig blanding av de tre kategoriene ungdom, som både ga mistrivsel og "smitteeffekter". Skole- og opplæringstilbudet fungerte derimot bra for de fleste, og klientene oppga jevnt over å ha det bedre i tiltaket enn forventet. Dette gjaldt særlig omsorgskomponentene i tiltaket. På den andre siden ble bruken av ulike tvangstiltak i institusjonen opplevd som overgrep, og ungdommene opplevde seg som stemplet i lokalmiljøene.

## **Behandlingsforsøk innen barne- og ungdomspsykiatrien**

Ved alle behandlingshjem og avdelinger innenfor den barne- og ungdomspsykiatriske helsetjeneste utgjøres hoveddelen av pasientene av barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker. På kasusnivå gjøres derfor en kontinuerlig evaluering av effekten av behandlingene. Imidlertid er det et begrenset antall studier på grupper av pasienter med disse vanskene.

Det er gjort etterundersøkelse av ungdom som var innlagt ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, hvorav mange for alvorlige atferdsforstyrrelser (Kjelsberg et al. 1994). Gjennomsnittstiden ved

etterundersøkelse var 15 år. Funnene peker på en betydelig økt risiko for psykiatrisk sykkelighet, selvmord og ulykker.

I Berglund-prosjektet fra et barnepsykiatrisk behandlingshjem i Tromsø vurderte en både hvorledes det var gått med utskrevne pasienter, og hvorledes nytteverdien av oppholdet ble vurdert av barn og foreldre (Skau 1987). Ved etterundersøkelsen ble ca. 40% vurdert ikke å ha psykososiale problemer, mens 40% hadde fått redusert sine problemer. Omlag 20% hadde fortsatt betydelige problemer. Imidlertid hadde 72% fortsatte tilpasningsvansker på skolen. Ved innleggelse hadde 30% også vist kriminell atferd. I denne gruppen var det tilbakefall til ulovlige handlinger etter utskrivning, men etter hvert en reduksjon av kriminelle handlinger til 12%. Samlet sett ble det vurdert å være positiv effekt av oppholdet på Berglund hos flesteparten av de innlagte barna, men en viss andel viste raskt tilbakefall med økende atferdsvansker.

Ved Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem vurderte en effekter av omorganisering av tilbud for innlagte pasienter, hvorav de fleste hadde alvorlige atferdsforstyrrelser (Kristiansen 1991). Av de forhold som ble vurdert å ha positiv innvirkning på tilbudet var grundigere diagnostiseringsarbeid, målstyrt arbeid, integrering av familiearbeid i institusjonens arbeid med den enkelte og godt teamarbeid. Et utvalg av pasienter fra Larkollen ble etterundersøkt (Lange 1991). Det ble vurdert at borderline-fungerende ungdommer så ut til å profittere bra på oppholdet i institusjon med en bedring av vanskene etter utskrivning.

Ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Sarpsborg prøvde en ut et poliklinisk tilbud som alternativ til institusjonsplassering for ungdom mellom 12 og 16 år med alvorlige psykiatriske problemer (Thune og Knutsen 1993). Både de unge selv og behandlerne var godt fornøyde med tilbudet og vurderte at bedring var vel så stor som det en ville forventet med innleggelse i institusjon. Poliklinikken fikk også «Det nytter»-prisen for sitt arbeid.

Sørheim (1993) gjorde en evalueringsundersøkelse av pasienter ved Stovner barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk. Det ble her sammenliknet vurderinger av ungdommer, foreldre og behandlere. Hos de fleste ble det konkludert at de mål som ble satt for

behandlingen ble innfridd. For en god del har dette dreide seg om atferdsvansker av betydelig omfang.

Ovennevnte prosjekter er ikke dekkende for alle gruppestudier som har vært gjort, men viser noen av vurderingene som har vært gjort av tilbud til barn og ungdom med atferdsvansker.

## **Videre forskningsområder**

De prosjektene som er presentert her, har det til felles at utgangspunktet er *tiltaksevaluering*. Målsettingen har stort sett vært å finne ut hvordan klientenes situasjon har vært ved undersøkelsestidspunktet, og om de har fått en bedre situasjon under og etter oppholdet. Dette gjør evalueringer vanskelige i det øyeblikket bestemte klientgrupper skal være utgangspunktet heller enn bestemte tiltak, fordi klientgruppene varierer langs viktige dimensjoner. Videre kan det sies at de evalueringene som foreligger dekker tiltak for ungdomsgrupper som er langt mer uklart definert enn de som for eksempel kan innpasses i bestemte diagnoser. Evalueringene er også typiske for det Quinton et al. (1997) kaller andre stadium. Stort sett er de gjennomført av praktikere ved ulike institusjoner, eventuelt med forskningsveiledning utenfra, av klienter som har vært ved institusjonen eller i tiltaket i et bestemt tidsrom. Det er bare i svært liten grad brukt sammenlikningsgrupper, og bare i svært liten grad gjort forsøk på å sammenlikne ulike tiltak med hverandre.

Det som kan oppsummeres fra de evalueringene som gjør forsøk på å kategorisere utfallet for klientene, er at det ser ut som om det går rimelig bra med opp til tre fjerdeler og mindre bra med 40% til ca. en fjerdedel. Fra ett perspektiv er dette oppmuntrende resultater, ettersom de prosjektene som her er referert, på ulike måter forsøker å gi tilbud til meget problembelastede grupper. Samtidig er det grunn til å tro at disse resultatene reflekterer at målgruppa for disse tiltakene også har bestått av ungdom med ulike grader av belastninger og problemer. Etter vårt syn er det tvilsomt om resultatene hadde vært like gode hvis målgruppa utelukkende hadde vært ungdom med atferdsforstyrrelse i henhold til psykiatriske diagnosekriterier. Derved er vi også i den situasjon at det på bakgrunn av denne typen evalueringstudier er

vanskelig å vite i hvor stor grad eksisterende tiltak i skolens og barneverntjenestens regi er gode nok for barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker. Det trengs med andre ord andre typer undersøkelser for å kunne fastslå hva som er virksomt.

Videre forskning bør derfor ta utgangspunkt i *en definert klientgruppe snarere enn ett eller flere tiltak*. Dette ville innebære å definere et litt stort utvalg med barn eller ungdom som inkluderes ut fra bestemte, diagnostiske kjennetegn. Sannsynligvis ville det være for snevert å bare inkludere unge med diagnosen atferdsforstyrrelser, men man måtte samtidig snevre inn i forhold til de mangesidige kriteriene som brukes som grunnlag for inntak i de ulike institusjonene som her er beskrevet. Dermed ville man få et utvalg unge fra mange ulike tiltak, inklusive noen som bor hjemme. Et slikt utvalg burde følges opp på to tidspunkter, og også inkludere kunnskap om den enkeltes karriere i hjelpeapparatet. Gjennom bruk av standardiserte mål på fungering kunne man dermed også sammenlikne ulike tiltakstyper for akkurat denne klientgruppen. Innenfor et slikt design er det mulig å foreta sammenlikninger med normalgrupper, og med andre klientgrupper.

## **6. Etiske og rettslige sider ved tiltak rettet mot barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende**

Det er få rettslige skranker for lovgivers frihet til å regulere adgangen til å sette i verk tiltak rettet mot barn og ungdom som er spesielt vanskelige og utagerende. De internasjonale menneskerettigheter forbyr "umenneskelig eller nedverdiggende behandling" (Europa-konvensjonens artikkel 3 1950). Ekspertgruppen legger til grunn at gjeldende lovgivning ligger godt innenfor denne grensen og at det ikke er aktuelt å foreslå eller iverksette tiltak som vil komme i nærheten av å overskride grensen.

Etiske skranker finnes. Men det er vanskelig å beskrive dem presist. Etter ekspertgruppens oppfatning er det heller ikke nødvendig for å kunne forholde seg på en etisk akseptabel måte til aktuelle tiltak. Ekspertgruppen vil derfor nøye seg med å peke på etiske problemstillinger som må vurderes konkret i forhold til hvert enkelt tiltak.

### **Etikk og lovlighet**

I et demokratisk rettssamfunn, som det norske, sier det seg selv at det er uetisk å iverksette tiltak i strid med loven. Det er særlig tre rettslige skranker som det er viktig å overholde:

For det første må inngrep som barnet, ungdommen og/eller familien ikke samtykker i, ikke vedtas eller iverksettes uten lovhjemmel. Dette er særlig viktig hvis det er tale om å utøve tvang, f.eks. innleggelse i institusjon, fratakelse av omsorg eller overføring av foreldreansvar. Men også mindre drastiske inngrep, som f.eks. å nekte vedkommende tilgang til alminnelig tilgjengelig informasjon eller å gjennomføre urin- eller kroppsundersøkelser med sikte på å avdekke bruk eller besittelse av narkotiske stoffer, kan det etter omstendighetene kreves lovhjemmel for.



For det annet må både tilbud og inngrep tilfredsstillende en forsvarlig minimumsstandard. Det er ulovlig å tilby eller påtvinge noen et tilbud som det ut fra en nøktern faglig og menneskelig vurdering ikke er rimelig grunn til å tro vil kunne være til nytte for vedkommende. F.eks. kan det være både straffbart og erstatningsbetingende om en lege tilbyr tjenester som ikke tilfredsstillende grunnleggende faglige krav, slik disse til enhver tid defineres av kompetent medisinsk ekspertise. Det er ikke vanlig å stille opp et slikt krav utenfor det somatisk-medisinske området. Men det er ingen tvil om at et slikt krav gjelder generelt for all offentlig tjenesteyting.

Det er selvsagt ikke mulig å beskrive presist og i generelle vendinger hvor den rettslige grensen for et faglig forsvarlig minimumstilbud ligger. I den velkjente Fusa-dommen (Norsk Rettstidende, side 874, 1990) kom Høyesterett til at tilbud som var «åpenbart utilstrekkelig» til å dekke en voksen, sterkt pleietrengende kvinnes helt livsnødvendige behov for stell og pleie ikke tilfredsstilte lovens minimumskrav. Dette blir noen ganger utlagt slik at et tilbud som ligger så vidt over det absolutte minimum som en person trenger for å overleve tilfredsstillende helse og omsorgslogivningens minimumskrav. (I Fusa dommen: Sosialomsorgsloven og Kommunehelsetjenesteloven). Dette kan ikke være riktig generelt og i hvert fall ikke i forhold til barn og ungdom, som trenger rimelig gode oppvekstvilkår - økonomisk, sosialt og følelsesmessig - for ikke å risikere å falle helt utenfor samfunnet når de blir voksne. Ekspertgruppen mener derfor at barn og ungdom har rettskrav på hjelp av et slikt omfang og en slik kvalitet. Det er derfor uetisk om de får tilbud som ikke holder en slik minimumsstandard.

Unntak gjelder i akutte krisesituasjoner hvor liv og helse er alvorlig truet om intet gjøres umiddelbart. I slike situasjoner har alle, også hjelpeapparatet, rett til å gripe inn i kraft av alminnelige nødrettsprinsipper.

For det tredje må de ansvarlige respektere gjeldende lovgivning om taushetsplikt og anmeldelsesplikt.

Selvsagt kan det tenkes situasjoner der det er etisk forsvarlig ikke å følge loven. Ekspertgruppen mener imidlertid at dette ikke er situasjoner som forekommer ofte. Gjeldende regler om nødrett

(straffelovens § 47) og nødverge (straffelovens § 48), samt ikke lovfestede regler om bl.a. hypotetisk samtykke, innebærer at handlinger som etter en totalvurdering er etisk forsvarlige også er lovlige.

## **Etikk og faglig forsvarlige tilbud**

Hva som er etisk akseptabelt på rent verdimessig grunnlag - uavhengig av hva loven sier, jfr. forrige avsnitt, må vurderes i forhold til forholdene i det samfunn det er aktuelt å gi hjelp. I Norge, som er et svært rikt samfunn der hensynet til å gi barn og ungdom rimelige gode oppvekstvilkår er en del av den "felles kulturelle arv", er det uetisk å tilby barn og ungdom oppvekstvilkår som ikke er rimelig gode.

Hva som er "rimelig gode" oppvekstvilkår kan ikke beskrives presist. Ekspertgruppen nøyter seg her med å slå fast at alle barn og all ungdom skal ha et tilbud som innebærer trygg økonomi, bolig av rimelig standard, skolegang, et fritidstilbud og kontakt med stabile og trygge voksenpersoner. Et tilbud som mangler ett eller flere av disse elementer er - i vårt samfunn - ikke faglig forsvarlig og derfor heller ikke etisk akseptabelt.

For ordens skyld presiseres at faglig forsvarlighet i denne forstand ikke må forveksles med ideelle krav. Et tilbud kan selvsagt være faglig forsvarlig selv om det ligger langt fra det som ideelt kunne tenkes dersom samfunnet kunne stille ubegrensede ressurser til rådighet.

Det er et politisk spørsmål å avgjøre hvor store ressurser som skal brukes innenfor et område - herunder i forhold til gruppen barn og ungdom med store atferdsproblemer. Det er ikke uvanlig å si at politikeres oppgave er å prioritere mellom mange gode formål og at de valg de treffer av den grunn ikke kan kritiseres på etisk grunnlag. Ekspertgruppen er ikke enig i et slikt standpunkt. Barn og ungdom står i en helt spesiell stilling fordi de ikke på samme måte som voksne kan ta ansvaret for egen situasjon og egne utviklingsmuligheter. Det er derfor uetisk av politikerne dersom de ikke bevilger tilstrekkelig - og

på andre måter legger forholdene til rette - for at alle barn og ungdom kan få rimelige gode oppvekstvilkår.

Ekspertgruppen vil imidlertid i denne sammenheng understreke at det ikke er noen rasjonell grunn til ikke å bevilge tilstrekkelig til barn og unge uansett hva man måtte mene om det etisk forsvarlige i å gi et tilbud som ikke tilfredsstillende et faglig forsvarlig minstenivå. Det er nemlig all grunn til å tro at et godt tilbud til alle som trenger det vil være billigere for samfunnet på sikt enn å gi mindre enn det som totalt sett trengs.

Altfor ofte har instanser med ansvar for behandling av barn og unge ikke tilstrekkelige ressurser til å gi et faglig forsvarlig tilbud til alle. Dette kan de forholde seg til på ulike måter. De kan gjøre "så godt det kan" overfor alle som trenger hjelp, med den konsekvens at tilbudet til hver enkelt blir utilfredsstillende. Eller de kan gi et forsvarlig tilbud til noen, og la resten være uten tilbud overhodet. Mellomløsninger - å gi mer til noen enn til andre - finnes også.

Etter ekspertgruppens mening er det uetisk av fagfolk å gi et tilbud om litt til alle hvis det innebærer at det tilbud den enkelte får ligger under en forsvarlig minstestandard. Det er jevngodt med intet tilbud og undergraver faglige og etiske holdninger hos de behandlingsansvarlige. Fagfolk som gir et tilbud som ikke er faglig forsvarlig vil snart komme i den situasjon at de må forsvare sine valg overfor seg selv og omgivelsene. Da vil de befinne seg i en ond sirkel som det er meget vanskelig å komme ut av. Utviklingen av innholdet i behandlingstiltak som har vært satt i verk, men som senere ble avvirket bl.a. fordi de var etisk uakseptable (se neste avsnitt), kan antakelig for en stor del forklares ved en slik enkel, men svært tvingende mekanisme: et samspill mellom for små ressurser og psykologisk behov for forsvar - innad og utad - hos de behandlingsansvarlige.

## **Etikk, nytte og ekstreme behandlingstiltak**

Noen tilbud bør ikke tillates uansett hvor effektive de måtte være, fordi de er uetiske. Det gjelder f.eks. offentliggjøring av navn ("gapestokk"), fysiske avstraffelser og langvarige frihetsberøvelser som overstiger lengden på fengselsstraff som eldre kriminelle kan idømmes.

Siden det ofte kan være vanskelig å måle effekten av tiltak, herunder "ekstreme" tiltak, mener ekspertgruppen at det er viktig å avgjøre hvor grensen for hva samfunnet kan gjøre i "det godes tjeneste" på et verdimeslig grunnlag. Det avgjørende spørsmål blir om et tiltak er i rimelig god overensstemmelse med grunnleggende verdier i vår samfunnsform. Et nøkkelbegrep i denne sammenheng er "respekt for personlig integritet". Samfunnet har rett til å beskytte seg mot kriminell aktivitet, men ikke for enhver pris. Et åpent samfunn med frihet under ansvar forutsetter at samfunnet må underlegge seg selv begrensninger når det gjelder adgangen til å gripe inn overfor dem som misbruker friheten.

Historiske eksempler på bruk av ekstreme behandlingstiltak, som det i dag antakelig er bred enighet om var uakseptable på etisk grunnlag, er arbeidsskolen for unge lovbrytere (avviklet 1965), lobotomi-operasjoner (opphørte i det vesentlige omkring 1960) tvangsarbeid for løsgjengere (avviklet 1970), ungdomsfengslet (avviklet 1975), spesialskolene (avviklet 1975), Reitgjerdet sykehus (nedlagt 1987) og Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (avviklet 1990).

Ekspertgruppen vil i denne sammenheng også fremheve at det finnes personer som man ikke kan hjelpe til å få et bedre funksjonsnivå. Det vil - i et samfunn med vår kultur - være etisk uakseptabelt av den grunn ikke å gi dem et tilbud. Selv om de ikke kan hjelpes til et bedre funksjonsnivå, har samfunnet en etisk forpliktelse til å sørge for at de kan få en akseptabel livskvalitet.

## **Etikk og bruk av tvang overfor barn og unge med atferdsproblemer**

Alle borgere risikerer å bli utsatt for tvang fra statens side i forskjellige former, hvis de bryter lovbestemte spillereglene i

samfunnet. Lovbrytere kan dømmes til fengselsstraff, sivile krav kan tvangsinndrives, leieboere som ikke betaler husleie kan kastes ut med makt, ungdom med store atferdsproblemer kan tvangsplasseres i institusjon osv.

Etter rådende verdioppfatninger i vårt samfunn er det ikke ikke uetisk å anvende tvang i og for seg. Det etiske aspektet ved bruk av tvang må vurderes konkret i den enkelte situasjon. Graden av tvang vil være et vesentlig moment i denne vurderingen.

Etter ekspertgruppens vurdering er bruk av tvang overfor barn og ungdom i form av institusjonsplassering som hovedregel bare etisk forsvarlig dersom minst fem vilkår samtidig er oppfylt:

- Atferdsproblemet må være av alvorlig karakter.
- Tilbud basert på frivillighet må være forsøkt.
- Det frivillige tilbudet som avslås må ha forsvarlig faglig kvalitet.
- Tvangstiltaket må ha forsvarlig faglig kvalitet.
- Det må være grunn til å tro at tvangstiltaket har minst like god effekt som å unnlate å gripe inn.

Unntak gjelder i akutte situasjoner der vedkommende må beskyttes mot seg selv eller der vedkommende utsetter sine omgivelser for påkjenninger eller skader som det er rimelig at de beskyttes mot.

## **Etikk og forholdet til straffeapparatet**

For ungdom over 15 år kan samfunnet gripe inn ved straffetiltak. Det er imidlertid klart at både varetekt og straff i form av fengsel overfor ungdom bare skal brukes subsidiært, dvs. når forsvarlige behandlingstiltak ikke har rimelig god effekt eller ikke har utsikt til rimelig god effekt.

Behandlingsapparatet har en etisk og faglig forpliktelse til i størst mulig grad å forhindre at ungdom kommer i fengsel. Det eksisterer i dag ganske gode muligheter for dette ved at saker kan overføres til konfliktråd eller - hvis det er tale om straffbare forhold og tiltale blir tatt ut - at behandlingsapparatet aktivt tilkjenner at hensynet til

ungdommen tilsier at saken avgjøres ved betinget dom eller ved dom på samfunnstjeneste. Men det forutsetter at behandlingsapparatet har noe å tilby. Derved er vi tilbake til det grunnleggende: uten et godt utbygget behandlingsapparat vil straffeapparatet føle seg tvunget til fengsle ungdommene.

### **Sammenfattende synspunkter**

Muligheten for å ivareta etiske hensyn henger nøye sammen med at det finnes et behandlingsapparat med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Skal man kunne ivareta etiske hensyn på en forsvarlig måte, er det helt nødvendig at det forvaltningsnivå som har hovedansvaret - kommunene - sikres nødvendige ressurser. De må ha nødvendige ressurser selv og de må være sikret at fylkeskommunene, som har ansvaret for bla. å yte spesialisthelsetjenester og drive institusjoner, har tilstrekkelige ressurser.

I dag finnes ikke effektive lovreguleringer som kan sikre at slike rammebetingelser til enhver tid er oppfylt. Kommuner og fylkeskommuner bestemmer i stor grad selv hvordan de vil prioritere sine ressurser (kommunalt selvstyre kombinert med rammebevilgninger) samtidig som de i stor utstrekning mangler rådighet over egne inntekter (Staten bestemmer skattenivået og fordeler rammebevilgninger). Denne overordnede organisering av det offentlige ansvar representerer en permanent fare for at selv det "beste" opplegg for gruppen barn og ungdom med store atferdsavvik, i praksis vil vise seg å være betydelig mindre effektivt enn det ellers kunne vært. I så fall vil avgjørelser som ikke lar seg forsvare på etisk grunnlag med nødvendighet følge med som nissen på lasset.

Etter ekspertgruppens mening må den statlige styringen av kommuners og fylkeskommuners ansvar for barn og ungdom med store atferdsproblemer styrkes. Det finnes neppe noe enkelt "grep" som vil ha den ønskede effekt, men et viktig utgangspunkt er at kommuner og fylkeskommuner bevilger tilstrekkelig med ressurser til at barn og ungdom tilbys rimelig gode oppvekstvilkår. Dette innebærer at det må legges sentrale føringer på de prioriteringer som kommuner og fylkeskommuner foretar. Det ligger utenfor ekspert-

gruppens mandat å diskutere hva kan tenkes å være effektivt for å sikre en prioritering i samsvar med det verdivalg at barn og unge skal sikres forsvarlige oppvekstvilkår. Ekspertgruppen vil imidlertid vise til NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter hvor ulike virkemidler for å sikre prioriteringer i samsvar med verdivalg når det gjelder dekning av folks behov for helsetjenester er diskutert. Problemstillingene er langt på vei de samme når det gjelder å sikre ressurser til gruppen barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende.

## **7. Forebyggende tiltak**

Kapitlene ovenfor har vist at de barn og unge som det her er snakk om, oftest viser tegn på skjevutvikling helt fra de er små. Livsløpsstudiene av denne gruppen forteller oss at mange fortsetter sin anti-sosiale løpebane over i voksen alder, med store omkostninger både for seg selv og samfunnet. Stillet overfor disse harde realiteter, synes det rimelig å overveie om forebyggende tiltak er en bedre vei å gå. Formålet er da tosidig ved både å redusere antallet barn med alvorlige atferdsforstyrrelser og ved å bedre livsløpet til dem som viser tegn til alvorlig skjevutvikling.

Hvis man velger å satse på forebyggende tiltak overfor gruppen barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende, kan man hente kunnskaper og erfaringer fra flere områder, inklusive:

- Generelle studier av målgruppen som helhet.
- Kjennetegn i småbarnsårene.
- Mestringsforskningen.
- Tidligere erfaringer med forebyggende prosjekter.
- Hvor forebyggende tiltak bør settes ut i livet.
- Samfunnsøkonomiske og etiske forutsetninger for forebyggende arbeid.

### **Studier om målgruppen**

Målgruppen er inngående beskrevet i de foregående kapitlene. Studiene har vist at man finner en overvekt av gutter, at barna hyppigst kommer fra de lavere sosialklassene, at foreldrene har lav utdannelse og ofte selv har psykiske problemer og misbruker rusmidler, at familielivet er disharmonisk, at familieøkonomien er svak, at oppdragelsen er inadekvat og barnetilsynet utilstrekkelig og at det omgivende oppvekstmiljøet er belastende.

Dette mangefasetterte bildet viser med all tydelighet at forebyggende tiltak må være omfattende og inngripende hvis man skal gjøre seg håp



om å bedre det utsatte barnets videre utvikling på avgjørende måte. Samarbeide med og støtten til foreldrene må stå sentralt og råd og veiledning må gå sammen med praktisk og økonomisk bistand.

## **Spesielt om småbarnsårene**

Livsløpsstudiene av denne utsatte gruppen har vist at de som debuterer tidlig med sine atferdsavvik, har den alvorligste prognosen. Det er imidlertid først i den senere tid at forskningen har satt søkelyset mot direkte observasjoner av de aller tidligste tegnene, nærmere bestemt før 6 års alder. I en instruktiv oversiktsartikkel gjennomgås dette feltet (Campbell 1995). Forfatteren har her samlet kunnskaper både om prospektive befolkningsundersøkelser og om oppfølgingsstudier av kliniske høyrisikogrupper. Det gir oss et solid grunnlag for å kunne identifisere småbarn som er i faresonen for å utvikle vedvarende alvorlige atferdsforstyrrelser.

Forskerne er samstemte om at risikofaktorene finnes dels som kjennetegn ved barna, dels i oppdragelsesmønstrene, dels som kjennetegn ved foreldrene og dels i familiens livsførsel og ytre kår. De viktigste varselstegnene hos barna summeres opp slik: i forhold til jevnaldrende har risikobarna mindre evne til å utfolde seg samlet og målrettet i fri lek, de er mer impulsive, de går oftere ned av stolen og bort fra det de holder på med, overfor andre barn er de mer aggressive og overfor foreldrene, førskolelærerne og andre voksne er de ekstremt ulydige og har en fiendtlig holdning.

Mange av disse trekkene finnes hos de fleste barn fra tid til annen, og ulydighet kan eksempelvis være tegn på sunn selvhevdelse (normativ noncompliance). For å kunne skille mellom normale og alvorlige atferdsforstyrrelser må man derfor gi akt på følgende fire forhold:

- Barnet viser **flere** avvik, som et gjenkjennbart atferdsmønster.
- Den uønskede atferden **vedvarer** over tid.
- Den uønskede atferden viser seg på **flere områder**, f.eks. hjemme og i barnehagen.
- Atferdsavvikene er relativt **alvorlige**.

Voksne som har daglig samvær med småbarn, kan lett peke ut disse barna; de beskriver dem som “vanskelige å ha med å gjøre” - hele tiden. Det refererer forskerne i Campbells artikkel og det forteller informantene i Storvolls spørreundersøkelse (Storvoll 1997).

Når det gjelder risikofaktorer knyttet til foreldrene, oppdragelsen og familien, får vi høre om de samme negative kjennetegn som i studier av eldre atferdsforstyrrede barn. Allerede mens barna er små, utsettes de for uheldig foreldreadferd og disharmoni i hjemmet. Det særlig interessante ved småbarnsstudiene er det som kan observeres direkte når det gjelder tilknytningsatferd (attachment). Usikker emosjonell tilknytning mellom barnet og moren samvarierer klart med atferds-vansker hos barnet. Campbell fremhever imidlertid at bare hvis forholdene i hjemmet fortsetter å være disharmoniske, er slik usikker tilknytning en risikofaktor for senere atferdsproblemer.

Det har vært liten kunnskap om *genetiske forhold* ved alvorlige atferdsforstyrrelser. Det er tilfredsstillende da å kunne vise til en helt fersk norsk undersøkelse om dette (Gjone 1997a). I en tvillingstudie om atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom konkluderer forskeren med at utagerende adferd synes å være arvelig bestemt i moderat grad mens arveanleggene fremstår som dominerende ved oppmerksomhets-svikt og hyperaktivitet. Det er rimelig å anta at slike arvelige disposisjoner gjør barnet sårbart og mer utsatt for andre risikofaktorer. Forebyggende virksomhet og tidlig behandling blir her særlig viktig for å unngå at barnets utvikling skal løpe i negative sirkler (Gjone 1997b).

## **Mestringsforskningen**

Tilknytningsbegrepet står sentralt i det teoretiske grunnlaget for praktisk forebyggende virksomhet. Det leder oss naturlig over til kunnskaper som kan hentes fra forskning om mestring. Den engelske barnepsykologen Peter Fonagy holdt en bemerkelsesverdig forelesning om resilience (motstandsdyktighet) i 1992 hvor han drøftet begreper som *internal working models* og *reflective self capacity*. Hypotesen er at barnet fra første stund utvikler “indre arbeidsmodeller” for samspill med andre og at det er disse modellene som

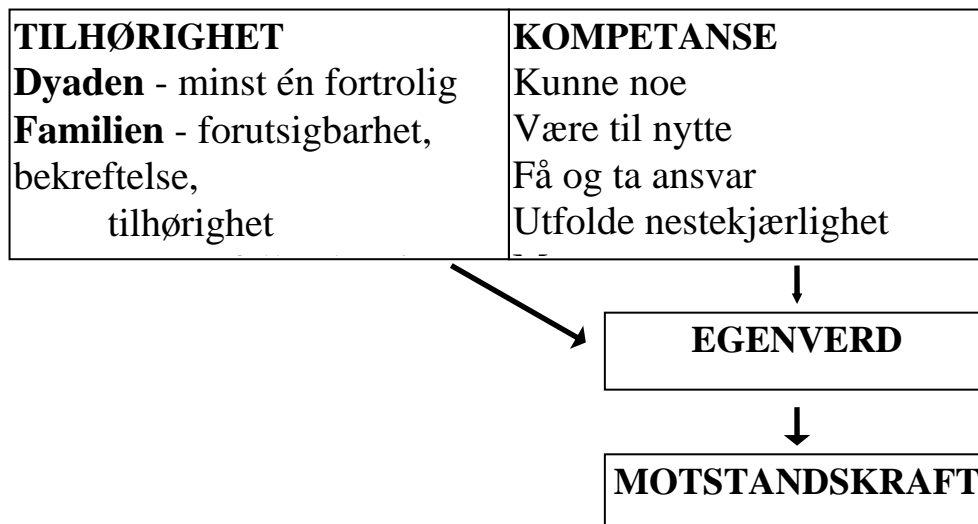
farger de forventninger barnet senere møter andre mennesker med. Disse hypotesene ble testet i en forløpsstudie av 100 familier; den viste at trygg tilknytning i 1-2 års alderen forutsa mange av de positive trekkene som kjennetegner motstandsdyktige barn (Fonagy et al. 1994).

Dette funnet er sammenfallende med det man er kommet frem til gjennom omfattende forskning om resilience (motstandsdyktighet) hos barn. Fra å være samarbeidende risikoforskere tok Michael Rutter i London (barnepsykiater) og Norman Garmezy i Minnesota (psykolog) ledelsen som mestringsforskere for et tiår siden og fikk snart følge med mange andre (Haggerty 1994). En forløpsstudie om mestring av sjelden kvalitet er utført på Stillehavsøya Kauai; den tjener som basisreferanse for alle andre mestringsforskere (Werner og Smith 1992). De to psykologene som står bak undersøkelsen, har fulgt opp 698 individer fra de ble født. Forskerne var særlig interessert i mulige mestringsfaktorer i livsløpet for 210 av disse barna, som ut fra sine sosialt sett belastende oppvekstkår kunne defineres som risikobarn. Ved oppfølgingen hadde 72 av dem greid seg godt i livet på tross av all motgang. ”Resilience in the face of adversity”, kaller Michael Rutter det; “løvetannbarn”, sier vi.

Disse barna var godlynte og vitale og hadde positive forventninger til omgivelsene. De kom fra familier med strekt samhold, felles verdier og klare regler og disiplin. Barna hadde tidlig utviklet en nær tilknytning til minst én viktig omsorgsperson.

Resilienceforskningen er nylig oppsummert i en bok om mestring, hvor de viktigste funnene er samlet i en skisse om Mestringsens vilkår (fig.7). Ledetråden i skissen er at god *tilhørighet* og *kompetanse* fører til opplevelse av *egenverd*, som i sin tur skaper *motstandskraft* (Gjærum et al. 1998). Denne måten å tenke på kan være veivisende når man skal forsøke å utvikle mestringsadferd hos barn som er i faresonen. Når mestringsens vilkår ikke er naturlig til stede, kan modellen gi tanker om hvordan man best kan gå inn og styrke sterke sider og supplere det utilstrekkelige.

### **Figur 7: Mestringsens vilkår**



Kunnskaper om hva som fremmer mestring kan vi også finne i en artikkel om barn som vokser opp i disharmoniske hjem (Jenkins og Smith 1990). Data er hentet fra et underutvalg på 450 barn i en befolkningsstudie på over 7000 7 år gamle barn fra tre bydeler i London. Effektive beskyttelsesfaktorer viste seg å være godt forhold til mor eller far (uavhengig av foreldrenes innbyrdes disharmoni), godt forhold til søsken, nært forhold til en utenom familien, anerkjennelse for ferdigheter og det å ha en bestevenn. Dette samsvarer med funnene fra Kauaistudien. Det ser ut til at de basale beskyttelsesfaktorene er de samme på tvers av kulturelle ulikheter.

En internasjonal multisenterstudie om resilience har som et av sine siktemål å finne ut hvorledes man fremmer barns motstandskraft i ulike kulturer (Grotberg 1995). I prosjektet ble resilience definert slik: “Resilience is a universal capacity wich allows a person, group or community to prevent, minimize or overcome the damaging effects of adversity.” De 30 deltagerlandene representerer tilsammen alle verdensdeler unntatt Australia og i 1994 var det innkommet rapporter fra 14 av dem. Rapportene viste at hvert land har sine kulturelt betingede kollektive normer for problemløsende adferd, men det var felles at disse var relatert til barnets alder. En av forskerene har derfor forsøkt å lage en allmenn metodebok om hvordan man i praksis kan fremme motstandskraft hos barn (Grotberg 1995). Forfatteren opererer med tre kilder for mestring: *hva du har* - *hvem du er* - *hva du kan* - (I have, I am, I can). Hun viser hvordan dette kommer til uttrykk på ulike alderstrinn: fra 0-3 år, fra 4-7 år og fra 8-11 år og gir detaljerte eksempler på hvordan voksne kan opptre for å styrke motstandskraften

hos barnet. Metodeboken gir tanker om hvordan man kan lage tilsvarende veiledningshefte tilpasset norske forhold.

### **Tidligere erfaringer fra forebyggende prosjekter**

For et tiår siden ble det utarbeidet en oversikt over de viktigste forebyggende prosjektene som inntil da var satt ut i livet (Sommerschild og Grøholt 1997). Disse tiltakene, de fleste av dem prøvet ut i USA, dreide seg om spesielle programmer i førskolene og var rettet mot barn fra underprivilegerte grupper. Ved oppfølgingen kunne man registrere positive langtidseffekter på flere områder. Sammenliknet med kontrollgrupper viste prosjektbarna bedre skoleprestasjoner, bedre arbeidstilpasning, lavere kriminalitet, mindre tildeling av sosialhjelp og færre tenåringsgraviditeter.

På ekspertkonferansen høsten 1997 viste Lee Robins til noen av de samme prosjektene som eksempler på forebyggende tiltak med en viss suksess, men hun refererte også noen intervensjonsprosjekter som hadde ført til negative effekter. Hun konkluderte med at siden forsøk på behandling av barn og unge med manifeste, alvorlige atferdsforstyrrelser ikke har ført frem, må man velge å satse intensivt på forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt i barnets utvikling. Målet må være, sier hun, å gi barna alt det de mangler i sitt hjemmemiljø. Hun anbefaler å satse på barnehager og peker på at godt utdannet og godt lønnet personale er det som best sikrer et stabilt miljø.

Det foreligger nå også fra norsk side en gjennomgang av noen av de forebyggende prosjekter som er kommet til i den senere tid (Nøvik 1998). Det dreier seg om forløpsstudier som kombineres med eksperimentelle intervensjoner. Fortsatt er det USA som leder an med disse forsøkene. Av særlig interesse i denne sammenheng er opplegg som tar sikte på å trene barna i mestring av aggresjon og fredelig konfliktløsning (McCord et al. 1994, Hawkins et al. 1991). Disse studiene kan være et godt utgangspunkt for liknende forsøk her i landet, men opplegget er krevende og neppe noe man skal satse på i første omgang.

I Canada har man også gått systematisk til verks. Gjennom en omfattende folkehelsestudie av barn (The Ontario Child Health study) fant man at bare 1 av 6 barn med psykiatriske lidelser hadde mottatt psykiatrisk helsetjeneste, og tilbud om hjelp nådde dårligst frem til dem som trengte det mest fordi disse familienes mestring var svak på så mange områder. Ut fra disse erfaringene ble det satt i gang et storstilet forsøk med 12 ukers trening (PT) i store grupper (27 deltagere) av foreldre til utagerende førskolebarn. Sammenliknet med tradisjonell foreldreveiledning viste den nye metoden bedre resultater både med hensyn til barnas adferd og ved å være 6 ganger så kostnadseffektiv (Cunningham et al. 1995). Dette opplegget kunne egne seg for utprøving i storbyene våre. Det kan anbefales som ett av de prosjektene man kan innlemme i en systematisk satsing på forebyggende tiltak.

Når det gjelder gruppen alvorlig atferdsforstyrrede førskolebarn, vil den behandlingen som ytes, samtidig ha forebyggende aspekter. Dette har forskeren Carolyn Webster-Stratton tatt konsekvensene av. Hun understreker hvor viktig det er å komme tidlig til med tiltak for å hindre den kriminelle løpebanen hos risikobarna. Hun har sammenliknet ulike tiltaksmetoder hvor vekten har vært lagt dels på foreldreveiledning, dels på treningsopplegg for barna og dels på kombinasjoner av dette. Ved oppfølgingsvurderingene syntes kombinasjonsmetoden å gi de beste resultatene. (Se også omtalen av dette under kapitlet om lovende behandlingsmetoder). En av fordelene ved Webster-Strattons metode ligger i det materialet som er utarbeidet for treningsoppleggene (videosekvenser mm.) og som behandlerne kan lære seg å bruke (Webster-Stratton 1994, Webster-Stratton og Hamond 1997). Man arbeider nå etter Webster-Strattons metode ved Maudsley barnepsykiatriske avdeling i London, og mye kan være vunnet på å samarbeide med denne institusjonen om systematisk utprøving av metoden. Ekspertgruppen anbefaler denne metoden som én av de første som bør prøves her i landet.

Et norsk forsøk på forebyggende tiltak som har vekket internasjonal interesse, er et intervensjonsprogram mot mobbing i skolen (Olweus 1994). Programmet bygger på noen nøkkelprinsipper: de voksne skal opptre som autoriteter, men samtidig skape et skolemiljø preget av varme, interesse og engasjement. Det settes faste grenser mot uakseptabel atferd, og aggressiv oppførsel og regelbrudd skal straks

møtes med klare ikke-fiendtlige sanksjoner. Programmet er nå prøvet ut på 42 barne- og ungdomsskoler i Bergen med tilsammen 2500 elever. Evalueringen av forsøkene viste at mobbingen ble redusert til det halve eller mer. Samtidig så man at forekomsten av antisosial adferd generelt sett, med vandalisme, tyveri, beruselse og skulking, avtok påtagelig. Dette programmet er spesielt også fordi det er et eksempel på miljørettet intervensjon. Det synes å ha store potensialer for allment forebyggende effekter, og ekspertgruppen tilrår at det vies stor oppmerksomhet.

## **Hvor forebyggende tiltak kan settes ut i livet**

I 70-årene ble det drevet forsøk med forebyggende tiltak på noen norske helsestasjoner (Bogen et al. 1972, Bogen og Sommerschild Sundby 1976, Hauge et al. 1982). Erfaringene fra disse prosjektene viste at det ikke var vanskelig å identifisere barn som var i fare for å utvikle alvorlige atferdsforstyrrelser; problemet lå i manglende resurser for adekvate tiltak, både økonomisk og når det gjaldt fagfolk.

På 90-tallet grodde det frem en fornyet interesse for forsøk med systematiske intervensjoner på helsestasjonene. Blant de mest løfterike er prosjektet “Barn - Helse - Miljø” i Møre og Romsdal (Heian 1997). Det bygger på samarbeid mellom alle instanser som har med barn å gjøre i de tre kommunene som deltok i prosjektet. Et av de overordnede målene er å vekke foreldrenes lyst og interesse for det følelsesmessige samspillet med barnet. Tanken er at dette kan fremme utviklingen av en av mestringens viktigste rammevilkår: det å ha “en nær fortrolig”. Innlevelse i samspillet kunst formidles ved bruk av ulike hjelpemidler som gruppesamtaler, videosekvenser og veiledningshefter. Foreløpige resultater av dette opplegget tilsier en videre utprøving av det, med evaluering både av tilgjengelighet og effekter.

Barnehagene (førskolene) har lenge vært det beste - ofte eneste - tilbud til risikoutsatte småbarn. Som vi har referert, har systematiske vurderinger vist at det på sikt har gagnet disse barna å gå der. For tiden er personalet i norske barnehager opptatt av å utvikle arbeidsmetoder som fremmer prososial adferd hos barna; forsøk er i gang

flere steder. Dette synes å være et viktig satsningsområde for et systematisk forebyggende miljørettet program, etter mønster av Olweus' program på skolene.

Betydningen av barnehagen som en del av barns oppvekstmiljø, er et vedvarende tema i den offentlige debatt. I den sammenheng er en fersk artikkel om effekten av å gå i barnehage av stor interesse (Hausfather 1997). Forfatteren gir en sammenfattende vurdering av barnehager og viser at der hvor kvaliteten er god, er det gunstig for barna å begynne tidlig. Det er med andre ord ikke barnets alder, men tilbudets kvalitet som avgjør utfallet. Dette er viktig kunnskap når det gjelder tiltak for vår målgruppe, hvor det ofte er aktuelt med plassering av barnet i barnehage allerede i 0-3 års alder. Men da må man ikke overse at et av vilkårene for et godt resultat er god kvalitet på barnehagene.

Vi har allerede vist hvordan skolene kan være en velegnet arena for å gjennomføre miljørettet forebyggende virksomhet. Det er viktig å merke seg at i Olweus' modell inngår omfattende holdningsskapende arbeid blant lærerne og innføring av gode rutiner for kommunikasjon mellom foreldre, lærere og elever. Arbeidsinnsatsen er stor, men har gitt positive resultater.

Barne- og familiedepartementet tok for noen år siden initiativ til en landsomfattende virksomhet: "Familieveiledningsprosjektet". Til dette formålet ble det satt i gang en produksjon av faglig informasjonsmateriale med kursopplegg, videoer og temahefter. Formidlingen av kunnskapene ble lagt til de instansene i kommunene som har med barn å gjøre, med oppfordring om bredest mulig tverrfaglig samarbeid. De prosjektansvarlige ønsket å bygge på allerede eksisterende virksomheter og kunnskaper i lokalmiljøene; prosjektet fra Møre og Romsdal som vi omtalte ovenfor, ble eksempelvis trukket inn. Familieveiledningsprosjektet er i prinsippet helsefremmende, med alle barn som målgruppe, og det ligger vel til rette for å bruke dette systemet også for risikogrupper. Fokuseringen i dette opplegget på å utvikle en grunnleggende tilknytning mellom foreldre og barn påvirker nok allerede positivt noen av risikofamiliene; det har vist seg at også de slutter opp om tilbudene.



En av publikasjonene fra programmet er særlig viktig med tanke på tiltak for utagerende barn. “Det viktigste i barneoppdragelsen” er tittelen på boken og forfatteren har valgt begrepene empati og aggresjon som inngangsporter til stoffet. Boken gir nødvendig og nyttig kunnskap til dem som møter de utagerende barna i hverdagen (Raundalen 1997).

Marte Meo -metoden, foreldreveiledning med bruk av hjemmebesøk og video, har spredt seg som en løpeild; mange hjelpere har gått på opplæringskurs. Arbeidsmåten blir godt likt både av hjelperne og familiene. Noen har forsøkt metoden også overfor familier med store avvik både hos barna og foreldrene. Marte Meo -metoden er hittil ikke vurdert vitenskapelig med hensyn til teoretisk grunnlag, metode, utførelse eller resultater, men det er utført et pilotforsøk på 40 familier med sikte på anvendelighet (Arnesen et al. 1995). Marte Meo bør vurderes systematisk, både generelt og spesielt med tanke på anvendelse overfor høyrisikofamilier. Det er nærliggende å tenke seg at de som er opptrent i bruk av Marte Meo har et godt utgangspunkt for å tilegne seg én av de nyere veiledningsmetodene, eksempelvis Webster-Strattons metode.

## **Samfunnsøkonomiske og etiske spørsmål**

Før omfattende og kostbare forebyggende prosjekter settes ut i livet, må man gjennomtenke nøye flest mulige sider av en slik virksomhet. Med utgangspunkt i den før omtalte Ontario Child Health Study har forskerne forsøkt å analysere seg frem til hvilke grupper av barn som forebyggende tiltak bør rettes mot, hvis man vil ha mest mulig ut av tid og penger. (Boyle og Offord 1990). Her er kunnskaper å hente for dem som skal planlegge forebyggende virksomhet i vårt samfunn.

En liknende teoretisk tilnærming finner vi i en annen kanadisk studie om indikasjonene for tidlig intervensjon i barnepsykatrien (Beitchman et al. 1992). Forfatterne vurderer det de kaller “the aggregate burden of suffering” ved ulike diagnosegrupper (utviklingsforstyrrelser, internaliserende lidelser og eksternaliserende forstyrrelser) og tenker da på mentale og økonomiske omkostninger for såvel det enkelte barn som for familien og samfunnet. De frem-

hever gruppen eksternaliserende forstyrrelser - som svarer til vår målgruppe - som den som representerer den største “totale lidelsesbyrde” og som derfor tidlig forebyggende tiltak særlig bør rettes mot.

Samfunnsøkonomiske sider ved intervensjoner blir vurdert på en overbevisende måte av økonomen Martin Knapp, som tydeligvis har samarbeidet med barnepsykiatere om dette utfordrende spørsmålet (Knapp 1997). Han diskuterer inngående og med fine avveininger de viktige spørsmålene om *hva* slags intervensjon, *når* intervenere, *hvor* foreta intervensjonene, til *hvem* gi intervensjoner og *hvordan* få satt intervensjonene ut i livet, når man ønsker å bruke knappe resurser på den mest effektive måten.

Spørsmålet om å rette de forebyggende intervensjonene først og fremst mot risikogrupper reiser etiske problemstillinger. I lokalmiljøene kan slike tiltak i seg selv virke stigmatiserende for mottagerne. Prinsippet om å bruke ressursene på “de som trenger det mest” ut fra en cost-benefit tankegang, må derfor veies mot andre viktige hensyn. Fra tidligere prosjekter har vi erfaringer for at der hvor det er kommet i gang en frodig virksomhet av helsefremmende intervensjoner rettet til hele småbarnsbefolkningen (konsultasjoner, samtalegrupper, kurs mm.), er det lettere også å flette inn spesifikke tiltak overfor risikofamiliene. Det er blitt “in” nå blant vanlige småbarnsforeldre å gå i samtalegrupper og bruke video. I en slik sammenheng kan det etisk sett bli akseptabelt å presentere tilbud til risikofamiliene av den art vi her har redegjort for.

## 8. Nyere behandlingsmetoder ved alvorlige atferdsvansker

Som referert i tidligere kapiteler viser empirisk studier at alvorlige atferdsvansker hos barn og ungdom må vurderes i lys av individuelle trekk, familiære forhold og andre bakgrunnsfaktorer. Det dreier seg sjelden om en enkel årsakssammenheng, men snarere om et samvirke mellom ulike faktorer over tid. Denne kompleksiteten avspeiles når en skal planlegge og gjennomføre behandlingsprogrammer.

Kazdin (1997) har satt opp følgende kriterier for å identifisere lovende metoder for behandling:

- **Begrepssetting.** Teori som viser til mekanismer, eksempelvis intrapsykiske eller intrafamiliære og til kliniske dysfunksjoner.
- **Empiriske forskningsresultater.** Funn som viser at aktuelle mekanismer lar seg undersøke.
- **Positive behandlingsresultater.** Funn som viser at behandlingen gir tilsiktede, kliniske forandringer av atferden.
- **Sammenheng mellom prosess og resultat.** Funn fra oppfølgingsundersøkelser som viser en sammenheng mellom selve forandingsprosessene og de forandringer som har skjedd.

Ingen enkelt behandling oppfyller, så langt, alle disse kriteriene. Flere metoder utprøvd den senere tid viser imidlertid lovende resultater, samtidig som de har tilknytning til teori utviklet fra empiriske studier på feltet.

Alder og alvorlighetsgrad er to sentrale faktorer i vurderingen av behandlingsresultatene. De fleste gruppestudier er gjennomført hos pasienter med midlere alvorlighetsgrad. Hvorvidt de samme prinsipper kan anvendes på dem som har de alvorligste problemene, er et åpent spørsmål. Imidlertid må en generelt regne med at de samme behandlingsprinsipper vil være fornuftige, men at omfang og varighet må økes ved de alvorligste tilstandene, og at flere tiltak må gjennomføres parallelt.

## Individuell ferdighetstrening ved kognitive teknikker

Det teoretiske grunnlag er hentet fra studier av kognitive prosesser hos barn og ungdom med atferdsproblemer. Ett viktig forhold ser ut til å være hvorledes den unge oppfatter og tolker hendelser rundt seg. Blant atferdsforstyrrede er det en tendens til å tilskrive andre personer intensjoner og følelser som sinne og forakt, med liten rot i virkeligheten. Slike mekanismer ligger sannsynligvis bak når den unge reagerer med aggressivitet og annen normbrytende atferd (Kazdin 1997).

Med bakgrunn i slike kognitive dysfunksjoner har det vært utviklet ulike treningsprogrammer for å utvikle ferdigheter i problemløsning. På engelsk benevnes dette «Problem-Solving Skills Training», forkortet PSST. I praksis inneholder disse programmene følgende elementer (Kazdin 1997):

1. Arbeid med hvorledes den unge nærmer seg sosiale situasjoner, og med hva slags idéer som er styrende. Det gis opplæring i å bruke en trinnvis tilnærming til andre der barnet konsentrerer seg om ulike sider av problemer.
2. Prososial atferd styrkes gjennom modell-læring eller direkte forsterkning av ønsket atferd.
3. I behandlingen brukes først strukturerte oppgaver som spill og skoleaktiviteter. Etter hvert utvides aktivitetene til mer komplekse sosiale situasjoner.
4. Terapeutene spiller en aktiv rolle med bruk av ros, idéer til handlinger der-og-da og gjennomgang av de planlagte handlingssekvensene sammen med den unge.
5. I videreutviklingen av ferdighetene lærer den unge å bruke rollespill, belønning av ønsket atferd og lettere straff (=inndragelse av privilegier) ved uønsket atferd for å få et bredt repertoar å bruke.

Det er gjennomført flere studier av PSST overfor impulsive, aggressive og atferdsforstyrrede barn og ungdommer. Ved avslutningen av treningsprogrammet er det påvist betydelig reduksjon av aggressiv og antisosial atferd (Kazdin 1997), og disse bedringene er til stede også ved etterundersøkelse ett år etter. Denne type ferdighetstrening har vært virksom både overfor polikliniske og innlagte pasienter. Det finnes mange amerikanske manualer for denne type

behandling, og video-opptak benyttes av noen for å øke behandlings-effekten (Kazdin 1997). Særlig interessant er det at PSST også har vist seg virksom hos alvorlig atferdsforstyrrede eldre ungdommer (Guerra & Slaby 1990). I Norge har en del av de samme teknikkene vært brukt i individuelle behandlingsprogrammer for barn med hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser, men det mangler systematiske gruppestudier.

Det er mangelfull viten om hvilke barn som egner seg spesielt godt for denne behandlingsmetoden. Eldre barn og ungdommer ser ut til å profittere bedre enn yngre barn i kraft av økt kognitive kapasitet. Der hvor det er samtidige psykiatriske lidelser, lærevansker eller alvorlige familieproblemer ser effekten ut til å være mindre (Kazdin 1997).

Samlet sett vurderes PSST å være en lovende behandlingsmetode. Den fordrer imidlertid en tydelige motivasjon hos pasienten og en viss kognitiv modenhet. Der hvor det oppstår positive endringer, ser effektene også ut til å holde seg over tid. Metodene er operasjonaliserbare, og det finnes manualer. Resultatene tilsier at denne behandlingsformen bør prøves ut systematisk i Norge.

### **Oppøving av foreldre til bedre håndtering av barnets atferd**

Behandlingen går ut på å oppøve foreldrene til å bruke bedre strategier i håndteringen av barnet i hverdagen. På engelsk kalles dette «Parent Management Training», forkortet PMT. Ved en bedre håndtering reduseres risikoen for at atferdsproblemer oppstår. Samtidig oppøves foreldrene i teknikker for å kunne håndtere sinneutbrudd og andre atferdsvansker hos barnet bedre (Kazdin 1997).

Teoretisk sett bygger disse metodene på familiestudier, blant annet av Patterson (1982). Studiene har vist at atferdsproblemer hjemme i stor grad utvikles og opprettholdes av dysfunksjonelt interaksjonsmønster mellom foreldre og barn. Disse mønstre innbefatter hyppig og ineffektiv bruk av straff, forsterkning av uønsket atferd og fastlåste mønstre i foreldre-barn relasjonen (Patterson et al. 1992).

Hensikten med PMT er å forandre interaksjonsmønstrene mellom foreldre og barn slik at prososial atferd forsterkes og støttes og fastlåste mønstre brytes. En tar utgangspunkt i foreldrenes væremåte og arbeider primært med å lære dem nye håndteringsstrategier.

Arbeidet består blant annet av:

- Terapeuten lærer foreldrene spesifikke fremgangsmåter i deres interaksjon med barnet.
- Foreldre prøver ut de nye teknikkene hjemme.
- Foreldre opplæres i nye måter for å identifisere, observere og definere problematferd.
- I behandlingssesjonene tar man opp sosiale læringsprinsipper, deriblant positiv forsterkning, forhandlingsteknikk, konsekvent handlingsmønster og bruk av milde straffemetoder (f.eks. ta bort privilegier) ved uønsket atferd.
- Systematisk utprøving av metoder med hyppig tilbakemelding til terapeut før nye forsøk.
- Etter hvert arbeider en også med de vanskeligste atferdsproblemene, inkludert atferdsvansker på skolen.

PMT er en metode hvor det også er utført flere kontrollerte behandlingsstudier av foreldre med barn i ulike aldre og med varierende alvorlighetsgrad av problemer (Kazdin 1997). Studiene viser at intervensjonen gir en betydelig reduksjon av atferdsproblemer både hjemme og på skolen. Hos noen oppnås det faktisk en normalisering av atferden. Forbedringen har holdt seg når barna er blitt undersøkt 1-3 år etter avsluttet behandling. Denne behandlingen ser også ut til å ha gunstige effekter på søsken av atferdsforstyrrede barn. En kan derfor anta at en på denne måten får endret hele familiens dysfunksjonelle atferdsmønstre.

Med tanke på indikasjon for og gjennomføring av PMT kan følgende momenter være nyttige:

- Behandlingsprogrammene bør strekke seg over mer enn 10 timer, helst opp mot 50 timer uten noen spesifikk tidsbegrensning.
- Spesifikk trening på visse områder, f.eks. grundig innføring i sosial læringsteori, ser ut til å øke effekten.
- Erfaring og personlig egnethet hos terapeut gir bedre resultater.
- Familier med mange psykososiale risikofaktorer, f.eks. økonomiske problemer eller psykopatologi hos foreldre, drar mindre nytte av

denne behandlingen enn familier uten slike problemer. Imidlertid er ikke tilstedeværelse av betydelige risikofaktorer i familien en kontraindikasjon til slik behandling.

- Det er mulig at metoden er mer effektiv for barn enn for ungdommer.

PMT er interessant også ut fra et generelt mentalhygienisk perspektiv. Den har vært prøvet ut generelt i vanlige foreldregrupper. Den positive innvirkning på barnas atferd var større enn det en har funnet i grupper av foreldre til barn med atferdsforstyrrelser (Cunningham et al. 1995).

Oppøving av foreldre til bedre håndtering av barns atferd fremter som én av de mest lovende behandlingsmetoder for barn med atferdsproblemer og deres familier. Metodene er såpass godt utprøvet at det finnes manualer og retningslinjer for det terapeutiske arbeidet. Det er påvist positive langtidseffekter av behandlingen, samt gunstig effekt på søskens atferd. Metoden ser også ut til å kunne anvendes i forebyggende arbeid. Det har i Norge vært arbeidet en del med metoder som likner PMT, f.eks. bruk av Marte Meo. PMT har imidlertid ikke vært brukt systematisk i gruppestudier av barn med alvorlige atferdsforstyrrelser. De lovende resultatene fra andre land tilsier at dette bør prøves ut.

Metoden krever en betydelig innsats fra foreldre. Ikke alle vil kunne klare dette. Dessuten er det noen familier som ikke responderer på denne type behandling. Om det har sammenheng med problemenes alvorlighetsgrad, alder på barnet, foreldrekarakteristika eller andre faktorer er ennå ikke avklart. Mange av de lovende metodene i forebyggende arbeid har store likhetstrekk med PMT utviklet av Patterson og andre.

### **Oppøving av foreldre til bedre håndtering av barnets atferd sammen med individuell ferdighetstrening av barnet**

Kazdin (1995) gjennomførte en studie der det ble gitt individuell ferdighetstrening av barnet alene eller kombinert med opptrening av foreldrene. Ved kombinert behandling var det en betydelig bedring

hos 43%, mens 26% hos de barn som bare hadde fått individuell opp trening viste samme bedring.

Webster-Stratton (1994) har arbeidet systematisk med programmer for oppøving av foreldre til bedre håndtering av atferd hos sine førskolebarn. Resultatene er spesielt lovende for familier med mindre barn, det vil si 4-8 år. I lys av resultater som viste en del begrensninger i resultatene ved bruk av PMT eller PSST, ønsket en å prøve ut en kombinasjon av samtidig trening av foreldre og barn (Webster-Stratton og Hammond 1997). Oppøving av foreldre hadde en signifikant positiv effekt på atferd og foreldre-barn interaksjon, mens det individuelle treningsprogrammet til barn mellom 4 og 8 år hadde gunstig effekt på interaksjonen mellom barnet og jevnaldrende. Kombinasjonsbehandling av både foreldre og barn så ut til å gi best effekt, også når barna ble vurdert ett år etter avsluttet behandling.

Funnene illustrerer at ulike behandlingsmetoder sannsynligvis har effekter på litt forskjellige områder, og at det er grunnlag for å kombinere flere metoder.

## **Multisystemisk terapi**

Multisystemisk behandling, på engelsk forkortet MST, er en familiebasert behandlingsmetode (Henggeler et al. 1992). Utgangspunktet er et barn eller en ungdom med alvorlig atferdsforstyrrelse, vanligvis med kriminalitet. En vurderer barnets familieforhold og andre relevante forhold i familiens hverdag, f.eks. jevnaldrende, skole, storfamilie, naboer, sosialkontor, m.m.. Basert på empiriske studier om risikofaktorer og forebyggende faktorer velges områder for det praktiske arbeidet med familien. Det legges avgjørende vekt på en god allianse med én av foreldrene og barnet.

I praksis arbeider 1 til 2 terapeuter med hver familie. Disse arbeider svært intenst med daglige kontakter over 3-4 måneder, av og til lenger. Arbeidet er kjennetegnet ved (Henggeler 1996):

- Intervensjonene er tilpasset og omfatter behandlingsmetoder som strategisk familieterapi, strukturell familieterapi og kognitiv



atferdsterapi, eventuelt i kombinasjon med psykofarmakologisk og annen relevant behandling.

- Det primære mål er å fremme barnets atferd i sine naturlige omgivelser.
- Sentralt i dette arbeidet er å styrke foreldrene til å møte og løse problemer i hverdagen.
- Det arbeides med å finne frem til definerte problemområder og mål for forandringer.
- Familiebehandlingen i MST vil forsøke å gi foreldrene tilstrekkelige ressurser, praktisk og mentalt, for å utvikle bedre struktur og samhold i familien.
- Det arbeides også med å oppøve foreldrene til bedre å kunne følge med i og støtte barnets skoleprestasjoner, samt atferd på skolen.
- Mye vekt legges på positiv aktivisering av barnet utenfor skoletiden ved hjelp til ulike fritidsaktiviteter.

MST har særlig vært prøvet i forhold til unge kriminelle og deres familier; det vil si unge med alvorlige antisosial og aggressiv atferd. Resultatene har vist en signifikant bedring av atferdsproblemer og følelsesmessige problemer sammen med en bedret funksjon i familien (Henggeler 1996). Behandlingsmetoden har vist seg å være signifikant bedre en annen «ordinær» behandling. Den har også vært sammenliknet med innleggelse i institusjon og har vist seg å kunne være et bedre alternativ (Henggeler og Rowland 1997).

Noe av det mest interessante med MST er den effekt som er påvist også hos unge med svært alvorlige atferdsforstyrrelser. Det er godt samsvar mellom metodens prinsipper og empiriske data om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Ved å gjøre bruk av behandling på flere områder, og innenfor flere systemer, ser det ut til at MST både kan virke gunstig på eksisterende atferdsproblemer og virke forebyggende gjennom bedret familiefunksjon. Det er nå utviklet manualer for denne behandlingsmetoden. Én utfordring ligger i å kunne tilpasse metoden for den enkelte pasient. Det er også mulig at andre sentre som anvender metoden vil finne noe mindre bedring enn det Henggeler og medarbeidere har funnet fordi «primæreffekten» ikke lenger er så uttalt. Metoden er svært krevende for de behandlere som arbeider med de aktuelle familiene. Rekruttering av egnede terapeuter er derfor en stor utfordring med MST.

Deler av de prinsippene som finnes i MST, er i bruk i behandling av barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer i Norge. Det som kjennetegner MST er imidlertid intensitet, omfang og nær tilknytning til empiriske forskningsresultater om alvorlige atferdsforstyrrelser. Dette tilsier derfor at hele metoden bør prøves ut systematisk også her i landet.

## **Institusjonsbehandling**

Barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser utgjør den største gruppen av dem som til enhver tid er innlagt i institusjon innenfor barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. De beslaglegger også mange plasser innenfor rusmiddelomsorgen og kriminalomsorgen. Storvoll's kartlegging (1997) sier noe om hvor mange barn og unge dette gjelder i ulike instanser. I følge aktivitetsrapporteringen fra fylkesmennene til Barne- og familiedepartementet var det rundt 300 personer som til enhver tid var plassert etter §§ 4-24 og 4-26 (såkalt tvangsplassering) fra 1995 til og med første kvartal 1997. Barnevernstatistikken viste at 555 av de 4.438 personene som fikk tiltak på grunnlag av barnets atferd i løpet av 1995 ble plassert i barnevernsinstitusjon. Det samme gjaldt 53 av de 318 som fikk tiltak på grunnlag av barnets rusmisbruk. I tillegg var 49 av de som fikk tiltak på grunn av rusproblemer på rusmiddelinstitusjon og 39 på bokollektiv. (Disse tallene er basert på de ti hyppigst brukte tiltakene.) Nasjonalt dokumentasjonssystem inne rusmiddelomsorgen viste at 67 % av de 113 ungdommene de hadde registrert fikk døgnbehandling. I tillegg sier data fra SAMDATA PSYKIATRI noe om hvor mange som fikk døgnbehandling i barne- og ungdomspsykiatrien (Hatling 1997). Av de 785 som fikk døgnbehandling i 1995, var 122 personer henvist for atferdsvansker og 41 for hyperaktivitet.

Flere av foredragsholderne under Ekspertkonferansen, blant annet Robins, Patterson og Henggeler, henviste til amerikanske studier som viste at institusjonsbehandling av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser kunne gi positive endringer under innleggelsen, men at de fleste var «tilbake til det gamle» kort tid etter utskrivning. I tillegg ser det ut til at det i grupper av atferdsvanskelige ungdommer

kan være «smitte-effekter» ved at de unge tar etter hverandres negative oppførsel. Det er mulig at disse resultatene har sammenheng med type institusjon og grad av oppfølging etter utskrivning, men vi må nok anta at noe av det samme har vært tilfelle for flertallet av institusjonsbehandlede barn og ungdom i Norge. I kapitlet om «Tiltak for atferdsvanskelig ungdom i barneverntjenesten og skolen» er det gitt eksempler på ulike institusjonstyper som har gitt lovende resultater. Det ser derfor ut til å være gunstig med relativt små institusjoner som kan ha en fleksibel driftsform, først og fremst ved å kunne gjøre en del av arbeidet i den unges familie og nærmiljø.

Institusjonsbehandling av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser kan være indisert over korte perioder. Noen av indikasjonene kan være:

- Der hvor det ikke på annen måte har vært mulig å få til en bred nok utredning av den unges tilstand.
- I startfasen av en behandling.
- Behandling som krever metoder, f.eks. grensesetting, som ikke er mulig utenfor institusjon.
- Behov for å bryte selvdestruktivt handlingsmønster, f.eks. selvmordsrisiko.
- Uforandret eller forverret tilstand til tross for adekvat behandling utenfor institusjon.
- Behandle spesifikke, samtidige psykiatriske lidelser, f.eks. psykose, alvorlig depresjon, o.a.
- Plassering av ungdommer som ikke kan bo hjemme.

De publiserte studiene om institusjonsbehandling av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser gir dessverre få retningslinjer for utvikling av systematiserte behandlingsopplegg i kontrollerte forskningsdesign. Dette er beklagelig da en må regne med at såvel en del barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser vil ha behov for institusjonsbehandling i kortere perioder. Utfordringen ligger også i å finne frem til integrering mellom de lovende metoder for intervensjon (se tidligere) og institusjonsbehandling. Ekspertgruppen kommer ikke med konkrete forslag til prosjekter, o.l. på dette området, men anser at det her må utvikles en del prøveprosjekter.

## **Andre tiltak**

Flere barn og ungdommer med alvorlige atferdsforstyrrelser plasseres i fosterhjem. Det er flere oppfølgingsstudier av disse unge som kan indikere bedring av forløpet hos noen. Dessverre er det ikke gjort kontrollerte forsøk der plassering i fosterhjem er sammenliknet med andre tiltak. Ekspertgruppen kommer ikke med konkrete forslag til prosjekter, o.l. på dette området, men anser at det her må utvikles en del prøveprosjekter.

Atferdsforstyrrelser finnes ikke sjelden i kombinasjon med andre psykiatriske tilstander. Behandling av disse ledsagende tilstandene vil derfor være en nødvendig del av totalbehandlingen. Generelt er det stor variasjon i tilgjengeligheten av adekvat psykiatrisk behandling av hyperkinetiske forstyrrelser, depresjon og annet. Det er derfor behov for forskningsprosjekter av såkalt multimodal behandling; det vil si kombinasjon av flere behandlingsmetoder. Ett eksempel på slik behandling er program med både medikamentell behandling og adekvate tiltak for atferdsproblemer ved hyperkinetisk forstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse. Ekspertgruppen vurderer at forslag om ulike former for multimodal behandling ved samtidige, andre psykiatriske lidelser er utenfor dens mandat, men regner med at foreslåtte prosjekter om atferdsforstyrrelser må integrere eventuelle behov for multimodal behandling.

## 9. Tilrådinger

### Sammendrag over aktuelle viten om alvorlige atferdsforstyrrelser

Atferdsforstyrrelser er den vanligste psykiatriske lidelse blant barn og ungdom og finnes tre ganger så hyppig hos gutter som hos jenter. Forstyrrelsene opptrer i varierende grad, og en regner med at gruppen med de alvorligste vanskene omfatter ca. 5% av barne- og ungdomsbefolkningen. Hos yngre barn viser atferdsforstyrrelsene seg som sinneutbrudd, regelbrudd, aggressivitet mot andre, lyving, stjeling og hærverk. I ungdomsalder kan forstyrrelsene også innbefatte voldshandlinger mot andre, alvorlig aggressivitet, alvorlige kriminelle handlinger, skoleskulk, vagabondering og misbruk av alkohol og narkotika. Unge med atferdsforstyrrelser har ofte dårlig selvfølelse og viser misnøye og tristhet. Mange har lærevansker. Fordi en god del mangler sosiale ferdigheter er unge med atferdsforstyrrelse ofte isolert eller har få venner.

Alvorlige atferdsforstyrrelser viser en stor grad av kontinuitet fra tidlig barnealder opp i voksenalder. Ut fra barnets atferdskarakteristika ved 7 årsalder og foreldrenes oppdragelsesmetoder kan en med relativt stor grad av sikkerhet forutsi det videre utviklingsforløpet. Manifestasjonene i voksenalder varierer og kan vise seg ved antisosial og kriminell atferd, alkohol- og narkotikamisbruk, ustabile arbeidsforhold og familieproblemer. Disse vanskelighetene hos voksne gir økt sjanse for at deres barn igjen utvikler atferdsforstyrrelser.

Alvorlige atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom har store konsekvenser både for den unge selv, for familien og for andre i nærmiljøet. Barnehage og skole er også arenaer hvor atferdsforstyrrelsene spilles ut med betydelig innvirkning på hverdagen. Mange instanser trekkes inn i bildet i arbeidet med atferdsforstyrrede unge, blant annet barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern og barne- og ungdomspsykiatrisk helsetjeneste. De

økonomiske kostnadene ved behandling av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser er betydelige.

Mange ulike faktorer virker sammen i utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser:

- Biologiske, personlighetsmessige trekk.
- Familiefaktorer - barneoppdragelse, tilsyn og omsorg.
- Uheldig miljø av jevnaldrende med antisosial og kriminell atferd.
- Andre sosiale forhold som dårlig økonomi, svakt nettverk, bo i by.

Behandlingen av barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser er vanskelig. Den må være mangesidig og hjelpen må være langvarig og omfattende. Behandlingen må ha realistiske mål; det vil si reduksjon i omfang og alvorlighetsgrad av utagerende, antisosial og kriminell atferd, men sjelden symptomfrihet. Det er behov for både forebyggende og kurativt arbeid i ulike former, og vi vil i vår tilråding peke ut tiltak som bør prøves ut.

## **Tilrådinger**

Mange personer og instanser er involvert i behandlingen av barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser i Norge. Dette arbeidet vil selvsagt fortsette også i årene fremover. Ekspertgruppen har vurdert hva som kan gjøres parallelt med eksisterende arbeid for denne gruppen. Målet med slikt arbeid vil være:

- 1. Øke kunnskap om alvorlige atferdsforstyrrelser hos fagfolk og legfolk.**
- 2. Prøve ut systematisk lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid.**
- 3. Overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeide med denne gruppen.**

Når det gjelder første punkt, vurderer Ekspertgruppen at det er behov for viten omkring atferdsforstyrrelser på mange nivåer. Det er vårt håp at denne uttalelsen også kan fungere som kunnskapsspreder på dette området. Ved siden av dette er det behov for ulike kurs og seminarer

for fagfolk innen barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og andre instanser slik at barn og unge med atferdsproblemer får bedre hjelp. Denne informasjonsvirksomhet bør i størst mulig grad integreres i pågående undervisningsprogrammer. I tillegg vil sannsynligvis seminarer med inviterte forskere og eksperter, slik som ble gjort til Ekspertkonferansen i september 1997, ha en gunstig virkning for å initiere systemisert arbeid innenfor eksisterende ressurser. På dette området vil såvel Departement som Norges forskningsråd kunne støtte praktisk og økonomisk.

Når det gjelder annet og tredje punkt, er det vår oppfatning at systematisk utprøving av lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid, kunnskapsspredning og metodeoverføring best kan skje når forsøksdriften settes ut i livet som en samlet innsats innenfor et geografisk område, med aktiviteter på alle plan i tiltakskjeden (ad modum Buskerud-prosjektet). Utprøvingen av nye metoder blir da synlig for alle og kan inspirere andre fagfolk både til en revurdering av egne tiltak og til å kvalifisere seg for å kunne ta i bruk de deler av forsøksdriften som har vist seg mest velegnet. Det er helt nødvendig at slik forsøksvirksomhet skjer systematisk, med mulighet for evaluering, slik at vi bidrar med holdbare resultater, på godt eller vondt. Evalueringen bør også omfatte cost-benefit perspektiver.

Vi har kommet til at et fylke vil være et naturlig nedslagsfelt for en slik forsøksdrift. Det er et poeng at man innenfor det samme fylke skal prøve ut både forebyggende og kurative tiltak samtidig, og at de enkelte tiltak skal sees i sammenheng. Basis for utprøvingen må ligge i fylkets egne ressurser, men de nye tiltakene må tilføres som systematiske prosjekter som blant annet omfatter opplæring av fagfolk.

Det ideelle ville derfor være ulike prosjekter som ville supplere det tilgjengelige tilbudet innenfor fylket. En måtte derfor regne med at de eksisterende tilbud fortsatte langs samme linje, og at forskningsprosjektene derved kunne sammenliknes med andre tilbud. Institusjonstilbudene ble også holdt på uforandret nivå. Mye erfaring tilsier at mindre institusjoner som kan variere sine arbeidsmåter (innleggelse/polikliniske konsultasjoner/hjemme-hos behandling, etc.), er best egnet. Ekspertgruppen foreslår ikke noe prosjekt knyttet

til institusjonsbehandling. Nyere metoder for poliklinisk behandling og forebygging tilsier at disse bør prioriteres.

Dersom en skal kunne gjennomføre forskningsprosjekter på dette området, bør en satse på erfarne forskningsmiljøer. Dessverre er tilgangen på dette begrenset i Norge. Departementene og Norges forskningsråd bør derfor ta utgangspunkt i erfarne forskere som har interesse for arbeidet med atferdsforstyrrelser, og vurdere hvilke stimuleringsiltak som er nødvendige for å skape store nok forskningsmiljøer for å kunne gjennomføre anbefalte prosjekter.

Det finnes utvilsomt svært mange prosjekter som kan være aktuelle innenfor dette området. Heterogeniteten av problemene og hjelpebehovene tilsier at et samlet større prosjekt med flere satellitter er best egnet. Dersom man velger ikke å satse så bredt, kan selvsagt ulike prosjekter realiseres hver for seg på ulike steder. Det ene utelukker ikke det andre.

## **Aktuelle prosjekter for forebyggende arbeid**

Når det gjelder forebyggende arbeid, mener vi det er hensiktsmessig å starte med følgende modeller, i prioritert rekkefølge :

### **1.**

#### **Målgruppe:**

Småbarn med omfattende atferdsforstyrrelser og deres foreldre.

#### **Metode:**

Individuell i gruppe, etter Webster -Strattons modell.

#### **Arbeidsmåte:**

Trening både av foreldrene og småbarna etter den modell som er utarbeidet av Webster-Stratton, og som også er under utprøving i England . Vi antar at mange av de fagfolkene som har lært seg den såkalte Marte Meo metoden, vil ha et godt grunnlag for å tilegne seg Webster-Stratton-metoden, hvor man i likhet med Marte Meo anvender video i foreldreveiledningen. Bruk av video er godt likt av tidens småbarnforeldre. Videoene i Webster-Stratton er oppbygget pedagogisk; det må produseres egne utgaver tilpasset norske forhold.



Opplæringen i grupper av fagfolkene som skal kvalifiseres for bruk av denne metoden

kan skape en naturlig ramme for gjensidig støtte og veiledning.

Fagfolk fra Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri har nå vært i England og orientert seg om metoden og kan orientere nærmere om den.

## 2.

### **Målgruppe:**

Foreldre med utagerende småbarn.

### **Metode:**

Individuelt i gruppe, ad modum Marte Meo.

### **Arbeidsmåte:**

Det er ønskelig med systematiske forsøk med Marte Meo-metoden slik at denne kan evalueres vitenskapelig. Fordelen er her at så mange fagfolk allerede har trening i å bruke metoden. Det ligger vel til rette for en sammenlikning av resultatene ved bruk av Webster-Stratton metoden og Marte Meo metoden.

## 3.

### **Målgruppe:**

Alle familier på helsestasjonene, inklusiv foreldre til utagerende småbarn.

### **Metode:**

Helhetlig tilnærming til familien med variert veiledning til foreldrene.

### **Arbeidsmåte:**

Det er ønskelig med videre utprøving av de arbeidsmåtene som er utviklet i prosjektet "Barn - helse miljø" i tre kommuner i Møre og Romsdal, under ledelse av lege Frode Heian. Det foreligger arbeidsredskaper i form av veiledningshefter, videoer mm.

Forsøksdrift på helsestasjonene må sees i sammenheng med utprøving av Webster-Stratton metoden og Marte Meo metoden. Poenget nå er å få alle disse nye arbeidsformene systematisk innpasset og gjennomført og evaluert vitenskapelig.

#### 4.

**Målgruppe:**

Alle småbarn, inklusiv de utagerende småbarna.

**Metode:**

Kollektiv tilnærming i barnehagene.

**Arbeidsmåte:**

Forsøk med trening av prososial adferd (evt. ad modum Olweus) omsatt til bruk overfor småbarn. Her er rom for å skape og prøve ut nye metoder. Flere førskolepedagoger har erfaringer på dette området.

#### 5.

**Målgruppe:**

Foreldre til aggressive og utagerende småbarn.

**Metode:**

Individuelt, i store grupper, ad modum Cuningham.

**Arbeidsmåte:**

Trening i store grupper av foreldre til utagerende førskolebarn over 12 uker, slik Cunningham har beskrevet det (Cunningham et al. 1995). Noe av gevinsten ligger i at gruppene kan være store, så denne modellen passer best for bymessige strøk. Forsøksdriften må kunne sammenliknes med andre tradisjonelle former for tiltak eller med forløpet hos utagerende barn hvor familiene ikke har fått noen hjelp.

#### 6.

**Målgruppe:**

Skolebarn på alle trinn, inklusiv barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser.

**Metode:**

Kollektivt, med flere innfallsvinkler, ad modum Olweus.

**Arbeidsmåte:**

Det er allerede gjennomført utprøving av denne metoden i Norge med godt resultat, men vi ser det som nødvendig at forsøksvirksomheten trappes opp ytterligere og at den tas med i det helhetlige opplegget innenfor et fylke.

De familiene som blir aktuelle brukere av de nye forebyggende tiltakene, vil trenge annen form for støtte. Det gjelder ikke minst

familiene til risikobarna. Det dreier seg om hjelp til bedre bolig, til barnepass og avlastning, til fritidsordninger for både voksne og barn, til å komme ut av sosial isolasjon og til å løse andre problemer i hverdagslivet. Mange av disse hjelpetiltakene forutsetter også økonomisk støtte. Disse behovene kan bare imøtekommes gjennom samarbeid mellom aktuelle instanser. Å utvikle modeller for slikt samarbeid må sees som en helt nødvendig del av forsøksdriften og må evalueres på linje med de andre forsøkene.

## **Aktuelle prosjekter for behandlingsstudier**

Når det gjelder behandlingsstudier, mener vi at følgende metoder har vist seg lovende og bør prøves ut på norske pasientmaterialer:

**1.**

### **Målgruppe:**

Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier.

### **Metode:**

Treningsprogrammer til foreldre for bedre å følge opp og styre sine barn (Parent Management Training, PMT).

### **Arbeidsmåte:**

Ta utgangspunkt i barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier. Randomisere til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som skissert av Patterson og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

**2.**

### **Målgruppe:**

Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier, også der det foreligger kriminelle handlinger hos ungdom.

### **Metode:**

Omfattende støtte og treningsprogrammer som inkluderer miljøet rundt familien (Multisystemisk familieterapi).

**Arbeidsmåte:**

Ta utgangspunkt i barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier. Randomisere til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som skissert av Henggeler og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

**3.****Målgruppe:**

Barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier

**Metode:**

Individuelle kognitive treningsprogrammer for barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer.

**Arbeidsmåte:**

Ta utgangspunkt i barn og ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og deres familier. Randomisere til ulike behandlingsmåter. Gi behandling etter de prinsipper som skissert av Kazdin og andre. Sammenlikne effekter av behandlingene.

Dersom pasientantall og tilgjengelige ressurser er tilstrekkelig, er det selvsagt ønskelig at metoder skissert ovenfor kan sammenliknes.

**Andre prøveprosjekter**

Som tidligere påpekt er det også behov for systematiske studier av andre tiltak, blant annet fosterhjemsplassering og institusjonsbehandling. Ekspertgruppen vurderer at andre tiltak bør, på bakgrunn av eksisterende viten, prioriteres nå. Imidlertid er det behov for prøveprosjekter om effektiviteten av andre tiltak. Det bør derfor også settes av midler de nærmeste årene for forprosjekter på disse områdene.

## 10. Summary in English

Conduct disorder is the most common psychiatric disorder of childhood, occurring in 4% of a rural population and 9% of an urban one. The sex ratio boys:girls is 3:1.

In younger children conduct disorder is characterized by temper tantrums, hitting and kicking people, destruction of property, disobeying rules, lying, stealing, and spitefulness. Among adolescents the disorder may include bullying and intimidation of others, truancy, frequent fighting, use of weapons, cruelty to people or animals, more serious stealing, mugging, drug abuse, running away from home, and arson. Serious conduct problems show a high degree of continuity from childhood to adolescence, and up to adulthood. Conduct disorders cause suffering among children, adolescents, parents, teachers, and other people. The economic costs are enormous.

An expert conference was held in Norway in September 1997. The conference was addressing important aspects of conduct disorders in children and adolescents, including developmental psychopathology, the influence of psychosocial factors, prevention, and treatment. A group of Norwegian experts were asked to present recommendations for the future work on prevention and treatment

Recommendations for future work are:

1. Increase the level of knowledge about conduct disorder among professionals and lay people by courses, conferences, etc.
2. Systematic trials (research) of promising methods for prevention and therapeutic work.
3. Integration of research results in existing services for children and adolescents with conduct disorders.

The systematic trials of preventive and therapeutic interventions should be done within a county (Norwegian: fylke). Suggested trials include:

- Prevention:
  - \* Programs to prevent and reduce bullying (ad modum Olweus).
  - \* Programs to encourage prosocial behavior in pre-school children.
  - \* Parent management training (ad modum Webster-Stratton).

- \* Parent management training (ad modum Cunningham).
- \* Family intervention (ad modum Marte Meo).
- \* Parent counselling at the child welfare centres.
- Treatment studies:
  - \* Parent management training (ad modum Patterson, a.o.).
  - \* Multisystemic family therapy (ad modum Henggeler, a.o.).
  - \* Problem-solving skills training (ad modum Kazdin, a.o.).
  - \* Combination of the methods mentioned above.

## **I I. Vedlegg**

### **Litteraturliste**

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.utg. Washington, DC.

Arnesen A, Eriksen B, Kristoffersen K (1995): TINT - tidlig intervensjon med sikte på å gjenopprette mestring i småbarnfamilier som strever. Monografiserien, Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, rapport nr. 23.

Beichman JH, Inglis A, Schachter D (1992): Child Psychiatry and Early Intervention: I. The Aggregate Burden of Suffering II. The Internalizing Disorders III. The Developmental Disorders IV. The Externalizing Disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 37: 230-249.

Benedictow M (1996): Ungdom i særtiltak. En undersøkelse av atferdsungdom som med hjemmel i barnevernloven og med eget samtykke er plassert i særtiltak for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Rapport. Oslo: Senter for medisinske atferdsfag.

Bogen B, Sommerschild Sundby H. (1976): Helsestasjonen alltid i støpeskjeen. Universitetsforlaget, Oslo.

Bogen B, Solum L, Storvik O, Sommerschild Sundby H (1972): Helsestasjonen i støpeskjeen. Universitetsforlaget, Oslo.

Boyle MH, Offord DR (1990): Primary Prevention of Conduct Disorder: Issues and Prospects. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29:227-233.

Campbell SB (1995): Behavior problems in Preschool Children: A Review of Recent Research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36:113-149.

Cunningham CE, Bremner R, Boyle M (1995): Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36:1141-1159.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen av 4.november 1950 (Europakonvensjonen) artikkel 3.

Ericsson K (1996): Barnevern som samfunnsspeil. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Finstad L (1993): Fra pessimisme til optimisme i behandling og forskning. Foredrag holdt på konferansen «Udsatte unge». Vejle: 30.8-1.9.

Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M (1994): The Emanuel Miller Memoria Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35:231-257.

Gjone H.(1997a): A Twin Study of Behaviour Problems in Children and Young Adolescents. Doktoravhandling ved Universitetet i Oslo, Instituttgruppe for psykiatri.

Gjone H. (1997b): Adferdsforstyrrelser hos barn, med særlig vekt på behandling. Prøveforelesening ved Oslo Universitet, Instituttgruppe for psykiatri.

Gjærum B, Grøhold B, Sommerschild H (red) (1998): Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Tano Aschehoug, Oslo.

Grotberg E (1995): A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, No.8. Bernhard van Leer Foundation.

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



Haggerty RJ (1994): Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions. Cambridge University Press.

Hatling T (1997): SAMDATA PSYKIATRI. Sammenligningdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1995. Del 2 Tabelldel. NIS-rapport 2/97, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning / Kommuneforlaget, Trondheim.

Hauge IM, Næss PO, Evensen ÅR, Sommerschild Sundby H (1982): Helsestasjonen og familien med det nyfødte barn. Universitetsforlaget, Oslo.

Hausfather A (1997): Effects of Age of Entry, Day-care Quality, and Family Characteristics on Preschool Behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:441-448.

Hawkins JD, von Cleve E, Catalano RF (1991): Reducing early Childhood Aggression: results of a primary prevention Program. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30:208-217.

Heian F. (1997): Tidlig Samspill. Statens forvaltningstjeneste, Oslo.

Helgeland I (1989): En etterundersøkelse av ungdom i Buskerudprosjektet. En oppfølging av tiltakskjede med vekt på ungdommens opplevelse av de ulike tiltakene. Oslo: Barnevernets Utviklingscenter. Rapport nr. 1/89.

Henggeler SW (1996): Multisystemic therapy with serious juvenile offenders and their families: Program design, implementation, and outcomes. Manuskript.

Henggeler SW, Melton GB, Smith LA (1992): Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 953-961.

Henggeler SW, Rowland MD (1997): Investigating alternatives to hospitalization of youth presenting psychiatric emergencies. *Emergency Psychiatry* (in press).

Hennum N (1993): Det organiserte nederlaget. Krise- og utredningsinstitusjoners vanskelige stilling. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter. Rapport nr. 1/93.

Hoghugh M (1988): Treating problem children. Issues, methods and practice. London, Sage publications.

Jenkins J, Smith M (1990): Factors Protecting Children Living in Disharmonious Homes: Maternal Reports. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29:60-69.

Jones, L (1993): Decision making in child welfare: A critical review of the literature. *Child and Adolescent Social Work J*, 10: 241-262.

Julseth Y, Karlson S (1991): Nøsted skole - et opplæringsalternativ i grunnskolen. En etterundersøkelse av elever ved Nøsted skole. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter. Rapport nr. 2/91.

Kaufmann A (1988a): Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter. Oslo, TANO.

Kaufmann A (1988b): Psykologiske determinanter for antisocial atferd hos ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 25:121-125.

Kazdin AE (1995): *Conduct disorder in childhood and adolescence*. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kazdin AE (1997): Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:161-178.

Kjelsberg E, Neegaard E, Dahl AA (1994): Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 235-241.

Knapp M (1997): Economic Evaluations and Interventions for Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:3-25.

Kristiansen S (1991): Prosjektorganisert prøving og feiling. Rapport fra et utviklingsarbeid ved en ungdomspsykiatrisk institusjon. LARKOLLEN ungdomspsykiatriske behandlingshjem.

Lange J (1991): Ungdom må få vise at de kan ting. Borderline-fungerende ungdommer i behandlingshjem. En deskriptiv oppfølgings-studie. Rapport nr.6 fra Barnevernets Utviklingscenter.

Larsen E, Isberg T, Freng Iversen G (1990): Tilbake til framtida. En oppfølgende undersøkelse av ungdom innskrevet ved Grepperød Ungdomshjem. Oslo: Barnevernets Utviklingscenter. Rapport nr. 1/90.

Loeber R (1990): Disruptive and antisocial behavior in childhood and adolescence: Development and risk factors. I. Hurrelman og Lisel (red.): *Health hazards in adolescence*. Berlin: Walt de Gruyter.

Lov om barneverntjenester av 17.juli 1992 nr.100.

Mc Cord J, Tremblay RE, Vitarao F, Desmarais-Gervais L (1994): Boys` disruptive behavior, school adjustment and delinquency: The Montreal prevention experiment. *International Journal of Behavioral Development*, 17:1-14.

Moffit TE (1993): Adolescence - Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behaviour: A Development Taxonomy *Psychological Review* Vol. 4.

Norsk Rettstidende (1990) s. 874 (Fusa-dommen).

NOU 1985: 3. Tiltak for ungdom med atferdsvansker. Oslo: Sosialdepartementet.

NOU 1992: 8. Lov om pasientrettigheter. Oslo: Sosialdepartementet.

Nøvik T. (1998): Kunnskap om mange - resurs for den enkelte. Epidemiologisk kunnskap om risiko og motstandsdyktighet. I B

Gjærum, B Grøholt og H Sommerschild (red): Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Tano Aschehoug, Oslo.

Ogden T (1993): Vanskelig temperament og problematferd hos førskolebarn - forståelse og handling. BARN - Nytt om forskning om barn i Norge, s.7-24.

Olweus D (1994): Annotation: Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35:1171-1190.

Patterson G (1982): Coercive family process. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.

Patterson G (1996): Some characteristics of a developmental theory for early onset delinquency. I MF Lenzenweger, JJ Haugaard (red.): Frontiers of Developmental Psychopathology. Oxford University Press.

Patterson G, Reid JB, Dishion TJ (1992): Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Quinton D, Rushton A, Dance C, Mayes D (1997): Contact between children placed away from home and their birth parents: Research issues and evidence. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2:393-413.

Raundalen M (1997): Det viktigste i barneoppdragelsen. Pedagogisk forum, Oslo.

Rutter M (1985): Family and school influences: Meanings, mechanisms and implications. I: AR Nicol (red.): Longitudinal studies in child psychology and psychiatry.

Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ouston J (1979): Fifteen thousand hours. Secondary schools and their effects on children. London: Open books.

Skau GM (1987): Berglund-prosjektet. Når barn blir klienter. En studie fra et barnepsykiatrisk behandlingshjem i Nord-Norge.

Solberg G (1993): En oppfølgingsundersøkelse av ungdom som har vært ved Rostad Ungdomsheim. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter. Rapport nr. 3/93.

Sommerschild H, Grøholt B (1997): Lærebok i barnepsykiatri. Tano Aschehoug 2.utg., Oslo.

Storvoll, E. E. (1997): Barn og unge med alvorlige atferdsvansker: Hvem er de, og hvilken hjelp blir de tilbudt? NOVA-rapport 21/97. Oslo: Forskningsinstituttet NOVA.

Sørheim B (1993): Kan BUP hjelpe? Intervju med klienter og terapeuter ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Monografi nr.2A fra Evaluering og forskning ved avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, Ullevål sykehus.

Sørli M (1991): Alternative skoler. Lokale kompetansesentra for utsatt ungdom. En utredning om alternative opplæringstiltak i Norge. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter. Rapport nr. 4/91.

Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R (1995): The prevention of serious delinquency and violence. Implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. I: JC Howell, B Krisberg, JD Hawkins & JJ Wilson (red.): Sourcebook on serious violent and chronic juvenile offenders. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Triseliotis J (1989): Foster care outcomes: A review of key research findings. *Adoption & Fostering*, 13:5-17.

Thune Å, Knutsen S (1993): Polikliniske alternativer til institusjonsbehandling for ungdom mellom 12 og 16 år med alvorlige psykiatriske problemer. Rapport ved BUP Sarpsborg.

Walker HM, Colvin G, Ramsey E (1995): Antisocial behavior in school: Strategies and best practices. Pacific Grove, Brooks/Cole publishing company.

Webster-Stratton C (1994): Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:583-593.

Webster-Stratton C, Hammond M (1997): Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:93-109.

Werner EE, Smith S (1992): *Overcoming the odds. High-risk children from birth to adulthood.* Ithaca, N.Y., Cornell University.

Wichstrøm L, Skogen K, Øia T (1996): The increased rate of conduct problems in urban areas: what is the mechanism? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 471-479.

WHO (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* Geneva: World Health Organization.

Zeiner P (1995): *Hyperkinetiske forstyrrelser hos barn, ungdom og voksne. I: Medicinsk Årbog 1995.* Munksgaard, København.

Zeiner P, Magnussen F (1996): *Atferdsforstyrrelser.* I Bjella H, Haaland G, Nøvik TS (red.): *Veileder i barne- og ungdomspsykiatri.* Den norske lægeforening, Lysaker.

## Spørsmål til Ekspertkonferansen 18. - 19.09.1997

- 1 Hvordan kan barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende identifiseres? Kan målgruppen rommes innenfor eksisterende diagnostiske avgrensninger? Hvilke er i så fall disse? På hvilken måte kan problemene fremstå i barneårene og i ungdomsårene? Hvilken prognose har de ulike gruppene?
- 2 Hvor stor er den gruppen som fremstår både som en utfordring og som en belastning for hjelpetjenestene på grunn av alvorlige atferdsvansker? Hva kjennetegner denne gruppen og dens relasjoner til familie, skole og nærmiljø, samt til hjelpetjenester og kontrollinstanser? Er det noen barn og unge med samme karakteristika som ikke kommer i kontakt med tiltaksapparatet? Hva karakteriserer i så fall deres omgivelser og relasjoner?
- 3 Hva finnes av kunnskap og forhold som bidrar til å utvikle og eventuelt opprettholde aggressiv og utagerende atferd hos barn og unge? Hvordan kan slike problemer forårsakes av individuelle kjennetegn og av kjennetegn ved barns og unges omsorgssystemer? Hva peker mot at strukturelle forhold som skolens organisering, tiltaksapparatets organisering, stigmatisering og utstøtningsmekanismer, forekomst av rusmidler og reaksjoner på dette, etc. har en sentral betydning? Hvilke subkulturelle forhold kan tenkes å bidra til at gutter er særlig utsatt, mens jenter i noen grad er beskyttet?
- 4 Hvilke strategier for forebygging, behandling og sosial kontroll er i bruk i Norge? Hvordan er samvirket mellom behandlingstiltakene og kontrolltiltakene?
- 5 Sett i forhold til de strukturelle betingelser som bidrar til utvikling av antisosial atferd hos barn og unge, er det noen sosiale reformer som kan tenkes å minske omfanget eller følgene av slike vansker?
- 6 Hva er kunnskapsstatus om effektive om mindre effektive fore-

byggings- og behandlingsstrategier? Er det noen organisasjonsformer som det i særlig grad bør satses på, og er det noen som bør oppgis fordi det er dokumentert at de ikke er hensiktsmessige? Hvilken betydning har kontinuitet og oppfølging i behandlingen, og hvordan kan eventuelt den nødvendige kontinuitet sikres?

- 7 Hvilke behandlingsmetoder har vist seg å være egnet både til i nå fram til målgruppen, og til å bidra effektivt til bedret utvikling på sikt? Bør disse behandlingsmetodene spesielt tilpasses målgruppen, og i tilfelle på hvilken måte? Er det noen metoder for behandling som peker seg ut i den internasjonale forskningen ved å være særlig lovende? Er det noen former for behandling vi i særlig grad mangler i Norge, og som eventuelt bør prøves ut? Er det eksisterende behandlingstilbud som bør gjøres tilgjengelig for flere?
- 8 Hvor er de viktigste kunnskapsmessige manglene om forekomst, prognose, behandlingsteori og behandlingsmetode? Hvilken retning bør den videre forskningen ta?



## **Oversikt over foredrag under konferansen 18. - 19. 09.1997**

Professor Lee N. Robins: Conceptual clarification and time trends as regards conduct problems and conduct disorders.

Professor Svern Torgersen: Children and young people with conduct disorders: What happens to them as they grow into adulthood?

Professor Lilly Hechtman: Behaviour problems, social outcomes, and predictors of social outcomes in ADHD children.

Professor Gerald R. Patterson: From correlations to causes in developmental models of aggression.

Dr.Philos Willy Pedersen: Conduct problems among Norwegian adolescents: Evidence from normal population studies.

Professor Dan Olweus: How to influence violent children as well as their contexts: Effects of a bullying prevention program.

Professor Lee N. Robins: Prevention and treatment of conduct problems and conduct disorders.

Professor Scott W. Henggeler: Treating seriously troubled youth and families in their contexts.

Professor Helge Waal: Treatment of particularly troublesome children and young people: Norwegian perspectives and experiences.

Forsker Elisabet E. Storvoll: Troublesome children and youth as seen by the helping services and control system: Who are they, and what kind of help are they offered?

## **Konferansens arrangementskomité:**

Professor Hanne Haavind, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
(leder)

Forsker Elisabet E. Storvoll, forskningsinstituttet NOVA (sekretær)

Rådgiver Elisabeth Askeland, Barne- og familiedepartementet

Forsker Elisabeth Backe-Hansen, forskningsinstituttet NOVA

Dr. philos Willy Pedersen, forskningsinstituttet NOVA

Professor Helge Waal, Psykiatrisk institutt, Universitetet i Oslo

Overlege Pål Zeiner, Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri

Rådgiver Berit Nygaard, Norges forskningsråd





**Norges  
forskningsråd**

Området for  
medisin og helse

Barn og unge med  
alvorlige atferdsvansker

- hva kan nyere viten  
fortelle oss?
- hva slags hjelp  
trenger de?



ISBN 82-12-01177-1