



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Vårterminen 2016  
Samhällsvetenskapligt masterprogram  
Examensarbete i psykologi 30hp

**Behandling av antisocialt beteende**  
Fungerar Intensiv Hemmabaserad Familjeterapi för både  
pojkar och flickor?

Tilda Bäckström

Handledare: Olga Kochukhova  
Granskare/Examinator: Per Lindberg

## **Sammanfattning**

TFCO och IHF är två behandlingsmetoder för antisocialt beteende som visat goda resultat, men forskning har framförallt fokuserat på pojkar. Syftet med denna studie var dels att göra en kartläggning över hur många pojkar respektive flickor som erbjudits TFCO respektive IHF, dels att titta på hur väl IHF fungerar för pojkar respektive flickor, och om det finns några könsskillnader. Studien baseras på redan insamlat material från Human/INOM i form av två frågeformulär, CBCL och YRS, besvarade innan och efter avslutad behandling, och inkluderar totalt 604 ungdomar, 268 pojkar och 236 flickor med en medelålder på 14,8 år. Resultatet visade att fler pojkar erbjudits både TFCO och IHF, men att skillnaden var större vad gäller TFCO. Resultatet visade vidare att symtombelastningen minskade för både pojkar och flickor efter fullföljd IHF, enligt både ungdomarnas och föräldrarnas skattningar. Inga signifikanta könsskillnader påträffades. Resultatet tyder på att IHF är en lovande behandlingsmetod för att minska symtombelastning hos både antisociala pojkar och flickor.

*Nyckelord:* antisocialt beteende, ungdomar, TFCO, IHF, könsskillnader

## **Inledning**

### **Bakgrund**

Antisocialt beteende utgör ett stort problem i samhället, både associerat med stora ekonomiska kostnader, men även med emotionella kostnader för den berörda individen och personer i dennes omgivning. Problematiken rör framförallt ungdomar då antisocialt beteende är relativt vanligt under ungdomsåren och når sin höjdpunkt ungefär i mitten av tonåren (Andershed & Andershed, 2005). Majoriteten av de teorier som utvecklats och den forskning som bedrivits på antisocialt beteende har utgått ifrån pojkar då man länge ansett att antisocialt beteende är ett ”pojkenomen”, vilket också bidragit till att behandlingen av dessa problem till största del utgår ifrån pojkers problematik (Andershed & Andershed, 2005). Lite uppmärksamhet har riktats mot flickor och huruvida samma behandling är effektiv även för den målgruppen, och fokus i den föreliggande studien är därför på könsskillnader när det kommer till behandling av antisocialt beteende.

Antisocialt beteende är en benämning på beteenden eller handlingar som på olika sätt innebär överträdelser mot rådande sociala normer eller regler i den miljö individen befinner sig. Det kan innebära allt ifrån att allvarligt bryta mot föräldrars regler, skolka, snatta eller vandaliseras, till att slåss, hota eller sexuellt ofreda andra (Andershed & Andershed, 2005; Socialstyrelsen, 2009). Den här definitionen fångar upp en potentiellt mycket heterogen grupp och unga uppvisar antisocialt beteende av många olika skäl (Socialstyrelsen, 2009). Det är svårt att ge en tydligt definition av ungdomar, men enligt Jones (2009) kan ungdom definieras som perioden av övergång mellan barndom och vuxenår (Jones, 2009), och i den föreliggande studien kommer begreppet att användas för individer i åldern 11-20 år.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) gör kontinuerligt enkätundersökningar om brott bland ungdomar i årskurs nio och enligt en sammanställning av dessa undersökningar är det inte speciellt ovanligt att unga vid åtminstone något enstaka tillfälle begår en förbjuden handling (Ring, 2013). Men även om det är vanligt med enstaka förbjudna handlingar bland ungdomar, är det enligt BRÅ en mindre andel unga som svarar för en betydande del av den totala brottsligheten bland ungdomar. Resultaten i sammanställningen visar att ju fler och grövre brott det rör sig om, desto mindre andel av ungdomarna säger sig ha sådan erfarenhet (Ring, 2013), och det stora flertalet som begår brott i ungdomen kommer inte heller att återfinnas i kriminalregistret i vuxen ålder (Andershed & Andershed, 2005). En av de mest välkända teorierna kring utvecklingen av antisocialt beteende är Moffitt's *Developmental Taxonomy of Antisocial Behavior* (1993). I den skiljer Moffitt mellan ungdomsbegränsat (adolescence-limited, AL) och livstidsbestående (life-course persistent, LCP) antisocialt beteende. LCP är en liten grupp där det antisociala beteendet börjar redan i barndomen och fortsätter att vara frekvent och stabilt över tid (Moffitt, 1993). Om det antisociala beteendet debuterar under ungdomstiden är risken alltså relativt liten att beteendet ska fortsätta upp i vuxen ålder, men för personer vars antisociala beteende tagits sin början redan under barndomen är risken betydligt större att beteendet ska stabiliseras och sprida sig till andra områden, vilket gör denna grupp extra viktig att fånga upp (Andershed & Andershed, 2005).

### **Könsskillnader i antisocialt beteende**

Enligt BRÅs sammanställning framkommer det att pojkar oftare begår våldsbrott, grövre tillgreppsbrott och skadegörelse jämfört med flickor, att snatteri eller att ha provat narkotika är mer jämt fördelat mellan könen, och att något fler flickor än pojkar anger att de skolkat eller druckit sig berusade (Ring, 2013). Enligt Andershed och Andershed (2005) är pojkar

mer brottsaktiva än flickor, i synnerhet när det kommer till mer allvarliga former av brott som våldsbrott och grövre stöldbrott, även om det under de senaste decennierna skett en ganska dramatiskt ökning av antalet flickor som misstänks för brott, både i Sverige och i andra länder (Andershed & Andershed, 2005; Socialstyrelsen, 2009). Enligt Socialstyrelsen (2013) har andelen lagförda ungdomar minskat över tid och denna minskning beror framförallt på en minskning av lagföringar bland unga män, bland unga kvinnor har andelen som lagförs för brott istället ökat, framförallt vad gäller lagföringar för stöldbrott och misshandel (Socialstyrelsen, 2013).

En övergripande teori kring varför antisocialt beteende är mer vanligt bland pojkar än flickor är att pojkar i större utsträckning utsätts för riskfaktorer för antisocialt beteende (Andershed & Andershed, 2005). Moffitt, Caspi, Rutter och Silva (2001) har gjort en sammanställning av studier som rör könsskillnader i riskfaktorer för antisocialt beteende, och i den framkommer det att flickor och pojkar generellt är sårbara för samma individuella, familje- och miljömässiga riskfaktorer och man konstaterar också att det faktum att fler pojkar drabbas av antisocialt beteende inte beror på att flickor har en högre tröskel för antisocialt beteende. Det tycks dock vara så att pojkar exponeras för fler och högre grad av vissa riskfaktorer, exempelvis neurobiologiska och neuropsykologiska avvikelser, underkontrollerat temperament, hyperaktivitet och problematiska kamratrelationer, vilket gör det mer sannolikt att pojkar blir antisociala. Varför pojkar är mer exponerade för dessa riskfaktorer är dock oklart. Dessa skillnader minskar något under ungdomsåren och överlag är könsskillnader mindre utpräglade under ungdomsåren i jämförsele med under barndomen (Moffitt, Caspi, Rutter & Silva, 2001).

Andra teorier har spekulerat i om det kan vara skillnader i omgivningens sätt att vara mot pojkar och flickor som orsakar könsskillnader i hur och i vilken omfattning antisocialt beteende tar sig uttryck (Andershed & Andershed, 2005). Enligt den australienske sociologen och maskulinitetsforskaren Raewyn Connell (2009) kretsar den allmänna synen på genus kring föreställningen om naturliga skillnader mellan kvinnor och män. I många diskussioner om genus förs åsikten fram att det biologiska skillnaderna direkt avspeglas i en rad andra skillnader som både är omfattande och 'naturliga'. Enligt Connell är manlighet och kvinnlighet inte ett av naturen givet eller förutbestämt tillstånd, utan ett blivande under aktiv konstruktion. Således menar Connell att sociala genusskillnader inte har sin grund i kroppsliga skillnader (Connell, 2009).

Även om det enligt Connell inte finns någon egentlig biologisk bas för maskulinitet eller femininet görs i regel tolkningarna utifrån hur den biologiska kroppen definieras. Connell menar att genus handlar om hur samhället förhåller sig till människokroppen och de många konsekvenser som det 'förhållningssättet' får, och menar att dessa sociala processer påverkar kroppen och utformar de förhållanden som kroppen ska utvecklas och leva i. Connell påpekar att vi inte ska tro att det enbart är fenomen som påtvingat oss utifrån genom sociala normer eller myndighetstvång, utan vi konstruerar också oss själva som maskulina eller feminina och intar en plats i genusordningen eller förhåller oss till den plats vi blivit tilldelade. Kroppens interagerande med den sociala världen kallar hon för *socialt förkroppsligande*. Socialt förkroppsligande kan handla om en enskild individs beteende men det kan också gälla en grupp, en institution eller ett helt komplex av institutioner. Tanken att institutioner aktivt medverkar till att konstruera olika former av maskuliniteter och femininiteter är central i Connells resonemang. Hon menar inte att institutioner automatiskt styr vad unga lär sig, men de formare däremot konsekvenserna av vad ungdomar gör, vilka risker de tar, vilka erkännande de får, vilka nätverk de får tillgång till och vilket pris de får betala (Connell, 2009).

Holm (2008) har i sin avhandling 'Relationer i skolan' studerat hur dessa femininiteter och maskuliniteter framträder i skolkontexten. I ett exempel beskriver hon hur lärarna uppfattar flickorna som lugna, försiktiga och skolinriktade, medan pojkarna beskrivs som stökiga och högljudda, och menar att när könsskillnader beskrivs som närmast biologiska blir såväl flickor som pojkar fast i vissa positioner och handlingsmönster som inte ifrågasätts. Holm menar att flickorna "gjordes" mer mogna och därför tillskrevs andra egenskaper än pojkarna, flickorna anpassade sig i sin tur vilket visar hur kopplingen mellan mognad och flickor skapar flickor som agerar i linje med det som knyts till ett moget beteende. I Holms studie framkom det även att flickor blev sedda som problematiska om de avvek från de förväntade beteendet då lärarna tenderade att ha svårigheter att hantera flickor som inte agerade enligt traditionella förväntningar på hur en flicka "ska" vara. Utagerande pojkar bekräftade däremot förväntningarna på omognad och hade därmed en annan frihet att agera. Precis som flickorna knöts pojkarna fast i en position och ett visst handlingsmönster som inte ifrågasattes. Holm menar att pojkarnas sammankoppling med omognad gör att de infantiliserar, samtidigt som omognadstalet fungerar som ett slags skydd när de uppträder illa. I och med att de inte förväntas kunna ta ansvar för sina handlingar, blir de fråntagna agentskap och fästs i en statisk omognadsposition där kraven sänks. Flickorna, som i sin tur förknippas med mognad,

förväntas istället att i högre grad än pojkar ta ansvar för sina egna – och ibland även pojkarnas – handlingar. Istället för att förstå pojkar och flickors agerande som kopplade till en viss maskulinitets-/feminitetsdefinition gjordes handlingarna till en fråga om mognad. Holm menar att mognadsdiskursen är en vanligt förekommande och ofta upprepade diskurs i skolan som bidrar till att placera flickor och pojkar i givna mallar och positioner vilket riskerar att begränsa deras handlingsutrymme, och pojkar och flickor som inte uppfyller förväntningarna på ”korrekt” beteende för respektive kön tenderar att bli sedda som problematiska (Holm, 2008).

Hur problematiken uppfattas hos pojkar respektive flickor kan dock skilja sig åt. I en rapport från Barnombudsmannen (2016) framkommer det att det finns skillnader i hur symtom på ADHD, Aspergers syndrom och andra tillstånd i autismspektrumet tolkas hos pojkar respektive flickor. Enligt rapporten upptäcker lärare mer sällan flickor med denna problematik, och liknande attityder verkar finnas i vården där flickors svårigheter oftare tolkas om relationsproblem eller reaktioner på konflikter i hemmet. En del av dessa skillnader kan ha biologiska förklaringar, men enligt Barnombudsmannen (2016) är skillnaderna i diagnoser avsevärt mycket större än så. Delvis tror man att det beror på att diagnoskriterierna är utvecklade för pojkars symtom som ofta är mer utagerande, vilket kan göra det svårt att upptäcka flickors problem. Men även vid samma symtom har det visat sig att lärarna oftare tolkar det som att pojkar lider av ADHD än flickor, vilket tyder på att det också finns föreställningar kring ADHD och kön, något som leder till att rätten till stöd inte blir likvärdig (Barnombudsmannen, 2016). Även om denna rapport fokuserar på ADHD, Aspergers syndrom och autism finns anledning att tro att det kan gälla även för antisocialt beteende, då även denna problematik fokuserat på pojkar och pojkars problematik och man vet därför mindre om vilka uttryck den tar hos flickors.

### **Behandling av antisocialt beteende**

Under 1950- till 1970-talet präglades vården av antisociala ungdomar i USA och Europa av behandling och rehabilitering, men i mitten av 70-talet fick behandlingsidealen ge vika för en mer repressiv inställning inom kriminalvården (Kyhle Westermark, 2009). I en översikt över behandlingsprogram i USA gjordes en sammanställning av mer än 200 behandlingsstudier, vilken visade nedslående resultat. De flesta behandlingsprogram saknade effekt, oavsett typ av vård (Martinson, 1974). Översikten fick mycket uppmärksamhet och bidrog till att uttrycket ”nothing works” myntades (Kyhle Westermark, 2009). Den första metaanalysen om

behandling av kriminella ungdomar (Garrett, 1985) visade på mer nyanserade resultat av behandlingseffekter än vad Martinsons översikt gjorde, och idag finns omfattande forskning om program som visar på positiva möjligheter att förändra ungdomars antisociala beteende (Kyhle Westermark, 2009).

I USA är den vanligaste behandlingsformen för ungdomar med antisocialt beteenden olika former av gruppbehandling. Ungdomar som har förflyttats från sina hem på grund av antisocialt beteende har traditionellt blivit placerade på institutioner eller i gruppboenden tillsammans med andra ungdomar, där man utgått ifrån teorin om att en positiv kamratkultur ska hjälpa ungdomen att förändra sitt beteende (Chamberlain & Reid, 1998). Enligt Andreassen (2003), som gjort en sammanställning över internationell forskning kring ungdomar på institution, finns det ett flertal studier som visat på att ungdomar som vårdas på institution snarare har en tendens till att förstärka varandra i antisociala beteenden (Andreassen, 2003).

I Sverige är det vanligt med olika former av heldygnsvård för dessa ungdomar. Heldygnsvård omfattar i huvudsak två placeringsformer, familjehem och hem för vård och boende (HVB) (Socialstyrelsen, 2016). Med familjehem avses ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn eller ungdomar som av olika skäl inte kan bo kvar hemma och ger dem stadigvarande vård och fostran. HVB är ett hem inom socialtjänsten som ger barn och ungdomar vård eller behandling i förening med ett boende (Socialstyrelsen, 2012), och är en form av institutionsplacering som kan drivas både av offentlig eller privat vårdgivare (Socialstyrelsen, 2014). Sedan den 1 januari 2016 finns dessutom stödboende som ett tredje placeringsalternativ för ungdomar mellan 16-20 år. Stödboende är en mindre ingripande insats för ungdomar som inte behöver de vårdinsatser som erbjuds i HVB (Socialstyrelsen, 2016). Ungdomar med antisocialt beteende kan även få behandling inom socialtjänstens öppenvård, vilken bland annat innehåller individuellt anpassade målinriktade program där ungdomen är inskriven en bestämd tid (Socialstyrelsen, 2014). Öppenvård kan bli aktuellt i en familj när man gjort bedömningen att föräldrarna är i stånd att skapa förändringar och är motiverade för öppenvårdsbehandling (Balldin, Schüller, Björk & Olsson, 2004).

En numera välkänd behandlingsmetod som på senare tid kommit att ses som ett alternativ till institutionsplacering och traditionell familjehemsplacering i Sverige är den amerikanska metoden Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Metoden utvecklades av Patricia

Chamberlain och John B. Reid vid Oregon Social Learning Center i USA under tidigt 1980-tal som ett alternativ till placering på gruppboende eller institution för unga lagöverträdare som dömts till vård (Chamberlain, 2003; TFCO, 2016). TFCO är en multidimensionell behandlingsmetod som kombinerar familjeterapi och individterapi med att placera ungdomen i ett specialutbildat familjehem. I familjehemmet pågår ett behandlingsarbete med fokus på beteendeförändring hos ungdomen, samtidigt som det pågår ett parallellt behandlingsarbete med den unges ursprungsfamilj för att ungdomen så småningom ska kunna flytta hem igen (Chamberlain, 2003). I Sverige utvecklade man 2001 en annan metod, Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling, IHF. Metoden utvecklades av Familjeforum AB, idag Humana/INOM, och är inspirerad av fyra evidensbaserade behandlingsprogram (TFCO, FFT, IYS och MST). IHF vänder sig till familjer med komplexa problem (IHF, 2016) och de barn och ungdomar som ingår i behandlingen har ofta en omfattande problematik med externaliserade beteendeproblem, och i många fall har både Socialtjänsten, BUP och skolan prövat olika insatser för att hjälpa familjen utan tillräckliga resultat (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009). Målet med både IHF och TFCO är förändring, och man arbetar med hela familjen och familjen nätverk för att uppnå det målet. Den största skillnaden är att IHF är hemmabaserad vilket innebär att ungdomen bor kvar hemma under behandlingen då man menar att ett behandlingsarbete som utförs i familjens hemmiljö ökar motivationen till förändring och att det har en direkt effekt för ökad möjlighet till generalisering (Balldin, Schüller, Björk & Olsson, 2004).

### **Teorier bakom TFCO och IHF**

Både TFCO och IHF är förankrade i social inlärningsteori, systemteori och teorier om risk- och skyddsfaktorer. Social inlärningsteori är en allmän teori om mänskligt beteende som hänvisar till att kognitioner, beteende och miljö samverkar för att förklara hur en individ lär sig och behåller beteendemönster, och menar att människor lär sig genom att kopiera och imitera andras beteendemönster (Bandura, 1977). Enligt Chamberlain (2003) korrelerar umgänge i kompisgäng med antisociala beteenden högt med kriminalitet för ungdomar. Under tonåren försöker ungdomar frigöra sig från sin ursprungsfamilj och söker andra förebilder att identifiera sig med. Samtidigt som frigörelsen sker utvecklas fortfarande den inre identiteten och värderingsgrunden vilka ännu inte är stabila, och Chamberlain menar att om dessa förebilder har kriminella beteenden imiterar ungdomarna detta beteende (Chamberlain, 2003). En viktig utgångspunkt i teorin är att belöning underlättar vid inlärningen av ett beteende och inom TFCO och IHF arbetar man därför med positiv



förstärkning för önskvärda beteenden och negligering av icke önskvärda beteenden, för såväl ungdomar som föräldrar (Ballidin, Schüller, Björk & Olsson, 2004; Chamberlain, 2003).

Systemteori handlar om hur olika delar påverkar varandra ömsesidigt i ett system. Utifrån systemteorin ser man barnets och ungdomens utveckling som en process som sker genom individens samspel med sin närmiljö och genom interaktion med kontextuella faktorer som familj, vänner och skola. Eftersom systemteori utgår ifrån att se individer och fenomen som delar i en helhet har relationerna mellan de olika delarna en stor och ibland avgörande betydelse för helheten sätt att fungera (Minuchin, 2011). Därav vikten att arbeta multidimensionellt och med hela ungdomens nätverk för att skapa förändring.

Den vetenskapliga litteraturen om enskilda risk- och skyddsfaktorer av betydelse för utveckling av antisocialt beteende bland barn och ungdomar är omfattade. En riskfaktor definieras som en omständighet eller egenskap som tidsmässigt förekommer före ett visst utfall och som ökar sannolikheten för detta utfall (BUP, 2003). Skyddande faktorer är egenskaper, händelser, förhållanden eller processer som istället minskar sannolikheten eller risken. Närvaro av en eller fler skyddsfaktorer kan göra att den unge inte utvecklar antisocialt beteende trots att han eller hon exponeras för riskfaktorer, och kan också förbättra och stärka oddsen att lyckas med en behandlings insats (BUP 2003; Socialstyrelsen, 2009). Ett antal individuella, sociala och familj/nätverksrelaterade risk-och skyddsfaktorer samverkar i komplexa processer vid utveckling av antisocialt beteende och ingen känd enskild riskfaktor är nödvändig eller tillräcklig för en sådan utveckling. Ju fler riskfaktorer som samtidigt förekommer hos en individ och i dennes omgivning, desto högre blir emellertid sannolikheten för en olycklig utveckling (BUP, 2003). Riskfaktorer innebär också en risk för utvecklandet av andra riskfaktorer vilket tydliggör och förklarar varför antisocialt beteende tenderar att hänga samman med en relativt bred flora av psykosociala problem (Socialstyrelsen, 2009).

Farrington och Welsh (2007) har gjort en genomgång av risk- och skyddsfaktorer för kriminalitet och kommit fram till att viktiga individuella riskfaktorer är bristfällig kunskapsnivå, låg intelligens, aggressivt temperament, impulsivitet, bristande empatisk förmåga och bristfällig social kognition. Detta i kombination med en uppväxt i en dysfunktionell familj med kriminalitet, missbruksproblem och/eller bristande föräldraförmåga ökar risken för ungdomskriminalitet. Det finns även riskfaktorer i närsamhället som antisociala vänner (Farrington & Welsh, 2007), ju äldre den unge är, desto

starkare är sambandet generellt mellan det egna och kamraternas normbrytande beteende (Socialstyrelsen, 2009). Att gå i en skola med många antisociala elever eller att bo i ett problemområde är andra riskfaktorer i närsamhället (Farrington & Welsh, 2007). Unga som växer upp i ett missgynnat bostadsområde där samhällsservicen inte är lika god och där det sociala nätverket och den sociala kontrollen brister, löper större risk för antisocialt beteende än ungdomar som växer upp i mer gynnande bostadsområden (Socialstyrelsen, 2009). Vad gäller skyddande faktorer betonar Chamberlain (2003) vikten av en stödjande och nära relation till en förälder eller annan viktig vuxen som en skyddsfaktor. Andra skyddsfaktorer är prosociala vänner och fritidsaktiviteter (Farrington & Welsh, 2007) då prosocialt umgänge ökar sannolikheten för prosocialt beteende, och man har sett att unga som deltar i vuxenledda och regelbundna fritidsaktiviteter löper mindre risk för antisocialt beteende än unga som inte gör det (Socialstyrelsen, 2009).

### **Tidigare forskning**

Chamberlain och Reid har i flera tidigare studier undersökt effekten av TFCO genom att jämföra TFCO med andra insatser (Chamberlain & Reid, 1991; Chamberlain & Reid, 1998). I dessa studier har man kunnat visa att TFCO ger bättre resultat inom flera områden, bland annat färre sammanbrott i behandlingen, mindre kriminalitet efter avslutade behandling, färre rymningar och färre nya placeringar (Chamberlain, 2003). I en svensk studie av Westermark, Hansson och Olsson (2011) ville man undersöka om det var möjligt att uppnå samma behandlingsresultat även i en svensk kontext. I studien undersökte man om TFCO var mer effektiv i att reducera problemsymtom jämfört med svensk traditionell dygnsvård och generellt visade alla analyser på positiva behandlingsresultat till förmån för TFCO. Av ungdomarnas som fick TFCO-behandling lyckades 72% reducera sina problemsymtom med 30 procent, motsvarande siffra för jämförelsegruppen var 36%, vilket pekar på att TFCO är en lovande metod för behandling av ungdomar med antisocialt beteende även i en svensk kontext (Westermark, Hansson & Olsson, 2011).

Tidigare studier har även visat att metoden har positiva effekter för flickor. I en studie av Leve, Chamberlain och Reid (2005) jämförde man TFCO med gruppbehandling för flickor med allvarlig, kronisk brottslighet. Efter avslutad behandling spenderade flickor som fått TFCO-behandling 53 färre dagar inlåsta i jämförelse med flickor som fått gruppbehandling (Leve, Chamberlain & Reid, 2005). I en uppföljningsstudie kunde man visa att TFCO resulterade i bättre utfall än gruppbehandling även vid 24 månaders uppföljning. Flickor som

fått TFCO hade då spenderat över 100 färre dagar inlåsta i jämförelse med flickor som fått gruppbehandling (Chamberlain, Leve & DeGarmo, 2007). Dessa resultat tyder alltså på att TFCO är mer effektiv än gruppbehandling i att reducera kriminellt beteende hos flickor som blivit hänvisade till behandling utanför hemmet och att det är en effektiv behandlingsmetod även för flickor med brottsligt beteende (Chamberlain, Leve & DeGarmo, 2007; Leve, Chamberlain & Reid, 2005).

Det finns i dagsläget bara en studie som undersökt effekten av IHF (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009). I denna studie jämförde man skattningar av psykosociala problem från 56 ungdomar, 44 mammor och 30 pappor i början av behandlingen, med skattningar efter genomförd behandling. Inledningsvis hade ungdomarna svåra psykosociala problem och föräldrarna uppvisade psykiska symtom som oförmåga till en känsla av sammanhang och dysfunktionella familjerelationer. Efter behandlingen hade ungdomarnas beteendeproblem minskat, både enligt ungdomarnas egna och föräldrarnas skattningar, och mammornas psykiska hälsa hade blivit bättre. Papporna angav att familjerelationerna hade blivit bättre men uppvisade ingen förbättring vad gäller psykisk hälsa. Detta tyder på att behandlingsresultaten av IHF överlag är positiva (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009) och att IHF kan vara ett bra behandlingsalternativ i de fall TFCO inte anses passande, exempelvis då det inte finns något behov av att flytta ungdomen hemifrån. TFCO är också en dyrare behandlingsmetod i jämförelse med IHF och traditionell familjehemsplacering, då ersättningen till TFCO-familjehemmet är högre jämfört med traditionellt familjehem (Kyhle Westermark, 2009), att man i IHF inte placerar ungdomen i ett specialutbildat familjehem gör att behandlingen inte blir lika kostsam och förhoppning är att man då ska kunna fånga upp fler ungdomar med denna problematik.

### **Problemformulering**

Även om ungdomar med antisocialt beteende utgör en liten grupp i samhället får deras problem stora konsekvenser för samhället i stort och det orsakar svårt lidande för ungdomen själv och dennes familj och omgivning. Att fånga upp dessa ungdomar och erbjuda bra behandling är därför av yttersta vikt och två metoder som hittills har visat goda resultat är TFCO och IHF. Då TFCO är en striktare metod riktar den sig framförallt till ungdomar med utpräglad problematik, och överlag ses pojkars problematik ofta som mer allvarlig och utpräglad än flickors (Andershed & Andershed, 2005). Samtidigt har det skett en ganska dramatiskt ökning av antalet flickor som misstänks för brott (Socialstyrelsen, 2013), och

sannolikt är mekanismerna bakom antisocialt beteenden ganska likartade (Moffitt, Caspi, Rutter, Silva, 2001). Det är därför intressant att titta på om detta återspeglas i könsfördelningen i de olika metoderna, eller om det är så att fler pojkar erbjuds den striktare metoden, och beror det i så fall på att pojkars problematik är svårare eller att den uppfattas som svårare av omgivningen? Då IHF är en mildare metod passar den förmodligen inte alla då vissa ungdomar kan vara i behov av en striktare metod som TFCO. Det är därför intressant att titta på vilka som väljer att avbryta behandlingen för att se om faktorer som kön eller typ av problematik påverkar huruvida man väljer att hoppa av eller inte.

Flera tidigare studier har undersökt TFCO, men i dagsläget finns det bara en studie som undersökt IHF (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009). Den studien tog dock inte hänsyn till könsskillnader och det finns därför ingen studie som undersökt huruvida metoden fungerar även för flickor. Då forskning framförallt fokuserat på pojkar har det bidragit till att behandling av antisocialt beteende till största del utgår ifrån pojkars problematik. Att det skett en ökning av antalet flickor som misstänks för brott pekar på betydelsen av att också studera flickors antisociala beteende, både som specifik företeelse men också ställt i relation till pojkars antisociala beteende. Flickor med denna problematik är en understuderad grupp och mer kunskap om vilken behandlingsmetod som är mest effektiv för den målgruppen behövs därför. Det är därför intressant att dels titta på hur väl IHF fungerar för pojkar respektive flickor, dels att titta på om det finns några könsskillnader.

### **Syfte och frågeställning**

Syftet med den föreliggande studien är dels att göra en kartläggning över hur många pojkar respektive flickor som erbjuds TFCO respektive IHF. Då TFCO är en striktare metod för svårare problematik är hypotesen att det är fler pojkar som erbjuds den behandlingen. Vidare är syftet att utifrån skattningsformulären CBCL och YRS titta på hur väl IHF fungerar för flickor respektive pojkar, och om det finns några könsskillnader. Frågeställningen lyder således; Hur väl fungerar IHF för flickor respektive pojkar? Finns det några könsskillnader?

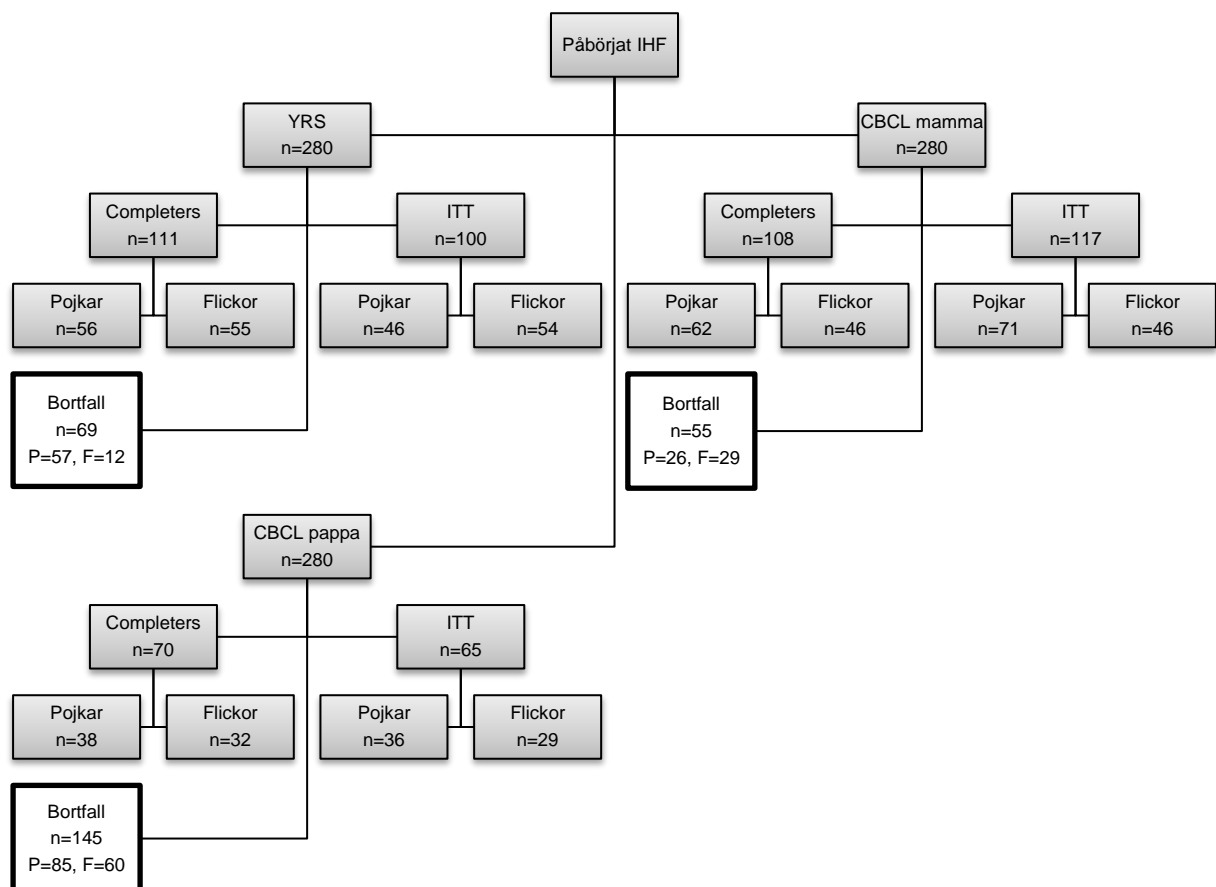
## **Metod**

### **Deltagare**

Mellan 2004-2016 hänvisade Socialtjänsten i Stockholm och Lund 604 ungdomar (268 pojkar och 236 flickor) mellan 11-19 år och deras familjer till Humana/INOM för att

genomgå behandling till följd av ungdomens antisociala beteende. Av dessa 604 ungdomar hade 345 ungdomar erbjudits IHF (200 pojkar och 154 flickor med en medelålder på 14,4 år och en standardavvikelse på 1,8) och 250 ungdomar TFCO (168 pojkar och 82 flickor med en medelålder på 15,3 år och en standardavvikelse på 1,4).

Analysen inkluderade alla familjer som erbjudits IHF och som fyllt i YRS och/eller CBCL. De ungdomar som fyllt i YRS och de föräldrar som fyllt i CBCL vid både T1 och T3 analyserades som completers och de som fyllt YRS eller CBCL enbart vid T1 analyserades som intent-to-treat (ITT). Totalt hade 74 familjer (41 pojkar och 33 flickor) varken fyllt i CBCL eller YRS och exkluderades därför. Completers och ITT inkluderade totalt 280 familjer (159 pojkar och 121 flickor) mellan 11-19 år med en medelålder på 14,5 år och en standardavvikelse på 1,8. Figur 1 nedan illustrerar genom ett flödesschema studiens deltagare och bortfall.



Figur 1. Flödesschema över deltagare och bortfall i studien

Av studiens 280 familjer hade 111 ungdomar besvarat YRS vid T1 och T3, 100 ungdomar hade enbart besvarat YRS vid T1, och 68 ungdomar hade varken besvarat YRS vid T1 eller

T3, alternativt besvarat YRS vid T3 men inte T1, och exkluderades därför. Då YRS fylls i av barn och ungdomar mellan 11-18 år har ungdomar över 18 år exkluderats, i detta fall en individ och det totala bortfallet är därför 69 ungdomar.

## **Material**

Den föreliggande studien baseras på utvalda delar av redan insamlat material från Humana/INOM. Med utvalda delar menas att enbart två frågeformulär har analyserats i denna studie, Child Behavior Checklist (CBCL) och Youth Self Report (YRS) (Achenbach, 1991). Båda skalorna ingår i Achenbach symtomlistor (ASEBA) och mäter ungdomars psykosociala utveckling. Skalorna har översatts till mer än 50 olika språk och har använts i ett flertal studier som undersökt ett brett spektrum av problembeteenden hos barn och ungdomar (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999). Både CBCL och YRS består av två delar, där den första delen innehåller frågor som rör ungdomens kompetens och den andra delen innehåller frågor som rör förekomsten av olika problemsymtom. I den föreliggande studien ingår endast den andra delen.

CBCL fylls i av föräldrarna och reflekterar deras upplevelse av ungdomens beteende i åtta olika domäner; ångest, tillbakadragenhet, somatiska symtom, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, kriminellt beteende och aggressivt beteende. Tillbakadragenhet innebär enligt Achenbach symtomlistor undvikande av oangenäma situationer, somatiska symtom innefattar kroppsliga besvär, sociala problem innebär umgängesproblem med jämnåriga, tankeproblem innebär att ungdomen har svårigheter att koppla samman tankar med verkligheten och uppmärksamhetsproblem innefattar svårigheter att fokusera. Kriminellt beteende innefattar bekymmer med samhällets normer och aggressivt beteende innebär att ungdomen uppvisar ett aggressivt beteende gentemot andra (Achenbach, 1991). Skalan består av 112 påståenden med 3 fasta svarsalternativ; ”stämmer ej”, ”stämmer någorlunda, eller ibland” och ”stämmer mycket bra, eller ofta”, och föräldrarna besvarar hur väl påståendet stämmer in på deras ungdom. Exempel på påståenden är ”Attackerar människor fysiskt” eller ”Vill hellre vara ensam än tillsammans med andra”.

YRS fylls i av ungdomen själv som skattar sitt eget beteende i samma domäner som i CBCL, ångest, tillbakadragenhet, somatiska symtom, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, kriminellt beteende och aggressivt beteende. Även detta formulär består av 112 påståenden, exempelvis ”Jag ger mig på andra fysiskt; slår, knuffar eller

sparkar dom” eller ”Jag är olycklig, ledsen eller deppig”, och har 3 fast svarsalternativ; ”stämmer ej”, ”stämmer någorlunda, eller ibland” och ”stämmer mycket bra, eller ofta”.

Formulären besvaras vid fyra tillfällen, innan behandling (T1), under behandling (T2), efter avslutad behandling (T3) och ett år efter avslutad behandling (T4). I den föreliggande studien analyserades endast material insamlat vid T1 och T3 för att undersöka effekten av behandlingen.

### **Procedur**

När Socialtjänsten får in ärenden om ungdomar med antisocialt beteende görs en utredning om behovet av familjeterapi. I utredningen utvärderar man risker med olika interventioner och överväger vilken behandlingsmetod som kan ge bäst resultat i varje enskilt fall. Efter det söker Socialtjänsten samarbete med Humana/INOM för eventuell insats i en familj och föreslår den behandlingsinsats man anser vara mest lämpad. Humana/INOM är ett privat omsorgsföretag som erbjuder HVB, jour-och familjehem, särskilda boenden, stödboende och öppenvård. Inom öppenvården erbjuder man både TFCO och IHF (Humana, 2016). Humana/INOM överväger i sin tur om den föreslagna behandlingsmetoden är den som är mest lämpad för den enskilda individen baserat på ett antal kriterier.

Innan behandlingen inleds genomförs en enkätundersökning med ett antal frågeformulär, bland annat CBCL och YRS. Syftet med dessa är att samla in information som ska ligga till grund för behandlingsplanen. Formulär fylls i separat av ungdomens och dennes föräldrar, i närvaro av en ungdomsbehandlare respektive en familjebehandlare. I båda fallen kan behandlaren hjälpa till om frågorna uppfattas som svåra eller oklara. Halvvägs genom behandlingen, och under den sista månaden av behandlingen upprepas enkätundersökningen och ett år efter avslutad behandling sker den sista insamlingen i syfte att kunna utvärdera effekten av behandlingen. Svaren förs in i Journal Digital, ett webbaserat dokumentations- och uppföljningssystem (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009), vilket också bistår med formulären YRS och CBCL för denna studie.

### *Etiska överväganden*

Alla deltagare informerades både muntligt och skriftligt om datainsamlingen och om studiens konfidentialitet. Deltagarna lämnade därefter sitt godkännande om att deras data skulle komma att användas både till utvärdering av behandlingsprocessen och i forskningssyfte, och

deras skriftliga medgivande erhöles innan datainsamlingen. Deltagarna informerades också om att de när som helst kunde ångra sig och att deras data då skulle tas bort från registret och inte användas i forskningssyfte. All data har sedan anonymiserats vilket innebär att inga namn, utan enbart siffror finns med i materialet, och i den föreliggande studien kommer data endast att redovisas på gruppnivå. All data ägs av Humana/INOM och för att få tillgång till den har sekretessavtal skrivits på.

### *Behandlingsmetoder*

Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF) är en manualiserad familjebaserad behandlingsmodell som utvecklades i Sverige 2001 av Familjeform AB (idag Humana/INOM). Termen intensiv syftar på antal behandlingstimmar, och behandlingsinterventioner, hemmabaserad behandling innebär att ungdomen i största möjliga utsträckning ska kunna stanna kvar i sin egen miljö då man menar att ett behandlingsarbete som utförs i familjens hemmiljö ökar motivationen till förändring och har en direkt effekt för ökad möjlighet till generalisering. Termen familjebehandling styrs av tanken att alla i ungdomens nätverk ska samverka och arbeta i samma riktning för att nå en hållbar förbättring för ungdomen och dennes familj (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009).

Behandlingstiden är mellan 6-12 månader och behandlingsarbetet bedrivs och organiseras av ett team bestående av en samordnare, en familjebehandlare, en ungdomsbehandlare och ibland även en färdighetstränare och skolhandledare (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009). Samordnaren har som uppgift att vara sammankallade för behandlingsteamet och ansvarar för att en arbetsplan upprättas. Arbetsplanen innefattar både familjens, skolans och socialtjänstens mål och målen man sätter upp ska vara mätbara så att det går att följa en utveckling. Det är även samordnarens uppgift att hålla i kontakt med socialförvaltningen och att fortlöpande ge behandlingsteamet internhandledning så att interventionerna följer de uppgjorda målen i arbetsplanen. Familjebehandlaren har som uppgift att hålla i familjesamtal och utgångspunkten för samtalen är det som föräldrarna är otillfredsställda med och vill förändra. Samtalen kretsar kring hur föräldrarna ska kunna ändra på gamla, ibland dysfunktionella mönster, och kommunikationsträning är en viktig del av detta. Syftet är att skapa ett klimat som möjliggör för föräldrarna att veta var ungdomen tillbringar sin fritid och målet är att ungdomen själv ska berätta för föräldrarna var, hur och med vem de tillbringar sin tid. Ungdomsbehandlaren har som uppgift att skapa förtroende hos ungdomen och att stötta ungdomen att föra sin talan, såväl i familjesamtal som i möten med skolan och



socialförvaltning. Ungdomsbehandlaren kan vid behov även följa med till olika fritidsaktiviteter, ge handledning till lärare, och införa poängsystem i skolan (Balldin, Schüller, Björk & Olsson, 2004).

Behandlingen består av fyra faser, *engagemangsfasen*, *undersökningsfasen*, *beteendeförändringsfasen* och *generaliseringsfasen*. Engagemangsfasen främsta syfte är att skapa terapeutisk allians och att frambringa hopp och meningsfullhet med behandlingsteamet. Målet är att öka motivationen och behålla familjen och ungdomen i behandlingen. Undersökningsfasen är ofta en del av engagemangsfasen. Här försöker man förstå hur familjen fungerar både inåt och utåt mot en bredare social kontext som släkt, arbete och skola, och hur symptomen kan knytas till familjesystemet. Man identifierar och försöker tidigt modifiera familjemönster som är möjliga att förändra, man utreder vilka behov som spår på de dysfunktionella beteendena och vad som gör att symtomen vidmakthålls. Kontakten med familjen är oftast intensiv under denna period, ungdomsbehandlaren träffar ungdomen cirka två gånger i veckan och kontakter med skolan och ungdomen sker cirka en gång i veckan. Även familjesamtal sker en gång i veckan och däremellan har familjen möjlighet att ringa och genom telefonsamtal få direkt handledning i akuta situationer (Balldin, Schüller, Björk & Olsson, 2004).

I beteendeförändringsfasen är målet att stötta familjen att utveckla beteendeförändringar som går att vidmakthålla på sikt. Interventionerna inriktas också på att öka ansvarsfulla beteenden och att minska oansvariga beteende, både inom familjen och mellan de olika systemen familjen befinner sig i. Sista steget är generaliseringsfasen. Målet med denna fas är att hjälpa familjen att bibehålla den positiva utvecklingen och att familjen själv ska ha kontroll och makt över sin situation (Balldin, Schüller, Björk & Olsson, 2004). Generaliseringsbegreppet bygger på grundtanken att så tidigt som möjligt i behandlings fokusera på att alla Lösningstrategier som familjen tillgodogör sig under de olika behandlingsfaserna ska ses som verktyg möjliga att använda inom andra områden och att alla interventioner ska stäva efter att familjen ska klara sig själva efter behandlingen (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009).

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) utvecklades av Patricia Chamberlain och John B. Reid vid Oregon Social Learning Center i USA under tidigt 1980-tal och togs till Sverige år 2000 av Familjeforum AB idag Humana/INOM) (TFCO, 2016). TFCO är en

multidimensionell behandlingsmetod som kombinerar familjeterapi och individterapi med att placera ungdomen i ett specialutbildat familjehem (Chamberlain & Reid, 1991) med målet att ungdomen ska kunna återförenas med sin ursprungsfamilj (TFCO, 2016).

Precis som i IHF arbetar ett behandlingsteam med tydligt definierade roller runt ungdomen och dennes familj, och överlappning mellan rollerna är ytterst begränsat (Chamberlain, 2003). Teamet består även här av en samordnare, en familjebehandlare och en ungdomsbehandlare. Här ingår även alltid en färdighetstränare som arbetar med ungdomen 1-6 timmar per vecka. Dennes uppgift är att lära ungdomen prosociala beteenden och problemlösningsfärdigheter genom intensiva interaktioner, rollspel och modellerande. Det kan handla om att träna på vardagliga situationer, som att gå in i en butik eller att lära ungdomen passande klassrumsbeteende och konfliktlösningsfärdigheter. I TFCO ingår även ett familjehem vilket är den största skillnaden mellan IHF och TFCO. Ett TFCO-familjehem är en vanlig familj med en vårdande familjemiljö och erfarenhet av ungdomar. Ett krav är att en av föräldrarna ska vara hemma på heltid och att dom endast har en ungdom placerad i taget (Chamberlain, 2003). Ett TFCO-familjehem skiljer sig från ett traditionellt familjehem genom att arbetet med ungdomarna är regelstyrkt efter en manual och innan placering får nya familjehem 20 timmars träning av samordnaren och andra TFCO-föräldrar för att bli utbildade i metoden (Eddy, Whaley & Chamberlain, 2004). I TFCO-teamet ingår också en PDR-caller (Parent Daily Report-caller) som dagligen kontakter antingen familjehemmet eller ursprungsfamiljen (beroende på var ungdomen befinner sig) för att ta in en daglig skattning av ett 40-tal positiva och negativa beteenden ungdomens uppvisat (Chamberlain & Reid, 1987). En PDR-caller är ofta en person som tidigare varit en framgångsrik förälder i ett familjehem och fungerar också som familjehemstränare och rekryterar nya familjehem (Chamberlain, 2003).

Båda IHF och TFCO använder sig av poänglistor där önskvärda beteenden belönas genom att ungdomen får poäng som sedan kan sedan omvandlas till olika förmåner, vilket ska leda till förstärkning av de positiva beteendet. I TFCO använder man sig även av skolkort, närvaro och prestation skattas då av läraren med hjälp av ett skolkort och poängen överförs sedan till poänglistan (Chamberlain & Reid, 1991).

## **Statistiska analyser**

Data bearbetades först i Excel för att sedan analyseras med hjälp av IBM SPSS 24.0. Då antal påståenden skiljer sig åt för de olika domänerna i CBCL och YRS delades deltagarnas samlade poäng i en domän med antal påståenden för den domänen i syfte att normalisera poängen för de olika domänerna. På CBCL har exempelvis ångest 13 påståenden och aggressivt beteende 18. Deltagarens samlade poäng för ångest delades då med 13 och deltagarens samlade poäng för aggressivt beteende delades med 18.

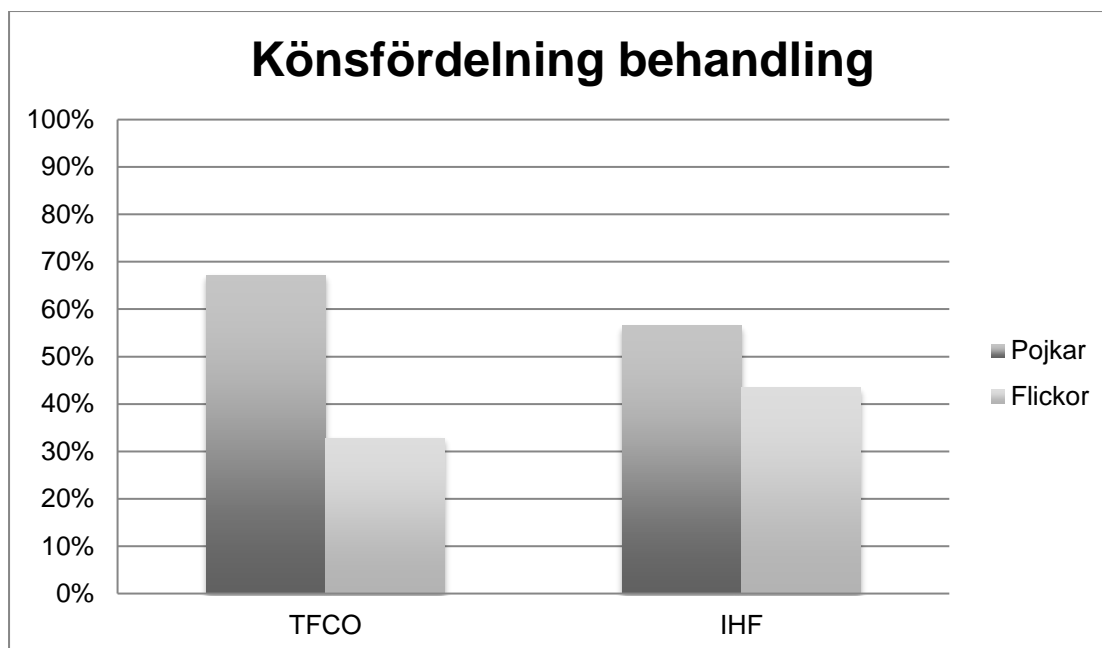
Analyserna genomfördes på completers, och genomfördes separat för ungdomarnas skattningar på YRS, mödrarnas skattningar på CBCL, och för fädernas skattningar på CBCL. För att ta reda på om det fanns några skillnader mellan completers och ITT, och om symtombelastning i de olika domänerna vid T1 eller kön påverkade huruvida ungdomarna hoppade av behandlingen eller inte, användes ANOVA.

För att titta på effekten av behandling i de olika domänerna användes ANOVA och t-test för beroende mätningar. För att analysera könsskillnader i behandlingseffekt genomfördes först oberoende t-test för att ta reda på om det fanns några signifikanta skillnader mellan pojkar och flickor i de olika domänerna vid T1. I de fall de fanns signifikanta skillnader i ingångsvärden genomfördes ANCOVA, i övriga fall genomfördes oberoende t-test.

## **Resultat**

### **Könsfördelning TFCO och IHF**

En kartläggning över hur många pojkar respektive flickor som erbjudits respektive metod visade att 250 ungdomar erbjudits TFCO. Av dessa var 168 pojkar (67,2%) och 82 flickor (32,8%), alltså dubbelt så många pojkar. IHF har erbjudits till 354 ungdomar och av dessa var 200 pojkar (56,5%) och 154 flickor (43,5%). I Figur 2 nedan kan man se att det är fler pojkar som erbjudits både TFCO och IHF, men att skillnaden är större vad gäller TFCO.



Figur 2. Stapeldiagram över könsfördelningen för TFCO respektive IHF redovisat i procent

### **Skillnader mellan completers och ITT**

För att ta reda på om det fanns några skillnader mellan completers och ITT, och om symtombelastning i de olika domänerna vid T1 eller kön påverkade huruvida ungdomarna hoppade av behandlingen eller inte, genomfördes separata ANOVA analyser med kön och completers/ITT som fixed factors och domän som beroende variabel.

För YRS visade dessa att det fanns en signifikant huvudeffekt av kön i domänerna ångest, tillbakadragenhet, somatiska symtom, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem och aggressivt beteende ( $p < 0,003$ ). Flickor hade större symtombelastning i samtliga av dessa domäner. Vad gäller kriminellt beteende fanns inga signifikanta effekter. Inga signifikanta interaktionseffekter påträffades heller. Resultatet antyder att pojkar och flickor skiljer sig åt, men att det inte påverkar huruvida dom hoppar av behandlingen eller inte.

Enligt mödrarnas skattningar på CBCL fanns en signifikant huvudeffekt av kön i domänen somatiska symtom ( $F(1,221) = 10,768, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,05$ ), där flickor hade större symtombelastning än pojkar. Övriga domäner visade inga signifikant huvudeffekter. Enligt fädernas skattningar på CBCL fanns inga signifikanta huvudeffekter. Inga signifikanta interaktionseffekter påträffades heller. Resultatet antyder att varken kön eller

symtombelastning i de olika domänerna påverkar huruvida ungdomar hoppar av behandlingen eller inte.

### Symtomminskning IHF

För att ta reda på om familjerna som genomgått IHF upplevde att symtombelastningen för pojkar respektive flickor minskat efter fullföljd behandling genomfördes följande analyser på completers. Analyserna genomfördes separat på ungdomarnas egna skattningar på YRS, och mödrarnas respektive fädernas skattningar på CBCL.

Två (en för respektive kön) 2x8 ANOVA med tillfälle (innan och efter behandling) och domän som inom-gruppsfaktorer, visade att symtombelastningen minskat mellan T1 och T3 i alla domäner för både pojkar ( $F(1,55) = 7,02, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,11$ ) och flickor ( $F(1,54) = 12,21, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,18$ ) enligt ungdomarnas skattningar på YRS. Resultatet visar alltså att den totala symtombelastningen minskat enligt ungdomarnas egna skattningar. I Tabell 1 nedan redovisas medelvärde och standardavvikelse för YRS. Där kan man se att medelvärdet för beteendesymtomen minskat i alla domäner vid T3 hos pojkar respektive flickor.

Tabell 1. *Medelvärde (och standardavvikelse) för YRS vid T1 respektive T3 för pojkar respektive flickor*

Domän	Pojkar T1	Pojkar T3	Flickor T1	Flickor T3
Ångest	0,30 (0,29)	0,22 (0,27)	0,59 (0,40)	0,44 (0,35)
Tillbakadragenhet	0,48 (0,39)	0,40 (0,36)	0,57 (0,41)	0,49 (0,36)
Somatiska symtom	0,72 (0,62)	0,62 (0,68)	1,41 (0,82)	1,15 (1,07)
Sociala problem	0,33 (0,28)	0,28 (0,28)	0,51 (0,30)	0,35 (0,29)
Tankeproblem	0,44 (0,41)	0,39 (0,36)	0,56 (0,35)	0,45 (0,37)
Uppmärksamhet	0,74 (0,37)	0,62 (0,37)	0,85 (0,43)	0,77 (0,48)
Kriminalitet	0,54 (0,29)	0,46 (0,24)	0,50 (0,30)	0,42 (0,26)
Aggression	0,65 (0,29)	0,55 (0,30)	0,69 (0,32)	0,64 (0,35)

För att ta reda på om det fanns några signifikanta skillnader mellan T1 och T3 i symtombelastning inom de olika domänerna, och om dessa skiljde sig åt mellan pojkar och flickor genomfördes ett antal t-test för oberoende mätningar (med Bonferroni korrigerade p-

värden). Dessa visade på en signifikant skillnad mellan T1 och T3 i domänerna kriminellt beteende ( $t(54) = 2,60, p < 0,006$ , ensidig prövning) och aggressivt beteende ( $t(55) = 2,81, p < 0,006$ , ensidig prövning) hos pojkar, och ångest ( $t(54) = 3,38, p < 0,006$ , ensidig prövning) och tankeproblem ( $t(54) = 2,86, p < 0,006$ , ensidig prövning) hos flickor. Enligt pojkarnas egna skattningar minskade alltså externaliserade beteenden signifikant, medan det enligt flickornas skattningar var internaliserade beteenden som minskade signifikant.

För att ta reda på om IHF minskar symtombelastningen för pojkar respektive flickor enligt mödrarnas skattningar på CBCL genomfördes återigen två 2x8 ANOVA, en för varje kön. Även dessa visade att symtombelastningen minskat mellan T1 och T3 för både pojkar ( $F(1,61) = 43,98, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,42$ ) och flickor ( $F(1,45) = 18,07, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,29$ ).

Även enligt mödrarnas opinion minskade alltså den totala symtombelastningen efter fullföljd behandling. I Tabell 2 nedan redovisas medelvärde och standardavvikelse för mödrarnas skattningar på CBCL, där kan man se att symtombelastningen minskat vid T3 i alla domäner för både pojkar och flickor.

Tabell 2. *Medelvärde (och standardavvikelse) för CBCL skattningar ifyllda av mödrar vid T1 respektive T3 för pojkar respektive flickor*

Domän	Pojkar T1	Pojkar T3	Flickor T1	Flickor T3
Ångest	0,54 (0,40)	0,34 (0,33)	0,60 (0,41)	0,44 (0,29)
Tillbakadragenhet	0,71 (0,50)	0,47 (0,43)	0,55 (0,41)	0,40 (0,32)
Somatiska symtom	0,71 (0,65)	0,53 (0,44)	0,94 (0,68)	0,80 (0,69)
Sociala problem	0,41 (0,28)	0,26 (0,24)	0,43 (0,36)	0,35 (0,31)
Tankeproblem	0,26 (0,24)	0,19 (0,21)	0,26 (0,25)	0,20 (0,21)
Uppmärksamhet	0,87 (0,43)	0,66 (0,42)	0,77 (0,39)	0,66 (0,35)
Kriminalitet	0,61 (0,33)	0,46 (0,31)	0,58 (0,37)	0,42 (0,32)
Aggression	0,84 (0,45)	0,54 (0,42)	0,83 (0,49)	0,61 (0,46)

Vad gäller mödrarnas skattningar på pojkar visade resultatet även på en signifikant interaktion mellan tillfälle och domän ( $F(7,427) = 3,38, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,05$ ), vilket antyder att symptomen inte minskade lika mycket inom varje domän. T-test för beroende mätningar (med Bonferroni korrigerade p-värden) visade att beteendesymptomen minskade signifikant i

alla domäner ( $p < 0,005$ ), men att tankeproblem ( $p = 0,003$ ), och framförallt somatiska symtom ( $p = 0,005$ ) inte minskade lika mycket som övriga domäner ( $p < 0,000$ ), vilket skulle kunna förklara den signifikanta interaktionen.

Två 2x8 ANOVA, en för varje kön, visade att symtombelastningen minskat mellan T1 och T3 även enligt fädernas skattningar på CBCL, både för pojkar ( $F(1,37) = 20,16, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,35$ ) och flickor ( $F(1,31) = 10,52, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,25$ ). Även här fanns en signifikant interaktion mellan tillfälle och domän för pojkar ( $F(7,259) = 3,55, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,09$ ). T-test för beroende mätningar (med Bonferroni korrigerade p-värden) visade att somatiska symtom inte minskade signifikant enligt fädernas skattningar på söner ( $t(37) = 0,48, p > 0,05$ , ensidig prövning). Ängest, tillbakadragenhet, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhet, kriminellt beteende och aggressivt beteende minskade dock signifikant ( $p < 0,005$ ). I Tabell 3 nedan visas medelvärde och standardavvikelse för fädernas skattningar på CBCL, där kan man se att beteendesymtomen minskat hos pojkar respektive flickor inom alla domäner, men att somatiska symtom hos pojkar inte minskat lika mycket som övriga domäner.

Tabell 3. *Medelvärde (och standardavvikelse) för CBCL skattningar ifyllda av fäder vid T1 respektive T3 för pojkar respektive flickor*

Domän	Pojkar T1	Pojkar T3	Flickor T1	Flickor T3
Ängest	0,47 (0,37)	0,33 (0,34)	0,56 (0,38)	0,34 (0,32)
Tillbakadragenhet	0,61 (0,44)	0,47 (0,40)	0,53 (0,39)	0,42 (0,37)
Somatiska symtom	0,38 (0,43)	0,35 (0,43)	0,69 (0,58)	0,61 (0,62)
Sociala problem	0,35 (0,27)	0,24 (0,21)	0,36 (0,30)	0,25 (0,26)
Tankeproblem	0,23 (0,24)	0,14 (0,17)	0,26 (0,24)	0,19 (0,19)
Uppmärksamhet	0,89 (0,46)	0,71 (0,41)	0,81 (0,45)	0,64 (0,42)
Kriminalitet	0,64 (0,43)	0,46 (0,34)	0,54 (0,33)	0,36 (0,32)
Aggression	0,78 (0,42)	0,49 (0,35)	0,69 (0,40)	0,50 (0,41)

### **Könsskillnader i symtomminskning**

För att analysera könsskillnader i behandlingseffekt, genomfördes först ett antal t-test för oberoende mätningar (med Bonferroni korrigerade p-värden) för att ta reda på om det fanns några signifikanta skillnader mellan pojkar och flickor i de olika domänerna vid T1, alltså om grupperna skiljde sig åt i ingångsvärden innan behandlingen påbörjades. Enligt ungdomarnas egna skattningar visade dessa på en signifikant skillnad mellan pojkar och flickor i domänerna ångest ( $t(109) = -4,40, p < 0,006$ ) och somatiska symtom ( $t(109) = -4,97, p < 0,006$ ), där flickorna hade högre ingångsvärden än pojkarna. Dessa fördes in som kovariat i vidare analys för att ta bort effekten av ingångsvärdena innan grupperna jämfördes. Vad gäller föräldrarnas skattningar fanns inga signifikanta skillnader mellan könen vid T1.

Då det fanns en skillnad mellan pojkar och flickor vid T1 i domänernas ångest och somatiska symtom genomfördes två ANCOVA med ångest respektive somatiska symtom som kovariat. Dessa visade att det inte fanns några könsskillnader i symtomminskning för varken ångest ( $F(1,108) = 2,23, p > 0,05, \eta_p^2 = 0,02$ ) eller somatiska symtom ( $F(1,108) = 0,19, p > 0,05, \eta_p^2 = 0,00$ ). Domäner där ingångsvärdena inte skiljde sig åt analyserade med hjälp av t-test för oberoende mätningar (med Bonferroni korrigerade p-värden). Dessa visade att det inte heller fanns några könsskillnader i symtomminskning vad gäller tillbakadragenhet, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, kriminellt beteende eller aggressivt beteende ( $p > 0,116$ ). Pojkar och flickor minskade alltså lika mycket i symtombelastning i alla domäner.

T-test för oberoende mätningar med Bonferroni korrigerade p-värden (0,006) visade vidare att det inte fanns några könsskillnader i symtomminskning enligt varken mödrarnas ( $p > 0,014$ ) eller fädernas ( $p > 0,048$ ) skattningar på CBCL. Detta tyder på att behandlingen även enligt föräldrarnas opinion fungerar lika bra för pojkar och flickor och att det inte finns några könsskillnader.

### **Diskussion**

Syftet med denna studie var dels att göra en kartläggning över hur många pojkar respektive flickor som erbjudits TFCO respektive IHF. Dels att utifrån skattingsformulären CBCL och YRS titta på hur väl IHF fungerar för pojkar respektive flickor, och om det finns några



könsskillnader. Resultatet visade att dubbelt så många pojkar som flickor erbjudits TFCO, fler pojkar hade även blivit erbjudna IHF men skillnaden var här inte lika stor. Då TFCO är en striktare metod för svårare problematik var hypotesen att fler pojkar erbjudits den behandlingen, vilket resultatet också visar på. Vidare visade resultatet att den totala symtombelastningen minskade hos både pojkar och flickor efter fullföljd IHF, både enligt ungdomarnas egna skattningar på YRS och föräldrarnas skattningar på CBCL. Detta tyder på att både ungdomarna och deras föräldrar upplever att behandlingen ger effekt, och att IHF är ett lovande behandlingsprogram för ungdomar med antisocialt beteende vilket också är i linje med tidigare resultat presenterade av Fransson, Balldin, Hansson och Schüller (2009). Detta är den första studien som tittat på könsskillnader när det kommer till IHF och resultatet tyder även på att behandlingen överlag fungerar lika bra för pojkar och flickor när det kommer till minskad symtombelastning då det inte fanns några signifikanta könsskillnader varken enligt ungdomarnas eller föräldrarnas skattningar. En intressant skillnad som dock framkom var att aggressivt och kriminellt beteende minskade signifikant hos pojkar, medan ångest och tankeproblem minskade signifikant hos flickor. Detta enligt ungdomarnas egna skattningar. Pojkarna minskade alltså framförallt i externaliserade symtom, medan flickorna framförallt minskade i internaliserade symtom.

En förklaring till att dubbelt så många pojkar som flickor erbjudits TFCO skulle kunna vara att pojkars problematik helt enkelt är mer utpräglad, och att fler pojkar därför bedöms vara i behov av en striktare behandlingsmetod. En annan förklaring skulle kunna vara att problemen uppfattas som mer utpräglad av omgivningen. Det finns idéer om att flickor med mindre sannolikhet än pojkar kommer att uttrycka ett antisocialt beteende som tar sig uttryck i kriminella gärningar, och att deras antisociala beteende istället skulle resultera i problematik av mer dold karaktär (Socialstyrelsen, 2009; Moffitt, Caspi, Rutter & Silva, 2001). Om flickor uppvisar andra och mer dolda symtom finns en risk att man inte upptäcker eller tolkar flickors problematik som lika allvarlig, trots att så kan vara fallet. Zambo (2008) är i en artikel om flickor och ADHD inne på samma spår och menar att det finns en risk att flickor som uppvisar andra symtom än de som i första hand associeras med ADHD inte upptäcks, och att deras symtom istället tolkas som en naturlig del av att ”vara flicka” (Zambo, 2008).

I rapporten från Barnombudsmannen (2016) framkommer det att det finns skillnader mellan hur ADHD, Aspergers syndrom och andra tillstånd i autismspektrum tolkas hos pojkar respektive flickor. Detta tror man delvis beror på att diagnoskriterierna är utvecklade för

pojkers symtom, vilket gör det svårare att upptäcka flickors problem. Denna tendens framkom även i en studie av Waschbusch och King (2006), där man fann en liten grupp flickor som inte uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD, men som uppvisade beteenden som var förenliga med ADHD och ODD när de jämfördes med andra flickor. Inga sådana pojkar upptäcktes. Enligt författarna tyder detta på att diagnoskriterierna för ADHD leder till en underidentifiering av flickor som eventuellt skulle behöva stöd (Waschbusch & King, 2006). Precis som antisocialt beteende associeras dessa diagnoser framförallt med pojkar och externaliserade beteenden, vilket kan göra det svårt att upptäcka flickor som kanske visar andra typer av symtom. I Barnombudsmannens rapport framkommer även att det vid samma symtom oftare tolkas som att pojkar har ADHD (Barnombudsmannen, 2016). Detta tyder på att det finns föreställningar kring ADHD och kön som inte är direkt kopplat till vilka symtom som uppvisas, och det finns då en risk att omgivningen tolkar samma symtom på olika sätt beroende på vilka föreställningar som finns om problematiken. Det är lätt att dra paralleller till antisocialt beteende som länge har betraktats som ett ”pojkenfenomen” och där forskning inom området framförallt har utgått ifrån pojkars problematik. Om problematiken är starkt förknippad med pojkar finns en risk att symtom som uppvisas av flickor inte tolkas på samma sätt, och om pojkar och flickor uppvisar olika symtom finns en risk att flickors problematik inte upptäcks på grund av att kriterierna inte är anpassade efter deras problematik, något som i längden resulterar i att rätten till vård och behandlingen inte blir likvärdig.

En förklaring till att problematiken kan ta sig olika uttryck skulle kunna vara att vi har olika förväntningarna på hur pojkar och flickor ”ska vara”, och att vi uppmuntrar och fördömer olika beteenden hos pojkar respektive flickor. Enligt Connell (2009) medverkar institutioner aktivt till att konstruera olika former av maskuliniteter och feminiteter genom att forma konsekvenserna av det ungdomar gör. Connell menar att ungdomar på så sätt lär sig vad som är feminint och maskulint och agerar i linje med detta. Holm (2008) talar i sin avhandling om en mognadsdiskurs och hur kopplingen mellan mognad och flickor skapar flickor som agerar i linje med det som knyts till ett moget beteende, och att de blir sedda som problematiska om de avviker från de förväntade beteendet. Utagerande pojkar bekräftar däremot förväntningarna på omognad och ha därmed en annan frihet att agera (Holm, 2008). Flickor uppmuntras således tydligare i icke-antisociala beteende, medan pojkar i större utsträckning tillåts uppvisa utagerande beteenden (Andershed & Andershed, 2005; Holm, 2008). Utifrån ett bedömningsperspektiv är det viktigt att inte låta förutfattade meningar om könstillhörighetens roll stå i vägen för en objektiv bedömning, och en individ måste bedömas

som en individ, mer eller mindre i riskzonen för allvarligt, ihållande antisocialt beteende, oberoende av könstillhörighet. Sammanfattningsvis är det svårt att säga varför dubbelt så många pojkar som flickor erbjudits TFCO, men det kan delvis ha att göra med att pojkar och flickor uppvisar olika symtom på antisocialt beteende och att pojkars problematik tolkas som mer utpräglad och allvarlig av omgivningen, trots att så inte behöver vara fallet.

Vidare visade resultatet i studien att de ungdomar som erbjudits IHF inte skiljde sig så mycket åt vad gäller symtombelastning vid T1. Analyserna visade att det endast fanns signifikanta skillnader mellan könen i domänernas ångest och somatiska symtom, där flickor skattade högre symtombelastning än pojkarna. Detta tyder på att ungdomar som erbjudits IHF, enligt deras egna skattningar, hade liknande symtombelastning innan behandlingen påbörjades. Enligt föräldrarnas skattningar fanns inga signifikanta skillnader mellan könen vid T1, vilket tyder på att symtombelastningen även enligt föräldrarna var relativt lika för könen, och att pojkar och flickor som får IHF inte uppvisar så skilda symtom.

Vidare visade resultatet att den totala symtombelastningen minskade hos både pojkar och flickor efter fullföljd IHF, vilket tyder på att behandlingen överlag verkar fungera för båda könen. En skillnad som dock framkom var att pojkar uppgav en större minskning i symtombelastning i domänerna kriminellt och aggressivt beteende, medan flickor uppgav en större minskning i domänerna ångest och tillbakadragenhet. Domänerna kriminellt och aggressivt beteende associeras med externaliserade problem, och ångest och tillbakadragenhet med internaliserade problem, vilket tyder på att det finns en skillnad när det kommer till vilken typ av problem som minskar för respektive kön. Vad är det då som gör att pojkar minskar mer i externaliserade problem och flickor mer i internaliserande problem? Inriktar sig behandlingen på olika problem hos pojkar och flickor, vilket leder till att symtomen framförallt minskar inom dessa domäner? Eller har behandlingen olika effekt på könen? Då det inte fanns några signifikanta skillnader mellan könen i de externaliserade domänerna vid T1 tyder det på att båda könen har liknande symtombelastningar inom dessa domäner, vilket pekar på vikten av att fokusera även på externaliserade problem hos flickor. Då det fanns en signifikant skillnad mellan könen vid T1 i domänernas ångest och somatiska symtom, där flickorna skattade högre symtom, skulle det kunna vara en förklaring till att åtminstone ångest inte minskade lika mycket hos pojkar som hos flickor. Att pojkarna inte skattade lika höga symtom i domänerna ångest och somatiska symtom skulle kunna bero på att symtombelastningen inom dessa domäner inte var lika hög som hos flickornas, men man

kan även spekulera i att det kan bero på att pojkar inte skattar lika höga symtom inom dessa domäner då symtomen framförallt associeras med flickor. Enligt Connell (2009) lär vi oss vad som är maskulint och feminint och agerar i linje med detta, vilket skulle kunna betyda att pojkar skattar sitt eget beteende i linje med den maskulina normen.

Ett annat intressant resultat som framkom i studien var att det enligt föräldrarnas skattningar på söner uppstod en signifikant interaktion mellan tillfälle och domän. Denna interaktion berodde förmodligen på att somatiska symtom enligt fädernas skattningar inte minskade signifikant, och enligt mödrarnas skattningar inte minskade lika mycket som övriga domäner. En förklaring till detta skulle kunna vara att behandlingsmetoden inte fokuserar lika mycket på somatiska symtom som övriga domäner, och att symtomen inom denna domän därför inte minskar i samma utsträckning. Då det inte fanns någon sådan interaktion vad gäller föräldrarnas skattningar på flickor tyder det dock på att somatiska symtom minskar i samma utsträckning som andra domäner vad gäller flickor. En möjlig förklaring till detta är att det fanns en signifikant skillnad mellan könen i somatiska symtom vid T1, där flickor skattade sig själva högre, vilket tyder på att flickorna hade en högre symtombelastning i somatiska symtom och då kanske också minskade mer än pojkarna. Då fäderna skattade en mindre minskning hos sönerna än vad mödrarna gjorde skulle man också kunna spekulera i om fäder är mindre uppmärksamma på somatiska symtom än mödrar.

### **Studiens begränsningar**

Syftet med den här studien var att undersöka huruvida IHF minskar symtombelastning hos antisociala ungdomar, och enda gången man med säkerhet kan säga att det föreligger ett kausalt samband är när man gör ett randomiserat experiment. Detta betyder att man inte med säkerhet kan säga att det råder ett kausalt samband mellan behandlingen och symtomminskningen. Ett annat problem är man inte heller kan skilja behandlingseffekt från tidseffekt. Det innebär att eftersom att det inte finns någon jämförelsegrupp kan det inte uteslutas att förändringen lika gärna skulle kunna bero på en naturlig utveckling. Dock kan man, om det finns ett konsekvent mönster hos de värden som antas före behandlingen och förändrade värden efter behandlingen, rimligen anta att förändringar är ett resultat av behandlingen. Det vore intressant att i framtiden genomföra en randomiserad studie som innefattar en kontrollgrupp för att säkrare kunna fastställa vilken effekt IHF har och att symtomminskningen beror på behandlingen och ingenting annat. Sådana studier är dock

väldigt resurskrävande. Det vore även intressant att framtida studier titta på långtidseffekter för att kunna säkerställa att effekten av IHF kvarstår på lång sikt.

En annan begränsning är att studien baseras på enkätundersökningar och ett problem med denna metod är social önskvärdhet, det vill säga benägenheten att undervärdera sina problem i önskan om att uppfattas som mer socialt accepterade. Detta skulle exempelvis kunna vara en förklaring till att pojkarna skattade lägre symtombelastning i domänerna ångest och somatiska symtom i jämförelse med flickorna, då det kan uppfattas som mer socialt accepterat för flickor att ha ångest. Social önskvärdhet skulle också kunna medföra att skattningarna i majoritet underdrivs i förhoppning om att undanhålla problem som finns i familjen, då många av dessa familjer lever under implicita hot om placering och tvångsvård.

Ett annat problem är det relativt stora bortfallet av både ungdomar och föräldrar i studien, då det finns en risk att det kan vara selektivt och att det då kan ha påverkat resultatet. Ett led i att minska det problemet var att analysera ITT, vilket ökar den interna validiteten. Dessa analyser visade inte på några signifikanta skillnader i symtombelastning vid T1 mellan completers och ITT, vilket tyder på att symtombelastning inte påverkade huruvida man hoppade av behandlingen eller inte. Vad avhoppet berodde på går dock inte att säga.

Ett annat bortfall gäller specifikt föräldrarna. Av 280 ungdomar fanns möjlighet för 560 föräldrar (280 mammor och 280 pappor) att delta i undersökningen. Att det endast är 226 mammor och 137 pappor (totalt 363 föräldrar) med i studien kan delvis bero på att ungdomen endast har en förälder, att endast en av ungdomens föräldrar har deltagit i behandlingen tillsammans med ungdomen eller att föräldrarna inte har besvarat CBCL. Man kan även konstatera att det är fler mödrar än fäder som deltar i behandlingen. Detta har sannolikt att göra med de könsroller som i stor utsträckning lever kvar än idag, där mödrar traditionellt sätt varit dem som tagit hand om barnen. I en studie av Flouri och Buchanan (2003), där man undersökt vad som förutsäger fäders involvering i sina barn, kunde man visa att fäder är mer benägna att vara engagerade i sina barns utbildning om det går bra för barnen i skolan, och mer benägna att vara involverade i att hantera sina barn om barnen inte har svårigheter. Studien visade också att svårt temperament hos barn direkt påverkade fäders involvering och att mödrars involvering var en stark prediktor för fäders involvering. I de familjer där modern var involverad i barnets skolgång var sannolikheten 15 gånger högre att fadern också skulle vara involverad (Flouri & Buchanan, 2003). Detta tyder på att fäder till barn med svårigheter

tenderar att vara mindre involverade i sina barn, vilket också skulle kunna vara en förklaring till det relativt låga antalet fäder som ingår i denna studie. Huruvida det finns ett samband mellan fädrens involvering och vilket resultat behandlingen ger vore också intressant att studera närmare i framtida studier.

### **Slutsats**

Trots studien begränsningar tyder resultatet på att IHF är en lovande metod för ungdomar med antisocialt beteende, då symtombelastningen minskade hos både pojkar och flickor efter fullföljd behandling, enligt både ungdomarna och föräldrarnas skattningar, vilket är i linje med tidigare forskning. Då resultatet inte visade på några könsskillnader i symtomminskning tyder det även på att metoden överlag fungerar lika bra för båda könen. Den skillnad som framkom var att pojkarna, enligt ungdomarnas egna skattningar, framförallt minskade i externaliserade problem, medan flickorna framförallt minskade i internaliserade problem, ett resultat som vore intressant att studera vidare.

### **Referenser**

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Andershed, H. & Andershed, A. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen?* (1.uppl.) Stockholm: Gothia.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: Vad säger forskningen?*. Stockholm: Gothia.
- Ballidin, T., Schüller, P., Björk, L., & Olsson, U. (2004). IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling – En behandlingsform för familjer med barn och ungdomar med svåra beteendeproblem. *Fokus på familjen*, 32(1), 65-78.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Barnombudsmannen (2016). *Respekt : Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd. BO:s årsrapport 2016*. Wolters Kluwer.

- BUP (2003). *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande. Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Barn – och ungdomspsykiatri (BUP).
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9(1), 97–109.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1991). Using a specialized foster care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19(3), 266–276.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1998). Comparison of Two Community Alternatives to Incarceration for Chronic Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 624–633.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303-312.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D. S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for Girls in the Juvenile Justice System: 2-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 187–193.
- Crijnen, A., Verhulst, F., & Achenbach, T. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The child behavior checklist syndrome constructs. *The American Journal of Psychiatry*, 156(4), 569-574.
- Connell, R. (2009). *Om genus*. (2., utvidgade och omarb. uppl.) Göteborg: Daidalos.
- Eddy, M. J., Whaley, R. B., & Chamberlain, P. (2004). The Prevention of Violent Behavior by Chronic and Serious Male Juvenile Offenders: A 2-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 12(1), 2–8.

- Farrington, D.P. & Welsh, B. (2007). *Saving children from a life of crime: early risk factors and effective interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). What predicts fathers' involvement with their children? A prospective study of intact families. *British Journal of Developmental Psychology*, 21(1), 81–97.
- Fransson, N., Balldin, T., Hansson, K., & Schüller, P. (2009). Gör behandlings skillnad? – En utvärdering av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF). *Socionomen*, 1, 26-36.
- Garrett, C.J. (1985). Effects of residential treatment of adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22(4), 287-308.
- Holm, A. (2008). *Relationer i skolan: en studie av feminiteter och maskuliniteter i år 9*. Diss. Göteborg : Göteborgs universitet, 2008. Göteborg.
- Humana (2016). Besökt 22 mars 2016 på <http://www.humana.se/individ-och-familj/>.
- IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling. (2016). Besökt 7 mars 2016 på <http://www.humana.se/individ-och-familj/ihf/>.
- Jones, G. (2009) *Youth*. Cambridge: Polity.
- Kyhle Westermark, P. (2009). *MTFC: en intervention för ungdomar med beteendeproblem*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Leve, L. D., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: Effects on delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1181–1184.
- Martinson, R. (1974). What Works? – Questions and answers about prisons reform. *Public Interest*. 35, 22-54.



- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Minuchin, S. (2011). *Families and family therapy*. London: Routledge.
- Ring, J. (2013). *Brott bland ungdomar i årskurs nio: resultat från Skolundersökningen om brott åren 1995-2011*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ).
- Sverige. Socialstyrelsen (2009). *Barn och unga som begår brott: handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sverige. Socialstyrelsen (2012). *Barn och unga i familjehem och HVB: handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sverige. Socialstyrelsen (2013). *Unga och brott i Sverige: underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sverige. Socialstyrelsen (2014). *Barn och unga: insatser år 2013 : vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sverige. Socialstyrelsen (2016). *Individ- och familjeomsorg: lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- TFCO – Treatment Foster Care Oregon. (2016). Besökt 7 mars 2016 på <http://www.humana.se/individ-och-familj/tfco/>.
- Waschbusch, D. A., King, S., & Northern Partners in Action for Children and Youth. (2006). Should sex-specific norms be used to assess attention-Deficit/Hyperactivity disorder or

oppositional defiant disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 179-185.

Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy and Systemic Practice*, 33(1), 20-41.

Zambo, D. (2008). Looking at ADHD through multiple lenses: Identifying girls with the inattentive type. *Intervention in School & Clinic*, 44(1), 34-40.