Ref.

Statens
offentliga
utredningar
1973:49
Justitie-
departementet

Unga lagöverträdare IV

Kroppslig – psykisk utveckling och status i belysning av föräldraintervju och uppföljningsdata.

Rapport av Sven Ahnsjö

SOU

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar
Stockholm 1973

Ref.

Statens
offentliga
utredningar
1973:49
Justitie-
departementet

Unga lagöverträdare IV

Kroppslig – psykisk utveckling och status i belysning av föräldraintervju och uppföljningsdata.

Rapport av Sven Ahnsjö

SOU

1956 års klientelundersökning
rörande ungdomsbrottslingar
Stockholm 1973

Statens offentliga utredningar
1973: 49
Justitiedepartementet

Unga lagöverträdare IV

Kroppslig — psykisk utveckling och status i belysning av föräldraintervju och uppföljningsdata.

Rapport av Sven Ahnsjö

1956 års klientelundersökning
rörande ungdomsbrottslingar
Stockholm 1973

ISBN 91-38-01722-9

K L Beckmans Tryckerier AB Stockholm 1973

Till Statsrådet och chefen för justitiedepartementet

De sakkunniga för 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar har i en rapport benämnd "Unga lagöverträdare I" (SOU 1971:49) behandlat undersökningens huvudsakliga uppläggning, undersökningsmetodiken och vissa andra principiella frågor. När det gäller resultatredovisningen har hittills avgivits två rapporter, nämligen en av professor Gösta Carlsson utarbetad rapport rörande familj, skola och samhälle i belysning av officiella data, "Unga lagöverträdare II" (SOU 1972:76), samt en rapport av fil. lic. Birgitta Olofsson rörande hem, uppfostran, skola och kamratmiljö i belysning av intervju- och uppföljningsdata, "Unga lagöverträdare III" (SOU 1973:25).

De sakkunniga får härmed avlämna ytterligare en rapport med resultatredovisning, avseende undersökningens barn- och ungdomspsykiatriska avsnitt. Den har sammanställts av professor Sven Ahnsjö. Undersökningsklientelet utgöres liksom i fråga om klientelundersökningens övriga avsnitt av pojkar i åldern 11–15 år, såväl brottsfall som kontrollfall. Undersökningen har omfattat dels en anamnesupptagning genom pojkens målsman, i regel modern, samt ett kroppsstatus och ett psykiskt status. I likhet med vad som skett inom övriga avsnitt utnyttjas även vissa uppföljningsdata beträffande pojkarna fram till vuxen ålder.

Härefter återstår såvitt på de sakkunniga ankommer en rapport rörande det psykologiska avsnittet.

Stockholm i oktober 1973.

På de sakkunnigas vägnar:

Per Bergsten

/Olle Hellberg

Innehåll

Ordförkortningar och ordförklaringar 9

Kapitel 1 *Introduktion* 11
1.1 Begränsning och målsättning . . 11
1.2 Den psykiatriska intervjun . . . 12
1.3 Övriga informationskällor 12
1.4 Utgångspunkter 12
1.4.1 Allmänt 12
1.4.2 Strategi 13
1.4.3 Statistiska metoder 13

Kapitel 2 *Pojkarnas utveckling* . . . 17
2.1 Graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod 17
2.1.1 Tidigare undersökningar . 17
2.1.2 Egna undersökningar och resultat. Graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodens komplikationer. Graviditetslängd, födelsevikt och födelselängd 18
2.1.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod 23
2.2 Spädbarnsår och tidig barnaålder 25
2.2.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 25
2.2.2 Egna undersökningar och resultat 27
2.2.2.1 Spädbarnsåret: Uppfödning, separationer, symtom och beteenden 27
2.2.2.2 Första levnadsåren: Utveckling, separationer och barnstugevistelser 37
2.2.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande spädbarnsåret och de första levnadsåren 42
2.3 Kroppsliga sjukdomar och traumata under uppväxtåren 44
2.3.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 44
2.3.2 Egna undersökningar och resultat: Barnsjukdomar, övriga kroppsliga sjukdomssymtom, upprepade kroppsliga traumata resp. skalltraumata och röntgenundersökningar 46
2.3.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande kroppsliga sjukdomar och symptom under uppväxtåren 52
2.4 Beteende i övrigt under uppväxtåren 55
2.4.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 56
2.4.2 Egna undersökningar och resultat: Anpassningen i och utom hemmet och i skolan, enskilda symtom och beteenden 57
2.4.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande anpassningssvårigheter och beteendesymptom under uppväxtåren 71

Kapitel 3 *Pojkarnas hemsituation och sociala bakgrund* 73
3.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 73
3.2 Egna undersökningar och resultat: Kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar hos fadern och modern, den emotionella atmosfären i

hemmet, uppfostringsprinciper och separationer i skolåldern 77
3.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas hemsituation och sociala bakgrund . . 99

Kapitel 4 *Pojkarnas skolsituation* . . 104
4.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 104
4.2 Egna undersökningar och resultat: Specialklassplaceringar, kvarsittning, anmärkningar, vidtagna åtgärder, anmälningar till barnavårdsnämnd, specialintressen, trivsel i skolan resp. med lärare och kamrater 106
4.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas skolsituation 110

Kapitel 5 *Fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor* 112
5.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 112
5.2 Egna undersökningar och resultat: Fritids- och kamratmiljö, intressen, bruk av alkohol, tobak och narkotika 116
5.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor 128

Kapitel 6 *Pojkarnas kroppsliga status vid undersökningstillfället* 130
6.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 130
6.2 Egna undersökningar och resultat: Vikt, längd, kroppsstatus och kroppstyp 131
6.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas kroppsliga status vid undersökningstillfället 132

Kapitel 7 *Pojkarnas psykiska status vid undersökningstillfället* 133
7.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 133
7.2 Egna undersökningar och resultat rörande psykiskt status: Motivation, motorik och tal, kontakt, grundstämning, uppmärksamhet, självförtroende, intellektuell rörlighet, samhällsorientering, omdöme och självkritik, ångest- och samvetsreaktioner, attityd till brott, enskilda psykiska symtom 134
7.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas psykiska status 147

Kapitel 8 *Symtomkombinationer och symtombelastning* 149
8.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar 149
8.2 Egna undersökningar och resultat: Astma och allergier, säng-, dagvätning och enkopres, habituella manipulationer, ångestsymtom, motorik och sömnrubbningar, organsymtom, aggressivitet, sensitivitet, eftergivenhet, hög resp. låg aktivitet 150
8.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande symtomkombinationer och symtombelastning . 159

Kapitel 9 *Ett försök att ställa diagnos* 160
9.1 Utgångspunkter 160
9.2 Egna undersökningsresultat 161
9.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande försök att ställa diagnos 164

Kapitel 10 *Ett försök till prognosbedömning* 166
10.1 Tidigare undersökningar 166
10.2 Egna undersökningar och resultat: Prognos utan vidtagande av ytterligare åtgärder resp. under gynnsammast möjliga behandling . . 167

10.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande försök till prognosbedömning 170

Kapitel 11 *Sammanfattning* 171

Summary 180

Litteraturförteckning 190

Ordförklaringar och förkortningar

HU	Huvudundersökningen
PU	Provundersökningen
B-grupp, B-pojkar, B-fall, B	Brottsgrupp, brottspojkar, brottsfall. Omfattar pojkar mellan 11–15 år polisanmälda för "brott" (Jfr "Unga lagöverträdare I", SOU 1971:49). I PU i regel 42 fall, i HU 147–148 fall
K-grupp, K-pojkar, K-fall, K	Kontrollgrupp, kontrollpojkar, kontrollfall. Kontroller i samma ålder och i samma socialklass och tillhörande samma familjetyp (splittrad resp. fullständig familj) samt boende i motsvarande bostadsområde (jfr som ovan). I PU i regel 40, i HU 53 fall.
Σ	Summa
Sign.	Signifikans (se i övrigt sid. 16)
Sekvens-modell	Sekvensklassmodell (se sid. 13)

1 Introduktion

1.1 *Begränsning och målsättning*

I "Unga lagöverträdare I" (SOU 1971:49) har begränsningen och målsättningen för det barn- och ungdomspsykiatriska avsnittet angivits. Avsnittet omfattar den del av klientelundersökningen som utförts av barnpsykiater och utgörs av en anamnesupptagning genom pojkens målsman (i regel modern), på vissa punkter kompletterad med uppgifter av pojken själv, samt av ett kroppsstatus och ett psykiskt status. Begränsningen och den därav följande ofullständigheten är betingade av undersökningens totala uppläggning och har både positiva och negativa följder. Det positiva ligger i betydelsen av att eventuellt kunna bedöma värdet av de informationer, som enbart anamnes av målsman samt ett kroppsligt och psykiskt status ger. Det negativa ligger i det diskutabla i försöken att ställa diagnos och prognos utan hjälp av psykologiska undersökningsmetoder resp. mera ingående sociologisk utredning. Den väsentligaste målsättningen inom det psykiatriska avsnittet blir alltså att belysa anamnes och status hos försökspersonerna i klientelundersökningens olika undergrupper och utnyttja materialet för hypotesprövningar.

Målet inom undersökningens samtliga avsnitt är att söka de faktorer och faktorskomplex som är av väsentlig betydelse för uppkomsten av brottslighet hos barn och ungdom och därigenom vinna möjligheter att få fram instrument för dess förebyggande och behandling. Detta är givetvis en truism som gäller all forskning på området. Det är dock ett faktum, vilket inte minst påpekats under senare år, att vi trots vad som gjorts vet mycket litet och tror så mycket mer. Även de som har ställning som experter tvingas i stor utsträckning arbeta utan reell kunskap om de bakomliggande faktorerna. Det unika material, som här föreligger, bör kunna bidraga till att stödja eller avvisa respektive i varje fall belysa olika hypotesers och teoriers värde. Rapporten "Unga lagöverträdare II" (SOU 1972:76) utarbetad av professor Gösta Carlsson har visat möjligheten härtill liksom rapporten från det socialpsykologiska avsnittet "Unga lagöverträdare III" (SOU 1973:25).

Det barn- och ungdomspsykiatriska avsnittet begränsas i huvudsak till studier rörande mikromiljön, dvs. till familjen som miljö- och normbildare resp. till faktorer, som under utvecklingsprocessen kan ha bidragit till oförmågan att på olika utvecklingsnivåer anpassa beteendet inför olika valsituationer och bygga på erfarenhet. Nämnda arbete av professor Gösta Carlsson har i huvudsak berört makromiljön.

Jämförelsen mellan olika uppgifter i anamnes och status och deras frekvenser inom brotts- och kontrollgrupper samt inom olika återfalls- och icke återfallsgrupper kommer att bilda utgångspunkt för diskussioner rörande deras eventuella betydelse för uppkomsten av asocialt beteende.

1.2 *Den psykiatriska intervjun*

Intervjuns innehåll och variabeluppsättningen inom en prov- och en huvudundersökning har angivits i klientelundersökningens första del (SOU 1971:49). De frågeformulär som utnyttjats skiljer sig i viss mån inom prov- och huvudundersökning. Dessa olikheter belyses i det följande i samband med resultatredovisningen.

I provundersökningen har flera läkare och i huvudundersökningen två läkare utfört intervjuerna. Inför flertalet variabler föreligger emellertid en bundenhet till frågeformuläret, som knappast medger avvikelser av betydelse. Svaren blir när det gäller dessa uppgifter mer beroende av referentens tillförlitlighet än exploratörens skicklighet. Vederbörande läkares bedömning har konferensmässigt granskats och en slutlig bedömning gjorts tillsammans med avsnittsledaren. Interbedömarreliabiliteten har icke ansetts vara något problem av betydelse för resultaten. Frågan om resultatens generaliserbarhet har belysts i annat sammanhang för samtliga avsnitt (SOU 1971:49).

1.3 *Övriga informationskällor*

I det psykiatriska avsnittet utnyttjas utöver intervjun samma informationskällor som i undersökningens övriga avsnitt dvs. i första hand uppgifter beträffande återfall i asocialitet och sekvensmodeller rörande olika påföljder fram till och efter 18-årsåldern. På samma sätt används registerdata samt vissa uppgifter från undersökningen i samband med värnpliktsinskrivningen och från hemintervjun. Slutligen ingår uppgifter från journalerna vid de sjukhusavdelningar där pojkarna fötts.

1.4 *Utgångspunkter*

1.4.1 Allmänt

Den teoretiska bakgrunden till brottslighet bland barn och ungdom, dvs. olika teorier och förklaringsmodeller, har sammanfattningsvis skildrats i undersökningens första rapport (SOU 1971: 49) och diskuteras mera i detalj i rapporterna från de psykologiska och socialpsykologiska avsnitten.

Det barn- och ungdomspsykiatriska avsnittets variabelsammansättning präglas av den tid då undersökningen planerades. Detta medför givetvis en begränsning av möjligheterna till analyser inom områden som aktualiserats senare, t. ex. frågan om kromosomrubbningarna och deras betydelse som kriminalitetsorsak. Klientelundersökningens mångsidighet ger å andra sidan nya möjligheter för prövning av olika förklaringsmodeller. Det psykiatriska avsnittet bör i den form det fått också kunna ge bidrag till en säkrare kunskap på ett flertal av de områden där osäkerhet alltjämt råder.

Stor uppmärksamhet kommer att ägnas de variabler där exakta siffermässiga uppgifter föreligger, t. ex. när det gäller födelsevikt och födelselängd m. m. Genomgångna kroppsliga sjukdomar och traumata samt sjukdomssymtom av olika slag kommer också att bli föremål för intensivare belysning då uppgifterna här torde vara relativt säkra.

Det socialpsykologiska avsnittet bygger väsentligen på miljöstudier. Även i det psykiatriska ingår studier av miljön, dvs. familjen, skolan, fritiden och kamraterna som miljöfaktorer och normbildare. I den mån det psykiatriska avsnittet kan belysa hypoteser och teorier inom klientelundersökningens övriga avsnitt kommer detta också att ske.

I vår första rapport citerades Rutter (1970). I ett senare arbete (1971) ger denne författare en överblick över litteraturen när det gäller separationer mellan föräldrar och barn och framlägger dessutom resultat från en detaljerad och intensiv longitudinell studie rörande bl. a. effekten av olika familjeinflytanden på barns psykologiska utveckling. Rutters och hans medarbetares arbete syftar vidare än så, de avser att utnyttja epidemiologiska undersökningsmetoder, dvs. studera sjukdomars utveckling inom ett samhälle och hur distributionen av dessa varierar efter olika yttre omständigheter, undersökningar som också kan användas för att studera de

sociala orsakerna till psykiska sjukdomar och den psykologiska effekten av familjeinflytanden. Rutters och hans medarbetares undersökningar, som utförts under de sista tio åren, citeras relativt utförligt i detta avsnitt av klientelundersökningen.

1.4.2 Strategi

Provundersökningens (PU) syfte har varit dels att pröva instrument, metodik och administrativt tillvägagångssätt, dels att primärt pröva hypoteser. Prövningen ledde i första hand till vissa smärre justeringar men framför allt till kompletteringar i variabelbeståndet i huvudundersökningen (HU) och i andra hand till mera adekvat hypotesinriktning för testning i HU.

Liksom i andra delar av undersökningen prövas sålunda variabler och variabelgrupper först inom PU och efter eventuell revidering inom HU.

De undersökta grupperna omfattar sålunda 11–15-åriga pojkar som för första gången polisanmälts för brott (B-gruppen) samt deras kontroller, dvs. pojkar i samma ålder, från samma socialgrupp och familjetyp (splittrad resp. icke splittrad familj) och i möjligaste mån från samma bostadsområde (K-gruppen) (se SOU 1971:49 kap. 7). Jämförelsen gäller i detta avsnitt pojkarnas tidigare utveckling (graviditet, förlossning, spädbarnsår och tidig barnaålder samt deras kroppsliga sjukdomar och eventuella traumata, såväl som deras beteende under uppväxtåren, deras hemsituation och sociala bakgrund, skolsituation, fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor samt deras kroppsliga och psykiska status, och slutligen deras uppskattade "diagnos" och "prognos".

Undersökningens prospektiva del utgörs av den sammanställning av fakta som insamlats vid värnpliktsinskrivningen och via registeruppgifter av olika slag fram till årsskiftet 1971–72. Beskrivningen härav återfinns i den tidigare rapporten SOU 1971: 49 samt i övriga rapporter från undersökningen.

I detta avsnitt har det från olika synpunkter befunnits lämpligt att koncentrera den prospektiva delen av undersökningen till en s. k. sekvensklassmodell, som i sig innebär en sammanfattning av återfallssituationen. I korta drag innebär metoden att materialet i första hand uppdelas i två grupper, av vilka den ena omfattar de pojkar som efter 18 års ålder begått brott och den andre de pojkar som efter denna ålder ej begått brott. Inom vardera av dessa grupper upptar modellen fem sekvensklasser med avseende på de åtgärder, som vederbörande pojke kan ha varit utsatt för före 18 år: "Ej brott", "Endast debutbrott + utredning", "Flera utredningar", "Övervakning" och "Placering" (i tabellen "Samhällsvård"). Närmare beskrivning av sekvensklassmodellen och dess ursprung återfinns i SOU 1973:25 sid. 70. Här återges i tabell 1.1–4 hur pojkarna i B- och K-grupperna fördelar sig på de olika sekvensklasserna 0–9.

I regel utnyttjas i detta avsnitt endast sekvensklassernas 1, 3, 5, 7 och 9 och då summan härav, dvs. frekvensen när det gäller pojkar, som begått brott efter 18 år och dessutom grupp 9, dvs. frekvensen pojkar som utöver brott efter 18 år dessutom varit "placerade" före 18 år. Dessa sekvensklasser har det från praktisk synpunkt befunnits lämpligt att i första hand belysa inom detta avsnitt. Som framgår av tabellerna har praktiskt taget alla som "placerats" före 18 år också begått brott efter 18 år. Undantag utgör ett B-fall i PU och fyra i HU.

1.4.3 Statistiska metoder

Liksom i undersökningens övriga delar har i detta avsnitt i PU B- och K-fall parvis matchats mot varandra och i HU en K-pojke parats samman med två eller tre, i några fall fyra B-pojkar (i ett fall endast med en B-pojke).

I PU har sedan varje B-pojkes värde i respektive variabel och i HU B-pojkarnas medelvärde jämförts med K-kamratens. På basen härav har teckentest utförts.

Tabell 1.1 Sekvensmodellens utfall: Brottsfall, provundersökningen. N = 41[a]

		Före 18 år					
		Ej brott	Endast debut + utredning	Flera utredningar	Övervakning	Samhällsvård	Summa
Ej brott efter 18 år	Sekvensklass	0	2	4	6	8	
			n=9 22 %	n=7 17 %	n=6 15 %	n=1 2 %	56 %
Brott efter 18 år	Sekvensklass	1	3	5	7	9	
			n=2 5 %	n=6 15 %	n=2 5 %	n=8 20 %	44 %
	Summa		27 %	32 %	20 %	21 %	100 %

[a] En pojke avliden under uppföljningstiden.

Tabell 1.2 Sekvensmodellens utfall: Brottsfall, huvudundersökningen. N = 145[b]

		Före 18 år					
		Ej brott	Endast debut + utredning	Flera utredningar	Övervakning	Samhällsvård	Summa
Ej brott efter 18 år	Sekvensklass	0	2	4	6	8	
			n=41 28 %	n=14 10 %	n=17 12 %	n=4 3 %	53 %
Brott efter 18 år	Sekvensklass	1	3	5	7	9	
			n=6 4 %	n=7 5 %	n=20 14 %	n=36 25 %	48 %
	Summa		32 %	15 %	26 %	28 %	101 %

[b] Fem pojkar avlidna under uppföljningstiden.

I de situationer teckentest kunnat utnyttjas har så skett även i detta avsnitt.

Då teckentestet förutsätter skalor och det i detta avsnitt är regel att frågan gäller förekomst resp. icke förekomst och då icke förekomst eller 0-or kommer att överväga, har medeltalsjämförelser blivit den enda framkomliga vägen. Därvid har utnyttjats samma stratifiering som i andra delar av undersökningen. Med utgångspunkt från matchningsvariablerna ålder (11–13, 14–15 år), socialgrupp (1–2, 3) samt familjetyp (hel, splittrad) har B- och K-grupperna delats upp i åtta "strata", där B- resp. K-gruppens

Tabell 1.3 Sekvensmodellens utfall: Kontrollfall, provundersökningen. N = 42

		Före 18 år					
		Ej brott	Endast debut + utredning	Flera utredningar	Övervakning	Samhällsvård	Summa
Ej brott efter 18 år	Sekvensklass	0	2	4	6	8	
		n=32 76 %	n=4 10 %	n=0	n=2 5 %	n=0	91 %
Brott efter 18 år	Sekvensklass	1	3	5	7	9	
		n=3 7 %	n=0	n=0	n=1 2 %	n=0	9 %
	Summa	83 %	10 %		7 %		100 %

Tabell 1.4 Sekvensmodellens utfall: Kontrollfall, huvudundersökningen. N = 53

		Före 18 år					
		Ej brott	Endast debut + utredning	Flera utredningar	Övervakning	Samhällsvård	Summa
Ej brott efter 18 år	Sekvensklass	0	2	4	6	8	
		n=41 77 %	n=4 8 %	n=1 2 %	n=0	n=0	87 %
Brott efter 18 år	Sekvensklass	1	3	5	7	9	
		n=1 2 %	n=3 5 %	n=1 2 %	n=1 2 %	n=1 2 %	13 %
	Summa	79 %	13 %	4 %	2 %	2 %	100 %

medelvärden, differensen dem emellan samt medelfelet uträknats. Skillnader mellan B- och K-grupper totalt resp. i olika strata har på detta sätt kunnat avläsas och hypoteser prövas. Vissa strata har speciellt i PU fått ett mycket litet antal observationsmöjligheter. Antalet pojkar inom varje strata framgår av tabell 1.5–8.

Tabell 1.5–8 Fördelningen av prov- och huvudundersökningsgrupperna på 8 resp. 4 strata

Tabell 1.5

Provundersökningen								
Ålder	Hel fam.			Spl. fam.				
	Soc.-gr.	1 2	3	Soc.-gr.	1 2	3		
11–13	B	1	9	B	4	7	B	21
	K	3	8	K	3	8	K	22
14–15	B	5	9	B	1	6	B	21
	K	4	8	K	2	6	K	20
	B	6	18	B	5	13	B	42
	K	7	16	K	5	14	K	42

Tabell 1.6

Huvudundersökningen

Alder	Hel fam.				Spl. fam.			
	Soc.-gr.	1–2	3		Soc.-gr.	1–2	3	
11–13	B	15	30	B	9	15	B	69
	K	8	10	K	1	5	K	24
14–15	B	23	28	B	14	16	B	81
	K	10	8	K	5	6	K	29
	B	38	58	B	23	31	B	150
	K	18	18	K	6	11	K	53

Tabell 1.7

Provundersökningen

Familj	Soc.gr. 1–2		Soc.gr. 3		
Hel	B	6	B	18	B 24
	K	7	K	16	K 23
Splittrad	B	5	B	13	B 18
	K	5	K	14	K 19
	B	11	B	31	B 42
	K	12	K	30	K 42

Anm. Alder 11–13 år B 21
K 22

Alder 14–15 år B 21
K 20

Tabell 1.8

Huvudundersökningen

Familj	Soc.gr. 1–2		Soc.gr. 3		
Hel	B	38	B	58	B 96
	K	18	K	18	K 36
Splittrad	B	23	B	31	B 54
	K	6	K	11	K 17
	B	61	B	89	B 150
	K	24	K	29	K 53

Anm. Alder 11–13 år B 69
K 24

Alder 14–15 år B 81
K 29

I resultatredovisningen kommer i första hand de totala medeltalen att ägnas uppmärksamhet. I den mån ålder, socialgrupp resp. familjetyp avviker från resultatet för totalgruppen och denna avvikelse ansetts ha intresse för resultatet, anges densamma i texten.

K-gruppen kan enligt Carlsson (SOU 1972:76) betraktas som tämligen representativ för den totala befolkningen inom varje stratum.

Övriga statistiska metoder som förekommer i detta avsnitt är χ^2-test och Fishers exakta test för fyrfältstabeller.

Signifikansgränsen har om ej annat anges satts till 5 %-nivå.

I tabellerna är signifikansen (sign.) markerad med streck resp. en till tre stjärnor, vilket betyder:

–	$= p = > 0{,}05$	= över 5 %-nivå
*	$= p = < 0{,}05$	= under 5 %-nivå
**	$= p = < 0{,}01$	= under 1 %-nivå
***	$= p = < 0{,}001$	= under 0,1 %-nivå

I de fall situationen gäller förekomst resp. icke förekomst är signifikansen i regel beräknad enligt Fishers exakta test för fyrfältstabeller.

I detta sammanhang bör understrykas att det för erhållandet av signifikanta skillnader erfordras förhållandevis stora sådana när antalet observationer är litet. Ju större antalet observationer är desto mindre krav kan ställas på storleken av skillnader som framstår som signifikanta.

2 Pojkarnas utveckling

2.1 *Graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod*

Här analyseras uppgifter som hämtats dels från vårdnadshavaren (i regel modern), dels från sjukhusens förlossningsjournaler i samband med barnets födelse. De senare omfattar i första hand graviditetslängd, födelsevikt och födelselängd.

2.1.1 Tidigare undersökningar

Åtskilliga författare har ansett sig finna samband mellan "stressful pregnancy", graviditets- och förlossningskomplikationer, och senare "behavior disturbances" hos barn (Pasamaniek et al., 1956; Drillien, 1964; Stott, 1969), medan andra icke funnit sådana samband (Wolff, 1967; Jonsson, 1967; Minde et al., 1958). Illsley (1967) har kritiserat de metoder som använts, där positiva samband uppträtt. Han har bl. a. anfört att hänsyn icke tagits till materialets selektion eller till sociala och genetiska faktorers inverkan och till obstetriska faktorer av olika slag. Werner et al. (1967) har på ett relativt invändningsfritt sätt i en prospektiv och longitudinell studie redovisat effekten av denna typ av komplikationer (perinatala) på barnens fysiska, intellektuella och sociala utveckling under förskoleåldern med hänsynstagande till sociala och psykologiska miljöfaktorer och därvid hävdat att "perinatal stress" och dålig miljö hade en kumulativt negativ effekt, medan goda miljöförhållanden i stor utsträckning upphävde effekten av denna stress.

Bohman (1970) kunde i sin studie över adoptivbarn inte finna något samband mellan graviditets- och förlossningskomplikationerna å ena och barnens anpassning och skolbetyg å andra sidan. Vid analys av tre symtom i form av motorisk oro, koncentrationssvårigheter och läs- och skrivsvårigheter fann han dock hos pojkar ett visst samband inför det sist nämnda symtomet. Icke adopterade barn ur Bohmans "primärmaterial" med motsvarande graviditets- och förlossningskomplikationer uppvisade dock ej läs- och skrivsvårigheter. Bohman låter tolkningen härav bli en öppen fråga som bör bli föremål för ytterligare studier.

När det gäller graviditetstidens längd, barnets födelsevikt och längden vid födelsen har i regel endast födelsevikten ådragit sig uppmärksamhet. Jonsson (1967) kunde påvisa en större spridning i födelsevikten hos "delinquent" än hos "non-delinquent" pojkar vid klassindelning i 15 klasser (250 g) och vid utnyttjande av Sheppard's korrektion (signifikans på 1 %-nivå). Jonsson utnyttjade endast mödrarnas egna uppgifter, varför han ansåg att resultatet borde kollas upp i andra undersökningar. Även Bohman (1970) fann bland adoptivbarn att medelfelen ökade med graden av "school maladjustment". Differensen mellan standardavvikelserna var dock icke signifikant.

Torold (1969) har i sin studie av ungdomskriminaliteten närmare analyserat de lesionella faktorernas betydelse och sammanställt de undersökningar som bl. a. sökt visa betydelsen av perinatala komplikationer, skillnader i födelsevikt, skillnader i vem som är först och sist född av tvillingar etc. Han citerar bl. a. Husén (1959), som funnit tvillingar något mindre intelligenta än icke tvillingar, och Greenhill (1965), Hoffman (1962) samt Spurway (1962), som funnit förlossningskomplikationer vanligare hos den sist födde av tvillingarna och också att efterblivenhet och grövre hjärnskador är vanligare bland dessa. Vidare citeras Slater (1953) som inte fann några korrelationer mellan "differenser i födelsevikt, först- och sistföddhet och kvantitativa eller kvalitativa skillnader i psykisk hälsa och anpassning". Torold citerar också Shields' tvillingundersökningar (1954 och 1962), vars fynd inte stödjer uppfattningen att omständigheterna omkring förlossningen är av någon betydelse för intrapardifferenserna. Vidare citeras även Denckers (1963) och Tienaris (1966) tvillingstudier och Torold kommer fram till att resultaten av undersökningar av tvillingar angående vad man kan kalla "lesionshypotesen" underminerar teorin om exogena cerebrala lesioners generella betydelse för den sociala anpassningen. Torold menar dock att flera invändningar är mer eller mindre tänkbara och "bör kanske även göra oss något avvaktande inför en alltför definitiv konklusion". Han anför tre skäl härtill, av vilka det första här citeras: "Undersökningsmetoder med faktoranalys och med vanliga regressionsekvationer förutsätter linjära samband. Om sambandet mellan cerebral lesion och social anpassning är kurvlinjärt är denna metodologiska design mindre sufficient och kan vara missvisande. Man skulle kunna vänta sig att vissa lättare hjärnskador försämrar den sociala anpassningen och leder till exempelvis kriminalitet, men att svårare hjärnskador skyddar från kriminalitet." Lempp (1972) har i en prognosstudie rörande 89 stycken 14–17-åriga ungdomar dömda för egendomsbrott vid ungdomsdomstol i Tübingen och följda till 21 års ålder funnit så vara fallet när det gäller utvecklingsstörda. Han tillägger efter konstaterandet: "Dies entspricht einer Erfahrung, die in der Klinik immer wieder zu machen ist, dass nähmlich die leichtgradige Unterbegabung mit viel mehr sozialen Anpassungsschwierigkeiten zu kämpfen hat als die intellektuel schwerer Gestörten." Torold fortsätter: "(Jfr *Lundby*-undersökningen, som visade predicerbarhet av psykiska insufficienser från lätta (Sjöbringianska!) men ej svårare (konventionella) psykoorganiska personlighetsavvikelser)." I klientelundersökningen utnyttjas statistiska metoder där linjära samband inte behöver förutsättas, t. ex. AID-analys.

Frågan om hjärnskadorna och deras samband med eventuell genetisk vulnerabilitet behandlas senare.

2.1.2 Egna undersökningar och resultat

A. Graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodens komplikationer

Hypoteser

Att frekvensen av graviditets-, förlossnings- och nyföddhetskomplikationer är högre inom B-gruppen än inom K-gruppen och att komplikationer av denna art påverkar recidivfrekvensen är de hypoteser som i detta sammanhang uppställts. Sjukhusjournalernas uppgifter har tyvärr ej kunnat utnyttjas när det gällt komplikationer, beroende på journalernas skiftande fullständighet. Referentens dvs. i regel moderns svar på direkta frågor bildar i stället utgångspunkten. När det gäller graviditeten har ursprungsfrågan varit om något kroppsligt eller psykiskt anmärkningsvärt förelegat i samband med denna. Sedan har direkta frågor ställts beträffande eventuellt genomgångna infektioner, andra kroppsliga resp. psykiska sjukdomar och/eller traumata. Vidare har frågorna gällt huruvida modern röntgats under graviditeten, om läkare sökts och om sjukhusvård förekommit. I senare fallet har noterats varför sjukhusvård krävts och vilket sjukhus som anlitats.

Tabell 2.1 Graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodens komplikationer. N = totalt antal pojkar; n = dito med komplikationer.

	PU							HU						
	B			K			Diff. B–K	B			K			Diff. B–K
	N	n	%	N	n	%	Sign.	N	n	%	N	n	%	Sign.
Anmärkningsvärd														
1. Graviditet	41	8	20	40	8	20	–	141	34	24	53	10	19	–
2. Förlossning	42	6	14	41	6	15	–	141	15	11	53	7	13	–
3. Nyföddhets-period	42	3	7	39	5	13	–	141	6	4	53	4	8	–
Graviditet:														
1. Kroppsl. sjukd.	41	4	10	40	7	18	–	141	10	7	53	4	8	–
2. Psyk. trauma	41	8	20	40	4	10	–	141	3	2	53	1	2	–
3. Sjukhusvård	40	3	8	40	5	13	–	141	8	6	53	2	4	–

Beträffande förlossningen har frågan också gällt huruvida något anmärkningsvärt förelegat i samband härmed. Om jakande svar följt har komplikationens art angivits liksom namnet på det sjukhus, där förlossningen ägt rum. Komplikationer i anslutning till nyföddhetsperioden har också efterfrågats på samma sätt liksom typen härav.

I tabell 2.1 anges endast de uppgifter som befunnits vara väsentliga.

PU

Av tabell 2.1 framgår att graviditetskomplikationer anförts i högst frekvens (20 %), förlossningskomplikationer i lägre (14 resp. 15 %) och komplikationer under nyföddhetsperioden i lägst frekvens (B-gruppen i 7 % och K-gruppen i 13 %). Någon signifikant skillnad mellan B- och K-grupper föreligger ej. Av graviditetskomplikationer upptar psykiskt trauma den dominerande platsen (B-gruppen 20 % mot K-gruppen 10 %) medan kroppslig sjukdom och sjukhusvård förekommer numerärt oftare i K- än i B-gruppen.

PU ger sålunda inget stöd för vår hypotes, som dock upprepas inför HU och speciellt inför komplikationen psykiskt trauma under graviditeten.

HU

Tabell 2.1 åskådliggör samma tendens som i PU när det gäller förhållandet mellan graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodens komplikationsfrekvenser. Någon signifikant differens mellan B- och K-grupper föreligger inte heller här men graviditetskomplikationerna inom B-gruppen anges föreligga i 24 % mot K-gruppens 19 %.

Tendensen i PU beträffande psykiskt trauma under graviditeten kan i HU ej verifieras (2 % i såväl B- som K-grupp). Även frekvenserna när det gäller kroppslig sjukdom och sjukhusvård ligger på samma nivå i B- och K-grupper.

B. Graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodens komplikationer i sekvensmodell

I tabell 2.2, 2.3 och 2.4 anges sekvensmodellens antal resp. procenttal för "Brott efter 18 år" (1, 3, 5, 7 och 9) resp. för "Placerade (omhändertagna) pojkar före 18 år" (9) vid olika komplikationers förekomst resp. icke förekomst.

Tabell 2.2 Graviditetskomplikationer i sekvensmodell.

B resp. K	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
Graviditet																		
Anm.värd	8	5				0				34	17	50			8	24		
Ej anm.värd	32	12	38		–	7	22		–	103	47	46	4	–	23	22	2	–
K-fall																		
Graviditet																		
Anm.värd	8	4	50			0				10	3	30			0	0		
Ej anm.värd	32	0	0	50	***	0	0		–	43	4	9	21	–	1	2	–2	–
B-fall																		
Graviditet																		
Psyk.trauma	8	5				2				3	1				0			
Ej psyk.trauma	32	12	38		–	5	16		–	134	63	47		–	31	23		–
K-fall																		
Graviditet																		
Psyk.trauma	4	1				0				1	0				0			
Ej psyk.trauma	36	3	8		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
B-fall																		
Graviditet																		
Sjukhusvård	3	2				0				8	5				2			
Ej sjukhusvård	37	15	41		–	7	19		–	129	59	46		–	29	22		–
K-fall																		
Graviditet																		
Sjukhusvård	5	2				0				2	1				0			
Ej sjukhusvård	35	2	6		–	0	0		–	51	6	12		–	1	2		–

Tabell 2.3 Förlossningskomplikationer i sekvensmodell.

B resp. K	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
Förlossn.kompl.	6	3				1				14	7	50			3	21		
Ej förlossn.kompl.	35	15	43		–	7	20		–	123	57	46	4	–	28	23	–2	–
K-fall																		
Förlossn.kompl.	6	2				0				7	0				0			
Ej förlossn.kompl.	35	2	6		–	0	0		–	46	7	15		–	1	2		–

Tabell 2.4 Nyföddhetsperiodens komplikationer i sekvensmodell

B resp. K	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
Nyföddh.kompl.	3	2				0				5	1				0			
Ej kompl.	38	16	42		–	8	21		–	136	62	47		–	30	23		–
K-fall																		
Nyföddh.kompl.	5	2				0				4	1				0			
Ej kompl.	34	2	6		–	0	0		–	49	6	12		–	1	2		–

a. Graviditetskomplikationer (tabell 2.2)

PU

Några signifikanta skillnader i frekvenserna av "brott efter 18 år" resp. "omhändertagna före 18 år" kan ej påvisas mellan de B-pojkar, för vilka graviditetskomplikationer angivits resp. icke angivits. Detsamma gäller förekomst eller inte förekomst av psykiskt trauma resp. sjukhusvård under graviditeten såväl för B- som K-pojkar.

Det kan dock betraktas som anmärkningsvärt att såväl B- som K-fall genomgående uppvisar numeriskt högre antal "brott efter 18 år" i de fall graviditetskomplikationer angivits. När det gäller K-pojkarna föreligger t. o. m. en signifikant differans när det gäller anmärkningsvärd graviditet. För såväl B- som K-fall kan sålunda graviditetskomplikationerna ha haft en viss betydelse.

Omhändertagande före 18 år (när det gäller dem som begått brott efter 18 år) ger intet samband med graviditetskomplikationerna.

HU

Här möter vi inte några signifikanta differenser mellan dem som uppvisat resp. ej uppvisat graviditetskomplikationer. De i PU som anmärkningsvärda omnämnda differenserna kvarstår men har här utjämnats.

Omhändertagande före 18 års ålder visar inte heller i HU några tecken på samband.

b. Förlossningskomplikationer (tabell 2.3)

PU och HU

Av tabellen (2.3) framgår att vi inte heller möter några signifikanta differenser mellan fall med och utan förlossningskomplikationer vare sig när det gäller brott efter 18 år eller omhändertagande före denna ålder. Detta gäller för såväl PU som HU.

c. Nyföddhetsperiodens komplikationer (tabell 2.4)

PU och HU

Några signifikanta differenser föreligger inte heller här när det gäller nyföddhetsperioden.

C. Graviditetslängd, födelsevikt och födelselängd

Samtliga uppgifter är hämtade från sjukhusjournaler förda i anslutning till barnets födelse. Graviditetslängd är beräknad på vanligt sätt från tiden för sista menstruationen till födelsedagen.

Resultaten redovisas i tabell 2.5. Genomgående finner vi här lägre värden när det gäller B-fallen i förhållande till K-fallen. Endast i fråga om längden vid födelsen är dock denna differens signifikant. Observationernas ringa antal, här som i andra situationer, ger dock stora slumpmarginaler, vilket medför att skillnaderna i hypotesens riktning måste bli kraftiga för att ett signifikant resultat skall uppnås.

a. Graviditetslängden (PU och HU)

Av tabellen (2.5) framgår att differensen mellan B- och K-grupperna är för liten för att vara statistiskt säkerställd.

b. Födelsevikten (PU och HU)

Även när det gäller födelsevikten (tabell 2.5) är differenserna för små för att vara statistiskt säkerställda.

En speciellt numeriskt hög differens mellan B- och K-fall uppvisade i PU de yngre pojkarna från socialgrupp 1 + 2 i splittrad familj, nämligen −1 193 gram.

c. Födelselängden

I *PU* föreligger, som framgår av tabell 2.5, ingen signifikant differens mellan B- och K-fall (differensen −4,7 mm). Här liksom när det gäller födelsevikten finner vi en numeriskt högre differens mellan B- och

Tabell 2.5 Graviditetslängd (dagar), födelsevikt (gram) och födelselängd (cm)

PU resp. HU Variabel	B-fall		K-fall		Diff. B–K	
	Antal	M	Antal	M	B–K	Sign.
Grav.längd						
PU	35	278,4	38	282,7	–4,28	–
HU	130	280,2	46	281,9	–1,77	–
Föd.vikt						
PU	37	3 467,3	38	3 623,7	–156,4	–
HU	130	3 550,6	46	3 593,5	–42,9	–
Föd.längd						
PU	35	50,9	38	51,4	–0,47	–
HU	130	50,8	46	51,4	–0,52	x

K-fall för yngre pojkar inom de högre socialgrupperna och splittrad familj. Differensen är här –33 mm trots att graviditetslängden i denna grupp låg på numeriskt högre nivå inom B-gruppen.

I *HU* var differensen mellan B- och K-fallen av samma storleksordning, –5,2 mm. t-testen ger ingen signifikans på 5 %-nivå medan däremot Fisher-Pearsons P-test, om denna används på medeldifferenserna erhållna från var och en av de åtta strata, ger ett signifikant resultat. Anmärkas bör dock att den totala differensen mellan B- och K-grupperna endast är 5,2 mm.

D. Graviditetslängd, födelsevikt, födelselängd i sekvensmodell (tabell 2.6)

Hypotesen har varit att kort graviditetstid, låg vikt och kort längd vid födelsen var för sig innebär större recidivrisk för dessa pojkar än för dem med motsvarande lägre resp. högre värden.

Av tabell 2.6 framgår att inga säkerställda skillnader framträder när det gäller brott efter 18 år eller omhändertagande före denna ålder för någon B- eller K-grupp vare sig i fråga om kort resp. lång graviditet, hög resp. låg födelsevikt eller liten resp. stor längd vid födelsen.

Resultaten blir desamma om graviditetstiden, vikten och längden vid födelsen uppdelas i fyra delar.

Hypoteserna kan sålunda ej styrkas.

2.1.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod

Mödrarna har inom såväl B- som K-grupperna uppgivit högre frekvens av graviditetskomplikationer än förlossningskomplikationer och lägst frekvens störningar under nyföddhetsperioden. Inga säkra frekvensskillnader kan påvisas mellan B- och K-fall såvitt gäller dessa komplikationer.

Den relativt låga komplikationsfrekvensen påverkar givetvis möjligheten till jämförelser mellan fall med och utan dylika när det gäller utfallet i sekvensmodellen. Några säkerställda skillnader i brottsfrekvens efter 18 år (och eventuella omhändertaganden av dessa pojkar före 18 år) kan ej påvisas mellan fall, där komplikationer förelegat resp. ej förelegat, även om såväl B- som K-pojkar i PU uppvisar ett numeriskt högre antal brott efter 18 år i de fall graviditetskomplikationer angivits och K-pojkarna när det gäller "anmärkningsvärd graviditet" t. o. m. uppnår en signifikant differens. Någon avgörande roll i problematiken kring ungdomskriminaliteten visar sig sålunda knappast de här upptagna komplikationerna spela, även om resultaten pekar på möjligheten av att de kan ha en viss betydelse.

Graviditetstiden och vikten vid födelsen visar icke heller några säkra skillnader mellan B- och K-pojkar även om B-fallen i genomsnitt haft kortare graviditetstid och vägt något mindre (2–4 dagar resp. 1/2–1 1/2

Tabell 2.6 Graviditetstid, vikt och längd vid födelsen i sekvensmodell

B resp. K Variabel	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
Grav.tid																		
Kort	21	9	43	−7	–	4	19	−10	–	71	31	44	−4	–	12	17	−10	–
Lång	14	7	50			4	29			56	27	48			15	27		
K-fall																		
Grav.tid																		
Kort	13	2	15	11	–	0	0	0	–	23	5	22	13	–	1	4	4	–
Lång	25	1	4			0	0			23	2	9			0	0		
B-fall																		
Föd.vikt																		
Låg	23	10	43	0	–	4	17	−12	–	67	33	49	6	–	16	24	7	–
Hög	14	6	43			4	29			60	26	43			10	17		
K-fall																		
Föd.vikt																		
Låg	14	2	14	10	–	0	0	0	–	20	2	10	−9	–	0	0	−4	–
Hög	24	1	4			0	0			26	5	19			1	4		
B-fall																		
Föd.längd																		
Kort	23	11	48	6	–	5	22	−3	–	76	33	43	−6	–	15	20	−2	–
Lång	12	5	42			3	25			49	24	49			11	22		
K-fall																		
Föd.längd																		
Kort	21	3	14	14	–	0	0	0	–	24	2	8	−15	–	0	0	−5	–
Lång	17	0	0			0	0			22	5	23			1	5		

hg). När det gäller längden vid födelsen framträder en signifikant differens (5 %-nivå) men det är endast med 5 mm som B-pojkarnas medelvärde understiger K-pojkarnas. Svårigheten att tillförlitligt mäta längden vid födelsen torde bl. a. medverka till att man kan ifrågasätta signifikansens värde. Större betydelse torde då kunna tillmätas det faktum, att tendensen är densamma beträffande samtliga mått. I vissa strata uppnås också numeriskt relativt stora differenser mellan B- och K-fall, t. ex. hos yngre pojkar i högre socialgrupp och splittrad familj, där differensen i fråga om födelsevikten uppgår till 1,2 kg.

Även om vi har att räkna med en viss omognad hos för tidigt födda som föds korta och underviktiga ger undersökningen inte belägg för att B-fallen i mycket större utsträckning än K-fallen skulle drabbats härav.

Utfallet i sekvensmodellen visar klart att graviditetstid samt vikt och längd vid födelsen inte spelar någon roll när det gäller fortsatt brottslighet efter 18 år eller omhändertagande och placering dessförinnan.

2.2 *Spädbarnsår och tidig barnaålder*

Tillgängliga uppgifter härrör helt från vårdnadshavaren (i regel modern). Felkällor finns alltså med hänsyn till brister i vårdnadshavarens minne och till dennes subjektiva inställning.

De för undersökningen utnyttjade variablerna anges under 2.2.2.

2.2.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar

Intresset för spädbarnsålderns problematik centrerades länge kring frågor om uppfödningen (bröst- contra flaskuppfödning m. m.) och andra allmänhygieniska resp. rent somatiska frågeställningar. En viss höjdpunkt nådde diskussionen i slutet av 30- och början av 40-talet inför de motsättningar som koncentrerade sig kring uttrycken "klockterror" och dess motsats "självreglering".

När det gäller betydelsen av de första levnadsåren för karaktärsutveckling och beteende har de psykoanalytiska teorierna intagit en särställning. Sedan Bowlby 1951 publicerat sin sammanställning rörande de dåtida erfarenheterna och forskningen rörande betydelsen av tidig separation från modern och de därav följande deprivationstillstånden resp. spädbarnsdepressionerna med karaktärsstörningar som eventuella följder, har separationsproblematiken i viss mån dominerat mycket av de sista decenniernas tänkande. Även om Bowlby's uppfattning inte stått oemotsagd ens på 50-talet är det först på 70-talet som hans teser på allvar börjat betvivlas och undersökningar utförts (även av Bowlby själv) som mer och mer pekar på problemets komplexa natur: separationens typ, åldern vid densamma, dess längd, från vem, faderns roll, betydelsen av en enda modersfigur i förhållande till vårdens uppdelning på flera personer etc.

Rutter (1971) poängterar bl. a. betydelsen av att skilja på kort- och långtidseffekter när det gäller separationer. Undersökningar av korttidseffekterna har mest studerats i form av negativa effekter av sjukhusvistelser (Bowlby, 1958 a, b, c, 1968, 1969; Robertson och Bowlby, 1952; Robertson, 1958; Meyerhoefer och Keller, 1966) och i vårt land av bl. a. Duna, Graff-Lounevig, Lagerkrantz och Lagerkvist, 1970; Ludvigsson, 1972, Bowlbys och Robertsons iakttagelser har i regel fått stöd av andra författare (Yarrow, 1964; Vernon et al., 1965) men kritiska röster har ej saknats (Davenport och Werry, 1970). Den ålder då allvarliga risker skulle föreligga har begränsats från 6 månader till 4-årsåldern och till vissa barn (Illingsworth och Holt, 1955; Prugh et al., 1953; Schaffer och Callender, 1959). Faderns och syskonens betydelse har framhävts (Ainsworth, 1967; Schaffer och Emerson, 1964; Heinicke och Westheimer, 1965) liksom behandlingen under separationen (Faust et al., 1964; Prugh et al., 1953).

Korttidseffekterna vid separationer är dock otvivelaktiga och påtagliga. Kunskapen om dem och hur de bör bemötas är också

under utveckling. Frågan om långtidseffekterna av separationerna är mera komplicerad. Intresset har här koncentrerats på utvecklingen av asocialitet och vissa former av psykiska sjukdomstillstånd resp. karaktärsförändringar. Man måste ge Rutter, 1971, rätt när han efter att ha citerat och diskuterat en del tidigare undersökningar kommer fram till följande:

"Why then have 'experts' asserted that working mothers and day nurseries cause delinquency and psychiatric disorders? The claim was made in good faith but without substantiating evidence and subsequent research has shown the charge to be wrong. It is important, that we listen carefully to the advice and testimony of individuals who have studied a problem, but it is equally important that we demand that they present the evidence relevant to their recommendations. Science does not consist of experts' answers, but rather of the process by which questions may be investigated and the means of determining the relative merits and demerits of different explanations and answers."

Att tillfälliga separationer kan leda till akuta korttidspåverkningar är som anförts ofrånkomligt men om de också leder till störningar på längre sikt synes mera tvivelaktigt. Ej ens långvariga separationer behöver framkalla sådana följder (Bowlby et al., 1956; Næss, 1959; Andry, 1960; Douglas et al., 1968). Av intresse för föreliggande undersökning är de resultat Næss (1962) framlägt. Han fann att separationer inte var vanligare bland "delinquents" än bland kontroller till dessa men antyder att separationer kan vara mer frekventa hos en liten grupp svårare delinkventer. Hans slutsats är att mor–barn-separationer i och för sig är en mindre kriminogen faktor; den står inte "foremost among the causes of a delinquent character development, but may be conceived as part of the picture of an unstable family life".

Rutter (1971) har på ett förtjänstfullt sätt närmare analyserat problemet separation. Han har bl. a. uppdelat separationen i separation från enbart en resp. båda föräldrarna och låtit den omfatta minst en fyraveckorsperiod. Barn separerade från båda föräldrarna kom från mera störda hemförhållanden med familjekriser och långvariga svårigheter i bakgrunden (jfr Schaffer och Schaffer, 1968) än de barn som ej utsatts för separation. Föräldrarnas äktenskap bedömdes vidare av Rutter efter en skala som tog hänsyn till affektiva relationer, bristande tillfredsställelse i äktenskapet, "shared leisure activities" (delaktighet i skadliga aktiviteter), kommunikationen mellan makarna, ömsesidig glädje av varandras sällskap, gräl, spänningar och fiendskap. I ett flertal diagram belyses separationerna (inga, enbart från en förälder resp. båda) vid gynnsamma och ogynnsamma äktenskapliga situationer i relation till barnens antisocialitet. När äktenskapet betraktats som "good" eller "fair" förelåg ingen skillnad i pojkarnas antisocialitet vid olika typer av separation. Endast vid "very poor" äktenskap förelåg skillnader vid olika typer av separation. Separation på grund av fysisk sjukdom hos barnet eller på grund av ferier hade avsevärt mindre följder än om separationen berodde på stridigheter eller psykiska sjukdomar i familjen, detta vid separation från båda föräldrarna. En övergående separations effekter anser Rutter därför icke vara relaterade till separationen i och för sig utan till omständigheterna kring densamma. Han finner dem även oberoende av åldern vid separationen.

Betydelsen av långvariga resp. permanenta separationer har framför allt belysts genom studier över vad som hänt barn i samband med föräldrars död, skilsmässa eller annan likartad form av separation. S. k. "broken homes" har sålunda alltid ansetts som en allvarlig riskfaktor i samband med utveckling av viss form av depressioner och kriminalitet. Hög frekvens härav noteras också i all litteratur som berör barn- och ungdomsbrottslighet.

Huruvida detta sammanhänger med separationen mellan föräldrar och barn i och för sig eller med andra faktorer är ännu en öppen fråga. Bowlby (1951) lade ursprungli-

gen vikten vid avbrotten i de känslomässiga relationerna mellan mor och barn men senare (1968, 1969) även mellan föräldrasubstitut och barn och sammankopplar separationen med element av sorg och saknad (Bowlby och Parkes, 1970). Andra författare accepterar detta principiellt men endast som korttidseffekter (Heinicke och Weltheimer, 1965), och Rutter (1971) finner goda skäl att betvivla hypotesen och menar att man i första hand bör söka skilja själva separationen från andra verkande faktorer. Han pekar på tre oberoende undersökningar, där man studerat separationer vid dödsfall (där föräldrarelationen har synts "fairly normal") resp. vid skilsmässor eller separationer, där sammanbrotten orsakats av antingen stridigheter och gräl eller brist på värme och känslor (affection). I alla tre studierna (Gregory, 1965; Douglas et al., 1966, 1968; Gibson, 1969) finner man frekvensen "delinquent boys" lägst i gruppen "unbroken family", en icke statistiskt säkerställd "slightly" ökning i gruppen "broken by death" och en nära dubbelt så hög "delinquency and conduct disorders" i samband med hem "broken by divorce/separation". Även andra studier talar ett likartat språk (Glueck och Glueck, 1950; Brown, 1966).

Rutter (1971) menar att det nu i stället gäller att visa att split och disharmoni mer än separationer leder till det asociala beteendet och att det är nödvändigt att direkt visa detta hos barn från icke splittrade familjer. Han citerar flera författare som ger stöd för denna uppfattning (Craig och Glick, 1965; McCord och McCord, 1959, och Tait och Hodges, 1962). Rutters egna undersökningar häröver skall refereras i senare sammanhang.

2.2.2 Egna undersökningar och resultat

I denna undersökning har från *spädbarnsåret* upptagits uppgifter rörande bröst- resp. flaskuppfödning, komplikationer i samband med övergång till fast föda, dålig viktökning, grinighet och skrikighet, sömnsvårigheter, renlighetsträning, kontaktsvårigheter resp. andra av referenten uppgivna uppfödningssvårigheter (kräkningar, matvägran etc.) samt frekvensen av separationer (mer än 14 dagar berövats sin permanenta miljö). Uppgifterna behandlas i första hand var för sig, varefter en sammanslagning av symtomen analyseras. Till sist görs ett försök att söka bedöma spädbarnsåret med hjälp av från andra delar av materialet hämtade uppgifter.

När det gäller *de första levnadsåren* (förskoleåldern) har i detta sammanhang endast analyserats anmärkningsvärd motorisk utveckling jämte tidpunkten när barnet gått utan stöd, eventuella talrubbningar samt talutvecklingens förlopp och dessutom separationsfrekvensen under förskoleåldern (mer än 2 månader berövad sin permanenta miljö) samt barnträdgårds- (förskole-) resp. daghems- och eftermiddagshemsvistelser.

2.2.2.1 Spädbarnsåret

I. Symtom och beteenden (tabell 2.8.B–K)

A. Bröst- resp. flaskuppfödning. I tabell 2.7 har bröstuppfödningen angivits i månader av förekomst inom PU resp. HU. I PU visar sig ingen skillnad föreligga mellan B- och K-fall när det gäller antalet bröstuppfödda varierande antal månader (χ^2 = 0,34) medan detta visar sig vara fallet i HU (χ^2 = 11,17).

Vad PU beträffar bör dock tilläggas att för de yngre barnen i "socialgrupp 1" (1+2) differensen mellan procenttalen för sex (6) B-fall och fem (5) K-fall (0 % resp. 67 %) är 67 %. Enligt Fishers exakta fyrfältstest innebär detta att sannolikheten för att dessa värden skulle ha erhållits av en slump är 0,06. Dessa K-fall har sålunda i högre frekvens än motsvarande B-fall ammat sina barn minst 7 månader. Å andra sidan finner vi att mindre än en månads amning inte förekommer bland de yngre B-fallen där familjen är splittrad = 11 fall (och ej heller för de yngre inom den lägsta socialgruppen och splittrad familj), medan 27 % av de yngre K-fallen i splittrad familj (11 fall) uppvisar denna korta amningstid. Differensen är signifikant på 10 %-nivån enligt Fishertesten. När det gäller 1–4 resp. 4–7 månader möter vi inga motsvarande differenser om man undantar situationen för de äldre i hel familj inom de högre socialgrupperna, där 75 % av fyra (4) K-fall men inga av fem (5) B-fall ammats 4–7 månader. Differensen 75 % blir här signifikant på 4,8 %-nivå enligt Fishers test.)

Inom HU föreligger som ovan nämnts en helt annan bild, vilket möjligen står i sam-

Tabell 2.7 Uppfödningen under spädbarnsåret för B- och K-grupper i PU resp. HU

	Antal		Bröstuppfödning i månader							
			0–1		1–4		4–7		> 7	
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
PU	39	39								
Antal			4	5	12	10	10	11	13	13
%			10	13	31	26	26	28	33	33
HU	136	47								
Antal			24	4	47	14	41	26	24	3
%			18	8	35	29	30	53	18	6

band med vad som hänt i samhället under tiden mellan PU- och HU-pojkarnas födelse. Medan en tredjedel av såväl B- som K-fallen i PU *ammades mer än 7 månader* har inom båda grupperna frekvensen i HU sjunkit avsevärt och framför allt beträffande K-fallen (B-fall till 18 %, K-fall till 6 %). Differensen mellan B- och K-fall är säkerställd på 5 %-nivå om man räknar med meddeltal och medelfel resp. med Fishers test. K-fallens mödrar har synbarligen snabbare än B-fallens följt med i utvecklingstendensen. *Amning högst en månad* har i HU: s B-grupp ökat sin andel medan K-gruppen minskat sin så att B-gruppen vid medelvärdes- och medelfelsberäkningar ligger på högre frekvens än K-gruppen. Differensen nu 10 %, medelfel 3,5 (χ^2 blir dock endast 1,60).

Dessa förskjutningar mellan PU och HU medför att mellangrupperna ökat sin andel såväl inom B- som K-grupper. Speciellt gäller detta K-gruppen för 4–7 månaders bröstuppfödning. Här blir differensen mellan B- och K-gruppen störst. Differensen 23 % är signifikant (χ^2 = 7,23).

B. Uppfödningssvårigheter över huvud taget uppgav referenterna ha förelegat i ett mycket litet antal fall. Inga signifikanta differenser påvisbara.

C. Övergång till fast föda. I *PU* har noterats komplikationer i samband med övergången till fast föda i 12 % av B-fallen och i 25 % av K-fallen. Differensen –13 % är ej signifikant. Teckentest har i detta fall ej (och i regel ej heller i fortsättningen) kunnat utnyttjas på grund av den höga frekvensen "ej förekomst".

I *HU* ligger frekvensen inom båda grupperna på lägre nivå. Endast 2 % av B-fallen och 4 % av K-fallen uppvisade komplikationer av denna art. Någon skillnad mellan grupperna kan ej heller här påvisas. En säkerställd diskrepans (10 %) föreligger dock mellan PU och HU för B-fallen (χ^2 = 5,19). I PU rör det sig sålunda om en högre frekvens komplikationer vid övergång till fast föda än i HU. Möjligen sammanhänger detta med den högre frekvensen av pojkar uppfödda under längre tid vid bröstet.

D. Dålig viktökning under spädbarnsåret uppges i *PU* ha förelegat i 10 % av B-fallen och i 13 % av K-fallen samt i *HU* i 3 % av B-fallen och 2 % av K-fallen. Inte heller här föreligger någon skillnad mellan B- och K-grupperna. Den högre frekvensen i PU skiljer sig ej heller signifikant från den i HU.

E. Skrikighet och grinighet. I *PU* registrerades skrikighet och grinighet under spädbarnsåldern i 19 % av B-fallen och 13 % av K-fallen. I *HU* hade 9 % av B-fallen registrerats och 6 % av K-fallen. Här föreligger således inga signifikanta differenser mellan B- och K-gruppen. Den lägre frekvensen i HU i förhållande till PU är ej signifikant. (Differens 10 %, medelfel 7 % för B-fallen och 7 %, medelfel 6 % för K-fallen.)

F. Sömnsvårigheter angavs ha förelegat i *PU* i 19 % B-fall och 13 % K-fall. Differensen är ej signifikant. Prövat i *HU* uppnås ej heller någon säkerställd differens. Av B-fallen upp-

Tabell 2.8 Symtom under spädbarnsåret. N = totalt antal pojkar; n = dito med symtom.

Symtom		PU						B–K %	Sign.	HU						B–K %	Sign.
		B			K					B			K				
		N	n	%	N	n	%			N	n	%	N	n	%		
B.	Uppfödningssvårigheter	42	2	5	40	4	10	−5	–	140	6	4	53	1	2	2	–
C.	Kompl. vid övergång fast föda	42	5	12	40	10	25	−13	–	140	3	2	53	2	4	−2	–
D.	Dålig viktökning	42	4	10	40	5	13	−3	–	140	4	3	53	1	2	1	–
E.	Skrikighet, grinighet	42	8	19	40	5	13	6	–	141	11	9	53	3	6	3	–
F.	Sömnsvårigheter	42	8	19	40	5	13	6	–	141	8	6	53	3	6	0	–
G.	Kontaktsvårigheter	42	0	0	40	0	0	0	–	141	1	1	53	0	0	1	–
H.	Komplicerad renlighetsträn.	42	4	10	40	4	10	0	–	142	12	8	53	7	13	−5	–
I.	Miljöbyte	42	1	2	40	4	10	−8	–	147	13	9	53	1	2	7	xx
J.	"S: a symtom"	42	22	52	40	20	50	2	–	141	44	31	52	9	17	14	x
K.	"Osäker spädbarnstid"	42	37	88	41	32	80	8	–	145	112	77	53	27	51	26	xxx

visade 6 % symtomet och av K-fallen också 6 %. Även här finner vi en numeriskt högre frekvens av B-fall med sömnsvårigheter i PU än i HU. Differens 13 %. Kontrollerna skiljer sig ej på samma sätt. Differens 7 %.

G. Kontaktsvårigheter angavs inte i något vare sig B- eller K-fall i *PU*. I *HU* ett B-fall och inget K-fall.

H. Renlighetsträningen angavs som komplicerad i 4 B- och 4 K-fall i *PU*. I *HU* hade 8 % B-fall angivits besvärliga mot 13 % K-fall. Ingen signifikant skillnad.

I. Miljöbyte i spädbarnsåldern (dvs. pojkarna har som spädbarn berövats sin permanenta miljö mer än 14 dagar) har i *PU* endast registrerats i 2 % av B-fallen och i 10 % av K-fallen. Differens −8 %, är ej signifikant. I *HU* har 9 % av B-fallen och 2 % av K-fallen uppvisat miljöbyten. Differens 7 %, är här signifikant på 1 %-nivå. Frekvensen miljöbyten bland B-fallen är också högre i HU än i PU (9 resp. 2 %).

J. Summering av symtomen i spädbarnsåldern har fått bilda en variabel benämnd "*symtom under spädbarnsåldern*". Syndromet utgörs av de pojkar, som haft ett eller flera av följande symtom: bröstet mindre än en månad, komplikationer i samband med övergången till fast föda, uppfödningssvårigheter över huvud taget, dålig viktökning, skrikighet och grinighet, sömnsvårigheter, kontaktsvårigheter och anmärkningsvärda tecken på brister i den motoriska utvecklingen. (Beträffande den sistnämnda se tabell 2.11 resp. 2.14.) Varje enskilt symtom i syndromet har markerats, varför varje individ haft inga eller upp till åtta symtom.

I *PU* framträder ingen skillnad mellan B- och K-grupper. Något symtom förefanns i 52 % av B-fallen och i 50 % av K-fallen. Sammanlagda antalet symtom i B-gruppen var 33 och i K-gruppen 36, dvs. 7,9 respektive 8,6 symptom per B- resp. K-fall.

I *HU* förelåg symtom av ovan nämnd art hos B-fall och K-fall i 31 % resp. 17 %. Differensen 14 % är säkerställd på 5 %-nivå. Sammanlagda antalet symtom i B-gruppen var 59 (4,4/B-fall) och i K-gruppen 14 (2,5/K-fall). Differensen 1,8 är här ej signifikant. Medelfelet 1,2 och nollhypotesen kan ej förkastas. Det bör dock anföras att sistnämnda differenser mellan B- och K-fall synes större mellan yngre B- och K-fall i "socialgrupp 1" (6,5 B-fall mot 1,1 K-fall, diff. 5,4 symtom, medelfel 3,0) samt signifikant för de yngre i icke splittrad familj inom "socialgrupp 1" (6,7 B-fall mot 0,0 K-fall, differens 6,7 symtom, medelfel 3,0).

I HU förelåg sålunda flera B- än K-fall med ovannämnda symtom och en tendens i den riktningen att B-gruppen också omfattar flera spädbarnssymtom av "negativ" art per individ än K-gruppen. Signifikans föreligger i senare fallet mellan B- och K-pojkar när det gäller de yngre pojkarna från fullständig familj inom den högre socialgruppen.

K. Osäker spädbarnstid. Ännu en variabel har bildats bestående av nyss nämnda symtom plus ytterligare tre iakttagelser nämligen bröstuppfödning under endast första kvartalet, miljöbyte under spädbarnsåret och anmärkningsvärda uppgifter om referenten (i regel modern). Variabeln har rubricerats som "*osäker spädbarnstid*".

I *PU* uppvisade 88 % av B-fallen och 80 % av K-fallen ett eller flera av dessa "symtom".

Antalet "symtom" var i B-gruppen 75 (16 %) och i K-gruppen 63 (14 %) (1,76/B-fall och 1,54/K-fall). Differensen ger ingen signifikans. Inte heller finns differens inom socialgrupper resp. familjetyp.

I *HU* hade 77 % av B-fallen och 51 % av K-fallen ett eller flera "symtom". Differensen 26 % är signifikant.

Antalet "symtom" var i B-gruppen 189 (12 %) och i K-gruppen 44 (8 %). Antal symtom per individ och grupp 1,32/B-fall och 0,83/K-fall. Differensen mellan medelvärdena i B- respektive K-grupp är 0,49 och skillnaden är här signifikant.

Allt talar för att B-fallen haft en "osäkrare spädbarnstid". Tendenserna framträder tydligt även hos enbart de äldre pojkarna (B-fall 1,35 symtom/fall, K-fall 0,62, diff. 0,73, medelfel 0,26) och speciellt för dessa inom "socialgrupp 1" (B-fall 1,64 symtom/fall, K-fall 0,53, diff. 1,11 och medelfel 0,37) men också inom gruppen hel familj (och

Tabell 2.9 Bröstuppfödning i sekvensmodell.

B resp. K Uppfödning	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
Bröstet > 7 mån.	13	4	31	−19	–	1	8	−17	–	22	12	55	9	–	4	18	−6	–
Ej bröstet > 7 mån.	28	14	50			7	25			111	51	46			27	24		
K-fall																		
Bröstet > mån.	14	1	7	−5	–	0	0	0	–	3	0			–	0			–
Ej bröstet > mån.	26	3	12			0	0			46	7	15			1	2		
B-fall																		
Bröstet < 1 mån.	5	4			–	2			–	24	13	54	9	–	8	33	12	–
Bröstet > 1 mån.	36	14	39			6	17			110	50	45			23	21		
K-fall																		
Bröstet < 1 mån.	5	2			–	0			–	4	1			–	0			–
Bröstet > 1 mån.	35	2	6			0	0			47	6	13			1	2		

socialgrupp 1) där motsvarande tal är 1,82, 0,70, 1,12 och 0,46.

II. Spädbarnsårets symtom m. m. i sekvensmodell

A. Bröstuppfödningen

1) Bröstet minst 7 månader (tabell 2.9).

Amning under minst 7 månader uppvisade nu i PU 13 av samtliga 41 B-fall (32 %) och i HU nu 22 av 133 B-fall (17 %) och i PU 14 av nu 40 K-fall (35 %) och i HU 3 av 49 K-fall (6 %).

Brott efter 18 år begick i *PU* fyra av dessa 13 (31 %) mot 14 av de 28 övriga B-fallen (50 %). Differens −19 %. Fishers exakta test, som här och i fortsättningen konsekvent utnyttjas, ger ingen signifikans. Av de 14 K-fallen begick ett fall brott efter 18 år (7 %) och tre av de övriga 26 (12 %). Differensen −5 % är ej signifikant.

I *HU* är för B-fallen motsvarande resultat tolv av 22 (55 %) mot 51 av de övriga 111 (46 %). Differens 9 %. Ingen signifikans.

Inga av de tre K-fallen begick brott efter 18 år mot sju av de övriga 46 (15 %).

Omhändertagna blev ett av de ovan nämnda 13 B-fallen i *PU* (8 %) mot sju av de 28 övriga (25 %). Differens −17 %. Inga K-fall omhändertogs.

I *HU* omhändertogs fyra av de 22 B-fallen (18 %) mot 27 av de 111 övriga (24 %). Differens −6 %. De tre K-fallen med amning minst sju månader omhändertogs ej men ett av de 46 övriga.

2) Bröstet mindre än 1 månad (tabell 2.9)

Amning mindre än 1 månad var i *PU* nu fem av här 41 B-fall (12 %) utsatta för och i *HU* 24 av nu 134 B-fall (18 %). Av 40 K-fall i PU hade fem stycken (13 %) och av 51 K-fall i HU 4 stycken (8 %) fått bröstet 0–1 månad.

Brott efter 18 år uppvisar i *PU* fyra av de fem B-fall som ammats mindre än en månad och 14 av de övriga 36 (80 resp. 39 %) dvs. en tendens till diskrepens (p = 0.105) och i *HU* 13 av de 24 med kort amningstid (54 %) och 50 av de 110 övriga (45 %). Differens i HU 9 %. Inga signifikanta differenser.

Av de fem K-fallen i *PU* hade två begått brott efter 18 år mot 6 % (2 av 35) av de övriga. I *HU* begick ett K-fall av de fyra och sex av de övriga 47 brott efter 18 år. Inga signifikanta differenser.

Omhändertagna blev i *PU* två av de fem B-fallen med kort amningstid och sex av de 36 med längre dylik (17 %) och i *HU* åtta av de 24 med kort (33 %) och 23 av de 110 (21 %) med lång amningstid. Differenserna är ej signifikanta.

Varken i PU eller HU hade något K-fall med kort amningstid omhändertagits men i HU ett av dem med längre amningstid.

B. Uppfödningssvårigheter över huvud taget (tabell 1.10.B)

Dylika angavs endast i ett fåtal fall.

Brott efter 18 år förekom för dessa ej alls i PU och inte heller för K-gruppens enda fall i HU. Av de sex B-fallen i HU begick tre brott efter 18 år.

Uppfödningsprocessen under tidig spädbarnsålder har sålunda icke visat sig ha något samband med recidivprocessen när det gäller brott.

Frekvensen omhändertagna före 18 år ger ej anledning till omnämnande.

C. Övergång till fast föda (tabell 2.10.C)

Komplikationer vid övergång från bröst- resp. flaskuppfödning till att äta fastare föda uppgavs i PU föreligga i fyra av 41 B-fall (10 %) och i HU i tre av 136 B-fall (2 %). Av 40 K-fall i PU hade 10 företett komplikationer (25 %) och i HU endast två av 53 (4 %).

Brott efter 18 år begick i *PU* två av de fyra *B-fallen* med komplikationer vid övergång till fast föda och 16 av de övriga 37, och i *HU* en av tre mot 63 av övriga 133. Ingendera differenserna är signifikanta.

Av de 10 K-fallen i PU hade ingen begått brott efter 18 år men fyra av de 30 övriga (13 %) och i HU ingen av de två med

komplikationer men sju av de övriga 51 (14 %). Ingen signifikant differens föreligger.

Omhändertagna blev i *PU* ett av de fyra B-fallen med komplikationer och sju av de 37 utan dylika och i HU ingen av de tre med men 31 av 133 (23 %) utan komplikationer. Av de två K-fallen i *HU* omhändertogs inte något men ett av de övriga 51. Inte heller här föreligger några signifikanta differenser.

D. Dålig viktökning (tabell 2.10.D)

Dålig viktökning visade ett mycket litet antal i såväl PU som HU. Några skillnader mellan dem med dålig resp. ordinär viktökning föreligger ej vare sig i B- eller K-grupper när det gäller fortsatt brottslighet eller omhändertagande.

E. Skrikighet och grinighet (tabell 2.10.E)

Antalet fall med skrikighet och grinighet är något större. I denna analys gäller det sju av 41 B-fall i *PU* (17 %) och i *HU* 12 av 137 (9 %) samt fem av 40 K-fall (13 %) i *PU* och tre av 53 i *HU* (6 %).

Brott efter 18 år belastade i *PU* endast ett av de sju skrikiga B-fallen (14 %) mot 17 av de 34 som ej var skrikiga eller griniga (50 %). Differens −36 %. Ingen signifikans (p = 0.092). I *HU* hade sju av de 12 B-fallen med skrikighet begått brott efter 18-årsåldern (58 %) och 57 av de 125 övriga (46 %). Av K-fallen i PU och HU begick inga med skrikighet brott efter 18 år men i PU fyra av de 35 övriga (11 %) och i HU sju av 50 (14 %) utan skrikighet. Vi möter sålunda inte några signifikanta differenser när det gäller skrikighetens och grinighetens samband med recidiv i brott. En tveksam tendens går snarare i motsatt riktning.

Omhändertagande visar ej heller några signifikanta skillnader mellan barn som i spädbarnsålder uppvisat skrikighet och grinighet jämfört med övriga.

Spädbarnets skrikighet kan således inte heller sättas i något som helst samband med tendenser till recidiv i brott.

F. Sömnsvårighet (tabell 2.10.F)

Sömnsvårigheter förelåg i denna analys i åtta av 41 B-fall (20 %) och i fem av 40 K-fall (13 %) i *PU*. I *HU* i sju B-fall av 137 (5 %) och i tre K-fall av 53 (6 %).

Brott efter 18 år uppvisade i *PU* två av de åtta B-fallen med sömnsvårigheter mot 48 % utan dylika.

I *HU* förelåg återfall i brott efter 18 års ålder för fyra av de sju B-fallen med sömnsvårigheter och i 46 % för B-fall utan sömnsvårigheter. Inga differenser är statistiskt signifikanta.

Av K-fallen med sömnsvårigheter i PU redovisar ett av fem och utan dylika 9 % bort efter 18 år och i HU inga av de tre med men sju av de 50 utan sömnsvårigheter (14 %). Inga signifikanta differenser påvisbara.

Omhändertagna blev i PU en av de åtta B-pojkarna med sömnsvårigheter och 21 % utan dylika och i HU en av de sju med och 23 % utan sömnsvårigheter. Ingen signifikans påvisbar.

K-fallen i PU har inte i något fall omhändertagits och i HU endast ett av de 50 utan sömnsvårigheter (2 %).

Sömnsvårigheterna kan således inte heller sättas i samband med omhändertagande eller recidiv i brottslighet.

G. Kontaktsvårighet (tabell 2.10.G)

Kontaktsvårigheter förekom ej i PU och endast i ett av 136 B-fall i HU. Detta fall begick brott efter 18 års ålder och placerades före denna ålder.

H. Renlighetsträning (tabell 2.10.H)

I *PU* anges fyra av 41 B-fall med komplicerad renlighetsträning. Inga av dessa förekommer bland dem som begått *brott efter 18 år* eller *omhändertagits* medan 18 av de 37 övriga begått brott efter 18 år (49 %) och åtta omhändertagits (22 %). Av fyra av 38 K-fall i PU har en begått brott men ingen

Tabell 2.10 Symtom under spädbarnsåret i sekvensmodell

B resp. K Symtom	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
B-fall																		
B. Uppfödn. svår.	2	0				0				6	3				2			
Ej uppfödn. svår.	39	18	46		–	8	21		–	130	60	46		–	28	22		–
K-fall																		
Uppfödn. svår.	4	0				0				1	0				0			
Ej uppfödn. svår.	36	4	11		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
B-fall																		
C. Kompl. fast föda	4	2				1				3	1				0			
Ej kompl. fast föda	37	16	43		–	7	19		–	133	63	47		–	31	23		–
K-fall																		
Kompl. fast föda	10	0	0			0	0			2	0				0			
Ej kompl. fast föda	30	4	13	–13	–	0	0	0	-	51	7	14		–	1	2		–
B-fall																		
D. Dålig viktökn.	4	2				1				4	2				1			
Ej dålig viktökn.	37	16	43		–	7	19		–	132	62	47		–	30	23		–
K-fall																		
Dålig viktökn.	5	1				0				1	0				0			
Ej dålig viktökn.	35	3	9		–	0	0		–	51	7	14		–	1	2		–
B-fall																		
E. Skrik.h. o. grin.h.	7	1				0				12	7	58			4	33		
Ej dito	34	17	50		–	8	24		–	125	57	46	12	–	27	22	11	–
K-fall																		
Skrik.h. o. grin.h.	5	0				0				3	0				0			
Ej dito	35	4	11		–	0	0		–	50	7	14		–	1	2		–

	B-fall																			
F.	Sömnsvårighet	8	2			–	1			–	7	4			–	1			–	
	Ej sömnsvår.	33	16	48			7	21			130	60	46			30	23			
	K-fall																			
	Sömnsvårighet	5	1			–	0			–	3	0			–	0			–	
	Ej sömnsvår.	35	3	9			0	0			50	7	14			1	2			
	B-fall																			
G.	Kontaktsvår.	0				–				–	1	1			–	1			–	
	Ej kontaktsvår.	41	18	44			8	20			135	62	46			30	22			
	K-fall																			
	Kontaktsvår.	0				–				–	0				–				–	
	Ej kontaktsvår.	40	4	10			0	0			52	7	13			1	2			
	B-fall																			
H.	Kompl. renl.tr.	4	0			–	0			–	12	6	50	2	–	2	17	–8	–	
	Ej kompl. renl.tr.	37	18	49			8	22			127	61	48			32	25			
	K-fall																			
	Kompl. renl.tr.	4	1			–	0			–	7	1			–	0			–	
	Ej kompl. renl.tr.	34	3	9			0	0			46	6	13			1	2			
	B-fall																			
I.	Miljöbyte	1	1			–	0			–	13	8	62	17	–	7	54	33	x	
	Ej miljöbyte	40	17	43			8	20			130	59	45			27	21			
	K-fall																			
	Miljöbyte	4	2			–	0			–	1	0			–	0			–	
	Ej miljöbyte	36	2	6			0	0			51	7	14			1	2			
	B-fall																			
J.	S: a symtom	21	9	43	3	–	5	24	9	–	44	25	57	15	–	14	32	14	–	
	0 symtom	20	8	40			3	15			93	39	42			17	18			
	K-fall																			
	S: a symtom	20	0	0	–10	–	0	0	0	–	9	1			–	0			–	
	0 symtom	20	2	10			0	0			44	6	14			1	2			
	B-fall																			
K.	"Osäk. spädb.tid"	36	16	44		–	8	22		–	109	56	51	20	–	31	28	22	x	
	Ej dito	5	2				0				32	10	31			2	6			
	K-fall																			
	"Osäk. spädb.tid"	32	4	13		–	0	0		–	27	4	16	4	–	1	4	4	–	
	Ej dito	9	0				0				26	3	12			0	0			

omhändertagits. Av de 34 övriga hade tre begått brott men ingen omhändertagits.

I *HU* har vi i 12 av de 139 B-fallen komplicerad renlighetsträning (9 %). Sex av dessa har begått brott efter 18 år (50 %) och två omhändertagits (17 %). Av 127 utan komplicerad renlighetsträning har 48 % begått brott och 25 % omhändertagits. Differensen när det gäller brott är 2 % och i fråga om omhändertagande −8 %. Ingen signifikans föreligger i vare sig PU eller HU.

Detsamma gäller K-fallen i HU.

I. Miljöbyte i spädbarnsåldern (tabell 2.10.I)

I PU förekommer endast ett av 41 B-fall med miljöbyte och denna pojke begick *brott efter 18 års ålder*. Av de övriga 40 utan miljöbyte begick 17 pojkar brott (43 %). Av de 40 K-fallens fyra pojkar med miljöbyte begick två brott. Av de övriga 36 K-fallen utan miljöbyte begick också två brott. Ingen signifikant differens.

Omhändertagande förelåg ej i det enda B-fallet i *PU* med miljöbyte men i åtta fall av de 40 B-fallen utan miljöbyte (20 %). Inga K-fall i PU omhändertogs.

I *HU* har i 13 av nu 143 B-fall miljöbyte skett och åtta av dessa 13 har *begått brott efter 18 år* (62 %) mot 59 av de 130 som ej haft miljöbyte (45 %). Differens 17 %. K-fallen i HU omfattade endast ett fall med miljöbyte och denne pojke begick ej brott efter 18 år. Av de övriga 51 begick sju pojkar brott efter 18 års ålder (14 %). Inga signifikanta differenser.

Omhändertagna blev i HU sju av de 13 B-fallen med miljöbyte (54 %) och 27 av de 130 utan (21 %). Differens 33 %. Signifikans på nära 0,1 %-nivå.

Det enda K-fallet i HU omhändertogs ej, ett av de 51 övriga.

J. Summa symtom under spädbarnsåldern (tabell 2.10.J)

Analysen i *PU* omfattar 21 med och 20 utan symtom när det gäller 41 B-fall. Nio av de 21 med och åtta av de 20 utan *begick brott efter 18 år* (43 resp. 40 %). Av K-fallen begick ett brott efter 18 år och sex av de 44 utan (14 %).

I *HU* förelåg här 44 B-fall av 137 med symtom och 93 utan. Av de 44 begick 25 brott efter 18 år (57 %) mot 39 av de 93 (42 %). Differens 15 %, men ingen signifikans. Av de nio K-fallen i HU med symtom begick en brott efter 18 år och sex av de 44 utan (14 %).

Omhändertagna visade sig i *PU* att fem av de 21 med (24 %) och tre av de 20 utan symtom (15 %) blivit. Inga K-fall omhändertogs. I *HU* placerades 14 av de 44 med (32 %) mot 17 av de 93 utan symtom (18 %). Differens 14 %, men ingen signifikans. Av de nio K-fallen med symtom omhändertogs inte någon och av de 44 utan endast ett.

Resultaten visar sålunda inga säkra skillnader i risken för omhändertagande och placering före resp. brott efter 18 år när det gäller B- resp. K-fallens symtomfrekvens i spädbarnsåldern. Med eller utan symtom av den art som här analyserats synes de unga lagöverträdarna löpa i stort sett samma risk för omhändertagande och placering resp. för att återfalla i brott.

K. Osäker spädbarnstid (tabell 2.10.K)

Osäker spädbarnstid uppvisade i *PU* 36 av 41 B-fall och endast fem saknade symtom härpå, av 41 K-fall 32 resp. nio. I *HU* förelåg här 109 B-fall av 141 med osäker spädbarnstid och 32 utan registrerad dylik samt 27 av 53 K-fall med och 26 utan dylik.

Brott efter 18 år begick i PU 16 av de 36 (44 %) och två av de fem B-fallen med resp. utan osäker spädbarnstid och fyra av de 32 (13 %) och inget av de nio K-fallen med resp. utan dylik. I *HU* uppvisade 56 av de 109 B-fallen med osäker spädbarnstid brott efter 18 år (51 %) och 10 av de övriga 32 (31 %). Differens 20 %. Differensen är ej signifikant. När det gäller K-fall begick fyra av de 27 med och tre av de 26 utan osäker spädbarnstid brott efter 18 år.

Omhändertagna blev i *PU* åtta av de 36

B-fallen med osäker spädbarnstid (22 %) och inga av de fem övriga. Inga K-fall omhändertogs. I *HU* omhändertogs 31 av de 109 B-fallen med osäker spädbarnstid (28 %) mot två av de 32 utan dylik (6 %). Differensen 22 % är här signifikant. Av de 27 K-fallen i *HU* med osäker spädbarnstid omhändertogs en pojke men ingen av de 26 övriga.

B-fallen med osäker spädbarnstid visar ofta numeriskt högre frekvens omhändertagna resp. i brott återfallna men signifikant differens uppnås endast i HU när det gäller omhändertagande, en differens som från flera synpunkter kan te sig förståelig.

2.2.2.2 De första levnadsåren (förskoleåldern)

I. Symtom, separationer och barnstugevistelser första levnadsåren (tabell 2.11.A–D)

Som tidigare nämnts analyseras här endast ett fåtal faktorer.

A. Anmärkningsvärd motorisk utveckling (tabell 2.11.A)

I *PU* angavs i ett av 40 B-fall (3 %) och i tre av 37 K-fall (8 %) att den motoriska utvecklingen givit *anledning till oro*. I *HU* registrerades fyra av 142 B-fall och inget av de 53 K-fallen (3 resp. 0 %). Inga signifikanta differenser.

Åldern då pojkarna gick utan stöd framgår av tabell 2.12. I PU såväl som HU är likheten mellan B- och K-fall påtaglig och medelvärdet ligger för samtliga grupper strax ovan ettårsgränsen. Ingen signifikans mellan medelvärdenas differenser.

B. Talutveckling (tabell 2.11.B)

Anledning till oro för talutvecklingen (B.a) registrerades i *PU* i fyra av 42 B-fall (10 %) och i nio av 40 K-fall (23 %). Differensen −13 % är ej signifikant. I *HU* är tendensen densamma med fem B-fall av 144 (3 %) och fyra av 53 K-fall (8 %). Differensen −5 % är inte heller signifikant.

Åldern då pojkarna talat i meningar har medfört stora svårigheter för referenterna att ange. Detta ligger i sakens natur. De svar som lämnats av cirka hälften av mödrarna i HU anges i tabell 2.13. Fr. o. m. tvåårsåldern talade B-fallen i 60 fall av 71 (85 %) och K-fallen i 25 fall av 29 (86 %) i meningar. Några skillnader när det gäller talutvecklingen framträder sålunda ej.

Läspning (tabell 2.11.B.b) förekom i PU i tre av 42 B-fall och i tre av 40 K-fall och i HU i tre av 144 B-fall och i fyra av 53 K-fall (2 resp. 8 %). Differens – 6 %). Ingen påvisbar skillnad mellan B- och K-grupper.

Stamning (tabell 2.11.B.c) angavs i PU i sex av 42 B-fall och i fem av 40 K-fall (14 resp. 13 %) och i HU i åtta av 147 B-fall och fyra av 53 K-fall (5 resp. 8 %).

Ingen signifikant differens kan påvisas mellan B- och K-fall.

C. Separationer under förskoleåldern (tabell 2.11.C)

I *PU* uppges sex av 42 B-fall (14 %) och 15 av 40 K-fall (38 %) ha varit utsatta för separationer (dvs. mer än två månader berövats sin permanenta miljö). Differensen −24 %. I *HU* möter vi 19 av 147 B-fall och fem av 52 K-fall (13 resp. 10 %). Differens 3 %. Det signifikanta resultatet i PU kan sålunda ej verifieras i HU.

D. Daghems- och lekskolevistelse resp. vistelse i eftermiddagshem (tabell 2.11.D)

a) Daghemsvistelse anges i *PU* för 24 % av B-fallen och för 18 % av K-fallen. Differens 6 %. I *HU* finner vi 21 % av B-fallen och 19 % av K-fallen. Differensen 2 %. Inga signifikanta differenser uppnås således mellan B- och K-grupper.

b) Lekskola (barnträdgård, förskola) besöktes i *PU* av 17 % B-fall och 18 % K-fall och i *HU* av 25 % B-fall och 36 % K-fall. Differensen i HU −11 %. Differenserna är ej signifikanta.

c) Eftermiddagshem bevistades i *PU* av 12 % av B-fallen och 8 % av K-fallen. Diffe-

Tabell 2.11 Symtom resp. separationer (A–C) och barnstugevistelser (D) första levnadsåren (föreskoleåldern).

	PU						B–K Diff. %	Sign.	HU						B–K Diff. %	Sign.
	B			K					B			K				
	N	n	%	N	n	%			N	n	%	N	n	%		
A. Mot.utveckl. anmärkningsvärd	40	1	3	37	3	8	−5	–	142	4	3	53	0	0	3	–
B. a) Talutveckl. anmärkningsvärd	42	4	10	40	9	23	−13	–	144	5	3	53	4	8	− 5	–
b) Läspning	42	3	8	40	3	8	0	–	144	3	2	53	4	8	− 6	–
c) Stamning	42	6	14	40	5	13	1	–	147	8	5	53	4	8	− 3	–
C. Separation	42	6	14	40	15	38	−24	x	147	19	13	52	5	10	3	–
D. a) Daghemsvistelse	42	10	24	40	7	18	6	–	146	31	21	53	10	19	2	–
b) Lekskolevistelse	42	7	17	40	7	18	−1	–	146	37	25	53	19	36	−11	–
c) E.m.hem	42	5	12	40	3	8	4	–	146	19	13	53	5	9	4	–

Tabell 2.12 Månad då pojkarna uppges ha gått utan stöd.

	Antal	Månad														M
		7–8	9	10	11	12	8–12	13	14	15	16	17	18	24	13–24	
PU																
B-fall	42	1	2	1	0	24	28	4	8	1	1	0	0	0	14	12,36
K-fall	37	0	1	1	6	16	24	6	2	0	2	0	3	0	13	12,68
HU																
B-fall	142	2	11	10	19	45	87	29	15	4	2	2	2	1	55	12,25
K-fall	53	1	3	7	8	15	34	8	3	7	1	0	0	0	19	12,08

Tabell 2.13 Månad då pojkarna talat i meningar.

	Antal	Månad									M
		12	15	16	17	18	20	24	30	36	48	
HU												
B-fall	71	1	3	0	0	18	1	37	9	2	0	22,97
K-fall	29	3	2	1	1	7	0	11	1	1	2	22,45

rens 4 %. I *HU* var motsvarande frekvenser 13 resp. 9 %. Differensen 4 %. Ingen påvisbar signifikans.

II. De första levnadsårens symtom, separationer och barnstugevistelser i sekvensmodell (tabell 2.14.A–D)

A. Anmärkningsvärd motorisk utveckling (tabell 2.14.A.)

Den motoriska utvecklingen har givit anledning till oro i alltför få fall för en analys. Det enda B-fallet i PU begick brott efter 18 år men omhändertogs aldrig dessförinnan. Av de fyra (av 103) B-fallen i HU begick tre brott efter 18 år men placerades ej.

När det gäller *åldern då pojkarna gått utan stöd* föreligger i *PU* uppgifter rörande 41 B-fall och 27 av dessa gick före ettårsdagen. Av dessa begick 48 % *brott efter 18-årsdagen* och av de övriga, som gick utan stöd först efter ettårsdagen, begick 36 % brott. Differensen 12 % är ej signifikant. Beträffande K-fallen har tre av 14 med tidig och en av 13 med sen utveckling begått brott. I *HU* har vi 84 B-fall som gick före ettårsdagen och 53 som gick efter denna dag. Av de 84 begick 45 % brott efter 18 år och av de övriga 51 %. Av 34 K-fall i HU med tidig utveckling har tre begått brott efter 18 år och fyra av 19 med sen dylik. Några signifikanta differenser erhålles ej.

Omhändertagna blev i *PU* 22 % av B-fallen som gick före ettårsdagen och 14 % av de övriga. Differensen 8 % är ej signifikant. Inga K-fall i PU omhändertogs. I *HU* har 21 % av B-fallen, som tidigare gick utan stöd, blivit omhändertagna och 28 % av dem som gick sent. Av K-fall i HU var endast en omhändertagen och denne gick efter ettårsdagen. Differenserna är ej signifikanta.

B. Oro för talutvecklingen (tabell 2.14.B)

Fyra av B-fallen uppvisade detta i *PU*. Av dessa begick en brott efter 18 år. Ingen av dem omhändertogs. Ingen signifikant differens förelåg mellan dem med och utan anmärkningsvärd talutveckling. Fyra av här 140 B-fall i *HU* begick samtliga brott efter 18 år och 62 av de 136 övriga (46 %). Differensen är signifikant på 5 %-nivå men tveksam på grund av det begränsade antalet fall. K-fallen visar ingen sådan differens.

C. Separation under förskoleåldern (tabell 2.14.C)

Sex av 41 B-fall i PU har varit utsatta för separationer under förskoleåldern. Tre av dessa uppvisarde *brott efter 18 år*. Av de övriga 35 begick 15 brott efter 18 år (43 %). Tre av de 15 K-fallen med separationer och ett av de 25 övriga begick brott (20 resp. 4 %). Differenserna är ej signifikanta. I *HU* registrerades här att 18 av 143 B-fall (13 %) upplevt separation. Av dessa 18 har 10 begått brott (56 %) och av de övriga 57 (46 %).

Av de fem K-fallen med separation begick ingen brott mot sju av 47 utan separation. Ej heller i HU föreligger någon signifikant differens.

Omhändertagande visade sig i *PU* ett av de sex B-fallen med separation ha råkat ut för och sju av de 35 utan separation. Inga K-fall i någondera av grupperna omhändertogs. I *HU* placerades fyra av de 18 B-fallen med separation och 30 av de 125

Tabell 2.14 De första levnadsåren i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
A. *Anmärkningsvärd motorisk utveckl.*																			
B-fall	+	1	1				0				4	3				0			
”	–	38	16	42		–	7	18		–	134	61	46		–	31	23		–
K-fall	+	3	0				0				0								
”	–	37	4	11		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2		–
Går före 1 år																			
B-fall	+	27	13	48			6	22			84	38	45			18	21		
”	–	14	5	36	12	–	2	14	8	–	53	27	51	–6	–	15	28	–7	–
K-fall	+	14	3	21			0	0			34	3	9			0	0		
”	–	13	1	7	14	–	0	0	0	–	19	4	21	–12	–	1	4	–4	–
B. *Anmärkningsvärd talutveckling*																			
B-fall	+	4	1				0				4	4	100			1			
”	–	37	17	46		–	8	22		–	136	62	46	54	x	32	24		–
K-fall	+	9	2				0				4	0				0			
”	–	31	2	6		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–
C. *Separationer und. förskoleåld.*																			
B-fall	+	6	3				1				18	10	56			4	22		
”	–	35	15	43		–	7	20		–	125	57	46	10	–	30	24	–2	–
K-fall	+	15	3	20			0	0			5	0				0			
”	–	25	1	4	16	–	0	0	0	–	47	7	15		–	1	2		–
D.a.*Daghemsvistelse*																			
B-fall	+	10	4	40			3	30			28	18	64			8	29		
”	–	31	14	45	–5	–	5	16	14	–	114	48	42	22	x	25	22	7	–
K-fall	+	7	0				0				10	1	10			0	0		
”	–	33	4	12		–	0	0		–	43	6	14	–4	–	1	2	–2	–

b. *Lekskolevistelse*																		
B-fall	+	6	2		–	0		–	36	11	31	−21	x	7	19	−6	–	
”	–	35	16	46		8	23		106	55	52			26	25			
K-fall	+	7	1		–	0		–	19	0	0	−24	x	0	0	−3	–	
”	–	33	3	9		0	0		34	8	24			1	3			
c. *Vistelse i e.m.hem*																		
B-fall	+	4	1		–	1		–	18	13	72	29	x	4	22	−1	–	
”	–	37	17	46		7	19		124	53	43			29	23			
K-fall	+	3	1		–	0		–	5	0			–	0			–	
”	–	37	3	8		0	0		48	7	15			1	2			
d. *Vistelse i daghem + e.m.hem*																		
B-fall	+	2	1		–	1		–	5	4			–	0			–	
”	–	39	17	44		7	18		137	62	49			33	25			
K-fall	+	1	0		–	0		–	2	0			–	0			–	
”	–	39	4	10		0	0		51	7	14			1	2			

övriga (22 resp. 24 %). Av K-fallen omhändertogs ett av 47 utan separation. Några signifikanta differenser framträder ej.

D. Daghems- och lekskolevistelse resp. vistelse i eftermiddagshem (tabell 2.14.D)

a) Av B-fallen i *PU* (41 st.) råkade bland 10 med *daghemsvistelse* (tabell 2.14.D.a) fyra ut för *brott efter 18 år* och bland de 31, som icke vistats på daghem, begick 14 brott (40 resp. 45 %). Av de sju K-fallen med daghemsvistelse begick icke någon brott men väl fyra av de 33 som ej vistats på daghem. Differenserna är ej signifikanta. I *HU* omfattar denna analys 142 B-fall. Av dessa har 28 vistats på daghem och 114 har inte gjort det. Av de förra begick 18 brott efter 18 år (64 %) och av de senare 48 (42 %). Differensen 22 % är signifikant på minst 5 %-nivå. Av 10 K-fall i HU med daghemsvistelse begick ett fall brott efter 18 år och sex av de 43 övriga (10 % mot 14 %). Ingen säkerställd differens.

Omhändertagande berörde tre av de 10 ovannämnda B-fallen i *PU* med och fem av de 31 utan daghemsvistelse (30 resp. 16 %). Differensen 14 % är ej signifikant. I *HU* var motsvarande siffror åtta av 28 med och 25 av 114 utan daghemsvistelse (29 resp. 22 %). Ingen signifikant differens. Av K-fallen i PU omhändertogs inte något. I *HU* omhändertogs inte heller något K-fall med men ett av de 43 utan daghemsvistelse.

I HU föreligger sålunda fortsatt brottslighet i högre utsträckning bland B-fall med än bland B-fall utan daghemsvistelse.

b) I *lekskola* (tabell 2.14.D.b) hade i *PU* i denna analys sex av 41 B-fall gått. Av dessa sex begick två *brott efter 18 år* och av de resterande 35 som ej gått i lekskola begick 16 motsvarande brott (46 %). Av de sju K-fallen i lekskola begick en brott mot tre av de övriga 33. Ingen signifikant differens påvisad. I *HU* omfattar analysen 36 B-fall av 142 med lekskola och 106 utan. Av de 36 begick 11 brott efter 18 år (31 %) och 55 av de 106 övriga (52 %). Differensen −21 % är signifikant på minst 5 %-nivå. Av K-fallen i HU med lekskola (19 fall) begick ingen brott efter 18 år men åtta av de 34 övriga. Differensen −24 % är också signifikant på 5 %-nivå.

Omhändertagande uppvisade i *PU* inga av de sex B-fallen med lekskola men åtta av de 35 utan dylik (23 %). Inga av K-fallen omhändertogs. I *HU* omhändertogs sju av 36 B-fall som gått i lekskola och 26 av de 106 som ej gått i lekskola (19 mot 25 %). Differensen är ej signifikant. Av K-fall med lekskola omhändertogs ingen men en av dem utan lekskola.

c) *Eftermiddagshem* (tabell 2.14.D.c). Av 41 B-fall i *PU* i denna analys gick fyra på eftermiddagshem och en av dessa begick *brott efter 18 år* och 17 av de 37 övriga. Av de tre K-fallen som gått på e.m.-hem begick en brott och tre av de 37 övriga. I *HU* har vi 18 av 142 B-fall som gått i eftermiddagshem och av dessa 18 har 13 begått brott efter 18 år, medan endast 53 av de övriga 124 begått brott (72 resp. 43 %). Differensen 29 % är signifikant på minst 5 %-nivå. K-fallen i HU som gått i e.m.-hem var fem och ingen av dessa fall begick brott mot sju av de 48 övriga. Differensen är ej signifikant.

Omhändertagna blev i *PU* ett av de fyra B-fallen med vistelse i eftermiddagshem och sju av de 37 övriga. I *HU* var motsvarande siffror fyra av 18 B-fall med och 29 av 124 utan denna vistelse i eftermiddagshem (22 resp. 23 %). Inget K-fall i PU omhändertogs. I HU omhändertogs inga K-fall som gått i e.m.-hem men ett av de 48 övriga.

Vistelse i eftermiddagshem synes sålunda inte uppvisa något samband med omhändertagande och placering men däremot samband med recidivbenägenhet efter 18 år.

d) *Vistelse i såväl daghem som eftermiddagshem* ger intet nytt. Se tabell 2.14.D.d.

2.2.3 Sammanfattning och preliminär diskussion rörande spädbarnsåret och de första levnadsåren

När det gäller spädbarnsåret har speciellt uppfödningsprocessen uppmärksammats vid analysen. Brotts- och kontrollfall visade sig i PU ha fått uppfödning vid bröstet i samma

antal månader medan i HU avsevärda skillnader kunnat konstateras inom såväl B- som K-gruppen och framför allt inom den senare en kortare bröstuppfödningstid. Över sju månaders bröstuppfödning förelåg i PU hos inte mindre än en tredjedel inom såväl B- som K-gruppen medan i HU frekvensen sjunkit till 18 % inom B- och till endast 6 % inom K-gruppen. Pojkarna i PU är födda åren 1944–48 och i HU åren 1948–51. Det är inte osannolikt att denna tidsförskjutning spelat en avgörande roll. Bröstuppfödningen avtog under efterkrigstiden och det kan vara rimligt att anta, att B- och K-gruppernas mödrar, vilka tidigare ej skilt sig åt i sin attityd till bröstuppfödningen, inför förändringen i samhällets attityd påverkades och att då K-gruppens mödrar snabbare accepterade och tillägnade sig det nya synsättet än B-gruppens mödrar.

Inom såväl B- som K-grupperna anger mödrarna låga frekvenser när det gäller svårigheter i samband med uppfödningen (matvägran, kräkningar) eller vid övergång till fast föda samt när det gäller dålig viktökning. Några större skillnader mellan B- och K-grupper har ej konstaterats. Detsamma gäller sådana symtom under spädbarnsåldern som skrikighet och grinighet, sömnrubbningar, kontaktsvårigheter och komplikationer i samband med renlighetsträningen. Ett av dessa symtom, bekymmer vid övergång till fast föda, visar sig vanligare i PU än i HU, vilket eventuellt kan sammanhänga med den ovan diskuterade längre amningstiden i PU.

Även om de enskilda symtomen ej uppvisar några säkra skillnader i frekvens inom B- resp. K-grupper föreligger vid en summering av symtomen en tendens hos B-gruppens pojkar i HU till flera spädbarnssymtom av negativ art än hos pojkarna i K-gruppen. (Skillnaden är signifikant när det gäller yngre pojkar från fullständig familj inom socialgrupp 1 + 2.)

Ovan angivna symtom plus anmärkningsvärd motorisk utveckling har kombinerats med ytterligare tre variabler: miljöbyte under spädbarnsåret, bröstet högst ett kvartal samt anmärkningsvärda uppgifter om referenten (i regel modern) och samtliga sålunda kombinerats till en variabel benämnd "osäker spädbarnstid". En betydande differens uppnås då mellan B- och K-gruppen i HU. "Osäker spädbarnstid" drabbar i HU sålunda 77 % av B-fallen (88 % i PU) och 51 % av K-fallen (80 % i PU). Den höga frekvensen även bland K-fallen gör emellertid sammanslagningen diskutabel som värdemätare på differenser mellan B- och K-grupperna.

Av större intresse är variabeln miljöbyte. Det rör sig här om att ha berövats sin permanenta miljö mer än 14 dagar under första levnadsåret, vilket i HU B-gruppens pojkar utsatts för i större utsträckning än K-gruppens. Differensen är anmärkningsvärd eftersom den är den enda av de i denna ålder för enskilda variabler påvisade som är säkerställd. Det bör emellertid då också framhållas att "miljöbyte" endast omfattar 9 % av B-fallen och därför ej synes kunna spela någon dominerande roll i sammanhanget.

För omhändertagande och placering resp. för återfall i brott efter 18 årsdagen synes uppfödningsprocessen och över huvud taget de enskilda symtom som ovan anförts inte spela någon roll. Endast i fråga om "miljöbyte" och kombinationsvariabeln "osäker spädbarnstid" möter vi säkerställda differenser mellan de B-fall som drabbats härav och de övriga. Dessa differenser gäller dock enbart omhändertagande före 18 år men ej brottslighet efter 18 år. Miljöbyten i spädbarnsåldern har sålunda samband med omhändertagande men icke med ökad recidivrisk när det gäller brott.

Beträffande de första levnadsåren (förskoleåldern) har den motoriska utvecklingen och talutvecklingen samt separationer och barnstugevistelser studerats. Skillnader i frekvens mellan B- och K-fall har endast förelegat i PU och där i fråga om separationerna (mer än två månader berövad sin permanenta miljö). Separationerna var avsevärt mycket vanligare bland K-fallen ($> 1/3$) än bland B-fallen ($< 1/6$). Detta resultat kunde dock ej verifieras i HU, där en differens i motsatt

riktning rörde sig om 3 %. Frekvenserna när det gällt olika typer av barnstugetillsyn är anmärkningsvärt lika för B- och K-grupperna. Numeriskt överväger dock daghems- och eftermiddags- (fritids-) hemsvistelser bland B-fallen, lekskoleverksamhet bland K-fallen.

I fråga om omhändertagande före och återfall i brottslighet efter 18 år finner vi i PU inga säkerställda differenser mellan B- och K-fall i några av de variabler som rör de första levnadsåren. I HU gäller detsamma beträffande omhändertagande och placering före 18 år. Däremot möter vi differenser i samband med anmärkningsvärd talutveckling och i anslutning till barnstugeverksamheten när det gäller brottsligheten efter 18 år. En anmärkningsvärd talutveckling kan tyda på brister såväl i miljö som hos pojken själv. När det gäller barnstugorna visar de B-fall som gått i barnträdgård en mindre recidivbenägenhet (31 %) än de B-fall som ej åtnjutit lekskolevistelse i förskoleåldern (52 %). (Detsamma gäller även K-fallen, 0 resp. 24 %.) Förhållandet är det motsatta när det gäller daghems- och eftermiddagshemsvistelser. B-fallen som vistats på eftermiddagshem har en hög recidivfrekvens i form av brott efter 18 år (72 %) i förhållande till dem som ej vistats på dessa hem (43 %). (K-fallen 0 resp. 15 %.) Siffrorna från daghemmen är likartade, för B-pojkarna 64 % mot 42 %. Förklaringen till dessa diskrepenser måste ligga i att olika kategorier av barn hamnar i barnträdgårdar resp. på dag- och eftermiddagshem. Lekskolornas barn kan förväntas ha en på många sätt gynnsammare social situation än dag- och eftermiddagshemsbarnen och säkerligen har också de B-fall som icke behövt komma till daghem en motsvarande mera gynnsam allmän situation än de B-fall, vars föräldrar måst anlita daghem.

2.3 *Kroppsliga sjukdomar och traumata under uppväxtåren*

Som framgår av resultatbeskrivningen nedan har från vårdnadshavaren inhämtats uppgifter rörande genomgångna sjukdomar med angivande av åldern vid sjukdomstillfället. Det rör sig här om de vanliga barnsjukdomarna samt om upprepade övre luftvägsinfektioner och därutöver om en rad kroppsliga symtom, som pojkarna klagat över under uppväxttiden. Vidare har registrerats alla kroppsliga traumata i form av dels skalltraumata, dels övriga traumata av upprepad natur.

2.3.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar

De psykiska följdtillstånden i anslutning till infektionssjukdomar av olika slag sammanhänger med deras benägenhet att angripa hjärnan och dess hinnor. Olika infektionssjukdomar uppvisar skillnader beträffande riskerna härvidlag. De variga meningoencephaliternas följder är speciellt allvarliga, i synnerhet när de drabbar de minsta barnen. Riskerna för generella utvecklingsstörningar är sålunda betydande före 2-årsåldern, vilket sannolikt beror på den fysiologiska omognaden inom det centrala nervsystemet i denna ålder.

De vanliga barnsjukdomarna som t. ex. morbilli (mässling) och pertussis (kikhosta) kompliceras inte sällan med en encephalit med skiftande symtombilder av neurologisk och/eller psykisk natur. De senare kan då vara övergående eller bestående och anta karaktären av s. k. hjärnlesioner med symtom på mentala defekter resp. personlighetsförändringar med irritabilitet, koncentrationssvårigheter, dålig uthållighet, skrivsvårigheter m. m. (Angående pertussis jämför Annell, 1953.) Vid sjukdomar som parotitis epidemica (påssjuka) kan också uppträda encephaliter med eller utan kliniska symtom av liknande art men frekvensen varierar hos olika undersökare. Även vid varicellae (vattkoppor) kan encephalitsymtom uppträda, dock mera sällan följda av neurologiska eller psykiska symtom. När det gäller poliomyelit har de psykiska följderna betraktats som sällsynta men psykiska symtom har även här ansetts förekomma i varierande frekvens. Uppfattningarna om virusencephaliternas komplikationer av akut och permanent natur

liksom om deras följdverkningar över huvud taget varierar.

Följdverkningarna är i vissa fall, främst när det gäller omedelbara verkningar, påtagliga och odiskutabla. I fråga om följdverkningar på längre sikt gäller detsamma som beträffande hjärnskador av traumatisk natur, dvs. betydande svårigheter föreligger att bedöma effekterna.

Problemen har sysselsatt åtskilliga forskare och lett till en avsevärd litteratur på området. Från svensk sida har de akuta hjärn- och hjärnhinneinflammationernas prognos studerats av bl. a. Nylander (1955) och Müller et al. (1958). I det sistnämnda arbetet visade sig de psykiska besvären ungefär lika vanliga bland kontroller som observationsfall, dock fanns för probandernas del flera med svårartade symtombilder. När Nylander i sitt ovan nämnda arbete, som enbart rörde barn (5–15 år), fann påtagliga psykiska symtom i ca hälften av fallen kunde han visa att flertalet av dessa barn tiden före hjärn- eller hjärnhinneinflammationen haft samma symtom och att de även förelåg hos föräldrar och syskom samt att det i en del fall förelegat anmärkningsvärda störningar i den yttre miljön.

Vad beträffar skallskador har Hjern och Nylander (1962) undersökt ett mindre material av grava hjärnskador hos barn (1–14 år) med medvetslöshet (24 timmar upp till 50 dagar) efter traumat. Nära hälften av fallen (9 av 22) visade inga vare sig neurologiska eller psykiska följdsymtom och någon korrelation mellan medvetslöshetens längd och symtomens svårighetsgrad kunde inte heller påvisas. Liknande resultat rapporterar andra författare (Bax och Mac Keith, 1963). Några år efter den första studien (1964) skildrar Hjern och Nylander ett större barnmaterial med hjärnskakningar (commotio cerebri av viss definierad typ), varvid framhålles dels att barnets psykiska status före olyckan visat sig vara av väsentlig betydelse för uppkomsten av akuta skallskador, dels prognosens sannolika beroende av föräldrarnas föreställningar om densamma och av den information föräldrar och barn ges under vårdtiden. Mera sällan kunde med fog misstänkas att ifrågavarande skallskada hade samband med de symtom som förelåg sex månader efter olyckan.

Andra undersökningar är i detta sammanhang också av intresse, t. ex. Hartelius (1965) och Jonsson (1967) liksom McCord och McCord (1959) och Rune (1970). Jonsson fann, att om alla av aktuella eller misstänkta hjärnskador (meningiter, poliomyelitis, cerebrala insulter vid förlossningen och hjärnskakningar) adderades, förelåg ingen skillnad mellan "delinquent" och "non-delinquent" pojkar, men om endast "concussion" (hjärnskakningar) räknades, förelåg en något högre frekvens dylika bland "delinquent boys". Vid tolkningen härav diskuterar Jonsson pojkarnas livlighet som bl. a. medför faror i trafiken och den med olyckshändelserna tilltagande intensiteten i oron med åtföljande komplikationer. Samma summationseffekt har också påpekats av de övriga ovan nämnda författarna. Rune har i sin studie jämfört barn som företett skallskador med medvetslöshet med ett kontrollmaterial och funnit en rad psykiska symtom hos de förra men endast i få fall direkta tecken på hjärnskada. I stället karaktäriseras gruppen av splittrad hemsituation med behov av socialhjälp och andra bekymmersamma yttre förhållanden kombinerade med "psykisk insufficiens" hos föräldrar och eventuellt av beteenderubbningar eller "insufficiens" hos barnen redan före skalltraumat.

Av intresse för denna undersökning är speciellt vad som anförts om hjärnskadornas betydelse för och samband med sådana karaktärsförändringar, som lett till ett beteende av typen barn- och ungdomsasocialitet resp. kriminalitet. Motoriska rubbningar och hyperaktivitet uppges som speciellt vanliga följder av hjärnskador, inte minst en generellt dålig finmotorik liksom också perceptionsrubbningar av olika slag och de därav följande sekundära pålagringarna av mer eller mindre neurotisk natur. Koch (1972) betonar vikten av deras diagnostik från bl. a. terapeutiska synpunkter och påminner om

Stuttes insatser när det gäller karaktärsstörningarnas somatogenes. Även om de grövre hjärnskadorna i enskilda fall med hög grad av sannolikhet kan kliniskt bindas till ett speciellt beteende kan dock genetiska faktorer vara avgörande. Det är över huvud taget svårt att få fram mera generella samband. Inte minst här rör det sig om oklarheter som uppstår vid gränsdragningarna. Detta framträder med all tydlighet inför t. ex. Sjöbrings "lesionella personlighetsförändringar" och inför det moderna uttrycket "minimal brain damage" resp. "minimal brain dysfunction". Utöver nämnda motoriska rubbningar ingår i detta syndrom beteendevariabler som "impulsdrivenhet, dysinhibition, brist på koncentration och ökad distraktibilitet" – "förändringar i kontaktformen med bristande selektivitet och distanslöshet, trubbighet i den emotionella kontakten, ökad uttröttbarhet, förändringar i psykiska förlopps intensitet mot antingen speciellt hög (ixoid) intensitet eller speciellt låg, 'affektivt tunn', vidare uppladdningstendens, tendens till desorganiserande primitivreaktioner, överstimuleringstendenser, tendens till splittring, lättaktiverad ängslan och s. k. katastrofreaktioner ad modum Goldstein. Vidare rigiditet i inställningar, 'sets', bristande plasticitet i anpassning, sänkt vakenhetsgrad, viss sorts mimik med bristande nyansering och uttrycksfattigdom, personlighetsmässig primitivisering och bristande differentiering, stereotypi i tänkande och tyckande, nedsatt muskeltonus, emotionell flackhet och trubbighet."

Torold (1969), från vilken ovan nämnda citat är hämtat, har behandlat dessa och, som tidigare anförts, andra väsentliga problem i sin studie om ungdomskriminaliteten. Beträffande "minimal cerebral dysfunktion" erinrar han bl. a. om att det mest etablerade av alla hjärnskadesyndrom, hyperaktivitetssyndromet, snarast verkar vara genetiskt betingat (Bakwin, 1967). Han finner frågan om exogen resp. endogen etiologi oklar och olöslig (utom genom jämförelser på stora grupper enäggstvillingar). Han betonar betydelsen av "base-rate"-problemet och exemplifierar olikheterna i definitioner med frekvenstalen hos olika författare från 0,1 % (Graham et al., 1966) över 7–8 % (Jonsson, 1964) till 42 % (Uddenberg, 1955) i "normalgrupper". Han kräver kvantitativ bedömning och operationella definitioner och anser det vara en fördel att begreppen kan användas deskriptivt och radikalt befrias från sina etiologiska implikationer.

Torolds ingående granskning av litteraturen för honom till att det "i fråga om genetiska faktorer och kriminalitet för närvarande bara kan sägas att det är möjligt att genetisk disposition spelar en viss roll, när det gäller ungdomskriminalitet troligen en relativt liten." Han pekar på det viktigaste resultatet från tvillingforskningen, dvs. "att enäggstvillingar i 30–40 % icke är konkordanta för habituell kriminalitet, detta trots att de i de flesta fallen vuxit upp i samma miljö." Om detta inte kan förklaras genom exogent lesionella faktorer, vilket genomgången inte gjort sannolikt, måste, menar Torolf, "små (t. ex. icke sociologiska) differenser i deras miljösituation vara förklaringen, vilket ger spelrum för fortsatt forskning avseende subtila miljöförhållandens betydelse." Han föreslår som adekvat forskning intensivundersökningar på grupper av för asocialitet diskordanta enäggstvillingpar (inklusive av för grad av asocialitet starkt olika enäggstvillingpar) resp. en väl genomtänkt hypotesuppläggning på just sådana ungdomskriminella som starkt avviker från det vanliga mönstret, exempelvis kommer från socialt mycket bra miljöer med välanpassade syskon etc. och studier på socialt välanpassade barn från väldokumenterat kriminalitetsdisponerande familjemiljöer, "multiproblemfamiljerna". Otvivelaktigt blir en dylik forskning en betydelsefull uppgift i framtiden.

2.3.2 Egna undersökningar och resultat

Av barnsjukdomar har efterfrågats difteri, barnförlamning (polio), kikhosta (pertussis), mässling (morbilli), påssjuka (parotit), vattenkoppor (varicellae) och röda hund (rubel-

la). Uppgifter har också lämnats om eventuellt genomgången gulsot (hepatit), hjärnhinne- resp. hjärninflammation (meningit, encephalit) och kramper samt om eventuell förekomst av skalltraumata resp. upprepade kroppsliga traumata av annan art. Vidare har registrerats olika kroppsliga symtom som pojken mer eller mindre regelbundet lidit av eller klagat över såsom astma, allergiska sjukdomar, huvudvärk, muskelvärk, utpräglad trötthet, ofta förekommande illamående och kräkningar samt matvägran resp. eventuellt förekommande överkonsumtion av mat. Frågor har också gällt besvär i form av förstoppning (obstipation) resp. ofta förekommande diarrétillstånd. Till sist har efterfrågats huruvida pojken lidit av upprepade övre luftvägsinfektioner och om han utsatts för någon form av förgiftning (intoxikation) eller annan anmärkningsvärd sjukdom och om han varit föremål för röntgenundersökningar.

Hypotesen är att dessa sjukdomar, symtom och tillstånd kunnat medföra komplikationer som på ett eller annat sätt ökat risken för barnet att bli B-fall och senare även återfall.

I. Genomgångna kroppsliga sjukdomar och traumata

A. Barnsjukdomar (tabell 2.15)

När det gäller barnsjukdomar har difteri inte förekommit i vare sig PU eller HU. Barnförlamning eller polio har i PU registrerats i fyra av 42 B-fall (10 %) men inte i något K-fall. I HU hade tre av 146 B-fall (2 %) och ett av 52 K-fall (2 %) haft polio.

Övriga barnsjukdomar, deras frekvens inom PU och HU resp. bland B- och K-fall liksom ålder vid insjuknandet i desamma, återfinns i tab. 2.15.

Av tabellen framgår att, med undantag för vattkoppor, inga säkra skillnader föreligger mellan B- och K-fall när det gäller frekvenser av barnsjukdomar, som för båda grupperna är högst när det gäller mässling (89–96 %) och lägst när det gäller röda hund (33–49 %) och scarlatina (16–17 %).

En numeriskt relativt stor skillnad mellan B- och K-fall föreligger förutom när det gäller vattkoppor även beträffande röda hund. I *PU* möter vi sålunda när det gäller röda hund en frekvens inom B-gruppen på 48 % och inom K-gruppen på 33 %. Diskrepansen 15 % är dock ej signifikant. Här möter vi en skillnad även i insjukningsålder: 6,5 år för B-fallen mot 4,7 år för K-fallen. I *HU* kan dessa resultat beträffande röda hund ej verifieras.

I fråga om påssjuka skiljer sig också insjukningsåldern men nu med *i PU såväl som i HU* en lägre dylik för B-fallen (6,7 resp. 5,7 år) än för K-fallen (7,6 resp. 7,7 år).

Vattkoppor skiljer sig från övriga barnsjukdomar genom en i *HU* lägre frekvens bland B-fallen (66 %) än bland K-fallen (87 %). Differensen −21 % är signifikant (χ^2 = 9.13). Medelvärdet för insjukningsåldern ligger i HU också något högre för K-fallen (6,3 år) än för B-fallen (5,7 år).

B. Övriga kroppsliga sjukdomssymtom

1. Övriga sjukdomar och symtom uppvisar *i regel en mycket låg frekvens och ofta samma i såväl B- som K-grupper*. Detta gäller i PU såväl som i HU beträffande astma, allergiska sjukdomar, gulsot, hjärn- och hjärnhinneinflammationer, krampsymtom, illamående, kräkningar, matvägran resp. överkonsumtion, diarrésjukdomar, förstoppning, ledvärk, hjärtbesvär och förgiftningar.

I PU gäller det 0–5 av 39–40 B-fall (0–12 %) och 0–4 av 40 K-fall (0–10 %) per symtom och i HU 1–9 av 144–149 B-fall (1–6 %) och 1–2 av 52–53 K-fall (2–4 %). Differensen sträcker sig i PU från −2 till +7 % och i HU från −2 till +6 %. Inte i något fall är skillnaderna mellan B- och K-grupper signifikanta. De mest påtagliga differenserna möter vi i HU beträffande symtomen *illamående och kräkningar*. Det förra omfattar nio av 147 B-fall (6 %) men inga K-fall. Differens 6 %. Det senare omfattar åtta av 147 B-fall (6 %) och ett av 53 K-fall (2 %). Differens 4 %, dvs. inte heller

Tabell 2.15 Frekvens och ålder vid insjuknande i barnsjukdomar resp. uppträdande av skalltraum (jämte frekvensen av kroppsliga traumata) i PU och HU för B- och K-fall samt differenser mella och K-fall.

Sjukdom	PU resp. HU	B-fall					K-fall					Diff. B–K		
		N	%	N	Ål-der M	δm.	N	%	N	Ål-der M	δm.	%	Sign.	Ål-de
Mässling	PU	39	93	37	4,7	0,41	38	95	38	4,4	0,35	−2	–	+0
	HU	126	89	124	4,8	0,23	51	96	50	5,0	0,28	−7	–	−0
Vattkoppor	PU	29	69	28	6,0	0,45	31	77	31	6,1	0,66	−8	–	−0
	HU	95	66	94	5,7	0,26	46	87	45	6,3	0,37	−21	xxx	−0
Påssjuka	PU	22	54	21	6,7	0,54	25	63	24	7,6	0,68	−9	–	−0
	HU	85	60	84	5,7	0,28	33	58	29	7,7	0,54	+2	–	−2
Kikhosta	PU	20	49	20	3,6	0,50	16	40	14	4,5	0,72	+9	–	−0
	HU	87	61	86	4,2	0,28	33	63	33	4,4	0,40	−2	–	−0
Röda hund	PU	20	48	18	6,5	0,69	13	33	13	4,7	0,59	+15	–	+1
	HU	70	49	68	5,7	0,34	24	45	23	6,0	0,51	+4	–	−0
Scarlatina	HU	24	17	23	5,2	0,66	8	16	8	6,3	1,32	+1	–	−1
Kroppsl. trauma	PU	8	19	–	–	–	2	5	–	–	–	+14	x	
	HU	8	5	–	–	–	1	2	–	–	–	+3	–	
Skalltrauma m. medvetslöshet	PU	15	36	15	7,0	0,95	6	15	5	6,8	0,91	+21	x	+0
	HU	26	18	26	6,8	0,70	6	11	6	5,1	1,18	+7	–	+1

Anm. Totala antalet B-fall i PU = 40–42
Totala antalet K-fall i PU = 39–41
Totala antalet B-fall i HU = 139–144
Totala antalet K-fall i HU = 51–53

här någon säkerställd skillnad mellan B- och K-grupper.

2. *I något högre frekvens men också utan signifikanta differenser mellan B- och K-grupper* finner vi symtomen utpräglad trötthet, muskelvärk (i regel benmuskelsmärtor), mag- resp. huvudvärk samt benägenhet för övre luftvägsinfektioner. I *PU* rör det sig om 6–10 av 42 B-fall och 6–12 av 40 K-fall (15–30 %) och i *HU* om 11–29 av 144–147 B-fall (7–22 %) och 0–11 av 53 K-fall (0-21 %), en viss numerisk översikt för B-fallen. Speciellt när det gäller *huvudvärk* möter vi denna *tendens till övervikt för B-fallen.* I *PU* anger 10 av 42 B-fall (24 %) och sex av 40 K-fall (15 %) huvudvärk. Differens 9 %. I *HU* är motsvarande siffra 29 av 144 B-fall (22 %) och sju av 53 K-fall (13 %). Differens 9 %. När det gäller benägenhet för *upprepade övre luftvägsinfektioner* möter vi också *relativt hög frekvens* men numeriskt *högre i K- än B-grupp.* I *PU* sålunda i sex av 42 B-fall (14 %) och 11 av 40 K-fall (27 %). Differensen – 13 %. I *HU* är motsvarande siffror 21 av 144 B-fall (14 %) och 11 av 53 K-fall (21 %). Differensen – 7 %, dvs. ingen signifikans.

C. Upprepade kroppsliga traumata resp. skalltraumata (tabell 2.15)

Upprepade *kroppsliga traumata* möter vi i *PU* i åtta av 42 B-fall (19 %) och i två av 40 K-fall (5 %). Differens 14 %, dvs. en signifikans på 5 %-nivå. I *HU* blir frekvensen dock lägre, i åtta av 144 B-fall (5 %) och i ett av 53 K-fall (2 %). Differensen 3 % är här ej signifikant.

Skalltrauma med medvetslöshet registrerades i *PU* i 15 av 42 B-fall (36 %) och i sex av 40 K-fall (15 %). Differensen 21 % är signifikant på 5 %-nivå. I *HU* är även här frekvensen lägre med 26 av 144 B-fall (18 %) mot sex av 53 K-fall (11 %). Differensen 7 % blir här ej signifikant. Av tabell 2.15 framgår att skalltraumat drabbade B-fallen i HU i högre ålder än K-fallen (vid 6,8 resp. 5,1 år).

Differens 1,7 år. Inga signifikanta differenser.

D. Röntgen

Som ovan nämnts har även registrerats huruvida pojkarna varit föremål för röntgenundersökningar. I *PU* angavs 21 av 41 B-fall (51 %) och 20 av 39 K-fall (51 %) vara röntgade. I *HU* angavs 107 av 147 B-fall (73 %) och 43 av 52 K-fall (83 %) ha röntgats. I HU är diskrepansen sålunda −10 %. Skillnaden är ej signifikant.

II. Kroppsliga sjukdomar i sekvensmodell

A. Barnsjukdomar (tabell 2.16.a–f)

Resultaten framgår i sina detaljer av tabellen. Signifikanta differenser framträder inte mellan dem som haft resp. ej haft barnsjukdomar såsom mässling, påssjuka, scarlatina, vattkoppor och röda hund när det gäller brottslighet efter 18 år resp. omhändertagande före denna ålder.

Kikhosta (tabell 2.16.a) uppvisar en anmärkningsvärd differens såtillvida som de K-fall i HU som ej haft kikhosta har en för K-fallen hög frekvens brott efter 18 år (33 %). Differensen mellan dem som haft resp. icke haft kikhosta är −30 %. Den förra gruppen omfattar här 33 fall, av vilka endast ett begått *brott efter 18 år*. Resultatet kan stärka uppfattningen att kikhostan trots sin allvarlighet från andra synpunkter knappast tillhör de sjukdomar, vars följdverkningar påverkar brottsligheten.

Mässlingen (tabell 2.16.b) ger också ett anmärkningsvärt resultat i PU, i det att de pojkar som haft mässling begår *brott efter 18 år* i 47 %. Differensen mellan dessa och de tre pojkars brottslighet som ej haft mässling (0 %) är sålunda 47 %. Medelfel = 8,1. I HU möter vi samma tendens, 48 resp. 38 %. Differensen således 10 %. Fishers exakta test för fyrfältstabeller ger dock ej signifikans.

Röda hund (tabell 2.16.f) som i PU företedde en tendens till högre frekvens bland B-fall (48 %) än bland K-fall (33 %) uppvisar en tendens till *högre brottslighet efter 18 år* för dem som haft sjukdomen (55 %) än för de pojkar som uppges icke haft sjukdomen (33 %). Differensen 22 % är dock ej signifikant och resultatet, som gäller PU, kan ej verifieras i HU, där differensen är 8 %.

När det gäller *omhändertagande och placering* före 18 år av dem, som begått brott efter 18-årsåldern, framträder inga signifikanta differenser.

B. Övriga kroppsliga sjukdomssymtom (tabell 2.17.a–g)

1. I regel har dessa uppvisat så låg frekvens att en analys enligt sekvensmodellen ej är meningsfull.

Illamående (2.17.a) och kräkningar (2.17.b) uppvisar de högsta frekvenserna och också den största diskrepansen mellan B- och K-grupper även om denna inte är signifikant.

Illamående möter vi i *PU* i fyra av de 41 B-fallen. Samtliga dessa fyra begick *brott efter 18 år* mot 14 av de 37 övriga (38 %). Differens 62 %. Fishers exakta test ger signifikans på 3 %-nivå. I *HU* är motsvarande siffror fem av åtta B-fall med illamående mot 62 av 135 utan illamående (46 %). Differensen 17 %. Fisher ger dock här ingen signifikans. Resultatet i PU kan sålunda ej verifieras i HU men tendensen är påtaglig. När det gäller K-fallen har endast två fall i PU och intet fall i HU registrerats för illamående. De två i PU begick ej brott efter 18 år.

Omhändertagna blev i *PU* två av de fyra B-fallen med illamående mot sex av de 37 utan (16 %). I *HU* var fem av de åtta B-fallen med illamående omhändertagna (63 %) mot 29 av de 135 utan (21 %). Differens 42 %. Fishers test ger här signifikans. Av K-fall i PU omhändertogs ingen men en i HU, som dock ej registrerats för illamående.

Kräkningar registrerades i tre B-fall i *PU* och dessa begick samtliga tre *brott efter 18 år* mot 15 av de 38 övriga (39 %). Differens 61 %. Fishers exakta test ger dock ingen signifikans (p = 0,077). I *HU* var motsvarande registreringar fem av sju för B-fall med

Tabell 2.16 Barnsjukdomar i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) Kikhosta																			
B-fall	+	20	10	50	10	–	5	25	10	–	85	39	46	–1	–	16	19	–10	–
”	–	20	8	40			3	15			55	26	47			16	29		
K-fall	+	16	2	13	5	–	0	0	0	–	33	1	3	–30	x	0	0	–6	–
”	–	24	2	8			0	0			18	6	33			1	6		
b) Mässling																			
B-fall	+	38	18	47		–	8	21		–	124	59	48	10	–	28	23	–2	–
”	–	3	0				0				16	6	38			4	25		
K-fall	+	38	4	11		–	0	0		–	51	7	14		–	1	2		–
”	–	2	0				0				2	0				0			
c) Påssjuka																			
B-fall	+	21	8	38	–9	–	2	10	–16	–	88	40	45	–4	–	21	24	2	–
”	–	19	9	47			5	26			51	25	49			11	22		
K-fall	+	25	1	4	–16	–	0	0	0	–	31	5	16	7	–	1	3	3	–
”	–	15	3	20			0	0			22	2	9			0	0		
d) Scarlatina																			
B-fall	+										23	13	57	12	–	6	26	3	–
”	–										117	53	45			27	23		
K-fall	+										46	7	15			1	2		–
”	–										7	0				0			
e) Vattkoppor																			
B-fall	+	28	13	46	8	–	7	25	17	–	103	49	48	5	–	25	24	5	–
”	–	13	5	38			1	8			37	16	43			7	19		
K-fall	+	31	3	10		–	0	0		–	46	6	13		–	1	2		–
”	–	9	1				0				7	0				0			
f) Röda hund																			
B-fall	+	20	11	55	22	–	4	20	0	–	70	35	50	8	–	16	23	1	–
”	–	21	7	33			4	20			69	29	42			15	22		
K-fall	+	13	2	15	7	–	0	0	0	–	24	2	8	–9	–	1	4	4	–
”	–	26	2	8			0	0			29	5	17			0	0		

Tabell 2.17 Övriga kroppsliga sjukdomssymtom i sekvensmodell

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) Illamående																			
B-fall	+	4	4	100	62	x	2			–	8	5			–	5	63	42	x
”	–	37	14	38			6	16			135	62	46			29	21		
K-fall	+	2	0			–	0			–	0				–				–
”	–	38	4	11			0	0			53	7	13			1	2		
b) Kräkningar																			
B-fall	+	3	3			–	1			–	7	5			–	4			–
”	–	38	15	39			7	18			136	62	46			30	22		
K-fall	+	1	0			–	0			–	1	1			–	0			–
”	–	39	4	10			0	0			52	6	12			1	2		
c) Trötthet																			
B-fall	+	8	4			–	2			–	10	6	60	14	–	3	30	7	–
”	–	33	14	42			6	18			133	61	46			31	23		
K-fall	+	7	1			–	0			–	0				–				–
”	–	33	3	9			0	0			53	7	13			1	2		
d) Muskelvärk																			
B-fall	+	9	3			–	2			–	17	9	53	7	–	6	35	13	–
”	–	32	15	47			6	19			126	58	46			28	22		
K-fall	+	12	1	8	–3	–	0	0	0	–	7	1			–	0			–
”	–	28	3	11			0	0			46	6	13			1	2		
e) Magvärk																			
B-fall	+	10	3	30	–18	–	2	20	1	–	33	16	48	2	–	8	24	0	–
”	–	31	15	48			6	19			110	51	46			26	24		
K-fall	+	11	1	9	–1	–	0	0	0	–	8	1			–	0			–
”	–	29	3	10			0	0			45	6	13			1	2		
f) Huvudvärk																			
B-fall	+	10	6	60	21	–	3	30	14	–	31	17	55	10	–	8	26	3	–
”	–	31	12	39			5	16			112	50	45			26	23		
K-fall	+	6	2			–	0			–	7	0			–	0			–
”	–	34	2	6			0	0			46	7	15			1	2		
g) Övre luftvägs-infektioner																			
B-fall	+	6	2			–	0			–	20	7	35	–14	–	3	15	–10	–
”	–	35	16	46			8	23			123	60	49			31	25		
K-fall	+	11	1	9	–1	–	0	0	–3	–	11	1	9	–5	–	0	0	–2	–
”	–	29	3	10			1	3			42	6	14			1	2		

kräkningar och 62 av 136 utan (46 %). Differens 25 %. Ingen signifikans. När det gäller K-fallen förekom i PU och HU endast ett fall i vardera med kräkningar. Fallet i HU begick brott efter 18 år men ej fallet i PU.

Omhändertagande hade i *PU* en av de tre med kräkningar råkat ut för mot sju av de 38 B-fallen utan dylika (18 %). I *HU* möter vi fyra av de sju B-fallen med kräkningar omhändertagna mot 30 av de 136 utan dylika (22 %). Differensen 35 % ligger på 10 %-nivå. En viss tendens alltså talar i den riktningen att brottsfall med kräkningssymtom omhändertages och placeras före 18 års ålder och begår brott efter 18 års ålder i större utsträckning än brottsfall utan kräkningssymtom. Av K-fallen hade inga i PU omhändertagits, ej heller ett K-fall med kräkningar i HU men ett utan dylika.

Illamående och kräkningar intar sålunda en viss särställning med för illamående i PU en signifikans för samband med brott efter 18 år och i HU för samband med omhändertagande och placering före 18 år, och när det gäller kräkningarna en tendens till samband med brott efter 18 år i PU och i HU en tendens till samband med omhändertagande och placering före 18 år.

2. När det gäller symtom som *utpräglad trötthet* (tabell 2.17.c) och *organsymtom som muskelvärk* (tabell 2.17.d) och *magvärk* (tabell 2.17.e) framträder inga skillnader i brott efter 18 år eller när det gäller omhändertagande. Inte heller beträffande *huvudvärk* (tabell 2.17.f), som uppvisade en svag tendens till högre frekvens bland B-fallen möter vi några differenser.

I fråga om *upprepade övre luftvägsinfektioner* (tabell 2.17.g), som visade en numeriskt högre frekvens bland K-fallen än bland B-fallen, finner vi i *PU* lägre frekvenser av brott efter 18 år resp. omhändertagande före denna ålder bland dem som lidit av övre luftvägsinfektioner. Statistisk signifikans uppnås dock ej. I *HU* rör det sig om sju B-fall som begått brott av 20 med infektioner (35 %) mot 60 av 123 utan dessa besvär (49 %). Differens −14 %. Differensen är ej heller här signifikant. Även när det gäller K-fallen är situationen likartad.

C. Upprepade kroppsliga traumata resp. skalltraumata (tabell 2.18)

Upprepade kroppsliga traumata uppvisade i *PU* åtta B-fall, av vilka fyra *begick brott efter 18 år* och 14 av de 33 övriga (42 %). Differensen 8 % är ej signifikant. I *HU* rörde det sig om fem av de åtta B-fallen med upprepade trauma och 62 av de 135 övriga (46 %). Differensen 17 % är ej heller här säkerställd.

I fråga om omhändertagande är differenserna likartade.

Skalltrauma med medvetslöshet hade i *PU* drabbat 15 av 41 B-fall. Av dessa 15 begick åtta *brott efter 18 år* (53 %) mot 10 av de 26 övriga (38 %). Differensen 15 % är ej signifikant. I *HU* rörde det sig om 27 av 143 B-fall med skalltrauma. Av dessa 27 begick 19 brott efter 18 år (70 %) mot 48 av de 116 övriga (41 %). Differensen 29 % är här signifikant.

När det gäller *omhändertagande* möter vi i *HU* en motsvarande signifikant differens. Elva av 27 B-fall med skalltrauma placeras (41 %) mot 23 av 116 utan (20 %). Differens 21 %.

D. Röntgen

Som framgår av tabell 2.18 möter vi inga differenser av signifikant natur inom vare sig *PU* eller *HU* när det gäller omhändertagande före eller brott efter 18 år.

2.3.3 Sammanfattning och preliminär diskussion beträffande kroppsliga sjukdomar och symtom under uppväxtåren

A. När det gäller *barnsjukdomar* i allmänhet finner vi i regel samma frekvens i såväl PU som HU och bland B- och K-fall. Endast beträffande vattkoppor skiljer sig B-fall och K-fall från varandra med i PU och HU en högre frekvens vattkoppor bland K-fallen än

Tabell 2.18 Upprepade kroppsliga traumata resp. skalltraumata (jämte röntgenexponering) i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU							
		Antal	Brott >18 år				Omh.tagn. <18 år				Antal	Brott >18 år				Omh.tagn. <18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
Upprepade kroppsliga traumata																		
B-fall	+	8	4				2				8	5				3		
”	–	33	14	42		–	6	18		–	135	62	46		–	31	23		–
K-fall	+	2	0								1	0				0		
”	–	38	4	11		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
Skalltraumata																		
B-fall	+	15	8	53	15	–	3	20	1	–	27	19	70	29	xx	11	41	21	x
”	–	26	10	38			5	19			116	48	41			23	20		
K-fall	+	6	1				0				6	1				0			
”	–	34	3	9		–	0	0		–	47	6	13		–	1	2		–
Röntgenexp.																		
B-fall	+	21	8	38	–9	–	4	19	–2	–	104	50	48	4	–	23	22	–6	–
”	–	19	9	47			4	21			39	17	44			11	28		
K-fall	+	20	2	10	–1	–	0	0	0	–	43	5	12		–	1	2		–
”	–	19	2	11			0	0			9	2				0			

bland B-fallen och i HU en signifikant sådan differens.

En ofta numeriskt högre frekvens av barnsjukdomar och övre luftvägsinfektioner bland K-fallen kan möjligen tolkas så, att K-fallens referenter har bättre minne av pojkarnas genomgångna sjukdomar än B-fallens. Den allmänna tendensen i vårt material bryts dock när det gäller röda hund, som i numeriskt högre frekvens drabbat B-fallen speciellt i PU. Det rör sig likväl inte om någon signifikant differens, varför slumpen kan ha varit avgörande.

Diskrepensen mellan flertalet barnsjukdomar å ena och röda hund å andra sidan bör kanske ändå noteras eftersom en viss skillnad också förekommer när det gäller insjukningsåldern. Denna ligger för de övriga barnsjukdomarna i regel lägre när det gäller B-fallen, vilket kan bero på en ur smittosynpunkt ogynnsammare miljö för dessa än för K-fallen. I PU insjuknar emellertid B-fallen i röda hund i genomsnitt först vid 6–7-årsåldern och K-fallen vid 4–5-årsåldern. I HU kan denna differens dock ej verifieras. Såväl B- som K-fall insjuknar här i 6-årsåldern.

Omhändertagande med placering före 18 år resp. brottslighet efter 18 år visar intet klart samband med förekomst av barnsjukdomar. Det kan ändå noteras att de numeriskt största differenserna gäller mässling och röda hund hos B-fallen, dvs. de B-fall som haft mässling resp. röda hund har i numeriskt högre frekvens begått brott efter 18 år än de B-fall, som ej haft dessa sjukdomar. Röda hund får betraktas som en sjukdom värd speciella studier. Beträffande kikhosta föreligger den enda signifikanta differensen och den gäller K-fallen. De K-fall som inte haft kikhosta har sålunda i större utsträckning begått brott efter 18 år än de fall som haft kikhosta. Resultatet är svårtolkat, men det talar i varje fall inte för kikhosta som etiologisk faktor i anslutning till kriminalitetsföreteelser.

B. Vad *sjukdomar och kroppsliga symtom i övrigt* beträffar finner vi flertalet efterfrågade dylika i låg frekvens och i samma frekvens inom såväl B- som K-grupper. Det är här fråga om illamående, kräkningar, diarrésjukdomar, förstoppning, matvägran, överkonsumtion, gulsot, ledvärk, hjärtbesvär, krampsjukdomar, hjärn- och hjärnhinneinflammationer och förgiftningar.

Det mest påtagliga och också relativt frekventa bland ovan nämnda symtom utgjordes av illamående och kräkningar. B-fallen syntes något oftare än K-fallen utsatta för dessa symtom, dock utan signifikanta differenser.

När det gäller illamående visar det sig i PU att de B-fall, som enligt referenterna lidit härav, begår brott i signifikant högre utsträckning efter 18 år än de övriga. Beträffande kräkningar är situationen likartad men signifikansen når här endast 8 %-nivå. I HU uppnås en motsvarande signifikans när det gäller illamående resp. omhändertagande och placering och beträffande kräkningar en tendens till ett motsvarande samband. Symtomen kan och bör troligen uppfattas som nervöst betingade och utgör kanske ett uttryck för att även de recidiverande unga lagöverträdarna reagerat mer med ångest, ängslan och oro än man primärt föreställer sig hos den kategori, som fortsätter med asocialt beteende upp i vuxen ålder.

I något högre frekvens men alltjämt utan signifikanta differenser mellan B- och K-fall möter vi symtom som utpräglad trötthet, muskelvärk, mag- och huvudvärk. Ofta föreligger en tendens till högre frekvens av dessa symtom hos B-fallen, speciellt gäller detta huvudvärk. Det framträder inga samband mellan symtomens förekomst och omhändertagande före eller brottslighet efter 18 år.

Övre luftvägsinfektioner förekommer i numeriskt men ej signifikant högre frekvens bland K-fallen än bland B-fallen. Det är sannolikt att K-fallens mödrar är mer observanta även och kanske speciellt när det gäller banala infektioner än B-fallens och att detta är förklaringen. Ingen skillnad har framträtt beträffande omhändertagande och brottslighet efter 18 år när materialet studerats med hänsyn till förekomst resp. ej förekomst av upprepade övre luftvägsinfektioner. I den mån det är möjligt att tala om en tendens

har de pojkar som lidit av upprepade övre luftvägsinfektioner mindre recidivbenägenhet än de pojkar som ej drabbats härav. I varje fall talar resultaten inte för att upprepade övre luftvägsinfektioner skulle leda till skador som påverkar recidivfrekvensen till brott.

C. *Upprepade kroppsliga traumata resp. skalltraumata* finner vi i PU men ej HU i en signifikant högre frekvens bland B-fallen än bland K-fallen. Tendensen i HU är dock densamma. De B-fall, som registrerats för upprepade kroppsliga traumata och skalltraumata med medvetslöshet, visar numeriskt högre risksiffror såväl när det gäller omhändertagande som när det gäller begångna brott efter 18 år. Signifikanta blir differenserna dock endast i HU och där för skalltraumata med medvetslöshet.

Att B-fallen mer än andra råkar ut för olyckshändelser och blir "olycksfåglar" är påtagligt. Att denna benägenhet då resulterar i inte bara sådant som arm- och benbrott utan också i skallskador med medvetslöshet är naturligt. De upprepade kroppsliga olyckor som går ut över armar och ben och den bakomliggande orsaken härtill påverkar inte riskerna för omhändertagande och fortsatt brottslighet så tydligt som skalltraumata med medvetslöshet. (Jämför de i historiken citerade författarnas "summationseffekt".) Den eventuella B-faktor, som Olofsson infört i undersökningens social-psykologiska avsnitt (SOU 1973:25, kap. 5), kan tänkas ha samband med de faktorer som leder till olycksfallsbenägenheten medan skalltraumata med medvetslöshet är en sekundär faktor, som hos ett brottsfall påverkar recidivfrekvensen.

D. I detta avsnitt har till sist upptagits frågan om frekvensen av *röntgenundersökningar*. Hypotesen har här varit att B-fall i större utsträckning skulle ha utsatts härför speciellt på grund av eventuell olycksfallsbenägenhet. Recidivfrekvensen har dock ej varit föremål för en motsvarande hypotes. Den första hypotesen har ej bekräftats. Någon skillnad beträffande omhändertagande resp. brottslighet efter 18 år föreligger ej heller mellan de B-fall som röntgats och de som icke röntgats.

2.5 *Beteende i övrigt under uppväxtåren*

Det är otvivelaktigt av intresse att söka få fram i vilken utsträckning och på vad sätt våra unga lagöverträdare tidigare under uppväxtåren visat symtom på anpassningssvårigheter. Vårdnadshavarna har ställts inför en rad frågor av såväl allmän som av mera speciell natur.

De allmänna frågorna till vårdnadshavaren har gällt om anpassningssvårigheter över huvud taget ansetts föreligga i och utom hemmet eller i skolan. De speciella symtom som efterfrågats har gällt t. ex. snatterier och stölder i och utom hemmet och deras eventuella förekomst före 7 resp. 10-årsåldern, dock utan närmare angivande av typ eller svårighetsgrad.

De mera speciella frågorna har även gällt olika former av aggressions- resp. nonaggressionstendenser. Vårdnadshavaren har sålunda tillfrågats om man upplevt pojken som särskilt aggressiv ("ovanligt bråkig och besvärlig"), som destruktiv (med en ovanlig lust att vilja förstöra saker och ting), eller som en som lätt fått affektutbrott (haft svårt behärska sig) resp. rymt hemifrån och vagabonderat och i så fall om detta varit fallet redan före 10 års ålder. Affektlabilitet (med starka lynnessvängningar) i hemmet före 10 års ålder har också upptagits. Vidare ingår här frågor om man upplevt pojken som ovanligt motoriskt orolig under uppväxtåren och om han lidit av koncentrationssvårigheter. I detta sammanhang har också berörts ett par skolproblem: om pojken lidit av speciella läs- och skrivsvårigheter och om han "skolkat" från skolan samt om han är vänsterhänt.

En annan typ av frågor har gällt pojkens eventuella depressiva tendenser och speciella tecken på ängslan, spänning och osäkerhet. Hit hör ett par allmänna frågor om han uppvisat "depressiva symtom", "ångestsymtom" eller "hysteriska symtom". I andra hand har frågats efter orolig sömn, insomningssvårigheter, nattskräck och sömngående

resp. om han ofta varit vaken nattetid, eller i övrigt haft svårt att sova. Sängvätning (även dagvätning) och enkopres har tagits upp samt frågor huruvida fingersugning resp. nagelbitning förekommit eller förekommer. Ytterligare frågor har gällt stamning och andra talrubbningar, tics och andra stereotypier och tvångssymtom samt en allmän fråga om man iakttagit några säregenheter på det sexuella området. Vårdnadshavaren har också tillfrågats om pojken visat fabuleringstendenser och om han varit med om eldsanläggning.

Till sist ingår i detta avsnitt frågan om pojken använt sprit, thinner och narkotika och om han varit föremål för anmälan till barnavårdsnämnd.

Sedan frågorna besvarats har referenterna fått ange den ålder då man första gången stött på tecken på anpassningsproblem eller mött bekymmer för pojkens utveckling.

Hypoteserna är som i tidigare avsnitt att anpassningssvårigheter i allmänhet liksom omnämnda speciella symtom är vanligare bland B-fallen än bland K-fallen och att de pojkar som företett dylika oftare än de övriga omhändertages resp. återfaller i brott.

2.4.1 Tidigare uppfattningar och undersökningar

Materialet i denna undersökning utgörs av "debutanter" i ett visst tidigare definierat avseende. Vi måste räkna med att symtom på anpassningssvårigheter av olika slag förefunnits även under tidigare uppväxtår.

I litteraturen, inte minst den amerikanska, har man framför allt fäst sig vid sambandet mellan skolproblem och ungdomsbrottslighet, medan dessa ungdomars reaktioner inom hemmet mindre beaktats. Välkänt är därför den anpassningssvårighet dessa ungdomar manifesterar i form av t. ex. skolskolk. Åtskilliga svenska och utländska undersökningar bestyrker detta samband. Av Glueck och Glueck's studier framgår bl. a. att 95 % av "delinquent boys" mot 11 % "non-delinquents" skolkat från skolan. I svenska undersökningar varierar siffrorna för klientel av olika problemnatur från 18 % (Hertzman-Ericsson & Jansson, 1956) till 30 % (Regnér, 1949), 40 % (Blomberg, 1954) och 82 % (Jonsson, 1967). (I Jonsson och Kälvestens 222 Stockholmspojkar var frekvensen 2–3 %.)

Olofsson (1971 b) har påvisat mycket höga siffror från årskurs 9 (grundskolans högsta klass) i Örebro. Av 518 elever svarade 272 att de "varit borta från skolan utan tillåtelse hemifrån (skolkat)" och av dessa hade endast 81 st. upptäckts. Mer än tio gånger uppgav 47 st. (10 %), 3–10 gånger 83 (16 %), 1–2 gånger 142 st. (27 %). I 246 fall hade man uppgivit "aldrig" (47 %). Att symtomen uppträder tillsammans med andra former av missanpassning är också klart, t. ex. tillsammans med snatterier (Nycander, 1950; Wittrock, 1947; Olofsson, 1971 b). Olofsson (1971 b) har analyserat ovan nämnda skolkande pojkars brottsbelastning och funnit dels stor skillnad mellan dem som aldrig skolkat och dem som endast skolkat 1–2 gånger och dels att brottsbelastningen ökar med ökad uppgiven skolkfrekvens. När det gäller "grova brott" har de, som uppgivit att de skolkat mer än 10 gånger, elva gånger så högt medelvärde som de som aldrig skolkat. De förra utgjordes av lång tids vaneskolkare. I hög frekvens hade dessa ungdomar också druckit sig berusade (90 %), försökt någon gång berusa sig med thinner (42 %), prövat narkotika (36 %), rymt hemifrån (21 %) och stannat borta över natten utan att tala om det hemma (30 %). Beroendet mellan skolk i dess helhet och dessa variabler visade sig signifikant på mindre än 0,1 %-nivån. Att bakom skolket döljer sig en mängd olika faktorer är också lika tydligt som att skolket i och för sig också kan bana väg för andra former av missanpassning.

Ett annat skolproblem, som ofta visat sig föreligga bland ungdomskriminella, har gällt läs- och skrivfärdigheterna. En ökad frekvens av speciella läs- och skrivsvårigheter bland "delinquent boys" uppges sålunda redan av Gluecks (1950) och i såväl andra utländska arbeten t. ex. hos Weinschenk (1972) som i

svenska (Jonsson, 1967) studier, även om tolkningen av dessa företeelser varierar.

Åtskilliga av övriga ovan omnämnda symtom har varit föremål för även andra författares intresse. Jonsson (1967) tog upp fyra av de "most important groups of symptoms", dvs. "insomnia, nervous stomach trouble, nervous headache and asthma with skin allergy" och fann en högre frekvens hos sina "delinquent boys" än i kontrollmaterialet (25–27 % mot 15–18 %). Detta gällde dock ej för astma och allergiska hudsjukdomar. Jonsson är inte förvånad men finner det inte självklart med hänsyn till psykodynamiska teorier (Weiss & English, 1957 resp. Pinkerton, 1965). Både "acting out" direkt och via "the organ of language" anser han erfarenhetsmässigt ha upplevt hos en och samma pojke simultant och alternerande. Delinquent boys med "psykosomatiska symtom" beskrivs även av t. ex. Blomberg (1958) och Hartelius (1965).

Jonsson (1967) finner också högre sängvätnings- (25 resp. 2 %) och enkopresfrekvens (7 resp. 0,5 %) bland "delinquent boys" än hos sina kontroller liksom även andra svenska författare beträffande sängvätning (Blomberg, 1954; Hartelius, 1965). Även Glueck och Glueck fann detsamma när det gällde sängvätning (28,2 mot 13,6 %). Olika tolkningsförsök beträffande detta samband har framförts av t. ex. Alexander & Staub (1931) och Michaels (1938) resp. Michaels & Goodman (1939). Även Bellman (1966) har antytt sambandsproblemet men fann i sin specialstudie över enkopres ingen tendens till asocial upplevelse bland enkopretiker. Jonsson (1967) finner också högre frekvenser när det gäller symtom som stamning (10 mot 4 %) (dock ej andra talrubbningar), tics (31 mot 14 %), tumsugning (16 mot 5 %) och phobiasobsessions (26 mot 10 %).

Rutter (1971) har också tagit upp relationer mellan barns tidiga beteende och senare anpassningssvårigheter. Han omnämner en studie, planerad av Graham och avseende barnets temperament och beteende i 4–8-årsåldern jämfört med beteende i skolan ett år senare, varvid "deviant children" uppvisat högre grad av aktivitet, "irregularity", "lack of malleability" och "nonfastidiousness". Han citerar också en amerikansk studie där markerade mat- och sömnproblem visade liknande samband med senare beteenderubbningar. Även höggradigt motoriskt aktiva barn visade en motsvarande tendens. Rutter avslutar på följande sätt: "It warrants further study and the dividends of such study should be great."

2.4.2 Egna undersökningar och resultat

Beträffande de företeelser och symtom som behandlas i detta avsnitt har hypoteser tidigare angivits. Härutöver föreligger intresse av att se hur frekventa dessa företeelser är när vårdnadshavaren får bedöma situationen. Syftet har också varit att i de fall anpassningssvårigheter förelegat få en uppfattning om hur tidigt dessa visat sig.

I. Beteenden under uppväxtåren inom B- och K-grupper

A. Allmän anpassning

I *PU* har referenterna på den direkta frågan om anpassningen uppgivit att pojken företett *anpassningssvårigheter i hemmet* före den aktuella händelsen i 12 av 42 B-fall (29 %). I ett av 40 K-fall (2 %) angavs också att allmänna anpassningssvårigheter förelegat. Skillnaden mellan B- och K-fall är påtaglig och säkerställd.

I *HU* finner vi en likartad såväl frekvens som differens. Av 146 B-fall uppges 30 (21 %) ha uppvisat motsvarande svårigheter liksom ett av 53 K-fall (2 %). Differens 19 %. HU-resultatet verifierar sålunda PU-resultatet.

Anpassningssvårigheter utom hemmet (ej skolan) medgavs i *PU* endast i fyra av 42 B-fall (10 %) och inte i något av 40 K-fall. Differensen 10 % är ej signifikant. I *HU* var motsvarande siffror 18 av 146 B-fall (12 %) och fyra av 53 K-fall (8 %). Differensen 5 % är ej heller här signifikant.

Tabell 2.19 Den förskoleålder vid vilken referenten angivit sig ha iakttagit det första tecknet på anpassningssvårigheter inom B- resp. K-grupper i PU och HU

	Antal	Ålder								I skolåldern eller inga symtom
		Okänd	1	2	3	4	5	6	1–6	
PU										
B-fall	42	0	0	2	2	4	7	23	38	4
%			0	4,8	4,8	9,5	16,7	54,8	90,6	9,4
K-fall	39	3		1	1	1	3	5	11	25
%				2,6	2,6	2,6	7,7	12,8	28,3	71,7
B–K									62,8	
HU										
B-fall	146	4	2	3	4	4	31	33	77	65
%		2,7	1,4	2,1	2,7	2,7	21,2	22,6	52,7	44,6
K-fall	53	0	0	0	0	3	5	4	12	41
%		0	0	0	0	5,7	9,5	7,6	22,8	77
B–K									29,9	

Sedan pojkarnas beteende mera i detalj penetrerats fick referenterna ange *den tidpunkt* vid vilken de uppgivna *symtomen på anpassningssvårigheter första gången kunde iakttagas*. Resultaten åskådliggörs i tabell 2.19. I *PU* visar det sig nu att referenten iakttagit tecken på anpassningssvårigheter i 38 av 42 B-fall (91 %) redan i förskoleåldern och att när det gäller K-fallen dylika förelegat i 11 av 39 fall (28 %). Differensen 63 % (χ^2 = 30,26). I *HU* blir resultatet likartat, i det att 77 av 146 B-fall uppvisade anpassningssvårigheter redan före skolåldern (53 %) och 12 av de 53 K-fallen (23 %). Differensen blir här 30 % (χ^2 = 13.06).

Av tabellen framgår också att det i regel synes vara i 5–6-årsåldern som föräldrarna (i regel modern) observerar eller misstänker anpassningssvårigheter.

Anpassningssvårigheter i skolan uppges i *PU* ha förelegat i 17 av 42 B-fall (40 %) och i tre av 40 K-fall (7 %). Differens 33 % (χ^2 = 10,36). I *HU* är situationen likartad. Av 146 B-fall uppvisade 66 fall svårigheter med skolanpassningen (45 %) och elva av 53 K-fall (21 %). Differensen här 24 % (χ^2 = 8,80). De säkerställda skillnaderna mellan B- och K-fall i PU verifieras i HU.

B. Särskilda symtom och beteenden

Beträffande särskilda symtom och beteenden möter varierande differenser mellan B- och K-grupper.

a. Symtom som överväger inom B-gruppen men även förekommer i K-gruppen (tabell 2.20)

Tabell 2.20 Beteenden under uppväxtåren som överväger inom B-gruppen

Symtom	PU						HU					
	40–42 B-fall		40 K-fall		B–K Diff. %	Sign.	146–147 B-fall		53 K-fall		B–K Diff. %	Sign.
	N	%	N	%			N	%	N	%		
1. Skolk	21	51	4	10	41	xxx	54	37	1	2	35	xxx
2. Koncentr.svår.	18	45	5	13	33	xxx	36	25	6	11	14	x
3. Affektlab. m. utbr.	14	33	6	15	18	–	40	27	6	11	16	x
4. Motorisk oro	14	33	7	17	16	–	51	35	10	19	16	x
5. Snatt. o. stöld. i hemmet	10	24	2	5	19	x	35	24	6	11	19	–
6. Stöld utom hem.	7	20	1	2	17	–	34	23	2	4	20	xxx
7. Läs- o. skrivsvår.	12	29	7	17	12	–	25	18	3	6	12	–
8. Använt sprit	7	17	1	2	15	–	15	10	2	4	6	–

1) *Skolk från skolan.* Detta är den mest dominerande företeelsen. I *PU* angav referenterna att skolk förekommit i 21 fall av 41 B-fall (51 %) och i fyra av 40 K-fall (10 %). Differensen 41 % (χ^2 = 14,25). Endast i fyra av de 41 B-fallen (10 %) hade dock skolket förekommit före 10-årsåldern. Differens 10 % mellan B- och K-pojkar (χ^2 = 2,29). Ingen signifikans.

I *HU* är frekvensen något lägre men skolk uppgavs dock i 54 av 147 B-fall (37 %) och i ett av de 53 K-fallen (2 %). Differensen 35 % (χ^2 = 22,01). 11 B-fall av 146 uppgavs ha skolkat före 10-årsåldern (8 %), inga K-fall. Differens 8 %. Ingen signifikans.

2) *Koncentrationssvårigheter.* I *PU* uppges 18 av 42 B-fall (45 %) ha uppvisat dylika och fem av 40 K-fall (13 %). Differens 33 % (χ^2 = 7,91). I *HU* var motsvarande siffror 36 av 146 B-fall (25 %) resp. sex av 53 K-fall (11 %). Differens 14 % (χ^2 = 3,39).

På samma höga frekvensnivå ligger beteenden som affektlabilitet med affektutbrott och motorisk oro.

3) *Affektlabilitet med affektutbrott* registreras i *PU* i 33 % av B-fallen och i 15 % av K-fallen. Differens 18 % (χ^2 = 2,81). I *HU* i 27 % av B-fallen och i 11 % av K-fallen. Differens 16 % (χ^2 = 4,79). (I *PU* hade sju fall av 42 B-fall uppvisat dessa symtom *före 10-årsåldern* (17 %) och två av 40 K-fall (5 %). Differens 12 % (χ^2 = 1,78). I *HU* var motsvarande siffror 22 av 146 B-fall (15 %) och fem K-fall av 53 (9 %). Differens 6 %, medelfel 6 % (χ^2 = 0,63).

4) *Motorisk oro* uppgavs i *PU* i 33 % av B-fallen och i 17 % av K-fallen. Differens 16 % (χ^2 = 1.93). I *HU* blir situationen tydligare med 35 % av B-fallen och 19 % av K-fallen. Differensen nu 16 % (χ^2 = 3,89).

5) *Snatterier och stölder i hemmet* möter vi i *PU* hos 24 % av B-fallen och hos 5 % av K-fallen. Differens 19 % (χ^2 = 4,59). I *HU* är motsvarande siffror 24 % av B-fallen och 11 % av K-fallen. Differens 19 % (χ^2 = 3,07). (*Före 10-årsåldern* uppges i *PU* 7 % av B-fallen men inga K-fall ha snattat. Differens 7 %. I *HU* hade 13 % av B-fallen och 8 % av K-fallen snattat före 10-årsåldern. Differens 6 %. Före 7-årsåldern uppges i *PU* ett B-fall och i *HU* sex B-fall och ett K-fall.)

6) *Stölder utom hemmet* förekom i *PU* i 20 % av B-fallen och i 2 % av K-fallen. Differens 17 % (χ^2 = 3,33). I *HU* förelåg motsvarande uppgifter i 23 % av B-fallen och 4 % av K-fallen. Differens 19 % (χ^2 = 8,72). (I *PU* registrerades ett B-fall *före 10-årsåldern* och i *HU* 15 B-fall (10 %) och två K-fall (4 %) före 10-årsåldern. Differensen 7 % (χ^2 = 1,35). Före 7 år uppges ett B-fall i PU och två i HU ha begått stölder utom hemmet.)

7) *Läs- och skrivsvårigheter* uppgavs förekomma inom *PU* i 29 % av B-fallen och i 17 % av K-fallen. Differens 12 % (χ^2 = 0,86). I *HU* uppgavs sådana svårigheter i 18 % av B-fallen och 6 % av K-fallen. Differens 12 % (χ^2 = 3,33).

8) *Använt sprit* uppges i *PU* 17 % av B-fallen ha gjort och 2 % av K-fallen. Differens 15 % (χ^2 = 3,20). I *HU* har 10 % av B-fallens och 4 % av K-fallens referenter medgivit att pojken använt sprit. Differens här 6 % (χ^2 = 1,35).

b. Symtom och beteenden som endast förekommer i B-gruppen (tabell 2.21)

Hit hör aggressivt beteende, inbrott utom hemmet, hysteriska manifestationer och sexuella säregenheter.

1) *Aggressivt beteende*, som för föräldrarna varit påfallande, har i *PU* uppgivits i 12 % av B-fallen (χ^2 = 3,21) och i *HU* 6 % av B-fallen (χ^2 = 2,14). I *PU* hade 7 % av B-fallen uppvisat detta aggressiva beteende redan *före 10-årsåldern* och i *HU* 5 %.

2) *Inbrott utom hemmet* uppgavs i *PU* ha förekommit i 7 % bland B-fallen (χ^2 = 1,29). I *HU* angavs 6 % (χ^2 = 2,14).

3) *Hysteriska manifestationer* uppgavs i *PU* i ett B-fall och i *HU* i 4 % av B-fallen.

4) *Sexuella säregenheter* medgavs i *PU* i ett B-fall och i *HU* i två B-fall.

Beträffande dessa fyra symtom förelåg inga signifikanta differenser mellan B- och K-grupper.

Tabell 2.21 Beteenden under uppväxtåren som enbart förekommit bland B-fall

Symtom	PU						HU					
	40–42 B-fall		40 K-fall		B–K Diff. %	Sign.	146–147 B-fall		53 K-fall		B–K Diff. %	Sign.
	N	%	N	%			N	%	N	%		
1. Aggr. beteende	5	12	0	0	12	–	9	6	0	0	6	–
2. Inbrott utom hem.	3	7	0	0	7	–	9	6	0	0	6	–
3. Hyst. manifest.	1	2	0	0	2	–	5	4	0	0	4	–
4. Sex. säregenhet.	1	2	0	0	2	–	2	2	0	0	2	–

c. Symtom i relativt hög frekvens men densamma inom B- och K-grupper finner vi beträffande sängvätning och nagelbitning och i PU beträffande fingersugning (tabell 2.22)

1) *Sängvätning*: I *PU* registrerades 24 % av B-fallen och 13 % av K-fallen. Differens 11 % (χ^2 = 1,08). I *HU* 18 % av B-fallen och 23 % av K-fallen. Differens –4 % (χ^2 = 0,22).

2) *Nagelbitning*: I *PU* registrerades 36 % av B-fallen och 32 % av K-fallen. Differens 4 % (χ^2 = 0,005). I *HU* uppges 33 % B-fall som nagelbitare och 38 % av K-fallen. Differens –5 % (χ^2 = 0,25).

3) *Fingersugning* registrerades i *PU* i hög frekvens såväl bland B- som K-fallen (30 resp. 45 %). Differensen – 15 % (χ^2 = 1,73). I *HU* är frekvensen lägre och differensen mindre (12 resp. 11 % och differensen 1 %).

Inte heller beträffande dessa tre symtom kan signifikanta differenser påvisas mellan B- och K-grupper.

d) I låg och i huvudsak samma frekvens inom B- och K-grupper finner vi en rad symtom upptagna i tabell 2.23.

Symtomen har uppställts i den ordning de numeriskt oftare förekommer i B- än i K-grupper.

I regel föreligger inga signifikanta skillnader mellan B- och K-fall. Frekvensen är ofta låg, högst när det gäller orolig sömn som förekommer i 10–19 % resp. paramimier och tics i 10–15 %. Även insomningssvårigheterna ligger på motsvarande nivå. Relativt hög nivå karaktäriserar även sömngående och nattskräck (8–9 %). I HU ligger även kamratkonflikter på 10 resp. 11 %-nivån i B- resp. K-grupp.

Rymning och vagabondage intar en särställning med hög frekvens i *HU*, där 15 % av B-fallen registrerats men inget K-fall. Differensen 15 % är signifikant (χ^2 = 7,51). (Vagabondage *före 10-årsåldern* förekom i sex B-fall i HU.)

Thinnersniffningen är såtillvida också an-

Tabell 2.22 Beteenden under uppväxtåren med hög men samma frekvens i B- och K-grupper

Symtom	PU						HU					
	40–42 B-fall		40 K-fall		B–K Diff. %	Sign.	146–147 B-fall		53 K-fall		B–K Diff. %	Sign.
	N	%	N	%			N	%	N	%		
1. Sängvätning	10	24	5	13	11	–	27	18	12	23	–4	–
2. Nagelbitning	15	36	13	32	4	–	48	33	20	38	–5	–
3. Fingersugning	12	30	18	45	–15	–	18	12	6	11	1	–

Tabell 2.23 Symtom och beteenden under uppväxtåren med låg och i huvudsak samma frekvens inom B- och K-grupper

Symtom	PU				HU			
	40–42 B-fall		40 K-fall		146–147 B-fall		53 K-fall	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rymning, vagabondage	1	2	1	2	22	15	0	0[a]
Destruktivitet	6	14	0	0	2	1	1	2
Thinnersniffning	3	7	1	2	10	8	0	0
Mytomani, simulering	6	14	2	5	6	4	0	0
Orolig sömn	8	19	4	10	24	16	6	11
Depressiva symtom	4	10	3	7	6	4	1	2
Enkopres	2	5	1	2	6	4	1	2
Dagvätning	1	2	0	0	6	4	1	2
Vänsterhänthet	4	10	4	10	12	8	4	8
Nattskräck	1	2	0	0	9	6	4	8
Stamning	6	14	5	13	8	5	3	6
Kamratkonflikter	2	5	1	2	14	10	6	11
Sömngående	2	5	2	5	12	8	5	9
Vaken nattetid	0	0	2	5	3	1	0	0
Paramimier, tics	5	12	6	15	14	10	6	11
Insomningssvårigheter	4	10	5	13	11	8	6	11

[a] Differensen signifikant på 1 %-nivå.

märkningsvärd som den endast förekommer i ett K-fall (PU) och i övrigt i PU i 7 % och i HU i 8 % av B-fallen.

e. Högre frekvens inom K-grupper än i B-grupper uppvisar symtomen ångest och tvångssymtom (tabell 2.24)

Ångest, ängslan och oro som framträdande symtom har i *PU* registrerats i endast två B-fall och i tre K-fall. Differens −2 % (χ^2 = 0,003). I *HU* har 7 % av B-fallen och 19 % av K-fallen företett ångestsymtom. Differensen är här −12 % (χ^2 = 4,95) dvs. signifikant.

Tvångssystem (av neurotisk typ) har i PU ej registrerats i något av B-fallen men i fyra K-fall (10 %). Differensen −10 % (χ^2 = 2,62). I *HU* finner vi ett fall på 146 B-fall (1 %) och fyra av 53 K-fall (8 %). Differensen −7 % (χ^2 = 4,94) dvs. även här en signifikant differens med högre frekvens bland K-fallen än bland B-fallen.

II. Beteenden under uppväxtåren i sekvensmodell

A. Allmän anpassning

När det gäller de tre till referenterna på denna punkt i första hand ställda frågorna framgår resultaten av tabell 2.25 a–d.

Det visar sig då beträffande B-fall såväl i

Tabell 2.24 Symtom under uppväxtåren som förekommit i högre frekvenser i K- än B-grupper

Symtom	PU						HU					
	40–42 B-fall		40 K-fall		B–K Diff. %	Sign.	146–147 B-fall		53 K-fall		B–K Diff. %	Sign.
	N	%	N	%			N	%	N	%		
1. Ångest, ängslan, oro	2	5	3	7	−2	–	10	7	10	19	−12	x
2. Tvångssymtom	0	0	4	10	−10	–	1	1	4	8	−7	x

Tabell 2.25 Anpassningen i hem och skola i sekvensmodell

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) Anpassn.svår. i hemmet																			
B-fall	+	12	7	58	20	–	3	25	8	–	29	21	72	31	xx	13	45	26	xx
”	–	29	11	38			5	17			113	46	41			21	19		
K-fall	+	1	0				0				1	0				0			
”	–	39	4	10		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
b) Anpassn.svår. utom hemmet (ej skolan)																			
B-fall	+	4	2				1				16	13	81	38	xx	10	63	43	xxx
”	–	37	16	43		–	7	19		–	126	54	43			25	20		
K-fall	+	0									4	0				0			
”	–	40	4	10		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–
c) Anpassn.svår. i skolan																			
B-fall	+	17	7	41	–5	–	4	24	7	–	63	34	54	12	–	20	32	14	x
”	–	24	11	46			4	17			79	33	42			14	18		
K-fall	+	3	1				0				11	2	18	6	–	1	9	9	–
”	–	37	3	8		–	0	0		–	42	5	12			0	0		
d) Tidp. f. första obs. anp.svår. + = förskol.åld. – = skolåld.																			
B-fall	+	37	17	46			7	19			73	40	55	17	x	25	34	22	xx
”	–	4	1			–	1			–	69	26	38			8	12		
K-fall	+	11	1	9	–2		0	0	0		12	2	17	5	–	1	8	8	–
”	–	28	3	11		–	0	0		–	41	5	12			0	0		

PU som i *HU* att inga skillnader erhålles beträffande brottslighet efter 18 år mellan de fall då referenterna uppgivit klagomål från skolans sida och de fall då sådana klagomål ej angivits (tabell 2.25.c). I *PU* finner vi samma resultat när det gäller anpassningssvårigheter i resp. utom hemmet. I *HU* däremot möter vi på 1–0,1 %-nivå signifikanta differenser när det gäller anpassningssvårighet i och utom hemmet (tabell 2.25.a och b). Av de B-fall, som uppvisat sådana anpassningssvårigheter i hemmet att referenten markerat dylika, begick 72 % brott efter 18 år mot 41 % av de övriga och av de B-fall, för vilka referenten angivit anpassningssvårigheter utom hemmet begick 81 % brott efter 18 år mot 43 % av de övriga. Omhändertagna före 18 år blev 32 % av de B-fall som företett anpassningssvårigheter i skolan mot 18 % av de övriga. (Differensen är här signifikant på 5 %-nivå.) Av de B-fall som företett anpassningssvårigheter i hemmet omhändertogs 45 % och när det gällde dylika utom hemmet 63 %.

När det gäller *tidpunkten för de första anpassningssvårigheternas uppträdande* (tabell 2.25.d) är i *PU* antalet B-fall, som först i skolåldern uppvisat anpassningssvårigheter, så litet att sekvensmodellen ej kan tillämpas. I *HU* finner vi att de B-pojkar, som redan i förskoleåldern uppvisat anpassningssvårigheter, i högre frekvens omhändertages (34 %) och att de även i hög frekvens återfaller i brott efter 18 års ålder (55 %). De B-pojkar, som först i skolåldern uppvisar anpassningssvårigheter, omhändertogs i endast 12 % och återföll i brott i enbart 38 %. Differenserna 22 resp. 17 % är signifikanta på 1 %- resp. 5 %-nivå.

B. Särskilda symtom i sekvensmodell

a. Inom B-gruppen övervägande symtom (tabell 2.26.1–8).

Resultaten framgår av tabellen, där symtomen uppsatts i den ordning de numerärt synes dominera B-fallens omhändertagande och fortsatta brottslighet efter 18 år.

1) Det synes påtagligt att *skolket* (tabell 2.26.1) bevarar den särställning det länge ansetts ha. Även när uppgiften utgår från referenten blir resultaten sålunda enstämmiga. Skolkar den unge lagöverträdaren löper han också en avgjort större risk än den icke skolkande att omhändertas och placeras före 18 år (43 % i HU) och även att begå brott efter denna ålder (67 % i HU). Procenttalen skiljer sig avsevärt (20–30 %) från icke skolkarnas i såväl PU som HU även om signifikanser på 0,1 %-nivå endast uppnås i HU och den i PU endast gäller omhändertagandet och på 5 %-nivå.

2) *Affektlabilitet med affektutbrott* (tabell 2.26.2) är ett symtomkomplex som, om det karaktäriserar den unge lagöverträdaren, också medför omhändertagande med placering resp. brott efter 18 år i högre utsträckning än om syndromet saknas. Även här är procenttalen i de B-grupper, där syndromet ingår, höga (för omhändertagande 23 resp. 41 % och för brott efter 18 år 54 resp. 65 % i PU resp. HU). Signifikanta differenser på 1 %-nivå gäller i HU såväl omhändertagandet som brottslighet efter 18 år. Detsamma gäller i HU med signifikans på 1 resp. 5 %-nivå beträffande samma syndroms uppträdande före 10 års ålder.

3) *Motorisk oro* (tabell 2.26.3) karaktäriserar också i hög grad B-fallen och där denna gör sig gällande möter vi också en hög frekvens omhändertagande (21 och 31 % i PU resp. HU) och brottslighet efter 18 år (50 och 63 % i PU resp. HU). Differenserna mellan B-fall med resp. utan detta symtom blir i HU signifikant på 1 %-nivå när det gäller brottslighet efter 18 år.

4) *Snatterier och stölder utom hemmet* (tabell 2.26.4) tillhör också de beteenden som hos B-fall ger en hög omhändertagandeprocent (63 och 42 % i PU resp. HU) och en motsvarande brottslighetsfrekvens efter 18 år (63 och 65 % i PU resp. HU).

Signifikans på 1 %-nivå uppnås när det gäller omhändertagande och placering före 18 år såväl i PU som HU och i HU med signifikans på 5 %-nivå för brott efter 18 år. Med signifikans på 1 %-nivå gäller detta för

Tabell 2.26 Särskilda (inom B-grupp övervägande) symptom i sekvensmodell

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1) Skolk																			
B-fall	+	20	11	55	20	–	7	35	30	x	51	34	67	31	xxx	22	43	30	xxx
”	–	20	7	35			1	5			92	33	36			12	13		
K-fall	+	4	1				0				1	0				0			
”	–	36	3	8		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
2) Affektlab. med utbrott																			
B-fall	+	13	7	54	15	–	3	23	5	–	37	24	65	25	xx	15	41	24	xx
”	–	28	11	39			5	18			105	42	40			18	17		
K-fall	+	6	0				0				6	0				0			
”	–	34	4	12		–	0	0		–	47	7	15		–	1	2		–
3) Motorisk oro																			
B-fall	+	14	7	50	9	–	3	21	2	–	48	30	63	24	xx	15	31	11	–
”	–	27	11	41			5	19			95	37	39			19	20		
K-fall	+	7	2				0				10	0	0	–16	–	0	0	–2	–
”	–	33	2	6		–	0	0		–	43	7	16			1	2		
4) Snatt. o. stöld. utom hemmet																			
B-fall	+	8	5				5	63	54	xx	31	20	65	24	x	13	42	24	xx
”	–	32	12	38		–	3	9			111	46	41			20	18		
K-fall	+	1	0				0				2	0				0			
”	–	39	4	10		–	0	0		–	51	7	14		–	1	2		–
5) Läs- och skrivsvårigheter																			
B-fall	+	12	8	67	33	–	2	17	–4	–	25	12	48	1	–	5	20	–5	–
”	–	29	10	34			6	21			117	55	47			29	25		
K-fall	+	7	1				0				3	1				0			
”	–	33	3	9		–	0	0		–	50	6	12		–	1	2		–

6) Koncentr.svår.																			
B-fall	+	19	11	58	26	–	4	21	3	–	35	21	60	17	–	10	29	7	–
”	–	22	7	32			4	18			107	46	43			24	22		
K-fall	+	5	1			–	0			–	6	0			–	0			–
”	–	35	3	9			0	0			47	7	15			1	2		
7) Snatt. o. stöld. i hemmet																			
B-fall	+	10	6	60	20	–	3	30	13	–	33	19	58	14	–	11	33	12	–
”	–	30	12	40			5	17			109	48	44			23	21		
K-fall	+	2	0			–	0			–	6	2			–	0			–
”	–	38	4	11			0	0			47	5	11			1	2		
8) Använt sprit																			
B-fall	+	7	4			–	2			–	14	7	50	3	–	6	43	21	–
”	–	34	14	41			6	18			128	60	47			28	22		
K-fall	+	1	0			–	0			–	2	2	100	90	x	0			–
”	–	39	4	10			0	0			51	5	10			1	2		

omhändertagande före 18 år och med signifikans på 8 %-nivå även brottslighet efter 18 år beträffande snatterier och stölder utom hemmet före 10 års ålder.

De återstående fyra symtomen läs- och skrivsvårigheter, koncentrationssvårigheter, snatteri och stölder i hemmet samt benägenheten eller tendensen att använda sprit har när det gäller B-fallen inte resulterat i några signifikanta avvikelser i frekvensen omhändertagna resp. fortsatt brottslighet i förhållande till B-fallen utan dessa symtom.

5) *Läs- och skrivsvårigheterna* (tabell 2.26.5) har placerats före de övriga då vi i PU finner att B-fall *med* dylika i 67 % återfaller i brott mot 34 % av de B-fall, som icke lider härav. Diskrepansen 33 % är signifikant på 6 %-nivå.

6) *Koncentrationssvårigheterna* (tabell 2.26.6) följer samma mönster som läs- och skrivsvårigheterna. I den mån dylika av referenterna anses karaktärisera B-fall möter vi höga frekvenser fortsatt brottslighet efter 18 år (58 % i PU, 60 % i HU). Differensen är signifikant på 8–9 resp. 6 %-nivå i PU resp. HU.

7) *Snatterier och stölder i hemmet* (tabell 2.26.7) ger också höga frekvenser men mindre differenser och ingen signifikans inom 10 %-nivå.

8) När det gäller att *använda sprit* ger materialet en signifikant differens på 5 %-nivå. Det gäller K-fallen i HU, som i den mån de använder sprit. registrerar en högre frekvens brott efter 18 år. Signifikansen är dock tveksam p. g. a. det begränsade antalet fall. Frekvensen omhändertagna före 18 år är för de B-fall i HU som använt sprit på hög nivå, och differensen mellan grupperna (21 %) är signifikant på 8 %-nivån.

b. Beträffande de särskilda symtom och beteenden som endast förekommer i B-gruppen anges resultaten i tabell 2.27.1–4.

Pojkar med *hysteriska symtom* (tabell 2.27.1), som endast anges förekomma i sex fall i HU, har i fem av dessa fall begått brott efter 18 år mot 60 av de övriga 135 (44 %). Differensen 39 % är signifikant på 7–8 %-nivå. Av *övriga* symtom ger endast *aggressivt beteende* (tabell 2.27.4) signifikans och denna gäller omhändertagna B-fall i HU. Pojkarna med aggressivt beteende omhändertages i 56 % mot de övriga i 22 %. Differensen 34 % är signifikant med dock samma tveksamhet som ovan under 8.

c. Den tredje gruppens symtom, som förekommer i relativt hög frekvens men i samma inom B- och K-grupper, finner vi i tabell 2.28.1–3. Intet anmärkningsvärt vare sig när det gäller omhändertagande eller återfall i brott framkommer beträffande dessa symtom.

d. Särskilda relativt sällsynta symtom förekommande i huvudsak i samma frekvens inom B- och K-grupper och deras roll när det gäller omhändertagande och återfall i brott framgår av tabell 2.29, som upptar rymning och vagabondage, thinnersniffning, kamratkonflikter samt paramimier och tics (se även tabell 2.23). De övriga symtomen i tabell 2.23 har icke upptagits, då några differenser eller andra uppgifter av intresse ej föreligger.

Vi möter här signifikanta differenser beträffande *rymning och vagabondage* (tabell 2.29.1). Såväl i fråga om omhändertagande och placering före 18 år som när det gäller brott efter 18 år finner vi, att de B-fall i HU, som under uppväxtåren rymt och/eller vagabonderat, skiljer sig markant från dem som ej gjort det. De vagabonderande lagöverträdarna omhändertas i 68 % (de övriga i 16 %) och begår brott efter 18 år i 79 % (de övriga i 41 %). Differenserna är signifikanta på 1 %-nivå när det gäller brott efter 18 år och på 0,1 %-nivå när det gäller omhändertagande och placering.

Thinnersniffningen (tabell 2.29.2) har medtagits för att den i *PU* för B-fallen ger en på 8 %-nivå signifikant differens när det gäller brott efter 18 år.

Kamratkonflikterna (tabell 2.29.3) visar i HU en på 1 %-nivå signifikant differens när det gäller omhändertagande före 18 år och

Tabell 2.27 Särskilda symtom och beteenden som enbart ingår i B-gruppen i sekvensmodell

B resp. K + = förekomst –= ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1) Hysteriska symtom																			
B-fall	+	0									6	5				3			
”	–	41	18	44		–	8	20		–	135	60	44		–	30	22		–
K-fall	+	0									0								
”	–	40	4	10		–	0	0		–	53	7	13		–	2	2		–
2) Sex.säregenh.																			
B-fall	+	1	0				0				2	2				2			
”	–	40	18	45		–	8	20		–	137	63	46		–	31	23		–
K-fall	+	0									0								
”	–	40	4	10		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2		–
3) Inbrott utom hemmet																			
B-fall	+	3	2				2				8	5				3			
”	–	38	16	42		–	6	16		–	134	61	46		–	30	22		–
K-fall	+	0									0								
”	–	40	4	10		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2		–
4) Aggr.beteende																			
B-fall	+	5	3				2				9	6				5	56		
”	–	36	15	42		–	6	17		–	133	61	46		–	29	22	34	x
K-fall	+	0									0								
”	–	40	4	10		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2		–

Tabell 2.28 Särskilda relativt vanliga symtom med samma frekvens i B- och K-grupper i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1) Sängvätning																			
B-fall	+	10	4	40			1	10			26	11	42			7	27		
”	–	31	14	45	–5	–	7	23	–13	–	117	56	48	–6	–	27	23	4	–
K-fall	+	5	1				0				12	1	8			0	0		
”	–	35	3	9		–	0	0		–	41	6	15	–7	–	1	2	–2	–
2) Nagelbitning																			
B-fall	+	14	4	29			2	14			47	25	53			12	26		
”	–	27	14	52	–23	–	6	22	–8	–	96	42	44	9	–	22	23	3	–
K-fall	+	13	0	0			0	0			20	2	10			0	0		
”	–	27	4	15	–15	–	0	0	0	–	33	5	15	–5	–	1	3	–3	–
3) Fingersugning																			
B-fall	+	14	7	50			2	14			18	8	44			5	28		
”	–	27	11	41	9	–	6	22	–8	–	124	58	47	–3	–	25	23	5	–
K-fall	+	19	2	11			0	0			6	2				0			
”	–	21	2	10	1	–	0	0	0	–	47	5	11		–	1	2		–

Tabell 2.29 Särskilda symtom med låg och i huvudsak samma frekvens inom B- och K-grupper i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1) Rymn., vagabond.																			
B-fall	+	1	1				0				19	15	79			13	68		
”	–	40	17	43		–	8	20		–	123	51	41	38	xx	20	16	52	xxx
K-fall	+	1	0								9								
”	–	39	4	10		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2	–1	–
2) Thinnersniffn.																			
B-fall	+	3	3				1				8	5				3			
”	–	37	15	41		–	7	19		–	132	60	45		–	29	22		–
K-fall	+	1	0				0				1	1				1	100		
”	–	39	4	10		–	0	0		–	52	6	12		–	0	0	100	x
3) Kamratkonflikt.																			
B-fall	+	2	1								13	11	85			8	62		
”	–	38	16	42		–	7	18		–	128	56	44	41	xx	26	20	38	xx
K-fall	+	1	0				0				7	1				1			
”	–	39	4	10		–	0	0		–	45	6	13		–	0	0		–
4) Paramier, spasm. och tics																			
B-fall	+	5	4				1				14	8	57			7	50		
”	–	36	14	39		–	7	19		–	126	58	46	11	–	26	21	29	x
K-fall	+	6	2				0				6	0				0			
”	–	34	2	6		–	0			–	47	7	15	–15	–	1	2		–

Tabell 2.30 Särskilda symtom med högre frekvens inom K- än B-grupper i sekvensmodell.

B resp. K + = förekomst – = ej förekomst		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) Ångest, ängsl. oro																			
B-fall	+	2	1				0				9	4				3			
”	–	39	17	44		–	8	21		–	133	62	47		–	30	23		–
K-fall	+	3	0				0				10	0	0			0	0		
”	–	37	4	11		–	0	0		–	43	7	16	–16	–	1	2	–2	–
b) Tvångssymtom																			
B-fall	+	0									1	1				1			
”	–	41	18	44		–	8	20		–	141	65	46		–	32	23		–
K-fall	+	4	0				0				4	0				0			
”	–	36	4	11		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–

brott efter denna ålder. De B-fall, beträffande vilka referenten anger att de lätt hamnar i konflikt med kamrater, begår i 85 % brott efter 18 år, de övriga i 44 % och omhändertas före 18 år i 62 % mot för de övriga i 20 %.

Vad till sist *paramimier, spasmer och tics* beträffar har dessa symtom registrerats i tabellen 2.29.4. Här föreligger en differens i HU signifikant på 5 %-nivå när det gäller omhändertagande av B-fallen (50 % för B-fall med, 21 % för dem utan symtom).

e. Särskilda symtom med högre frekvens inom K- än B-grupper och deras relation till sekvensklasserna upptas i tabell 2.30.

Det gäller ångest, ängslan och oro resp. tvångssymtom. Vi möter inför dessa symtom inga signifikanta differenser när det gäller omhändertagande resp. fortsatt brottslighet.

2.4.3 Sammanfattning och preliminär diskussion i fråga om anpassningssvårigheter och beteendesymtom under uppväxtåren

Det första som i detta avsnitt redovisas är frekvensen av allmänna anpassningssvårigheter i och utom hemmet (ej skolan) resp. i skolan. B-fallen anses av referenterna (i regel mödrarna) endast i 20–30 % ha uppvisat anpassningssvårigheter i hemmet och i 10–12 % utom hemmet under uppväxtåren. I skolan uppger samma sagesmän dylika svårigheter hos 40–45 % av dessa pojkar. Differenserna mellan B- och K-fallens frekvenser är påtagliga när det gäller anpassningssvårigheterna i hemmet och i skolan men kan ej säkerställas när det gäller anpassningssvårigheterna utom hemmet.

Den relativt låga frekvensen när det gäller förekomsten av tidigare anpassningssvårigheter hos B-fallen kan sannolikt förklaras av att denna fråga ställdes innan pojkarnas beteende mera i detalj belysts. När mödrarna på ett senare stadium skulle ange vid vilken ålder dessa pojkar uppvisat det första tecknet på svårigheter av anpassningskaraktär uppges dylika ha förelegat i PU i 91 % och i HU i 53 % redan i förskoleåldern. Debuten för anpassningssvårigheter angavs i ca hälften av B-fallen ha legat i 5–6-årsåldern.

B-pojkarna med av referenterna angivna anpassningssvårigheter i och utom hemmet resp. i skolan visar sig i HU i högre frekvens ge anledning till senare omhändertagande än när dylika ej angivits. Pojkar med anpassningssvårigheter i och utom hemmet begick också brott efter 18 år i högre utsträckning än de övriga. Pojkarna med anpassningssvårigheter i hemmet omhändertogs sålunda före 18 år i 45 % och begick brott efter 18 år i 72 % och de med anpassningssvårigheter utom hemmet omhändertogs i 63 % och visade fortsatt brottslighet efter 18 år i 81 %. De uppgifter som av referenten lämnats om anpassningssvårigheter i skolan gav sålunda motsvarande differenser endast när det gäller omhändertagande före 18 år. Anpassningssvårigheter i och utom hemmet synes sålunda prognostiskt avsevärt mycket allvarligare än anpassningssvårigheter i skolan med sina 54 % återfall i brott efter 18 år.

De B-pojkar, vars anpassningssvårigheter börjat redan i förskoleåldern, visade en hög frekvens såväl omhändertagande (34 %) som återfall i brott efter 18 år (55 %) i förhållande till de B-pojkar vars anpassningssvårigheter angetts börja först i skolåldern. De av våra unga lagöverträdare som tidigt uppvisat symtom har sålunda otvivelaktigt sämre utvecklingsmöjligheter än de övriga.

När det gäller enskilda symtoms uppträdande under uppväxtåren överväger flera symtom påtagligt och några registreras enbart bland B-fallen.

Till de symtom som överväger hör i första hand skolket, som helt dominerar B-fallens symtomatologi, ett välkänt faktum som även i denna undersökning i flera avsnitt dokumenterats och verifierats. Frapperande är i denna undersökning den låga frekvensen skolk bland kontrollerna, vilket ytterligare poängterar symtomets värde för att tidigt upptäcka unga lagöverträdare. En avsevärd skillnad i omhändertagande och i fortsatt brottslighet efter 18 år föreligger också för de B-fall som skolkat i förhållande till dem

som ej uppvisat symtomet (i HU 43 resp. 13 % för omhändertagande och 67 resp. 36 % för fortsatt brottslighet). Skolket framstår sålunda allt tydligare som ett centralsymtom inom ungdomsasocialiteten såväl på grund av dess särställning som kännetecken på ett allvarligt hot som också på grund av lättheten att upptäcka det med den därav följande möjligheten att sätta in en tidig och därigenom förhoppningsvis effektiv behandling.

Överväger bland B-fallen gör också följande symtom: affektlabilitet med utbrott, motorisk oro samt snatterier i och utom hemmet och koncentrationssvårigheter. Påtagliga men ej signifikanta frekvensskillnader mellan B- och K-fall möter vi vidare när det gäller läs- och skrivsvårigheter och alkoholförtäring. Affektlabilitet med utbrott (speciellt dylika före 10 års ålder) visar dessutom höga frekvenser för både omhändertagande och återfall i brott efter 18 år. Detsamma gäller snatterier och stölder utom hemmet. Hög frekvens återfall i brott visar också pojkar som företett en motorisk oro i uppväxtåren. Vad angår symtomen koncentrationssvårighet och läs- och skrivsvårighet blir resultaten i detta avseende ej signifikanta på 5 %-nivå men en klar tendens i samma riktning och med signifikans på 6–8 %-nivåer möter vi, när det gäller risken för återfall i brott.

Flertalet symtom som överväger bland B-fallen visar sig sålunda ofta också ha ett samband med högre frekvens omhändertagande och fortsatt brottslighet.

Under uppväxtåren ofta förekommande symtom som sängvätning, nagelbitning och fingersugning är lika vanliga bland K- som B-fall och deras förekomst bland B-fallen ökar inte risken för vare sig omhändertagande eller fortsatt brottslighet. Medan PU och HU visar samma frekvenser när det gäller sängvätning och nagelbitning sjunker frekvensen av fingersugare avsevärt i HU (från 33 resp. 47 % till 12 resp. 11 % för B- och K-fall). I tidigare kapitel diskuterades den lägre amningsfrekvensen i HU. Det är möjligt att här föreligger ett samband. Tillfredsställer sugningen på flaska sugbehovet mer än bröstet, som barnet kanske inte får ligga vid så länge, eller kan nappens renässans vara orsaken? (Jfr Klackenberg /1971/ sid. 34.)

Symtom med låg frekvens i både B- och K-grupper ger i regel inte några differenser. Tydliga undantag utgör dock rymning och vagabondage samt de fall där kamratkonflikter anges. Dessa symtom visar sig sålunda ha betydelse såväl när det gäller omhändertagande före som i fråga om brott efter 18 år. Det bör också anmärkas att thinnersniffning trots en i detta material låg förekomst ändå i PU visar en på 8 %-nivå signifikant differens beträffande brott efter 18 år.

Övriga symtom med låg frekvens i både B- och K-grupper (se tabell 2.23) uppvisar inga differenser när det gäller omhändertagande eller fortsatt brottslighet.

Två ytterligare symtomkomplex som registrerats är ångest, ängslan och oro resp. tvångssymtom. Dessa förekommer i säkerställd högre frekvens inom K-gruppen än inom B-gruppen. Några differenser när det gäller omhändertagande, placering resp. brott efter 18 år kan ej påvisas i någondera gruppen.

3 Pojkarnas hemsituation och sociala bakgrund

Pojkarnas födelse- och hemort, föräldrarnas yrke, socialgrupp och materiella standard samt familjetyp behandlas utförligt inom övriga avsnitt i undersökningen. Här skall andra sidor av pojkarnas hemsituation och bakgrund belysas.

I huvudsak kommer pojkarnas hemsituation att behandlas och detta dels i form av en analys av föräldrarnas kroppsliga och psykiska status inklusive deras eventuellt avvikande beteende så som dessa företeelser angivits av referenten (vårdnadshavaren) eller uppfattats av undersökaren, dels i form av ett försök att bedöma det emotionella klimatet i hemmet och även föräldrarnas uppfostringsprinciper.

3.1. *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Flertalet författare som behandlat barns och ungdoms asociala beteenden har också analyserat föräldrarnas och eventuellt också syskonens somatiska och psykiska status resp. deras olika former av missanpassning och kommit fram till höga frekvenser av såväl sjukdomar och abnormiteter som brister i det sociala beteendet.

Blomberg (1971) citerar i sin översikt över den svenska ungdomsbrottsligheten en rad svenska undersökningar, sålunda en rörande ungdomsvårdsskoleelever intagna 1 januari 1951 (Blomberg, 1954), en rörande av Göteborgs kriminalpolis under en ettårsperiod uppmärksammade och antecknade ungdomar under 21 år (Björkberg, 1959), en tredje över ungdomsvårdsskoleelever som intagits hösten 1961 – våren 1962 (Blomberg och Grunewald, 1964), en ytterligare över ungdomsvårdsskoleelever som inskrevs 1964 (Gordan och Näs, 1969) samt en över 18–21-åriga ungdomsfängelseelever, som var omhändertagna 1 april 1950 (Eriksson, Marnell och Larsson, 1950). Blomberg citerar också en undersökning över barnavårdsklientelet i Göteborg (Regnér, 1951). Beträffande samtliga undersökningar konstaterar Blomberg, att kontrollmaterial i allmänhet saknas. Vad angår föräldrarnas psykiska status konstaterar han med rätta att bedömningen försvåras av de olika författarnas varierande definitioner av de olika psykiska sjukdomstillstånden resp. avvikelserna.

Endast en undersökning av de av Blomberg i ovan nämnda arbete citerade har ett kontrollmaterial med icke-asocial ungdom (Jonsson och Kälvesten, 1964, och Jonsson, 1967). I likhet med vad övriga författare i regel funnit finner Jonsson också höga frekvenser definierad "social insufficiens" i sitt s. k. Skå-klientel, eller hos ca 2/3 av fäderna och 3/4 av mödrarna. I kontrollmaterialet var motsvarande siffror 22 %. Institutionsvård hade krävts för ca 15 % av fäderna och 16 % av mödrarna. I kontrollmaterialet hade 2–3 % krävt mentalsjukhusvård.

Blomberg säger härom följande:

"Denna undersökning bekräftar att det

finns ett samband mellan föräldrarnas psykiska status och barnens sociala anpassning. Däremot är vi liksom tidigare inte i stånd att helt klargöra hur detta samband uppstår. Man vet ganska litet om psykiska sjukdomstillstånds ärftlighetsgång, men det förefaller dock troligt att den asociala ungdomen som grupp betraktad är mer hereditärt belastad än annan ungdom. Å andra sidan kommer de psykiska abnormdragen att färga hemmiljön och det känslomässiga klimatet, och uppfostringsprinciper och värderingar får sin speciella karaktär av föräldrarnas psykiska särprägel."

Det är naturligt att åtskilliga författare inriktat sig på föräldrarnas kriminalitet och på deras spritmissbruk. Även här finner man i regel höga frekvenser och detta oavsett om siffrorna syftar på enbart fäder eller på båda föräldrarna resp. syskonen. Jonsson (1967) finner t. ex. 27 % antecknade i kriminalregister och 41 % som kända för spritmissbruk när det gäller fäderna till Skå-pojkarna mot 11 % resp. 18 % bland kontrollpojkarnas fäder.

Kälvesten och Meldahl (1972) skall här också citeras. I deras arbete "217 Stockholmsfamiljer" jämförs bl. a. genomsnittstalen för "dysfunktion" (13 variabler) i den ovan nämnda Skå-gruppen med hela deras normalmaterial. Om en variabel (den s. k. "kulturkonflikt") undantages, "hade Skåfamiljen högre, oftast skyhögt högre belastning" än "217-familjen". Författarna gjorde dessutom en jämförelse mellan Skåfamiljerna och den sämst fungerande sjättedelen av sina Stockholmsfamiljer. Skå-familjen låg i allt (utom kulturkonflikt och barnproblem) högre. "Störst relativ övervikt hade sprit och kriminalitet, därnäst försörjning. Minst var skillnaden i de två gruppernas bostadsförhållanden." Steget var mycket större mellan "sämsta sjättedelen" och genomsnittet för de 217 än det var mellan sämsta sjättedelen och Skå-gruppen. Men kvar står att Skå-familjen hade svårare att reda sig i samhället, och det klaraste utslaget var att den oftare råkat i klammeri med myndigheterna för spritmissbruk och brott och att den oftare måst få samhällshjälp med försörjningen. Till problemen med ekonomi och asocialitet kom sedan en extralast av psykisk sjukdom i Skå-familjen. För den var det typiskt att en av makarna var psykiskt sjuk och arbetsoförmögen långa tider, alternativt att båda fått läkarvård för "nerverna".

Blomberg påpekar att inga jämförelser gjorts mellan asocialitetstyp hos föräldrar resp. barn, vilket skulle kunna ge en uppfattning om identifikationens betydelse i sammanhanget.

Frågan om arvet resp. miljön som orsaksfaktor har varit av centralt intresse hos alla författare inom området. Jonsson (1967) har framlagt starka skäl för vad han kallar det "sociala arvets" roll, dvs. att alla de faktorer vi här har att göra med i form av nöd, fattigdom, kriser i samlevnaden, asociala och destruktiva beteenden förs vidare från generation till generation. Han har också i en senare bok (1973) gått in på vad han anser väsentligt för "att bryta det sociala arvet".

Hur mycket av genetiska faktorer som här spelar in som insufficienstillstånd inför miljöpåfrestningar av olika slag är dock ännu en olöst fråga. Bohmans undersökningar (1970, 1971) om adoptivbarn har indirekt givit resultat som innebär en ljuspunkt. Han kunde nämligen hos sina tidigt adopterade barn inte finna något samband mellan de biologiska fädernas kriminalitet resp. alkoholmissbruk och adoptivbarnens beteende i motsats till vad andra författare funnit när barnen växt upp tillsammans med sina kriminella resp. alkoholistiska fäder (Nylander, 1960; Robins, 1966; Jonsson, 1967). Carlsson har tagit upp problemet om det sociala arvet i *Unga lagöverträdare II*. Här belyses registeruppgifterna rörande föräldrar och syskon i denna undersökning.

Vissa tvillingundersökningar kan sägas ge stöd för att de genetiska faktorerna spelar en relativt begränsad roll.

Rutter (1971) som citerat både Bohman och tvillingforskarna Rosanoff et al., (1941) och Shields (1954, 1968) förnekar inte de genetiska faktorernas roll men betonar att det sannolikt är föräldrarnas "personality

disorders" som "through their association with family discord and disturbance" leder till barnens "antisocial difficulties". De genetiska faktorerna tillskriver han sannolik betydelse för de "temperamental features", som gör barnen mer mottagliga för psykologisk stress. Han har i sitt här citerade arbete frågat sig hur långvarig en familjär "disharmony" måste vara innan barnet tar skada och hur permanent effekten är och vidare vad slags "disharmony" som är speciellt associerad med "anti-social behavior", och slutligen vilka faktorer i hemmet som kan dämpa eller begränsa effekterna. Han frågar sig också vilka faktorer hos barnet det är som avgör att vissa barn tar skada.

Ett stöd för att ett mera långvarigt spänningstillstånd i hemmet ger en ökad sannolikhet för att barnet skall utvecklas antisocialt finner han i det förhållandet, att barn som har erfarenhet av ett andra hem med olyckligt gifta föräldrar, dvs. barn som upplevt slitningar mellan föräldrarna, som lett till skilsmässa och som sedan efter ett nytt äktenskap genomgått ännu ett dåligt förhållande, uppvisar dubbelt så mycket "rate of disorder" som de barn som endast haft den första erfarenheten. Vidare var för de barn, som tidigt separerat från sina föräldrar på grund av stridigheter i hemmet och alltjämt levde i ett "quarrelsome home" vid tidpunkten för undersökning, "the rate of antisocial disorder" ovanligt hög i förhållande till de barns situation, vars familj senare betraktades som "fair or good". För det tredje visade det sig att i hem med "a very poor marriage" avvek barnen mer i sitt beteende om en eller båda föräldrarna visat "impaired personal relationships troughout the whole of their adult life". Differenserna var stora och statistiskt säkerställda. Författaren drar slutsatsen att ju längre barnet utsätts för "familiar disharmony" ju större är risken, men att inga undersökningar gjort det möjligt bedöma hur länge en sådan skall verka, innan effekten härav märks. Författaren har emellertid också sett på vad som händer när "disharmony" upphör för att bedöma huruvida den dåliga familjerelationen i tidig barndom blir övergående eller permanent. Barn som skilts från sina föräldrar på grund av stridigheter och/eller avvikelser (deviance) och fortfarande lever i en "very poor" familjesituation jämförs med dem, för vilken denna ändrats till "fair or good". Av 65 fall levde flertalet alltjämt under otillfredsställande förhållanden och endast ett fåtal barn levde under lyckliga och harmoniska förhållanden. Jämförelsen kom därför att gälla barn med "very poor homes" och barn med "less poor homes". Trots detta framträdde en signifikant skillnad. Antisocialt beteende var dubbelt så vanligt i den "very poor" familjesituationen. Effekten är enligt författaren sålunda icke permanent och vid förändringar till det bättre ökar utsikterna för en motsvarande gynnsam psykologisk utveckling. Han anser sig dock icke kunna besvara frågor om hur snabbt och hur fullständigt och ej heller på vad sätt detta kan ske.

Rutter är också inne på frågan om vilken typ av "family disharmony" som leder till antisocialt beteende. Han skiljer mellan aktiva störningar, dvs. gräl, fiendskap, slagsmål och dylikt, som av undersökaren upplevts som en permanent atmosfär av spänningar ("high-tension") och "lack of positiv feelings", dvs. relationerna är, på basen av vad som i intervjun upplevts i form av röstläge, ansiktsuttryck och ordval, karaktäriserade som kyliga och formella och hemmet som emotionellt osårbart och präglat av bekymmerslöshet ("low warmth") resp. motsatsen ("low tension" resp. "high warmth"). De två typerna av störningar jämförs och vid hög spänning visade sig "the rate of disorders by children" signifikant högre än vid låg spänning, även om "the warmth" var låg. Både "lack of feeling" och "active discord" hade sålunda samband med "deviant behavior"..

Rutter skiljer också mellan "high and low warmth" i förhållandet mellan föräldrarna resp. mellan föräldrarna och barnen och finner antisocialt beteende hos barnen öka, om endera brister "in warmth" och speciellt om båda karaktäriserats som "low warmth".

Han frågar sig också om en god relation

till någon av föräldrarna förbättrar barnets situation och finner, att om de äktenskapliga relationerna mellan makarna var dåliga, så var "the rate of disorder in the sons" oberoende av föräldra/barnrelationen relativt hög. Å andra sidan klarade sig barnet oberoende av de äktenskapliga förhållandena bättre om det hade en god relation till åtminstone någon av föräldrarna. God kontakt med någon av föräldrarna var enligt Rutter sålunda inte tillräckligt för att upphäva effekten av dåliga äktenskapliga relationer men begränsade den ("quite a long way").

I detta sammanhang är också relationen mellan fader och barn resp. mor och barn av intresse och för vår undersökning speciellt frågan om fädernas resp. mödrarnas relativa betydelse för pojkarna. Rutter (1966) analyserade effekten för barn av föräldrarnas död resp. psykiska sjukdomstillstånd i anslutning till barnens kontakt med psykiatrisk klinik och fann att pojkar visade en tendens till "psychiatric disorder" om fadern dött eller blivit sjuk. Gregory (1965) fann i sin studie över "delinquent children" att "delinquency" var mer frekvent hos pojkar om fadern saknades i hemmet, medan för flickorna detta var fallet om modern saknades. Rutter (1971) kunde i sin senare undersökning ej återfinna sambandet och hänvisar till att inte heller andra författare alltid funnit ett dylikt och antar att många faktorer kan ha betydelse, t. ex. åldern. Hans material är yngre och kanske är tonåriga pojkar mer beroende av sina fäder än mindre barn, en synpunkt som en rad olika författare på olika sätt framhävt. Förhållandet är som Rutter också anför komplicerat och beroende av faktorer som t. ex. en eventuell sjuk förälders påverkan på den andre resp. barnets olika påverkan på föräldrarna.

Av utomordentlig betydelse är naturligtvis just det sistnämnda, nämligen på vad sätt det asociala barnet påverkar familjesituationen. Speciellt inför medfödda handikapp av olika slag, t. ex. när det gäller spastiska barn, utvecklingsstörningar och barnpsykoser har problemet varit aktuellt. Vad gäller asocialitet tar Rutter (1971) upp även detta problem och citerar bl. a. Bell (1968) och Robins (1969). Rutters egna undersökningar ger endast vissa indicier på denna punkt. Han fann sålunda att barn som tidigt separerats från föräldrarna på grund av stridigheter dem emellan ofta utvecklade antisociala tillstånd senare. I en del av dessa fall måste de äktenskapliga konflikterna ha föregått barnets födelse, då äldre barn redan hade omhändertagits efter familjekriser. Rutter påpekar att man i andra undersökningar har studerat föräldrarnas beteende då barnen var små och följt barnens utveckling in i tidig adolescence. Dessa har visat att det är möjligt att på basen av tidig familjebedömning förutsäga utvecklingen av senare asocialitet (Craig och Glick, 1965: Tait och Hodges, 1962; West, 1969). Rutter sammanfattar på följande sätt: "The effects are not entirely unindirectional and a circular process is probable (Yarrow, 1968) but we may conclude that parental discord can start off a maladaptive process which leads to antisocial disorder in children. This may fairly be regarded as a casual relationship".

Om stridigheter mellan föräldrarna på ett eller annat sätt leder till anti-socialt beteende hos barnen behöver givetvis stridigheterna i och för sig ändå inte vara orsak utan i stället kan de personligheter som ligger bakom utgöra en av de mera basala faktorerna. Rutter (1971) tar även upp detta problem och frågar sig sålunda om barnen blir antisociala på grund av föräldrarnas abnormiteter eller för att hemförhållandena är olyckliga. Han delar därför upp familjen som förut efter äktenskapets kvalité ("good" or "fair" resp. "very poor") men också på basen av om föräldrarna visar tecken på "a handicapping personality disorder". Hos pojkar finner han då att den väsentligaste faktorn utgörs av "the parental marriage". Oberoende av om en av föräldrarna hade "a personality disorder" eller ej var pojkarnas antisociala beteende flera gånger vanligare, då äktenskapet betraktades som "very poor" än när det angavs som "good" or "fair". Vidare kunde man i den grupp av familjer, där de äktenskapliga förhållandena var tillfredsställ-

lande inte finna någon effekt som kunde hänföras till "parental personality disorders".

Hemsituationen och den sociala bakgrunden har här huvudsakligen belysts genom olika författares analyser av föräldrarnas personligheter och deras eventuella äktenskapliga konflikter och genom att belysa stridigheterna i hemmet och de s. k. emotionella klimatet. Det är tydligt att faktorer som stör det emotionella klimatet anses spela en dominerande roll och att senare tiders undersökningar allt mer pekat i denna riktning.

Makarna Inghe (1969) jämförde i sin monografi "Fattiga i folkhemmet" barn från socialhjälpsfamiljer och kontroller till dessa. Skillnaden mellan dessa barns och kontrollernas utveckling i vuxen ålder talade också för att fattigdomen i och för sig inte leder till skillnader i asocialitet även om dessa barn i många avseenden har och haft det svårare i livet än kontrollerna. I andra avsnitt av denna klientelundersökning belyses också de ekonomiska faktorernas begränsade roll.

Uppfostringsprincipernas betydelse har man också försökt analysera. De svårigheter man står inför när det gäller att bedöma uppfostringstyp torde ha bidragit till att få författare givit sig in på dessa uppskattningar av vad man i stort sett uppfattar som antingen slapp, sträng eller inkonsekvent uppfostran.

Jonsson (1964, 1967, 1969) som sökt analysera såväl far- och morföräldrarnas som föräldrarnas uppfostringsprinciper menar att det är ett vanligt antagande att störd känslokontakt mellan föräldrar och barn skulle sammanhänga med sträng uppfostran. Vad de stränga uppfostringsmetoderna beträffar var materialet när det gäller faderns föräldrar otillräckligt. När det gällde morföräldrarna kunde emellertid inga skillnader påvisas i uppfostringsprinciperna mellan de s. k. Skåpojkarna och vanliga Stockholmspojkar, ej heller när det gällde föräldrarnas attityd till dessa. Konflikter rådde däremot mellan föräldrarna om pojkarnas uppfostran (enligt moderns uppgifter) i betydligt högre frekvens bland Skåpojkarna än bland de vanliga Stockholmspojkarna (66 resp. 31 %). Osämjan hade i regel "gått ut på att fadern hållit på den hårda linjen, medan modern velat ta det med lämpor". Ofta hade dessa konflikter ansetts vara en orsak till skilsmässa. För ungdomsvårdsskoleelever uppger Blomberg (1954) liksom Blomberg och Grunewald (1964) vid sin uppskattning av uppfostringsattityden, där man skilde mellan "god", "slapp och likgiltig" (även innebärande bristande tillsyn på grund av bl. a. föräldrarnas förvärvsarbete), "sträng" och "inkonsekvent" uppfostran, att den slappa klart dominerade medan den stränga attityden var frapperande låg.

I *Unga lagöverträdare III* refererar Olofsson i detalj litteraturen på området och sina egna undersökningar och resultat.

3.2. *Egna undersökningar och resultat*

3.2.1 Kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar hos föräldrarna

A. Antalet analyserade fäder och mödrar

1) B-gruppen

I *PU* rörde det sig ursprungligen om 42 fäder till B-pojkar. Av dessa fäder är tre obekanta eller ej biologiska fäder, varför det här utnyttjade *antalet fäder blir 39.*

När det gäller mödrarna till B-pojkarna var det ursprungliga antalet också 42. Ett fall har registrerats som obekant och *antalet mödrar blir* därför *41.*

I *HU* var det ursprungliga antalet B-fall och fäder 151. Ett av dessa B-fall har utgått ur materialet. Nio av fäderna har vidare registrerats som obekanta. Fem par pojkar hade samma fäder och dessa har utgått för den ena pojken i varje syskonpar. För tre par utgick den pojke som hade lägst nummer av syskonen och för två par pojkarna med det högre numret i våra listor. *Antalet fäder blir då 136.*

Beträffande *mödrarna* var utgångsläget detsamma dvs. 151 mödrar. Ett fall utgick. Som obekanta registrerades 10 mödrar. Fem

ströks på samma sätt som beträffande fäderna till de fem syskonparen. *Antalet mödrar blir 135.*

2) K-gruppen

I *PU* var det ursprungliga antalet fäder till K-pojkarna också 42. Ett fall utgick ur materialet. Tre fäder har registrerats som obekanta eller ej biologiska fäder. Det här redovisade *antalet fäder blev då 38.*

Mödrar till K-pojkarna i *PU* var också ursprungligen 42. Ett fall har registrerats som obekant. *Antalet mödrar blev 41.*

I *HU* var antalet K-fall ursprungligen 54. Ett fall utgick ur materialet. En fader registrerades som obekant. Det slutliga *antalet fäder blev 52.*

Mödrar till K-fallen var på samma sätt 54. Ett fall utgick. Ingen moder till K-fall registrerades som obekant. *Mödrarnas antal* blev sålunda *53.*

B. Analyserade symtom och sjukdomsbegrepp m. m.

1) Ursprunglig registrering och här icke utnyttjad registrering

I ett s. k. "hereditetsschema" (SOU 1971: 49 sid. 85 och 174) infördes nedan skildrade 13 uppgifter för B- och K-pojkarnas fäder, mödrar, far- och morföräldrar samt för deras äldre och yngre hel- och halvsystrar och bröder.

Markerade uppgifter följdes om möjligt också av förtydligande. De registrerade sjukdomarnas art angavs. Om sjukhusvård anlitats registrerades även detta och i så fall på vilket sjukhus vården erhållits.

Värdet av uppgifterna beträffande far- och morföräldrar samt syskon måste i hög grad ifrågasättas och har därför tills vidare ej närmare analyserats. I denna del av undersökningen kommer därför endast resultaten beträffande fäder och mödrar att redovisas.

Det s. k. "hereditetsschemats" 13 punkter var följande:

1. *Organiska nervsjukdomar* (inkl. genomgångna hjärn- och hjärnhinneinflammationer och krampsjukdomar, "epilepsi")
2. *Psykisk utvecklingsstörning och "hjälpklassmässighet"*. Specialundervisning under skolgång resp. institutionsvård anges.
3. *Psykiska sjukdomar* som krävt sjukhusvård (schizofreni och övriga *psykosformer*).
4. *Insufficienstillstånd* av olika slag som påtagligt påverkat skol- och arbetsprestationer (ångesttillstånd, depressionstillstånd, hysteriska manifestationer, tvångstankar, tvångshandlingar).
5. *Allmän nervositet* med olika former av mer eller mindre nervösa besvär i form av trötthet, sömnrubbningar, huvudvärk, magvärk, hjärtbesvär, vilka icke kunnat hänföras till så svåra tillstånd som avses inom grupp 4 men för vilka dock läkare sökts.
6. *Kroppsliga sjukdomstillstånd* i form av kroniska allergiska manifestationer, diabetes, magsår, tuberkulos, organiska hjärtfel, blindhet, dövhet etc.
7. *Säng- och/eller dagvätning*
8. *Enkopres* (hos syskon)
9. *Talrubbningar*(stamning, andra former)
10. *Vänsterhänthet*
11. *Läs- och skrivsvårigheter* (tydligt angivna dylika trots ordinär begåvning)
12. *Alkoholmissbruk* (tydligt angivet missbruk som familjen påtagligt lidit av)
13. *Asocialitet* (hos vuxna dömda för brott och hos barn ett beteende som föranlett anmälan till polis eller barnavårdsnämnd).

Av dessa 13 punkter har sju stycken (a-g nedan) utgått dels på grund av allt för lågt antal registreringar, dels på grund av att de inte när de förekommer ansetts ha någon större betydelse för analysen beträffande övriga registreringar.

De sju symtom och sjukdomar som utgått är:

a) *Organiska nervsjukdomar* (1): En moder till ett B-fall drabbat härav. Fallet ingår i en senare angiven kombination.
b) *Psykisk utvecklingsstörning* (2): Intet fall registrerat.

c) *Säng- och dagvätning* (7): Två fäder till B-pojkar i PU registrerades och lika många i HU. Vidare en fader till ett K-fall i HU. Modern till ett B-fall i HU uppgavs och vidare modern till ett K-fall i PU och till tre dylika i HU. Sammanlagt rörde det sig om 10 fall (fem fäder och fem mödrar).

d) *Enkopres* (8): Intet fall registrerat.

e) *Talrubbningar* (9): Variabeln registrerades hos en fader till en K-pojke i PU och till två fäder till B-pojkar i HU. Vidare hos två mödrar, den ena till en B- och den andra till en K-pojke i PU samt hos en moder till en K-pojke i HU (tre fäder och tre mödrar).

f) *Vänsterhänthet* (10): I PU angavs en fader till ett B-fall och fyra fäder till K-fall samt mödrar till tre B- och fyra K-fall och i HU fäder till två B- och två K-fall samt mödrar till ett B- och ett K-fall (nio fäder, nio mödrar).

g) *Läs- och skrivsvårigheter* (11): I PU registrerades fäder till två K-fall och mödrar till två B- och två K-fall, i HU fäder till två K-fall och modern till ett B-fall (fyra fäder och fem mödrar).

2) Utnyttjad registrering

Av de 13 punkterna återstår sex som i fortsättningen utnyttjas. Det gäller

a) *Psykisk sjukdom av psykosnatur* (3): Även här är antalet mycket liten men gruppen medtagen för att adderas med övriga grupper.

b) *Psykiska insufficienstillstånd* (4): Även denna grupp är liten och medtagen av samma skäl som den föregående.

c) *Allmän nervositet* (5): En något mera frekvent grupp.

d) *Alkoholmissbruk* (12): En hos fäderna högfrekvent grupp.

e) *Asocialitet* (13): En lågfrekvent grupp.

f) *Kroppsliga sjukdomar* (6): En högfrekvent grupp som behandlas för sig.

3.2.1.1 Uppgifter om fädernas kroppsliga och psykiska sjukdomar i B- och K-grupper (tabell 3.1)

a) Psykiska sjukdomar av psykosnatur med sjukhusvård (tabell 3.1.a) anges i *PU* för tre fäder till B-fall och i kombination med alkoholmissbruk och asocialitet i ytterligare ett B-fall, medan motsvarande uppgifter saknas bland K-fallen. Differensen 10 % är ej signifikant.

I *HU* har enbart psykisk sjukdom inte registrerats i något B-fall men i ett B-fall i kombination med kroppslig sjukdom och i annat B-fall i kombination med alkoholmissbruk (1 %). Fäderna till K-pojkarna uppvisade däremot psykoser (enbart) i tre fall och i ett fall i kombination med alkoholmissbruk och asocialitet (8 %). Differensen (−7 %) är signifikant på 5 %-nivå dvs. kontrollpojkarnas fäder uppges sålunda ha lidit av psykoser i högre frekvens än B-pojkarnas.

b) *Psykiskt insufficienstillstånd som påtagligt påverkat arbetsprestationen* (tabell 3.1.b) angavs i *PU* för fäderna till B-pojkarna i ett fall som enda tillstånd och i ett annat fall i kombination med allmän nervositet (5 %). Av K-pojkarnas fäder hade endast i ett fall denna registrering företagits (2,5 %) och då i form av enbart detta tillstånd.

I *HU* var registreringen ändå mera ovanlig. B-pojkarnas fäder uppvisade i ett fall denna markering enbart och i ytterligare ett fall densamma i kombination med alkoholmissbruk dvs. i sammanlagt två fall (1 %). Inga K-fall registrerades. Ingen signifikant frekvensdifferens förelåg mellan B- och K-gruppernas fäder.

c) *Allmän nervositet, för vilket läkare sökts,* (tabell 3.1.c) förekom i *PU* dels enbart i två B-fall, dels i fyra B-fall i kombinationer dvs. i ett fall med kroppslig sjukdom, i två med alkoholmissbruk och i ett fall med kroppslig sjukdom, psykiska insufficienstillstånd och alkoholmissbruk. Detta betyder att 15 % av fäderna i *PU* företett denna form av psykiska besvär. K-fäderna uppvisade i endast ett fall enbart symtomet och i ett

andra fall detta i kombination med kroppslig sjukdom (5 %).

I *HU* uppvisade tre B-fall enbart detta symtom. Ytterligare ett B-fall finner vi i kombination med kroppslig sjukdom (sammanlagt 3 %). Inga K-fäder i HU företedde allmän nervositet av denna typ. Inga signifikanser är påvisbara.

d) *Alkoholmissbruk* (tabell 3.1.d), som familjen påtagligt lidit av, noteras i PU dels enbart för fäderna till tre B-fall, dels i åtta B-fall med kombinationer. I ett B-fall förelåg kombination med psykisk sjukdom och asocialitet, i ett i kombination med insufficienstillstånd, allmän nervositet och kroppslig sjukdom, i två fall i kombination med allmän nervositet och i tre fall i kombination med kroppslig sjukdom samt i ytterligare ett fall i kombination med asocialitet. Detta betyder att 28 % av fäderna missbrukade alkohol. Fäderna till K-fallen registrerades i fyra fall som enbart alkoholmissbrukare. I ett fall förelåg kombination med asocialitet (13 %). Differensen (15 %) mellan B- och K-fäder är ej signifikant men en klar tendens föreligger ($\sigma m = 9.1$).

I *HU* möter vi ifråga om B-pojkarnas fäder 21 som enbart registrerats för alkoholmissbruk och därutöver tio med detta symtom i olika kombinationer dvs. hos sammanlagt 23 % av fäderna. Kombinationerna består av i ett fall en kombination med psykisk sjukdom av psykosnatur, i ett i kombination med insufficienstillstånd och i tre fall i kombination med kroppslig sjukdom. I övriga fem fall gällde det kombination med asocialitet. K-pojkarnas fäder uppvisade i sex fall enbart alkoholmissbruk och i ytterligare fyra fall kombinationer (19 %). Kombinationerna gällde i ett fall kroppslig sjukdom och i resterande tre fall asocialitet. Differensen (4 %) är ej signifikant.

e) *Asocialitet dvs. dömd för brott* (tabell 3.1.e) medgavs i *PU* att två B-pojkars fäder råkat ut för. Båda registrerades i kombination med alkoholmissbruk och i ett av dessa båda fall även i kombination med psykisk sjukdom av psykosnatur. En fader till en K-pojke registrerades i kombination med alkoholmissbruk.

I *HU* möter vi fyra fäder till B-fall med enbart asocialitetsmarkering och ytterligare fem fall med kombinationer (7 % av B-fäderna). Kombinationerna är genomgående desamma dvs. asocialitet och alkoholmissbruk. K-pojkarnas fäder uppvisar i tre fall kombinationer och då med alkoholmissbruk. I vare sig PU eller HU kan några säkerställda differenser i asocialitetsfrekvens påvisas när det gäller fäderna till B- resp. K-pojker.

a – e) *Samtliga ovan nämnda psykiska symtom och sjukdomar* (tabell 3.1.a–e) ger vid en sammanslagning följande resultat.

I *PU* finner vi 18 B-fall, vars fäder företett ett eller flera symtom av ovan nämnd art dvs. 46 % av fäderna. I åtta K-fall (21 %) uppvisade K-fallens fäder detsamma. I *HU* är motsvarande antal B-fäder 41 (30 %) och K-fäder 15 (29 %). Differensen i PU (25 %) är signifikant på 5 %-nivå. Resultatet verifieras ej i HU.

f) *Kroppsliga sjukdomar* (tabell 3.1.f) hos fäderna till B-pojkar i *PU* möter vi i sex fall utan och i ytterligare fem fall med kombinationer (28 %). Kombinationerna omfattar ett fall med allmän nervositet och fyra fall med alkoholmissbruk. I ett av dessa fyra fall tillkommer även psykisk insufficiens och allmän nervositet. K-pojkarnas fäder företedde i fem fall kroppslig sjukdom (13 %). I ett av dessa fem fall förelåg en kombination med allmän nervositet. Differensen 15 % är ej signifikant men en klar tendens föreligger (medeltalets medelfel 9,1). I *HU* finner vi 22 fäder till B-pojkar med enbart kroppslig sjukdom och ytterligare fem, där kombinationer föreligger (19 %). Kombinationerna omfattar ett fall med psykisk sjukdom, ett fall med allmän nervositet och tre fall med alkoholmissbruk. K-pojkarnas fäder uppvisar i tre fall enbart kroppslig sjukdom och i ett fall en kombination med alkoholmissbruk (8 %). Differensen (11 %) är här signifikant på 5 %-nivå. B-pojkarnas fäder är sålunda kroppsligt sjuka i högre frekvens än K-pojkarnas.

De kroppsliga sjukdomarnas art hos fäderna visade sig bland de elva B-fallen i *PU* i sex

Tabell 3.1 Kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar hos fäderna

Symtom eller sjukdomar	PU				HU			
	39 B-fäder	38 K-fäder	B–K diff.		136 B-fäder	52 K-fäder	B–K diff.	
			%	Sign.			%	Sign.
a) Psykiska sjukdomar av psykosnatur								
Antal	4 (3)[a]	0	10	–	2 (0)	4 (3)	–7	x
%	10	0			1	8		
b) Psykiska insufficienstillstånd								
Antal	2 (1)	1 (1)	2,5	–	2 (1)	0	1	–
%	5	2,5			1	0		
c) Allmän nervositet								
Antal	6 (2)	2 (1)	10	–	4 (3)	0	3	–
%	15	5			3	0		
d) Alkoholmissbruk								
Antal	11 (3)	5 (4)	15	–	31(21)	10 (6)	4	–
%	28	13			23	19		
e) Asocialitet								
Antal	2 (0)	1 (0)	2,5	–	9 (4)	3 (0)	1	–
%	5	2,5			7	6		
a–e) Summa psyk. symtom								
Antal	18	8	25	x	41	15	1	–
%	46	21			30	29		
f) Kroppsliga sjukdomar								
Antal	11 (6)	5 (4)	15	–	27(22)	4 (3)	11	x
%	28	13			19	8		

[a] Enbart eller i kombination med något eller några av övriga symtom eller sjukdomar. Siffran inom parentes anger antalet med enbart symtomet eller sjukdomen utan kombinationer.

fall gälla magsår (ett i kombination med gikt, ett förenat med dödsfall), i tre fall lungtuberkulos, i ett fall astma och i ett ledgångsreumatism "med klaffel". Hos de fem K-fallen i PU finner vi två fall av magsår och i ett fall hade fadern dött i polio. I det fjärde fallet var den kroppsliga sjukdomens art okänd. I *HU* hade av de 27 fäderna till B-fallen åtta magsår (en av dessa i kombination med migrän), två tuberkulos och en "lungbesvär", tre gallsten (en i kombination med ryggbesvär), tre ledgångsreumatism, två astma (av vilka en dött i status astmaticus), en diskbråck och en "ryggbesvär" samt en medfött hjärtfel, en polio, en magkatarr, en migrän. En hade avlidit i cancer. I ett sista fall hade den kroppsliga sjukdomens natur ej kunnat anges. Bland K-fallen möter vi ett magsår, ett fall med "vatten i lungsäcken" och ett fall med grön starr. I ett fall har diagnos ej kunnat anges.

Vi finner sålunda i *PU* sex magsår bland de 39 B-pojkarnas fäder mot två bland de 38 K-pojkarnas (15 resp. 5 %) och i *HU* åtta av 136 B-fall (6 %) och ett av 52 K-fall (2 %). Differensen 4 % är ej signifikant.

Om PU och HU sammanslås, vilket här synes berättigat, finner vi bland 175 B-fall 14 magsår (8 %) och bland 90 K-fall 3 magsår (3 %). Differensen 5 % är ej signifikant (medeltalets medelfel 6,7).

3.2.1.2 Fädernas kroppsliga och psykiska sjukdomar i sekvensmodell (tabell 3.2.a–f)

Psykiska sjukdomar av psykosnatur (a), psykiska insufficienstillstånd (b) och allmän nervositet (c) uppträder i så låg frekvens att skillnader ej är analyserbara i sekvensmodellen. När det gäller alkoholmissbruk (d) och

Tabell 3.2 Kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar hos fäderna i sekvensmodell

Symtom och sjukdomar	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) B-fall:																		
Psyk. sjukdomar av psykosnatur	3	2			–	1			–	2	1			–	0			–
Ej dito	35	13	37			4	11			134	62	46			31	23		
K-fall:																		
Psyk. sjukdomar av psykosnatur	0				–				–	4	0			–	0			–
Ej dito	38	4	11			0	0			48	7	15			1	2		
b) B-fall:																		
Psyk. insuff. tillstånd	2	1			–	0			–	2	0			–	0			–
Ej dito	37	14	38			5	14			134	63	47			31	23		
K-fall:																		
Psyk. insuff. tillstånd	1	0			–	0			–	0				–				–
Ej dito	37	4	11			0	0			52	7	12			1	2		
c) B-fall:																		
Allmän nervositet	6	1			–	1			–	4	2			–	0			–
Ej dito	33	14	42			4	12			132	61	46			31	23		
K-fall:																		
Allmän nervositet	2	0			–	0			–	0				–				–
Ej dito	36	4	11			0	0			52	7	12			1	2		
d) B-fall:																		
Alk. missbruk	11	5	45	9	–	3	27	20	–	29	17	59	15	–	9	31	10	–
Ej dito	28	10	36			2	7			105	46	44			22	21		
K-fall:																		
Alk. missbruk	5	0			–	0			–	10	2	20	15	–	0	0	0	–
Ej dito	33	4	12			0	0			42	2	5			0	0		

e) B-fall:																			
Asocialitet	2	1				0				9	7	78	34	x	5	56	36	x
Ej dito	37	14	38		–	5	14		–	127	56	44			26	20		
K-fall:																			
Asocialitet	1	0				0				3	1				0			
Ej dito	37	4	11		–	0	0		–	49	6	12		–	1	2		–
S:a a–e)																			
B-fall:																			
Förekomst	17	8	47			4	24			39	26	67			13	33		
Ej dito	21	7	33	14	–	1	5	19	–	95	37	39	28	xx	18	20	13	–
K-fall:																			
Förekomst	8	2				0				15	2	13			0	0		
Ej dito	30	2	7		–	0	0		–	37	5	14	-1	–	1	3		–
f) B-fall:																			
Kroppsl. sjukd.	11	3	27			2	18			27	9	33			4	15		
Ej dito	28	12	43	-16	–	3	11	7	–	109	54	50	-17	–	27	26	-11	–
K-fall:																			
Kroppsl. sjukd.	5	0				0				4	0				0			
Ej dito	33	4	12		–	0	0		–	48	7	14		–	1	2		–

asocialitet (e) är frekvensen så hög att jämförelser kunnat göras.

Beträffande alkoholmissbruk (3.2.d) möter vi sålunda i *PU* en betydligt lägre frekvens *omhändertagna* B-pojkar före 18 år (7 %) om fäderna ej missbrukar alkohol än när så är fallet (27 %). Differensen 20 % är dock ej signifikant (p = 0.125).

I *HU* möter vi samma situation, 31 % *omhändertagna* när fäderna missbrukade och 21 % när de ej missbrukade alkohol. Differensen här 10 % är inte heller signifikant (p = 0.185).

Brott efter 18 år finner vi i *PU* att 45 % B-pojkar, vars fäder missbrukat och 36 %, vars fäder ej missbrukat alkohol begått. Differensen är här 9 % och ej signifikant.

I *HU* är situationen likartad med 59 % återfall i brott efter 18 år om fäderna missbrukat och 44 % återfall om de ej missbrukat alkohol. Differensen är nu 15 % och p-värdet lägre (0.114).

När det gäller asocialitet (3.2.e) är antalet fäder också litet men i *HU* har en beräkning ändå kunnat göras. Av de nio asociala fädernas B-pojkar har fem *omhändertagits* före 18 år (56 %) men endast 26 av de övriga 127 fädernas pojkar (20 %). Differensen 36 % är signifikant (p = 0.029). *Återfall i brott efter 18 år* drabbade sju (78 %) av de B-pojkar, vars fäder dömts för brott mot 44 % av de övriga B-pojkarna. Differensen 34 % är signifikant på 5 %-nivå. Möjligen är signifikansen tveksam med hänsyn till det låga antalet.

Vid en sammanslagning av samtliga psykiska symtom och sjukdomar (a–e) hos fäderna (tabell 3.2) finner vi numeriskt högre frekvenser av *omhändertagande* före och återfall efter 18 års ålder för B-pojkarna, när psykiska symtom och sjukdomar förelegat hos fäderna. I *PU* rör det sig om 24 mot 5 % för omhändertagande och 47 mot 33 % när det gäller återfall. Differenserna 19 % och 14 % är ej signifikanta (p = 0.112 för omhändertagande före och 0.299 för brott efter 18 år).

I *HU* är procenttalen för *omhändertagande* 33 och 20 % för B-pojkar till fäder med resp. utan de psykiska symtomen och sjukdomarna sammanslagna. Differensen 13 % är dock ej signifikant men en klar tendens föreligger. För *återfall i brott* är motsvarande procenttal 67 och 39 och differensen 28 %. Denna differens är signifikant på 1 %-nivå (p = 0.003).

Beträffande *kroppsliga sjukdomar hos fäderna* (tabell 3.2.f) ger sekvensmodellen följande resultat. I *PU omhändertogs* två av B-pojkarna till de elva fäder som lidit av kroppsliga sjukdomar (18 %) mot 11 % av de övriga. Differensen är ej signifikant. I *HU* är motsvarande siffror 15 och 26 %. Differensen – 11 % anger en bättre situation för de B-pojkar som haft kroppsligt sjuka fäder. Differensen är dock ej signifikant. I PU möter vi en likartad situation när det gäller *återfall i brott* och denna bestyrks i HU. I *PU* drabbas sålunda endast 3 av de elva kroppsligt sjuka fädernas B-pojkar (27 %) av *återfall* mot 43 % av de övriga fädernas pojkar. Differensen – 16 % är dock ej signifikant.

I *HU* är motsvarande procenttal 33 och 50 och differensen –17 %. Denna är ej heller signifikant men en tendens föreligger (p = 0.097).

3.2.1.3 Uppgifter om mödrarnas kroppsliga och psykiska sjukdomar i B- och K-grupper (tabell 3.3.)

a) *Psykiska sjukdomar av psykosnatur med sjukhusvård* (tabell 3.3.a) förekommer ej i PU. I *HU* anges sex mödrar till B-pojkar ha företett enbart sådan sjukdom. I ett fall därutöver rörde det sig om en kombination med allmän nervositet. Inga K-pojkars mödrar registrerades, varför differensen 5 % här blir signifikant på 1 %-nivå (medeltalets medelfel 1.85. Fishers exakta text ger dock endast en tendens, p = 0.094). B-pojkarnas mödrar lider sålunda eventuellt oftare av psykisk sjukdom av psykosnatur än kontrollernas mödrar.

b) *Psykiska insufficienstillstånd, som påtagligt påverkat arbetsprestationerna* (tabell 3.3.b) angavs i *PU* för mödrarna till tre

Tabell 3.3 Kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar hos mödrarna

Symtom eller sjukdomar	PU				HU			
	41 B-fall	41 K-fall	B–K diff.		135 B-fall	53 K-fall	B–K diff.	
			%	Sign.			%	Sign.
a) Psykiska sjukdomar av psykosnatur								
Antal	0 (0)[a]	0 (0)			7 (6)	0 (0)		
%	0	0	0	–	5	0	5	xx
b) Psykiskt insufficienstillstånd								
Antal	3 (3)	7 (4)			7 (4)	4 (1)		
%	7	17	–10	–	5	7,5	–2,5	–
c) Allmän nervositet								
Antal	7 (6)	3 (3)			6 (4)	1 (1)		
%	17	7,5	9,5	–	4	2	2	–
d) Alkoholmissbruk								
Antal	1 (0)	0 (0)			1 (0)	1 (0)		
%	2	0	2	–	1	2	–1	–
e) Asocialitet								
Antal	0 (0)	0 (0)			1 (0)	1 (0)		
%	0	0	0	–	1	2	–1	–
a–e) Summa psyk. symtom								
Antal	12	11			20	6		
%	29	27	2	–	15	11	4	–
f) Kroppsliga sjukdomar								
Antal	8 (5)	8 (4)			30(26)	14(11)		
%	20	20	0	–	22	26	–4	–

[a] Enbart eller i kombination med något eller några av övriga symtom eller sjukdomar. Siffran inom parentes anger antalet med enbart symtomet eller sjukdomen utan kombinationer.

B-pojkar och sju K-pojkar. Tre av de senare förekom i kombination med kroppslig sjukdom. I *HU* registrerades detta tillstånd hos sju mödrar till B-pojkar. I tre fall förelåg här kombination med kroppslig sjukdom. Hos K-pojkarnas mödrar förekom fyra fall, av vilka tre i kombination med kroppslig sjukdom. Inga signifikanta differenser förelåg mellan B- och K-pojkarnas mödrar vare sig i PU eller HU.

c) *Allmän nervositet* (tabell 3.3.c.) angavs i PU för sju mödrar till B-pojkar. I ett fall förelåg kombination med kroppslig sjukdom. Mödrarna till tre K-fall registrerades utan kombinationer. I *HU* möter vi samma situation hos sex B-pojkar, av vilka två fall med kombinationer, i ena fallet med psykisk sjukdom av psykosnatur och i andra med kroppslig sjukdom. En K-pojkes moder registrerades utan kombination. Inga signifikanta differenser föreligger mellan B- och K-fallens mödrar.

d) *Alkoholmissbruk* (tabell 3.3.d) har i *PU* endast registrerats hos en moder till en B-pojke och då i kombination med kroppslig sjukdom. I *HU* har också en moder till en B-pojke registrerats och detta i kombination med asocialitet. Även en moder till ett K-fall har markerats med samma kombination. Signifikanta differenser rör det sig givetvis inte om.

e) *Asocialitet* (tabell 3.3.e) förekommer inte hos mödrar vare sig till B- eller K-pojkar i *PU*. I *HU* finner vi en moder till B-pojke och en till K-pojke. I båda fallen gällde registreringen i kombination med alkoholmissbruk.

a–e) *Samtliga ovan nämnda psykiska symtom och sjukdomar* (tabell 3.3.a–e) ger vid sammanslagning följande resultat.

I *PU* möter vi 12 mödrar till B-pojkar, som haft något av symtomen a–e. Detta betyder 29 % av mödrarna och mot dessa står 27 % av K-pojkarnas mödrar. Differensen 2 % är ej signifikant. I *HU* har 15 % av B-pojkarnas och 11 % av K-pojkarnas mödrar registrerats för ett eller flera av dessa psykiska symtom och sjukdomar. Ingen statistisk signifikans är påvisbar när det gäller differenserna mellan B- och K-grupper.

f) *Kroppsliga sjukdomar hos mödrarna* (tabell 3.3.f) finner vi i *PU* i åtta B-fall (20 %), av vilka tre i kombination, två med allmän nervositet (och i ena fallet dessutom med organisk nervsjukdom) och ett med alkoholmissbruk. Av K-pojkarnas mödrar företedde också åtta kroppslig sjukdom (20 %), i fyra fall med kombinationer, som utgjordes i tre fall av psykiskt insufficienstillstånd och i ett fall av allmän nervositet. I *HU* förelåg kroppslig sjukdom hos 30 mödrar till B-pojkar (22 %). Fyra av dessa registrerades i kombination med andra symtom, tre med psykiska insufficienstillstånd och ett med allmän nervositet. Av K-pojkarnas mödrar uppgavs 14 lida av kroppsliga sjukdomar (26 %). I tre fall förelåg kombination med psykiskt insufficienstillstånd. Varken i PU eller HU rör det sig om några signifikanta differenser mellan mödrarnas kroppsliga sjukdomsfrekvens i B- och K-grupper.

Den kroppsliga sjukdomens art hos mödrarna uppges i *PU* för de åtta B-fallen vara fyra fall av tuberkulos (två av knölros, ett av pleurit (tbc) och ett av "tuberkulos"), ett fall av magsår, ett fall av eksem och ett fall av perniciös anemi (plus organisk nervsjukdom) samt ett fall av astma (även opererad för njursten). Bland de åtta K-fallen möter vi i PU ett fall med opererat magsår i kombination med knölros och danssjuka och ytterligare ett fall av magsår i kombination med gallsten och diskbråck, två fall av tuberkulos, två fall av eksem och ett fall av hösnuva. I ett fall registrerades ej sjukdomens natur. I *HU* hade två gånger två B-fall samma mödrar. Av B-gruppens 30 mödrar hade fyra stycken toxisk eller opererad struma, en i kombination med opererad missbildning av urinblåsa, en i kombination med magsår, högt blodtryck och ledgångsreumatism, en i kombination med akut ledgångsreumatism. Härutöver tre magsår (av vilka i ett fall i kombination med gallsten m. m.), två fall av astma, fyra fall av ledgångsreumatism resp. reumatiska besvär (av vilka ett i kombination med migrän), två fall av blodbrist, sju ytterligare fall av gallsten resp. gallbesvär (av vilka ett i kombination med opererat diskbråck och reumatiska besvär och ett i kombination med högt blodtryck), fyra fall av tuberkulos (två fall av knölros med resp. utan pleurit, ett fall med "fläck på lungan" och i ett fall "tuberkulos"). Slutligen vardera ett fall av allergi (i kombination med reumatisk feber och "terminal ileit") och kronisk hjärtinflammation efter scarlatina samt ett fall av underlivsblödningar. I ett fall förelåg ingen uppgift om sjukdomens natur. Bland K-fallen i HU angavs för mödrarna följande sjukdomar: tre fall av magsår, tre fall av gallsjukdomar, fyra fall av tuberkulos (av vilka ett fall av knölros, tre fall av lungtuberkulos), ett fall av ryggbesvär, ett fall av opererad struma, ett fall av "klaffel" och ett fall av migrän.

Hos mödrarna synes sålunda gallsjukdomarna inta en dominerande plats i HU med nio fall inom B-gruppen (6 %) mot ett fall inom K-gruppen (2 %). Differensen 4 % är ej signifikant.

3.2.1.4 Mödrarnas kroppsliga och psykiska sjukdomar i sekvensmodell (tabell 3.4 a–f)

På samma sätt som när det gällde fäderna är den psykiska symtom- och sjukdomsfrekvensen ibland så låg att skillnaderna ej blir analyserbara i sekvensmodellen. Detta gäller här som hos fäderna psykiska sjukdomar av psykosnatur (a), psykiska insufficienstillstånd (b) och allmän nervositet (c). När det gäller mödrarna ger ej heller alkoholmissbruk (d) och asocialitet (e) mätbara värden.

Inte i något fall är det sålunda möjligt påvisa några högre eller lägre frekvenser omhändertagande före eller återfall i brott

efter 18 år hos B- eller K- pojkar om mödrarna lidit av eller ej lidit av ovan nämnda psykiska symtom eller sjukdomar.

Vid en sammanslagning av samtliga psykiska symtom och sjukdomar hos mödrarna (tabell 3.4.a–e) finner vi för B-pojkarna i *PU* att av de 12 mödrar, som företer dylika registreringar *omhändertogs* två eller 17 %. De B-pojkar, vars mödrar ej led av psykiska symtom, omhändertogs också i 17 %.

Inga K-pojkar omhändertogs.

Brott efter 18 år begick sex eller 50 % mot 38 % av de övriga. Differensen (12 %) är ej signifikant. För K-fallen möter vi en likartad tendens men signifikanta differenser uppnås ej.

I *HU* finner vi i B-gruppen 19 mödrar med en eller annan form av psykiska symtom eller sjukdomar. Av dessa mödrars pojkar *omhändertogs* sex dvs. 32 % mot 21 % av de övriga B-pojkarna. Differensen 11 % är ej signifikant. *Brott efter 18 år* begick 42 % av B-pojkarna till mödrar med och 47 % av dem utan psykiska symtom. Differensen är inte heller signifikant. Detsamma gäller K-grupperna.

Beträffande *kroppsliga sjukdomar* hos mödrarna (tabell 3.4.f) gav sekvensmodellen följande resultat. I *PU omhändertogs* en av de åtta, vars mödrar led av kroppslig sjukdom mot 18 % av de övriga 33 B-pojkarna, dvs. ingen signifikant skillnad föreligger. *Återfall i brott* möter vi hos fem B-pojkar av de åtta och 36 % av de 33 dvs. ingen signifikans påvisbar. Av K-pojkarna omhändertogs inte någon men brott efter 18 år drabbade en av de åtta kroppsligt sjuka mödrarnas och tre av de 33 kroppsligt friska mödrarnas K-pojkar. Inte heller här möter vi någon signifikant differens.

I *HU* är frekvensen *omhändertagna* numeriskt lägre hos B-pojkar till kroppsligt sjuka mödrar (16 %) än för dem till kroppsligt friska (24 %). Detsamma gäller *återfallen i brottslighet* efter 18 år (40 resp. 48 %). Differenserna –8 % är dock ej signifikanta. K-pojkarna visar en numeriskt högre frekvens återfall när mödrarna varit kroppsligt sjuka (21 %) än när de varit friska (10 %). Differensen 11 % är dock inte heller här signifikant.

3.2.2 Den emotionella atmosfären i hemmet

A. Atmosfären inom B- och K-grupper (tabell 3.5.1–10)

Den känslomässiga hematmosfären har man sökt belysa genom svaren på de frågor till vårdnadshavarna som berört kontakten mellan familjemedlemmarna, referentens upplevelser av om pojken känt sig omtyckt hemma, om han öppet talat om det mesta, varit intresserad av hemliv, trivts i hemmet och varit inne på bestämda tider.

Samtliga dessa uppgifter har som framgår av tabellen besvarats positivt i hög frekvens inom såväl B- som K-grupper och i PU såväl som i HU.

Sålunda uppges *i PU och HU kontakten god* i de båda B-grupperna i 95 och 92 % och i K-grupperna i 100 och 98 % (tabell 3.5.1). *Pojkarna anses ha känt sig omtyckta* i 90 till 98 % inom B-grupperna och i 97 till 100 % inom K-grupperna (tabell 3.5.2), *talat öppet om det mesta* i 77 till 79 % av B-fallen och i 93 och 89 % av K-fallen (tabell 3.5.3), varit *intresserade av hemliv* i 57 och 96 % av B-fallen och i 82 och 100 % av K-fallen (tabell 3.5.4), *trivts i hemmet* i 92 och 94 % av B-fallen och i 100 och 98 % av K-fallen (tabell 3.5.5) och varit *inne på bestämda tider* i 88 och 90 % av B-fallen och 93 till 100 % av K-fallen (tabell 3.5.6).

En viss men knappast säkerställd differens mellan B- och K-fall möter vi i fråga om intresset för hemliv i PU. Differensen – 25 % (χ^2 = 3,42). Denna differens kan dock ej verifieras i HU, där den blir – 4 % (χ^2 = 1,06).

Lägre frekvenser men också större differenser mellan B- och K-grupper framträder inför frågor som mera direkt anknyter till negativa drag i hematmosfären, dvs. frågor om huruvida störande moment eller gräl mellan familjemedlemmarna är vanligt eller i frågor som berör eventuella brister i upprikthet och när det gäller brist på gemensamma intressen.

Tabell 3.4 Kroppsliga och psykiska sjukdomar hos mödrarna i sekvensmodell

Symtom och sjukdomar	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) B-fall:																		
Psyk. sjukdomar av psykosnatur	0				–				–	7	4			–	2			–
Ej dito	41	17	41			7	17			128	58	45			28	21		
K-fall:																		
Psyk. sjukdomar av psykosnatur	0				–				–	0				–				–
Ej dito	41	4	10			0	0			53	7	13			1	2		
b) B-fall:																		
Psyk. insuff. tillstånd	4	2			–	2			–	7	1			–	1			–
Ej dito	37	15	41			5	14			128	61	48			29	23		
K-fall:																		
Psyk. insuff. tillstånd	8	1			–	0			–	4	1			–	0			–
Ej dito	33	3	10			0	0			49	6	12			1	2		
c) B-fall:																		
Allmän nervositet	7	3			–	0			–	5	3			–	2			–
Ej dito	34	14	41			7	21			130	59	41			28	22		
K-fall:																		
Allmän nervositet	3	0			–	0			–	1	0			–	0			–
Ej dito	38	4	11			0	0			52	7	13			1	2		
d) B-fall:																		
Alk. missbruk	1	1			–	0			–	1	1			–	1			–
Ej dito	40	16	40			7	18			134	61	46			29	22		
K-fall:																		
Alk. missbruk	0				–				–	1	0			–	0			–
Ej dito	41	4	10			0	0			52	7	13			1	2		

e) B-fall:																			
Asocialitet	0				–	7			–	1	1			–	1				–
Ej dito	41	17	41				17			134	61	46			29	22			
K-fall:																			
Asocialitet	0				–	0			–	1	0			–	0				–
Ej dito	41	4	10				0			52	7	13			1	2			
S:a a–e)																			
B-fall:																			
Förekomst	12	6	50	12	–	2	17	0	–	19	8	42	–5	–	6	32	11		–
Ej dito	29	11	38			5	17			115	54	47			24	21			
K-fall:																			
Förekomst	11	2	18	11	–	0	0	0	–	4	1			–	0				–
Ej dito	30	2	7			0	0			49	6	12			1	2			
f) B-fall:																			
Kropps. sjukd.	8	5			–	1			–	30	12	40	–8	–	5	16	–8		–
Ej dito	33	12	36			6	18			104	50	48			25	24			
K-fall:																			
Kroppsl. sjukd.	8	1			–	0			–	14	3	21	11	–	0		–2		–
Ej dito	33	3	9			0	0			39	4	10			1	2			

Tabell 3.5 Den emotionella atmosfären i hemmet.

Symtom	PU				HU			
	37–42 B-fall	38–41 K-fall	B–K diff.		141–146 B-fall	52–53 K-fall	B–K diff.	
			%	Sign.			%	Sign.
1) God kontakt								
Antal	36	39			131	52		
%	95	100	– 5	–	92	98	– 6	–
2) Känt sig omtyckt								
Antal	36	39			138	53		
%	90	97	– 7	–	98	100	– 2	–
3) Talar öppet								
Antal	31	38			116	47		
%	77	93	–16	–	79	89	–10	–
4) Intresse för hemliv								
Antal	22	31			140	53		
%	57	82	–25	x	96	100	– 4	–
5) Trivsel i hemmet								
Antal	36	40			137	51		
%	92	100	– 8	–	94	98	– 4	–
6) Inne bestämd tid								
Antal	37	38			131	53		
%	88	93	– 5	–	90	100	–10	–
7) Störande moment i hemmet								
Antal	19	10			35	7		
%	45	24	21	–	24	13	11	–
8) Gräl i hemmet								
Antal	18	2			15	3		
%	43	5	38	xxx	10	6	4	–
9) Brist i uppriktighet								
Antal	7	1			10	0		
%	19	2	17	x	8	0	8	–
10) Brist på gemensamma intres. m. föräldrar								
Antal	20	11			108	28		
%	50	28	22	–	74	53	21	xx
11) Separation under skolåldern								
Antal	9	11			16	3		
%	24	29	– 5	–	11	6	5	–

Störande moment i hemmet (tabell 3.5.7) uppges sålunda i *PU* förekomma i 45 % av B-fallen och i 24 % av K-fallen. Differensen 21 % är dock ej signifikant ($\chi^2 = 3.10$). I *HU* är motsvarande procenttal 24 och 13 %. Differensen 11 % är ej heller signifikant ($\chi^2 = 2.06$).

Gräl i hemmet (tabell 3.5.8) angavs i *PU* i 43 % och i K-fallen i 5 %. Differensen 38 % är signifikant ($\chi^2 = 13.94$). I *HU* är motsvarande siffror 10 % mot 6 %. Differens 4 % ($\chi^2 = 0.52$). Signifikansen i PU verifieras således ej i HU.

Bristande uppriktighet (tabell 3.5.9) angavs i *PU* i 19 % av B-fallen och i 2 % av K-fallen. Differens 17 % är signifikant ($\chi^2 = 3.94$). I *HU* är motsvarande siffror 8 % och 0 %. Differens 8 % ($\chi^2 = 2,57$). Differensen i PU verifieras sålunda ej heller här i HU.

Brist på gemensamma intressen med föräl-

drarna (tabell 3.5.10) anfördes i *PU* av B-fallen i 50 % och i K-fallen i 28 %. Differensen 22 % är här ej signifikant men en tendens tydlig. (χ^2 = 3.07). I *HU* angavs högre siffror, 74 % bland B-pojkarna och 53 % bland K-pojkarna. Differensen 21 % är signifikant på 1 %-nivå (χ^2 = 7.09). Tendensen i PU verifieras på denna punkt i HU.

B. Den emotionella atmosfären i hemmet i sekvensmodell (tabell 3.6.1–10)

I de fall negativa faktorer beträffande den emotionella atmosfären föreligger visar det sig att vi såväl i PU som speciellt i HU ofta får numeriskt högre frekvenssiffror än när motsvarande faktorer saknas och detta såväl när det gäller brott efter 18 år som beträffande omhändertagande före denna ålder. Ofta erhålles signifikanta differenser i fråga om omhändertagande före 18 år men inte i samma utsträckning när det gäller återfall i brott efter 18 år.

Omhändertagande före 18 år möter vi sålunda i HU i signifikant högre frekvens när vederbörande enligt referenten visar bristande intresse för hemliv (tabell 3.6.4), inte trivts i hemmet (tabell 3.6.5) och inte känt sig omtyckt där (3.6.2). Vidare när pojken brustit i uppriktighet (3.6.9) och ej talat öppet om det mesta (3.6.3), inte varit inne på bestämda tider (3.6.6) och även när gemensamma intressen saknats mellan pojken och föräldrar (3.6.10) och när hemlivet störts av ofta förekommande gräl (3.6.8). I de tre förstnämnda fallen är signifikansen tveksam på grund av att antalet förekommande fall är lågt (under 10).

En variabel synes göra sig gällande även ifråga om dessa pojkars *brottslighet efter 18 år* nämligen gräl i hemmet (3.6.8). Signifikans föreligger i detta fall i *HU* såväl i B- som K-gruppen. I K-gruppen rör det sig dock om två av tre fall, varför signifikansen här får betraktas som tveksam.

Signifikans uppnås också i såväl PU som HU såvitt gäller de fall när man ej talar öppet med varandra (3.6.3) och när pojkarna inte varit inne på bestämda tider (3.6.6).

Diskrepenserna mellan procenttalen är i dessa fall ofta betydande t. ex. när det gäller "ofta gräl i hemmet", då brott efter 18 år drabbar 77 % mot 43 % i de fall gräl ej registrerats. Ett par av tidigare nämnda variabler närmar sig signifikans även i PU. Det gäller bristande uppriktighet (p = 0.07) och bristande intresse för hemmet (p = 0.08).

Med vilka variabler man än sökt mäta det emotionella klimatet visar det sig att ogynnsamma dylika faktorer synbarligen i hög grad påverkat omhändertagandet före 18-årsåldern. Olydnad inför regler och bristande uppriktighet resp. brist på intresse för hemliv ger här de mest påtagliga procentuella differenserna. På längre sikt ogynnsamt, dvs. påverkande återfallsfrekvensen (brottsligheten efter 18 år), är i första hand "ofta gräl i hemmet" samt brist på öppenhet i kontakten och olydnaden inför regler (att vara "inne på bestämda tider", p = 0.011). I tabell 3.6 är även variabeln "brist på gemensamma intressen med föräldrarna" (10) upptagen. Som signifikant differens i HU anges endast omhändertagandet och detta för B-fallens räkning. När brist på gemensamma intressen föreligger möter vi sålunda 50 % omhändertagna mot 20 % i de fall sådana brister ej föreligger. Det visar sig, vilket ej angivits i tabellen då föräldrarna ej delats upp i PU, att den nämnda signifikansen bortfaller när det gäller bristen på intressen mellan far och son (p = 0.063) och signifikans uppnås endast beträffande motsvarande förhållande mellan mor och son (p = 0.044). I fråga om återfall i brott möter vi i stället en otvivelaktig och signifikant differens när gemensamma intressen saknats mellan far och son. B-pojkarna återfaller då i 69 % (11 av 16 fall) medan de övriga återfaller i 41 % (45 av 109 fall). Differensen blir −28 % (p = 0.036). Motsvarande differens när det gäller mor och son blir − 55 %. Signifikansen (p = 0.044) är tveksam eftersom antalet fall med brist på gemensamma intressen endast är fyra stycken, vilka dock samtliga återfallit i brott.

Tabell 3.6 Den emotionella atmosfären i hemmet i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	God kontakt	35	15	43			7	20			127	58	46			29	23		
	Ej dito	2	1			–	1			–	13	6	46	0	–	3	23	0	–
	K-fall:																		
	God kontakt	39	4	10			0	0			52	7	13			1	2		
	Ej dito	0				–				–	1	0			–	0			–
2)	B-fall:																		
	Känt sig omtyckt	35	14	40			6	17			134	60	45			28	21		
	Ej dito	4	2			–	1			–	3	3			–	3	100	–79	x
	K-fall:																		
	Känt sig omtyckt	39	4	10			0	0			53	7	13			1	2		
	Ej dito	1	0			–	0			–	0				–				–
3)	B-fall:																		
	Talar öppet	29	11	38			5	17			112	47	42			22	20		
	Ej dito	9	5			–	3			–	30	19	63	–21	x	11	37	–17	x
	K-fall:																		
	Talar öppet	38	4	11			0	0			47	5	11			1	2		
	Ej dito	3	0			–	0			–	6	2			–	0			–
4)	B-fall:																		
	Intr. av hemliv	20	9	45			4	20			136	61	45			28	21		
	Ej dito	16	7	44	1	–	4	25	– 5	–	6	5			–	5	83	–62	xx
	K-fall:																		
	Intr. av hemliv	31	2	6			0	0			53	7	13			1	2		
	Ej dito	7	2			–	0			–	0				–				–
5)	B-fall:																		
	Trivs i hemmet	35	15	43			7	20			133	61	46			28	21		
	Ej dito	3	2			–	1			–	8	5			–	5	63	–42	x
	K-fall:																		
	Trivs i hemmet	40	4	10			0	0			51	7	14			1	2		
	Ej dito	0				–				–	1	0			–	0			–

6)	B-fall:																			
	Inne best.tid	36	15	42		–	6	17		–	128	55	43	−36	x	22	17	−62	xxx	
	Ej dito	5	3				2				14	11	79			11	79			
	K-fall:																			
	Inne best.tid	38	3	8		–	0	0		–	53	7	13		–	1	2		–	
	Ej dito	3	1				0				0									
7)	B-fall:																			
	Stör.moment	19	8	42	− 3	–	6	32	23	–	32	17	53	8	–	10	31	10	–	
	Ej dito	22	10	45			2	9			108	49	45			23	21			
	K-fall:																			
	Stör.moment	10	0	0	−13	–	0	0	0	–	7	1			–	0			–	
	Ej dito	31	4	13			0	0			45	5	11			1	2			
8)	B-fall:																			
	Gräl i hemmet	17	9	53	15	–	5	29	16	–	13	10	77	34	x	7	54	34	x	
	Ej dito	24	9	38			3	13			129	56	43			26	20			
	K-fall:																			
	Gräl i hemmet	2	0			–	0			–	3	2	67	57	x	0			–	
	Ej dito	38	4	11			0	0			50	5	10			1	2			
9)	B-fall:																			
	Brist i upp-riktighet	7	4			–	2			–	11	8	73	29	–	7	64	45	xx	
	Ej dito	29	12	41			6	21			129	57	44			25	19			
	K-fall:																			
	Brist i upp-riktighet	1	0			–	0			–	0				–				–	
	Ej dito	39	4	10			0	0			53	7	13			1	2			
10)	B-fall:																			
	Gemensamma intr. m. föräl.	20	9	45	0	–	5	25	10	–	35	13	37	−13	–	3	9	−19	x	
	Ej dito	20	9	45			3	15			107	53	50			30	28			
	K-fall:																			
	Gemensamma intr. m. föräl.	28	3	11	2	–	0	0	0	–	25	2	8	−10	–	0	0	− 4	–	
	Ej dito	11	1	9			0	0			28	5	18			1	4			
11)	B-fall:																			
	Separationer under skolåld.	9	6			–	4			–	16	13	81	38	xx	8	50	30	x	
	Ej dito	32	12	38			8	25			127	54	43			26	20			
	K-fall:																			
	Separationer under skolåld.	11	2	18	11	–	0	0	− 2	–	3	0			–	0			–	
	Ej dito	29	2	7			1	2			49	7	14			1	2			

3.2.3 Separationer i skolåldern

A. Separationer inom B- och K-grupper (tabell 3.5.11)

I detta sammanhang skall till sist också upptagas separationerna i skolåldern dvs. de situationer, då pojkarna i denna ålder berövats sin permanenta miljö i mer än tre månader.

Separationerna under spädbarnsåret och i förskoleåldern har behandlats i kap. 2.

Av tabell 3.5.11 framgår att några skillnader ej kunnat påvisas när det gäller miljöbyten och separationer för B- och K-pojkar vare sig i PU eller HU. En numeriskt något högre frekvens i PU än HU (för B-fallen 24 resp. 11 %) är ej signifikant.

B. Skolålderns separationer i sekvensmodell (tabell 3.6.11)

Signifikanta differenser när det gäller omhändertagande före och återfall i brott efter 18 år finner vi i HU. Detta innebär att de B-pojkar som under skolåldern berövats en permanent miljö mer än tre månader omhändertagits och placerats i större utsträckning (50 %) än övriga B-pojkar (20 %) och att de också i högre frekvens begått brott efter 18 år, 81 % mot de övrigas 38 %.

3.2.4 Uppfostringsprinciperna i hemmet

A. Principerna inom B- och K-grupper

Uppfostringsprinciperna i hemmet har man sökt belysa genom frågor, där vårdnadshavaren fått ge sin subjektiva uppfattning om hur han eller hon upplevt dem, som stränga, slappa, milda eller ordinära. Vidare har vederbörande referent fått ange om han eller hon haft uppfattningen att pojken reagerat speciellt inför faderns eller moderns uppfostringsprinciper. I andra hand har förekomsten av aga registrerats. Slutligen har ingått frågor, huruvida religiös uppfostran förekommit i hemmet och om pojken gått i söndagsskola. I HU har tillkommit frågor rörande huruvida pojken konfirmerats och i annat fall om man avsett att han skall konfirmeras.

Typ av uppfostran i B- och K-grupper (tabell 3.7.1–4).

I *PU* har *sträng uppfostran* (tabell 3.7.2) uppgivits av referenten i 20 % av B-fallen och i 10 % av K-fallen, *slapp dylik* (3.7.3) i 7 % av B-fallen men ej i något K-fall. Som *ordinär* (tabell 3.7.1) har den upplevts i 72 % av B-fallen och i 80 % av K-fallen. Ingen differens mellan B- och K-fall är signifikant. Den numeriskt största differensen, 10 % (χ^2 = 0,88) gäller sträng uppfostran. I *HU* anges *sträng uppfostran* i 13 % av B-fallen och i 9 % av K-fallen. Differensen 4 % är ej signifikant. *Slapp uppfostran* angavs ej i något fall. *Ordinär* angavs den vara i 73 % av B-fallen och i 72 % av K-fallen. Resten har utgjorts av mild uppfostran (tabell 3.7.4). Ingen signifikant differens föreligger mellan B- och K-pojkarnas uppgivna typ av uppfostran.

Reaktion mot uppfostringsprinciperna i B- och K-grupper (tabell 3.7.5–7)

Reagerat mot föräldrarnas uppfostringsprinciper (tabell 3.7.5) uppger referenten i *PU* att pojkarna gjort i 38 % av B-fallen och 20 % av K-fallen. Differensen 18 % är ej signifikant (χ^2 = 2.86). I *HU* är motsvarande uppgifter 13 och 9 %. Differensen mellan B- och K-fall (4 %) är ej heller signifikant (χ^2 = 0,21).

Reaktion mot speciellt faderns uppfostringsprinciper (tabell 3.7.6) angavs i *PU* till 16 % hos B-pojkarna och 4 % hos K-pojkarna. Differensen 12 % (χ^2 = 0.80). I *HU* var motsvarande siffror 8 % och 7 %. Ingen skillnad mellan B- och K-fall förelåg sålunda i vare sig PU eller HU.

Mot moderns uppfostringsprinciper (tabell 3.7.7) uppgavs i *PU* att 15 % av B-fallen men inga K-fall reagerat. Differensen här sålunda 15 % (χ^2 = 2,56). I *HU* reagerade 6 % av B-fallen och 4 % av K-fallen mot moderns principer, dvs. ingen skillnad var påvisbar mellan B- och K-pojkarnas reaktioner i vare sig PU eller HU.

Tabell 3.7 Uppfostringsprinciperna i hemmet.

Symtom	PU				HU			
	25–41 B-fall	24–41 K-fall	B–K diff.		137–146 B-fall	45–53 K-fall	B–K diff.	
			%	Sign.			%	Sign.
Typ av uppfostran								
1 Ordinär								
Antal	29	32			107	38		
%	72	80	– 8	–	73	72	1	–
2 Sträng								
Antal	8	4			18	5		
%	20	10	10	–	13	9	4	–
3 Slapp								
Antal	3	0			0	0		
%	7	0	7	–	0	0	0	–
4 Mild								
Antal	1	5			19	10		
%	3	12	– 9	–	13	19	– 6	–
Reaktion mot uppfostringsprinciperna								
5 Föräldrarnas								
Antal	13	6			19	5		
%	38	20	18	–	13	9	4	–
6 Faderna								
Antal	4	1			11	3		
%	16	4	12	–	8	7	1	–
7 Moderns								
Antal	4	0			12	2		
%	15	0	15	–	6	4	2	–
Aga:								
8 Tidigare förekomst								
Antal	22	25			104	41		
%	54	61	– 7	–	72	77	– 5	–
9 Ofta								
Antal	3	0			7	0		
%	7	0	7	–	5	0	5	–
10 Sista året								
Antal	8	3			38	2		
%	21	7	14	–	26	4	22	xx

Aga i B- och K-grupper (tabell 3.7.8–10)

Tidigare förekomst av aga (tabell 3.7.8) medges i hög frekvens inom såväl B- som K-grupper. I *PU* förekom aga i 54 % av B-fallen och i 61 % av K-fallen. Differensen −7 %. I *HU* uppges aga ha förekommit i 72 % av B-fallen och i 77 % av K-fallen. Differensen −5 %. I vare sig PU eller HU föreligger sålunda någon säkerställd skillnad mellan B- och K-grupperna.

Aga ofta (tabell 3.7.9) uppgavs i *PU* i endast tre B-fall och inte i något K-fall. I *HU* registrerades "aga ofta" i sju B-fall (5 %) och inte heller här i något K-fall. Differensen 5 % ($\chi^2 = 1{,}41$).

Aga sista året (tabell 3.7.10) uppges i *PU* att åtta B-pojkar (21 %) och tre K-pojkar (7 %) fått. Differensen 14 % ($\chi^2 = 1{,}93$). I *HU* är motsvarande uppgifter 26 % och 4 %. Differensen är här 22 % ($\chi^2 = 10{,}64$), dvs. differensen är signifikant på mindre än 1/2 %-nivå.

Tabell 3.8 Uppfostringsprinciperna i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1	B-fall:																		
	Ordinär uppfostran	29	10	34	−46	x	4	14	−26	–	104	43	41	−20	x	19	18	−19	x
	Ej dito	10	8	80			4	40			38	23	61			14	37		
	K-fall:																		
	Ordinär uppfostran	32	4	13	13	–	0	0		–	38	7	18	18	–	1	3	3	–
	Ej dito	9	0				0				15	0	0			0	0		
2	B-fall:																		
	Sträng uppf.	7	6	86	50	x	3			–	19	12	63	19	–	9	47	27	x
	Ej dito	33	12	36			5	15			123	54	44			24	20		
	K-fall:																		
	Sträng uppf.	4	0			–	0			–	5	0			–	0			–
	Ej dito	37	4	11			0	0			48	7	15			1	2		
3	B-fall:																		
	Slapp uppf.	3	2			–	1			–	0				–				–
	Ej dito	37	16	43			7	19			142	66	46			33	23		
	K-fall:																		
	Slapp uppf.	0				–				–	0				–				–
	Ej dito	41	4	10			0	0			53	7	13			1	2		
4	B-fall:																		
	Mild uppf.	1	0			–	0			–	19	11	58	13	–	5	26	3	–
	Ej dito	39	18	46			8	21			123	55	45			28	23		
	K-fall:																		
	Mild uppf.	5	0			–	0			–	10	0	0	−16	–	0	0	0	–
	Ej dito	36	18	50			0	0			43	7	16			0	0		
5	B-fall:																		
	Reakt. mot förä. uppfost.princ.	12	7	58	20	–	4	33	19	–	19	13	68	25	x	9	47	28	xx
	Ej dito	21	8	38			3	14			122	52	43			23	19		

	K-fall:																		
	Reakt. mot förä.																		
	uppfost.princ.	7	0			–	0			–	5	1			–	0			–
	Ej dito	28	3	11			0	0			48	6	13			1	2		
6	B-fall:																		
	Reakt. mot fad.																		
	uppfost.princ.	4	4	100	62	x	3	75	61	x	11	7	64	22	–	6	55	36	x
	Ej dito	21	8	38			3	14			117	49	42			22	19		
	K-fall:																		
	Reakt. mot fad.																		
	uppfost.princ.	1	0			–	0			–	3	0			–	0			–
	Ej dito	27	2	9			0	0			42	5	12			1	2		
7	B-fall:																		
	Reakt. mot mod.																		
	uppfost.princ.	4	4	100	59	x	4	100	86	xx	9	8	89	46	xx	5	56	37	x
	Ej dito	22	9	41			3	14			129	55	43			25	19		
	K-fall:																		
	Reakt. mot mod.																		
	uppfost.princ.	0				–	0			–	2	0			–	0			–
	Ej dito	27	2	7			0	0			49	6	12			1	2		
8	B-fall:																		
	Aga förekommer	21	8	38	– 9	–	3	14	–12	–	102	52	51	16	–	27	26	11	–
	Ej dito	19	9	47			5	26			40	14	35			6	15		
	K-fall:																		
	Aga förekommer	25	2	8	– 5	–	0	0	0	–	41	7	17	17	–	0	0	– 8	–
	Ej dito	16	2	13			0	0			12	0	0			1	8		
9	B-fall:																		
	Aga förekommer																		
	ofta	3	2			–	1			–	42	24	57	15	–	18	43	28	–
	Ej dito	37	15	41			7	19			100	42	42			15	15		
	K-fall:																		
	Aga förekommer																		
	ofta	0				–				–	6	3			–	0			–
	Ej dito	40	4	10			0	0			47	4	9			1	2		
10	B-fall:																		
	Aga sista																		
	året	8	3			–	0			–	38	21	55	12	–	12	32	12	–
	Ej dito	30	13	43			6	20			104	45	43			21	20		
	K-fall:																		
	Aga sista																		
	året	3	1			–	0			–	2	1			–	0			–
	Ej dito	38	3	8			0	0			51	6	12			1	2		

B. Uppfostringsprinciperna i sekvensmodell

Typ av uppfostran i sekvensmodell (tabell 3.8.1–4)

Det är inte ägnat att förvåna att flertalet referenter (i regel modern) velat beteckna den uppfostran pojken fått som ordinär. De pojkar som av sina mödrar bedömts icke ha erhållit en ordinär uppfostran har i såväl PU som HU en signifikant högre frekvens brott efter 18 år än de pojkar som ansetts ha erhållit en ordinär sådan (tabell 3.8.1). De har också i HU omhändertagits i högre utsträckning före 18 år.

För det mindre antal pojkar, där annan form av fostran, sträng, mild eller slapp angivits, är situationen följande. När mödrarna angivit sträng uppfostran (tabell 3.8.2), möter vi i *PU* en på grund av ett lågt antal fall tveksam signifikant differens bland B-fallen med och utan sådan. Denna differens på 50 % kan dock ej verifieras i HU även om tendensen där är densamma dvs. att sträng uppfostran eventuellt har ett visst samband med hög återfallsrisk (p = 0.094). I HU omhändertages före 18 år pojkarna med sträng uppfostran också i signifikant högre frekvens (47 %) än övriga (20 %). Slapp uppfostran (tabell 3.8.3) ger inga signifikanta differenser. Inte heller möter vi det i fråga om mild uppfostran (tabell 3.8.4).

Reaktionen inför uppfostringsprinciperna i sekvensmodell (tabell 3.8.5–7)

Ser vi på *pojkarnas reaktion inför föräldrarnas uppfostringsprinciper* (tabell 3.8.5) möter vi i HU säkerställda differenser dvs. när pojkarna enligt referenten reagerat inför föräldrarnas uppfostringsprinciper är återfallsrisken större (68 %) än när så ej varit fallet (43 %). Detsamma gäller omhändertagande före 18 år (47 mot 19 %). Differensen är i förra fallet signifikant på 5 %-nivå, i senare på 1 %-nivå.

Situationen är i huvudsak densamma när det gäller *reaktionerna mot faderns resp. moderns principer* (tabell 3.8.6 och 7). Skillnaden är dock den att differenserna blir i HU för faderns del med viss tvekan signifikant även i PU medan i HU någon signifikans beträffande återfall i brott ej återfinnes. När det gäller modern finner vi i PU i fråga om återfall i brott en signifikans på 5 %-nivå och i HU en på 1 %-nivå. Beträffande omhändertagande och placering före 18 år är situationen likartad men signifikanserna på 1 %-nivå i PU och 5 %-nivå i HU är dock även här tveksamma på grund av det låga antalet fall.

Aga i sekvensmodell (tabell 3.8.8–10)

Beträffande *förekomst och icke förekomst av aga i olika former* uppkommer i undersökningen inga på 5 %-nivå signifikanta skillnader med avseende på omhändertagande och återfall. I HU är tendensen dock alltid densamma. De B-pojkar som fått aga har sålunda alltid en numerikst högre återfallsprocent (p = 0.06) och har blivit oftare omhändertagna (p = 0,10). De B-fall, som fått aga ofta, har när det gäller brott efter 18 år visat en motsvarande tendens (p = 0,094).

3.2.5 Religiösa moment i uppfostran

A. Inom B- och K-grupper (tabell 3.9.1–4)

När det gäller *religiös uppfostran i hemmet* (tabell 3.9.1) har en sådan i *PU* angivits för 10 % av B-fallen och för 5 % av K-fallen. Differensen 5 %. I *HU* är motsvarande procenttal sex och fyra. Differenserna är ej signifikanta i vare sig PU eller HU.

Gått i söndagsskola (tabell 3.9.2) har i PU 56 % av B-pojkarna och 49 % av K-pojkarna gjort. Differensen 7 %. I *HU* uppges 52 % av B-pojkarna och 47 % av K-pojkarna ha gått i söndagsskola. Differensen 5 %. Här föreligger inte heller några säkerställda differenser mellan B- och K-grupper.

Endast när det gäller pojkarna i splittrad familj är diskrepansen mera påtaglig. I 30 B-fall av 50 (60 %) har dessa gått i söndagsskola mot i fem av 17 K-fall (29 %). Differensen 31 % (χ^2 = 3,61). Differensen är sålunda säkerställd på nära 5 %-nivå. Speciellt de äldre av dessa pojkar från splittrad familj visar denna differens. I 18 av 28 B-fall (64 %) och i två

Tabell 3.9 Religiösa moment i uppfostran.

Symtom	PU				HU			
	40–41 B-fall	39–41 K-fall	B–K diff.		118–145 B-fall	40–53 K-fall	B–K diff.	
			%	Sign.			%	Sign.
1 Religiösa moment i uppfostran								
Antal	4	1			9	2		
%	10	5	5	–	6	4	2	–
2 Gått i söndagsskola								
Antal	23	20			75	23		
%	56	49	7	–	52	47	5	–
3 Konfirmerade								
Antal					24	13		
%					16	24	–8	–
4 Avser att konfirmeras								
Antal					94	32		
%					80	80	0	–

av 11 K-fall (18 %) angavs att de gått i söndagsskola. Differensen 46 % (χ^2 = 5,00). Här föreligger sålunda en differens på mer än 5 %-nivå.

Konfirmerade (tabell 3.9.3), vilket analyserats endast i HU, var 16 % av B- och 24 % av K-pojkarna. Differensen −8 % är ej signifikant. Av de 79 äldre i B-gruppen var 30 % konfirmerade och 45 % av motsvarande K-pojkar. Differensen −15 % är ej heller signifikant.

Att senare konfirmeras (tabell 3.9.4) avsåg 80 % B- och samma frekvens K-pojkar.

När det gäller de yngre pojkarna, som ännu ej konfirmerats, uppgav referenterna att deras avsikt var att de skulle konfirmeras i 89 % av B-gruppens 65 pojkar och i 91 % av K-gruppens 22 pojkar. Någon skillnad mellan B- och K-grupper föreligger inte.

B. Religiösa momenten i sekvensmodell (tabell 3.10.1–4)

Frågor som berört eventuella religiösa moment i uppfostran och deras samband med omhändertagande och återfall i brott har när det gäller B-pojkarna inte lett till signifikanta differenser i vare sig PU eller HU. Endast bland K-pojkarna ger materialet i HU en differens. De K-pojkar, som gått i söndagsskola (tabell 3.10.2), har sålunda en på 5 %-nivå signifikant högre återfallsfrekvens i brott efter 18 år (24 %) än de K-pojkar som ej gått i söndagsskola (4 %).

Mellan konfirmerade och icke konfirmerade (tabell 3.10.3) framträder inga skillnader i omhändertagande- eller återfallsfrekvens. Detsamma gäller de pojkar, som ännu ej konfirmerats men som senare avser att bli konfirmerade (tabell 3.10.4).

Religiösa moment i uppfostran synes sålunda såvitt denna undersökning visar inte ha någon speciell betydelse när det gäller risken för unga lagöverträdare att omhändertagas eller att återfalla i brott.

3.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas hemsituation och sociala bakgrund*

I detta kapitel redovisas i första hand det antal fäder och mödrar, vars kroppsliga och psykiska symtom och sjukdomar blivit föremål för analys. Av 13 symtom och sjukdomar uppträder sju i så låg frekvens att de primärt utmönstrats. Resterande sex är psykiska sjukdomar av psykosnatur som krävt sjukhusvård, psykiska insufficienstillstånd

Tabell 3.10 Religiösa moment i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	Rel.uppfost. i hemmet	4	2				1				8	4				1			
	Ej dito	35	15	43		–	7	20		–	133	62	47		–	32	24		–
	K-fall:																		
	Rel.uppfost. i hemmet	2	0				0				2	0				0			
	Ej dito	37	4	11		–	0	0		–	40	6	15		–	2	5		–
2)	B-fall:																		
	Gått i söndagsskola	22	8	36			3	14			73	37	51			17	23		
	Ej dito	18	9	50	−14	–	5	28	−14	–	68	28	41	10	–	16	24	− 1	–
	K-fall:																		
	Gått i söndagsskola	20	2	10			0	0			25	6	24			0	0		
	Ej dito	21	2	10	0	–	0	0	0	–	28	1	4	20	x	1	2	− 2	–
3)	B-fall:																		
	Konfirmerade										24	10	42			2	8		
	Ej dito										118	56	47	−5	–	31	26	−18	–
	K-fall:																		
	Konfirmerade										13	1	8			0	0		
	Ej dito										40	6	15	−7	–	1	3	− 3	–
4)	B-fall:																		
	Avser att konfirmeras										94	45	48			23	24		
	Ej dito										21	11	52	−4	–	8	38	−14	–
	K-fall:																		
	Avser att konfirmeras										32	2	6			0	0		
	Ej dito										4	2			–	0			–

som påtagligt påverkat arbetsprestationer, allmän nervositet för vilken läkare sökts, alkoholmissbruk som familjen påtagligt lidit av och asocialitet ("dömd för brott"). Till sist analyseras också föräldrarnas kroppsliga sjukdomstillstånd.

När det gäller fäderna finner vi signifikanta differenser mellan B- och K-grupper enbart när det gäller psykiska sjukdomar av psykosnatur och i fråga om kroppsliga sjukdomar. Bägge dessa differenser framträder endast i HU. När det gäller psykiska sjukdomar är det inom K-gruppen som dessa dominerar, medan de kroppsliga sjukdomarna är vanligare inom B-gruppen. Det kan synas anmärkningsvärt att psykiska sjukdomar av psykostyp uppträder i högre frekvens inom en K- än en B-grupp. Detta motsäges dock ej av klinisk erfarenhet dvs. psykisk sjukdom av schizofren eller manicodepressiv typ har mycket litet med asocialitet att göra. De kroppsliga sjukdomarnas övervikt inom B-gruppen i HU är ett fynd, som i och för sig också synes anmärkningsvärt. Magsår är den vanligaste kroppsliga sjukdomen bland B-pojkarnas fäder. Detta är en i hög grad psykosomatisk sjukdom. Materialet medger ingen djupare penetrering av dessa de kroppsliga sjukdomarnas betydelse i sammanhanget. Att hemsituationen måste påverkas härav är dock ofrånkomligt. Det bör tilläggas att vi i B-gruppen även står inför en hög frekvens alkoholmissbruk (28 och 23 % i PU resp. HU). Kombinationen kroppslig sjukdom och alkoholmissbruk är dock ej påfallande (i HU tre fall av 22).

Beträffande mödrarna förekommer endast en signifikant differens och den gäller psykisk sjukdom av psykosnatur, som här i motsats till förhållandet hos fäderna förekommer i högre frekvens inom B-gruppen. Det förefaller tänkbart att mödrarna lättare än fäderna pressas till allvarliga depressioner i samband med de påfrestningar som familjen lider av och att fäderna i stället är mer benägna att inför svårigheter reagera med antingen en kroppslig sjukdom eller alkoholmissbruk. Den kroppsliga sjukdomsfrekvensen bland B-gruppens mödrar är densamma som för K-gruppens (20 % och däröver). Gallvägarnas sjukdomar synes dominera bland mödrarna.

Sekvensmodellen ger resultat endast i HU och där beträffande fäderna. Vi finner sålunda att de B-pojkar, vars fäder dömts för brott, i högre utsträckning omhändertas före 18 år (56 %) än de övriga (20 %) och även att de i större utsträckning återfaller i brott efter 18 år (78 %) än övriga (44 %).

På samma sätt finner vi att de B-pojkar, vars fäder lidit av en eller flera av de nervösa och psykiska symtom eller sjukdomar som analyserats, i högre utsträckning återfaller i brott efter 18 år (67 %) än de B-pojkar, vars fäder ej registrerats lida av dessa (39 %). När det gäller omhändertagande är tendensen densamma. Fädernas psykiska status synes sålunda mer än mödrarnas påverka B-pojkarnas utveckling inte minst på längre sikt.

En iakttagelse av stort intresse rör de fäder, för vilka kroppslig sjukdom registrerats. I såväl PU som HU ligger B-pojkarnas återfallsfrekvens i brott efter 18 års ålder avsevärt lägre (i PU 27 % och i HU 33 %) när fäderna registrerats lida av kroppslig sjukdom än när så ej är fallet (i PU 43 % och i HU 50 %). Differensen är dock ej signifikanta men i HU (−17 %) framträder en klar tendens ($p = 0.097$).

Motsvarande gäller i HU även omhändertagande före 18 år (15 resp. 26 %). Differensen (−11 %) är dock ej heller här signifikant och tendensen inte heller så tydlig ($p = 0.201$).

Fädernas kroppsliga sjukdomar visar sig sålunda dominera B-gruppen i förhållande till K-gruppen mer än de psykiska sjukdomarna. De psykiska sjukdomssituationerna synes emellertid leda till en för B-pojkarna mera ogynnsam utveckling, medan de kroppsliga ej på samma sätt negativt påverkar återfallsfrekvensen.

Förklaringen kan vara att B-pojkar till kroppsligt sjuka fäder lider av den hemsituation fädernas kroppsliga sjukdom skapar men ändå står bättre rustade inför framtiden än de B-pojkar, som lidit av sina fäders nervösa och psykiska symtom och sjuk-

domar. Undersökningen ger ej klart belägg för att dessa nervösa och psykiska symtom har avgörande betydelse som miljöfaktorer när det gäller pojkarnas utveckling på längre sikt, men den utesluter ej heller genetiska faktorers inverkan på personlighetsutvecklingen.

Den emotionella atmosfären i hemmet har belysts genom frågor till referenten rörande dennes uppfattning om pojkarnas beteende i och känslor för hemmet. B- och K-pojkarnas referenter angav höga frekvenser när det gällde god kontakt mellan föräldrar och barn och i fråga om trivsel i hemmet och öppenhet i relationerna. I PU medges dock för B-pojkarnas räkning en i förhållande till K-pojkarna högre frekvens gräl i hemmet och också en signifikant högre frekvens bristande uppriktighet samt en nära signifikant högre frekvens brist på intresse för hemliv. I HU framkom ej motsvarande skillnader på samma sätt. Här finner vi i stället brist på gemensamma intressen mellan föräldrarna och de unga lagöverträdarna.

Nästan alla registrerade ogynnsamma emotionella faktorer i hematmosfären visade sig, när de förekom, leda till en högre frekvens omhändertagande före 18 års ålder än när de saknades. Några av dessa faktorer påverkade även återfallsfrekvenserna. Speciellt gällde detta variabeln "gräl i hemmet", som inte bara visade ett sådant samband hos B-pojkarna utan också hos K-pojkarna. Ett par ytterligare variabler, som syntes spela en liknande roll på längre sikt, var bristen på gemensamma intressen mellan föräldrar och son, oförmågan att tala öppet med varandra och oförmågan hos pojken att lyda tillsägelser (t. ex. att vara "inne på bestämda tider").

I detta kapitel har också upptagits frågan om separationer och miljöbyten i skolåldern. Flertalet pojkar har enligt uppgifterna haft en ganska permanent miljö. I PU är frekvensen av pojkar, som i denna ålder i mer än tre månader berövats denna förmån, numeriskt högre än i HU.

Några skillnader kan dock ej påvisas mellan B- och K-fall vare sig i PU eller i HU. Trots detta finner man att de B-pojkar, som tvingats till dylika separationer, senare i högre utsträckning begått brott än de B-pojkar, som ej behövt uppleva dylika separationer.

I hur hög grad separationerna som sådana eller pojkarnas förhållanden och situationerna i övrigt är avgörande för resultatet och den ogynnsamma utvecklingen är svårt att bedöma. Det är dock sannolikt att separationerna här står i någon form av samband med omständigheter, som framtvingat dem.

Uppfostringsprinciperna i hemmet har belysts på olika sätt. Enligt referenterna anges dessa till 70–80 % som ordinära och i ca 10–20 % som stränga. Slapp resp. mild fostran har endast undantagsvis registrerats. Några signifikanta skillnader mellan B- och K-fall föreligger inte i dessa sammanhang men de B-fall som registerats som icke ordinärt uppfostrade uppvisar ett högre antal omhändertagna och en högre återfallsfrekvens än de ordinärt uppfostrade. Det är de strängt uppfostrade B-pojkarna som i detta avsnitt av klientelundersökningen uppvisar de högre frekvenserna för omhändertagande (47 %) och för återfall i brott (63 %).

När det gäller aga är det endast aga under sista året, som förekommer i högre frekvens för B-pojkar än för K-pojkar. Denna ger för B-pojkarna ingen högre återfallsrisk (och inte heller större risk för omhändertagande) även om en viss tendens i den riktningen föreligger. I de fall pojkarna reagerat mot föräldrarnas uppfostringsprinciper, vilket de inte gjort mer i B- än i K-grupper, har en högre frekvens av såväl omhändertagande före som återfall i brott efter 18 år konstaterats när det gäller B-pojkarna i HU. Speciellt synes detta gälla reaktionerna mot moderns uppfostringsprinciper.

De i undersökningens socialpsykologiska avsnitt (SOU 1973: 25) konstaterade deletära resultaten av slapp och lynnig uppfostran kan i detta avsnitt inte på samma sätt direkt påvisas. Skillnaden mellan de fall där mödrarna upplevt uppfostran som ordinär och de fåtaliga fall där de ansett den som icke ordinär är dock påtaglig. Att mödrarna är mindre benägna att erkänna slapphet

resp. lynnighet i uppfostran än pojkarna torde vara huvudorsaken till olikheterna i resultaten. Att även den slappaste uppfostran av föräldrar kan betraktas som ordinär är ett av barnpsykiater alltför välkänt faktum (föräldrar kan t. ex. på allvar mena att så många pojkar sniffar att det för den skull inte är någonting att bry sig om). Olikheterna mellan resultaten i detta och i det socialpsykologiska avsnittet är sålunda ej på något sätt anmärkningsvärda.

Som förut nämnts står i denna del av undersökningen "sträng uppfostran" i samband med hög frekvens omhändertagande och återfall i brott. Det är svårt säga vilka slutsatser som kan dragas härav. Den stränga uppfostran kan ha växt fram via pojkarnas status och beteende men detta skulla kunna motsägas av att agan synbarligen inte på samma sätt påverkat återfallsfrekvensen. Den stränga uppfostran torde otvivelaktigt lättare kunna sättas i samband med en ogynnsam emotionell atmosfär i hemmet över huvud taget. För en sådan tolkning kan resultaten beträffande återfallsriskerna när det gäller pojkarnas reaktioner mot föräldrarnas uppfostringsprinciper i viss mån också tala.

Beträffande förekomst av religiösa moment i uppfostran, söndagsskolebesök och konfirmation har i undersökningen ej kunnat påvisas några skillnader i frekvens mellan B- och K-pojkar. Inte heller har för B-pojkarnas räkning framträtt några differenser med avseende på frekvensen omhändertagna före resp. återfallna i brottsligt beteende efter 18 års ålder. Endast en signifikant differens framträder och denna gäller K-pojkarna. De K-pojkar, som uppgivits inte ha gått i söndagsskola, uppvisar sålunda en lägre frekvens återfall (4 %) än de som gått i söndagsskola (24 %). Resultatet bör ej föranleda kommentarer, då det kan vara uttryck för en slump.

4 Skolsituationen

Pojkarnas skolsituation har belysts i två av de tidigare delarna av denna undersökning, dels av Carlsson (SOU 1972: 76), dels av Olofsson (SOU 1973: 25). Vissa överensstämmelser i fråga om symtom av olika slag t. ex. när det gäller skolket och de allmänna anpassningssvårigheterna har redan berörts. Skolan och lärarna som informationskälla vid uppspårande av pojkar i riskzonen har sålunda speciellt betonats av Carlsson liksom pojkarnas symtom som tidiga varningstecken. Olofsson har i detalj penetrerat "pojken i skolan" (kap. 15) och liksom i de flesta undersökningar har hon funnit samband mellan misslyckande i skolan och brottslighet. I den delen av klientelundersökningen analyseras pojkarnas intelligensnivå, specialklasstillhörighet, ambitionsnivå samt deras förmåga att efterleva skolans regler och krav på ordning. Olofsson tar även upp och påvisar samband mellan skolmisslyckandet samt hemmiljö och uppfostran. Hon finner sålunda hög frekvens av "slapp" eller "lynnig" uppfostran hos pojkar i specialklasserna och hos dem med låg intelligens samt hos pojkar utan planer på teoretisk utbildning. Uppfostrans resp. skolans inbördes roll och betydelse diskuteras.

Med utgångspunkt från referenternas uppgifter analyseras här mera allmänna anmärkningar som nått föräldrarna, sålunda deras uppgifter rörande specialklassplaceringar resp. kvarsitteri och anmärkningarna rörande brister i kunskaper och uppförande. Vidare upptas trivseln i skolan, dels den allmänna trivseln och dels trivseln i förhållande till lärare och kamrater.

4.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Att skolan för barn kan innebära påfrestningar av speciell natur är väl känt och också att många där möter konfliktanledningar som medför svårigheter inte bara i samband med kunskapstillägnandet utan också i form av anpassningssvårigheter och beteenderubbningar av skilda slag. Inte minst har den s. k. "outsiderproblematiken" ingående analyserats bl. a. av Olofsson (1971 b).

Varje undersökning rörande barn med asociala eller antisociala tendenser uppvisar höga frekvenser av anpassningssvårigheter i skolan i form av bl. a. låg frekvens av högre utbildning, hög frekvens av specialklassundervisning, kvarsitteri och "särskild" (enskild) undervisning. De skillnader som framträder är avsevärda vid jämförelse med situationen för andra barn. Som exempel kan anföras Jonsson (1967 och 1969), där det s. k. Skåklientelet (100 elever) jämförs med 222 vanliga Stockholmspojkar. De förra uppvisade sålunda specialklassundervisning i 35 % mot för de senare 6 % och tidigare "anstaltsskola" i 15 % mot 1 %. Högre skolformer förekom endast hos en pojke i Skåmaterialet mot i 25 % bland Stockholmspojkarna. Bland specialklasser fördelade sig

Skåklientelet på hjälpklasser, läsklasser resp. observationsklasser och i särskild undervisning i frekvenserna 6, 6, 26 och 9 % mot för de 222 Stockholmspojkarna 3, 2, 2 och 0 %. Avstängda var 3 resp. 0 % Orsaken har i regel varit att de uppträtt störande i klassen och därför placerats i observationsklass resp. i särskild undervisning eller avstängts från skolan. Andra referat av undersökningar på detta område återfinns hos Olofsson (SOU 1973: 25).

Jonsson (1967, 1969) är en av de få författare som tagit upp även trivselfrågorna och detta i form av "pojkens inställning till skola, lärare och kamrater". Positiva svar dominerade i satskompletteringstest ("Att gå i skolan är ....., Jag tycker att min(a) lärare ..... och mina klasskamrater .....") och visade sig mot förmodan vara av samma storleksordning bland såväl Skåpojkarna som bland de vanliga Stockholmspojkarna. Detta överraskande resultat beträffande Skåpojkarnas trivsel söker Jonsson förklara med att Skåpojkarna vid undersökningstillfället vistats en tid på Skå och där upplevt den större toleransen. Många lämnade nämligen svar av typen: "Här är det bra men i stan var det botten". Dessa svar bedömdes som negativa men många som svarade "bra" avsåg nog skolan på Skå och inte den i stan. Den positiva inställningen till kamrater verkade också förbryllande mot bakgrunden av vad föräldrar och lärare angivit om Skåelevernas resp. Stockholmspojkarnas uppträdande som t. ex. terrorister eller som offer för terror (hackkycklingar – strykpojkar). Skillnaden var i förra fallet 40 mot 6–7 %, i det senare 10 mot någon enda procent. Var tredje pojke inom Skågruppens översittare hade den dubbla karaktäristiken plågare/plågad.

Olofsson (1971 b) tillhör dem som också gått in på pojkars trivsel i skolan och då som en faktor av betydelse för uppkomsten av främlingskänslor och för behovet att sluta sig till en brottslig outsidergrupp eller för att leda till brott som behovstillfredsställelse och kompensation. Hennes studier rörande Örebropojkarna visade att pojkar med låg skoltrivsel hade högst brottsbelastning och att de som trivts bra hade lägst.

Herulf (1972) har belyst trivseln hos skolungdomarna i Stockholm (skolenkäten 1969). Pojkar i årsklass 9 som "knarkat" uppgav i 38 % att de "sällan eller aldrig" gillat skolarbetet, Pojkar som "silat" angav detsamma i 52 %. De pojkar som aldrig "knarkat" angav i 27 % denna inställning till skolarbetet.

Hackkycklings- och översitteriproblemen i skolan har på ett utomordentligt sätt belysts av Olweus (1973), dels frekvensen därav (vardera 4–6 % utpräglade dylika och lika många med tendenser), dels deras karaktär samt till sist betydelsen av åtgärder mot den fysiska och psykiska misshandel, som karaktäriserar skolmobbningen resp. översittarna. Olweus, som i tidigare arbete (1969), behandlat aggressionsproblem, pekar i detta sitt sista arbete på faktorer av betydelse för utvecklingen av den aggressiva personlighet och det aggressiva reaktionsmönster som utmärker översitteri på grundskolans 6–8-årskurser. Han konstaterar bl. a. i sitt material en "hög grad av stabilitet över en period av ett år" (motsvarande stabilitet i längre tidsperspektiv tidigare konstaterat av andra författare som citeras). Litteraturen i ämnet tyder på att tidiga störningar i föräldrarnas, speciellt fädernas, inställning till pojkarna med ofta fysisk bestraffning som följd resp. slapphet i uppfostran med kravlöshet och inkonsekvens (oberoende av socialgruppstillhörighet) skapar en aggressiv personlighet. Olweus, som också i sitt material finner visst stöd härför, frågar sig när det gäller dessa resultat om den aggressiva attityden i huvudsak ändå kan förklaras utifrån vederbörandes aktuella situation t. ex. som en följd av skolleda. Enligt Olweus föreligger alltid ett samspel mellan situationsfaktorer (främst faktorer i den yttre miljön) och den enskilda individens mer stabila reaktionstendenser (dispositioner). På grund av bl. a. "översittarens allmänt positiva inställning till våld – något som knappast kan tänkas ha sin grund i en akut svårighet eller vantrivsel" – menar Olweus, att översittarens aggressiva beteende rimligtvis måste till övervägande

del anses bestämt av hans personlighet, hans aggressiva reaktionstendenser och vanemönster. Vad skolans och vantrivselns roll beträffar finner Olweus på basis av sina studier att "skolan och skolsystemet inte gärna kan göras ansvarig för uppkomsten av hackkyckling-/översitteriproblematiken".

Av intresse är här att också citera lärarnas beskrivning av översittarna. De beskrivs med ord som "tuff, självsäker, oblyg, ohämmad och hånfull". För en mindre del, fortsätter Olweus, "användes visserligen också uttryck som antydde 'nervösa störningar' men det var här närmast fråga om ett slags rastlöshet och nervös hyperaktivitet".

Mot Jonssons ovan nämnda iakttagelse rörande Skåpojkarna som såväl terrorister som offer står Olweus' resultat: " Det kan tilläggas att lärar- och kamratbedömningar gav föga stöd åt uppfattningen, att det vanligtvis är samma pojkar som är på en gång hackkycklingar och översittare". – "Analyser av pojkarnas beteendekarakteristika (liksom av deras mer psykologiska karakteristika) visade också mycket markerade skillnader mellan de olika grupperna". Olweus tillfogar att det "hittills analyserade materialet främst gällt skolmiljön och dess relationer". I andra sammanhang är situationen eventuellt annorlunda.

Olweus' undersökning har tämligen utförligt citerats inte minst på grund av att han funnit översittarna på många sätt representera ett mer generellt antisocialt reaktionsmönster, som förutom stark aggressivitet mot kamrater och vuxna också kan omfatta bl. a. stölder och skolk. Sambandet stöds av flera olika forskares resultat. Olweus tar upp Robins (1966), Bandura och Walters (1959), Jenkins (1964), Macfarlane, Allen och Honzik (1954), Redl och Wineman (1957) och speciellt Örebroprojektet (Olofsson, 1971 b, Magnusson, Dunér, Olofsson, 1968) med i sistnämnda projekt "klara positiva samband mellan lärarbedömningar av pojkarnas aggressivitet mot kamrater och lärare i årsklass 6 och självdeklarerad och faktisk brottslighet tre år senare".

4.2 *Egna undersökningar och resultat*

Hypotesen har här som tidigare varit att de i kapitlets inledning angivna variablerna (med undantag av specialintressen och trivsel) förekommit i högre frekvens bland B- än bland K-fall och att de också visat ett positivt samband med omhändertagande och placering resp. fortsatt brottslighet efter 18 år.

A. Skolsituationen inom B- och K-grupper (tabell 4.1)

a. Specialklassplacering

Av tabellen framgår att B-fallen i signifikant högre utsträckning än K-fallen erhållit sin undervisning i olika specialklasser. I *PU* var differensen 19 % (χ^2 = 5,38) och i *HU* 16 % (χ^2 = 4,70). Signifikansen är påtaglig som väntat.

b. Kvarsittning

I *PU* framträder ingen skillnad men i *HU* en på minst 5 %-nivå signifikant dylik. Differensen är 14 % (χ^2 = 4,88).

c. Anmärkningar från skolans sida (1)

Även här möter vi signifikanta differenser och på denna punkt *i såväl PU som HU*. I PU är differensen 24 % (χ^2 = 3,92), i HU 37 % (χ^2 = 21,25).

Anmärkningar i form av *dåliga kunskaper* (2) ger inga skillnader mellan B- och K-fall i *PU* men i *HU* är differensen 22 % (χ^2 = 9,79).

Dåligt uppförande (3) är en vanligare anledning till anmärkningar såväl när det gäller B- som K-fall. Differenserna mellan B- och K-fall är signifikanta *i såväl PU* (differens 34 %, χ^2 = 8,13) *som i HU* (35 % och χ^2 = 17,03).

d. Vidtagna åtgärder

Referenterna uppger höga frekvenser av *från skolans sida vidtagna åtgärder* (1) i såväl *PU*

Tabell 4.1 Skolsituationen enligt referenten.

Variabelbenämning		PU						HU					
		B-fall		K-fall		B–K Diff. %	Sign.	B-fall		K-fall		B–K Diff. %	Sign.
		Antal	%	Antal	%			Antal	%	Antal	%		
a)	Specialklass	9/42	21	1/41	2	19	x	39/143	27	6/53	11	16	x
b)	Kvarsittare	9/39	23	10/41	24	– 1	–	29/145	20	3/53	6	14	x
c)	1. Anmärkningar	27/42	64	16/40	40	24	x	107/147	73	19/53	36	37	xxx
	2. Dåliga kunskaper	13/41	32	8/39	21	11	–	41/146	28	3/52	6	22	xx
	3. Dåligt uppförande	25/42	60	10/39	26	34	xx	94/146	65	16/53	30	35	xxx
d)	1. Åtgärd vidtagen	24/42	57	14/40	36	21	–	87/136	64	16/49	33	31	xxx
	2. Anmälan till Bvn	1/40	2	0/40	0	2	–	22/146	15	3/53	6	9	–
e)	Specialintressen	24/42	57	25/40	63	– 5	–	59/145	41	31/53	58	–18	x
f)	1. Trivsel i skolan	21/35	60	37/40	92	–32	xx	99/146	68	49/53	92	–24	xxx
	2. Trivsel med lärarna	32/35	91	39/41	95	– 4	–	117/145	81	52/53	98	–17	xx
	3. Trivsel med kamrater	34/36	94	39/40	97	– 3	–	132/147	90	49/53	92	– 2	–

Tabell 4.2 Pojkarnas skolsituation i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a)	B-fall:																		
	Spec.klass	9	4				2				38	24	63			16	42		
	Ej spec.klass	32	14	44		–	6	19		–	101	41	41	22	x	16	16	26	xx
	K-fall:																		
	Spec.klass	1	0				0				6	1				0			
	Ej spec.klass	40	4	10		–	0	0		–	47	6	13		–	1	2		–
b)	B-fall:																		
	Kvarsittning	9	3				1				29	20	69			12	41		
	Ej kvarsittning	29	14	48		–	7	24		–	112	47	42	27	xx	22	20	21	x
	K-fall:																		
	Kvarsittning	10	1	10			0				3	2	67			0			
	Ej kvarsittning	31	3	10	0	–	0	0		–	50	5	10	57	x	1	2		–
c)	B-fall:																		
1.	Anm. fr. skol.	27	14	52			6	22			104	52	50			27	26		
	Ej anm. fr. skol.	14	4	29	23	–	2	14	8	–	39	15	38	12	–	7	18	8	–
	K-fall:																		
	Anm. fr. skol.	16	2	13			0	0			19	4	21			1	5		
	Ej anm. fr. skol.	24	12	8	5	–	0	0	0	–	34	3	9	12	–	0	0	5	–
	B-fall:																		
2.	Dål. kunskap.	13	7	54			2	15			40	23	58			15	38		
	Ej dito	27	11	41	13	–	6	22	–7	–	102	44	43	15	–	19	19	19	x
	K-fall:																		
	Dål. kunskap.	8	0				0				3	0				0			
	Ej dito	31	3	10		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–
	B-fall:																		
3.	Dål. uppför.	25	12	48		+	6	24			92	46	50			24	26		
	Ej dito	16	6	38	10	–	2	13	11	–	50	20	40	10	–	10	20	6	–
	K-fall:																		
	Dål. uppför.	10	1	10			0				16	4	25			1	6		
	Ej dito	29	2	7	3	–	0	0		–	37	3	8	17	–	0	0	6	–

d)	B-fall:																				
1.	Vidt. åtgärd.	24	14	58	34	x	6	25	13	–	84	43	51	9	–	21	25	6	–
	Ej dito	17	4	24			2	12			48	19	40			9	19		
	K-fall:																		
	Vidt. åtgärd.	14	1	7	– 5	–	0			–	16	4	25	16	–	1	6	6	–
	Ej dito	25	3	12			0				33	3	9			0	0		
	B-fall:																		
2.	Anm. t. Bvn	1	1			–	1			–	21	13	62	18	–	9	43	23	x
	Ej dito	38	15	39			7	18			121	53	44			24	20		
	K-fall:																		
	Anm. t. Bvn	0				–				–	3	2	67	57	x	0			–
	Ej dito	40	4	10			0	0			50	5	10			2	4		
e)	B-fall:																		
	Spec.intres.	23	9	39	–11	–	5	22	5	–	59	18	31	–26	xx	11	19	– 8	–
	Ej dito	18	9	50			3	17			82	47	57			22	27		
	K-fall:																		
	Spec.intres.	25	1	4	–16	–	0	0	0	–	31	5	16	7	–	1	3	3	–
	Ej dito	15	3	20			0	0			22	2	9			0	0		
f)	B-fall:																		
1.	Triv. i skol.	20	9	45	9	–	4	20	6	–	98	38	39	–27	xx	18	18	–18	x
	Ej dito	14	5	36			2	14			44	29	66			16	36		
	K-fall:																		
	Triv. i skol.	37	3	8		–	0	0		–	49	5	10		–	1	2		–
	Ej dito	3	1				0				4	2				0			
	B-fall:																		
2.	Triv. m. lär.	31	14	45		–	6	19		–	115	50	43	–19	–	24	21	–14	–
	Ej dito	3	2				1				26	16	62			9	35		
	K-fall:																		
	Triv. m. lär.	39	4	10		–	0	0		–	52	7	13		–	1	2		–
	Ej dito	2	0				0				1	0				0			
	B-fall:																		
3.	Triv. m. kamr.	33	14	42		–	5	15		–	130	60	46	– 8	–	29	22	–16	–
	Ej dito	2	1				0				13	7	54			5	38		
	K-fall:																		
	Triv. m. kamr.	39	4	10		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–
	Ej dito	1	0				0				4	0				0			

som i *HU* och för såväl B- som K-fall. Differenserna mellan B- och K-fall är i PU 21 % (χ^2 = 3,20), i HU 31 % (χ^2 = 13,08) dvs. i HU i hög grad signifikant.

Anmälan till barnavårdsnämnd (2) är däremot ovanlig. I *PU* anmäldes endast ett B-fall och i *HU* 15 % av B-fallen och 6 % av K-fallen. Ingen signifikant differens mellan B- och K-fall (χ^2 = 2,34).

e. Speciella intressen

Som av tabellen framgår är tendensen densamma *i PU och HU* dvs. K-fallen har i högre utsträckning någon form av speciella intressen. Signifikans uppnås dock endast i HU (−18 %, χ^2 = 4,27).

f. Trivseln i skolan

När det gäller *pojkarnas allmänna trivsel* (1) uppges för K-fallens räkning höga frekvenssiffror, betydligt högre än man kanske skulle ha väntat. Man bör då påminna sig, att det är mödrar eller målsmän som är uppgiftslämnare. B-fallen ligger dock på en signifikant betydligt lägre nivå. Differens i *PU* är −32 % (χ^2 = 9,47), i *HU* −24 % (χ^2 = 11,13).

Trivseln med lärarna (2) är endast i *HU* signifikant bättre bland K-fallen än bland B-fallen. Differens −17 % (χ^2 = 8,08).

Trivseln med kamrater (3) uppger mödrarna som god i samma höga utsträckning (90–97 %) *i PU och HU* och bland B- och K-fall.

B. Pojkarnas skolsituation i sekvensmodell (tabell 4.2)

Trots att man bland B-fallen i *PU* i varje fall numeriskt i regel finner högre frekvenser skolproblem av typ specialklassplaceringar, kvarsittning och anmärkningar samt sämre trivsel i skolan så möter vi inga säkra skillnader i frekvensen omhändertagna och placerade före 18 år eller några säkerställda differenser i återfallsrisk när dessa företeelser anförts resp. icke uppgivits av referenterna. Endast på en punkt föreligger i PU en skillnad och det gäller B-fallen inför variabeln "vidtagna åtgärder", vilket betyder att när referenterna anfört att åtgärder vidtagits från skolans sida mot brottspojkarna så har dessa oftare blivit föremål för återfall efter 18 år än när åtgärder icke vidtagits. Det är sannolikt att skolan i första hand vidtar åtgärder i de allvarligare situationerna. I HU kan man emellertid ej finna stöd för detta resultat i PU. Här finner man i stället det mer självklara faktum, att de B-fall som av skolan anmälts till barnavårdsnämnd i högre frekvens än de övriga också omhändertagits och placerats i fosterhem eller på institution. En numeriskt högre risksiffra men inte någon motsvarande signifikant differens (p = 0,097) nås när det gäller återfall i brott efter 18 år. En dylik uppnås i stället för de K-fall, som från skolan anmälts till barnavårdsnämnd. Det bör dock observeras att signifikansen här bygger på två återfall av tre anmälda.

I *HU* möter vi signifikanta differenser beträffande såväl omhändertagande som recidiverande brottslighet efter 18 år hos dem som gått i specialklasser, som varit kvarsittare och som icke trivts i skolan. När det gäller omhändertagande och placering synes dessutom anmärkningar mot kunskaper ha spelat en större roll än anmärkningar mot uppförandet. Detsamma kan sägas gälla även brottslighet efter 18 år. När dåliga kunskaper registreras uppnås nämligen en riskprocent på 58 %. Differensen 15 % ligger på 8–9 % signifikansnivå. Den tendensen uppnås inte när det gäller dåligt uppförande.

Ännu en säkerställd differens framgår av tabellen. Denna gäller B-pojkarna med specialintressen. Vi finner att dessa i betydligt mindre utsträckning återfaller i brott efter 18 år än de pojkar som ej uppgivits förete dylika.

4.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas skolsituation*

I kapitlet konstateras att B-fallen i högre utsträckning än K-fallen placerats i special-

klasser, blivit kvarsittare och råkat ut för anmärkningar för såväl dåliga kunskaper som för dåligt uppförande och att B-fallen i högre utsträckning varit föremål för allmänna åtgärder från skolans sida. Det senare gäller dock ej anmälan till barnavårdsnämnd, där en visserligen numerisk men ej signifikant skillnad föreligger mellan B- och K-fall.

Ytterligare har hos B-fallen registrerats en i förhållande till K-fallen signifikant lägre allmän trivsel i skolan. K-fallen trivs också bättre med lärarna än B-fallen. När det gäller trivsel med kamraterna uppger såväl B-fallens som K-fallens referenter samma höga trivselfrekvens.

Det ligger intet anmärkningsvärt i dessa resultat, snarare är det välkända fakta. Möjligen kan man dock förvåna sig över skolans obenägenhet att söka stöd hos barnavårdsnämnden, vilket för B-fallens räkning endast skedde i 15 % av fallen i HU (2 % i PU). Frekvensen när det gäller (av referenterna uppgivna) åtgärder från skolans sida är inte heller överväldigande. För B-fallen gäller det 57 och 64 % i PU resp. HU. Beträffande K-fallen är siffrorna i stället jämförelsevis höga (36 resp. 33 %). Det är möjligt att B- resp. K-fallens referenter menar olika saker i sina svar. Några bestämda slutsatser torde ej vara möjligt att dra.

I de fall där det angivits att åtgärder vidtagits från skolans sida har när det gäller B-fallen dessa i PU visat sig i högre frekvens än de övriga återfalla i brott efter 18 års ålder. Det är sannolikt att skolan i första hand vidtagit åtgärder i mera allvarliga situationer. Resultatet kan dock inte statistiskt verifieras i HU. Här finner vi i stället det mera nära liggande resultatet att de B-fall, som av skolan anmälts till barnavårdsnämnd, i större utsträckning placerats i fosterhem och på institutioner. För dessa fall uppnås emellertid ingen signifikant skillnad när det gäller återfall i brott efter 18 år då de jämförs med dem som icke av skolan anmälts till barnavårdsnämnd.

Att det här rör sig om allvarliga fall behöver man knappast betvivla. Möjligt är att miljön i dessa fall för skolan tett sig som dominerande och avgörande faktor och att pojken kanske i så fall befriats från densamma.

Resultaten i HU visar i övrigt tydligt att såväl omhändertaganden och placeringar som återfallen i brott efter 18 år i första hand drabbar dem som i skolan förts över i specialklasser, varit kvarsittare och som över huvud taget inte trivts i skolan. De brottsfall som trivts i skolan och framför allt de pojkar som har ett specialintresse i någon form har en gynnsammare utveckling än de övriga.

Tidigare resultat har sålunda på vissa punkter kunnat verifieras. Värt att särskilt notera är kanske att de brottsfall som företett ett speciellt intresse av något slag synbarligen har en bättre prognos än de pojkar, hos vilka sådana intressen saknas. Av vikt är också att observera, att skolan sällan synes söka samarbete med barnavårdsnämnd och att när detta skett det ofta lett till ett omhändertagande och placering men också i mindre utsträckning till brott efter 18 år. De unga lagöverträdare som skolan inte anmält till barnavårdsnämnd har med andra ord i högre utsträckning begått brott efter 18 år.

5 Fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor

I klientelundersökningens socialpsykologiska avsnitt (SOU 1973: 25) har kamratkretsen, fritidssysselsättningar, alkohol- och narkotikavanor, rökning och sniffning ingående och i detalj belysts på basis av pojkarnas egna uppgifter.

I detta avsnitt upptas endast en del av de frågor som berörs i det socialpsykologiska avsnittet. Det gäller här referenternas (i regel mödrarnas) uppfattning om pojkarnas fritidsintressen och eventuella deltagande i föreningsliv, deras kamratkontakter och vanor, det senare speciellt när det gäller bruket av alkohol, tobak och narkotika. Här avhandlas också föräldrarnas inställning till pojkarnas kamrater och deras uppfattning om pojkarnas utnyttjande av sin fritid.

5.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Karaktäristiskt för all ungdomsbrottslighet är att den till övervägande delen utgörs av gängbrottslighet. Olofsson (1971 b) fann i Örebroundersökningen att i medeltal endast 18 % av brott i olika brottstyper begåtts av eleven ensam. Hon fann också att det i dessa fall i regel gällde snatterier, häleri och bedrägeri, medan brott som förövats tillsammans med kamrater utgjordes av olika slag av skadegörelse, eldsanläggningar, inbrott och åkning på stulet fordon, resultat som överensstämmer med vad man funnit i även tidigare undersökningar (Björkenhed, Hermansson, 1952; Sveri, 1959, 1960; Elmhorn, 1969, 1971; Olofsson 1967).

Olofsson (1971 b) har också visat att dessa "ensamvargar" inte omfattar förslagna brottslingar som valt att operera ensamma. Det var snarare ungdomar som bodde utanför staden och därför kunde tänkas ha haft mindre kontakt med kamrater under fritiden. Hon anser att detta stärker känslan av att brottslighet i skolåldern uppstår i samvaro med kamrater och hänvisar i sammanhanget till Hauge (1971).

Olofsson har i sin undersökning också kunnat visa, att de aktivt kriminella skolbarnen i Örebro dels lägger sig senare än de konforma, dels tillbringar kvällarna mer utom hemmet. Hon diskuterar dessa resultat och frågar sig om dessa ungdomar drar sig till kamratmiljöer på grund av annorlunda värderingar och bildar en outsidergrupp eller om det sammanhänger med en slapp eller "fri" uppfostran med åtföljande låg kontroll. I detta sammanhang hänvisar hon till Minkovsky (1966) som i Moskva fann att 80 % av ungdomsbrottslingarna blivit försummade i sina hem speciellt beträffande tillsyn.

Trots att de unga lagöverträdarna har många kamrater och sålunda ofta opererar i gäng visar undersökningar i regel, att deras kamratkontakter karaktäriseras av obeständighet och ytlighet, t. ex. hos Healy och Bronner, 1936; Björkenhed, 1959; Settergren och Brandt-Humble, 1965; Robins, 1966, som citeras av Olofsson (1971 b).

Olofssons egna resultat står i viss mån i motsats till vad Sells och Roff (1967) funnit rörande kamratrelationerna bland skolbarn i Minnesota och Texas, nämligen att andelen brottsliga pojkar var störst bland pojkar med låg kamratstatus. Olofsson fann bland sina Örebroelever sålunda intet samband mellan låg kamratpopularitet och hög brottslighet. Olofsson sammanfattar på följande sätt: "Om man vill komma åt kvaliteten i kamratrelationerna, som *kan* vara sprödare och ytligare bland mer brottsligt aktiva pojkar, får man använda sig av betydligt finare instrument än de som använts här. Med våra instrument har vi fått veta: att brottsliga aktiviteter är vanliga bland skolpojkar, att brottsligt aktiva pojkar endast i undantagsfall är kamratutstötta och impopulära, att de redan tidigt börjat tillbringa stor del av sin fritid ute bland kamrater om kvällarna och att de nästan undantagslöst deltar i gäng".

Beträffande gänget markerar Olofsson den skarpa gränsen mot de vuxnas värld, förstärkt genom de vuxnas negativa reaktioner, förhållanden, som leder till utstötning och alienering och som i vissa gängbildningar får som följd en större brottsbelastning inom gänget.

Olofsson, som på denna punkt även citerar Burt (1944) och Gluecks (1950), anför med rätta att den roll som kamratsituationen spelar för kriminaliteten är, trots en bred forskning, "undanglidande och svårgripbar" och hon tillägger: "Det faktum att nästan alla brott, som utförs av ungdomar, görs tillsammans med någon eller några kamrater, tyder på att det är samvaron med kamrater som är den utlösande faktorn, ty i gänget eller gruppen sker attitydförändringar lättare och snabbare." På basen av tankegångar i denna riktning (Lewin, 1947; Cohen, 1955) och utifrån teorin om outsiderattityden (Cloward och Ohlin, 1960) belyser Olofsson på sitt eget material brottsbelastningen i gäng vid olika typer av brott och finner medelvärdesskillnaderna i allmän brottsbelastning för dem som är med i gäng och dem som inte är med i gäng signifikanta. Speciellt gäller detta "vinningsbrott", dvs. typiska kamrat- och gängbrott såsom skadegörelser på bänkar och i telefonkiosker, inbrott av olika slag samt åkning på stulna fordon. Hon finner också att gängpojkarna oftare dricker sig berusade och att flera prövat thinner, erbjudits narkotika och stannat borta över natten utan att meddela hemmet.

Av väsentlig betydelse är emellertid vad Olofsson också påvisar, nämligen att brottsligheten i ungdomsgäng starkt varierar beroende på vilka medlemmar som deltar i gänget. De olika socialgrupperna skiljer sig sålunda genom exceptionellt låg brottsbelastning i socialgrupp I och hög i socialgrupp III, trots att det är lika vanligt att delta i gäng i de olika socialgrupperna. Olofssom sammanfattar: "Den svårgripbara kamratsituationens betydelse för kriminalitet – konformitet har alltså i denna undersökning inte låtit sig fångas. Men resultaten tyder på att det är i kamratkretsen, bland hemma- eller fritidskamraterna, som brottsliga tendenser slår ut (gängtillhörighet, antal kvällar borta)."

Fritids- och kamratmiljön är givetvis i hög grad beroende av inte bara redan nämnda faktorer utan kanske framför allt av den yttre miljön och förändringarna i densamma. Den yttre miljön förändras och därmed familjeliv, skola, kommunikationer, nöjesliv och sociala normer med bl. a. osäkerhet och otrygghet som följd. Kamratliv utanför hemmet behärskar fritiden och isolerar ungdomen från de vuxna. Den mogna ungdomen har sannolikt vunnit en hel del på denna utveckling mot större frihet och den kan ta sitt ansvar, men för den omogna, insufficienta ungdomen blir problemen stora, frestelserna många och anpassningssvårigheterna ökar och därmed också ungdomskriminaliteten resp. t. ex. sprit-, thinner- och narkotikamissbruket. Samhällets möjligheter att neutralisera och kanalisera ungdomsaktiviteten hinner inte anpassas efter snabbheten i utvecklingsprocessen.

Utöver den ökande ungdomskriminaliteten möter vi bland ungdomarna av i dag parallellt härmed speciellt ett alltmer påfallande alkoholmissbruk och på senare tid

ett allt allvarligare narkotikamissbruk i olika former.

När det gäller alkohol visar alla undersökningar som utförts hur frekvensen ungdomar som dricker sprit ständigt ökar. Från att i slutet på trettiotalet ha rört sig om 15–20 % av ungdomar rör det sig om siffror under 10 % som i slutet på 60-talet ej använt sprit, vin eller öl, vilket också tar sig uttryck i fylleristatistiken. Mellanölet har också kommit att inta en dominerande plats långt ner i tonårsåldern.

När det gäller missbruk av narkotika förekom bland barn och ungdom enstaka fall i skildringar från 1950-talet (Takman, 1958). Under 60-talet skedde så en snabb ökning av först centralstimulantia, sedan hasch och till sist LSD och preparat inom morfingruppen.

Inhalerande av flyktiga lösningsmedel i berusningssyfte, speciellt thinnersniffningen, tillhör i huvudsak ungdomarna och utgör en gängföreteelse med ofta epidemiskt uppträdande inom ett mer eller mindre begränsat område. Riskerna är även här betydande, såväl när det gäller de omedelbara verkningarna som verkningarna vid vanemässighet. Frekvenssiffrorna är opålitliga och svårtolkade och varierar mer än för övriga missbruksmedel. De ligger också i regel på lägre nivå än för övriga gifter (Nylander, 1962, 1963, 1965, 1967).

Ungdomens alkoholvanor har skildrats i t. ex. offentliga utredningar (SOU 1951:43) och i skrifter från Centralförbundet för nykterhetsundervisning (1969), samt av enskilda författare (Halldén, 1970; Byström-Näswall, 1970 m. fl.) och narkotikaproblemet i ett stort antal publikationer. Några av de senare har samlats i narkomanvårdskommitténs betänkande (SOU 1969:53). Blomberg (1971) ger en utomordentlig sammanfattning av situationen i sin bok om den svenska ungdomsbrottsligheten. Narkotikamissbrukets nuvarande utbredning och omfattning skildras i Socialstyrelsens redovisning rörande "Behandling av narkotikamissbrukare" (1973).

Här skall endast refereras några av de sista svenska skrifterna på området. Herulf (1972) har i sin undersökning sökt kartlägga narkotikamissbrukets omfattning bland ungdomar i Stockholm och följt utvecklingen under perioden 1967–1971. Han har också beskrivit och analyserat olika beteenden samt sociala och psykologiska faktorer, vilka antagits påverka och/eller påverkas av narkotikamissbruk. Materialet omfattar dels samtliga elever i Stockholms grundskolas klass 9 under åren 1967, 1969, 1970 och 1971, vilka i anonyma enkäter besvarat frågor, dels en "intervjuundersökning" av de 179 minderåriga pojkar i Stockholm, som för första gången blivit föremål för utredning och/eller behandling för narkotikamissbruk under tiden 1.7–31.12.1967. Dessa senare ungdomar jämfördes med en slumpmässigt utvald population Stockholmspojkar. Cirka hälften av intervjuundersökningens medlemmar blev dessutom föremål för en speciell "intensivundersökning".

Enligt sista skolundersökningen, våren 1971, hade 35 % av pojkarna och 30 % av flickorna någon gång "knarkat" vilket innebar en successiv ökning, som framför allt berodde på en ökning av deras antal som knarkat mer än 10 gånger. Att märka är dock att flertalet av dessa ungdomar också slutat. Endast några få procent av vanerökarna uppgav att de alltjämt "knarkade". I regel rörde det sig om hasch/marihuana, för flertalet enbart cannabis. Den grupp som använt cannabis mer än 50 gånger visade emellertid en tendens till ökning. Beträffande narkotikamissbruk av annat slag visade sista årsenkäten (1971) att 1 % injicerat narkotika intravenöst, 5–6 % hade tagit centralstimulantia per os, 7 % rökt opium, 3 % tagit LSD och mindre än 1 % heroin. Under tidigare år var frekvensen i stort sett densamma.

Hälften av de ungdomar som ej knarkat har en eller flera gånger fått gratiserbjudande och knarkarna själva uppgav att de ofta bjudit eller sålt knark (vilket för många tycks ha inneburit en avsevärd inkomst).

"Intervjuundersökningen 1967" visade ett gravt missbruksmönster, där intravenöst injicerande ingick. Av intresse är missbrukar-

nas uppgift att de subjektivt upplevda negativa social-psykologiska effekterna tämligen regelbundet övervägt de subjektivt upplevda "vinsterna". Resultaten bestyrker också de stora riskerna i form av allmän fysisk nedgång och komplicerande sjukdomar såsom inokulationshepatit (gulsot eller "kanylsot").

Huvudresultatet av de i undersökningen ingående studierna ger belägg för att nyfikenhet och experimentlusta är de vanligaste skälen till att ungdomen prövar knark men den uppfattningen stöds också, att vantrivsel och uppgivenhet, nedstämdhet och förtvivlan samt bristande tillit, aggressions- och beroendeproblem, nedsatt jag- och/eller överjagsfunktion samt identitetsproblem och slutligen en speciellt uttalad allmän tendens att försöka lösa problem och kriser passivt genom flykt disponerar till narkotikamissbruk.

Dessa delvis överlappande psykologiska faktorer förekommer oftast flera samtidigt och verkar i varierande kombinationer med varandra. Bland beteendevariabler som visade uttalad samvariation med narkotikamissbruk uppger Herulf rökning, avancerade alkoholvanor och thinnersniffning, vilket han antar bero på likheter i det social-psykologiska orsaksmönstret men också på det förhållandet att människor som prövat ett berusningsmedel därigenom kan vara mer motiverade att pröva nya. Han finner t. ex. inget stöd för antagandet att det skulle vara vanligt att ungdomar som missbrukar knark avstår från konsumtion av alkoholhaltiga drycker. Beträffande sambandet mellan narkotikamissbruk och olika kriminella beteenden gäller detsamma som ovan – bakomliggande social-psykologiska orsaksmönster visar sålunda stor överensstämmelse men här måste också räknas med den "ekonomiska" faktor som handlar om att knark kräver pengar eller annan gångbar valuta.

Missbrukarna karaktäriseras också av att de i förhållande till andra ungdomar uppvisar tidigare sexuell debut, samt oftare bildar gäng och är ute på kvällarna. Oftare än andra ungdomar besöker de också ungdomsgårdar, där de utsätts för ett kraftigt utbud av narkotika.

Olofssons studie (1971 b) över eleverna i Örebro ger en god jämförelse och får representera förhållanden rörande skolbarnen i en mindre stad. Olofsson har ej själv undersökt frekvensen sprit-, vin- och öldrickande pojkar men citerar andra författare från olika delar av landet som visar att 70–85 % av de manliga eleverna under 1960-talet druckit sprit. Själv upptar hon i sin enkät frågan om eleverna smakat vin eller sprit i en sådan kvantitet att de blivit berusade. I det närmaste varannan pojke säger att han druckit sig berusad "många gånger" (46 %). Vidare uppger 35 % sig ha kört bil, motorcykel eller moped då de varit berusade. Sniffat thinner hade 15 % gjort, en (9 %) eller "många gånger" (6 %). Flertalet sniffare har också berusat sig med alkohol (80–90 %). Olofsson finner sålunda liksom Herulf samband mellan sniffning och alkoholbruk. När det gäller knark eller hasch hade 38 % erbjudits och 15 % använt och 5 % sålt och langat narkotika av denna art. Olofsson har kommit fram till att det uteslutande är de skolungdomar som använder narkotika som också säljer det, vilket även Herulf funnit bland stockholmsungdomarna.

Olofsson finner i motsats till Agrell och Creutzer (1968) att när det gäller dessa anpassningskritiska beteenden det sålunda inte bara rör sig om ett storstadsproblem utan snarare om ett stadsproblem. Landsbygden har otvivelaktigt en lägre procent narkotikamissbrukare (endast 4 % av Örebro landsbygds 55 elever, som gick i skola i Örebro, hade någon gång prövat narkotika).

Brottsbelastningen hos pojkar som uppgivit att de använt narkotika var också betydligt större än för de övriga. Sambandet med "narkotikabruk och alkoholbruk, thinnersniffning, rymning hemifrån, 'stannat borta över natten' samt skolk är (var) mycket stort och signifikant på 0,001-nivån vid χ^2-prövning i samtliga fall."

Olofsson har ytterligare ett par väsentliga resultat värda att här anföras. Hypotesen att narkotikamissbrukarna kommer från ofull-

ständiga hem kunde ej verifieras, ej heller hypotesen att föräldrarnas utbildning och inkomst var lägre. Inför kamraterna kände sig narkotikamissbrukarna som outsiders och annorlunda. Vidare kunde Olofsson visa att narkotikamissbrukarna redan innan de började använda narkotika företedde anpassningssvårigheter enligt ett anpassningsindex, i vilket ingick bl. a. lärar- och kamratskattningar och även trivselfrågor.

Av största intresse är också att Olofsson icke kunnat verifiera hypotesen att narkotikamissbrukarna skulle ha lägre intelligens. Tendensen var snarare att deras intelligens var något högre än kontrollgruppens. Däremot verifierades i högsta grad hypotesen att narkotikamissbrukarna presterade lägre i förhållande till sin intelligens än kontrollgruppen.

I klientelundersökningens tredje del (SOU 1973: 25) behandlas andra sidor av hithörande problem. Här redogör Olofsson för studierna rörande kamratkrets (kap. 16), fritidssysselsättningar (kap. 17) och vanor (kap. 18) och ställer dessa i relation till uppfostringssituationerna. Här bekräftas kamraternas och gängets starka grupptryck men också uppfostrans stora roll då man sammanställer den med kriminaliteten i kamratgruppen. Enligt Olofsson visar resultaten tydligt att uppfostran i hemmet och erfarenheterna i skolan på lång sikt väger betydligt tyngre än kamraterna. Även fritidssysselsättningarnas och alkohol- och narkotikavanornas relation till uppfostran och tidiga erfarenheter poängteras. "Stigmatiseringen" har enligt Olofssons resultatredovisning börjat tidigt.

5.2 *Egna undersökningar och resultat*

A. Pojkarnas fritids- och kamratmiljö (tabell 5.1)

Hypotesen har varit att B-fallen i mindre utsträckning än K-fallen skulle visa sig vara eller ha varit medlemmar av föreningar, att de i stället tillhört pojkgäng och sällan haft någon speciellt god vän. Vidare att B-gruppens föräldrar ogillat pojkens kamrater mer än vad K-gruppens föräldrar gjort. K-gruppen antas vidare få ha sina kamrater i hemmet mer än vad B-gruppen får tillfälle till. För pojkar som deltagit i föreningsliv och haft en speciellt god vän och vars kamrater föräldrarna gillat var hypotesen att dessa i mindre utsträckning skulle ha omhändertagits för placering och i lägre frekvens begått brott efter 18 år. Hypotesen har varit den motsatta när det gällde pojkar som tillhört gäng och vars kamrater föräldrarna ogillat.

Av tabellen (5.1) framgår att procenttalen för *medlemskap i föreningar* (1–4) i regel ligger högre inom K-gruppen än inom B-gruppen. Inte på någon punkt uppnås dock signifikanta differenser mellan grupperna. Förvånande är att mödrarna till B-fall i *såväl PU som HU* uppger medlemskap i förening i så hög frekvens som en tredjedel av fallen, när K-fall inte når över 50 %-gränsen.

Gängtillhörighet (6) har endast registrerats i *HU*. Inte heller här möter vi någon skillnad i B- och K-grupper. I 13–14 % anses pojkarna i både B- och K-grupper tillhöra gäng.

En speciellt god vän (7) uppges pojkarna också ha i en ungefär likartad frekvens bland B- och K-fall.

En signifikans som uppnås gäller *föräldrarnas inställning till* B- och K-fallens *kamrater* (8), en differens i *PU* med klart ogillande av B-fallens kamrater (28 %) i förhållande till K-fallens (3 %). I *HU* kan dock denna differens icke statistiskt verifieras även om ogillande i B-gruppen här anges i 13 % mot K-gruppens 4 %.

En annan signifikans gäller också i *PU* men verifieras ej heller i *HU*. Det gäller *pojkarnas möjligheter att få ha sina kamrater hemma* (9) vilket oftare anges gälla K-fallen.

B. Pojkarnas fritids- och kamratmiljö i sekvensmodell (tabell 5.2)

Det är enligt tabellen påtagligt att fritidsmiljön, när den värderas efter *medlemskap i föreningar* (1–5), inte påverkar vare sig omhändertagande och placeringar eller brottslighet efter 18 år. När det gäller scout-

Tabell 5.1 Pojkarnas fritids- och kamratmiljö

Variabelbenämning		PU						HU					
		B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.	B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.
		Antal	%	Antal	%	%		Antal	%	Antal	%	%	
1)	Aktiv i förening	13/42	31	19/41	46	−15	–	54/146	37	25/53	47	−10	–
2)	Aktiv i scoutverks.	3/42	7	7/41	17	−10	–	16/143	11	8/50	16	− 5	–
3)	Aktiv i idrottsför.	4/41	10	10/41	24	−14	–	27/145	19	13/50	26	− 7	–
4)	Aktiv i annan för.	6/41	15	5/40	13	2	–	17/141	12	9/50	18	− 6	–
5)	Medlem tidigare							60/134	45	16/45	36	9	–
6)	Tillhör gäng							20/142	14	7/53	13	1	–
7)	Spec. god vän	29/42	69	34/41	83	−14	–	86/145	59	33/53	62	− 3	–
8)	Föräldr. gillar pojkarnas manl. kamr.	26/36	72	38/39	97	−25	xxx	122/141	87	49/51	96	− 9	–
9)	Kamr. hemma	36/42	86	41/41	100	−14	x	129/146	88	46/53	87	1	–

Tabell 5.2 Pojkarnas fritid och kamratmiljö i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	Aktiv i fören.	13	5	38	−8	–	3	23	5	–	53	25	47	0	–	12	23	− 2	–
	Ej dito	28	13	46			5	18			89	42	47			22	25		
	K-fall:																		
	Aktiv i fören.	19	2	11	2	–	0	0	0	–	25	1	4	−17	–	0	0	− 4	–
	Ej dito	22	2	9			0	0			28	6	21			1	4		
2)	B-fall:																		
	Scoutverks.	3	1			–	1			–	16	11	69	24	–	6	38	15	–
	Ej scoutverks.	38	17	45			7	18			123	55	45			28	23		
	K-fall:																		
	Scoutverks.	7	1			–	0			–	8	0			–	0			–
	Ej scoutverks.	34	3	9			0	0			42	7	17			1	2		
3)	B-fall:																		
	Idrottsför.	4	3			–	2			–	26	10	38	−12	–	3	12	−15	–
	Ej idrottsför.	36	14	39			6	17			115	57	50			31	27		
	K-fall:																		
	Idrottsför.	10	1	10	0	–	0	0	0	–	13	1	8	− 8	–	0	0	− 3	–
	Ej idrottsför.	31	3	10			0	0			37	6	16			1	3		
4)	B-fall:																		
	Annan förening	6	2			–	1			–	17	9	53	6	–	4	24	− 1	–
	Ej annan förening	34	16	47			7	21			120	56	47			30	25		
	K-fall:																		
	Annan förening	5	0			–	0			–	9	0			–	0			–
	Ej annan förening	35	4	11			0	0			41	6	15			1	2		
5)	B-fall:																		
	Tid. medl. för.										59	27	46	1	–	14	24	0	–
	Ej dito										71	32	45			17	24		
	K-fall:																		
	Tid. medl. för.										16	3	19	− 2	–	0	0	− 3	–
	Ej dito										29	6	21			1	3		

Symtom		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
6)	B-fall:																		
	Tillhör gäng										20	13	65	21	–	9	45	26	x
	Ej dito										118	52	44			23	19		
	K-fall:																		
	Tillhör gäng										7	1				0			
	Ej dito										46	6	13		–	1	2		–
7)	B-fall:																		
	Spec. god vän										84	39	46	– 1	–	21	25	4	–
	Ej dito										57	27	47			12	21		
	K-fall:																		
	Spec. god vän										33	4	12	– 3	–	1	30	30	–
	Ej dito										20	3	15			0	0		
8)	B-fall:																		
	Föräld. gillar																		
	de manl. kamr.	26	13	50	10	–	6	23	13	–	119	55	46	2	–	24	20	–19	–
	Ej dito	10	4	40			1	10			18	8	44			7	39		
	K-fall:																		
	Föräld. gillar																		
	de manl. kamr.	38	4	11		–	0	0		–	49	7	14		–	1	2		–
	Ej dito	1	0				0				2	0				0			
9)	B-fall:																		
	Kamr. i hemmet	35	15	43		–	6	17		–	126	60	48	10	–	31	25	12	–
	Ej dito	6	3				2				16	6	38			2	13		
	K-fall:																		
	Kamr. i hemmet	41	4	10		–	0	0		–	46	7	15		–	1	2		–
	Ej dito	0									7	0				0			

verksamheten (2) ligger dock en differens i HU på 6 %-nivå. I det fallet ligger emellertid brottsfrekvensen efter 18 år på 69 % för dem som uppges ha deltagit och endast på 45 % för dem som icke varit medlemmar i scoutförening, dvs. ett resultat mot hypotesen.

De B-fall som *tillhör ett gäng* (6) löper en signifikant högre risk för omhändertagande och placering än de övriga. Även brottsligheten efter 18 år ligger för denna kategori på en recidivfrekvens av 65 % mot för de övriga 44 %. Differensen 21 % är dock signifikant först på 6–7 %-nivå.

Speciellt god vän (7) ger inga differenser av väntad art och inte heller *föräldrarnas inställning till kamraterna* (8). I senare fallet omhändertages och placeras dock i HU fler B-fall där föräldrarna inte gillar kamraterna (39 %) än vad som är fallet när sådant ogillande ej markerats (20 %). Differensen är dock ej signifikant ($p = 0.076$). Om *pojkarna fått ha sina kamrater hemma* (9) eller ej har inte haft någon betydelse när det gäller omhändertagande resp. recidivrisk.

C. Pojkarnas intressen (tabell 5.3)

Hypoteserna har varit att K-fallen skulle visa flera och större intressen, t. ex. för musik och för läsning av i varje fall litteratur men kanske också för läsning av serier och att de skulle vara mera intresserade av dans. B-gruppens intresse för bio antogs dominera liksom deras motorintresse. Vidare antogs att föräldrar ogillade B-gruppens sätt att utnyttja sin fritid mer än K-gruppens sätt att utnyttja sin.

Pojkarnas *intresse för musik* (1) av olika slag, för *läsning* (2) av böcker och serier, för att *gå på bio* (3) och för *dans* (5) har, som framgått av tabellen, inte givit några påvisbara skillnader mellan B- och K-pojkar i vare sig PU eller HU. Antalet biobesök/vecka uppges också i samma frekvens i HU (B-gruppen 0,85, K-gruppen 0,82). I PU var skillnaden större men ej signifikant (B-gruppen 1,05, K-gruppen 0,63).

Intresse för motorer (4) är det enda av de upptagna intresseområdena som ger en signifikant differens. I *HU* finner vi sålunda här att 64 % av B-fallen och 47 % av K-fallen har detta intresse. Differensen 17 %.

Föräldrarnas uppfattning om pojkarnas sätt att utnyttja sin fritid (6) uppgavs *gillande i PU* i 55 % av B-fallen och i 83 % av K-fallen. Differensen −28 %. I *HU* anges på samma sätt 73 % resp. 89 % av föräldrarna gilla pojkarnas sätt att utnyttja fritiden. Differensen här −15 %. Båda differenserna är signifikanta.

D. Pojkarnas intressen i sekvensmodell (tabell 5.4)

I kapitlet rörande skolsituationen konstaterades en gynnsammare situation när det gällde återfallsrisk för de pojkar som haft speciella intressen av något slag.

Av de intressen som här tagits upp finner vi i tabellen (5.4) fyra signifikanta differenser och dessa gäller musikintresse, läsintresse och intresse för motorer och för dans.

Musikintresset (1) gäller *K-fallen i PU* som i den mån de haft detta intresse visat en låg frekvens återfall i brott (3 %) mot de övrigas höga frekvenssiffra (43 %). Differensen −40 % är signifikant på nära 1 %-nivå ($p = 0.012$). Det bör dock anmärkas att differensen bygger på tre av sju fall utan musikintresse, vilka begått brott efter 18 år. I *HU* verifieras ej resultatet. När det gäller *B-fallen* möter vi i *PU* en motsatt differens dvs. +32 % ($p = 0.083$), vilken inte heller verifieras i HU. Det kan här tilläggas att när frågan gällt intresse för jazz-musik inga signifikanta skillnader uppnås vare sig i PU eller HU.

Vad *läsintresset* (2) beträffar finner vi i *HU* en signifikant differens som talar för att B-fall med läsintresse i mindre utsträckning omhändertas och placeras. En tendens till lägre brottslighet efter 18 år möter vi också. Differens −13 % ($p = 0.084$). Enbart serieläsning ger inga differenser av signifikant natur.

Intresse för motorer (4) synes leda till ökad risk för omhändertagande före 18 år när det gäller B-pojkar (i HU) men signifi-

Tabell 5.3 Pojkarnas intressen.

Intressen		PU						HU					
		B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.	B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.
		Antal	%	Antal	%	%		Antal	%	Antal	%	%	
1)	Musik	30/40	75	34/41	83	– 8	–	64/146	44	26/53	49	– 5	–
	Endast jazz	–	–	–	–	–	–	32/146	22	8/53	15	7	–
2)	Läsning	29/41	71	24/40	60	11	–	89/146	61	35/53	66	– 5	–
	Enbart serier	7/27	26	0/10	0	26	–	18/146	12	4/53	8	4	–
3)	Bio	34/41	83	31/39	79	4	–	102/146	70	31/53	58	12	–
4)	Motorer	28/40	70	22/35	63	7	–	94/146	64	25/53	47	17	x
5)	Dans	16/37	43	16/39	41	2	–	–	–	–	–	–	–
6)	Föräldr. gillar pojkarnas utnyttj. av fritiden	21/38	55	34/41	83	–28	x	105/143	73	47/53	89	–15	x

Tabell 5.4 Pojkarnas intressen i sekvensmodell.

Intressen		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	Musik	29	15	52	32	–	7	24	24	–	63	29	46	– 1	–	13	21	– 4	–
	Ej musik	10	2	20			0	0			79	37	47			20	25		
	K-fall:																		
	Musik	34	1	3	–40	x	0	0		–	26	2	8	–11	–	0	0	– 4	–
	Ej musik	7	3	43			0				27	5	19			1	4		
2)	B-fall:																		
	Läsning	28	11	39	–19	–	5	18	– 7	–	85	35	41	–13	–	15	18	–14	x
	Ej läsning	12	7	58			3	25			57	31	54			18	32		
	K-fall:																		
	Läsning	24	2	8	– 5	–	0	0	0	–	35	4	11	– 6	–	1	3	3	–
	Ej läsning	15	2	13			0	0			18	3	17			0	0		
3)	B-fall:																		
	Bio	33	15	45		–	6	18		–	98	50	51	15	–	25	26	8	–
	Ej dito	7	3				2				44	16	36			8	18		
	K-fall:																		
	Bio	31	2	6		–	0	0		–	31	4	13	– 1	–	1	3	3	–
	Ej dito	8	2				0				22	3	14			0	0		
4)	B-fall:																		
	Motorer	28	10	36	–28	–	4	14	–13	–	93	45	48	5	–	26	28	14	x
	Ej motorer	11	7	64			3	27			49	21	43			7	14		
	K-fall:																		
	Motorer	22	4	18	18	–	0	0	0	–	25	4	16	5	–	1	4	4	–
	Ej motorer	13	0	0			0	0			28	3	11			0	0		
5)	B-fall:																		
	Dans	16	7	44	– 6	–	1	6	–29	x									
	Ej dito	20	10	50			7	35											

Intressen		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
	K-fall:																		
	Dans	16	1	6			0	0											
	Ej dito	23	3	13	– 7	–	0	0	0	–									
6)	B-fall:																		
	Föräld. gillar utnytt. fritid	21	7	33			5	24			102	40	39			16	16		
	Ej dito	16	9	56	–23	–	2	13	11	–	37	26	70	–31	xxx	17	46	–30	xxx
	K-fall:																		
	Föräld. gillar utnytt. fritid	34	4	12			0	0			47	6	13			1	2		
	Ej dito	7	0			–	0			–	6	1			–	0			–

kans uppnås ej när det gäller brott efter 18 år för dessa ungdomar.

Beträffande *intresse för dans* (5) finner vi, att där ett dylikt förelegat pojkarna i *PU* sällan omhändertagits (6 %) i förhållande till de av dans ointresserade (35 %). Differensen är signifikant.

I övrigt framträder inga signifikanta differenser men skäl finns att notera resultatet rörande *biointresset* (3) *i HU*. B-fall med biointresse uppnår en recidivfrekvens när det gäller brottslighet efter 18 år på 51 % mot 36 % för dem med mindre intresse. Differensen 15 % anger viss tendens (p = 0.075).

Det kraftigaste utslaget ger i HU frågan om vad föräldrarna anser om de unga lagöverträdarnas *utnyttjande av fritiden* (6). För de pojkar vilkas föräldrar gillar deras utnyttjande av fritiden ligger omhändertagande- och återfallsfrekvensen på avsevärt lägre nivå än för dem vilkas föräldrar intar en ogillande attityd i detta avseende.

E. Pojkarnas bruk av alkohol, tobak och narkotika (tabell 5.5)

Hypotesen har varit att B-fallen i större utsträckning än K-fallen använt starksprit, druckit punsch och likör eller vin och att de debuterat tidigare. Detsamma har varit hypotesen inför rökning, sniffning och användning av narkotika. På samma sätt anses dessa faktorer ogynnsamt påverka omhändertagande och den fortsatta brottsligheten.

Av tabellen (5.5) framgår att några signifikanta skillnader ej uppnås mellan B- och K-pojkarna vare sig när det gäller starksprit (1) eller likör och punsch (2) och inte heller i PU när det gäller vin (3). I *HU* har emellertid 26 % av B-fallen druckit vin men endast 8 % av K-fallen. Differensen är 18 % och signifikant.

Debutåldern när det gäller alkoholhaltiga drycker framgår av tabell 5.6. Någon säker skillnad mellan B- och K-fall föreligger ej, i varje fall föreligger ingen tendens till tidigare debut för B-fallen, snarare tvärtom, eftersom inget B-fall synes ha debuterat före skolåldern.

Att ha uppträtt berusad (4) anges i *PU* för B-fallen i 10 % och för K-fallen i 5 %. I *HU* möter vi detsamma i 6 % av B-fallen och i 4 % av K-fallen, dvs. ingen säkerställd skillnad mellan B- och K-fall har registrerats.

Rökning (5) uppges för pojkarna i *PU* i 63 % av B-fallen och i 5 % av K-fallen. Differens 58 %. I *HU* finner vi att 38 % av B-fallen röker och 17 % av K-fallen. Differensen är här 21 %. Skillnaden är sålunda påtaglig. *Debutåldern* för rökning framgår av tabell 5.6, som visar B-fallens tidiga debut.

Sniffning (6) har i *PU* angivits i 11 % av B-fallen och i 2 % av K-fallen. Differens 9 %. I *HU* gäller det 6 % av B-fallen och 2 % av K-fallen. Differens 4 %. Debutåldern anges i tabell 5.6 och visar sig här gå ner till 11-årsåldern.

Narkotika (7) i övrigt uppgavs inte i något fall i *PU* och endast i ett B-fall i *HU*. Debutåldern var i detta fall 14 år. Det bör i detta sammanhang erinras om att intervjuerna gjordes åren 1959–62.

F. Pojkarnas bruk av alkohol, rökning och sniffning i sekvensmodell (tabell 5.7)

I *PU* föreligger endast en signifikant differens. Den gäller brott efter 18 år när vederbörande B-pojkar sniffat (6). Det bör dock anmärkas att differensen bygger på att samtliga fyra sniffare bland PU:s B-fall begick brott efter 18 år mot 36 % av de övriga.

I *HU* har vi bland K-fallen endast en sniffare och denne omhändertages och begår också brott efter 18 år, medan ingen av de övriga 52 K-fallen omhändertages. Signifikansen är otvivelaktigt tveksam.

I HU finner vi i övrigt bland B-fallen endast en signifikant differens och det gäller de B-fall som röker (5). För dessa gör sig en högre frekvens omhändertagande och placering gällande. Procenttalen för rökare ligger på 33 % och för icke rökare på 15 %. Differensen är signifikant på nära 1 %-nivå (p = 0.011).

Slutligen föreligger i HU för K-fallens del

Tabell 5.5 Pojkarnas bruk av alkohol, tobak och narkotika.

Variabelbenämning		PU						HU					
		B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.	B-fall		K-fall		B–K Diff.	Sign.
		Antal	%	Antal	%	%		Antal	%	Antal	%	%	
1)	Använt starksprit	9/42	22	6/41	15	7	–	14/146	10	2/52	4	6	–
2)	Använt punsch o. likör	6/42	14	8/40	20	–6	–	14/146	10	2/52	4	6	–
3)	Använt vin	19/42	45	21/41	51	–6	–	37/145	26	4/53	8	18	xx
4)	Uppträtt berusad	4/42	10	2/41	5	5	–	8/143	6	2/53	4	2	–
5)	Röker	25/40	63	2/40	5	58	xxx	54/143	38	9/53	17	21	xx
6)	Sniffat	5/42	11	1/41	2	9	–	9/144	6	1/53	2	4	–
7)	Använt narkotika	0/42	0	0/40	0	0	–	1/145	1	0/53	0	1	–

Tabell 5.7 Pojkarnas bruk av alkohol, rökning och sniffning i sekvensmodell.

Symtom		PU									HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år		
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																	
	Anv. starksprit	8	5				2				14	6	43			4	29		
	Ej dito	33	13	39		–	6	18		–	128	60	47	–4	–	29	23	6	–
	K-fall:																		
	Anv. starksprit	6	1				0				2	2	100			0			
	Ej dito	35	3	9		–	0	0		–	50	5	10	90	x	1	2		–
2)	B-fall:																		
	Anv. punsch, likör	5	4				2				14	6	43			5	36		
	Ej dito	36	14	39		–	6	17		–	128	60	47	–4	–	28	22	14	–
	K-fall:																		
	Anv. punsch, likör	8	1				0				2	1				0			
	Ej dito	32	3	9		–	0	0		–	50	6	12		–	1	2		–
3)	B-fall:																		
	Anv. vin	18	8	44			3	17			36	18	50			11	31		
	Ej dito	23	10	43	1	–	5	22	–5	–	105	47	45	5	–	21	20	11	–
	K-fall:																		
	Anv. vin	21	2	10			0	0			4	1				0			
	Ej dito	20	2	10	0	–	0	0	0	–	49	6	12		–	1	2		–
4)	B-fall:																		
	Upptr. berusad	4	2				1				8	5				4			
	Ej dito	37	16	43		–	2	5		–	131	61	47		–	29	22		–
	K-fall:																		
	Upptr. berusad	2	1				0				2	2	100			0			
	Ej dito	39	4	10		–	0	0		–	51	5	10	90	x	1	2		–
5)	B-fall:																		
	Röker	25	12	48			6	24			54	27	50			18	33		
	Ej dito	14	4	29	19	–	2	14	10	–	86	37	43	7	–	13	15	18	x

	K-fall:																	
	Röker	2	1			–	0		–	9	3		–	1			–	
	Ej dito	38	4	11		–	0	0	–	44	4	9	–	0	0		–	
6)	B-fall:																	
	Sniffat	4	4	100	64	x	1		–	8	5		–	3			–	
	Ej sniffat	36	13	36			6	17	–	132	60	45	–	29	22		–	
	K-fall:																	
	Sniffat	1	0			–	0		–	1	1		–	1	100	100	x	
	Ej sniffat	40	4	10		–	0	0	–	52	6	12	–	0	0			
7)	B-fall:																	
	Anv. narkotika	0								1	1			1				
	Ej dito	41	18	44		–	8	20	–	140	64	46	–	31	22		–	
	K-fall:																	
	Anv. narkotika	0								0								
	Ej dito	40	4	10		–	0	0	–	53	7	13	–	1	2		–	

Tabell 5.6 Debutålder för alkoholhaltiga drycker, rökning och sniffning.

Variabel		Antal	Ålder										
PU eller HU													
B- eller K-fall			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Alk.drycker													
PU	B	19 av 42	–	–	–	–	1	2	5	2	2	4	3
	K	21 av 41	–	1	1	–	–	6	3	2	2	5	1
HU	B	45 av 146	–	–	–	1	1	6	4	15	11	7	–
	K	7 av 53	1	–	1	–	–	1	1	–	–	3	–
Rökning													
HU	B	53 av 143	–	–	1	–	–	4	7	13	20	7	1
	K	7 av 53	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	1
Sniffning													
PU	B	5 av 42	–	–	–	–	–	–	–	1	1	2	1
	K	1 av 41	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
HU	B	9 av 144	–	–	–	–	–	–	2	2	3	2	–
	K	1 av 53	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–

dels en signifikant diskrepans beträffande de K-fall som använt starksprit (1), dels en motsvarande för de K-fall som uppträtt berusade (4). I båda fallen har samtliga dessa begått brott efter 18 år mot 10 % av de övriga. Signifikansen bör betraktas som tveksam med hänsyn till det ringa antal fall, på vilka beräkningarna grundats.

5.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor*

De uppgifter föräldrarna ger rörande barnens fritid, kamrater, intressen och vanor kan givetvis avsevärt skilja sig från pojkarnas egna.

Referenterna kan naturligtvis just beträffande de frågor som behandlas i detta kapitel väntas ge så fördelaktiga uppgifter som möjligt. Man skulle t. ex. knappast ha väntat sig att en tredjedel av de unga lagöverträdarna deltagit i föreningar som aktiva medlemmar, speciellt som inte ens 50 % av kontrollerna deltar. Att endast en dryg tiondel uppges ingå i gängbildningar och detta i samma utsträckning bland B- som K-fall frapperar också och måste kanske ses som ett uttryck för att referenternas uppfattning om vad som är gäng skiljer sig från pojkarnas. Att lagöverträdarna i samma utsträckning som kontrollerna har en speciellt god vän kan också betecknas som anmärkningsvärt, i synnerhet som frekvensen uppges som relativt hög och föräldrarna i stor utsträckning gillar pojkarnas kamrater. I PU förelåg visserligen en skillnad mellan B- och K-fall i detta avseende men denna skillnad återfinns inte i HU.

Våra hypoteser har sålunda ofta ej kunnat verifieras. På några punkter har hypoteserna dock bekräftats. I PU visade sig K-fallen i större utsträckning få ha sina kamrater hemma även om B-fallen i HU kommer upp i samma frekvens som K-fallen.

Frågan om föreningstillhörighet eller inte, god vän eller inte, föräldrarnas gillande eller ogillande inställning till kamraterna, pojkarnas rättighet att ta hem kamrater eller inte har synbarligen ej påverkat omhändertagande och placering resp. brottsligheten efter 18 år. En faktor synes emellertid även i detta sammanhang ge utslag nämligen gängtillhörighet. Har B-fallens föräldrar angivit att deras pojke deltar i gängbildningar är risken för omhändertagande större än när så icke är fallet. En tendens i samma riktning möter oss när det gäller fortsatt brottslighet efter 18 år.

Enligt referenternas uppgifter skiljer sig B- och K-gruppens intresse för musik av olika slag, för läsning av böcker (och serier), för dans och för att gå på bio inte från varandra, medan motorintresset synes dominera inom

B-gruppen. Även här går således resultaten ofta mot hypotesen. Det är svårt att bedöma föräldragruppernas svarsattityd dvs. benägenhet att inom B-gruppen kanske förbättra situationen och att inom K-gruppen eventuellt nedvärdera vederbörande pojkars intressen. Klart visar det sig dock att B-gruppens föräldrar i större utsträckning än K-gruppens ogillar pojkarnas sätt att utnyttja sin fritid.

Trots de numeriskt små skillnader som framkommit mellan B- och K-fall när det gäller intresset för att läsa böcker visar det sig, att de B-fall som intresserar sig härför i mindre utsträckning omhändertas och placeras. En tendens till lägre brottslighetsfrekvens efter 18 år är också tydlig. För de pojkar som intresserat sig för dans synes också risken för omhändertagande vara mindre än när detta intresse saknas. När det gäller intresset för motorer är situationen den motsatta. Vare sig intresset för dans eller för motorer tycks emellertid påverka recidivfrekvensen. De biointresserade B-fallen visar en viss tendens till ökad recidivbenägenhet i förhållande till dem som saknat detta intresse eller ej registrerats som speciellt biointresserade. Då signifikanta differenser ej uppnås, avstås dock från diskussion rörande tolkningen av resultatet.

I de fall B-gruppens föräldrar angivits ogilla pojkarnas utnyttjande av sin fritid, en fråga som sannolikt varit lättare att besvara än intressefrågorna, visar sig frekvensen av såväl omhändertagna som återfall vara avsevärt högre än när dylikt ogillande ej anförts.

Referenternas uppgifter när det gäller pojkarnas sprit- och rökvanor och deras eventuella sniffning och narkotikabruk visar inte heller på några avsevärda skillnader mellan B- och K-grupper. Av alkoholhaltiga drycker uppges sålunda endast vinet förekomma oftare i B- än K-grupper. Debutåldern för alkoholdrycker uppvisar emellertid en tendens att vara lägre i B-gruppen. Numeriskt är dessutom antalet som uppträtt berusade högre inom B- än K-grupp men skillnaden är inte signifikant. De låga siffror som på dessa punkter framkommit i undersökningen får ses i belysning av att det gått mer än ett decennium sedan uppgifterna insamlades.

Någon skillnad i frekvensen omhändertagna och återfall efter 18 år får man inte fram när det gäller de B-fall som använt alkoholhaltiga drycker eller uppgivits ej göra det. Endast K-pojkar som druckit sprit eller uppträtt berusade visar vid jämförelse med övriga K-pojkar signifikant högre återfallsfrekvens när det gäller brottslighet efter 18 år.

I detta kapitel framträder ytterligare ett par anmärkningsvärda resultat. En påtaglig skillnad gäller *rökningen* med en avsevärt högre frekvens inom B- än K-grupperna och en för B-pojkarna tidig debut. De rökande B-fallen löper dessutom avsevärt högre risk för omhändertagande och placering. Det är sålunda påtagligt att den tidiga rökningen utgör ett av de symtom, som markerar risk för asocialitet. Frekvensen av rökare bland B-fallen var i PU 63 % och i HU 38 %, mot bland K-fallen 5 resp. 17 %.

Ett sista anmärkningsvärt faktum gäller *sniffningen*. Det ringa antalet sniffare i vårt material gör att frekvensskillnader inte uppkommer mellan B- och K-fall. Frekvensen är dock bland B-fallen 11 % mot för K-fallen 2 % och de sniffande B-fallen uppvisar i *PU* en signifikant högre frekvens brottslighet efter 18 år än de icke sniffande B-fallen och en tydlig motsvarande tendens i *HU*. Resultaten kan kanske sägas i viss mån stödja uppfattningen om sniffningens deletära inverkan på personlighetsutvecklingen.

6 Pojkarnas kroppsliga status vid undersökningstillfället

I samband med den barnpsykiatriska utredningen utfördes kroppsundersökning omfattande en vid skolundersökningar och på rådgivningsbyråer ordinär allmän undersökning med vikt- och längdmätning, undersökning av munhåla och svalg, tänder, lymfkörtlar, sköldkörtel, hjärta, lungor och buk. Vidare nervstatus omfattande en bedömning av kranialnervernas funktion samt anmärkningsvärda fynd rörande pareser, atrofier och djup sensibilitet jämte sedvanliga reflexer. Ett försök till uppskattning av kroppstyp har också ingått.

6.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Jonsson (1969) anför att flera forskare, bl. a. makarna Glueck i sitt standardverk (1950), framhållit att det länge varit något av en trossats att asociala pojkar som grupp betraktat har sämre fysiskt hälsotillstånd än pojkar i allmänhet och att denna åsikt varit allmän även i Sverige. Han utgick därför i sin ovannämnda undersökning också härifrån vid sin hypotesuppställning. Med den indelningsgrund som han utnyttjade kunde några säkra skillnader i kroppsligt hälsotillstånd dock ej konstateras och slutsatsen blev, att asociala pojkar i Sverige nuförtiden inte tycks ha sämre kroppsligt hälsotillstånd än vanliga pojkar. Han tillägger, att man för övrigt kommit till samma slutsats i andra länder t. ex. i USA (Glueck & Glueck, 1950) och i England (Eilenberg, 1961, Essec-Carter, 1961). Jonssons jämförelser mellan Skåpojkar och vanliga Stockholmspojkar beträffande längd och vikt visade inte heller några skillnader.

Det kan anmärkas, att Jonsson dock i samma undersökning vid sin analys av enstaka symtom fann "allmän klenhet" vara vanligare bland Skå-pojkarna ($\chi^2 = 15{,}09$, $p < 0{,}001$). Då det rörde sig om ett svårbedömt symtom med bl. a. svårigheten att skilja mellan fysisk och psykisk klenhet fann han det osäkert vilken betydelse man skulle tillmäta denna skillnad.

Sambandet kroppstyp och asocialitet tillhör också de områden som varit föremål för studier bl. a. av makarna Glueck. De fann att den s. k. mesomorfa kroppsbyggnaden var vanligare i deras serie av 500 manliga ungdomsbrottslingar mellan 10–17 år än bland motsvarande kontroller. Denna kroppstyp motsvarar i stort sett Kretschmers atletiska typ och karaktäriseras av en kraftig utveckling av muskulatur, ben- och bindvävnader. Vissa personlighetsdrag skulle också vara utmärkande, sålunda utåtvänd aktivitet, aggressivitet och självhävdelse, fysiskt mod, oömhet och hårdhet men också drag av känslolöshet. Sambandet skulle framför allt gälla de äldre ungdomsbrottslingarna från och med 14-årsåldern i anslutning till en då snabb tillväxt. De yngre visade sig något svagare och sämre rustade än kontrollerna. Blomberg (1971) menar att denna eftersläp-

ning i den kroppsliga mognaden stöder teorin om en allmän mognadsförsening som en betydelsefull faktor vid uppkomsten av asocialitet, en uppfattning som också finner stöd hos bl. a. Frisk (1968).

Svenska undersökningar ger i övrigt inte belägg för fysisk underlägsenhet t. ex. hos ungdomsvårdsskoleelever (Blomberg & Grunevald, 1964, Gordon och Näs, 1969, Hartelius 1965). Blomberg (1971) citerar dessa författares resultat och dessutom även Frey & Forsman (1951) rörande Eeg-undersökningar på ungdomsvårdsskoleelever samt arbeten avsedda att belysa eventuella "organiska defekter" hos motsvarande klientel. Han sammanfattar med rätta resultaten så, att "sambandet mellan det asociala beteendet och störda hjärnfunktioner måste betraktas som oklart".

De psykosomatiska symtomen dvs. kroppsliga symtom orsakade av psykiska spänningar och konflikter har delvis berörts i kapitel 2.4 och kommer att vidare belysas i ett senare kapitel.

6.2 *Egna undersökningar och resultat*

A. Pojkarnas vikt och längd vid undersökningstillfället

I fråga om vikt och längd har de uppställda hypoteserna motsvarat dem som angivits för födelselängd.

Av tabell 6.1 framgår medeltal och differenser när det gäller vikt och längd mellan B- och K-grupper i såväl PU som HU. Några säkerställda skillnader framträder ej och detta gäller även med hänsyn till ålder, socialgrupp och familjetyp.

Våra hypoteser om lägre vikt och kortare längd när det gäller B-pojkarna i förhållande till K-pojkarna har sålunda ej kunnat styrkas.

På grund av ålderns betydelse när det gäller längd och vikt har sekvensmodellen ej utnyttjats i detta sammanhang.

B. 1) Pojkarnas kroppsstatus i övrigt

Med hänsyn till den erfarenhet som föreligger finns ingen anledning anta att B-gruppens pojkar i större utsträckning än K-gruppens skulle lida av *kroppsliga sjukdomar* eller *defekter* när det gäller hjärta, lungor, buk etc. Det visar sig också att faktorer av denna art sällan och endast i undantagsfall registrerats och att därför inte heller några skillnader erhållits mellan B- och K-grupper.

Detaljredovisning skall här endast ges på ett par punkter. Man skulle kunna vänta sig att få fram något tecken på vanvård hos B-gruppens pojkar. Möjligen skulle detta kunna visa sig vid en vanlig tandinspektion. Det måste då konstateras att direkt vanvårdade *tänder* endast registrerats i ett av de 42 B-fallen i PU och inte i något av 142 B-fall i HU samt över huvud taget inte alls bland K-fallen. I regel angavs sålunda ett "välvårdat" tandstatus. I PU bedömdes dock 36 % (15 av 42) som endast "godtagbart" inom B-gruppen. För K-gruppen var motsvarande siffra 17 % (7 av 40) dvs. dubbelt så många i B-gruppen fick här nöja sig med omdömet "godtagbart".

Tabell 6.1 Pojkarnas vikt och längd vid undersökningstillfället (vikt i medeltal hg, längd i medeltal cm).

Variabel PU och HU	B-fall		K-fall		Diff. B–K	σm	Sign.
	Antal	M	Antal	M			
Vikt							
PU	30	507,00	40	506,72	0,28	22,85	–
HU	147	502,94	49	493,20	9,73	15,33	–
Längd							
PU	30	164,50	40	162,42	2,08	2,20	–
HU	147	162,99	49	163,29	–0,30	1,41	–

Inte heller *nervstatus* har givit något av intresse. Anmärkningar av något slag har anförts i *PU* i tre av 38 B-fall och i fem av 38 K-fall och i *HU* i åtta av 145 B-fall och tio av 53 K-fall. Av de senare rör det sig om synfel och ögonmuskelpareser i fem resp. nio fall.

B. 2) Pojkarnas kroppstyp

Som tidigare anförts har i detta sammanhang ett försök gjorts att även redovisa pojkarnas kroppstyp. Det är påtagligt att det berett stora svårigheter att skilja ut de specifika och definierade kroppstyperna. Detta betyder att kroppstypen i stor utsträckning registrerats som "odeciderad". (I *PU* i 40–45 % och i *HU*, där man blivit ännu försiktigare, i 62–73 %). Med hänsyn härtill saknas anledning att närmare analysera förhållandena.

C. Pojkarnas kroppsstatus och kroppstyp i sekvensmodell

Sekvensmodellen har endast kunnat utnyttjas när det gäller variabeln välvårdade och icke välvårdade tänder samt inför negativt och i något avseende positivt nervstatus. Om situationen varit den ena eller den andra har i intetdera fallet några skillnader framträtt med avseende på omhändertagande resp. återfall i brott. Inte heller i fråga om olika kroppstyper förelåg några motsvarande skillnader.

6.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas kroppsliga status vid undersökningstillfället*

Ett ordinärt kropps- och nervstatus har endast i undantagsfall givit anledning att registrera kroppsliga symtom eller sjukdomstecken. Några skillnader mellan B- och K-fall har inte kunnat påvisas. Förekomsten av registrerade symtom har inte heller givit anledning till högre frekvens omhändertagande eller förhöjd återfallsfrekvens i brottslighet efter 18 års ålder.

Bedömningen av kroppstypen har visat sig förenad med stora svårigheter och ingen registrerad dylik har påverkat frekvensen omhändertagna eller recidivfrekvensen.

7 Pojkarnas psykiska status vid undersökningstillfället

Sedan barnpsykiatern slutfört sin anamnesupptagning och referentens (i regel moderns) uppgifter registrerats enligt det fastställda formuläret konfronterades pojkarna med de uppgifter, som av barnpsykiatern ansågs ha betydelse för att bedöma vederbörandes psykiska status. Den undersökande barnpsykiatern hade sedan att bedöma och i en 5-gradig skala söka registrera pojkarnas motivation inför undersökningen, deras motorik och mimik samt sätt att tala, deras uppmärksamhet, den kontakt vederbörande givit, hans intellektuella rörlighet och hans samhällsorientering. Vidare sökte man bedöma pojkarnas emotionella grundstämning samt deras omdöme och förmåga till självkritik, deras ångest- och samvetsreaktioner samt självförtroende. Man sökte också på samma sätt värdera pojkarnas attityd till fäder, mödrar, kamrater och även till "brottet" resp. "brott" över huvud taget. Kamratkontakternas kvalitet sökte man också få en uppfattning om.

I detta sammanhang registrerades också hur vederbörande pojke upplevdes av psykiater i samband med undersökningen, om han i sitt känsloläge uppfattades som labil, torpid (slö, trög), slapp och likgiltig eller blödig resp. "tuff", om han eventuellt verkade euforisk, direkt manisk eller eventuellt dysforisk dvs. otillfredsställd med sig själv och sin omgivning.

Alla dessa bedömningar måste naturligtvis betraktas som och är också mer subjektiva än direkt objektiva. Eventuella utpräglade skillnader mellan B- och K-pojkar har dock ett visst intresse som relationsfenomen. Framför allt är det väsentligt att veta om dessa observationer har eller inte har en prognostisk betydelse.

Hypotesen är primärt att observationer av positiv natur (högre skalnivå, med undantag av omdömes- och sinnesstämningsbedömningen där skalan är omvänd) inte förekommer så ofta bland B-pojkarna som bland K-pojkarna och att dylika medför lägre frekvenser omhändertagande och återfall i brott.

7.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Att söka bedöma ungdomars psykiska status på basis av mer eller mindre ofullständiga uppgifter om eller genom samtal med dem är över huvud taget vanskligt. Subjektivitet måste här göra sig gällande i ovanligt hög grad just på grund av den totala bristen på objektiva mått.

Olika testmetoder utnyttjas därför i möjligaste mån, i första hand begåvningstest men också olika personlighetspsykologiska undersökningsmetoder. Dessa behandlas i ett annat avsnitt av klientelundersökningen och berörs därför inte i detta sammanhang.

Det variabelsystem som i detta avsnitt utnyttjas är för undersökningen så speciellt

att jämförelser med andra undersökningar ter sig meningslösa.

Det rör sig dock om enkla och mera direkt iakttagbara psykiska funktionstillstånd, där B-fallen jämförs med K-fallen. Just denna möjlighet till jämförelse med samma metod utnyttjad inom båda grupperna torde berättiga tillvägagångssättet och ge en viss uppfattning om skillnaderna i den psykiska mognaden i de båda grupperna oberoende av orsaken härtill.

I undersökningar där mognaden hos asociala barn och ungdomar sökt bedömas är det regel att man i hög frekvens bedömt dem som intellektuellt eller emotionellt omogna (Blomberg, 1954; Erikson et al. 1950; Blomberg, Grunewald, 1964; Gordan och Näs, 1969). I regel saknas dock jämförelsematerial.

När det gäller enskilda "nervösa" symtom har Jonsson (1964, 1967) dock jämfört dylika hos Skå-pojkar och hos vanliga Stockholmspojkar. Jämförelserna gällde frekvensen av tics, nagelbitning, tumsugning, stamning och andra talrubbningar samt tvångshandlingar och tvångsföreställningar. Bortsett från talrubbningar av annan typ än stamning var frekvensen av dessa symtom signifikant högre bland Skå-pojkarna, tydande på mer av inre spänningar och konflikter hos dessa.

I anslutning till ett par undersökningar (Eriksson et al., 1956 och Blomberg, 1958) rörande bakgrundsfaktorer och psykologiska egenskaper i förhållande till anpassning efter anstaltvistelser konstaterar Blomberg (1971) att bl. a. psykiskt status inte visar några starkare samband med den fortsatta utvecklingen. De klent begåvade klarade sig t. ex. minst lika bra som de bättre rustade och elever som bedömts ha emotionella störningar lyckas inte så mycket sämre än de som anses vara känslomässigt normalt reagerande. Blomberg analyserar problemet och konstaterar att när det gäller gruppjämförelser och som i dessa situationer ett heterogent klientel gör sig en mångfald olika brottsdisponerande faktorer gällande. En obetydlig procentuell differens mellan de olika anpassningskategorierna i fråga om en viss egenskap utesluter inte att just denna egenskap i det individuella fallet kan ha varit av största betydelse.

7.2 *Egna undersökningar och resultat rörande psykiskt status*

Inledningsvis angavs innehåll och hypoteser. Här följer för varje observation definitioner och resultatredovisning. Redovisningen sker i tabellerna 7.1–7.11 och, såvitt gäller sekvensmodellen, för samtliga observerade reaktioner i tabell 7.12. I tabell 7.13 redovisas vissa enstaka psykiska symtom.

1) Pojkarnas motivation (tabell 7.1)

Barnpsykiatern har haft att på basis av sin intervju söka bedöma hur pass motiverad pojken visat sig inför undersökningen. De fem skalsteg som förelegat för registrering var följande:

1. Aktivt avvisande. Ingen motivation.
2. Mycket liten motivation, gör en del invändningar och protester.
3. Liten eller adekvat motivation, relativt negativ men inga invändningar.
4. Ganska god motivation, relativt positiv och accepterande men ändå passiv.
5. God motivation, fullständigt accepterande och aktivt intresserad.

I *PU* ligger medelvärdet (tabell 7.1) för B-fall på 3,98 och för K-fallen på 4,42. Differensen −0,45. I *HU* var medeltalet för B-fall 3,78 och för K-fallen 4,15. Differens −0,37. Registrering 1–3, som innebär en på något sätt reserverad inställning till undersökningen, uppvisade i *PU* 19 % av B-fallen men endast 2,5 % av K-fallen. Differens 16,5 %, medelfel 7. I *HU* möter vi motsvarande dåliga motivation eller intresse i 30 % av B-fallen och i 9 % av K-fallen. Differensen 21 %, medelfel 5.

Registrering 5, dvs. ett direkt positivt intresse, förelåg i 21 % av B-fallen och i 45 %

Tabell 7.1 Medelvärden och skalvärden[a] rörande pojkarnas motivation.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medel-värde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde[a] 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,98	−0,45	0,14	0	2	6	25	8	x
	K	40	4,42			0	0	1	21	18	
HU	B	148	3,78	−0,37	0,11	2	2	39	80	20	x
	K	53	4,15			0	0	5	35	13	

[a] Antal motsvarar inte alltid N då här endast medtagits de fall som ingår i sekvensmodellen. Den parvisa matchningen avser totalantalet.

av K-fallen inom PU. Differens −24 %, medelfel 10. I HU var motsvarande siffror 13,5 % och 24,5 %. Differens −11 %, medelfel 7.

Den parvisa matchningen gav vid t-test också signifikant differens mellan B- och K-grupper i såväl PU som HU.

Tendensen var i PU och HU likartad inom alla strata och i PU mest markant inom lägsta socialgruppen, splittrad familj och yngre pojkar. B-fallen här hade ett medelvärde på 3,57 mot K-fallens 4,38. Differens −0,80, medelfel 0,34. I HU kunde dock denna i PU observerade mest markanta differens ej återfinnas.

Det är påtagligt och också naturligt att B-pojkarna är mindre motiverade för undersökningen än K-pojkarna.

Pojkarnas motivation i sekvensmodell (tabell 7.12.1)

När det gäller motivationen finner vi inga säkerställda skillnader vare sig beträffande omhändertagande eller fortsatt brottslighet. Om pojkarna visar intresse för undersökningen eller inte synes sålunda inte spela någon roll för den fortsatta utvecklingen.

2) Pojkarnas motorik, mimik, sätt att tala (tabell 7.2)

Pojkarnas sätt att bete sig vid undersökningen när det gällde mimik och motorik resp. sättet att tala registrerades på följande fem sätt:

1. Grövre motoriska störningar och/eller talfel.
2. Kontinuerlig motorisk oro med eventuella tics, paramimier och stamning. (Det tillämpliga skulle understrykas).
3. Påtagligt spänd, orolig med nervösa ryckningar och ibland tendens till tics eller stamning. (Det tillämpliga skulle även här strykas under).
4. Utan anmärkning men ändå viss spänning och nervös oro.
5. Utan anmärkning.

I *PU* förelåg för B-fallen ett medelvärde på 4.05, för K-fallen 4,52. Differens −0,47. I *HU* var motsvarande medelvärde 4,47 resp. 4,60. Differens −0,13. Den parvisa matchningen gav vid t-test signifikans såväl i PU som HU.

Tabell 7.2 Medelvärden och skalvärden rörande pojkarnas motorik m. m.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medel-värde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	4,05	−0,47	0,15	0	2	4	26	9	x
	K	40	4,52			0	0	2	15	23	
HU	B	148	4,47	−0,13	0,10	0	1	8	56	78	x
	K	53	4,60			0	0	2	17	34	

Markeringarna 1–3, som anger mera anmärkningsvärda förhållanden, förelåg i PU i 14 % av B-fallen och i 5 % av K-fallen. Differens 9 %, medelfel 6. I HU rörde det sig om 6 % resp. 4 %. Differens 2 %, medelfel 3.

Markering 5, dvs. pojkar helt utan anmärkning i fråga om mimik, motorik och sätt att tala, angavs i PU i 22 % av B-fallen och 58 % av K-fallen. Differens −36 %, medelfel 15. I HU var motsvarande procenttal 55 resp. 62 %.

Tendensen är genomgående densamma i olika strata.

Medelvärdena anger sålunda signifikanta differenser mellan B- och K-pojkar och markeringarna i övrigt tendenser i samma riktning.

Pojkarnas motorik, mimik i sekvensmodell (tabell 7.12.2)

Vi finner inte några signifikanta differenser vare sig när det gäller omhändertagande och placering eller brottslighet efter 18 år beträffande förekomst eller icke förekomst av motoriska störningar, tics, paramimier, stamning, nervösa ryckningar eller spänningstillstånd med motorisk oro vid undersökningstillfället.

3) Kontakten med pojkarna vid undersökningen (tabell 7.3)

Barnpsykiaterns möjligheter att få kontakt med pojkarna har sökt åskådliggöras genom registrering i följande fem grader.

1. Absolut dålig kontakt, pojken sluten och otillgänglig.
2. Mindre god kontakt, pojken inbunden, butter, retlig men ej otillgänglig.
3. God kontakt, kanske tveksam men ingenting påtagligt.
4. Mycket god men ändå försiktig, dröjande, pojken dock mjuk, öppen och tillgänglig.
5. Absolut god kontakt. Öppen, tillgänglig, mjuk, nyanserad, spontan.

I *PU* ligger medelvärdet för B-fallen på 3,48 och för K-fallen på 4,02. Differens −0,54. I *HU* är motsvarande värden för B-fallen 3,36 och för K-fallen 3,89. Differens −0,53. Den parvisa matchningen ger signifikant differens vid t-test.

Markeringarna 1+2 är = 2, dvs. markering 1 har ej förekommit. Denna mindre goda kontakt har registrerats i PU i 16 % av B-fallen men inte i något K-fall. Differensen 16 %, medelfel 6. I *HU* finner vi 11 % resp. 4 %. Differens 7 %, medelfel 4.

Markering 5, dvs. absolut god kontakt, anges i *PU* i 16 % av B-fallen och i 32 % av K-fallen. Differens −16 %, medelfel 10. I *HU* förelåg denna markering i 5 % resp. 15 %. Differens −10 %, medelfel 5.

Tendensen är densamma i olika strata. Mest påtaglig tycks den dock vara för pojkarna inom de högre socialklasserna (B-fall medelvärde i HU 3,46, K-fall 4,17, differens −0,71, medelfel 0,18) och inom denna socialgrupp splittrade familjer (B-fall medelvärde i HU 3,48, K-fall 4,50. Differens −1,02, medelfel 0,34).

Även när det gäller den kontakt som undersökaren tycker sig uppnå är situationen likartad den vi konstaterat beträffande moti-

Tabell 7.3 Medelvärden och skalvärden rörande kontakten med pojkarna vid undersökningen.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σm	Skalsteg 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,48	−0,54	0,19	0	6	16	13	6	x
	K	40	4,02			0	0	12	15	13	
HU	B	148	3,36	−0,53	0,12	0	16	61	45	21	x
	K	53	3,89			0	2	10	33	8	

vation och motorik, en signifikant differens när det gäller medelvärden och samma tendens inför markeringarna på den 5-gradiga skalan.

Kontakten med pojkarna vid undersökningen i sekvensmodell (tabell 7.12.3)

Av tabellen framgår att undersökningen givit samma resultat som när det gällt motivation och motorik. Den upplevelse av kontakt eller brist på sådan som psykiatern upplever påverkar inte vare sig frekvensen omhändertagna eller återfallen i brottslighet efter 18-årsåldern.

4) Pojkarnas emotionella grundstämning vid undersökningen (tabell 7.4)

Den känslomässiga grundstämningens samband med undersökningen har av barnpsykiatern värderats efter följande gradering.

1. Förhöjd: Glättig, rastlös, livligt upprymd.
2. Något förhöjd: Intensiv, driftig, planlös, fladdrig.
3. Ordinär: Ingendera av 1, 2, 4 eller 5.
4. Något nedstämd eller depressiv: Dyster, inbunden, monoton.
5. Tungsint, hämmad, grubblande, deprimerad.

Markeringen 1 och 5 har inte angivits i något fall vare sig i PU eller HU. Även 2:orna är ovanliga och förekommer i PU endast i fyra B-fall (10 %). Differens 10 %, medelfel 5. Däremot anges 4:or i större utsträckning. I *PU* finner vi således 24 % av B-fallen förete viss inbundenhet eller nedstämdhet och 10 % av K-fallen. Differens 14 %, medelfel 8. I *HU* är motsvarande procenttal 4:or 18 resp. 9 %.

Detta medför i *PU* ett medelvärde på 3,14 för B-gruppen och 3,10 för K-gruppen. Differens 0,04.

I *HU* är motsvarande siffror 3,12 resp. 3,06. Differens 0,06 och medelfel 0,06. Inte heller här möter vi således någon signifikant differens. Den parvisa matchningen ger med t-test samma resultat, dvs. ingen signifikant differens.

Pojkarnas emotionella grundstämning i sekvensmodell (tabell 7.12.4)

I fråga om förhöjd grundstämning i relation till sänkt dylik möter vi för B-pojkar med förhöjd grundstämning en signifikant högre frekvens återfall i brott efter 18 år. Resultatet är knappast i och för sig förvånande men signifikansen sammanhänger med att samtliga fyra pojkar med förhöjd sinnesstämning återfaller i brott.

5) Pojkarnas uppmärksamhet vid undersökningen (tabell 7.5)

Uppmärksamheten hos pojkarna i samband med undersökningen har registrerats enligt följande skala:

1. Absolut dålig uppmärksamhet. Slö, passiv, måste stimuleras och väckas.

Tabell 7.4 Medelvärden och skalvärden rörande pojkarnas emotionella grundstämning vid undersökningen.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,14	0,04	0,10	0	4	27	10	0	–
	K	40	3,10			0	0	36	4	0	
HU	B	148	3,12	0,06	0,06	0	4	118	21	0	–
	K	53	3,06			0	2	46	5	0	

Tabell 7.5 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas uppmärksamhet vid undersökningen.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,31	−0,94	0,23	1	10	15	7	8	x
	K	40	4,25			0	3	5	11	21	
HU	B	148	3,49	−0,79	0,13	0	16	61	45	21	x
	K	53	4,28			0	0	11	16	26	

2. Mindre god uppmärksamhet, lite slö, passiv eller drömmande.
3. God uppmärksamhet. Ordinär, jämn.
4. Mycket god uppmärksamhet men inte direkt pigg och aktiv.
5. Absolut god uppmärksamhet, pigg, vaken, aktiv.

Medelvärdena blir i *PU* 3,31 för B-gruppen, 4,25 för K-gruppen och i *HU* 3,49 för B-gruppen och 4,28 för K-gruppen. Differens i HU −0,79 är signifikant, medelfel 0,13. Vid parvis matchning ger också t-test signifikans.

I *PU* finner vi den enda 1:an och 24 % 2:or. K-fallen omfattar 7,5 % 2:or. Differens 16,5 %, medelfel 6. I *HU* anges 11 % B-fall höra hit men inget K-fall. Differens 11 %, medelfel 3.

Absolut god uppmärksamhet dvs. markering 5, anges i *PU* för 19 % av B-fallen och 53 % av K-fallen. Differens −34 %, medelfel 10. I *HU* är motsvarande siffror 15 % och 49 %. Differens −34 %, medelfel 7. B-pojkarna företer sålunda en mindre god uppmärksamhet än K-pojkarna enligt psykiaterns bedömning.

Pojkarnas uppmärksamhet i sekvensmodell (tabell 7.12.5)

Dålig uppmärksamhet visar sig i *PU* leda till relativt höga frekvenser omhändertaganden (27 % mot för övriga 13 %) och brott efter 18 år (64 och 33 %). Skillnaderna är dock ej signifikanta och tendenserna i *PU* återfinns ej i *HU*.

6) Pojkarnas självförtroende i uppträdandet (tabell 7.6)

När det gäller pojkarnas självförtroende, så som detta avspeglar sig i deras uppträdande under intervju och undersökning, har fem möjligheter till registrering av deras attityder förelegat:

1. Överdriven självsäkerhet.
2. Fullt säker på sig själv, ingen osäkerhet eller tvekan.
3. Endast tillfällig tvekan eller osäkerhet.
4. Något osäker och tvekande.
5. Ytterligt osäker och tvekande.

I *PU* finner vi medelvärdet för B-fallen vara 3,21 och för K-fallen 2,75. Differens

Tabell 7.6 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas självförtroende i uppträdandet.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,21	0,46	0,18	2	4	18	16	1	–
	K	40	2,75			0	18	14	8	0	
HU	B	148	2,72	0	0	6	58	49	30	0	–
	K	53	2,72			0	18	32	3	0	

0,46. Differensen när det gäller äldre ungdomar ger för 15 B-fall 3,43 och för 12 K-fall 2,67. Differens 0,76, medelfel 0,26. I *HU* är medelvärdet för B- och K-grupp detsamma och ligger på 2,72.

Markering 1+2, dvs. relativt *stort självförtroende*, visade i *PU* 14 % av B-fallen och 45 % av K-fallen. Differens −31 %, medelfel 10. I *HU* hade 43 % av B-pojkarna detta större självförtroende och 34 % av K-fallen. Differens 9 %, medelfel 8. *Motsatsen*, markering 4+5, med osäkerhet och tveksamhet i sin attityd angavs i *PU* för 40 % av B-pojkarna och för 20 % av K-fallen. Differens 20 %, medelfel 10. I *HU* var motsvarande uppgifter 21 % resp. 6 %. Differens 15 %, medelfel 5. Markering 5 angavs ej i HU för vare sig B- eller K-fall.

Parvis matchning och t-test gav ingen signifikans i differensen mellan B- och K-grupp, och övriga resultat ter sig motsägelsefulla. Osäkerhet och tveksamhet synes dock vara mera karaktäristiskt för B-pojkarna än för K-pojkarna.

Pojkarnas självförtroende i sekvensmodell (tabell 7.12.6)

Här har pojkar med påtaglig självsäkerhet ställts mot dem som bedömts vara mera osäkra och förete ett dåligt självförtroende. Materialet reduceras på detta sätt avsevärt. I *PU* framträder trots detta en på mindre än 5 %-nivå (p = 0,043) signifikant differens med högre frekvens återfall i brott efter 18 år när det gäller de självsäkra ungdomarna med stort självförtroende (50 % mot 29 % för de osäkra med dåligt självförtroende). Resultatet i PU verifieras dock ej i HU.

7) Pojkarnas intellektuella rörlighet (tabell 7.7)

Pojkarnas intellektuella rörlighet, dvs. i viss mån begåvning, har blivit föremål för skattning enligt följande skala:

1. Absolut dålig. Fattar ofta inte alls vad man menar.
2. Mindre god. Fattar med stor svårighet, trög, oklar, diffus.
3. God och i huvudsak ordinär uppfattningsförmåga men kanske ibland vissa svårigheter.
4. Mycket god intellektuell rörlighet. Inga särskilda svårigheter uppfatta frågeställningar.
5. Absolut god uppfattningsförmåga, inga svårigheter. Klar och redig.

I *PU* uppnår B-fallen ett medelvärde på 3,29 och K-fallen ett motsvarande värde på 3,83. Differensen −0,54. I *HU* låg medelvärdet för B-fallen på 3,41 och för K-fallen på 3,81. Differens −0,40.

Tendensen var genomgående inom olika strata och differensen i *PU* högst bland de yngre pojkarna, −0,81, medelfel 0,23. För dessa i de högre socialgrupperna (1+2) uppmättes den största differensen −1,13, medelfel 0,46. I *HU* är det emellertid i stället de äldre pojkarna som uppvisar den högsta differensen (−0,71, medelfel 0,13). Medan B-fallen ligger på det totala genomsnittets nivå (3,43) ligger K-fallen högre (4,14). Speciellt gäller detta socialgrupp 1+2 med för 37 B-fall ett medelvärde på 3,65 och för motsvarande 15 K-fall 4,60. Differens −0,95, medelfel 0,19.

I såväl PU som HU ligger K-fallen på signifikant högre nivå än B-fallen vid parvis matchning och t-test.

Markering 1 saknas i såväl PU som HU.

Mindre god intellektuell rörlighet (marke-

Tabell 7.7 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas intellektuella rörlighet.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalvärde 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,29	−0,54	0,17	0	5	23	10	3	x
	K	40	3,83			0	0	14	17	9	
HU	B	148	3,41	−0,40	0,10	0	11	67	62	3	x
	K	53	3,81			0	0	19	25	9	

ring 2) förelåg i *PU* i fem B-fall (12 %), men inte i något K-fall. I *HU* angavs denna markering i 7 % av B-fallen men inte heller här i något av K-fallen. Differens 7 %, medelfel 2 %.

Mycket god intellektuell rörlighet (markering 4) angavs i *PU* i 26 % av B-fallen och i 43 % av K-fallen. Differens −17 %, medelfel 10. I *HU* föll 44 % av B-fallen inom denna markering och 47 % av K-fallen. Differens −3 %, medelfel 8. Den högsta markeringen, 5, dvs. absolut god intellektuell rörlighet angavs i *PU* för 7 % av B-fallen och 23 % av K-fallen. Differens −16 %, medelfel 8. I *HU* registrerades endast 2 % B-fall på detta sätt och 17 % av K-fallen. Differensen har −15 %, medelfel 5.

De två högsta markeringarna, 4+5, ger i PU 33 % B-fall och 65 % K-fall. Differens −32 %, medelfel 10. I *HU* blir motsvarande siffror 46 % och 64 %. Differens −18 %, medelfel 8.

Den intellektuella rörligheten har otvivelaktigt bedömts som bättre för K-pojkarnas räkning.

Pojkarnas intellektuella rörlighet i sekvensmodell (tabell 7.12.7)

Genomgående ligger procenttalen för B-pojkarna högre såväl när det gäller omhändertagande före som i fråga om återfall i brottslighet efter 18-årsåldern, när pojkarnas intellektuella rörlighet bedömts som dålig eller mindre god i förhållande till procenttalen när den intellektuella rörligheten betraktats som god eller mer än ordinär. Skillnaderna är dock ej statistiskt säkerställda.

8) Pojkarnas samhällsorientering (tabell 7.8)

Pojkarnas allmänna orientering i samhället har man sökt bedöma genom enkla frågor som berört t. ex. dåvarande konungens namn, namnen på några politiker, på kulturpersonligheter över huvud taget samt kunskaper om olika styrelsesätt. Även här har en femgradig skala utnyttjats:

1. Absolut dålig samhällsorientering. Saknar helt dylik och intressen över huvud taget. Ytlig i alla avseenden även där han eventuellt anger intresse.
2. Mindre god samhällsorientering, läser aldrig och följer ej med vad som händer och sker. Kan inga eller blott något enstaka namn på levande statsmän eller andra kulturpersonligheter. Har dock vissa intressen och kan en del på dessa områden.
3. God samhällsorientering. Läser mycket sällan men vet ändå något om samhällets uppbyggnad och styrelsesätt och kan nämna några namn på kulturpersonligheter.
4. Mycket god samhällsorientering. Allmänorienterad även om han är osäker på en hel del. Läser sällan men dock ibland.
5. Absolut god samhällsorientering. Läser tidningar och böcker och följer med på flera områden. Vet namn på politiker i utlandet och i Sverige. Kan skilja på demokrati och diktatur. Kan en hel del namn på levande kulturpersonligheter.

I *PU* uppnår B-fallen ett medelvärde på 2,57 och K-fallen når värdet 3,22. Differens −0,65. I *HU* är motsvarande värden något högre. B-fallen ligger på 2,73 och K-fallen på 3,40. Differensen är densamma eller −0,67.

Tabell 7.8 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas samhällsorientering

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalsteg 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	2,57	−0,65	0,19	5	16	12	8	0	–
	K	40	3,22			0	11	13	12	4	
HU	B	148	2,73	−0,67	0,14	16	40	56	30	1	x
	K	53	3,40			1	6	20	23	3	

Den parvisa matchningen ger i HU signifikans vid t-test.

Tendensen är likartad inom alla strata. När det gäller B-fallen ligger medelvärdena på i stort sett samma nivå, medan K-fallen varierar mer inom olika strata. Hos äldre pojkar i HU är differensen mellan B- och K-fall signifikant men ej hos de yngre vilket helt beror på K-fallen. Hos de äldre är sålunda medelvärdet för B-fallen 2,74, hos de yngre 2,72, medan siffrorna för K-fallen är 3,66 resp. 3,08. Differensen när det gäller de äldre blir −0,91, medelfel 0,19, för de yngre −0,37, medelfel 0,21. För de äldre inom splittrad familjetyp möter vi de största differenserna mellan B- och K-grupper och detta oberoende av socialgrupp. Medelvärdet för 30 B-fall och 11 K-fall är här 2,60 resp. 3,73. Differens −1,13, medelfel 0,31.

Absolut dålig samhällsorientering (markering 1) möter vi i *PU* i 12 % av B-fallen men inte i något K-fall. Differens 12 %, medelfel 5. I *HU* finner vi en dylik i 11 % av B-fallen och 2 % av K-fallen. Differens 9 %, medelfel 3.

Mindre god samhällsorientering (markering 2) omfattar i *PU* 38 % B-fall och 28 % K-fall. Differens 10 %, medelfel 10.

Mycket god samhällsorientering (markering 4) anges i *PU* i 19 % av B-fallen och 30 % av K-fallen. Differens −11 %, medelfel 9. I *HU* anges 21 % B-fall och 43 % K-fall. Differens −22 %, medelfel 8.

Absolut god samhällsorientering (markering 5) förekommer i *PU* inte i något B-fall men i 10 % av K-fallen. Differens −10 %, medelfel 5. I *HU* har endast ett av de 148 B-fallen fått denna registrering (0,7 %) mot tre av de 53 K-fallen (5,7 %). Differensen här −5 %, medelfel 3.

En bättre samhällsorientering karaktäriserar sålunda otvivelaktigt K-pojkarna i förhållande till B-pojkarna.

Pojkarnas samhällsorientering i sekvensmodell (tabell 7.12.8)

Av tabellen framgår att de dåligt samhällsorienterade B-pojkarna vare sig i PU eller HU omhändertagits och placerats i signifikant högre frekvens än de bättre orienterade. Detsamma gäller även återfall i brott efter 18 år.

9) Pojkarnas omdöme och självkritik (tabell 7.9)

Ett försök har också gjorts att bedöma vederbörande pojkars självkritik och omdöme. Registreringen har här gjorts så att det högsta skalstrecket omfattar det bästa omdömet, dvs. markeringen görs enligt följande:

1. Mycket gott omdöme och mycket god självkritik.
2. Gott omdöme och god självkritik.
3. Genomsnittlig självkritik.
4. Mindre gott omdöme och ganska dålig självkritik.
5. Dåligt omdöme och obekymrad om sina prestationer.

I *PU* finner vi här ett medelvärde när det gäller B-fallen på 3,09 och för K-fallen 2,00. Differens 1,09. I *HU* är motsvarande siffror för B-fallen 3,10, för K-fallen 2,38. Differensen 0,72. Den parvisa matchningen ger signifikans vid t-test såväl i PU som i HU.

Tendensen är genomgående inom alla strata. Diskrepansen mellan B- och K-fall är störst för de äldre pojkarna inom socialgrupp 1 + 2 (1,67) vilket sammanhänger med att K-gruppen här uppvisar en genomsnittligt relativt låg siffra, dvs. ett bättre omdöme (1,33), B-fallen skiljer sig icke från det totala genomsnittet (3,00 resp. 3,09). Differensens medelfel är 0,22.

Tabell 7.9 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas omdöme och självkritik.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalsteg 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	42	3,09	1,09	0,11	0	5	27	8	1	x
	K	40	2,00			3	19	18	0	0	
HU	B	148	3,10	0,72	0,14	0	30	71	41	1	x
	K	52	2,38			15	23	13	1	0	

Mycket gott omdöme (markering 1) anges i *PU* inte för något av B-fallen men för 7,5 % av K-fallen. I *HU* har inte heller något av B-fallen registrerats men 29 % av K-fallen. Differens −29 %, medelfel 6.

Gott omdöme (markering 2) anges i *PU* för 14 % av B-fallen och för 48 % av K-fallen. Differens −34 %, medelfel 10. I *HU* registreras 21 % B-fall och 44 % K-fall. Differens −23 %, medelfel 8.

Mindre gott omdöme (markering 4) uppges i *PU* föreligga i 19 % av B-fallen men inte i något K-fall. Differens 19 %, medelfel 6. I *HU* uppges 28 % B-fall och 2 % K-fall. Differens 26 %, medelfel 4.

Dåligt omdöme (markering 5) har i PU och HU endast registrerats vardera i ett B-fall och inget K-fall.

Genomsnittligt sett har sålunda registrerats bättre omdöme bland K-pojkarna än bland B-pojkarna.

Pojkarnas omdöme i sekvensmodell (tabell 7.12.9)

De B- och K-fall som registrerats och bedömts ha gott omdöme (markeringar 1 och 2) har jämförts med de pojkar som ansetts ha mindre gott eller dåligt omdöme (markeringar 4 och 5). När det gäller B-fallen framträder skillnader såväl beträffande omhändertagande och placering som när det gäller återfall i brott. Differenserna går alltid i samma riktning. Materialet i PU är dock för litet för att där ge signifikans medan i HU de B-pojkar, som av psykiater bedömts förete dåligt omdöme i förhållande till dem som ansetts ha gott omdöme, företer en högre frekvens såväl omhändertagande före 18-årsåldern ($p = 0.011$) som fortsatt brottslighet efter denna ålder ($p = 0.005$).

10) Pojkarnas ångest- och samvetsreaktioner (tabell 7.10)

Pojkarnas benägenhet att reagera med ångest- och samvetsreaktioner inför felhandlingar har också sökt bedömas. De fem skalstegen har angetts på följande sätt:

1. Gör ett absolut intryck av att inför olika felhandlingar vara oberörd och okänslig, med andra ord i olika situationer känslokall och oengagerad utan vanliga ångest- och samvetsreaktioner. Syns ej alls ha behov av förlåtelse då han kommit i konflikt. Reagerar över huvud taget inte som andra med ängslan, oro och ångest.
2. Förefaller förete mera obetydliga tecken på ångest- och samvetsreaktioner, reagerar sålunda mycket lite och mera sällan med ångest och oro och ångrar sig inte alltid inför felhandlingar.
3. Uppvisar ordinära och adekvata ångest- och samvetsreaktioner inför upplevelser och handlingar av olika slag. Ångrar sig inför felhandlingar.
4. Visar mer ängslan och oro, ångest- och samvetsreaktioner än vad som är ordinärt inför både felhandlingar och i övrigt men kan dock någorlunda behärska sin ångest och synes inte lida av samvetsförebråelser sedan han lugnat sig.
5. Reagerar med överdriven ångest och oro som ej är adekvat till upplevelser eller given situation.

Tabell 7.10 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas ångest- och samvetsreaktioner.

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalsteg 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	38	2,82	−0,18	0,27	0	9	28	0	1	–
	K	4	3,00			0	0	4	0	0	
HU	B	148	2,77	−0,53	0,08	1	35	102	5	0	x
	K	53	3,30			0	0	39	12	2	

I *PU* har K-fallen endast i några undantagsfall registrerats. Här finner vi ett medelvärde för B-fallen på 2,82 och för K-fallen på 3.00. Differens −0,18. I *HU* är motsvarande värden för B-fallen 2,77 och för K-fallen 3,30. Differensen −0,53. Den parvisa matchningen ger i HU signifikans vid t-test.

Tendensen är i HU genomgående densamma inom olika strata.

Markering 1 har endast ett B-fall i HU. Markering 1+2, dvs. mera *obetydliga ångest- och samvetsreaktioner* uppges i 24 % av B-fallen i PU. I HU får 26 % av B-fallen denna registrering men inte något av K-fallen.

Markering 4+5, dvs. *mer än ordinära ångestreaktioner* anges i *PU* i 3 % av B-fallen. I *HU* finner vi också 3 % av B-fallen och 26 % av K-fallen. Differens −23 %, medelfel 6.

En högre frekvens mer än ordinära ångest- och samvetsreaktioner karaktäriserar K-fallen i förhållande till B-fallen och brister i ångest- och samvetsreaktionerna synes endast karaktärisera B-pojkarna.

Pojkarnas ångest- och samvetsreaktion i sekvensmodell (tabell 7.12.10)

De pojkar som karaktäriserats och registrerats förete brister i ångest- och samvetsreaktionerna har jämförts med de pojkar som uppvisat mera uttalade dylika. Materialet i *PU* räcker ej för en analys. I *HU* finner vi numeriskt relativt höga frekvenser såväl omhändertagna före (33 %) som återfall efter 18 år (56 %), när brister ansetts föreligga. Differenserna blir dock ej signifikanta (p = 0.158 och 0.187).

11) Pojkarnas attityd till "brottet" resp. "brott" (tabell 7.11)

B-pojkarnas attityd till begångna "brott" och K-pojkarnas till "brott" över huvud taget har också angivits i en femgradig skala enligt följande:

1. Positiv inställning till brott. Tycker att det är naturligt att det blir så. Ingen anledning ångra om man begått det. Reagerar inte mot brott av typen snatterier, stöld, inbrott och liknande förseelser.
2. Slapp och osäker eller nonchalant attityd inför brott. Viss brist på reell förståelse för den allmänna reaktionen mot brott och brottslighet.
3. Ordinär reaktion. Uttalar att han inte själv skulle vilja begå brott och om han gjort det skulle han ångra sig och inte vilja göra om det.
4. Kraftig reaktion mot brottslighet. Ogillar brott och dem som begår det men har ändå viss förståelse inför företeelsen.
5. Kraftigare negativ reaktion med en moraliserande attityd och krav på stränga straff och dylikt.

I *PU* har endast 37 B-fall bedömts. Genomsnittsvärdet ligger här på 2,84. I *HU* är medelvärdet för B-fallen 2,87 och för K-fallen 3,57. Differensen −0,70. Den parvisa matchningen ger i HU signifikans vid t-test.

Tabell 7.11 Medelvärden och skalvärden beträffande pojkarnas attityd till "brottet" resp. "brott".

PU resp. HU	B resp. K	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Skalsteg 1	2	3	4	5	Parvis matchn. Sign.
PU	B	37	2,84			1	4	32	0	0	
	K[a]										
HU	B	147	2,87	−0,70	0,08	1	26	104	11	0	x
	K	53	3,57			0	0	23	30	0	

[a] Fattas.

Tabell 7.12 Psykiskt status i sekvensmodell

Symtom		PU								HU							
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	Motivation dålig	8	4				1				43	17	40			10	23		
	Motivation god	33	14	42		–	7	21		–	100	50	50	−10	–	24	24	– 1	–
	K-fall:																		
	Motivation dålig	1	0				0				5	3				0			
	Motivation god	39	4	10		–	0	0		–	48	4	8		–	1	2		–
2)	B-fall:																		
	Motori,, mimik, sätt att tala																		
	Symtom	6	2				1				9	4				3			
	Ej symtom	35	16	46		–	7	20		–	134	63	47		–	31	23		–
	K-fall:																		
	Motorik etc.																		
	Symtom	2	1				0				2	0				0			
	Ej symtom	38	3	8		–	0	0		–	51	7	14		–	1	2		–
3)	B-fall:																		
	Kontakt dålig	6	3				1				18	8	44			6	33		
	Kontakt dålig	35	15	43		–	7	20		–	125	59	47	– 3	–	28	22	11	–
	K-fall:																		
	Kontakt dålig	0									2	1				0			
	Kontakt god	40	4	10		–	0	0		–	51	6	12		–	1	2		–
4)	B-fall:																		
	Sinnesstämning																		
	Förhöjd	4	2				2				4	4	100			3	75		
	Sänkt	10	5	50		–	1	10		–	21	8	38	62	x	6	29	46	–
	K-fall:																		
	Sinnesstämning																		
	Förhöjd	0									2	0				0			
	Sänkt	4	0			–	0			–	5	3				0			–

5)	B-fall:																		
	Uppmärksamhet																		
	Mindre god	11	7	64	31	–	3	27	14	–	16	7	44	– 3	–	5	31	8	–
	God	30	10	33			4	13			127	60	47			29	23		
	K-fall:																		
	Uppmärksamhet																		
	Mindre god	3	0			–	0			–	0				–				–
	God	37	4	11			0	0			53	7	13			1	2		
6)	B-fall:																		
	Självförtroende																		
	Stort	6	3	50	21	x	2			–	64	32	50	7	–	16	25	8	–
	Litet	17	5	29			2	12			30	13	43			5	17		
	K-fall:																		
	Självförtroende																		
	Stort	18	2	11		–	0	0		–	18	2	11		–	1	6		–
	Litet	8	1				0				3	0				0			
7)	B-fall:																		
	Intell. rörligh.																		
	Dålig	5	2			–	2			–	11	6	55	18	–	4	36	14	–
	God	36	6	17			6	17			65	24	37			14	22		
	K-fall:																		
	Intell. rörligh.																		
	Dålig	0				–				–	0				–				–
	God	26	3	12			0	0			34	3	9			1	3		
8)	B-fall:																		
	Samhällsorient.																		
	Dålig	21	10	48	8	–	4	19	–1	–	56	29	52	8	–	17	30	10	–
	God	20	8	40			4	20			87	38	44			17	20		
	K-fall:																		
	Samhällsorient.																		
	Dålig	11	2	18	11	–	0	0	0	–	7	3			–	0			–
	God	29	2	7			0	0			46	4	9			1	2		
9)	B-fall:																		
	Omdöme o. självkrit.																		
	Gott	5	1			–	0			–	30	10	33	–34	xx	4	13	–27	x
	Dåligt	9	5				4				42	28	67			17	40		
	K-fall:																		
	Omdöme etc.																		
	Gott	22	3	14		–	0	0		–	38	3	8		–	0	0		–
	Dåligt	0									1	0				0			

(forts. på sid. 146)

(forts. fr. sid. 145)

Diagnos	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
10) B-fall:																		
Ång. o. samvetsreak.																		
Inga	9	5				3				36	19	53			12	33		
Uttalade	1	0			–	0			–	5	1			–	0			–
K-fall:																		
Ång. o. samvetsreak.																		
Inga	0									0								
Uttalade	0				–				–	14	0	0		–	0	0		–
11) B-fall:																		
Attityd. t. "brottet"																		
Pos.	5	3				2				27	17	63			13	48		
Neg.	0				–				–	11	2	18	45	x	1	9	39	x
K-fall:																		
Attityd t. "brott"																		
Pos.	–	–	–	–		–	–	–		0								
Neg.	–	–	–			–	–			30	2	7		–	0	0		–

Tendensen är sedan genomgående densamma inom olika strata. För de äldre pojkarna i den lägre socialgruppen med fullständig familj skiljer sig B- och K-fall tydligare än inom övriga grupper. (Medelvärdena är här 2,79 resp. 3,75, differensen −0,96, medelfelet 0,21).

Positiv inställning till brott (markering 1) förekommer i *PU* i ett B-fall och i *HU* också i ett B-fall men inte i något K-fall.

Nonchalant attityd (markering 2) anges i *PU* i 11 % av B-fallen. I *HU* har 19 % av B-fallen fått denna markering och inte heller här något av K-fallen. Differens 19 %, medelfel 3.

Kraftig reaktion mot brott (markering 4 och 5) förekommer ej bland *PU*: s B-fall och markering 5 ej heller i *HU* vare sig bland B- eller K-fall. I *HU* har emellertid 7 % av B-fallen registrerats som 4: or och 57 % av K-fallen. Differens −50 %, medelfel 7.

Det är påfallande att K-pojkarna har en annan attityd mot brott än B-pojkarna, som i viss och högre utsträckning intar en slapp och nonchalant attityd.

Pojkarnas attityd till "brottet" resp. "brott" i sekvensmodell (tabell 7.12.11)

Pojkar med positiv inställlning till brottsligt handlande och med nonchalant attityd till brott har jämförts med de pojkar som kraftigt reagerat mot brott. I *PU* blir materialet för litet för jämförelser men i *HU* finner vi en signifikant högre frekvens omhändertagande före 18 år ($p = 0.025$) och på samma sätt även högre frekvens återfall i brott efter 18 år ($p = 0.015$) för de B-pojkar som haft en positiv och/eller nonchalant attityd till brott.

12) Direkt påvisade enstaka psykiska symtom

Enstaka symtom i HU: s B- och K-grupp

I samband med psykiaterns undersökning har i HU angetts om pojkarna företett några speciella symtom. Som tidigare anförts har det gällt att bedöma om vederbörande verkat direkt *manisk* (i hög sinnesstämning) eller eventuellt *euforisk* (levt i en känsla av välbefinnande). Så har inte varit fallet i något vare sig B- eller K-fall.

Övriga registrerade enstaka symtom (tabell 7.13) har gällt om pojken gjort ett dysforiskt intryck (verkat otillfredsställd med sig själv och sin omgivning), verkat labil, slapp och likgiltig, torpid (slö, trög), blödig eller "tuff".

Som *dysforiska* har 6 % av B-pojkarna och 4 % av K-pojkarna registrerrats, som *labila* 2 % av såväl B- som K-pojkar, som *torpida* 4 resp. 2 % och som *blödiga* i såväl B- som K-grupp 2 %. Några signifikanta differenser mellan B- och K-grupper förekom inte beträffande dessa symtom.

Endast när det gäller slapphet och likgiltighet resp. "tuffhet" uppnås signifikanser. *Slapphet* uppvisade 4 % av B-fallen men inga K-fall och som "*tuffa*" registrerades 15 % av B-fallen men inte heller här något K-fall. Signifikanserna låg i förra fallet på 1 %-nivå och i det senare på 0,1 %-nivå.

Pojkarnas enstaka psykiska symtom i sekvensmodell

På grund av det genomgående låga antalet markeringar när det gäller de enstaka psykiska symtomen kan vi endast vänta oss differenser i sekvensmodellen när det gäller "tuff"-symptomet. Sådana differenser visade sig också föreligga. *Av de 20 "tuffa"* B-pojkarna *omhändertages* åtta (40 %) och av de 123 som icke markerats som "tuffa" omhändertages 19 (14 %). Differensen 26 % är signifikant på 5 %-nivå. *Beträffande återfall i brott* var motsvarande siffror 12 (60 %) och 46 (35 %). Differensen 25 % är även här signifikant ($p = 0.015$).

7.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande pojkarnas psykiska status*

Psykiaterns observationer beträffande olika delar av pojkarnas psykiska status har i regel definierats i en femgradig skala och resultatet blir sammanfattningsvis som följer.

Tabell, 7.13 Enstaka psykiska symtom i HU: s B- och K-grupper.

Symtom	143–144 B-fall	51–53 K-fall	B–K	
			%	Sign.
Dysforisk				
Antal	9	2		
%	6	4	2	–
Labil				
Antal	3	1		
%	2	2	0	–
Torpid				
Antal	6	1		
%	4	2	2	–
Blödig				
Antal	3	1		
%	2	2	0	–
Slapp och likgiltig				
Antal	7	0		
%	4	0	4	xx
Tuff				
Antal	20	0		
%	15	0	15	xxx

B-pojkarna visar sig i förhållande till K-pojkarna vara mindre motiverade för undersökningen, mer spända och nervösa, ge mindre god kontakt och vara mindre uppmärksamma, mindre intellektuellt rörliga och sämre samhällsorienterade. Vidare uppvisar B-pojkarna sämre omdöme och mindre självkritik, mindre ångest- och samvetsreaktioner och en mera nonchalant attityd till brott och brottslighet. De visar sig dessutom vid undersökningen dels mer slappa och likgiltiga, dels mer "tuffa".

Däremot framträder inga skillnader mellan B- och K-pojkar när det gäller emotionell grundstämning och inte heller beträffande självförtroende i uppträdandet. Detsamma gäller enskilda symtom som mani, eufori, dysfori, labilitet, torpiditet och blödighet, som för övrigt förekommer i mycket låg frekvens i såväl B- som K-grupper (högst 6 resp. högst 2 %).

Resultaten framstår som väntade och i huvudsak i överensstämmelse med tidigare uppfattningar och erfarenheter. Av speciellt intresse kan det anses vara att man i undersökningen också i likhet med tidigare iakttagelser kan konstatera två skilda typer som överväger bland B-pojkarna, en mera passiv, slapp och likgiltig personlighetstyp och en mera aktiv, som kan betecknas som "tuff".

B-pojkarna ter sig i flera avseenden emotionellt mera omogna än K-pojkarna. Undersökningen ger upplysning om på vilka punkter denna bristande mognad i huvudsak gör sig gällande.

Psykiskt status har, som tidigare nämnts, inte av litteraturen att döma visat sig ha något starkare samband med de unga lagöverträdarnas fortsatta utveckling. I huvudsak visar denna undersökning samma resultat, dock med ett par betydelsefulla undantag. Ett av psykiatern registrerat dåligt omdöme ger hos B-pojkarna en hög frekvens omhändertagande (40 % mot för de övriga 13 %) och på samma sätt hög frekvens återfall i brott (67 % mot för övriga 33 %). Detsamma gäller de B-pojkar som vid undersökningen deklarerat en positiv inställning till brott i förhållande till dem som sagt sig ta avstånd från brott och brottsligt handlande. Av de förra omhändertogs 48 % mot 9 % av de senare. Av de förra fortsätter också 63 % att efter 18-årsåldern begå brott medan endast 18 % av de senare återfaller.

Ett av de registrerade enskilda symtomen har medgivit en sambandsanalys och på samma sätt visat sig ha betydelse. Detta gäller markeringen "tuff". Det visar sig att så rubricerade B-pojkar i 40 % omhändertagits och placerats före och i 60 % återfallit i brott efter 18 års ålder. För de övriga var motsvarande siffror 14 och 35 %.

Trots tveksamhet rörande signifikans på grund av det begränsade antalet fall skall ännu ett sannolikt mycket betydelsefullt resultat poängteras. Det visar sig att en förhöjd grundstämning i förhållande till en sänkt dylik medför en högre risk för senare återfall i brott. I den slutliga sammanfattningen upptas denna iakttagelse till fortsatt diskussion.

På övriga punkter har pojkarnas psykiska status inte givit några signifikanta resultat i sekvensmodellen.

8 Symtomkombinationer

Symtom, som ansetts vara uttryck för i huvudsak samma typ av reaktioner, har i det följande sammanförts till symtomkombinationer. Det rör sig dels om i sjukhistorien uppgivna symtom men också om vid undersökningstillfället observerade dylika. Av kroppsliga symtomkombinationer gäller det t. ex. astma i kombination med andra former av allergiska manifestationer eller olika sammanställningar rörande natt- och dagvätning samt enkopres (avföring i byxorna). Habituella manipulationer i form av nagelbitning, fingersugning och mer eller mindre oegentligt även tics, spasmer och stereotypier av olika slag har vidare fått bilda olika mönster. Ångestsymtom har sammanförts liksom symtom av karaktären allmän motorisk oro, uppgifter i anamnes och status om sömnstörningar, besvär i form av organsymtom av skilda slag och symtom tydande på t. ex. aggressiv självhävdelse eller på sensitivitet och eftergivenhet. Vidare har överaktivitet och underaktivitet på samma sätt fått bilda symtomgrupper.

8.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

Inom barnpsykiatrisk forskning har enskilda symtom ofta sammanförts i olika kombinationer och deras frekvenser jämförts. Det har ibland rört sig om uppdelning i t. ex. A, B, C, D-barn allt efter frekvens och grad av kroppsliga sjukdomar och svaghetstillstånd. I samband med psykiska symtom har det kunnat gälla en gradering från praktiskt taget symtomfrihet över lätta resp. moderata eller måttliga symtom till uttalade dylika, karaktäriserande svårt störda grupper som utgör problem för sin omgivning och sig själva, dvs. s. k. problembarn resp. institutionsbarn. I andra situationer har symtom av viss typ fått bilda en grupp som t. ex. ett antal symtom som uppfattats som kroppsliga besvär med psykisk bakgrund ("psykosomatiska symtom") resp. symtom tydande på överkänslighet eller någon annan form av psykisk särart.

Differenser av skilda slag inom olika material har på detta sätt kunnat påvisas. Sålunda har jämförelser mellan resultat från skilda länder kunnat ge värdefulla upplysningar om utbredningar av inte bara olika symtom utan också av symtomgrupper. Som exempel må anföras den jämförelse som Cederblad (1968) gjort mellan Sudanesiska arabbarn och Stockholmspojkar i samma ålder. Hon konstaterade bl. a. ett psykiskt bättre men kroppsligt sämre hälsotillstånd hos arabbarnen än hos Stockholmspojkar i samma ålder. "Uttalade psykiska symtom" var bland arabbarnen endast 1/3 av det antal som förekom i det svenska jämförelsematerialet (se nedan). Antalet barn utan psykiskt påvisbara symtom var hos arabbarnen nära tre gånger så många som i ett stockholmsmaterial. Andra olikheter inom skilda material har på detta sätt också kunnat påvisas

och betydande köns- och åldersdifferenser har bl. a. kunnat fastställas och då ofta av likartad karaktär hos olika författare. Många utnyttjar andra författares resultat som kontrollmaterial i egna undersökningar. Jonsson och Kälvestens 222 Stockholmspojkar har sålunda fått tjäna som jämförelsematerial i åtskilliga sammanhang (t. ex. hos Jonsson 1967, Cederblad 1968, Bohman 1970). Även om definitionerna är detaljerade kan jämförelser av denna art dock försvåras på grund av grundmaterialens variationsrikedom. Samtidigt utförda undersökningar på klienter och till dem matchade kontroller ökar givetvis resultatens tillförlitlighet.

I samband med resultatbeskrivning och diskussion kommer i fortsättningen vissa jämförelser att här göras mellan andra författares resultat och våra egna.

8.2 *Egna undersökningar och resultat*

Resultatredovisningen sker i tabellerna 8.1–8.10 samt, i vad gäller sekvensmodellen, för samtliga symtomkombinationer i tabell 8.11.

1) Astma och andra former av allergier (tabell 8.1)

Astma har länge ansetts ha ett visst samband med aggressionshämning (Gunnarsson 1949). Mödrarna har ofta betraktats som överbeskyddande. Hos barnen skulle de ha framkallat ängsligt beroende parat med ett latent trots (Annell 1958). På samma sätt som astma har andra allergiska sjukdomar, eksem, hösnuva etc. tillhört den grupp där psykiska moment ansetts kunna spela en roll för uppkomst och utlösning av symtom.

Då såväl astma som andra former av allergier i vårt material var för sig uppträtt i mycket låg frekvens och ej förelegat i högre frekvens bland B-pojkar än bland K-pojkar har dessa symtom här kombinerats. Hypotesen har då varit att astma och andra allergiska manifestationer skulle vara vanligare bland B-pojkarna än bland K-pojkarna och att B-pojkarna med astma och allergier i högre utsträckning skulle bli omhändertagna och placerade före 18 år och i högre frekvens också återfalla i brott efter 18 år.

Det visar sig att varken i PU eller i HU några signifikanta differenser uppnås mellan B- och K-fall. I *PU* var frekvensen bland de 42 B-pojkarna 14 % och bland de 40 K-pojkarna 32 %. I *HU* förelåg dessa symtom i 4 % bland de 147 B-pojkarna och i 6 % av de 53 K-fallen. Differens −2 %. Jonsson fann i sin undersökning 14 % bland Skåpojkar och 13 % bland vanliga Stockholmspojkar dvs. inte heller där någon skillnad mellan grupperna.

Tabell 8.1 Förekomst av astma och andra allergier i B- och K-grupper

	Antal	Därav astma + allergi	%	B–K Diff.	Sign.
PU					
B	42	6	14	−18	–
K	40	13	32		
HU					
B	147	6	4	− 2	–
K	53	3	6		

Astma och allergier i sekvensmodell (tabell 8.11.1)

Materialet är alltför litet för att resultaten med någon grad av säkerhet skall kunna diskuteras. Givetvis uppnås inga differenser av signifikant natur.

2) Förekomst av natt- och dagvätning samt enkopres

Antal dagvätare och enkopretiker är så få att sängvätningen helt dominerar resultaten.

I *PU* förelåg endast en kombination och detta i ett K-fall, som uppvisade sängvätning plus enkopres.

I *HU* förekom alla tre symtomen i kombinationer i ett B-fall. Två symtom förelåg i fem B-fall (3 %) och i ett K-fall (2 %) dvs. sängvätning plus enkopres registrerades i två

Tabell 8.11 Symtomkombinationer i sekvensmodell

Symtomkombinationer		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fall:																		
	Astma och allergier	4	1				0				6	3				1			
	Ej dito	37	17	46		–	8	22		–	137	65	47		–	33	24		–
	K-fall:																		
	Astma och allergier	11	1	9			0	0			3	0				0			
	Ej dito	28	3	11	– 2	–	0	0	0	–	50	7	14		–	1	2		–
2)	B-fall:																		
	Natt- o. dagvät. samt enkopres	10	4	40			1	10			30	14	47			10	33		
	Ej dito	31	14	45	– 5	–	7	23	–13	–	113	53	47	0	–	24	21	12	–
	K-fall:																		
	Natt- o. dagvät. samt enkopres	5	1				0				12	1	8			0	0		
	Ej dito	35	3	9		–	0	0		–	41	6	15	– 7	–	1	2	–2	–
3)	B-fall:																		
	Habituella manipulationer	24	10	42			4	17			62	34	55			18	29		
	Ej dito	17	8	47	– 5	–	4	24	– 7	–	80	32	40	15	–	15	19	10	–
	K-fall:																		
	Habituella manipulationer	23	1	4			0	0			28	4	14			0	0		
	Ej dito	10	1	10	– 6	–	0	0	0	–	25	3	12	2	–	1	4	–4	–
4)	B-fall:																		
	Ångestsymtom	13	6	46			1	8			38	16	42			11	29		
	Ej ångestsymtom	28	12	43	3	–	7	25	–17	–	104	50	48	– 6	–	22	21	8	–
	K-fall:																		
	Ångestsymtom	12	1	8			0	0			21	3	14			0	0		
	Ej ångestsymtom	28	3	11	– 3	–	0	0	0	–	32	4	13	1	–	1	3	–3	–
5)	B-fall:																		
	Motorisk oro	34	17	50			8	24			94	46	49			25	27		
	Ej dito	7	1			–	0			–	48	20	42	7	–	8	17	10	–

(forts. på sid 152)

(forts. fr. sid. 151)

	Symtom	PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
	K-fall:																		
	Motorisk oro	21	3	14			0	0			22	2	9			0	0		
	Ej dito	19	1	5	9	–	0	0	0	–	31	5	16	– 7	–	1	3	–3	–
6)	B-fall:																		
	Sömnrubbningar	11	3	27			0	0			32	18	56			10	31		
	Ej dito	30	15	50	–23	–	8	27	–27	–	110	48	44	12	–	23	21	10	–
	K-fall:																		
	Sömnrubbningar	9	2				0				13	1	8			1	8		
	Ej dito	31	2	6		–	0	0		–	40	6	15	7	–	0	0	8	–
7)	B-fall:																		
	Organsymtom	27	12	44			7	26			56	29	52			17	30		
	Ej dito	14	6	43	1	–	1	7	19	–	87	48	55	– 3	–	17	20	10	–
	K-fall:																		
	Organsymtom	20	3	15			0	0			18	2	11			0	0		
	Ej dito	20	1	5	10	–	0	0	0	–	35	5	14	– 3		1	3	–3	–
8)	B-fall:																		
	Aggressivitet	20	10	50			4	20			51	29	57			21	41		
	Ej dito	21	8	38	12	–	4	19	1	–	92	38	41	16	x	13	14	21	xxx
	K-fall:																		
	Aggressivitet	6	0				0				6	0				0			
	Ej dito	34	4	12		–	0	0		–	47	7	15		–	1	2		–
9)	B-fall:																		
	Sensitivitet	23	10	43			3	13			42	17	40			11	26		
	Ej sensitivitet	18	8	44	– 1	–	5	28	–15	–	100	49	49	– 9	–	22	22	4	–
	K-fall:																		
	Sensitivitet	20	1	5			0	0			30	4	13			0	0		
	Ej sensitivitet	20	3	15	–10	–	0	0	0	–	23	3	13	0	–	1	4	–4	–
10)	B-fall:																		
	Eftergivenhet	21	9	43			4	19			55	28	51			17	31		
	Ej eftergivenhet	20	9	45	– 2	–	4	20	– 1	–	87	38	44	7	x	16	18	13	–

	K-fall:																		
	Eftergivenhet	8	1			0			3	0				0					
	Ej eftergivenhet	32	3	9	–	0	0	–	50	7	14		–	1	2		–		
11)	B-fall:																		
	Stegr. (hög) aktiv.	33	16	48		8	24		97	53	55	25	xx	30	31	25	xxx		
	Ej dito	8	2		–	0		–	46	14	30			3	6				
	K-fall:																		
	Stegr. (hög) aktiv.	26	3	12		0	0		32	1	3			0	0				
	Ej dito	14	1	7	5 –	0	0	0 –	21	6	29	–26	x	1	5	–5	–		
12)	B-fall:																		
	Neds. (låg) aktiv.	17	9	53		4	24		29	10	34			7	24				
	Ej dito	24	9	38	15 –	4	17	7 –	113	56	50	–16	–	26	23	1	–		
	K-fall:																		
	Neds. (låg) aktiv.	5	1			0			5	3				0					
	Ej dito	35	3	9	–	0	0	–	48	4	8		–	1	2		–		

B-fall, säng- plus dagvätning i två B-fall och i ett K-fall samt dagvätning och enkopres i ett B-fall.

Även om B-pojkarna dominerar när det gäller kombinationer föreligger ingen signifikans mellan B- och K-pojkar. Resultatet är sålunda detsamma som när det gällde enbart sängvätning. Dessa resultat strider mot tidigare resultat, där man funnit högre frekvens sängvätning och enkopres. Det har dock i regel i dessa fall rört sig om institutionsfall medan det här rör sig om unga debutanter. (Jämför 2.4.1.)

Natt- och dagvätning jämte enkopres i sekvensmodell (tabell 8.11.2)

Vi finner här praktiskt taget samma siffror och resultat som när det gäller enbart sängvätning dvs. inga signifikanta differenser och inte heller tendenser därtill när det gäller B-pojkar med eller utan dessa symtom och omhändertagande före och återfall i brott efter 18 års ålder.

3) Förekomst av habituella manipulationer (tabell 8.2)

Hit har räknats nagelbitning, fingersugning och i en första sammanslagning av symtom även olika former av tics dvs. ofrivilliga snabba muskelsammandragningar vanligen i ansiktsmuskulaturen samt spasmer och andra stereotypier. Symtomen har fastställts antingen genom sjukhistorien eller vid undersökningstillfället.

Tabell 8.2 Förekomst av habituella manipulationer i B- och K-grupper.

	N	Medelvärde antal/pojke	Diff. B–K	σ_m	Sign.
PU					
B	42	0,81			
K	40	0,95	−0,14	0,16	–
HU					
B	146	0.58			
K	53	0.62	−0.04	0.12	–

Nagelbitning, fingersugning och/eller tics m. m. omfattar i *PU* 34 symtom bland B-fallen (0,81/fall) och 38 symtom bland K-fallen (0,95/fall). Differens −0,14. I *HU* var frekvensen något lägre men samma tendens dvs. 84 symtom bland B-fallen (0,58/fall) mot 33 bland K-fallen (0,62/fall). Differens −0,04. Här föreligger sålunda ingen säkerställd skillnad mellan B- och K-fall. Resultaten är likartade om enbart nagelbitning och fingersugning eller endera av dessa symtom plus övriga symtom jämförs. Samstämmighet råder också inom olika åldrar, socialgrupper och familjetyper.

Även dessa resultat skiljer sig från vad som ofta anförs i litteraturen. Där brukar anges en högre frekvens av dessa symtom bland asociala ungdomar och detta som ett uttryck för inre spänning och oro. Våra resultat gäller såväl när varje symtom tas för sig som när de slås ihop till en grupp. Den eventuella förklaring som antyddes när det gällde sängvätning, dvs. att det rör sig om debutanter och i andra undersökningar i regel om institutionsfall, kan inte uteslutas men är knappast adekvat här. Våra resultat kanske snarare tänkas sammanhänga med att vi hela tiden jämför barn i samma åldrar. Pojkarnas mödrar har också utfrågats på likartat sätt.

Habituella manipulationer i sekvensmodell (tabell 8.11.3)

Habituella manipulationer i form av nagelbitning och fingersugning uppvisade inga samband med omhändertagande resp. återfall i brott (se tabell 2.28). Trots att paramimier, spasmer och tics (jämför tabell 2.29 och tillhörande text) här tillförts, uppnås inte heller några signifikanta differenser mellan B-fall med och utan dessa symtom vare sig när det gäller omhändertagande eller återfall i brott. Beträffande återfall i brott föreligger dock en tydlig tendens ($p = 0.056$).

4) Förekomst av ångestsymtom (tabell 8.3)

Symtom som kan anses vara uttryck för ångest, direkt eller i form av symtom som nattskräck, depressioner eller tvångssymtom, antingen dessa förekommit i sjukhistorien eller vid undersökningen samt de fall som registrerats förete nedsatt emotionell grundstämning eller förhöjda ångest- och samvetsreaktioner, har förts in under denna grupp. Det rör sig här om sex mer eller mindre uttalade "ångest"-symtom.

Tabell 8.3 Förekomst av ångestsymtom i B- och K-grupper.

	N	Medelvärde antal/pojke	Diff. B–K	σm	Sign.
HU					
B	146	0.36			
K	53	0.72	−0.36	0.12	–

I *PU* finner vi numeriskt växlande värden inom olika strata och inga säkerställda differenser. I *HU* ligger genomsnittets symtom i 146 B-fall på 0,36 medan de 53 K-fallen når upp till 0,72 symtom per individ. Differensen −0,36.

Tendensen är genomgående inom olika strata och dominerar inom den lägsta socialklassen och inom splittrad familj, där B-gruppen ofta ligger på genomsnittsnivå men K-gruppen når högre värden. Speciellt gäller detta de yngre pojkarna. När det gäller samtliga 11–13-åringar är genomsnittet symtom för 67 B-fall 0,42 och för 24 K-fall 1,08. Differens −0,66 och medelfel 0,18. För dessa inom den lägre socialgruppen är motsvarande siffror 0,37, 1,40, −1,03 och 0,23 och för dessa (yngre inom denna socialgrupp) och därutöver splittrad familj är värdet för B-fallen 0,23 symtom/individ och för K-fallen 1,60. Differensen −1,37, medelfel 0,40.

K-fallen uppvisar sålunda generellt men speciellt när det gäller de yngre, och dessa från splittrad familj och lägsta socialklassen, mer symtom på ångest än motsvarande B-fall. B-pojkarna synes således reagera mindre med ångest och symtom som sammanhänger härmed än K-pojkarna.

Ångestsymtom i sekvensmodell (tabell 8.11.4)

Förekomst resp. icke förekomst vid en summering av ångestsymtom i anamnes och status visar inte några signifikanta differenser vare sig när det gäller frekvensen omhändertagna före 18 år eller beträffande återfall i brott efter 18 år.

5) Förekomst av motorisk oro (tabell 8.4)

Fyra symtom på motorisk oro har kombinerats. Det gäller här dels sjukhistoriens uppgift om allmän motorisk oro och oro under sömn, dels vid undersökningen konstaterade spänningar eller nervös oro resp. förhöjd grundstämning i form av rastlöshet och fladdrighet.

Tabell 8.4 Förekomst av motorisk oro.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σm	Sign.
PU					
B	42	1,36			
K	40	0,70	0,66	0,19	x
HU					
B	146	0,99			
K	53	0,70	0,29	0,15	x

I *PU* registreras för B-pojkarna i genomsnitt 1,36 symtom och för K-pojkarna 0,70 symtom av denna art. Differens 0,66. Tendensen är likartad inom samtliga bedömbara strata. I *HU* är situationen likartad. För B-pojkarna är medelvärdet 0,99 och för K-pojkarna 0,70. Differens 0,29. Differensen är större när det gäller de äldre pojkarna, där B-fallen ligger på ett genomsnittsvärde motsvarande 0,84 symtom/individ och K-fallen på 0,41 per individ. Differensen sålunda 0,43 och medelfelet 0,20.

Motorisk oro i sekvensmodell (tabell 8.11.5)

Den kombination av symtom som givit variabeln motorisk oro i detta kapitel leder vid sin förekomst inte till signifikant högre frekvenser vare sig av omhändertagande före

eller återfall efter 18 år, men den ger för B-pojkarnas räkning numeriskt högre frekvenser och i PU en tendens till högre frekvens återfall efter 18 år (p = 0.092).

6) Förekomst av sömnrubbningar i B- och K-grupper

Fyra olika symtom på sömnrubbningar dvs. orolig sömn, sömngående, nattskräck och obehagliga drömmar har kombinerats. Varken i PU eller HU möter vi några säkra skillnader mellan B- och K-grupper. Situationen är densamma inom olika strata.

Sömnrubbningar i sekvensmodell (tabell 8.11.6)

I *PU* finner vi bland B-pojkarna numeriskt höga frekvenser omhändertagande och återfall i den grupp som inte företett sömnrubbningar i jämförelse med situationen i den grupp som företett dylika. I *HU* är situationen omvänd. Några signifikanta differenser rör det sig inte om vare sig i PU eller HU.

7) Förekomst av organsymtom i B- och K-grupper (tabell 8.5)

Kombinationerna gäller dels olika tecken på nervösa mag- och tarmbesvär (sjukhistoriens magvärk, ofta förekommande illamåenden, kräkningar resp. tecken på förstoppning eller diarrétillstånd), huvudvärk samt eventuella hjärt- och ledbesvär samt muskelsmärtor.

Antalet dylika organsymtom visade sig i *PU* bland B-pojkarna i genomsnitt förekomma i en frekvens på 1,05 symtom. För K-pojkarna var antalet 0,80 symtom. Differensen 0,25.

I *HU* var motsvarande värden för B-pojkarna 0,73 och för K-pojkarna 0,45. Differens här 0,28. Differenserna är ej säkerställda. Den tendens som kan spåras är inte heller generell utan variationerna påtagliga inom olika strata. Inom dessa föreligger ej heller någon signifikans.

Högsta antalet i en kombination av symtom uppvisar dock B-fallen, som i ett fall når upp till sju av dessa nio symtom, medan K-fallen masimalt omfattar tre symtom.

Enbart de fem nervösa mag–tarmbesvären ger ett motsvarande resultat men en mera likartad fördelning inom olika strata.

Organsymtom i sekvensmodell (tabell 8.11.7)

En numerisk differens föreligger i *PU* beträffande omhändertagande och placering. Pojkar med organsymtom omhändertas i 26 % mot de övrigas 7 %. Differensen är dock inte signifikant och återkommer ej i HU eller när det gäller återfall i brott efter 18 år.

8) Förekomst av aggressivitet i B- och K-grupper (tabell 8.6)

Här har sammanförts olika symtom på mer eller mindre aggressiva utspel i form av uppgifter i anamnesen om förekomsten av aggressivt beteende, destruktivt beteende samt affektutbrott och vid undersökningen registrering av pojken som överdrivet självsäker, som oberörd inför felhandlingar eller som "tuff".

Tabell 8.5 Organsymtomens förekomst.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Sign.
PU					
B	42	1,05	0,25	0,22	–
K	40	0,80			
HU					
B	147	0,73	0,28	0,17	–
K	53	0,45			

Tabell 8.6 Förekomst av aggressiva tendenser.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Sign.
PU					
B	42	0,76	0,61	0,17	x
K	40	0,15			
HU					
B	147	0,53	0,40	0,12	x
K	53	0,13			

I *PU* omfattar denna kombination för B-pojkarna 0,76 symtom per individ och för K-pojkarna 0,15. Differens 0,61.

I *HU* är motsvarande värden för B-fallen 0,53 per individ, för K-fallen 0,13. Differens 0,40. Tendensen är genomgående densamma i olika strata såväl när det gäller PU som HU. De yngre pojkarna uppvisar i HU en högre symtomfrekvens inom B-gruppen (0,63 symtom per individ. Differensen blir här 0,51, medelfelet 0,18).

Teckentesten vid parvis matchning ger också signifikans i såväl PU som HU.

Om det väl subjektiva symtomet "tuff" borttages, blir resultatet detsamma.

Aggressivitet i sekvensmodell (tabell 8.11.8)

De symtom som lett till symtomkombinationen "aggressivitet" visar för B-pojkarnas del numeriskt högre frekvenser när det gäller såväl omhändertagande före som brott efter 18-årsåldern. I PU uppnås dock inga signifikanta differenser medan dessa i HU är signifikanta på 0.1 resp. 5 %-nivån.

9) Förekomst av sensitivitetssymtom i B- och K-grupper (tabell 8.7)

Till denna grupp har förts symtom talande för en överkänslighet hos pojken med symtom från sjukhistorien på ångest i form av irrationell ängslan eller angivande av depressiva drag och vidare en bedömning vid undersökningen som lett till registrering av blödighet, överkänslighet resp. depressiv grundstämning samt eventuellt modersfixering.

Tabell 8.7 Förekomst av sensitivitetssymtom.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σm	Sign.
PU					
B	42	0,86	0,23	0,19	–
K	40	0,63			
HU					
B	146	0,34	−0,49	0,11	x
K	53	0,83			

Ovannämnda sex symtom förekommer i *PU* i en frekvens bland B-pojkarna som uppgår till 0,86 per individ. För K-pojkarna är frekvensen 0,63. Differens 0,23. Teckentest vid parvis matchning ger ingen signifikans. Resultaten varierar dessutom inom olika strata.

I *HU* är situationen genomgående av annan typ och B-pojkarna har här ett medelvärde med 0,34 symtom per individ mot 0,83 för K-pojkarna. Differens −0,49. Teckentest vid parvis matchning ger i HU signifikans.

Sensitivitet i sekvensmodell (tabell 8.11.9)

Om vederbörande B- resp. K-pojkar bedömts som sensitiva eller ej synes ej ha påverkat vare sig omhändertagande och placering eller återfall i brott.

10) Förekomst av eftergivenhet i B- och K-grupper (tabell 8.8)

Med "eftergivenhet" avses här ett syndrom som i viss mån kan innebära att vederbörande har en tendens till att bli medlöpare. Här ingår följande symtom: Dålig uppmärksamhet dvs. passivitet, slöhet samt brist på självförtroende med osäkerhet och tveksamhet i uppträdandet och negativ kvalité på de kamratkontakter som vederbörande söker.

I *PU* har registrerats 0,67 symtom per individ när det gäller B-pojkarna och 0,25 för K-pojkarna. Differens 0,42.

I *HU* är motsvarande siffror för B-pojkarna 0,53 och för K-pojkarna 0,06. Differens 0,47. I såväl PU som HU är tendensen

Tabell 8.8 Förekomst av eftergivenhet.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σm	Sign.
PU					
B	42	0,67	0,42	0,15	x
K	40	0,25			
HU					
B	146	0,53	0,47	0,11	x
K	53	0,06			

densamma inom olika strata. Teckentest vid parvis matchning ger signifikans i PU och i HU.

Eftergivenhet i sekvensmodell (tabell 8.11.10)

Vad som här registrerats som eftergivenhet har ej påverkat vare sig omhändertagande och placering eller återfallsfrekvens i PU. De B-pojkar som registrerats uppvisar emellertid i HU relativt höga frekvenser såväl beträffande omhändertagande som återfall i förhållande till de övriga. När det gäller återfall i brott är differensen signifikant (p = 0.039).

11) Förekomst av stegrad (hög) aktivitet i B- och K-grupper (tabell 8.9)

Det rör sig här om en kombination av nio symtom som alla ger uttryck för en överaktivitet av i regel och sannolikt negativ natur eller som i varje fall uppfattats så. Hit hör i sjukhistorien motorisk oro under uppväxttiden, destruktivitet, aggressivitet, skolk samt vagabondage och rymningar och där barnpsykiatern vid undersökningen funnit anledning registrera aktiv uppmärksamhet, förhöjd emotionell grundstämning, överdriven självsäkerhet samt en "tuff" attityd.

I *PU* förekommer bland B-pojkarna i genomsnitt 1,05 symtom av denna art per individ och bland K-pojkarna 0,70. Differens 0,35. I *HU* är medelvärdet för B-pojkarna 1,28 och för K-pojkarna 0,74. Differens 0,54. Tendensen är i olika strata genomgående densamma i såväl PU som HU. De yngre pojkarna (11–13 år) får dock i alla strata högre värden inom såväl B- som K-grupper och speciellt B-fallen. Samtliga yngre B-fall (68 stycken) ligger på 1,49 symtom per individ mot K-fallens (15 stycken) 0,83. Differens 0,65, medelfel 0,28.

Bland B-fallen förekommer upp till sex av ovan nämnda symtom medan för K-fallen registrerats högst tre symtom av denna art. Teckentest ger vid parvis matchning dock ingen signifikans.

Stegrad (hög) aktivitet i sekvensmodell (tabell 8.11.11)

Bland B-pojkarna möter vi i *HU* höga frekvenser av omhändertagande före och återfall i brott efter 18 år när en stegrad aktivitet förelegat. Differenserna är signifikanta på 0.1 resp. 1 %-nivå. I PU uppnåddes ingen signifikans. – I HU finner vi att förhållandet för K-pojkarnas del är det motsatta i det att de K-pojkar, som ej företett en stegrad aktivitet uppnår en högre frekvens brott efter 18 år än de som visat en stegrad aktivitet. Differensen är signifikant på 5 %-nivå (p = 0.012).

12) Förekomst av nedsatt (låg) aktivitet (tabell 8.10)

Fem symtom har fått bilda detta syndrom nämligen vid undersökningstillfället registrerad slöhet och passitivitet i form av bl. a. dålig uppmärksamhet, nedsatt emotionell grundstämning, dåligt självförtroende och osäkerhet i uppträdandet samt barnpsykiaterns upplevelse av pojken som "slapp" resp. "torpid".

Tabell 8.9 Förekomst av stegrad (hög) aktivitet.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Sign.
PU					
B	42	1,05	0,35	0,21	–
K	40	0,70			
HU					
B	147	1,28	0,54	0,19	–
K	53	0,74			

Tabell 8.10 Förekomst av nedsatt (låg) aktivitet.

	N	Medelvärde	Diff. B/K	σ_m	Sign.
PU					
B	42	0,55	0,42	0,13	x
K	40	0,13			
HU					
B	146	0,24	0,13	0,08	x
K	53	0,11			

Vi finner då i *PU* bland B-pojkarna 0,55 och bland K-pojkarna 0,13 symtom per individ. Differens 0,42. I *HU* är motsvarande registrering 0,24 symtom per individ bland B-pojkarna och 0,11 symtom per individ bland K-pojkarna. Differens 0,13. Teckentest ger signifikans i såväl PU som HU.

Tendensen är genomgående densamma i olika strata, mest påtaglig inom den lägre socialgruppen i PU med för 31 B-pojkar ett medelvärde på 0,65 och för 28 K-pojkar 0,11. Differens 0,54 medelfel 0,16. I HU föreligger inga sådana säkerställda diskrepanser med B- och K-gruppen inom enskilda strata.

I B-gruppen förekommer högst tre symtom och detta endast i två fall (ett i PU och ett i HU). I K-gruppen möter vi högst två symtom och detta endast i ett enda fall i PU.

Nedsatt (låg) aktivitet i sekvensmodell (tabell 8.11.12)

I den form denna kombinationsvariabel fått möter vi vare sig i PU eller HU några signifikanta differenser i frekvenserna av omhändertagande före resp. återfall i brott efter 18 år mellan de fall då pojkarna ansetts uppvisa kombinationerna och övriga fall.

8.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande symtomkombinationer*

Några av de utvalda symtomkombinationerna visar sig ej förekomma i högre frekvens bland B- än K-pojkar och ej heller medföra högre frekvenser omhändertagna före 18 års ålder eller återfallna i brott efter 18-årsåldern. Detta gäller astma och allergier, enures och enkopres, habituella manipulationer (här föreligger dock en tendens i HU, p = 0.056), ångestsymtom och organsymtom. Högre frekvens bland B-pojkar men i övrigt som de föregående uppvisar symtomkombinationerna motorisk oro, sömnrubbningar, sensitivitet och nedsatt (låg) aktivitet.

Symtomkombinationer som tydligt markerar högre frekvens omhändertagande och återfall i brott för B-pojkarna är stegrad (hög) aktivitet och aggressivitet. Kombinationen eftergivenhet visar också en högre frekvens bland B- än K-pojkar och även en högre frekvens återfall i brott samt en tendens till högre frekvens omhändertagande (p = 0.066). Dessa resultat kommer att mera ingående diskuteras i den slutliga sammanfattningen.

De diskrepanser som vi möter mellan resultaten vid dessa kombinationer och de enstaka i kombinationerna ingående symtomen, som t. ex. i fråga om kombinationsvariabeln motorisk oro och den enskilda variabeln motorisk oro i uppväxtåren beror ibland på utjämningar. Den senare variabeln visade en hög frekvens brottslighet efter 18-årsåldern men utjämnas av andra i kombinationen ingående beteenden, som icke medfört hög återfallsfrekvens. I detta fall rör det sig synbarligen om bl. a. psykiaterns registrering av orossymtom i form av nervösa ryckningar och dylikt.

Resultaten synes i detta sammanhang ej ge anledning till diskussion mer än på ytterligare en punkt. Det gäller kombinationsvariabeln habituella manipulationer med en tydlig tendens till ökad återfallsrisk för B-pojkar med dylika jämfört med återfallsrisken hos de övriga (55 resp. 40 %). Kombinationen består av nagelbitning, fingersugning samt tics, spasmer och stereotypier. Det är väsentligt att påpeka att i den mån resultaten har någon betydelse dessa i så fall måste hänföras till tics, spasmer och stereotypier, som isolerade medförde en signifikant högre frekvens omhändertagande före och även återfall efter 18 års ålder (50 % mot för övriga 21 %).

9 Ett försök att ställa diagnos

Det försök till diagnostik som göres i det följande är som tidigare påpekats mycket diskutabelt, framför allt beroende på att diagnosen ej som inom den psykiska barna- och ungdomsvården ställs med tillgång till social utredning resp. komplettering med psykologiska undersökningar av olika slag.

När man ändå velat pröva möjligheten att enbart efter en barnpsykiatrisk intervju dela upp pojkarna har detta i första hand skett genom att skilja fyra grupper åt. Det har då gällt att i första gruppen (1) sätta de pojkar, där man uppfattar vederbörande som en helt ordinär ("normal") personlighet, vilket i regel betytt, att man inte funnit något anmärkningsvärt i vare sig utvecklingen eller i status vid undersökningstillfället.

Till en andra grupp (2) har de pojkar förts, där man funnit tecken på miljöskada och/eller en neurotisk utveckling men ej haft anledning anta, att vederbörandes grundpersonlighet avvikit från en ordinär sådan. Miljön har med andra ord uppfattats som så avvikande eller traumatiserande att den räcker som förklaring till de avvikelser som pojken eventuellt uppvisat.

Till den tredje gruppen (3) har förts de fall, där en miljöskada och/eller neuros av mer eller mindre höggradig natur också förelegat men där vidare antagits, att pojkens grundpersonlighet i ett eller annat avseende varit störd så att miljöskadan sålunda växt upp på basen av en insufficient personlighet.

Till den sista och fjärde gruppen (4) har hänförts de fall, där barnpsykiatern uppfattat pojkens avvikande beteende som en följd av en direkt insufficient personlighet och där man sålunda ej haft anledning primärt anta miljöskada som orsaksfaktor inför beteendet. Insufficiensens sannolika karaktär har i dessa fall angivits, dock endast i HU.

9.1 Utgångspunkter

I kapitel 7 har anförts de svårigheter som är förknippade med bedömningen av en persons psykiska status och den subjektivitet som vidlåder varje försök härtill. Samma svårigheter föreligger givetvis när det gäller att sammanfatta resultaten av vad förhistoria och status givit till en s. k. diagnos. Då diagnosen ställs utan fullständig social utredning och utan stöd av psykologiska undersökningar är det i varje fall omöjligt att jämföra resultaten med tidigare undersökningsresultat, som dessutom i regel hänför sig till andra kategorier av asociala ungdomar än debutanter.

Syftet med denna del av klientelundersökningen har inte heller varit att ställa någon egentlig diagnos utan att om möjligt söka särskilja de fyra grupper som ovan skildrats och på basis härav i en senare etapp göra jämförelser mellan dessa resultat och dem i undersökningens övriga avsnitt.

Givetvis har vid fördelningen av pojkarna

inom de fyra grupperna hänsyn tagits till vad som erfarenhetsmässigt eller i litteraturen uppfattats utmärka en ordinär, en miljöskadad och en på ett eller annat sätt i sin grundpersonlighet insufficient personlighet.

Vid en bedömning av den art som här lett till gruppering måste anamnesuppgifterna spela en avgörande roll. En pojkes beteende vid samtal av den karaktär det vid denna undersökning varit fråga om kan inte fastslås som mer eller mindre typiskt för hans personlighet. Det tidigare beteendet måste därför bli utslagsgivande.

Frånvaro av för asociala ungdomar mer eller mindre utmärkande utvecklingsprocess och karaktärsdrag, dvs. i huvudsak tidigare blank utvecklingshistoria, leder till att vederbörande kommer att upplevas som "ordinär", medan tecken på brister i den känslomässiga utvecklingen och på inadekvata reaktioner i beteendet kan tolkas på olika sätt och bero på miljöfaktorer antingen hos en i övrigt ordinär eller hos en på ett eller annat sätt insufficient eller kanske defekt personlighet. I vissa situationer kan man kanske mer än i andra ifrågasätta om den yttre miljön kan ha haft någon negativ inverkan på ett patologiskt beteende.

Här är inte platsen att närmare gå in på vad som enligt tidigare uppfattningar och undersökningar skulle kunna anses karaktärisera de olika grupperna. Barnpsykiatern har följt sina kunskaper och sin kliniska erfarenhet vid indelningen. Det är som redan påpekats självklart att en viss subjektivitet måste prägla ställningstagandet. Avsikten är dock endast att få en slags totalbedömning av pojkarna inom B- och K-grupperna på så att säga klinisk bas och att med de metoder som står till buds söka få fram hur de olika gruppernas fortsatta utveckling gestaltar sig.

9.2 *Egna undersökningsresultat*

A. Diagnoser i B- och K-grupper

I kapitlets inledning har indelningen i diagnosgrupper redovisats. Pojkarnas fördelning på de fyra grupperna framgår av tabell 9.1.

(Tabellen upptar i HU endast 146 av de 147 B-pojkarna. Detta sammanhänger med att i ett fall ett frågetecken satts in i samtliga fyra grupper och fallet därför fått utgå.)

Hypoteserna har här varit att gruppen "ordinär" personlighet (1) mindre ofta skulle föreligga inom B-gruppen än K-gruppen men att den ändå skulle ingå i relativt hög frekvens även inom B-gruppen. Vidare att samtliga övriga grupper (2, 3, 4) skulle dominera inom B-grupperna.

Miljöskada hos insufficient personlighet (3) antogs vidare ha den högsta frekvensen inom B-grupperna.

En hypotes härutöver går ut på att B-

Tabell 9.1 Försök till diagnostisk bedömning.

1. "Ordinär" personlighet
2. Miljöskada hos "ordinär" personlighet
3. Miljöskada hos "insufficient" personlighet
4. "Insufficient" personlighet

"Diagnos"	PU						HU					
	B		K		Diff.		B		K		Diff.	
	N+?	%	N+?	%	%	Sign.	N+?	%	N+?	%	%	Sign.
1	7	17	29	72	−55	xxx	42+3	31	39+1	75	−44	xxx
2	8+1	21	2	5	+16	x	29	20	5	9	+11	x
3	20	48	8	20	+28	xx	40+4	30	5+1	11	+19	xxx
4	5+1	14	1	2	+12	x	19+9	19	0+2	4	+15	x
1–4	40+2	100	40	99			130+16	100	49+4	100		
2–4	33+2	83	11	27	+56	xxx	88+13	69	10+3	24	+45	xxx

gruppens som "normala" personligheter uppfattade pojkar skulle klara sig bättre än de övriga i fortsättningen dvs. uppvisa en lägre recidivfrekvens.

1. "Ordinär" personlighet utan tecken på miljöskada

Som ordinär personlighet utan tecken på miljöskada eller neurotisk utveckling har i *PU resp. HU* K-pojkarna bedömts i 72 resp. 75 % medan B-pojkarna registrerats på detta sätt i 17 resp. 31 %. Differenserna mellan B- och K-fall är i såväl PU som HU signifikanta på 0,1 %-nivå.

2. Miljöskador hos "ordinär" personlighet

Här möter vi i *PU* 21 % av B-pojkarna och 5 % av K-pojkarna och i *HU* 20 % av B-pojkarna och 9 % av K-pojkarna. Differenserna 16 resp. 11 % är signifikanta på 5 %-nivå.

3. Miljöskador hos "insufficient" personlighet

Här finner vi i PU 48 % av B-pojkarna och 20 % av K-pojkarna och i *HU* 30 % av B-pojkarna och 11 % av K-pojkarna. Differenserna 28 resp. 19 % är signifikanta på 1 resp. 0,1 %-nivå.

4. "Insufficient" personlighet

Som direkt "insufficient" personlighet utan tecken på miljön som ansvarig till pojkens avvikande beteende har i PU 14 % av B-pojkarna och 2 % av K-pojkarna och i *HU* 19 resp. 4 % bedömts. Differenserna är här i PU 12 % och i HU 15 % motsvarande en signifikans på 5 %-nivå.

Våra hypoteser har på alla dessa punkter bekräftats.

"Insufficiensens" natur

I de fall barnpsykiatern angivit "insufficiens" av något slag har dess misstänkta natur också angivits i HU.

Insufficiensen inom den tredje gruppen har utan frågetecken för 15 B-pojkar och för en K-pojke angivits som karaktärsstörning, för åtta B-pojkar och för en K-pojke som intellektuell utvecklingsstörning. Fem B-pojkar och två K-pojkar betraktades som utpräglade asteniker. Tre B-pojkar och en K-pojke ansågs förete emotionell utvecklingshämning (psyko-infantilism). Schizoid personlighet registrerades för fyra B-pojkar. Övriga ingick i olika kombinationer i 1–2 fall vardera. Inom den fjärde gruppen angavs utan frågetecken åtta B-pojkar som tidiga karaktärsstörningar, tre som intellektuella utvecklingsstörningar och en pojke betraktades som hjärnskadad, medan bland K-pojkarna dessa tillstånd ej alls förekom utan frågetecken. Som schizoid säregenhet registrerades tre B-pojkar. Övriga ingick i enstaka fall i olika kombinationer.

B. Diagnoser i sekvensmodell (tabell 9.2)

Som *"ordinära" personligheter* (1) upplevdes i *PU* endast sju B-pojkar. Dessa vare sig omhändertogs och placerades före 18 år eller begick brott efter 18 år medan de övriga i 24 % omhändertogs och i 53 % begick brott. Den senare differensen är signifikant. Inför K-fallen i PU möter vi en motsvarande tendens när det gäller återfall i brott. Differensen −24 % (p = 0,056).

I *HU* är situationen likartad dvs. B-fall bedömda som "ordinära" personligheter omhändertas i endast 17 % mot de övrigas 28 %. Differensen −11 % är dock ej signifikant. Återfaller i brott efter 18 år gör 26 % som betraktats som "ordinära" personligheter, medan de övriga begår motsvarande brott i 58 %. Differensen −32 % är här signifikant på 0,1 %-nivå.

Vår hypotes har sålunda verifierats.

I tabellen 9.2 upptas också antal och procenttal omhändertagna före och återfall-

Tabell 9.2 Diagnosförsök i sekvensmodell.

Diagnos		PU									HU								
		Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
			N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
1)	B-fal: "Ordinär" personlighet	7	0	0	−53	x	0			–	46	12	26	−32	xxx	8	17	−11	–
	Ej dito	34	18	53			8	24			96	56	58			27	28		
	K-fall: "Ordinär" personlighet	29	1	3	−24	–	0	0	0	–	40	4	10	−13	–	0	0	− 8	–
	Ej dito	11	3	27			0	0			13	3	23			1	8		
2)	B-fall: Miljöskada hos "ordinär" pers.	8	5				2				30	17	57			5	17		
	K-fall: Miljöskada hos "ordinär" pers.	2	1				0				5	0				0			
3)	B-fall: Miljöskada hos "insuff." pers.	20	8	40			5	25			42	25	60			15	36		
	K-fall: Miljöskada hos "insuff." pers.	8	2				0				6	2				0			
4)	B-fall: "Insufficient" personlighet	6	5				1				28	14	50			7	25		
	K-fal: "Insufficient" personlighet	1	0				0				3	1				1			

na i brott när det gäller *övriga tre diagnosgrupper* (2–4). Dessa skiljer sig ej från varandra när det gäller återfall i brott efter 18 år (i HU) men när det gäller omhändertagande före 18 år finner vi den numeriskt lägsta frekvensen för "miljöskador hos ordinär personlighet" (2) (för övrigt samma som hos "ordinär personlighet") och den numeriskt högsta hos "miljöskador hos insufficienta personligheter" (4).

Frekvensen *omhändertagna* före 18 år ligger för B-fallen i HU på 17 % när det gäller såväl "ordinär" personlighet som "miljöskada hos ordinär" personlighet men stiger till 36 resp. 25 % när det gäller "miljöskada hos insufficient" personlighet resp. "insufficient" personlighet. Miljön som skadlig faktor synes sålunda spela mindre roll än "insufficienserna" när det gäller frekvensen omhändertagna. Differensen på 19 % mellan frekvensen omhändertagna med diagnosen "miljöskada hos insufficient" personlighet och "miljöskada hos ordinär" dylik är signifikant på 5 %-nivå, vilket också kan tala för att "insufficiensen" inom personligheten spelar en större roll än miljön när det gäller omhändertagandet. Å andra sidan finner vi en numeriskt högre frekvens omhändertagna när det gäller "insufficienta" B-pojkar med miljöskador (36 %) än hos de insufficienta pojkar, där miljöskada ej registrerats (25 %). Differensen är dock här ej signifikant.

När det gäller *återfall i brott* efter 18 år kan de tre grupperna 2–4 inte med säkerhet skiljas åt. Adderas de två grupperna med "ordinär" grundpersonlighet (1+2) och ställs mot de två övriga med "insufficient" dylik (3+4) finner vi bland B-pojkarna i PU 33 % återfall i brott och i HU 38 % när det gäller pojkar med "ordinär" grundpersonlighet mot 50 resp. 51 % återfall i PU resp. HU inom de grupper, där personligheten upplevts som "insufficient". Differensen är i HU signifikant på 5 %-nivå.

9.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande försök att ställa diagnos*

De beskrivna resultaten ger vid handen att det för barnpsykiatern är möjligt att, på basis av kunskap och erfarenhet och utan tillgång till social utredning och psykologiska undersökningar, på anamnes och kanske även på status i viss mån bedöma pojkarna. Bedömningen har här dock endast gällt att skilja ut icke miljöskadade pojkar med en "ordinär" personlighet från de övriga i en grupp av unga lagöverträdare, och att dela upp de senare i tre grupper, nämligen en grupp omfattande pojkar med "ordinär" grundpersonlighet och med miljöskador, en grupp omfattande pojkar med "insufficient" grundpersonlighet och med miljöskador och slutligen en grupp med pojkar som bedömts som direkt "insufficienta" personligheter.

Vad man lyckats med är alltså att skilja ut en grupp med i PU ingen och i HU en mycket låg återfallsfrekvens (26 %). Denna grupp omfattar de unga lagöverträdare som fått diagnosen "ordinär personlighet" och ej ansetts uppvisa några tecken på miljöskada.

Övriga tre grupper skiljer sig mindre från varandra. Endast när det gäller "miljöskada hos ordinär" personlighet finner vi samma låga frekvenser omhändertaganden som beträffande "ordinär" personlighet (17 %), vilket kan tala för att miljöskadan i detta avseende betyder mindre än en "insufficiens" i personligheten. När en "insufficiens" föreligger möter vi nämligen höga frekvenser såväl omhändertaganden (25 och 36 %) som återfall i brott (50–60 %). Det är också naturligt med hänsyn till att psykiatern angett "insufficienserna" i hög utsträckning bestå av s. k. tidiga eller primära karaktärsstörningar med dålig prognos och detta både om miljöskador förelegat (15 av 40 B-pojkar i HU) eller ej ansetts höra till bilden (hos åtta av 19 i HU).

Våra hypoteser har på olika punkter kunnat verifieras. En tredjedel av B-pojkarna i HU har bedömts som "ordinära" personligheter, två tredjedelar som miljöskadade och/eller insufficienta. En femtedel bedömdes

som miljöskadade med en i övrigt "ordinär" grundpersonlighet och lika många har bedömts som direkt "insufficienta". Cirka en tredjedel omfattade miljöskadade "insufficienta" personligheter.

10 Försök till prognosbedömning

En utomordentligt viktig bedömningsfråga när det gäller unga lagöverträdare är givetvis hur det kommer att gå för dem i fortsättningen. I det enskilda fallet måste varje försök betraktas som ytterst vanskligt med hänsyn till den mångfald av faktorer som spelar eller kan komma att spela en roll i sammanhanget. Här har ändå gjorts ett försök med syfte att få en uppfattning om möjligheten till prognosbedömning på grundval av enbart en anamnesupptagning och ett status, när det gäller dessa debutanter i 11–15-årsåldern.

Man har alltså sökt att på basis av data från intervjun resp. intrycken från undersökningstillfället bedöma om vederbörande kommer att i fortsättningen begå brott eller inte. En femgradig skala har valts och denna har fått följande innehåll.

1. Absolut dålig prognos (återfaller med all sannolikhet).
2. Mer än tveksam prognos (kan sannolikt bedömas som tvivelaktig eller relativt dålig).
3. Tveksam (svårbedömd men ändå möjligen god).
4. Sannolikt god (eventuellt osäker närmaste åren).
5. Mycket god (återfaller ej).

Prognosbedömningen har skett under två olika förutsättningar. I ena fallet (a) gäller bedömningen under den förutsättningen att inga ytterligare åtgärder vidtages, i andra fallet (b) under den tänkta förutsättningen att pojken erhöll "gynnsammast möjliga behandling".

Vår hypotes har varit *dels* att varje form av dålig prognos mer skulle drabba B- än K-pojkarna och tvärtom en god prognos karaktärisera framför allt K-pojkarna, *dels* att en negativ prognosbedömning också skulle följas av en ökad frekvens omhändertaganden resp. återfall i brott i förhållande till situationen inför en positiv prognosbedömning.

10.1 *Tidigare uppfattningar och undersökningar*

I litteraturen finns inget jämförbart material eller någon likartad undersökning.

I princip vet vi dock dels att vi har en betydande dold brottslighet (Elmhorn 1969) dels att de flesta ungdomar spontant upphör med ett eventuellt tidigare kriminellt beteende. Vi vet också att återfallsbrottslighet över huvud taget minskar med stigande ålder (Inghe, G. & Lindberg, T. 1956).

Återfallsprocenten varierar i övrigt i olika undersökningar allt efter klientelets natur. Efterundersökningarna gäller i vårt land ofta ungdomsvårdsskoleeleverna och deras recidivfrekvens (Lindblom 1954, Eriksson 1957, Holmstedt 1958, Blomberg 1958) eller elever från ungdomsfängelser (Eriksson et al. 1956, Törnqvist, Wallin 1967). Siffrorna varierar men håller sig i regel på relativt hög

nivå de närmaste åren efter utskrivning från resp. institutioner.

I regel visar sig recidivfrekvensen högre ju strängare åtgärder som vidtagits (Eriksson et al. 1956, Inghe och Lindberg 1956), ett i förhållande till urval och förfarande i barnavårdsnämnder och domstolar ofta som naturligt betraktat resultat.

I Börjesons (1966) undersökning har 18–20-åringar, som dömts för grova brott, bedömts prognostiskt med utgångspunkt från olika bakgrundsfaktorer. Individer, som bedömts ha samma prognos men där olika påföljder förelegat, har på detta sätt kunnat jämföras. Resultaten visade högre recidivrisk för dem i samma riskgrupp som fått frihetsstraff i förhållande till dem som åtnjutit vård i frihet.

Debutanters recidivrisk under olika förhållanden har aldrig varit föremål för undersökningar.

10.2 *Egna undersökningar och resultat*

A. Prognos i B- och K-grupper

I kapitlets inledning har redovisats de grupper efter vilka man sökt bedöma prognosen. Resultaten framgår av tabell 10.1 a och b.

Tabell 10.1 Försök till prognosbedömning i B- och K-grupper.

1. Absolut dålig (återfaller med all sannolikhet)
2. Mer än tveksam (kan sannolikt bedömas som tvivelaktig eller relativt dålig)
3. Tveksam (svårbedömd men ändå möjligen god)
4. Sannolikt god (eventuellt osäker närmaste åren)
5. Mycket god (återfaller ej)

a) Utan vidtagande av någon ytterligare åtgärd

Prognos	PU						HU					
	B-fall		K-fall		Diff. B/K		B-fall		K-fall		Diff. B/K	
	N	%	N	%	%	Sign.	N	%	N	%	%	Sign.
1	1	2	0	0	2	–	8	5	0	0	5	xx
2	9	21	0	0	21	xxx	22	15	0	0	15	xxx
3	11	26	0	0	26	xxx	34	23	2	4	19	xxx
4	7	17	0	0	17	xx	57	39	4	8	31	xxx
5	14	34	40	100	–66	xxx	26	18	47	89	–71	xxx
1–5	42	100	40	100	–		147	100	53	101	–	
1–4	28	66	0	0	66	xxx	121	82	6	12	70	xxx
1–3	21	49	0	0	49	xxx	64	43	2	4	39	xxx

b) Under gynnsammast möjliga behandling

Prognos	PU						HU					
	B-fall		K-fall		Diff. B/K		B-fall		K-fall		Diff. B/K	
	N	%	N	%	%	Sign.	N	%	N	%	%	Sign.
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	–
2	4	8	0	0	8	–	14	10	0	0	10	xxx
3	9	21	0	0	21	xxx	22	15	0	0	15	xxx
4	12	29	0	0	29	xxx	63	43	6	11	32	xxx
5	17	41	40	100	–59	xxx	46	32	47	89	–57	xxx
1–5	42	99	40	100	–		145	100	53	100	–	
1–4	25	58	0	0	58	xxx	99	68	6	11	57	xxx
1–3	13	30	0	0	30	xxx	36	25	0	0	25	xxx

a) Prognos utan vidtagande av ytterligare åtgärd (tabell 10.1 a)

1. Absolut dålig prognos har barnpsykiatern synbarligen sällan velat ange. Endast för en B-pojke i PU och för åtta i HU förekommer registreringen men inte för någon K-pojke. Det innebär signifikant differens i HU (1 %-nivå).

2. Relativt dålig prognos finner vi i *PU* 21 % antas ha och i *HU* 15 %. Inte heller här förekommer något K-fall. Differenserna är sålunda signifikanta såväl i PU som HU (0,1 %-nivå).

3. Tveksam men möjligen god anges prognosen för 26 % av *PU*:s B-pojkar och för 23 % av *HU*:s. I PU förelåg inte heller här någon registrering av K-pojkar men i HU för två K-pojkar (4 %). Differenserna 26 resp. 19 % är signifikanta på 0.1 %-nivå.

4. Sannolikt god men osäker närmaste åren betraktas i *PU* 17 och i *HU* 39 % B-pojkar förete. I *PU* ingen K-pojke men i *HU* fyra (8 %). Differenserna är signifikanta på 1 resp. 0,1%-nivå.

5. Mycket god prognos ansågs i *PU* att 34 % av B-pojkarna uppvisade och även samtliga K-pojkar. I *HU* har siffran sjunkit till 18 % beträffande B-pojkarna mot för K-pojkarna 89 %. Differenserna −66 % resp. −71 % är statistiskt signifikanta på 0,1 %-nivå.

Detta betyder att någon form av osäkerhet beträffande prognos omfattar i PU 66 % och i HU 82 % av B-fallen. Kontrollerna har i PU samtliga ansetts ha en god prognos, medan i HU 12 % ansetts osäkra. Differenserna 66 % resp. 70 % är signifikanta på 0.1 %-nivå.

b) Prognosen under gynnsammast möjliga behandling (tabell 10.1 b)

Som väntat visar resultaten en viss förskjutning mot en gynnsammare prognos för B-fallen.

1. Absolut dålig prognos förekommer ej längre.

2. Den relativt dåliga prognosen har i *PU* gått ner från 21 till 8 % och i *HU* från 15 till 10 %.

3. Den tveksamma prognosen har i *PU* gått ner från 26 % till 21 % och i *HU* från 23 till 15 %.

4. Den i varje fall på längre sikt goda prognosen har i PU ökat från 17 till 29 % och i HU från 39 till 43 %.

5. Den mycket goda prognosen har i PU ökat från 34 till 41 % och i HU från 18 till 32 % medan K-fallen ligger på samma nivå.

Detta betyder att det trots gynnsammast möjliga behandling alltjämt föreligger någon form av osäkerhet (1 t. o. m. 4) i prognosen för 58 % resp. 68 % av B-pojkarna i PU och HU. Gynnsammast möjliga behandling angavs sålunda i PU minska B-pojkarnas mer eller mindre otillfredsställande prognos med 8 % och B-pojkarnas i HU med 14 %.

Tar man inte med osäkerheten under närmaste åren utan endast går på dålig, relativt dålig och en svårbedömd och tveksam prognos över huvud taget (1 t. o. m. 3) finner vi att i PU 49 % och i HU 43 % av B-pojkarna beräknas återfalla i brott om ingen ytterligare åtgärd vidtages. Dessa siffror beräknas vid gynnsammast möjliga behandling sjunka till 30 resp. 25 % dvs. med 19 resp. 24 %.

B. Försök till prognosbedömning i sekvensmodell (10.2 a och b)

Av tabellen framgår att inga signifikanta differenser uppnås vare sig i PU eller HU vid jämförelser mellan pojkar som bedömts ha en god resp. dålig prognos. Detta gäller båda typerna av prognosbedömning dvs. vare sig beräkningarna görs med (b) eller utan (a) gynnsammast möjliga behandling.

Resultatet kan verka förvånande med hänsyn till de i föregående kapitel redovisade resultaten av försöken till diagnosbedömning. Man får dock räkna med att pojkar som vid diagnosbedömningen ansetts ha "ordinär" grundpersonlighet likväl ansetts ha dålig prognos, och det kan omvänt ha inträffat att "insufficienta" pojkar givits god prognos.

Tabell 10.2 Försök till prognosbedömning i sekvensmodell.

Prognos	PU									HU								
	Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år				Antal	Brott > 18 år				Omh.tagn. < 18 år			
		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.		N	%	Diff. %	Sign.	N	%	Diff. %	Sign.
a) Utan vidtagande av ytterligare åtgärd. 1–5 se tab. 10.1																		
B-fall:																		
God prognos	20	8	40			3	15			83	34	41			16	19		
Dålig prognos	21	10	48	−8	–	5	24	−9	–	60	33	55	−14	–	18	30	−11	–
K-fall:																		
God prognos	40	4	10			0	0			51	5	10			1	2		
Dålig prognos	0				–				–	2	2			–	0			–
b) Under gynnsammast möjliga behandl. 1–5 se tab. 10.1																		
B-fall:																		
God prognos	28	12	43			6	21			107	48	45			21	20		
Dålig prognos	13	6	46	−3	–	2	15	6	–	34	18	53	− 8	–	12	35	−15	–
K-fall:																		
God prognos	40	4	10			0	0			53	7	13			1	2		
Dålig prognos	0				–				–	0				–				–

Det bör emellertid påpekas, att de B-pojkar i *HU* som bedömts ha en dålig prognos i 30 % omhändertagits mot 19 % av de övriga. Differensen −11 % är ej obetydlig (p = 0.099) ehuru ej signifikant. På samma sätt finner vi fortsatt brottslighet efter 18 års ålder i 55 % för dem som bedömts ha en dålig prognos mot för de övriga 41 %. Differensen är sålunda inte heller här betydelselös (−14 %, p = 0.068). Tendensen kvarstår även när prognosen bedöms med hänsyn till resultatet av en eventuell behandling.

10.3 *Sammanfattning och preliminär diskussion rörande försök till prognosbedömning*

Det är tydligt att man dragit sig för att använda skalstrecket absolut dålig prognos och att man varit sparsam även när det gällt att fastslå en relativt dålig sådan. Å andra sidan är det regel att oavsett vilken grad av dålig prognos man velat ange, så har B-pojkarna företett en numeriskt högre frekvens dylik. Vid en tänkt gynnsam behandling möter vi som väntat och relativt självklart en förskjutning mot gynnsammare prognos.

Bortser man från en viss osäkerhet beträffande prognosen under de närmaste åren efter debuten har för B-pojkarnas räkning prognosen bedömts som dålig i 49 % av fallen i PU och i 43 % av HU-materialet. Dessa siffror motsvarar i huvudsak den påvisade frekvensen återfall i brott efter 18 år för PU- och HU-materialen (jämför tabellerna 1.1 och 1.2).

Med hänsyn härtill och till resultaten av diagnosförsöken synes det anmärkningsvärt att inga signifikanta differenser framträder inför barnpsykiaterns prognosbedömning. Förhållandet har redan upptagits till diskussion i samband med resultatredovisningen. Där har påpekats att det dock i regel föreligger numeriskt högre frekvenser såväl omhändertagna som framför allt återfall i brott efter 18 år i de situationer barnpsykiatern bedömt prognosen som dålig, relativt dålig och tveksam. I HU är tendensen tydlig med en differens på 7 %-nivå när det gäller återfall i brott efter 18 år.

11 Sammanfattning

Den del av klientelundersökningen som redovisas i denna rapport omfattar i huvudsak vad barn- och ungdomspsykiatern fått fram vid samtal med vårdnadshavaren (i regel modern) rörande den unge lagöverträdarens (och kontrollens) utveckling (Kap. 2), hemsituation och sociala bakgrund (Kap. 3), skolsituation (Kap. 4), fritids- och kamratmiljö, intressen och vanor (Kap. 5) samt vid den undersökning av pojkarna, som resulterat i en bedömning av deras kroppsliga (Kap. 6) och psykiska status (Kap. 7). Slutligen har vissa symtomkombinationer analyserats (Kap. 8) och försök gjorts att ställa dels en diagnos (Kap. 9) och dels även en prognos (Kap. 10).

Undersökningspopulationen utgörs av samma pojkar som i klientelundersökningens övriga avsnitt dvs. pojkar som polisregistrerats för brott i åldern 11–15 år (B-pojkar) och som jämförs med en kontrollgrupp pojkar i samma ålder, från samma socialgrupp och med liknande familjesituation (hel eller splittrad familj) samt från i huvudsak samma bostadsområde (K-pojkar).

Undersökningen har gjorts i två etapper, först en provundersökning (PU) med 41 B-fall och 42 K-fall och sedan en huvudundersökning (HU) med ett större material (145 B-fall och 53 K-fall) och med instrument och hypoteser som reviderats på basis av erfarenheterna från provundersökningen.

I klientelundersökningens första rapport (SOU 1971:49) beskrivs undersökningsmetodiken. En sammanfattning härav såvitt gäller det barn- och ungdomspsykiatriska avsnittet ges i kap. 1 i denna rapport med dels en skildring av undersökningens begränsning och målsättning (1.1) och en beskrivning av den psykiatriska intervjun (1.2) samt av övriga anlitade informationskällor (1.3), dels en beskrivning av utgångspunkterna för undersökningen (1.4.1–4).

Varje analyserande kapitel omfattar en beskrivning av eller definition på uppställda variabler jämte en kort redogörelse för tidigare uppfattningar och undersökningsresultat inom området. Härefter redovisas de resultat undersökningen i det ifrågavarande avsnittet givit, varpå följer en sammanfattning och en preliminär diskussion.

Resultaten redovisas i form av jämförelser mellan variablernas förekomst hos B- och K-pojkar och genom registeruppgifter om pojkarnas återfall i brott efter 18 år och deras omhändertagande före denna ålder jämförda med variablernas förekomst eller icke förekomst. Registeruppgifterna är hämtade från allmänna kriminalregistret samt kontrollstyrelsens (numera riksskatteverkets), nykterhetsnämndens och barnavårdsnämndens register. Uppgifterna som har följts ca 12 år framåt, då pojkarna nått 21–28 års ålder, ligger till grund för en indelning av pojkarna i s. k. sekvensklasser (Kap. 1.4.2). Vid resultatredovisningen har utnyttjats de delar härav som nyss nämnts dvs. återfall i brott efter 18 års ålder

(omfattande sekvensklasserna 1, 3, 5, 7 och 9) samt återfall i brott efter 18 år trots omhändertagande dessförinnan (sekvensklass 9).

Här skall för att i den fortsatta framställningen underlätta bedömningen av procenttalen anmärkas att brott efter 18 år begicks av i genomsnitt 44 % B-pojkar i PU och 48 % B-pojkar i HU, att motsvarande siffror för K-pojkarna var 9 resp. 13 % samt att antalet omhändertagna och placerade (i tabellerna 1.1–4 anges "samhällsvård") före 18 år med fortsatt brottslighet efter 18 år var för B-pojkarna 20 % i PU och 25 % i HU och för K-pojkarna 0 resp. 2 %.

I den följande sammanfattningen kommer resultaten att beskrivas och diskussionen att föras med utgångspunkt i frekvensen inom HU av undersökta variabler hos B-pojkar i förhållande till K-pojkar och variablernas förekomst resp. icke förekomst vid omhändertagande före och/eller vid fortsatt brottslighet efter 18 års ålder.

11.1 *Variabler som ingår i samma frekvens hos B- och K-pojkar och som när de förekommit ej haft samband med omhändertagande före eller återfall i brott efter 18 års ålder*

Resultat

Till denna kategori hör de variabler, som behandlar graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsperiodernas komplikationer, graviditetslängd och födelsevikt samt uppfödning, viktökning och övergången till fast föda under spädbarnsåret liksom symtom under detsamma i form av skrikighet och grinighet, sömnsvårigheter, brister i kontakten mellan mor och barn och bekymmer i samband med renlighetsträningen. Hit hör också sen eller tidig motorisk utveckling (dvs. pojken gick utan stöd efter eller före ettårsdagen). Vidare genomgångna kroppsliga sjukdomar under uppväxtåren – med undantag av vattkoppor och kikhosta. Vattkoppor skiljer sig från andra sjukdomar genom att vara vanligare bland K- än B-fall och kikhosta genom att de K-fall, som ej haft kikhosta, i högre frekvens än övriga K-fall återfaller i brott efter 18 år – kroppslig trötthet, muskel-, mag- och huvudvärk, benägenhet för kräkningar och upprepade övre luftvägsinfektioner samt kroppsliga traumata och genomgångna röntgenundersökningar. Till kategorin hör också tillstånd tydande på hysteriska manifestationer och sexuella säregenheter samt symtom som sängvätning, nagelbitning och fingersugning liksom beteenden av typ snatterier och stölder inom och inbrott utom hemmet och även variablerna använt starksprit, använt narkotika och uppträtt berusad.

Skillnader framträder inte heller i samband med variabler som gått ut på att analysera intresse för och deltagande i föreningsliv av olika slag, trivsel med kamrater och eventuell förekomst av speciellt god vän. Inte heller ger musik- eller biointresse utslag av denna art. Signifikanta differenser uppnås inte i fråga om föräldrarnas gillande eller ogillande av pojkarnas kamrater och inte heller beträffande föräldrarnas inställning till att pojken har sina kamrater hemma hos sig. Om religiösa moment ingått i uppfostran, om B-pojkarna gått i söndagsskola eller ej, om de konfirmerats eller avser att konfirmeras eller ej ger inte några signifikanser. Till dessa för omhändertagande och återfall till synes mera betydelselösa variabler hör också självförtroendet hos pojkarna så som detta i HU avspeglar sig vid undersökningen hos psykiatern. Bilden är densamma vid vissa kombinationer av symtom från undersökningens olika delar, symtom som på ett eller annat sätt hör ihop, såsom säng- och dagvätning jämte enkopres, habituella manipulationer (här föreligger dock en tendens till högre frekvens av fortsatt brottslighet hos B-pojkarna efter 18 år varvid bör anmärkas att det i kombinationen ingår ofrivilliga muskelrörelser av typen tics, spasmer, stereotypier etc.) samt kombinationer av olika ångest- resp. organsymtom.

Resultatredovisningen i klientelundersökningens tredje del (SOU 1973:25) visar att det är av stor betydelse för pojkarna och

deras utveckling i brottsligt – laglydigt hänseende på vilket sätt de blivit uppfostrade och omhändertagna i hemmet. "Slapp" och "lynnig" uppfostran visar sig sålunda vara förödande på lång sikt. "Så gott som alla som uppfostrats så (97 %) har återfallit i brott och hälften av dem har blivit omhändertagna för samhällsvård före och dock återfallit efter 18-årsdagen." I detta avsnitt förekommer inte sådan uppfostran mer bland B- än K-pojkar och den ger i de få fall den förekommer ingen ökad frekvens av omhändertagande och/eller enbart återfall i brottslighet. Skillnaden förklaras av att undersökningen i ena fallet bygger på pojkens berättelser och i andra fallet på vårdnadshavarens, i regel moderns, bedömning. Det skall vilja mycket till för att en mor medger "slapphet" och "lynnighet" som huvuddrag i den uppfostran hon givit sin son. Det måste vara lättare att ange den som "sträng" eller "mild" eller att betrakta den som "ordinär" eller "icke ordinär". Det tycks inte heller bjuda emot att medge förekomst av aga. I de fall sådan medgivits finner vi bland B-pojkarna en tendens till högre frekvens brottslighet efter 18 års ålder än i de fall aga ej angivits förekomma.

Diskussion

Av vad här redovisats framgår att det finns ett betydande antal variabler som ej vare sig överväger för B-pojkarnas del eller spelar någon påtaglig roll i fråga om pojkarnas fortsatta öden. Det måste givetvis betraktas som en fördel om på detta sätt vissa faktorer kan utgå ur diskussionen när det gäller frågan om vad som för etiologi och utveckling bör anses ha betydelse i samband med barn- och ungdomsasocialitet.

Det bör dock påpekas, att undersökningsresultaten kan vara vilseledande. Antalet i analyserna ingående fall har betydelse. Frågorna kan vidare vara fel ställda och kanske givna till fel person. Vid en psykiatrisk intervju eller sådana samtal som i detta fall ägt rum blir själva uppgifterna många gånger också mycket svåra att bedöma. Man kan få fram resultat som ter sig anmärkningsvärda och strider mot vad som framkommit i andra undersökningar. Som exempel må anföras ett resultat som i viss mån förvånat. Psykiska symtom och/eller sjukdomar av psykosnatur, psykiska insufficienstillstånd som påtagligt påverkat arbetsprestationer, allmän nervositet för vilken läkare sökts, alkoholmissbruk och asocialitet uppges i HU i regel inte förekomma oftare bland B- än bland K-pojkarnas föräldrar. (Undantag utgöres av de psykiska sjukdomarna av psykosnatur, vilka angetts förekomma oftare hos K-pojkarnas fäder och hos B-pojkarnas mödrar.) Inte heller medför förekomsten av dessa variabler var för sig (bortsett från asocialiteten hos fäderna) någon ökad frekvens omhändertagande före eller återfall i brott efter 18 års ålder. Först vid en sammanslagning av samtliga symtom eller sjukdomar hos fäderna får man fram en för B-pojkarna signifikant högre frekvens återfall efter 18 års ålder.

11.2 *Variabler som ingår i högre frekvens hos B- än hos K-pojkar men som vid sin förekomst ej uppvisat samband vare sig med omhändertagande före eller med återfall i brott efter 18 år*

Resultat

Till denna kategori hör kortare längd vid födelsen och ett högt antal som ogynnsamma betraktade spädbarnssymtom. Vidare dåligt uppförande i skolan, koncentrationssvårigheter, att pojken ej trivts med lärarna och att skolan vidtagit åtgärder mot honom i något sammanhang. Hit hör också aga i hemmet sista året före debuten och att pojkarna enligt föräldrarnas uppgift varit med om att dricka vin.

Resultatet är detsamma i fråga om pojkens inställning till undersökningen (nedsatt motivation), spänning och oro inför densamma, bristfällig kontakt och dålig uppmärksamhet. Vidare ingår de fall då pojken visat sig vara mindre väl samhällsorienterad och då den intellektuella rörligheten bedömts som

nedsatt samt där nedsatta ångest- och samvetsreaktioner ansetts föreligga. Vidare vid den av psykiater som dålig bedömda prognosen. En tydlig tendens till högre frekvens såväl omhändertagande före som återfall efter 18 års ålder har dock här kunnat påvisas.

Vissa symtomkombinationer hör också hit t. ex. sådana som motorisk oro, sömnsvårigheter, sensitivitet och nedsatt (låg) aktivitet.

Till sist kan här nämnas kroppslig sjukdom hos föräldrarna, speciellt hos fadern. Anmärkningsvärt är att återfallsfrekvensen i brott efter 18 år visar en klar tendens att ligga på en lägre nivå när fäderna registrerats lida av kroppsliga sjukdomar.

Diskussion

Att här nämnda symtom trots sin förekomst i signifikant högre frekvens bland B- än K-pojkar inte påverkar omhändertagande och/eller återfall i brott kan i flera fall sägas överensstämma med allmän och klinisk erfarenhet. Vad angår den kortare längden vid födelsen hos B-fallen är skillnaden i förhållande till K-fallen obetydlig (5 mm). Det finns ett högre antal ogynnsamma spädbarnssymtom bland B-pojkarna, men inget enskilt symtom under spädbarnsåldern har registrerats som vanligare hos B-pojkar än hos K-pojkar. Inte heller förekommer någon högre frekvens vare sig omhändertagande eller brottsrecidiv vid deras eventuella förekomst. Spädbarnsåret kan givetvis oberoende av barnets symtom av vårdnadshavaren upplevas som komplikations- och symtomfritt, och ett symtom som t. ex. otillfredsställande kontakt med barnet som ett uttryck för en emotionellt ogynnsam utveckling kan vara svårt för mödrarna att observera även om det skulle röra sig om allvarliga brister i kontakten. Det ter sig sålunda naturligt om symtom som ansetts tala för en ogynnsam utveckling hos spädbarnet inte låter sig spåras på basis av moderns minnesbilder från iakttagelser under spädbarnsåret.

Det är inte säkert att de pojkar, vars mödrar är villiga att medge att de fått mottaga flera anmärkningar beträffande pojkens dåliga uppförande i skolan, är de mest bekymmersamma. De pojkar, om vilka mödrarna uppgivit att de inte trivts med lärarna, behöver inte heller vara speciellt svårbehandlade. Inte heller behöver detta gälla dem, som fått mest aga sista året eller pojkar som uppges ha druckit vin. Det ter sig vidare föga anmärkningsvärt om pojkar, som vid undersökningen hos barnpsykiatern uppvisar en sämre motivation eller mer symtom på spänning och oro och en dålig kontakt eller en sämre samhällsorientering, inte har ogynnsammare utvecklingsmöjligheter än andra. Det gäller här i 11–15 årsåldern viktiga situationsfaktorer, som dock har föga betydelse för den senare utvecklingen.

Att enligt föräldrarnas uppgifter föreliggande koncentrationssvårigheter hos pojkarna och vid psykiaterundersökningen iakttagen dålig uppmärksamhet och nedsatt intellektuell rörlighet jämte nedsatt ångest- och samvetsreaktion inte påverkar utvecklingen ter sig kanske mer oväntat från allmän klinisk erfarenhetssynpunkt. Det måste medges att bedömningar av denna art är svåra och kanske svårare än när det gäller att bedöma vederbörandes omdöme eller t. ex. attityden till brott. För sistnämnda variablers del kan nämligen konstateras att återfall i brott efter 18 år ligger på numeriskt hög nivå (55 och 53 %). Naturligt förefaller det vara att sådana symtomkombinationer som anger motorisk oro, sensitivitet och nedsatt (låg) aktivitet inte ger utslag då de i viss utsträckning grundar sig på sådana uppgifter från psykiaterundersökningen, som måste bli tämligen osäkra och situationsbundna.

11.3 *Variabler som ingår i samma frekvens hos B-pojkar och K-pojkar och som när de förekommit uppvisat samband med en högre frekvens brott efter 18 år men ej med högre frekvens omhändertagande före denna ålder*

Resultat

Hit hör den grupp av B-pojkar, om vilka referenten angivit att deras fäder lidit

av en eller annan form av de registrerade psykiska symtomen eller sjukdomarna. Vidare de B-pojkar, som vistats på daghem (64 % återfall i brott) och i eftermiddagshem (fritidshem) (72 % återfall i brott) och även de som inte gått i förskola (52 %) i kontrast till dem som haft denna sistnämnda förmån (31 %). Möjligen har även de K-pojkar som angetts ha använt starksprit också i signifikant högre utsträckning än övriga begått brott efter 18 års ålder. Signifikansen är dock tveksam, då den grundar sig på ett alltför litet antal fall. Detta gäller även för de B-pojkar, som ansetts förete en anmärkningsvärd talutveckling.

Diskussion

Det rör sig här synbarligen om en ganska säregen mellangrupp av stort intresse. Att de B-pojkar, vars fäder lidit av en eller annan form av nervösa eller psykiska symtom eller sjukdomar, återfaller i brott i högre utsträckning än de övriga kan betyda att de ogynnsamt påverkats av de miljöfaktorer som i dessa sammanhang verkar. Genetiska faktorer kan naturligtvis också spela en avsevärd roll. Tydligt är att fädernas psykiska sjukdomar påverkar B-pojkarna på längre sikt och mera i negativ riktning än fädernas kroppsliga sjukdomar gör.

Att B-gruppens och K-gruppens pojkar i lika stor utsträckning förekommer inom barnstugeverksamheten kan i första hand synas överraskande, men det bör i detta sammanhang erinras om att materialet matchats med hänsyn till inte bara ålder utan också till socialgrupp, familjetyp och i viss mån bostadsområde. Ändå förhåller det sig så att de B-pojkar, som vistats på daghem och i eftermiddagshem, i större utsträckning begår brott efter 18 år än övriga B-pojkar. Det är här fråga om en särgrupp som alltså klarat sig utan omhändertagande före 18 år men inte från brott efter 18 år, med andra ord en grupp av på något sätt avvikande pojkar. B-fall, vars föräldrar inte använt sig av daghem, torde ha haft en gynnsammare allmän situation. Lekskolornas barn med sin bättre prognos skiljer sig sannolikt på samma sätt från daghemmens och eftermiddagshemmens barn. Vi återkommer härtill i senare sammanhang.

11.4 *Variabler som ingår i högre frekvens hos B-pojkar än hos K-pojkar och som när de förekommer uppvisat samband med en högre frekvens brott efter 18 års ålder men inte med högre frekvens omhändertagande före denna ålder*

Resultat och diskussion

Till denna grupp hör dels en av modern angiven motorisk oro, som karaktäriserat pojken under uppväxtåren och dels en brist på specialintressen. Vad den motoriska oron beträffar förefaller det naturligt om denna i och för sig inte leder till omhändertagande och placering före 18 år. Detsamma gäller också och i än högre grad bristen på specialintressen. Den motoriska oron kan emellertid i stället tänkas medföra en rad följdverkningar med varierande former av anpassningssvårigheter som till sist leder fram till den höga frekvensen återfall efter 18 år (63 %). Även brist på intressen kan givetvis på olika sätt komma att påverka debutanternas fortsatta utveckling. Hit hör också de B-fall, som vid försök att ställa diagnos, uppfattats som miljöskadade och/eller insufficienta personligheter.

11.5 *Variabler som i samma frekvens ingår hos såväl B- som K-pojkar och som när de förekommit uppvisat samband med omhändertagande före 18 år jämte enbart för dessa återfall efter 18 år*

Resultat och diskussion

Det gäller här de B-pojkar som uppfattats förete brister i uppriktighet (här föreligger dock en tendens även till återfall i brott efter 18 år oberoende av omhändertagande före denna ålder) och dem som ansetts uppträda i gäng, dem som ansetts reagera speciellt mot faderns uppfostringsprinciper och som enligt

modern lider av tics och spasmer och vidare dem som visat sig ointresserade av hemliv och ej känt sig omtyckta hemma. I sista fallet är signifikansen tveksam, då den bygger på endast tre fall, vilka samtliga omhändertagits. Samma antal fall ger också när det gäller denna variabel en tendens till återfall i brott efter 18 år oberoende av omhändertagande före denna ålder. Vidare möter vi här B-pojkar med dåligt läsintresse och de B-pojkar som av skolan anmälts till barnavårdsnämnd. Hit hör också ytterligare några på grund av lågt antal fall tveksamma signifikanser hos B-pojkar nämligen de med aggressivt beteende, de som ej trivts i hemmet och de som ofta uppvisat illamående.

Förekomsten av de angivna variablerna behöver alltså inte medföra en ogynnsam utveckling men innebär synbarligen ett visst riskmoment.

11.6 *Variabler som ingår i högre frekvens hos B-pojkar än hos K-pojkar och som när de förekommit uppvisat samband med omhändertagande före 18 år jämte enbart för dessa återfall efter 18 år*

Resultat

Hit hör B-fall med "osäker spädbarnstid" (28 % omhändertagande mot 6 % för de övriga) och B-fall som varit utsatta för miljöbyte dvs. mer än 14 dagar berövats den permanenta miljön under spädbarnsåret (54 % omhändertagna mot 21 % av de övriga).

Till denna grupp hör även de B-pojkar som visat brist på gemensamma intressen med föräldrarna och de fall där skolan meddelat föräldrarna att pojken företett dåliga kunskaper. Tidiga rökare och pojkar med speciellt intresse för motorer har också kommit att falla inom denna grupp.

Resultatet är ej särskilt anmärkningsvärt. Det synes rimligt att antaga att för de barn, för vilka spädbarnstiden bedömts som osäker (bl. a. på grund av att de uppvisat symtom av ogynnsam natur men också på grund av anmärkningsvärda uppgifter om målsman) miljöbyten i spädbarnsåldern kan ha blivit följden. Detta kan i sin tur ha ökat risken för omhändertagande och placeringar jämte återfall i brott efter 18 års ålder, fastän variabeln i och för sig ej medför en ökad frekvens återfall efter 18 år.

Även övriga variabler inom denna grupp kan sättas i samband med omhändertaganden, även om de i och för sig inte är av den natur att de påverkar risken för återfall i brott efter 18 år.

11.7 *Variabler som ingår i samma frekvens för B- och K-pojkar men som när de förekommit uppvisat samband med omhändertagande före 18 år och/eller återfall i brott efter 18 år*

Resultat

Det gäller här variabler, som tillsammans med variablerna i nästa grupp bildar de symtom och beteenden som när de förekommer ställer individen inför de största riskerna dvs. dels omhändertagande före och dels återfall i brott efter 18 år.

Hit hör i första hand de B-pojkar som utsatts för skalltraumata med medvetslöshet (70 % brottslighet efter 18 år), de som lätt råkat i konflikt med kamrater (85 % brottslighet efter 18 år) och de som tidigare företett anpassningssvårigheter utom hemmet (81 % brottslighet efter 18 år).

Vidare de B-fall som ansetts ha fått en icke "ordinär" uppfostran och som reagerat mot föräldrarnas uppfostringsprinciper, speciellt moderns, de som ej varit hemma på bestämda tider och som brustit i meddelsamhet och i stället uppvisat en på olika sätt stegrad (hög) aktivitet. Vi möter denna situation även i de fall gräl ofta förekommit i hemmet.

Tendenser i samma riktning finner vi även när B-pojkarna visat brist på uppriktighet och möjligen också när "sträng" uppfostran angivits.

11.8 *Variabler som ingår i högre frekvens hos B-pojkar än hos K-pojkar och som när de förekommit uppvisat samband med omhändertagande före 18 år och/eller återfall i brott efter 18 år*

Resultat

Denna grupp skiljer sig från den närmast föregående genom att variablerna, trots matchningen, förekommer i signifikant högre frekvens hos B-pojkarna än hos K-pojkarna. Deras betydelse som brottsfaktorer måste med hänsyn härtill anses stå i särklass.

Hit hör i första hand de B-pojkar, om vilka uppgivits att de tidigt, flertalet redan i förskoleåldern, visat anpassningssvårigheter i hemmet (72 % fortsatt brottslighet efter 18 år). Att beteenden av den art det här rör sig om grundläggs tidigt i utvecklingsprocessen får härmed ett klart stöd i detta avsnitt av klientelundersökningen.

Till gruppen hör också affektlabilitet med aggressionsutbrott (65 % återfall efter 18 år och även signifikant differens vid symtomets uppträdande före 10 års ålder), rymningar och vagabondage (79 % begår brott efter 18 år[1]) samt snatterier och stölder utom hemmet (64 %). Uppträder det sistnämnda symtomet före 10-årsåldern finner vi också en signifikans för omhändertagande före 18 år samt en tendens till högre brottslighet efter 18 år. Det är sålunda fråga om symtom som är relativt tidiga och som ger hög recidivfrekvens.

Av skolsymtomen möter vi i detta sammanhang bland B-pojkarna skolskolkare (66 %), kvarsittare (69 %), specialklasselever (63 %) och sådana som enligt referenterna ej trivts i skolan (66 %).

De B-pojkar, vars föräldrar ej gillat det sätt på vilket de utnyttjat sin fritid, hör också till denna grupp (70 %) liksom B-pojkar med symtomkombinationen aggressivitet (57 %).

Till gruppen hör vidare vissa variabler som mätts direkt genom psykiaterns bedömning, nämligen dåligt omdöme med brist på självkritik (67 %), en gillande attityd till brott (63 %) samt en icke "ordinär" personlighet med tecken på miljöskada och/eller med någon form av insufficens i personligheten (58 %). De B-pojkar som bedömts som "ordinära" personligheter trots sin brottsdebut visade endast i 26 % en fortsatt brottslighet efter 18 år.

11.9 *Sammanfattande diskussion*

Redan tidigare i sammanfattningen har det funnits anledning att i anslutning till resultatredovisningarna påpeka, hur i detta avsnitt av klientelundersökningen mycket pekar på att orsakerna till anpassningssvårigheter, i varje fall i den mån de är bestående i mera framskriden ålder, måste sökas tidigt i utvecklingsprocessen.

För oss är det då i första hand av intresse att studera de symtom som när de förekommer tidigt också uppvisar en hög frekvens brottslighet, närmast hög frekvens återfall i brott efter 18 år. Till dessa tidigt observerade symtom hör "motorisk oro" under uppväxtåren, "skalltraumata med medvetslöshet" och "affektlabilitet med aggressionsutbrott". Den motoriska oron kan inte återfinnas i spädbarnsåldern men det förefaller rimligt att antaga att den förelegat så tidigt att den påverkat frekvensen av olyckshändelser och då även de olyckshändelser, som leder till skallskador. Nu visar det sig emellertid att frekvensen skalltraumata i HU inte är vanligare bland B-pojkar än K-pojkar. Detsamma gäller kroppstraumata av annan art. Skalltraumata synes emellertid kunna få en ytterst deletär effekt när det drabbar en B-pojke. Vi finner då 70 % återfall i brott i förhållande till 41 % för B-pojkar som ej råkat ut för skalltrauma av denna art. K-fallen med och utan skalltraumata ger ingen signifikant differens beträffande återfall. Antalet K-fall som råkat ut för skalltraumata är också litet (sex fall) och endast ett av dessa begick brott efter 18 år (17 %). Differensen mellan B- och K-fall med brott efter 18 år

[1] Även de följande procenttalen i detta och nästföljande tre stycken anger brottslighetsfrekvensen efter 18 års ålder.

blir dock signifikant. (53 %, medelfelet 17,7).

Skalltraumata med medvetslöshet har ofta ansetts ge komplikationer i form av "motorisk oro" och "affektlabilitet med aggressionsutbrott". Tidigare undersökningar såväl som resultatet i denna undersökning talar emellertid mot direkta samband. Denna undersökning talar dock för att våra unga lagöverträdare, när de drabbas av ett skalltrauma, löper större risker än andra att utvecklas ogynnsamt. Vi måste då förutsätta någon form av insufficiens i personligheten, som gör vederbörande speciellt känslig för bl. a. skalltraumata av denna art.

Det kan konstateras att de B-pojkar, som av psykiatern bedömts som miljöskadade eller insufficienta också återfaller i brott efter 18 år i högre frekvens än de B-pojkar, som bedömts som "ordinära" personligheter utan tecken på miljöskada eller insufficiens.

Vid barnpsykiaterns observationer visar sig ett flertal beteenden vara vanligare hos B- än K-pojkar men endast två av dessa visade samband med högre frekvenser av brott efter 18 år. Det gällde de B-pojkar som givit anledning att registrera dåligt omdöme med brister i självkritiken och de pojkar som själva deklarerat en positivt gillande attityd till brott. Dessa undersökningsresultat kan anses vara av väsentlig betydelse.

Vi möter vidare en signifikant högre frekvens återfall i brott efter 18 år i de fall psykiatern ansett vederbörande B-pojkar ha uppvisat en förhöjd (dock ej manisk) sinnesstämning. Det rör sig visserligen om endast fyra B-fall men samtliga dessa har återfallit i brott.

Slutligen visar det sig att i de fall någon form av psykisk sjukdom eller insufficiens eller påtagligt alkoholmissbruk eller asocialitet förelegat hos fäderna kom sönerna att i högre frekvens återfalla i brott efter 18 år. Vid asocialitet hos fäderna förelåg därtill högre frekvens av omhändertagande före 18 år.

Vi kommer härmed in på frågan om arv och miljö och skall i första hand ta upp de miljövariabler, som i detta avsnitt av klientelundersökningen visat samband med ogynnsam utveckling (återfall i brott efter 18 år). Till dessa hör uppfostran som av referenten bedömts som icke "ordinär" och vidare uppfostran som pojkarna själva reagerat mot och då speciellt moderns. Vidare brist på gemensamma intressen med föräldrarna, föräldrarnas ogillande av det sätt på vilket pojkarna utnyttjat sin fritid samt ofta återkommande gräl i hemmet. En ogynnsam utveckling möter vi på samma sätt hos de B-pojkar, som inte känt sig omtyckta i hemmet, som tidigare vistats på daghem och i fritidshem och som inte fått förmånen gå i den endast pedagogiskt motiverade förskolan. Bilden av den miljö de B-pojkar, som senare utvecklas ogynnsamt, växer upp i ter sig sålunda påtagligt dyster och beträffande uppfostringssituationen i nära överensstämmelse med vad som skildrats i undersökningens socialpsykologiska avsnitt.

Daghemsvistelse synes alltså inte förbättra situationen för de B-pojkar, som på grund av en ogynnsam social situation måste tillbringa förskoleåldern där. Detsamma gäller vistelse i eftermiddags- eller fritidshem, medan de sannolikt socialt sett mera gynnade B-pojkar, som fått tillfälle gå i förskola, möjligen gynnats härav.

Hur ser då de B-pojkar ut som går den ogynnsamma utvecklingen till mötes? Vi finner att de företer tidiga anpassningssvårigheter i hemmet och att hemlivet över huvud taget upplevs som otillfredsställande. De uppvisar brist på meddelsamhet och ovilligheter att finna sig i bestämmelser. Till bilden hör även affektlabilitet med aggressionsutbrott liksom rymningar hemifrån med tendenser till vagabondering. Utom hemmet finns likaledes anpassningssvårigheter med en stegrad aktivitet och aggressivitet och svårigheter att umgås med kamrater utan konflikter. Tydligen beter sig dessa pojkar på många sätt så annorlunda än andra att de betraktas som avvikande och därigenom också blir outsiders. I skolan tillkommer brist på intressen, vantrivsel, skolk och en hög frekvens kvarsittning och/eller specialundervisning, som undan för undan präglar pojken som avvikare och befäster outsiderattityden.

Den väsentliga frågan är nu om det enbart är miljön som är roten och upphovet till det onda. Att växa upp i en miljö, där uppfostringssituationen av modern betecknas som "icke ordinär" och mot vilken pojken själv reagerar, där inga gemensamma intressen finns och där gräl ofta förekommer kan givetvis medföra att intresset för hemmet minskar, att man slutar upp att tala med varandra, att man inte längre bryr sig om att rätta sig efter tillsägelser och också att man ger sig iväg hemifrån och börjar snatta och stjäla. De symtom som sedan visar sig i skolan kan åtminstone till stor del, om också kanske inte helt, antas ha samma bakgrund. Även det som framkommit vid psykiaterundersökningen, dvs. dåligt omdöme med brist på självkritik och framför allt en positiv attityd till brott, kan utan tvekan ses som en följd av de ogynnsamma yttre förhållandena.

Då inte heller någon speciell psykisk sjukdom eller något direkt insufficienstillstånd hos föräldrarna, frånsett asocialitet hos fadern, kan påvisas skapa ökad risk för de unga lagöverträdarna ligger det nära till hands att anta, att miljön även här spelat den avgörande rollen. En högre frekvens kroppsliga sjukdomar hos B-pojkars i förhållande till K-pojkars såväl fäder som mödrar medför också att miljöpressen för B-pojkarna skärps.

Ursprungligen förutsattes på till synes goda grunder någon form av insufficiens i B-pojkarnas personlighet, som gjorde dem mer känsliga än K-pojkarna för t. ex. skalltraumata med medvetslöshet. De nu diskuterade miljöfaktorerna har dock kunnat antas utgöra tillräckliga orsaksfaktorer när det gäller de ur utvecklingssynpunkt ogynnsamma symtom som våra unga lagöverträdare uppvisar.

Ytterligare några symtom återstår dock att diskutera. Det gäller dels den av mödrarna angivna hos B-pojkarna i signifikant högre frekvens än hos K-pojkarna förekommande motoriska oron under uppväxtåren, dels den likaledes bland B-pojkarna högre frekvensen affektlabilitet med aggressionsutbrott och den för dessa båda variabler därutöver högre frekvensen återfall i brott efter 18 år. Vidare symtomkombinationerna stegrad (hög) aktivitet och aggressivitet och slutligen den ogynnsamma utvecklingen hos B-pojkar med inför psykiatern påvisad förhöjd sinnesstämning. Det är svårare att på basis av klinisk erfarenhet och den kunskap som föreligger förklara dessa symtom som resultat av enbart miljöfaktorers verkan. En motorisk oro under uppväxtåren, en hög frekvens affektlabilitet och en förhöjd aktivitet över huvud taget, en rastlöshet och aggressivitet och därtill en snarare förhöjd än sänkt sinnesstämning är symtom som lättare går att hänföra till någon form av medfödd eller förvärvad insufficiens inom personligheten, en insufficiens som å ena sidan direkt leder till dessa symtom och sekundärt till följdsymtom av olika slag. Även om miljöfaktorer ofrånkomligen spelar in även vid uppkomsten av vissa aktivitetsformer låter de sig ofta icke bemästras utan får, oavsett hur miljösituationen utvecklas, för individen många gånger ödesdigra verkningar. Vilken uppkomstmekanismen än är står vi här inför en av de för närvarande mest väsentliga forskningsuppgifterna när det gäller barn- och ungdomsasocialiteten. Det gäller att vid sidan om allt det som tydligt ger sig till känna i form av miljöskador söka lösa den motoriska orons och rastlöshetens djupaste orsaker. Aggressionsproblematiken belyses från psykologisk synpunkt i klientelundersökningens psykologiska avsnitt. Författaren till den här föreliggande rapporten är angelägen betona vikten av att man ej försummar forskningen i fråga om orsakerna till den insufficiens i personligheten som hos de unga lagöverträdarna leder till motorisk oro, rastlöshet, aggressivitet, affektlabilitet och förhöjd sinnesstämning och som kan tänkas ha ett samband även med den överkänslighet i fråga om skalltraumata med medvetlöshet, som kan anses ha framgått av undersökningen. Därvid åsyftas särskilt den kemiska och metaboliska forskning (ämnesomsättningsforskning) som berör de defekta aktiveringsmekanismerna och deras eventuella samband med hyperaktiviteten men även den mera direkta barnneurologiska forskningen rörande nervsystemets mognadsprocesser.

11 Summary

The part of the investigation dealt with in this report comprises mainly information obtained by child and youth psychiatrists during conversations with guardians (usually mothers) concerning the development of young delinquents (and controls) (Chapter 2), the home situation and social background (Chapter 3), the school situation (Chapter 4), spare time and companion environment, interests and habits (Chapter 5), and that obtained during the examination of the boys which gave information on physical (Chapter 6) and mental status (Chapter 7). Finally, some combinations of symptoms have been analysed (Chapter 8) and attempts made to arrive at a diagnosis (Chapter 9) and partly also a prognosis (Chapter 10).

The investigation population consists of the same boys as in the other parts of the study, namely boys registered in the police records for crimes committed at the age of 11–15 years (B-boys), who are compared with a control group of boys of the same age, from the same social group and with similar family situations (Complete or incomplete family) and from, generally speaking, the same dwelling areas (K-boys).

The study was made in two stages, first a pilot study (PU) of 41 B-cases and 42 K-cases, and then a main investigation (HU) of a larger material (145 B-boys and 53 K-boys) with instruments and hypotheses revised on the basis of experience gained during the pilot study.

The investigation methods are described in the first report (SOU 1971:49). A summary of this report, in so far as it is concerned with the child and youth psychiatric section, is given in the present report (Chapter 1) with (a) an account of the aims and limitations of the study (1.1), (b) a description of the psychiatric interview (1.2), (c) an account of other sources of information used (1.3), and (d) a description of the starting points or basis of the examination (1.4.1–4).

Each analytical chapter consists of a description of or a definition of the variables, and a brief account of earlier theories and investigation results in this sphere. After that a report is given of the results obtained in the section in question, followed by a summary and a preliminary discussion.

The results are reported in the form of comparisons between the occurrence of the variables in the B-boys and the K-boys and by information from registers regarding relapse into crime after the age of 18 years, and their being taken into custody prior to this age compared with the occurrence or non-occurrence of the variables. The register data are from the general register of criminals, the Board of Excise (now National Revenue), temperance board and child welfare registers. This information, which has been followed up for about twelve years, when the subjects had attained the age of 21–28 years, forms the basis of a division of the boys into so-called sequence classes

(Chapter 1.4.2). In reporting the results, use has been made of the parts already mentioned, namely relapes into crime after the age of 18 years (comprising sequence classes 1, 3, 5, 7 and 9) and relapse into crime after the age of 18 years, in spite of public care before this age (sequence class 9).

In order to facilitate the assessment of the percentages, it must be pointed out here that crime after the age of 18 years was committed by an average of 44 per cent of the B-boys in the pilot study and 48 per cent of the B-boys in the main investigation, that the corresponding figures for the K-boys are 9 and 13 per cent, and that the number taken into custody for public care (in tables 1.1–4 "public care" is given) before the age of 18 years with persisting criminality after 18 years was, for the B-boys in the pilot study, 20 per cent, and 25 per cent in the main investigation; for the K-boys the figures were 0 and 2 per cent respectively.

In the following summary the results will be described, and the discussion carried on, starting from the frequency in the main investigation of the variables studied in the B-boys in relation to the K-boys and the occurrence of the variables in relation custody before and/or with persisting criminality after the age of 18 years.

11.1 *Variables occurring in the same frequency in B-boys and K-boys which, when they occurred, had no relation to custody before or relapse into crime after the age of 18 years.*

Results

This category comprises the variables treating of complications in pregnancy, parturition and the early post-natal period, the duration of pregnancy and weight at birth, and information about the first year in respect of feeding, increase in weight, switch-over to solid food and symptoms during the first year in the form of screaming and whining, disturbed sleep, lack of contact between mother and child and concern in conjunction with toilet training. This category also includes late or early motor development (i.e. whether the boy could walk without support after or before his first birthday). Further, physical illnesses during the year of growth – except for chickenpox and whooping-cough. Chickenpox differed from other illnesses in so far as it was more common among the K-boys than among the B-boys and whooping-cough, which showed relation with a higher incidence of crime after the age of 18 years among the K-boys who have not had this disease – physical exhaustion, headaches, pains in the stomach or muscles, propensity for vomitting, repeated infections of the trachea and physical traumata and X-ray examinations preformed belong to this category, as do conditions suggesting hysterical manifestations and sexual aberration and such symptoms as bed-wetting, nail-biting and finger sucking, as well as such types of behaviour as pilfering and stealing inside and burglary outside the home and also in respect of the variables consumption of spirits and/or drugs and getting drunk.

Nor are there any differences in conjunction with variables intended to analyse interest in and participation in different kinds of associations, feeling of well-being with companions and the possible occurrence of an especially good friend. Nor does interest in music or the movies give any differences. No significant differences were observed in respect of parents' approval or disapproval of the boys' companions, nor in respect of parents' attitude to their sons' inviting their companions home. Religious items included in the bringing-up, if B-boys attended Sunday school or not, if they had been or were to be confirmed do not give any significant differences either. To these variables, which are seemingly rather meaningless in relation to custody and relapse into crime, must be added self-confidence in the boys as observed in the main investigation during the psychiatric examination. The picture is the same in various combinations of symptoms from the different parts of the investigation,

symptoms that are related to each other in some way, such as bed- and day-wetting and encopresis, habitual manipulation (here however, there is a tendency towards a higher frequency of continued criminality in the B-boys after the age of 18 years, although it must be borne in mind that the combination includes involuntary movements of the muscles of the type tic, spasms, stereotypes, etc.), and combinations of different anxiety and organic symptoms.

The report of the third part of the investigation (SOU 1973: 25) shows that the way boys have been brought up and cared for at home is of great importance for their development in respect of criminal–non-criminal conduct. A "lax" and "erratic" upbringing was shown to be disastrous in the long run. Practically all those who had been brought up in these ways (97 per cent) have relapsed into crime and half of them have been taken into custody before the age of 18 years, and nevertheless relapsed into crime after that age. In the present report, such upbringing is not more common among the B-boys than among the K-boys, and when, in few cases, it does occur it does not give a greater frequency of public care and/or relapse into crime. The difference may be explained by the fact that the investigation in the one case is based on the boys' accounts and in the other on the guardians' (usually the mothers') assessments. It must be easier to describe them as "strict" or "mild", or to regard them as "ordinary" or "not ordinary". Nor does there seem to be any hesitation in admitting the use of corporal punishment. In the cases where such has been admitted we find among the boys a tendency towards a higher frequency of criminality after the age of 18 years than in the cases where corporal punishment was not reported.

Discussion

From what has been reported here it may be deduced that there are many variables that are not of great significance for the B-boys or play any essential part with regard to the later fate of the boys. It must, naturally, be regarded as an advantage if, in this way, some factors can be excluded from the discussion of what should be regarded of importance, for etiology and development, in connection with anti-social conduct in children and young people.

It must be mentioned that the outcome of the investigation may be misleading. The number of cases in the analyses is of importance. Further, the questions may have been wrongly worded and perhaps put to the wrong person. During a psychiatric seance, or conversation, as in this case, the information obtained in often very difficult to evaluate. Results may be obtained that seem remarkable and contradict information obtained in other examinations. As an example, a rather surprising result may be mentioned. Mental symptoms and/or diseases of a psychotic nature, mental insufficiency which has noticeably affected working capacity, general nervousness for which medical advice has been sought, abuse of alcohol and anti-social behaviour are said in the main investigation to be, as a rule, no more frequent among the parents of the B-boys than among those of the K-boys. (Exceptions are the mental disturbances of a psychotic nature, which are reported to occur more often among the fathers of K-boys and the mothers of B-boys.) Nor does the occurrence of these variables separately (apart from anti-sociality in the fathers) cause any increased frequency of relapse into crime after the age of 18 years. Not until all the symptoms of illnesses in the fathers are combined is a significantly higher frequency of relapse into crime after the age of 18 years in the B-boys obtained.

11.2 *Variables occurring in higher frequencies in the B-boys than in the K-boys but which, on their occurrence, have not shown relation with either custody before or with relapse into crime after the age of 18 years.*

Results

This category includes shorter length at birth and a large number of unfavourable symptoms in early childhood, including misconduct in school, parents' information that the boys find concentration difficult, that they are unable to get on well with teachers, and that steps have been taken against them by the school in some way or another. Corporal punishment in the home the year previous to debut in crime and that boys, according to the parents' information, have drunk wine also belong to this category.

The result is the same in respect of the boys' attitude to the investigation (impaired motivation), nervousness and uneasiness when confronted with the investigation, faulty contacts and lack of concentration. Further, the cases in which the boy was shown to be poorly oriented in social matters and where intellectual agility has been judged to be impaired and where impaired anxiety and conscience reactions were considered to be present also belong to this group. This group includes also the B-boys, who by the psychiatrist have been judged to have a bad prognosis. Bad prognoses, however, showed a tendency towards relation to custody before and/or relapse into crime after the age of 18 years.

Some combinations of symptoms also belong to this category, e.g. such as motor disturbance, disturbed sleep, sensitivity and low activity.

Finally, physical illness in the parents, particularly the father, must also be mentioned. It is remarkable that the incidence of relapse into crime after 18 years of age shows a clear tendency to be at a lower level, when the fathers were reported to suffer from physical illnesses.

Discussion

The fact that the symptoms mentioned, in spite of their occurrence in a significantly higher frequency among B-boys than among K-boys, have not affected custody for and/or relapse into crime may in several cases be said to agree with general and clinical experience. As far as the shorter length at birth of B-boys is concerned, the difference compared with K-boys is only slight (5 mm). There are more unfavourable symptoms during the first year among the B-boys, but no single symptom during early infancy has been reported as more common in B-boys than in K-boys. Nor is there any higher frequency of custody for or relapse into crime when they do occur. The first year of life may, of course, independently of the child's symptoms, be experienced as free from complications and symptoms, and a symptom such as unsatisfactory contacts with the child as an expression of emotionally unfavourable development in an infant cannot be traced on the evidence of the mother's recollections of observations during the child's first year.

It is certain that the boys whose mothers are willing to admit that they have received many reports on misconduct in school are the most troubled. The boys whose mothers have reported that they (the boys) could not get on with the teachers need not be particularly difficult to manage. Nor need this be true of those who suffered most corporal punishment during the last year or boys who were said to have drunk wine. It is also hardly remarkable that boys who, at the child psychiatric examination, are found to have poor motivation or more symptoms of stress and anxiety, and poor contacts or poor social orientation, have more unfavourable possibilities of development than others. We are concerned here with important situational factors in the age 11–15 years, which are, however, of little importance for future development.

The fact that, according to information provided by parents, difficulty to concen-

trate and at the psychiatric examination lack of attention and impaired intellectual alertness together with low anxiety and conscience reactions do not affect development is, perhaps, more surprising from the angle of clinical experience. It must be admitted that judgements of this kind are difficult, and perhaps even more difficult when it is a question of determining a person's judgement or, for instance, his attitude towards crime. As far as the last-named variables are concerned, it can be said that relapse into crime after the age of 18 years is on a numerically high level (55 and 53 per cent). It seems only natural that combinations of symptoms indicating motor disturbance, sensitiveness and impaired (low) activity have no influence, since they are based to some extent on data from the psychiatric examination which must be somewhat uncertain and affected by the situation.

11.3 *Variables occurring with the same frequency in B-boys and K-boys, which, when they occurred, showed relation with a higher incidence of crime after the age of 18 years, but not with a higher frequency of custody prior to this age*

Result

This group includes the B-boys whose fathers have one form or another of the registered mental symptoms or diseases. Further, the B-boys who have attended day-nurseries (64 per cent relapsed into crime) and youth centres (72 per cent relapsed into crime), and also those who have not attended a kindergartan (52 per cent) compared with those who have had this privilege (31 per cent). It is possible that the K-boys who have been reported to drink spirits have, to a significantly greater extent than others, committed crimes after the age of 18 years. The significance is doubtful, however, since it is based on far too few cases. This is also true of the B-boys whose speech development has been considered to have been unusual in one way or another.

Discussion

We are obviously concerned here with a rather singular intermediate group of great interest. That B-boys whose fathers have suffered from one or another form of nervous or mental symptoms or disease relapse into crime more frequently than other boys may mean that they have been unfavourably affected by the environmental factors present in such situations. Genetic factors, of course, may also play an important role. It is obvious that the fathers' mental diseases affect the boys in the long run, and more in a negative direction than do the fathers' physical illnesses.

It may at first seem astonishing that boys in the B- and K-groups attend nursery schools equally often, but it should be borne in mind that the material is matched in respect of not only age but also socio-economic group, type of family and to some extent dwelling area. And still the B-boys who have attended day nurseries and youth centres have, to a greater extent than other B-boys, committed crimes after the age of 18 years. Here we are undoubtedly concerned with a special group of boys who have avoided being taken into custody for crimes committed before the age of 18 years, but not for those committed after this age, in other words, a group of boys who are aberrant in one way or another. B-boys whose parents did not make use of day nurseries have probably had a more favourable situation. Kindergarten children with their better prognoses probably differ in the same way from day nursery and youth centre children. We will return to this later.

11.4 *Variables occurring in a higher frequency in B-boys than in K-boys, which, when they have occurred have shown relation with a higher frequency of crime after the age of 18 years, but not with a higher frequency of custody before this age*

Result and discussion

Variables belonging to this group are motor disturbance reported by the mother, which characterized the boy during his years of growth and lack of special interests. As far as motor disturbance is concerned, it seems natural if this in itself does not lead to a boy being taken into custody for care before the age of 18 years. The same is true, and to a higher degree, of lack of special interests. The motor disturbance may, however, possibly give rise instead to a number of after-effects or various forms of difficulty of adjustment which may finally lead to the high frequency of relapse into crime after the age of 18 years (63 per cent). Lack of interests, too, may affect the continued development of the debutants in different ways.

This group includes also the B-boys who at the attempts made to arrive a diagnosis were judged by psychiatrists to have suffered from environmental injury and/or some form of insufficiency.

11.5 *Variables found in the same frequency in both B-boys and K-boys and when they have occurred have shown relation with custody before the age of 18 years and relapse into crime after this age for these cases only*

Result and discussion

We are concerned here with B-boys who have been considered to have shortcomings in sincerity (there is however, also a tendency towards relapse into crime after the age 18 independently of custody before this age), and those who have been considered to act in gangs, those who have been considered to react especially to the father's upbringing principles and who, according to the mother, have suffered from tic and spasms, and also those who are not interested in home life and who felt that they were disliked at home. In the last case the significance is doubtful, for it is based on only three cases, all taken into custody for public care. The same number of cases with this variable also gives a tendency towards relapse into crime after the age of 18 years independently of custody before this age. Further, there are also B-boys here with little interest in reading and th B-boys reported to the child welfare authorities by the school. This category also includes a few doubtful significances on account of the smallness of the number of cases among the B-boys, namely thoes with aggressive conduct, those who ar unhappy at home and those who have often complained of indiposition.

The occurrence of the variables given need not, therefore, cause unfavourable development but obviously gives rise to certain risks.

11.6 *Variables which occur in higher frequencies in B-boys than in K-boys and which, when they occurred, revealed relation with custody before the age of 18 years and relapse into crime after the age of 18 for these cases only*

Result

This category contains B-cases with "uncertain first year" (28 per cent taken into custody as against 6 per cent for the others) and B-cases exposed to separations or change of environment, that is deprived of the permanent environment for more than 14 days during their first year (54 per cent taken into custody compared with 21 per cent for the others).

Also the B-boys who have revealed lack of interests in common with parents belong to this group as well as the cases where the school has reported to the parents that the boy has revealed lack of knowledge. Former smokers and boys specially interested in

engines have also been included in this group.

The result is not particularly remarkable. It seems plausible to assume that, for the children for whom the first year was judged to be uncertain (because, among other things, they showed symptoms of an unfavourable nature, but also on account of exceptional information about the parents), the change of environment during infancy may have been the consequence. This in its turn may have increased the risk that a boy would be taken into custody for care and the risk of relapse into crime after the age of 18 years, although the varible in itself does not give rise to a higher frequency of relapse after 18 years.

The other variables in this group can also be placed in relation to custody, although they in themselves are not of such a nature that they affect the risk of relapse into crime after the age of 18 years.

11.7 *Variables occurring in the same frequencies for the B-boys and the K-boys, but when they did occur showed relation with custody before the age of 18 years and/or relapse into crime after this age*

Result

We are here concerned with variables which, together with the variables in the next group, form the symptoms and behaviour which, then they occur, expose the individual to the greatest risks, i.e. of being taken into custody before 18 years of age and relapse into crime after this age.

In the first place the group comprises the B-boys subjected to skull traumata and unconsciousness (70 per cent criminality after the age of 18), those who easily come into conflict with companions (85 per cent criminality after 18) and those who have earlier had problems of adjustment outside the home (81 per cent criminality after 18 years of age).

Further, this group includes the B-boys who were considered to have had a "not ordinary" upbringing, who reacted against the parents' – particularly the mother's – principles of upbringing, those who did not come home at the time stipulated and who failed in communication, and who showed, in various ways, increased (high) activity. We also find this situation in the cases in which quarrelling in the home is common.

Tendencies in the same direction are also found when the B-boys have shown lack of sincerity and possibly also when a "strict" upbringing has been reported.

11.8 *Variables which are found in higher frequencies in B-boys than in K-boys and which, when they have occurred, have indicated relation with custody before the age of 18 years and/or relapse into crime after this age*

Result

This group differs from the previous one in that the variables, in spite of matching, occur in significantly higher frequencies in the B-boys than in the K-boys. When this is borne in mind, their importance as factors in crime must be considered to be unique.

This group comprises, in the first place, the B-boys of whom it has been reported that they showed early – most of them in the kindergarten age – adjustment difficulties in the home (72 per cent continued in crime after the age of 18 years). The theory that the seeds of behaviour of the kind we are concerned with here are sown early in the process of development receives considerable support in this section of the investigation.

Affect lability with outbursts of aggression (65 per cent relapse into crime after the age of 18 years and also a significant difference in the appearance of the symptoms before the age of 10 years), running away from home and vagabondage (79 per cent commit crimes after the age of 18 years[1]) and pilfering and theft outside the

[1] In this and following three pieces the percentages give also the frequency of criminality after the age of 18 years.

home (64 per cent), also belong to this group. If the last-named symptom appears before the age of 10 years, we also find a significance for custody before 18 years and a tendency towards greater criminality after the age of 18 years. Thus we are here concerned with symptoms that appear rather early and give a high frequency of relapse into crime.

The school symptoms found in this context among the B-boys are truancy (66 per cent), grade-repeating (69 per cent), remedial class attendance (63 per cent) and, according to reports, dislike of school attendance (66 per cent).

The B-boys whose parents have disapproved of how the boys used their spare time also belong to this group (70 per cent), as do the B-boys with the symptom combination aggressiveness (57 per cent).

Further, to this group belong also some variables measured directly by the psychiatrist, namely poor judgement coupled with lack of self-criticism (67 per cent), an approving attitude to crime (63 per cent) and a "not ordinary" personality with signs of environmental injury and/or with some form of insufficiency in the personality (58 per cent). Only 26 per cent of the B-boys who, in spite of their first crime, were judged to have "ordinary" personalities continued to commit crimes after the age of 18 years.

11.9 *Summarizing discussion*

Earlier in the summary there was reason to point out, in connection with the report of the results, how, in this section of the investigation, there is much evidence that the causes of difficulties of adjustment, at least in so far as they persist in later years, must be sought early in the process of development.

In the first place, therefore, it is of interest for us to study the symptoms which, when they appear early, also show a high frequency of relapse into crime after the age of 18 years. Among these early symptoms are "motor disturbance" during the years of growth, "skull traumata with unconsciousness", and "affect lability with outbursts of aggression". Motor disturbance cannot be traced during infancy, but it seems reasonable to assume that it was present so early that it affected the incidence of accidents, including accidents leading to skull injury. It is shown, however, that the frequency of skull traumata is not greater among the B-boys than among the K-boys in the main investigation. The same is true of physical injuries of other types. Skull traumata, however, seem to have an extremely deleterious effect when sustained by B-boys. We find then 70 per cent of the B-boys who relapse into crime compared with 41 per cent who have not suffered such injury. The K-boys with and without skull traumata do not show any significant difference in respect of relapse. The number of K-boys who suffered such injury was small, too (six cases), and only one of these committed crime after the age of 18 years (17 per cent). The difference between the B- and K-cases with crime after the eighteenth birthday is significant, however (53 per cent, mean error 17.7 per cent).

Skull injury with unconsciousness has often been considered to cause complications in the form of "motor disturbance" and "affect lability with outbursts of aggression". Earlier studies, as well as the results of the present investigation, speak against a direct relation. To some extent, however, the present study suggests that our young delinquents, when they suffer skull injury, run greater risks than others of developing unfavourably. We must then assume some form of insufficient personality which makes the person in question especially sensitive to, among other things, skull traumata of this type.

It can be observed that the B-boys who were judged by psychiatrists to have suffered from environmental injury or insufficiency relapsed into crime after the age of 18 yeras in a higher frequency than the B-boys who were judged as "ordinary" personalities

without signs of environmental injury or insufficiency.

The examinations by child psychiatrists revealed that several items of behaviour were more common among B-boys than among K-boys, but only two of them were related to higher frequencies of crime after the age of 18 years. This referred to the B-boys who were reported to have poor judgement with lack of self-criticism and the boys who had stated that they had a positive attitude to crime. Very great importance must be attached to these findings.

Further, there is a significantly higher frequency of relapse into crime after the age of 18 years in the cases the psychiatrist has considered that the B-boys in question have shown an elevated (though not manic) mental status. This concerns only four B-boys, it is true, but all of them have relapsed into crime.

Finally, it was found that in the cases in which some form of mental insufficiency, or marked abuse of alcohol or anti-social conduct was present in the fathers, the sons relapsed into crime more frequently after the age of 18 years. In addition, there was a higher frequency of sons of anti-social fathers taken into custody before the age of 18 years.

This brings us to the question of inherited traits and environment, and in the first place the environmental variables which, in this section of the investigation, have been shown to be related to unfavourable development (relapse into crime after 18) will be discussed. These include an upbringing reported to be "not ordinary", and an upbringing – particularly that of the mother – against which the boys themselves have reacted. Also included are lack of interests in common with parents, parents' disapproval of the way the boys spent their spare time, and frequent quarrels in the home. A similar unfavourable development can also be traced among the B-boys who felt themselves disliked at home, who had earlier attended day nurseries and youth centres, and who had not enjoyed the privilege of purely pedagogically motivated pre-school attendance. The picture of the environment in which the B-boys who later develop unfavourably grow up seems, therefore, to be extremely dismal and, in respect of the upbringing situation, very similar to what has been reported in the socio-psychological section of the investigation.

Attendance at a day nursery does not seem to improve the situation for the B-boys who, on account of an unfavourable social situation, must spend all their pre-school years there. The same is true of attendance at a youth centre, while the probably socially more favoured B-boys who have had the opportunity of attending a kindergarten may have been favoured by such attendance.

What are the B-boys like who are moving towards an unfavourable development? We find that very early they have difficulties of adjustment in the home and that home life as a whole is experienced as unsatisfactory. They show lack of communication and are unwilling to accept rules and regulations. Affect lability with outbursts of aggression is also part of the picture, as is running away from home with tendencies towards vagabondage. Outside the home, too, difficulties of adjustment are encountered with increased activity and aggressiveness, and difficulty to associate with companions without conflict. It is clear that these boys behave in many ways so differently from others that they are regarded as aberrant and therefore become outsiders. At school are added lack of interests, lack of a feeling of well-being, truancy and a high frequency of grade-repeating and/or remedial instruction which gradually stamps the boy as aberrant and confirms the outsider attitude.

The most important question now is whether the environment alone is the cause of the evil. To grow up in an environment where the upbringing situation is characterized by the mother as "not ordinary", and against which the boy, too, reacts, where no common interests exist and where quarrels are frequent may, naturally, lead to decreased interest in the home, to the members

of the family ceasing to talk to each other, to lack of respect for rules, and to boys leaving home and beginning to pilfer and steal. The symptoms appearing later at school may, at least to a great extent, although perhaps not wholly, be assumed to have the same background. Also what was found in the psychiatric examination, i.e. poor judgement with lack of self-criticism and above all a positive attitude to crime, can, without doubt, be regarded as a consequence of the unfavourable external situation.

When no special mental illness or any direct state of insufficiency in the parents, apart from anti-social conduct in the father, can be demonstrated to create increased risk for young delinquents, it is natural to assume that the environment here has been decisive. A higher frequency of physical illness in both the fathers and the mothers of the B-boys in relation to the K-boys also increases the pressure of the environment on the B-boys.

Originally, for seemingly good reasons, some form of insufficiency was assumed to be present in the personality of the B-boys which made them more sensitive than the K-boys to skull traumata with unconsciousness, for instance. The environmental factors now under discussion have, however, been assumed to provide enough causal factors to explain the unfavourable symptoms in development shown by our young law breakers.

Still a few more symptoms remain to be discussed, however. They are the motor disturbance reported more frequently in B-boys than in K-boys during the years of growth, and the similarly higher frequency of affect lability with outbursts of aggression and for both these variables also the higher frequency of relapse into crime after the age of 18 years. Also the symptom combinations increased (high) activity and aggressiveness, and finally the unfavourable development in B-boys with, before the psychiatrist, heightened mental status. It is more difficult to explain, on the basis of clinical experience and the present state of knowledge, these symptoms as results of the effect of environmental factors only. Motor disturbance during the years of growth, a high frequency of affect lability and an increased activity on the whole, restlessness and aggressiveness coupled with a rather higher than lower mental status are symptoms which are easier to assign to some form of congenital or acquired insufficiency in the personality, an insufficiency which, on the one hand, leads directly to these symptoms, and secondarily to subsequent symptoms of different kinds. Even though environmental factors must of necessity be of influence also in the generation of certain forms of activity, it is often impossible to master them, and, regardless of how the environmental situation develops they often have fateful effects for the individual. Whatever the generation mechanism may be, we are here faced with what is today one of the most urgent research projects concerning anti-social conduct in children and young people. Side by side with all we can see in the form of environmental injuries we must endeavour to find the fundamental causes of motor disturbance and restlessness. The problems of aggression are elucidated from the aspect of psychology in the psychological section of the investigation. The author of the present report is anxious to stress strongly the importance of research into the causes of the insufficiency in personality which lead our young offenders to motor disturbance, restlessness, aggressiveness, affect lability and a high mental status and which may be related to that hypersensitiveness to skull injury with unconsciousness, which has been shown in the study.

This refers especially to chemical and metabolic research which touches upon the defective activation mechanisms and their possible relation to hyperactivity, but also to the more direct child neurological research concerning the growth processes of the nervous system.

Litteraturförteckning

(Siffrorna efter varje här upptaget arbete hänvisar till sida i rapporten.)

Agrell, J., Creutzer, B., Inskrivningsskyldigas narkotikavanor inom Stockholms och Göteborgs inskrivningsområde. Mil. Psyk. Inst. (MPI) – rapport 1968. Citerad Olofsson 1971 b.
115

Agrell, J., Netz, B., Wolff, B. Inskrivningsskyldigas narkotikavanor 1968 – Frekvenser, attityder och bakgrundsfakta. SOU 1969:53.
114

Ahnsjö, S. Barnpsykiatriska frågeformulär 1958, 1960;
Hereditetsschema 1958, 1960;
Skattningsschema för psykiatriska avsnittet 1964. (Tillgängligt på kliendelundersökningens kansli, Justitiedepartementet.)
12, 78

Ahnsjö, S. tills. med Carlsson, G., Humble, K., Olofsson, B., Settergren, G., och Svahn, I. "Metodbeskrivning". Kap. 8 i Unga lagöverträdare I. Betänkandet avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971:49.
11, 12

Ainsworth, M. D. The effects of maternal deprivation, a review of findings and controversy in the context of research strategy. Deprivation of Maternal Care. Public Health Papers No. 14. WHO, Geneva, 1962.

– Infancy in Uganda. John Hopkins Univ. Press, Baltimore, 1967
25

Alexander, F., Staub, H. The criminal, the judge and the public: A psychological analysis. Mac Millan. New York 1931. (Citat Jonsson 1967.)
57

Andry, R. G. Delinquency and Parental Pathology. Methuen, London. (Cited Rutter 1971.)
26

Annell, A-L. Pertussis in Infancy as a Cause of Behaviour Disorders in Children. Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB, Uppsala 1953.,
44

– Elementär barnpsykiatri, Norstedt & Söner, Stockholm. Tredje upplagan 1971.
150

Bakwin, H., Developmental Hyperactivity. Acta Paediatr. Scand. Suppl. 172, 1967. (Citat Torold 1969)
46

Bandura, A. & Walters, R. H. Adolescent aggression. New York: Roland, 1959.
106

Bax, M., Mac Keith, R. Minimal Cerebral Dysfunktion. Little Club Clinics in Developmental Medicin. Nr. 10, Heineman Medical Books, London 1963. (Citat Torold 1969).
45

Bell, R. Q. A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. Psych. Rev. 75, 81–95, 1968.
76

Bellman, M. Studies on enkopresis. Act. Paeditr. Suppl. 170, 1966.
57

Björkberg, R. Nordstadsungdom och homosexuellt prostituerade. I Ungdom och brott, Lund 1959. (Citat Blomberg 1971.)
73

Björkenhed, S., Hermansson, B. Den manliga ungdomsbrottsligheten i Göteborg åren 1951 och 1952. Stencil. (Citat Olofsson, 1971 b)
112

Blomberg, D. Undersökningar rörande ungdomsvårdsskolornas klientel. Bilaga till Vården vid ungdomsvårdsskolorna, SOU 1954:5.
56, 73, 77, 134

– Ungdomsskoleelevernas återanpassning. Sociala meddelanden nr 3, 1958.
56, 57, 134, 166

– Den svenska ungdomsbrottsligheten. 3. uppl. Natur och Kultur, Stockholm 1971.
73, 114, 130, 134

Blomberg, G., Grunewald, K. Ungdomsvårdsskolornas nuvarande klientel. (Bilaga till Behandlingsforskning vid ungdomsvårdsskolorna", SOU 1964:24.
73, 77, 131, 134

Bohman, M. Adopted children and their families. Proprius förslag. Stockholm 1970.
17, 74, 150

– A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undersired pregnancies. Acta Paed. Scand. Suppl. 221, 1971.
74

Bowlby, J. Maternal care and mental health. WHO Monograph. Geneva 1951, Series 2.
25, 26

– Separation of mother and child. Lancet 1, 480, 1958. (a)
25
– Separation of mother and child. Lancet 1, 1070, 1958. (b)
25
– The nature of blue child's tie to his mother. Int. J. Psychoanal. 39, 350–373, 1958. (c)
25
– Effects on behaviour of disruption of an affektional bond. In Genetic and Environmental influences on behaviour (Edited by Thoday, J. M. and Parker, A. S.) Oliver & Boyd, Edinburgh, 1968.
25, 27
– Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. Hogarth Press, London 1969.
25, 27
Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M., Rosenbluth, D. The effects of mother – child separation: a follow-up study. Br. J. Med. Psychol. 29, 211–247, 1956.
26
Bowlby, J., Parkes, C. M. Separation and loss within the family. In The Child and his family (Edited by Anthony, E. S. and Koupernik, C. M.) Wiley – Interscience, New York 1970.
27
Brown, F. Childhood bereavement and subsequent psychiatric disorder. Br. J. Psychiat. 112, 1035–1041, 1966. (Citat Rutter 1971.)
27
Burt, C. The Young Delinquent, London 1944.
113
Byström-Näswall, A., m. fl. Mellanöl – ett ungdomsproblem. Trebetygsuppsats i pedagogik, Stockholms universitet, 1970. (Citat Blomberg 1971.)
114
Börjesson, B. Om påföljders verkningar. Uppsala 1966.
167
Carlsson, G. "Undersökningen i belysning av den allmänna kriminalitetsutvecklingen." Kap. 3 i Unga lagöverträdare I. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971:49.
12
– "Familj, skola och samhälle i belysning av officiella data." Unga lagöverträdare II. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1972:76.
11, 16, 74, 104
Cederblad, M. A Child Psychiatric Study on Sudanese Arab Children. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 200. Copenhagen, 1968.
141
Cloward, R. Ohlin, L. E. Delinquency and opportunity. A theory of delinquent gangs. Glencoe 1960. (Citat Olofsson 1971 b.)
113
Cohen, A. H. Delinquent Boys. Culture of the gang. Glencoe 1955.
113
Craig, M. M., Glick, S. J. A Manual of Procedures for Applications of the Glueck Prediction Table. Univ. of London Press, London, 1965. (Citat Rutter 1971.)
27, 76
Davenport, H. T., Werry, J. S. The effect of general anesthesia, surgery and hospitalization upon the behavior of children. Am. J. Orthopsychiat. 40, 806–824, 1970.
25
Dencker, S. J. Significance of environmental factors on development of some social and personality components. Acta Psychiatr. Scand. Vol. 40. Suppl. 180, 317–321, 1963. (Citat Torold 1969.)
18
Douglas, J. W. B., Ross, J. M., Hammond, W. A., Mulligam, D. G. Delinquency and social class. Br. J. Criminol. 6, 294–302, 1966.
27
Douglas, J. W. B., Ross, J. M., Simpson, H. R. All our future. Peter Davies, London 1968. (Citat Rutter 1971.)
26, 27
Drillien, C. M. The growth and development of the prematurely born infant. Livingstone, Edinburgh 1964.
17
Duna, M., Graff-Lonnevig, V., Lagerkrantz, R., Lagerkvist, B. Småbarnen och sjukhusen. Läkartidningen nr 40, 4523–4528, 1970.
25
Eilenberg, M. D. Remand home boys 1930–1955. The British Journal of Criminology. Vol. 2, Nr. 2, 111–131, 1961.
130
Elmhorn, K. Faktisk brottslighet bland skolbarn. En enkätundersökning. SOU 1969:1.
112, 165
– Översikt över det sociologiska avsnittet. Bilaga i Unga lagöverträdare I, SOU 1971:49.
112
Eriksson, K.-H. Vanart och personlighetsavvikelser. Uppsala 1957. (Citat Blomberg 1971.)
166
Eriksson, T., Jansson, G.-C., Larsson, U. Återfall i brott bland unga lagöverträdare. Bilaga till SOU 1956:55.
134, 166, 167
Eriksson, T., Marnell, G., Larsson, U. Ungdomsfängelseklientelet som behandlingsgrupp. Bilaga till SOU 1950:47.
73, 134
Essex-Cater, A. Boys in remand. The British Journal of Criminology, Vol. 2, nr 2: 132–148, 1961.
130
Faust, O. A., Jackson, K., Cermak, E. G., Burtt, M. M., Winkley, R. Reducing emotional trauma in hispitalized children. Albany Res. Proj. Albany, New York, 1964 (Citat Rutter 1971.)
25
Frey, T., Forsman, H. Om elektroencephalogram hos pojkar med uppföranderubbningar. Nord. Tidskrift for Kriminalvidenskab 1951:1.
131

Frisk, Max. Tonårsproblem. Samfundet Folkhälsan, Helsingfors 1968.
131

Gibson, H. B. Early delinquency in relation to broken homes. J. Child Psychol. Psychiatr. 10, 195–204, 1969.
27

Glueck, S., Glueck, E. Unravelling Juvenile Delinquency. Harvard University Press, Connecticut, 1950.
27, 56, 57, 113, 130

– Family Environment and Delinquency. Kegan Paul, London 1962.
56, 57

Gordan, K., Näs, N.-O. En undersökning av 1964 års ungdomsvårdsskoleelever. Socialstyrelsen redovisar, nr 6, Stockholm 1969.
73, 131, 134

Graham, P., Rutter, M. Psychiatric Disorders in 10- and 11-year old Children. Proc. Roy. Soc. Med. 59, 382–387, 1966 (Citat Torold 1969.)
46

Greenhill, J. P. Obstetrics. W. B. Saunders comp. Philadelphia & London, 1965. (Citat Torold 1969.)
18

Gregory, I. Anterospective data following childhood loss of parent. Arch. Gen. Psychiatr. 13, 110–120, 1965. (Citat Rutter 1971.)
27

Gunnarsson, S. Infantile asthma as a psychosomatic disease. Acta Paeditrica. Suppl. 77, 1964.
150

Halldén, O. En follow-up-undersökning av skolungdomens rök-, alkohol- och sniffningsvanor. Information från Skolstyrelsen, nr 8 A. Västerås 1970. (Citat Blomberg 1971.)
114

Hartelius, H. A study of male juvenile Delinquents. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 182, Vol. 40, 1965.
45, 57, 131

Hauge, R. Kriminalitet som ungdomsfenomen. Aldus, Stockholm 1971.
112

Healy, W., Bronner, A. Delinquents and Criminals. Their Making and Unmaking. New York 1928.
112

Heiniche, C. M., Westheimer, I. J. Brief separations. Longmans, London 1965. (Citat Rutter 1971.)
25, 27

Hellberg, O. "Debut och återfall i brott". Kap. 10 i Unga lagöverträdare I. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971:49.
13

Hermansson, B., Björkenhed, S., Björkberg, R. Ungdom och brott, Lund 1959. (Citat Olofsson, 1971 b)
112

Hertzman-Ericson, M., Jansson, E. Vilka barn skolkar. Socialmedicinsk Tidskrift 33: 10, 397–405, 1956.
56

Herulf, B. Ungdom och narkotika. En socialpsykiatrisk studie i Stockholm. Svenska föreningen för psykisk hälsovård, Stockholm 1972.
105, 114

Hjern, B., Nylander, I. Late prognosis of Severe Head Injuries in Childhood. Arch. Disease in Childhood, 37, 113, 1962.
45

Hoffman, J. W. Gynecology and Obstetrics. W. B. Saunders comp. Philadelphia & London, 1962. (Citat Torold 1969.)
18

Holmstedt, G. Vårdresultatet vid ungdomsvårdsskolorna. Stencil och bilaga till betänkande "Utbyggnad av ungdomsvårdsskolorna", Stockholm 1958. (Citat Blomberg 1971.)
166

Husén, T. Talent, Opportunity and Career. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1969.
18

– Psychological twin research I. A methodological study. Almqvist & Wiksell, Uppsala 1959. (Citat Torold 1969.)
18

Illingsworth, R. S., Holt, K. S. Children in hospital: some observations on their reactions with special reference to daily visiting. Lancet II, 1257–1262. 1955.
25

Illsley, R. "A sociological study of reproduction and it's outcome", in Richardson & Guttmacher: Child bearing, sociological and psychological aspects. Williams and Witkins, Maryland, p. 45–135. 1967.
17

Inghe, M.-B., Inghe, G. Children of poor families in the welfare state. Act. Soc.-med. Scand. 1: 117 Nr 2, 1969.
77

Inghe, G. Lindberg, T. Recidivrisken vid olika brottstyper med särskild hänsyn till inflytandet av alkoholmissbruk. Bilaga till SOU 1956: 55.
166, 167

Jenkins, R. L. Diagnosis, dynamics and treatment in child psychiatry. Psych. Reserach Reports, 18, 1964.
106

Jonsson, G. Delinquent Boys. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 195. Vol. 43. Munksgaard, Copenhagen 1967.
17, 45, 56, 57, 73, 74, 77, 104, 105, 134, 150

– Det sociala arvet. Tidens förlag, Folksam, 1969.
77, 104, 105, 130

– Att bryta det sociala arvet. Tidens Förlag, Folksam, 1973.
74

– "Den teoretiska bakgrunden". Kap. 4 i Unga lagöverträdare I. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971:49.
12

Jonsson, G., Kälvesten, A.-L. 222 stockholmspojkar. Almqvist & Wiksell. 1964.
46, 56, 73, 77, 134

Klackenberg, G. A prospective longitudinal Study of Children. Data on psychic health and devel-

opment up to 8 years of age. Lindeparkens tryckeri, Stockholm 1971.
72

Koch, H. Klinische und heilpädagogische Aufgaben bei dissozialen Jugendlichen. Jungen-Dissozialität, Neckar – Verlag, Villingen, 1972.
45

Kälvesten, A. L., och Meldahl, G. 217 Stockholmsfamiljer. Tidens förlag. Stockholm 1972.
74

Lempp, R. Die prognotische Bedeutung von Eigentumsdelikten bei Kindern und Jugendlichen. Jungen-Dissozialität, Neckar – Verlag, Villingen, 1972.
18

Lewin, K. Frontiers of group dynamics. Human Relations nr 1, 1947.
113

Lindblom, R. Ungdomsvårdsskolorna. Stockholm 1954. (Citat Blomberg 1971.)
166

Ludvigsson, J. Barnovänlig sjukhusmiljö. Läkartidningen, Vol. 69, nr 46, 1972.
25

MacFarlane, J. W., Allen, L. & Honzik, M. P. A developmental study of the behaviour problems of normal children between twenty-one months and fourteen years. University of California Press, 1954.
106

Magnusson, D., Dunér, A. och Olofsson, B. Kriminellt beteende: Modeller och undersökningsplanering. Rapport nr IX. Stencil. Stockholm 1968. (Citat Olweus 1973.)
106

Mc Cord, W., Mc Cord, J. Origins of Crime: a new evaluation of the Cambridge – Sommerville Youth Study. Columbia University Press, New York, 1959.
27,45

Meyerhoefer, M., Keller, V., Frustration in früher Kindesalter. Huber, Stuttgart, 1966.
25

Michaels, J. C. The indidence of enuresis and age of cessation in 100 delinquents and 100 sibling controls. Am. J. Orthopsychiatr. VIII, 460, 1938.
57

Michaels, J. C., Goodman, S. B. The incidence of enuresis and age of cessation in 100 neuropsychiatric patients with a discussion on the relation between enuresis and delinquency. Am. J. Orthophychiatr. IV, 59, 1939.
57

Minde, K., Webb, L. Studies on the hyperactive child VI: Prenatal and perinatal factors associated with hyperactivity. Developm. Med. Child Neurology, 10, 355–363, 1958. (Citat Torold 1969.)
17

Minkovsky, G. M. Some Causes of Juvenile Delinquency in the USSR and Measures to prevent it. Sovetskoye gosudarstvo i pravo, Maj 1966 s. 84–93. Artikeln återgiven i Current Digest of Soviet Press vol. XVIII, no 30 (1960). (Citat Olofsson 1971 b och 1973.)
112

Müller, R. Nylander I. Sequelae of primary aseptic meningo-encephalitis. Acta Psychiatr. et Neurol. Scand. Suppl. 126, 1958.
45

Naess, S. Mother-child separation and delinquency. Br. J. Delinq. 10, 22–35, 1959. (Citat Rutter 1971.)
26

– Mother-child separation and delinquency: further evidence. Br. J. Criminol. 2, 361–374, 1962. (Citat Rutter 1971.)
26

Nycander, G. Personlighetsutveckling på avvägar. Stockholm 1950.
56

Nylander, I. Barnpsykiatriska synpunkter på encephalitens prognos. Nordisk Medicin 54, 1317, 1955.
45

– Children of alcoholic fathers. Acta Paed. Suppl. 121. 1960.
74

– "Thinner" addiction in children and adolescents. Acta Paedophych. nr 29, 273, 1962.
114

– Thinner-, alkohol- och tablettmissbruk bland barn och ungdom. Kliniska synpunkter. Nord. Medicin 70, 896, 1963.
114

– Thinner addiction in Sweden, in "Drug addiction in youth". (Edit. E. Harms, Pergamon Press, New York 1965).
114

– Narkotikamissbruk: Lösningsmedel. Läkartidningen nr 64, 4063, 1967.
114

Nylander, I., Hjern, B., Acute head injuries in children. Traumatology, therapy and prognosis. Acta Paediat. Suppl. 152, 1964.
45

Olofsson, B. "Beskrivning av debutbrottsituationen". Kap. 9 i Unga lagöverträdare I. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971:49. (a).
11

– Vad var det vi sa! Om kriminellt och konformt beteende bland skolpojkar. Utbildningsförlaget, Stockholm, 1971 (b).
56, 104, 105, 106, 112, 115

– Unga lagöverträdare III. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1973: 25.
11, 55, 77, 102, 104, 105, 112, 116

Olweus, D. Hackkycklingar och översittare. Forskning om skolmobbning. Almqvist & Wiksell, 1973.
105, 106

– Prediction of aggression. Scand. Test Corporation, Stockholm, 1969.
105

Pasamanick, B., Rogers, M. & Lilienfelds, A. M. Pregnancy experience and the development of behaviour disorders in children. Amer. J. Psych. 112: 613. 1956.
17

Pinkerton, P. The psychosomatic approach in child psychiatry. In Howells (ed.) Modern perspectives in child psychiatry. Oliver & Boyd, Edinburgh, 1965.
57

Prugh, D. G., Staub, E. M., Sands, H. H., Kirschbaum, R. M., Lenikan, E. A. A study of the emotional reactions of children and families to hispitalization and illness. Am. J. Orthopsychiatr. 23, 70–106, 1953. (Citat Rutter 1971.)
25

Redl, F. & Wineman, D. The aggressive child, New York, Free Press, 1957.
106

Regnér, E. Den skolpsykiatriska verksamheten – mål och medel. Skola och samhälle nr 6, 161–175, 1949.
56

– Vanart och asocialitet hos barn och ungdom i medicinsk-psykologisk belysning. I "Ungdom och Fritid", utredning av Göteborgs barnavårdsnämnd, Göteborg 1951. (Citat Blomberg 1971.)
73

Robertson, J. Young children in hospital. Tavistock Publ. Ltd 1958.
25

Robertson, J., Bowlby, J. Responses of young children to separation from their mother -II. Courrier 2, 131–141, 1952.
25

Robins, L. N. Deviant children grown up. A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. The Williams & Wilkens Company, Baltimore 1966.
74, 106, 112

– Social correlates of psychiatric disorders: can we tell causes from consequences. J. Health Social Behaviour 10, 95–104, 1969.
76

Rosanoff, A. J., Handy, L. M., Plesset, I. R. The etiology of child behaviour difficulties, juvenile delinquency and adult criminality, with special references to their occurance in twins. Psychiatr. Mongr. No. 1. Department of Institutions, Sacramento, 1941. (Citat Rutter 1971.)
74

Rune, V. Acute head injuries in children. Acta Paediatr. Scand. Supplement 209, 1970.
45

Rutter, M. Children of sick parents: an environmental and psychiatric study. Mandsley Monograph nr 16. Oxford Univ. Press, London 1966. (Citat Rutter 1971.)
75

– Sex differences in children's responses to family stress. Anthony, E. J. & Koupernik, C. (Eds), The child in his family. New York 1970.
12

– Parent-child separation: psychological effects on the children. J. of Child Psychol. and Psychiatry and Allied Disipl. Vol. 12, Nr 4, 1971.
12, 25, 26, 27, 57, 74–76

Schaffer, H. R., Callender, W. M. Psychological effects of hospitalization in infancy. Paediatrics 24, 528–539, 1959.
25

Schaffer, H. R., Schaffer, E. B. Child care and the family. Bell, London 1968. (Citat Rutter 1971.)
26

Schaffer, H. R., Emerson, P. E. The development of social attachments in infancy. Monogr. Soc. Res. Childr. Dev. 29, No. 3, 1–77, 1964. (Citat Rutter 1971.)
25

Sells, S. B., Roff, M. (Citat Olofsson, 1971 b)
113

Settergren, G., Brandt-Humble, K. Progress report. Stockholm 1965. Stencil.
112

Shields, S. J. Personality differences and neurotic Traits in normal twin schoolchildren: A study of psychiatric genetics. Eugen. Rev. 45, 213–246, 1954. (Citat Torold 1969.)
18, 74

– Monozygotic twins, brought up apart and brought up together. Oxford Univ. Press, London 1962. (Citat Torold 1969.)
18

– Psychiatric genetics. In studies in Psychiatry (Edited by Shepherd, M. and Davies, D. L.) Oxford Univ. Press, London 1968.
74

Slater, E. Psychotic and neurotic illness in twins. Spec. Rep. Ser. med. Res. Coun. (London) 278, 1953. (Citat Torold 1969.)
18

Spurway, H. J. The fate and management of the second twin. Amer. J. Obstet., Gynec., 83, 1377–1388, 1962. (Citat Torold 1969.)
18

Stott, D. H. The child's hazard in utero p. 19–60, in: Howells: Modern perspectives in international child psychiatry. Oliver and Boyd, Edinburgh, London, 1969.
17

Stutte, H. Se Koch, H.
46

Svahn, I. "Insamlingen av undersökningsmaterialet". Kap. 7 i Unga lagöverträdare I. Betänkande avgivet av 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. SOU 1971: 49.
13

Sveri, K. Barnkriminalitet. Nordisk Tidskrift for Kriminalvidenskab, no 2, 1959.
112

– Kriminalitet och ålder. Uppsala 1960.
112

Tait, C. D., Hodges, E. F. Delinquents, their Families and the Community. Chas. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1962. (Citat Tanner 1971.)
27, 76

Takman, J. Om narkotikamissbruk bland ungdom. Soc. Meddel. nr 1, 25–32, 1958.
114

Tienari, P. On intrapair differences in Male Twins with special reference to dominance – submissiveness. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 188. Vol. 42, 1966. (Citat Torold 1969.)
18

Torold, A. En studie om ungdomskriminalitet. Socialstyrelsen redovisar, nr 5, 1969.
18, 46

Törnkvist, C. O., Wallin, B. Brottsrecidiv efter vård i ungdomsfängelse. Kriminalvetenskapliga institutet vid Stockholms universitet, Stencil, 1967.
166

Uddenberg, G. Diagnostic Studies in Prematures. Acta Psychiatr. et neurol. Suppl. 104, 1955.
46

Weinschenk, C. Die kriminogene Bedeutung der Legastheni, Jugend-Dissozialitet, Neckar-Verlag, Villingen, 1972.
56

Weiss, E., English, O. S. Psychomatic Medicine. Saunders, Philadelphia, 1957. (Citat Jonsson 1967.)
57

Werner, E., Simonian, B. S., Bierman, J. M., French, E. F. Comulative effect of perinatal complications and deprived environment on psycical, intellectual and social development in preschool children. Pediatrics. Vol. 39.4. 1967.
17

Vernon, D.T.A., Foley, J.M. Sipowicz, R. R., Schulman, J.L. The psychological responses of Children to Hospitalization and Illness. C. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1965.
25

West, D. J. Present conduct and future delinquency. Heinemann, London 1969.
69

Wittrock, G. Skolkningsproblemet. Folkskollärarnas Tidning nr 43, 6–8, 1947.
56

Wolff, S. The contribution of obstetric complications to the etiology of behaviour disorders in childhood. J. Child Psychol. & Psychiat. Vol. 8, p. 57–66. Pergamon Press, London 1967.
17

Yarrow, L. J. The crucial nature of early experience. In Environmental Influences (Ed. by Glass, D. C.) Rockefeller Univ. Press & Russel Sage Foundation, New York 1968. (Citat Rutter 1971.)
76

– Separation from parents during early childhood. In Review of Child Development Research. (Edited by Hoffman, M. C. and Hoffman, L. W.) Vol. 1, Russel Sage Foundation, New York 1964. (Citat Rutter 1971.)
25

Statistiska undersökningar kring alkoholfrågan: SOU 1951: 43.
114

Ungdomens alkoholvanor. Centralförbundet för nykterhetsundervisning 1969.
114

Narkomanvårdskommitténs betänkande. SOU 1969: 53.
114

Socialstyrelsen redovisar. Behandling av Narkotikamissbrukare. AB Allmänna Förlaget, Stockholm 1973.
114

Statens offentliga utredningar 1973

Kronologisk förteckning

1. Litteraturen i skolan. U.
2. Högskolan. U.
3. Högskolan. Sammanfattning. U.
4. Fastighetstaxering. Fi.
5. Museerna. U.
6. Data och näringspolitik. I.
7. Trygghet i anställningen. In.
8. Radio i utveckling. U.
9. Fortsatt uppsökande verksamhet för cirkelstudier inom vuxenutbildningen. U.
10. Reklam III. Ställningstaganden och förslag. U. (Utkommer senare)
11. Reklam IV. Reklamens kostnader och bestämningsfaktorer. U.
12. Försöksverksamhet med yrkesteknisk högskoleutbildning. U.
13. Snyltningsbrott och sjukförsäkringsmissbruk. Ju.
14. Mål och medel i skogspolitiken. Jo.
15. Kommunal planering och detaljhandel. H.
16. Samhället och filmen. Del 3. U.
17. Teknisk översyn av studiemedelssystemet. U.
18. Styrelserepresentation för bankanställda. Lagteknisk översyn. Fi.
19. TRU: s försöksverksamhet 1967–1972. U.
20. Varudeklaration – ett medel i konsumentpolitiken. H.
21. Svensk ekonomi fram till 1977. Fi.
22. Utsökningsbalk. Utsökningsrätt XII. Ju.
23. Bättre överblick över lagar och andra bestämmelser. Ju.
24. Boendeservice 7. In.
25. Unga lagöverträdare III. Ju.
26. Lag och rätt i grundskolan. Ju.
27. Sanering III. In.
28. Styrelserepresentation för anställda i statliga myndigheter. Fi.
29. Järn- och metallmanufakturindustrin under 70-talet. I.
30. Järn- och metallmanufakturindustrin under 70-talet. Bilagor. I.
31. Revision av vattenlagen. Del 3. Vattenförbund. Ju.
32. Vägtrafiken – kostnader och avgifter. K.
33. Ränta och restavgift på skatt m. m. Fi.
34. Flygvapnets befäl. Fö.
35. Kriminologisk forskning. Ju.
36. Miljövårdens informationssystem. Förslag och motiv. Jo.
37. Miljövårdens informationssystem. Statskontorets förstudie. Jo.
38. Personal för krigsmaktens förvaltningsverksamhet. Fö.
39. God inkassosed. Ju.
40. Civilförsvarsförmåner. Fö.
41. Forskning för utveckling. U.
42. Utbildning av lärarutbildare. U.
43. Budgetreform. Fi.
44. Budgetreform. Bilagor. Fi.
45. Budgetreform. Stabiliseringspolitiska bilagor. Fi.
46. Budgetreform. Den statliga budgetens regionala effekter. Fi.
47. Högskolornas förvaltning. U.
48. Skolans regionala ledning. U.
49. Unga lagöverträdare IV. Ju.

Statens offentliga utredningar 1973

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet
Snyltningsbrott och sjukförsäkringsmissbruk. [13]
Utsökningsbalk. Utsökningsrätt XII. [22]
Bättre överblick över lagar och andra bestämmelser. [23]
Unga lagöverträdare III. [25]
Lag och rätt i grundskolan. [26]
Revision av vattenlagen. Del 3. Vattenförbund. [31]
Kriminologisk forskning. [35]

Försvarsdepartementet
Flygvapnets befäl. [34]

Kommunikationsdepartementet
Vägtrafiken – kostnader och avgifter. [32]

Finansdepartementet
Fastighetstaxering. [4]
Styrelserepresentation för bankanställda. Lagteknisk översyn. [18]
Svensk ekonomi fram till 1977. [21]
Styrelserepresentation för anställda i statliga myndigheter. [28]
Ränta och restavgift på skatt m. m. [33]

Utbildningsdepartementet
Litteraturen i skolan. Separat bilagedel 4 till litteraturutredningens huvudbetänkande. [1]
1968 års utbildningsutredning. 1. Högskolan [2] 2. Högskolan. Sammanfattning. [3] 3. Försöksverksamhet med yrkesteknisk högskoleutbildning. [12]
Museerna. [5]
Radio i utveckling. [8]
Fortsatt uppsökande verksamhet för cirkelstudier inom vuxenutbildningen. [9]
Reklamutredningen. Reklam III. Ställningstaganden och förslag. [10] (Utkommer senare) Reklam IV. Reklamens kostnader och bestämningsfaktorer. [11]
Samhället och filmen. Del 3. [16]
Teknisk översyn av studiemedelssystemet. [17]
TRU: s försöksverksamhet 1967–1972. [19]

Jordbruksdepartementet
Mål och medel i skogspolitiken. [14]
Miljökontrollutredningen. 1. Miljövårdens informationssystem. Förslag och motiv. [36] 2. Miljövårdens informationssystem. Statskontorets förstudie. [37]

Handelsdepartementet
Kommunal planering och detaljhandel. [15]
Varudeklaration – ett medel i konsumentpolitiken. [20]

Inrikesdepartementet
Trygghet i anställningen. [7]
Boendeservice 7. [24]
Sanering III. [27]

Industridepartementet
Data och näringspolitik. [6]
Metallmanufakturutredningen. 1. Järn- och metallmanufakturindustrin under 70-talet. [29] 2. Järn- och metallmanufakturindustrin under 70-talet. Bilagor. [30]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

Nordisk udredningsserie (Nu) 1973

Systematisk förteckning

1. Kommunalt samarbete över de nordiska riksgränserna.
2. Nordiskt kontaktmannamöte i Mariehamn.
3. Varudeklarasjonssamarbeid i Norden.
4. Den nordiska allmänheten och det nordiska samarbetet 1973.
5. Nordisk miljöskyddskonvention.
6. Nordisk pedagogisk specialutbildning för fysioterapeuter.
7. Nordiskt samarbete på arbetsmedicinens område.
8. Övergripande mål för konsumentundervisning i skolan.

Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-01722-9