

Utvärdering av
behandlingen på två
behandlingshem för unga kvinnor
med psykiatrisk problematik och
självskadebeteende

Psyko­terapeut­programmet
Stockholms universitet

Johan Wetterlöv, T6
Handledare: Lars-Göran Öst
Psyko­terapeut­examens­uppsats
2011-06-16

Den psykiska ohälsan ökar bland unga kvinnor och därmed också behovet av evidensbaserade effektiva behandlingsmetoder. Mycket få studier på slutenvårdsbehandling för unga kvinnor med psykiatrisk problematik och självskadebeteende är gjorda. Målet var att göra en sådan studie och se hur psykiatrisk problematik, självskadebeteende, behov av slutenvård eller stödinsatser och psykofarmakaanvändande påverkades hos de unga kvinnor som genomgått en behandling på något av Oranas två behandlingshem (OÅ & OC). Studien analyserade också antal avbrutna behandlingar. Studien, genomförd som en inomgruppsstudie med 11 klienter som genomförde hela behandlingen, visade signifikanta resultat på upplevd livskvalitet, ångest och depressivitet. Studien visade även minskat behov av slutenvård. Studien fann inga signifikanta resultat på användandet av psykofarmaka, självskadebeteende eller ätstörningsproblematik. En replikering eller fortsättning av studien med fler deltagare och bättre uppföljning vore önskvärd.

Antalet barn och unga som placeras i vård utanför det egna hemmet i Sverige minskade kraftigt från 1930-talet fram till 1980-talet. Antalet var därefter, under större delen av 1980-talet, relativt konstant men från och med 1992 inträffade ett trendbrott och antalet placeringar på hem för vård och boende (HVB-hem) började öka kraftigt (Sallnäs, 2000). Haldygnsvården på HVB-hem och särskilda ungdomshem har ökat med 20 procent under åren 1994–2003. Tonårsplaceringarna svarar för större delen av den ökningen (Socialstyrelsen, 2005).

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 (2009a), redovisas utvecklingen av ungdomars hälsa för åren 1987-2007. Underlaget för rapportens självrapporterade besvär är statistiska centralbyråns årliga undersökning av levnadsförhållandena i Sverige (ULF) där man slumpmässigt väljer ut sex till åttatusen personer varje år i åldern 16-84 år och intervjuar. Rapporten visar att den psykiska ohälsan minskar för hela befolkningen, förutom bland unga kvinnor 16-24 år. Ökningen gäller inte bara självrapporterade besvär som ångslan, oro och ångest utan det har också blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för depression och för ångestillstånd. Hela 30 procent av de unga kvinnorna som tillfrågats i undersökningen uppger sig lida av ångslan, oro eller ångest mot 14 procent av de unga männen i samma åldersgrupp. Rapporten visar också att somatiskt relaterade hälsoproblem till oro och ångest som sömnstörningar, huvudvärk och värk i nacke och skuldror är högre hos kvinnor än män i åldersgruppen 16-24 år. Vidare visar rapporten att antalet personer som vårdas på psykiatrisk slutenvård åren 1987-2007 har minskat eller är samma i alla åldersgrupper för båda könen förutom hos kvinnor 16-24 år där det ökat. Andelen unga kvinnor som är inlagd på psykiatrisk slutenvård med depressions- eller ångeststörningar har mer än fördubblats under tidsperioden 1987 till 2007 medan andelen med psykosjukdomar ligger kvar på samma nivå. Sjukhusvård på grund av självdestruktiva handlingar i gruppen unga kvinnor har också ökat kraftigt under tidsperioden, från knappt 250 personer per 100.000 invånare till drygt 350 personer per 100.000 invånare.

Parallellt med utvecklingen att det varit en ökad psykisk ohälsa hos unga kvinnor så har antalet psykiatriska slutenvårdsplatser i Sverige mellan åren 1999 och 2008 minskat med drygt 30 procent (Socialstyrelsen, 2010). Trots att antalet slutenvårdsplatser inom

Barn- och ungdomspsykiatri har minskat på flera håll i landet, har antalet vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård ökat under åren 1998-2007. Vårdtiderna har dock blivit kortare. Det är i åldersgruppen 15–19 år som vårdtillfällena har ökat mest (Socialstyrelsen, 2009b). I USA, med likvärdig utveckling som Sverige visar analyser att antalet placeringar på behandlingshem (residential treatment) har ökat som en konsekvens av att antalet psykiatriska slutenvårdsplatser minskat och att behandlingshemmen i ökad omfattning är behandlingsalternativet för barn och ungdomar med svåra emotionella störningar (Connor, Doerfler, Toscano, Volungis & Steingard, 2004). Samtidigt som behovet av effektiva behandlingsmetoder för slutenvård (haldygns) behandlingar för unga kvinnor med psykiatrisk problematik ökar så är största delen forskning på utfallet av behandling på institution är gjord på pojkar eller unga män med kriminell problematik (Andreassen, 2002).

Det finns studier som visar att 40-61 % av ungdomar med olika psykiatriska diagnoser inom psykiatri använder sig av icke-suicidalt självskadebeteende (ISSB) (Darche, 1990; Nixon et al., 2002; Rodham & Hawton, 2009). ISSB är än så länge ingen egen diagnos men i en föreslagen revision av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) så kommer ISSB att bli en självständig diagnos i DSM-V (American Psychiatric Association, 2011). ISSB är vanligt som komorbid problematik hos unga kvinnor med psykiatriska diagnoser som; posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, ätstörningar, borderline personlighetsstörning och missbruk (Danielson et al., 2006; Stiftelsen allmänna barnhuset, 2004). I en svensk studie av självskadebeteendets funktion bland unga kvinnor, 15-27 år (M=20.0) med ISSB på 9 behandlingshem hade kvinnorna förutom ovan nämnda diagnoser, bl.a. också Aspergers syndrom, social fobi och ADHD (Lindholm, 2010).

Forskningen på utfallet av behandlingshemsbehandlingar för unga kvinnor med psykiatrisk problematik och ISSB

Då det inte finns någon standardiserad beskrivning av vad som räknas som behandlingshemsbehandling utgår denna studie från en allmängiltig beskrivning; hem, institution, avdelning eller liknande där den placerade bor under en längre eller kortare period och boendet är en förutsättning och en del av den behandling som erbjuds på institutionen.

Mycket få studier är gjorda på behandlingsresultat av institutionsplacerade unga kvinnor med psykiatrisk problematik (Walsh & Doerfler, 2009). En bidragande faktor till detta kan vara att utbudet av kvalificerad behandling för denna population är litet (Kröger et al, 2005; Sunseri, 2004) och därmed är också underlaget för randomiserade och kontrollerade studier (RCT) litet. Behandlingstiden för denna komplexa population med multipla problem är oftast lång. Behandlingstider på 12-24 månader är inte ovanliga. Ytterligare en aspekt på varför det gjorts få RCT för denna population är den etiska, då behandlingspersonal skall randomisera och placera svårt lidande ungdomar i kontrollgrupp över lång tid (Scholte & Ploeg, 2005).

Begränsat till studier gjorda på behandlingsutkomst av institutionsplacerade unga kvinnor (inpatient treatment, inpatient setting och residential treatment), max 24 år, med hög nivå av komorbida psykiatriska tillstånd och ISSB hittar jag vid sökning på psycnet bara två studier, ingen av dem är en RCT.

Den första studien är gjord av Sunseri (2004) på Summitview Child Treatment Center, ett behandlingshem för unga kvinnor 12-18 år ($M=14.6$, $SD=1.55$) i Kalifornien. Patienterna på Summitview beskrivs som svårt dysfunktionella och med multidiagnosproblematik och stor förekomst av ISSB och med en uppskattad genomsnittlig behandlingstid på 18 månader. Sunseri har mätt olika behandlingsutfall hos Summitviews patientpopulation innan man började med Dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) och efter införandet av DBT. Studien beskriver inte vad behandlingsinnehållet var innan man införde DBT. Studien pågick under totalt i 64 månader med ett uppehåll på 6 månader, när hela personalgruppen utbildades i kognitiva teorier, inlärningsteorier och DBTs behandlingsmanual. Totalt 68 unga kvinnor var i behandling när studien genomfördes. Variablerna som Sunseri har mätt är; avbruten behandling p.g.a. suicidalitet, antal dagar patienterna har varit inlagda på sjukhus eller psykiatrisk avdelning och durationen av fysisk fasthållning och fastlåsning. I studien ingick 46 patienter som behandlades innan man införde DBT på Summitview och 26 efter införandet av DBT. Sunseri fann signifikanta minskningar på samtliga tre variabler i DBT perioden i förhållande till pre-DBT perioden.

Den andra studien av relevans har Walsh och Doerfler (2009) gjort på behandlingen vid The Grove Street Adolescent Residence (GSAR) i Massachusetts, ett behandlingshem för unga kvinnor och unga män med ISSB och olika psykiatriska störningar. Ungdomarna som behandlas på GSAR har ofta haft långvariga behandlingskontakter med psykiatrin, både öppen- och slutenvården, innan de kommer till GSAR. GSAR använder ett modifierat DBT protokoll som bl.a. inbegriper familjeterapi. Studien genomfördes på behandlingen av alla 42 ungdomar (31 kvinnor och 11 män) som behandlades på GSAR 2001-2006. Deltagarna var 13-19 år ($M=17.1$, $SD=1.53$). En majoritet av deltagarna kom till GSAR från psykiatrisk slutenvård eller låst behandlingshem och alla hade, förutom ISSB, multipla psykiatriska diagnoser: depression 42.5%, bipolär störning 33.3%, uppförandestörning 33.3%, PTSD 30.9%, missbruk 26.1%, AD/HD 14.2% och ätstörning 9.5%. Behandlingarna pågick 1 till 26 månader ($M=10.75$, $SD=5.11$). Walsh och Doerfler hade variablerna: antal självskadetillfällen, antal suicidförsök, antal tillfällen deltagarna var inlagda på psykiatrisk slutenvård och det totala antalet dagar deltagarna vistades på psykiatrisk vårdavdelning som utfallsvariabler. Författarna har jämfört utkomstvariablerna hos de deltagare (29 st, 69%) som var i behandling 7 månader eller längre ($M=12.3$, $SD=4.14$) med de deltagarna (13 st, 31%) som var i behandling 6 månader eller kortare ($M=4$, $SD=3.16$). Utfallsvariablerna mättes vid tre tillfällen: direkt vid början av behandlingen på GSAR, efter 6 månaders behandling och 6 månader efter avslutad behandling. I båda grupperna fick man en signifikant minskning av antalet tillfällen av ISSB, antal suicidförsök och antal dagar som deltagarna var inlagda på psykiatrisk vårdavdelning, ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Antal tillfällen deltagarna var inlagda på psykiatrisk slutenvård skilde grupperna åt vid alla tre mättillfällen där deltagarna som behandlades mindre än 6 månader på GSAR hade signifikant fler tillfällen än deltagarna i gruppen som behandlades 7 månader eller längre.

Det saknas randomiserade studier rörande kvinnor med multidiagnosproblem och ISSB, men enligt de för- och eftermätningar som gjorts minskade frekvensen självskadebeteende och användande av psykiatrisk slutenvård efter slutenvårdsbehandling på behandlingshem.

Empiriskt stöd för Kognitiv beteendeterapi (KBT), som poliklinisk behandlingsmetod

Forskningen om poliklinisk psykologisk behandling av psykiatrisk problematik är stor för både vuxna, ungdomar och barn. Av alla RCT behandlingsstudier på området uppskattas 90 procent röra olika former av kognitiv beteendeterapi (Öst, 2006). I en studie av det empiriska stödet för KBT har Öst (2006) redovisat effektstorlekar (ES) av metaanalyser gjorda på de vanligaste psykiska störningarna. Öst finner att KBT-metoder ger stora eller mycket stora kontrollerade ES för depression och ångeststörningar, såsom panikstörning, tvångssyndrom (OCD) och PTSD. Måttliga kontrollerade ES för bulimi nervosa och borderline personlighetsstörningar, medan ES är liten för ISSB. Öst framhåller dock att i ISSB-studierna är variationen av urvalet av patienter, patienternas psykiatriska diagnos och variationen i omfattningen av den terapi som patienterna fått stor (3-51 timmar). Öst menar att det trots detta blivit signifikanta effekter av KBT behandlingsmetoderna är lovande och att mer forskning på området borde utföras. Resultatet från Östs studie och andra liknande har gjort att KBT räknas som evidensbaserad terapi för ovan beskrivna psykiska störningar.

Syfte

Studiens syfte var att utvärdera behandlingen på behandlingshemmen OÄ och OC, som behandlar unga kvinnor, 15-22 år, med psykiatrisk problematik och ISSB.

Utfallsvariablerna som är valda för att utvärdera behandlingarna är: klienternas skattningar på självskattningsskalor vid de olika mättillfällena, frekvensen för ISSB vid de olika mättillfällena, psykofarmaka användandet innan och efter genomförd behandling, klienternas användande av slutenvård eller stödinsatser före och direkt efter behandlingen och antal avbrutna behandlingar.

M e t o d

Orana HVB

Orana har totalt 22 vårdplatser fördelade på två HVB-hem, Orana Äsphult (OÄ) och Orana Christianstad (OC) för unga kvinnor, 15-22 år, med ångeststörningar, depression, ISSB, ätstörningar, personlighetsstörningar och neuropsykiatriska störningar. OÄ och OC tar inte emot klienter vars huvudproblematik är missbruk eller kriminalitet. OÄ är förlagt i en gård med två hus på landet (12 platser) och OC är i en lägenhetsfastighet i centrala Kristianstad (10 platser). Personalen på behandlingshemmen har handledning utifrån inlärningspsykologiska och kognitiva principer en gång/vecka. Personalen utgörs av behandlingsassistenter, sjuksköterskor, läkare, psykolog och psykoterapeuter. Klienterna kan skrivas in på behandlingshemmen både på tvångslagstiftning (LVU eller LPT) eller på frivillig lagstiftning (SoL eller HSL) men de måste oavsett vilken lag de placeras på HVB vara på behandlingshemmen av egen vilja. Varje klient har samtalsterapi 1-2 ggr/vecka under hela behandlingstiden med psykoterapeut eller behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning, s.k. ”steg-1” i KBT. På OÄ och OC ingår också familjeterapeutiskt arbete med klienternas vårdnadshavare. Behandlingshemmen har inget fast behandlingsprogram utan varje behandling upprättas individuellt utifrån KBT för de problem som klienten har. Intermittent startas färdighetsträningsgrupper för träning i mindre grupp med någon relevant färdighetsträning som t.ex. socialfärdighetsträning. Behandlingshemmens terapeuter har handledning av psykoterapihandledare en gång varannan vecka. Klienterna har eget rum eller lägenhet och tillgång till personal hela dygnet. Klienternas dagliga

sysselsättning utgörs av att sköta och rida hästarna som finns på OÄ, studera vid offentlig eller privat skola i närområdet eller yrkespraktisera på någon närliggande arbetsplats. I den dagliga sysselsättningen ingår också att klienterna hjälper till med städning och matlagning på den enhet de bor på efter ett teckenekonomisystem. På behandlingshemmen används inga fysiska kontrollinterventioner såsom inlåsning, fasthållning, bältesläggning eller visitationer.

Deltagare

Denna studie utgjordes av alla de 43 klienterna som skrevs in på OÄ och OC under perioden maj 2008 till maj 2011. Av de 43 klienterna har 11 st (25.5%) genomfört hela behandlingen, 19 st (44.2%) är i pågående behandling, 12 st (27.9%) har avbrutit behandlingen och 1 st (2.3%) saknas det data för. Se tabell 1 för redovisning av deskriptiv data för klienterna i respektive grupp: genomförd, pågående och avbruten behandling.

Tabell 1. Data för klienterna när de gick in i studien.

Data	Genomfört behandling, N=11	I pågående behandling, N=19	Avbruten behandling, N=12
Ålder	M=16.9, SD=1.97	M=17.6, SD=1.70	M=17.7, SD=1.70
Lagrum för placering	LVU=2 st (18%), SoL/HSL=9 st (82%)	LVU/LPT=6 st, (32%), SoL/HSL=13 st (68%)	LVU/LPT=6 st, (50%), SoL/HSL=6 st, (50%)
Axel-1 diagnoser/er förutom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	M=2, SD=1.55	M=1.05, SD=0.91	M=1.77, SD=1.09
Personlighetsstörnings diagnos/er	M=0.45, SD=0.52	M=0.84, SD=0.48	M=0.38, SD=0.50
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättnings diagnos/er	M=0.45, SD=0.52	M=0.42; SD=0.69	M=0.23, SD=0.44
Självskadebeteende inom 8 veckor innan skattningstillfället	9 st (82%)	13 st (68%)	11 st, (92%)
Antal medicinska preparat (psykofarmaka)	M=3.45, SD=2.12	M=3, SD=1.92	M=3.85, SD=2.48
Psykiatrisk slutenvård eller låst behandlingshem innan placering	8 st (73%)	9 st (47%)	9 st (75%)

Klienterna (N=43) var 14-22 år (M=17.5, SD=1.76) när de kom till OÄ eller OC. Totalt 35 klienter (81.4%) hade inom 8 veckor innan placeringen på OÄ eller OC använt sig av ISSB, 40 klienter (93%) hade någon psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos enligt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): AXEL-1 störningar som ångeststörning, PTSD, depression, social fobi, OCD, ätstörning (34 st, 79%), neuropsykiatrisk funktionsnedsättning såsom AD/HD, Aspergers syndrom och atypisk autism (14 st, 32.6%) och personlighetsstörning (16 st, 37.2%). 31 klienter (72%) hade två eller fler diagnoser (M=2.28, SD=1.35). Fastställande av diagnos gjordes endera genom att läsa igenom klienternas tidigare psykiatriska journaler eller genom en semistrukturerad intervju, Anxiety Disorder Interview Schedule (Brown, DiNardo & Barlow, 1994) gjord av psykolog med utbildning i användandet av instrumentet. Exklusionskriterier för behandling på OÄ eller OC var missbruksproblematik och kriminalitet. Före placering gjordes en skriftlig ansökan från ansvarig läkare eller socialsekreterare till behandlingshemmen. Därefter genomfördes två bedömningsträffar av personal från behandlingshemmen med klienten. Inför behandlingen samtyckte alla klienterna till behandling på OÄ eller OC. Klienterna kunde själva avbryta sin placering och behandling när som helst under behandlingstiden.

Sammanlagt 29 klienter (67.4%) kom från annan behandlingsplacering (26 st, 60.4% från psykiatrisk slutenvård eller låst behandlingshem och 3 st, 7% från annat behandlingshem, familje- eller jourhem). Övriga 14 klienter (32.6%) bodde hemma innan behandlingen påbörjades. Samtliga klienter hade varit aktuella för tidigare behandlingsinsatser med psykofarmaka, psykoterapi, slutenvårds- och/eller sociala behandlingsinsatser, ofta under flera år före placeringen på behandlingshemmen utan tillfredställande resultat.

Behandlingen

Behandlingstiderna och antal KBT-sessioner varierade stort. Av de klienter som genomförde hela behandlingen var den kortaste behandlingen 8 månader och den längsta 27 månader (M=16.9, SD=5.8). De genomförda behandlingarna innefattade mellan som minst 17 individuella KBT sessioner och som mest 121 individuella KBT sessioner (M=55.1, SD=31.8). Frekvensdata för eventuella gruppterapisessioner har inte registrerats i studien.

Ett team bildades kring varje klient med två terapeuter och en behandlingspedagog. Teamets terapeuter handledde och återkopplade till behandlingspedagogen och övrig personal kring klientens problematik och behandlingsinterventioner en gång i veckan. Teamets terapeuter var med i en handledningsgrupp med en handledarutbildad psykoterapeut en gång varannan vecka. Klientens eventuella farmaka behandling ansvarade en läkare för. Behandlingshemmens terapeuter jobbar utifrån standard KBT, t.ex. Öst (2006) *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*, men behandlingsprogrammen för respektive problemområde/diagnos är modifierade och delvis utökade för att bättre svara mot de emotionella, utvecklingsmässiga och beteendemässiga förutsättningarna hos de unga klienterna, se Tabell 2.

Tabell 2. Likheter och skillnader mellan standard poliklinisk KBT och behandlingarna på OÄ och OC.

Behandlings modalitet	Standard poliklinisk KBT	OÄ och OC
Individuell terapi	Tillhandahålls på klinik	Tillhandahålls på plats
Gruppterapi	Tillhandahålls på klinik	Tillhandahålls på plats
Familjeterapi	Ges vid behov	Ges om klienten är under 18 år och ofta även om klienten är äldre
Strukturerad vardagsmiljö	Ingår inte	Är en del av behandlingen
”Stöd i kriser”	I DBT ges det av terapeuten via telefon.	Tillhandahålls på plats av behandlingspedagog
Handledning	Ges i DBT till terapeuterna	Ges till all behandlingspersonal
Extra stöd med skola eller yrkespraktikplats	Ingår inte	Ges vid behov
Meningsfull fritidsaktivitet	Ingår inte	Tillhandhålls delvis av behandlingshemmen och dess personal
Stöd i boende och all dagliga aktiviteter i livet (ADL)	Ingår inte	Ges av behandlingshemmens personal
Farmaka behandling	Ingår inte	Tillhandahålls och följs upp av läkare på plats

Forskning har visat att institutionsbehandlingar bör slutföras i den typ av miljö och under de kontextuella förhållanden som klienterna efter behandlingen ska leva och verka i (Andreassen, 2002). Klienterna på OC och OÄ hade under utslussningen/eftervården kvar personalen i sitt team och fortsatte med den individuella KBT-behandlingen när de t.ex. flyttade hem till familjen eller ut till eget boende. Utslussnings/eftervårdstiden varierade mellan 2 till 12 månader ($M=8.7$, $SD=3.6$). Av de 11 klienterna som genomförde hela behandlingen under tiden studien pågick så ingick utslussning och/eller eftervård för 6 klienter (54.5%), de övriga 5 klienterna hade sin eftervård tillhandahållen av hemkommunen/hemlandstinget eller bedömdes inte vara i behov av eftervård.

Mätmetoder

Åtta olika självskattningsskalor vars validitet och reliabilitet är testade och accepterade sedan tidigare valdes ut till studien. Syftet med de utvalda skalorna var att mäta de svårigheter/problemområden som klienterna på OÄ och OC oftast har.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) är utarbetad för att mäta ångestsymptom, har 21 items och fyra svarsalternativ. Varje item kan skattas från 0-3 poäng. Maximalt antal poäng är 63. Instrumentet har inga delskalor.

Beck Depression Inventory (BDI)

BDI (Beck, Steer & Garbin, 1988) används för att mäta grad av depression, har 21 items och fyra svarsalternativ. Varje item kan skattas från 0-3 poäng. Maximalt antal poäng är 63. Instrumentet har inga delskalor.

Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)

DSHI (Gratz, 2001) är ett retrospektivt självskattningsinstrument för självskadebeteende. Instrumentet har 17 items. På varje item kan man svara ja eller nej. Delskalor på varje item är: hur gammal man var första gången man skadade sig, hur många gånger man skadat sig, när man senast skadade sig, hur länge man skadat sig och om självskadebeteendet lett till inläggning på sjukhus eller medicinsk behandling. Självskadande räknades om klienten skadat sig avsiktligt de senaste 8 veckorna vid skattningstillfället.

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992) är ett mätinstrument för subjektiv livskvalitet med 32 items uppdelat på 16 områden. Varje område kan skattas på som inte viktigt, viktigt och mycket viktigt sen skattas hur nöjd eller missnöjd man är på en 6-gradig skala. Maximalt antal poäng är M=6.

PTSD Symptom Scale-self report (PSS-SR)

PSS-SR (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) mäter PTSD symptom, har 17 items och fyra svarsalternativ. Varje items kan skattas från 0-3 poäng. Maximalt antal poäng är 51. Instrumentet har tre delskalor: återupplevelse, undvikande och anspänning.

Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA)

MIA (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985) är ett mått på agorafobiskt undvikande. Instrumentet har 51 items uppdelat på två delskalor. Varje items kan skattas från 1-5 poäng. Maximalt antal poäng är 125 och 130 på respektive delskala, totalt 255 poäng.

Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)

OCI (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998) är ett instrument som mäter frekvens och obehag på sju delskalor av tvångsproblematik och har 42 items. Varje items kan skattas från 0-4 poäng. Maximalt antal poäng för frekvens respektive obehag är 168 poäng, totalt 336 poäng.

Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)

EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) är ett instrument som mäter ätstörningsproblematik. Instrumentet har 36 items på fyra delskalor. Varje items kan skattas från 0-6 poäng. Maximalt antal poäng är M=6 poäng.

Procedur

Fyra självskattningsskalor (QOLI, BAI, BDI och DSHI) fick alla klienter fylla i inom två veckor från det de påbörjade sin behandlingsplacering på något av de två behandlingshemmen. De fyra självskattningsskalorna besvarar klienternas upplevda livskvalitet (QOLI), allmän ångest (BAI), depressivitet (BDI) och självskadebeteende (DSHI). Under första månaden fick de flesta klienterna dessutom fylla i någon eller några av de mer problemspecifika självskattningstesterna (PSS-SR, EDE-Q, OCI eller MIA) om det framkommit att de kunde ha avgränsad problematik, t.ex. ätstörning, tvång eller annat. Det var klienternas terapeuter som bedömde utifrån anamnes och information som framkommit ditintills i behandlingen vilka ytterligare tester som skulle fyllas i. Någon gång under sista två veckorna som klienterna bodde på något av de två behandlingshemmen fick de fylla i motsvarande skalor igen som de fyllt i när de först kom till OÄ eller OC. För de klienter som OÄ eller OC:s personal inte stod för utslussning eller eftervård så var den andra mätningen också den sista mätningen. För de klienter som genomförde sin utslussning eller eftervård i OÄ eller OC:s regi så gjordes en tredje mätning med motsvarande självskattningstester som under de föregående mätningarna. Mätning av medicinering av psykotropiska preparat som var förskrivet till respektive klient innan behandlingen och i samband med att behandlingen avslutades på behandlingshemmen gjordes genom genomläsning av aktuell ordinationslista. Ingen hänsyn i mätningarna togs till dos eller mängd av respektive preparat. Medicinska preparat för somatiska besvär eller sjukdom exkluderades. Data för antal och orsak till avbruten behandling samlades in genom genomläsning av journaler och samtal med behandlingspersonalen.

Statistiska analyser

Klienternas medicinering och svar på självskattningsskalorna sammanställdes och analyserades och resultaten redovisas i tabell 3 nedan. Beroende *t*-test har använts för att analysera skillnaderna i klienternas skattningar av skalorna: QOLI, BAI, BDI, EDE-Q, PSS-SR, MIA, OCI och medicinering med psykotropiska preparat. För DSHI har ett icke parametriskt McNemars test använts och för klienternas användande av slutenvård eller stödinsatser (boendeform) innan och efter behandling har icke parametriska Wilcoxons test (*Z*) använts och p.g.a. antalet klienter har exakt sannolikhetsberäkning gjorts. De klienter som i DSHI uppgav att det var mer än 8 veckor sedan de använt ISSB räknades som självskadefria vid tillfället. Effektstorleken (ES) har räknats ut enligt formeln: $(M_{före} - M_{efter})/SD_{före}$. Då bara 5 klienter gjorde tre mätningar så gjordes analyserna på klienternas första skattning i samband med inskrivningen på OÄ eller OC och sista skattningstillfälle i samband med avslutad behandlingskontakt med behandlingshemmen.

R e s u l t a t

Resultatet visade att de klienter som genomförde behandlingen upplevde signifikant förbättring vad gäller livskvalitet, ångest och depressivitet. Studien fann inga statistiskt signifikanta resultat på ISSB, ätstörningsproblematik, PTSD symptom, agorafobisk problematik, tvång eller användandet av psykotropisk medicin. I kontrollerade studier anses effektstorlek (ES) 0.20 som liten, 0.50 måttlig och 0.80 som stor. Vid okontrollerade studier som denna anges (Öst, 2006) något högre värden för beräkningen av effektstorleken: 0.50 kan anses som liten, 0.80 måttlig och 1.10 som stor ES.

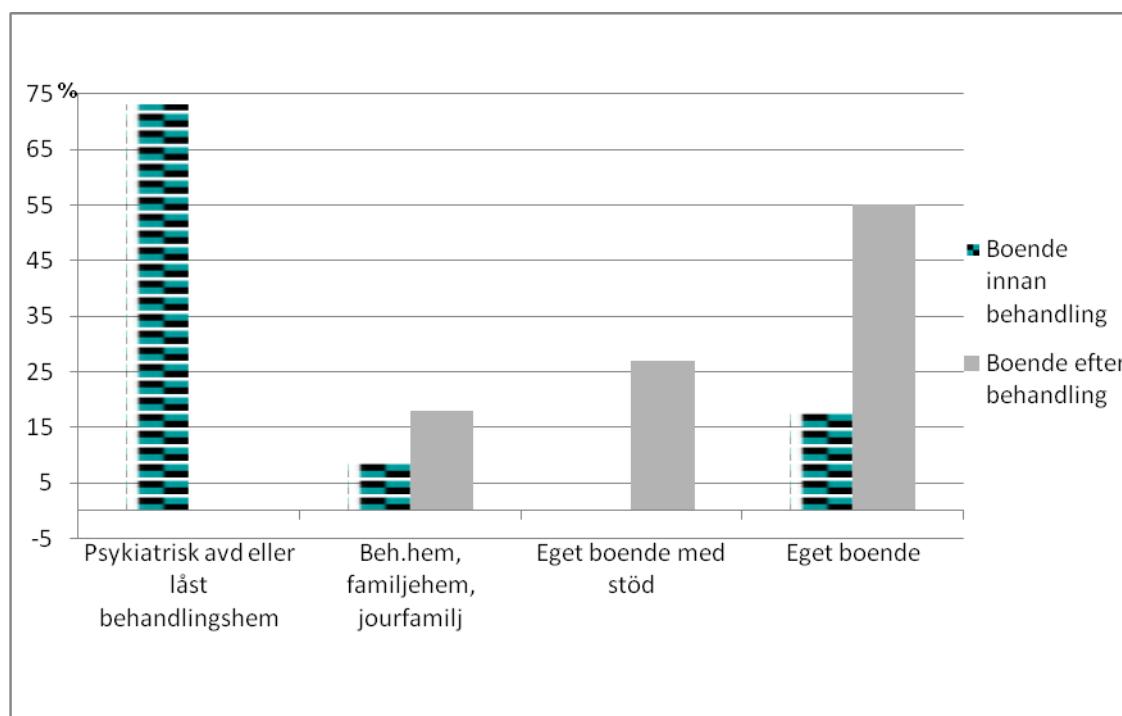
Tabell 3. Sammanställning av resultat på självskattningsskalorna och medicinering med psykofarmaka för de 11 klienter som genomfört behandlingen.

Skala	N	M före	% före	SD före	M efter	% efter	SD efter	t	X ²	df	ES
QOLI	11	-0.47		1.83	0.73		1.40	-2.29 ^a		10	0.66
BAI	11	28.82		10.30	20.73		13.76	2.55 ^a		10	0.79
BDI	11	33.82		12.34	18.64		12.56	3.76 ^b		10	1.23
DSHI	11		82			45			0.38	10	
Medicinering	11	3.45		2.12	2.18		2.36	1.59		10	
EDE-Q	6	4.04		1.95	2.54		1.58	1.37		5	
PSS-SR	3	32.67		14.47	26.67		10.02	0.68		2	
MIA	3	1.91		0.37	1.44		0.62	1.49		2	
OCI	3	1.08		0.55	1.13		0.85	-0.09		2	

^a $p < 0.05$, ^b $p < 0.01$

Genomgång av journalerna visade att 8 klienter kom till OÄ eller OC från slutenvård psykiatrisk avdelning eller låst behandlingshem, 1 klient från annat behandlingshem eller familjehem och 2 klienter från eget boende. Efter avslutad behandling flyttade 6 klienter till eget boende, 3 klienter till eget boende med stöd och 2 klienter till annat behandlingshem eller familjehem, se figur 1.

Den statistiska analysen visade signifikant ($p < 0.01$) skillnad på klienternas behov av slutenvård efter genomförd behandling, se figur 1 för procentuell redovisning av boendeform.



Figur 1. Klienternas boende/behandlingsplacering innan och efter avslutad behandling (%)

Ytterligare 12 klienter påbörjade behandling på OÄ eller OC under tiden som studien pågick men avbröt behandlingen. 5 klienter (42%) valde själva att avbryta behandlingen, 3 klienter (25%) avbröts p.g.a. att behandlingspersonalen ansåg det förelåg en reell suicidrisk, 2 klienter (17%) har behandlingspersonal eller placerande myndighet (kommun eller landsting) avbrutit då man ej bedömt behandlingen som adekvat utifrån klientens problematik, 1 klient (8%) avled och 1 klient (8%) avbröts behandlingen för efter att hon använt våld eller hot om våld.

D i s k u s s i o n

Målet med denna studie var att utvärdera behandlingen på Oranas två behandlingshem vars målgrupp är unga kvinnor med multimodal problematik. Studien visar statistiskt signifikant att behandlingen förbättrar klienternas upplevda livskvalitet och minskar nedstämdhets- och ångestsymptom. Vidare visar studien att klienternas användande av slutenvård eller stödinsatser i boendet statistiskt signifikant minskade efter genomförd behandling. Detta kan tolkas som en ökad funktionsnivå hos klienterna efter genomförd behandling på behandlingshemmen. Studien visar inga statistiskt signifikanta resultat på ISSB, ätstörningsproblematik eller användandet av psykotropisk medicin hos klienterna. Självskattningsskalorna för PTSD symptom, agorafobisk problematik och tvång har så få klienter fyllt i att resultaten för dessa skalor bör tolkas med stor försiktighet.

I en svensk studie gjord av Sallnäs, Vinnerljung och Westermarck (2004) på alla ungdomar som var placerade av sin kommun på HVB-hem i Sverige under 1991 visade att för 39 till 43 procent avbröts placeringen i förtid. Internationella studier visar liknande siffror som Sallnäs et al. (t.ex. Sunseri, 2005). I Sallnäs et al. studie visar en

regressionsanalys att psykiatrisk problematik som depression, ätstörning och AD/HD ökar risken för avbrutna behandlingar med faktorn 1.8. Vid en analys av avbrutna behandlingar i denna studie framkommer att åtta av de tolv avbrutna behandlingarna skedde under 2010. Detta år var också en turbulent period för OÄ och OC då nästan hälften av terapeuterna, flera behandlingspedagoger och personer i ledanden ställning avslutade sin tjänst på behandlingshemmen eller var långtidssjukskrivna. Under 2011 (fram till maj) har ingen behandling avbrutits. Vid en jämförelse av de som genomfört hela behandlingen och de som avbrutit (se tabell 1) visar att i gruppen avbruten behandling är andelen placerad på tvångslagstiftning, LVU eller LPT, betydligt högre (50%) än i gruppen som genomfört behandling (18%).

Då behandlingarna på OÄ och OC är multimodala (se tabell 2) och studien inte har någon kontrollgrupp går det inte att dra några slutsatser om det är alla interventionerna tillsammans eller någon specifik intervention som är verksamt i behandlingen. Hypotetiskt kan det lika gärna vara boendeformen på behandlingshemmen eller något annat, som den individuella psykoterapin som är verksamt. Då det inte gick att utesluta att boendet på behandlingshemmen var en verksamt intervention valde jag att göra den första datainsamlingen direkt i samband med att klienterna anlände till något av behandlingshemmen. Detta är också anledningen till att jag inte valde singel-case design i studien då en kontrollerad baslinjemätning inte skulle kunna genomföras.

Fyndet från föreliggande studie är svåra att jämföra med de två andra studier som är gjorda på institutionsbehandling med liknande klientpopulation då de använt andra parametrar och är mellangrupsstudier. Nedan försöker jag relatera till specifika fynd i den litteratur som finns.

Studien gjord av Sunseri (2004) på Summitview Child Treatment Center hade en klientpopulation som liknar OÄ och OC (unga kvinnor 12-18 år med multimodal problematik) med stor förekomst av ISSB men med något lägre medelålder ($M=14.6$, OÄ & OC, $M=17.5$). Behandlingstiderna är jämförbara då behandlingarna på OÄ och OC har i medel pågått i 16.9 månader och på Summitview 18 månader. Till skillnad från behandlingen på OÄ och OC använde man sig av kontrollinterventioner på Summitview Child Treatment Center, som t.ex. bältesläggning, fasthållning och isolering av patienterna. Detta gjordes när klienterna var engagerade i någon form av självskadebeteende. Sunseris studie redovisar bara mellangrupsresultat och därmed går inga vidare jämförelser att göra med denna studie.

Den andra studien av relevans, Walsh och Doerfler (2009) är gjord på behandlingen vid The Grove Street Adolescent Residence (GSAR). Studien har liknande klientpopulation som OÄ och OC gällande medelålder (GSAR, $M=17.1$ och OÄ & OC, $M=17.5$) och en majoritet av klienterna kom till GSAR från psykiatrisk slutenvård eller låst behandlingshem (OÄ & OC, 60.4%) och alla hade, förutom ISSB (OÄ & OC, 81.4%), multipla psykiatriska diagnoser (OÄ & OC, 72% hade 2 eller fler diagnoser). Behandlingarna på GSAR var något kortare ($M=10.75$ månader) än behandlingarna i denna studie ($M=16.9$). En skillnad var att klienterna på GSAR inte kunde avböja en placering på behandlingshemmet. Walsh och Doerfler har redovisat resultaten som skillnaden av antal tillfällen av ISSB, antal suicidförsök och antal dagar som klienterna vårdades på psykiatrisk vårdavdelning för de klienter som var i behandling 7 månader eller längre med de deltagarna som var i behandling 6 månader eller kortare och därmed går inga vidare jämförelser att göra med denna studie.

Reliabilitet och validitet

Självskattningsskalornas reliabilitet och validitet i denna studie är testade och accepterade sedan tidigare. Men med så få genomförda behandlingar och skattningar på de olika skalorna (3-11 st) som det rörde sig om i denna studie så är den statistiska validiteten låg. Med behandlingstider på upp till 27 månader och utan kontrollgrupp kan inte möjligheten att effekterna beror på spontanförbättring uteslutas. De överväganden och beslut som gjordes hur klienternas medicinering skulle skattas och analyseras och åtta veckors gräns gällande användande av ISSB är godtyckliga men konsekvent använda. Att jag i studien ändå har använt så lång tid som åtta veckor som gräns kan vara förklaringen till att studien inte fått några statistiskt signifikanta resultat på ISSB. Med en kortare gräns, som t.ex. två veckor kan det inte uteslutas att studien hade funnit signifikanta förändringar av ISSB eller om jag valt att mäta frekvensen av ISSB direkt genom t.ex. genomgång av journaler.

Förslag till fortsatt forskning

Ett års uppföljning planerades men rymdes inte inom denna studie. En replikering eller fortsättning på studien borde även innefatta uppföljningsmätning för att kunna dra slutsatser av behandlingens eventuella vidmakthållande effekter över tid. En fortsättning på denna studie vore också önskvärd för att få ett större statistiskt underlag och därmed mer tillförlitliga data. Vid en replikering av studien föreslås en mer tillförlitlig och direkt metod för mätning av ISSB. Det skulle också vara önskvärt om det gjordes fler kontrollerade studier för institutionsbehandling av multidiagnostiserade unga kvinnor med självskadeproblematik.

Då statistiken visar att unga kvinnor i Sverige mår allt sämre, lider i större utsträckning av ångest och nedstämdhet, använder sig mer av självdestruktivt beteende och i allt högre grad är inlagd på slutenvården psykiatrisk vård så borde resurser anslås till forskning för att finna och utveckla effektiva behandlingsmetoder i slutenvården. Vuxenpsykiatri och Barn- och Ungdomspsykiatri är landets två största institutioner när det gäller behandling av unga kvinnor med psykiatrisk problematik och ISSB i slutenvård. De skulle kunna producera omfattande studier på behandlingsresultatet av sina behandlingar, men av någon anledning görs inte detta.

R e f e r e n s e r

American Psychiatric Association, (2002). *DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association, (2011). Proposed new diagnosis in DSM-V: Non-suicidal self-injury. Hämtad 24 april 2011, från www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443

Andreassen, T (2002). *Institutionsbehandling av ungdomar vad säger forskningen?*. Stockholm: Gothia.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

- Brown, T.A., DiNardo, P.A. & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, Psychological Corporation.
- Chambless, D.L., Caputo, G., Jasin, S., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Connor, D.F., Doerfler, L.A., Toscano, P.F., Volungis, M.A., Steingard, R.J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510.
- Danielson, C.K., De Arellano, M.A., Ehrenreich, J.T., Suarez, L.M., Bennett, S.M., Cheron, D.M., et al (2006). Identification of high-risk behaviours among victimized adolescents and implications for empirically supported psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 12, 364-383.
- Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31-35.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-reprot questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment* 3, 206-214.
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B.(1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.
- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P.J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the Psychometric properties of self-report and clinician-administrated formats. *Psychol Med* 31, 1025-1035.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263
- Kröger, C., Schwieger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T., et al (2005). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Lindholm, T. (2010). *Icke-suicidalt självskadebeteende bland unga kvinnor på behandlingshem – en studie av beteendets funktion*. (Opublicerad Psykoterapeutexamensuppsats). Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 11, 1333-1341.
- Rodham, K & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injury. Nock, M.K. (Red.) *Understanding non-suicidal self-injury* (sid.37-62). Washington: American Psychological Association.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner : framväxt, ideologi och struktur*. Opublicerad doktorsavhandling, Stockholms universitet.

- Sallnäs, M., Vinnerljung, B. & Westermark, P.K. (2004). Breakdown of teenage placement in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work*, 9, 141-152.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D. (2005). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence*, 29, 641-654.
- Socialstyrelsen (2004). *Redovisning av regeringsuppdrag om flickor som skadar sig själva*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2004*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor, Rapport från nationell tillsyn*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Tillgång på vårdplatser*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Stiftelsen allmänna barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva: en belysning av forskningsläget*. Skriftserie 2004:1. Stockholm, Sverige: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Sunseri, P.A. (2004). Preliminary outcomes on the use of dialectical behaviour therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment For Children & Youth*, 21(4), 59-77.
- Sunseri, P.A. (2005). Children referred to residential care: Reducing multiple placements, managing costs and improving treatment outcomes. *Residential Treatment For Children & Youth*, 22(3), 55-66.
- Walsh, B.W., Doerfler, L.A. (2009). Residential treatment of nonsuicidal self-injury. Nock, M.K. (Red) *Understanding non-suicidal self-injury* (sid. 271-290). Washington: American Psychological Association.
- Öst, L-G.(Red) (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.