

LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden

Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor

*Irène Jansson
Mats Fridell*

Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor

LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden

Irène Jansson Mats Fridell

Författarpresentation

Irène Jansson är legitimerad psykolog och har sedan mitten av 80-talet arbetat med missbrukare i olika verksamheter såväl inom psykiatri som på avgiftningsenheten vid S:t Lars sjukhus och på Metadonmottagningen i Lund. Under tidigt nittital deltog hon i ett forskningsprojekt om intravenösmisbrukande narkomaner som dr Kerstin Tunving ledde i WHO:s regi. Sedan 1997 är hon anställd som psykolog vid Lunds LVM- och LVU-hem. Hon är doktorand vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet.

Mats Fridell är docent, legitimerad psykolog och terapeut samt handledare. Han har arbetat inom narkomanvården sedan början av 70-talet och sedan 90-talet med kvalitetsutveckling och utvärderingsfrågor inom missbrukarvården, med tyngdpunkt på kopplingen mellan urval, behandlingsmetod och organisation. Han är nu verksam som universitetslektor och forskare på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet.

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Rapport nr 1/03
ISSN 1403-1558



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2002

Förord

Denna rapport har skrivits av leg psykolog Iréne Jansson och docent Mats Fridell inom ramen för utvecklingsprojektet *Somatisk och psykisk sjuklighet hos flickor/kvinnor inom tvångsvården satt i samband med riskbeteende och vårdgenomförande*. I rapporten redovisas bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild och vårdkonsumtion bland flickor och kvinnor som utretts på Lundens ungdomshem respektive LVM-hemmet Lunden under perioden januari 1997 till juni år 2000. Klienterna är utredda med ett stort antal tester. De beskrivna klienterna kommer att följas upp i ett forskningsprojekt under ledning av Mats Fridell. Forskningsprojektet startar i januari 2003.

Rapporten visar att särskilt de vuxna kvinnorna är i fysiskt dåligt skick med stort vårdbehov vid inskrivning till institutionen. Även den psykiska hälsan är ytterst bristfällig. De yngre klienterna kommer oftast via andra institutioner och de mest akuta hälsoproblemen har hunnit avhjälpas. I jämförelse med andra material, tunga narkotikamissbrukare i avgiftning, kvinnliga dubbeldiagnospatienter på tre behandlingshem i södra Sverige samt en tidigare studerad grupp LVM-vårdade kvinnor liknar de undersökta inte överraskande mest den sistnämnda gruppen. Lundenklienterna är mindre avvikande än avgiftningspatienterna och ligger också högre på en del ur behandlingssynpunkt positiva drag.

Rapporten ger en helhetsbild av dels en flickinstitutions- dels en kvinnoinstitutions klienter under en längre tid. Som underlag för metodutveckling är sådan kunskap ovärderlig.



Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	9
LVM-hemmet och Ungdomshemmet Lunden	11
Målgrupp	11
Utredningsmodellen	11
Syfte och frågeställningar	13
Etik, diagnostik och forskarrollen	13
Tidigare forskning	16
Psykisk störning och missbruk	16
Metod	21
Bakgrundsdata	21
Utredningsprocessen	22
Mätinstrument	22
Resultat	25
Bakgrundsuppgifter	25
Beroende och missbruk	28
Kriminalitet	29
Prostitution	30
Psykisk störning	30
Vård och behandling	32
Missbruksrelaterad somatisk sjukvård	32
Övrig sjukhusvård	33
Besök vid somatisk specialistmottagning	33
Typer av somatisk specialistbehandling	34
Behandling under de senaste 12 månaderna	35
Psykiatrisk vård	35
Psykiatrisk slutenvård	35
Psykiatrisk öppenvård	35
Hälsotillstånd under tiden på Lunden	35
Hepatit och HIV	37

Test- och diagnosdata	38
Basic Character Trait test (BCT)	38
Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)	39
Symptom Checklist (SCL-90)	40
Personlighetsstörning enligt DSM-IV	41
Jämförelse med andra missbrukarkohorter	42
Basic Character Trait test (BCT)	42
Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)	43
Symptom Checklist (SCL-90)	45
DSM-III-R/DSM-IV-diagnoser	46
Diskussion	48
Referenser	56
Appendix A: Mätinstrument	65
A.1 Standardiserade Personlighetstest	65
A.2 Psykiatriska och andra skattningsskalor	66
A.3 Somatiskt hälsoformulär	68
Appendix B: Envägs variansanalyser (ANOVA)	69
Appendix C: Multipla variansanalyser med MANOVA	75
C.1 General Linear Model (MANOVA) – BCT och fyra grupper av kvinnor	75
C.2 General Linear Model – MANOVA – CMPS-variabler och fyra grupper	76
C.3 General Linear Model – MANOVA – CMPS-faktorindex och fyra grupper	77
C.4 General Linear Model – MANOVA – SCL-90-variabler och fyra grupper	79
C.5 SCL-90-index General Linear Model – MANOVA – fyra grupper	81
Bilaga: Hälсотillstånd senaste året före inskrivningstillfället	84

Sammanfattning

Rapporten redovisar bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild, med data hämtade ur ADAD och DOK och genom intervjuer, social- och sjukvårdsjournaler. Rapporten omfattar 115 av de 216 klienter som vårdats på Lunden under perioden januari 1997 till juni 2000. Standardiserade data har använts för bakgrundsbeskrivning och representativitets- och bortfallsanalys.

Sammanlagt har 115 flickor/kvinnor (69 LVM-kvinnor och 46 LVU-flickor) intervjuats avseende personlighetsdrag med två test; Basic Character Trait test (BCT) och Cesarec Marke Personlighetsschema (CMPS), samt psykiska symtom (SCL-90) och personlighetsstörning enligt DSM IV (SCID II). När det funnits indikationer på psykopati har PCL-R-skattning också gjorts. Intervjuerna har gjorts i utredningssyfte med medgivande från varje enskild klient att få använda data i forsknings- och uppföljningssyfte.

Uppväxtförhållandena var präglade av sociala och psykiska problem och missbruk i familjen. Missbruk i familjen rapporterades av 60 procent bland LVM-kvinnorna och 40 procent bland LVU-flickorna. Fyrtio procent av LVM-kvinnorna hade vuxit upp med förälder (föräldrar) med psykiska störningar. Av de yngre flickorna hade nästan var fjärde haft sådana problem i familjen. Den sociala integrationen var låg med dålig skolunderbyggnad och låg utbildningsnivå. De yngre saknade i större utsträckning än de äldre avslutad grundskola och gymnasieutbildning. Få kvinnor hade vidareutbildning eller högskoleexamen. Bostadslösheten var hög; nästan hälften av LVM-kvinnorna saknade någon form av bostad medan var tredje LVU-flicka var bostadslös.

Narkotikamissbruk med ett utpräglat blandmissbruk dominerade bilden. De flesta av klienterna hade ett beroendetillstånd (DSM-IV). Opiater var vanligast bland de äldre och centralstimulantia bland de yngre. Drygt 60 procent av LVM-kvinnorna och 50 procent av LVU-flickorna injicerade. Bland LVM-kvinnorna hade 60 procent och bland de yngre 70 procent försökt att begå självmord. Kriminalitet rapporterades av drygt 70 procent av LVM-kvinnorna och av nästan 85 procent av LVU-flickorna. Prostitution var dubbelt så vanligt bland LVM-kvinnorna (40%) som i LVU-gruppen (20%).

Särskilt de äldre befann sig i ett dåligt fysiskt och psykiskt skick vid intagningen. De var ofta svårt nedgångna, sjuka och med diverse skador, inte sällan vid påtaglig psykisk ohälsa. LVM-kvinnorna hade högre vårdkonsumtion än LVU-flickorna under året som föregått omhändertagandet både vad gäller somatisk och psykiatrisk vård. Hepatit C-infektion förekom bland drygt hälften av samtliga klienter. Drygt en tredjedel hade under det gångna året sökt vård på specialistmottagning, oftast allmänmedicinsk klinik, akutenhet och kvinnoklinik. Särskilt de yngre flickorna hade

behandlats för könssjukdomar. Bland de äldre registrerades sjukdomstillstånd som var klart missbruks- och/eller livsstilsrelaterade: hjärtfel, diabetes, astma, allergi, kronisk magkatarr, njurbesvär, misstänkt TBC. Sjuttio procent av samtliga utredda klienter hade under det senaste året före den aktuella tvångsvården vårdats på distriktsläkar- eller specialistmottagning.

Vid utredningstillfället hade runt 70 procent i bägge grupperna någon form av personlighetsstörning. Säkerställd depressionsdiagnos förekom i båda grupperna hos 13 procent, ångestdiagnos hos 23 procent av LVM-kvinnorna men inte hos någon i den yngre gruppen. I den äldre gruppen hade 17 procent haft en toxiskt utlöst psykos mot 15 procent i den yngre gruppen. Psykiatrisk diagnos som schizofreni eller bipolär affektiv sjukdom förekom hos två flickor på LVU. Misstanke om att ytterligare klienter hade någon av dessa störningar fanns, men kunde inte bekräftas.

För sannolikt första gången har andelen flickor/kvinnor med psykopati i LVM-/LVU-vård skattats med PCL-R (Hare, 1991, 1991a). Nivåerna på psykopati som ligger på cirka 6 procent bland de yngre flickorna och 3 procent i LVM-gruppen är ungefär desamma som för kvinnor i ett oselekterat material av tunga narkotikamissbrukare. De här använda testen visar att LVU- och LVM-vårdade kvinnor vad avser grundläggande personlighetsdrag (BCT) uppvisar samma profil som andra tunga jämförelsegrupper av missbrukare i undersökningen men tycks vara något mindre avvikande än tunga narkotikamissbrukare på avgiftning. Klienterna utmärks i högre grad än en normalgrupp av brist på optimism och sublimeringskanaler. De uppvisar högre grad av verbal aggressivitet, frustrationsbenägenhet, avund, pessimism och otålighet samt tendenser till magiskt tänkande, grubblerier med symtomupplevande, inslag av ritualer och tvångsmässighet samt något lägre nivåer av drag som envishet, renlighet och sparsamhet. Testet CMPS som mäter behovsstruktur visar överlag normala värden.

SCL-90 slutligen indikerar normala symtomnivåer ($T < 60$) på de flesta variabler, vilket gör att LVM-/LVU-gruppen de facto ligger lägre än andra missbrukande grupper som används som jämförelse.

Andelen klienter utan personlighetsstörning är högst i LVM-gruppen. Antisocial personlighetsstörning har inte ställts som diagnos bland personer under 18 år men fångas delvis av beteendestörning som registrerades hos 44 procent av LVU-flickorna medan antisocial personlighetsstörning fanns hos 25 procent i LVM-gruppen. Andelen kvinnor med borderlinestörning är vanligare bland LVM-kvinnorna än bland LVU-flickorna.

Undersökningsgruppen jämförs med andra systematiskt insamlade kohorter. Jämförelsegrupperna är kvinnorna i en kohort tunga narkotikamissbrukare från S:t Lars ($n=112$), urval av kvinnor från dubbeldiagnospatienter på tre behandlingshem i södra Sverige (Avenboken, Långstorps vård- och behandlingshem samt Linnéagården/Stenbäckens behandlingshem för kvinnor; $n=88$) samt kvinnor i ett urval av LVM-klienter från 11 behandlingshem i mellansverige och södra Sverige ($n=14$). De jämförs även med normgrupper när det är möjligt.

Vid jämförelser med en matchad grupp kvinnor i en kohort intagna för avgiftning och korttidsrehabilitering vid S:t Lars sjukhus i Lund (n=112) avvek inte LVU/LVM-kvinnorna utom ifråga om ålder. LVU-flickorna var signifikant yngre än S:t Lars-gruppen. På personlighetstesten BCT och CMPS framstår LVM-/LVU-kvinnorna som mindre avvikande än jämförelsegrupperna och ligger högre på en del positiva drag. På symtomskalan SCL-90 visas en lägre symtomnivå.

En bortfallsanalys gjordes för kohorten LVM-kvinnor såväl som kohorten LVU-flickor. I bägge grupperna jämfördes de som deltagit i utredningen med dem som inte deltog i utredningen. Jämförelsen av 8 bakgrundsvariabler visade ingen skillnad inom respektive kohort mellan utredda och icke-utredda klienter. Slutsatsen är således att gruppen som undersökts är representativ för den grupp kvinnor som vårdas på Lundens behandlingshem.

Inledning

Tvångsomhändertagna flickor och kvinnor kommer ofta från dysfunktionella hemförhållanden. I familjerna förekommer missbruksproblematik och psykisk ohälsa (Janols, 1984). Skolgången är ofta bristfällig eller avbruten. Avsaknad av nära och djupa relationer till kvinnliga identifikationsobjekt och tidiga kontakter med äldre missbrukande män är inte ovanliga. Kriminalitet, bostadslöshet, prostitution och misshandel är konsekvenser av beroende och missbruk som förr eller senare leder till fysiska och psykiska skador.

Missbrukaren konsumerar cirka 10 gånger så mycket vård som den genomsnittliga medborgaren men insatsnivån till trots går behandlingseffekterna ofta förlorade p g a missbrukarens oförmåga att följa medicineringsrutiner och avtal och att upprätthålla en drogfrihet över tid. Personlighetsrelaterade problem förvärrar problemen ytterligare och oförmågan hos många av kvinnorna att fungera adekvat utan yttre stöd och hjälp gör att problembilden har karaktären av en livsstilssjukdom och inte ett isolerat problem (Arndt et al, 1994). Till sjukdomar som direkt kopplas till missbruket och livsstilen hör hudsjukdomar, blodförgiftning (sepsis), hepatit B och C, veneriska sjukdomar, undernäring, bristsjukdomar, mjukdelsinfektioner, dålig tandstatus och leverskador (Crane, 1991). Med ett injektionsmissbruk följer sjukdomar i hjärt-kärlsystemet och neurologiska skador (Contoreggi et al, 1998; Levine, 1991; Sunström, 1991). Rökning bland cannabissmissbrukare orsakar skador och sjukdomar också i andningsorganen (Lundqvist, 1995) och den höga andelen tobaksrökare bland missbrukare gör lungcancer till en vanlig dödsorsak. Vid alkoholmissbruk slutligen är levercirros en vanlig senkomplikation (Berglund & Rydberg, 1995; Stein, 1999).

De mest utsatta missbrukarna är de som förutom sitt beroende också har en psykisk störning. Personlighetsstörda missbrukare är den största, men också den svåraste gruppen att få med i och stanna kvar i frivillig behandling (Fridell, 1996). Resultatet blir att många inte fullföljer vården och så småningom hamnar inom tvångsvården. Personlighetsstörda missbrukare utgör en speciell grupp eftersom störningarna påverkar samspelet med personal och medpatienter ogynnsamt.

Det har länge ställts krav på kunskap om vilka behov missbrukare med dubbla diagnoser har inom vård och behandling (Öjehagen, 1998). Detta gäller inte minst de kvinnor och flickor som omhändertas med stöd av tvångslagarna. För att förstärka ett positivt förlopp under och efter tvångsvården och för samordning av olika vårdinsatser, är det viktigt att få en så utförlig social, somatisk, psykologisk och psykiatrisk utredning som möjligt. Eftersom det är en mycket heterogen grupp inte bara vad gäller missbruk utan även psykisk störning och funktionsnivå, är det väsentligt att inhämta kunskaper och utveckla metoder för behandling även på ett övergripande

plan, det vill säga att kunna inrätta behandlingsinstitutioner utifrån kvinnornas behov.

Psykologens arbete med utredning av kvinnorna är ett led i den kunskapsutveckling som Lunden eftersträvar. Vikten av att få en omfattande och djup bild av klientens problematik men också av salutogena faktorer som grund för en tydligare behandlingsplanering betonas i arbetet när resultatet presenteras för uppdragsgivaren. Materialet som inhämtas av varje enskild utredd klient kan betraktas som en del i en kunskapsbank som skall ligga till grund för metodutveckling.

Rapporten redogör för forskningsläget generellt och analyserar bakgrundsdata för klientgruppen: diagnostiska data och testdata av flera slag. Resultatdelen inleds med en bortfallsanalys. Därefter följer en redogörelse för den somatiska och den psykiska hälsan hos klienterna. Testdata redovisas och LVU- och LVM-klienter jämförs med avseende på dessa. Därefter följer en jämförelse av gruppen tvångsvårdade kvinnor på Lunden, vare sig LVU- eller LVM-vårdade, med några andra urval av missbrukande kvinnor.

LVM-hemmet och Ungdomshemmet Lunden

Lunden består av dels Ungdomshemmet, en avdelning för missbrukande flickor i åldern 16–20 år placerade enligt Lagen om vård av unga (LVU), dels LVM-hemmet, en avdelning för tvångs- och frivilligt vårdade kvinnor med stöd av LVM (Lag om vård av missbrukare i vissa fall) och Socialtjänstlagen, SoL. Hemmen har en gemensam institutionschef.

Ungdomshemmet är ett akut- och utredningshem med sju vårdplatser och ytterligare tre avgiftningsplatser. Utredningarna som utförs på ungdomshemmet sker i de ärenden där socialtjänsten så begär (ibland kan klienten själv begära en utredning). Den omfattar, om inte annat önskas, psykologisk utredning, psykiatrisk bedömning, specialistlärobedömning, utlåtande från kontaktpersoner och från dagverksamheten Villa Lunden. Beställaren kan i vissa fall ha speciella önskemål som t ex en ADHD/DAMP-utredning eller en omfattande familjeutredning.

LVM-hemmet, vars tyngdpunkt ligger på motivationsarbete, har tolv platser. Även här sker utredningarna på uppdrag av socialtjänsten och den psykologiska utredningen omfattar i stort sett samma delar som på ungdomshemmet. Inte sällan tar klienterna själva kontakt med psykologen i syfte att bli utredda.

Båda institutionerna är lokaliserade i samma byggnad, men helt avskilda från varandra. Gemensamt för verksamheterna finns förutom institutionschef, administrativ personal, lärare, läkare och sedan 1997 också psykolog. Vidare finns dagverksamheten Villa Lunden vars syfte bl a är att utveckla och synliggöra resurser, självkänsla och skapande förmåga samt motivera till fortsatt frivillig behandling. Verksamheten erbjuder både individuella möjligheter och utveckling i sociala sammanhang. Behandlingsinnehållet är i hög grad individuellt anpassat.

Målgrupp

LVM-hemmet är specialinriktat på kvinnliga missbrukare med psykisk störning eller psykisk sjukdom och gravida kvinnor med missbruksproblem. Vården på ungdomshemmet riktas mot flickor som utsätter sin hälsa eller utveckling för påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende (SiS, 2001).

Utredningsmodellen

En utredning inom en institution som Lunden består av ett antal olika delar. I utredningsarbetet samverkar Lundens samlade specialistkompetens i form av socionomer, erfarna behandlingsassistenter, specialpedagog, sjuksköterska, psykiater och psykolog för att ge en allsidig bild av den enskilda klienten i syfte att i möjligaste mån kunna anpassa behandlingsplaneringen efter klientens särskilda behov. Under utred-

ningens lopp kan omständigheter uppenbaras som förut varit dolda och som måste utredas för att ge en fullständig bild av bakomliggande problematik. Till exempel kan en uppmärksamhets- och koncentrationsstörning döljas av ett långvarigt amfetaminmissbruk och bli tydlig först efter en längre tids drogfrihet.

Utredningen varierar beroende på vilken avdelning klienten befinner sig och vilken problematik som är utmärkande för henne. Oftast är uppdraget inte specificerat, dvs det saknas en specifik frågeställning, men ibland ställs en förfrågan om eventuell psykisk sjukdom, hjärnskada eller DAMP/ADHD-problematik. I andra fall vill man veta om klienten är lämplig för viss typ av vård.

På ungdomshemmet är den totala utredningstiden fyra månader. Psykolog påbörjar utredningen först efter det att klienten har varit på Lunden i ca två månader. Tiden innan en utredning påbörjas kan variera beroende på klientens vilja att medverka och det allmäntillstånd hon befinner sig i. Psykologens arbete med varje klient inleds med en intervju där information ges om syfte och omfattning på det arbete som skall göras. Vidare informeras klienten om att hennes deltagande är frivilligt, men att utredningsinnehållet kommer att avrapporteras till henne och att hon sedan kan medge att testresultat och slutsatser rapporteras tillbaka till övrig berörd personal och till beställaren. Varje klient som intervjuas ger skriftligt samtycke till fortsatt användning av data i forskningssyfte.

När data sammanställts, görs återrapportering till klienten och en diskussion förs om hur resultaten kan vara till nytta för henne. En diskussion kring hur tex personlighetsdrag kan försvåra eller underlätta den dagliga livsföringen är ett viktigt inslag. Den uppdragsgivande socialförvaltningen erhåller därpå ett exemplar (om inte klienten förbjuder att så sker). Det är inte sällan att klienter som varit utskrivna under en längre tid återkommer för att få en ny genomgång av sin utredning i behandlings- eller vidareutredningssyfte.

Utredningen blir i någon mån en intervention i syfte att öka klientens motivation till fortsatt rehabilitering. Socialtjänsten har sällan kompetens att avgöra vilka test och diagnosmodeller som är relevanta. Därför använder vi kliniskt beprövade metoder. Modellen är både en utrednings- och forskningsmodell som utvecklats och prövats systematiskt på kliniker och behandlingshem i södra Sverige av den forskargrupp som Lundens psykolog tillhör (Johnsson, 2001; Fridell, 1990, 1996; Fridell et al, kommande; Persson, 1997; Probert, 2000).

Syfte och frågeställningar

I föreliggande projekt är syftet att kartlägga kvinnornas/flickornas psykiska och somatiska status vid inskrivningstillfället på LVM- respektive Ungdomshemmet Lunden, under det senaste året samt behovet av fortsatt sjukvård vid tiden för tvångs-omhändertagandet. Vad som diskuteras i denna rapport är vilka typer av sjukdomar, skador och psykiska störningar som förekommer bland en grupp missbrukande kvinnor och i vilken utsträckning de har sökt vård för problemen.

Vidare är syftet att åskådliggöra faktorer i klienternas livsföring som kan antas vara av betydelse för hennes psykiska och fysiska hälsostatus.

Frågeställningar

- Hur ser de psykiska störningarna ut hos flickor/kvinnor inom tvångsvården? Vilka psykiska störningar förekommer och hur allvarliga är de?
- Hur ser LVU-flickorna ut jämfört med LVM-kvinnorna ifråga om psykisk störning och somatisk sjuklighet?
- Hur skiljer sig kvinnliga LVM- och LVU-klienter åt i fråga om bakgrundsdata och kliniska data som personlighetsfaktorer och formella diagnoser?
- Vad är prevalensen av psykopati bland kvinnor i tvångsvård?
- Hur har klienternas hälsotillstånd och sjukvårdskonsumtion sett ut under året före omhändertagandet och hur vanligt förekommande är sjukdomar och skador?
- Hur kan allvarlighetsgraden i ovanstående problem bedömas för gruppen i sin helhet?
- Liknar LVM-/LVU-klienterna jämförbara patientgrupper?
- Hur ser LVM-/LVU-klienterna ut i jämförelse med normgrupper?

Etik, diagnostik och forskarrollen

Tvångsvård, framför allt av vuxna, har fått utstå omfattande kritik från såväl allmänheten som från forskare. Tännsjö (1994) anser att den personliga integriteten kränks och att vårdformen inte har något existensberättigande genom acceptabla kort- eller långsiktiga resultat. Bergmark (1994) och Kinnunen (1994) ser ett samband mellan överdödlighet och tvångsvård. Gerdner (1998) anser att det finns otillräckligt forskningsstöd för att tvångsvården skulle ha lyckats med sitt uppdrag. Avsaknaden av förståelse för de allvarliga problem som merparten av tvångsvårdade klienter har är en anledning till att argumenten inte nyanseras.

Utredningar på en låst institution kan kritiseras för att klienten inte befinner sig där av fri vilja och att utredningen beställs av socialtjänsten i hemkommunen. Upplevelsen av tvång för den enskilda klienten kan vara mycket stark eftersom motivation till

att vara på institution i de flesta fall saknas. Klienten kan känna sig tvingad att medverka i en utredning som hon själv inte ser någon fördel av.

Emellertid har tvånget att delta i sig mindre betydelse för den aktuella utredningsinsatsen eftersom klienten alltid själv måste fatta beslutet att medverka i arbetet. Går det inte att motivera klienterna till samarbete, att få dem att se möjligheterna med en utredning och att den i första hand är för deras egen skull och att de själva har nytta av den, är det inte möjligt att genomföra en psykologutredning vare sig av etiska eller praktiska skäl. Klienten kan tveka, förutom för att det är socialtjänsten som är beställaren, också av rädsla för att bli stämplad som galen eller idiot. Diagnosen kan ses som stigmatiserande och därmed förstärka ett redan existerande självförakt. Psykiska störningar ger mycket låg status även i missbrukarkretsar.

Den kritik som sedan många år har riktats mot psykiatrisk diagnostik, grundas på tidigare årtiondens användning av överlappande och diffust specificerade kriterier med vaga empiriska referenser och klassifikationssystem (Farber, 1975). Vissa diagnoser fick en funktion som slasktratt. En annan orsak till kritik kommer från anhängare till den så kallade stämplingsteorin som aktualiserades under sextio- och sjuttio-talet. Man menade att en patient med psykiatrisk diagnos blev stämplad inte bara med ett personligt utan även legalt och socialt stigma (Rosenhan, 1973; Goldberg, 1999).

Wolberg (1988) argumenterar för att det kan vara betydligt värre att avstå eftersom en "diagnos" alltid ställs, men på ett mera godtyckligt och subjektivt sätt och med kriterier som i ännu högre grad än formella diagnoser har en nedvärderande klang. Helt annan och berättigad kritik riktas mot slarvig användning av eller övertolkning av vad diagnostiska data kan ge (Spitzer, 1975). Fridell (1996) menar att diagnostik för tunga narkomaner i prognostisk mening kanske ökar möjligheten till förbättrad behandling i cirka 20 procent av fallen, men att ett långt viktigare skäl är att undvika förhållningssätt eller åtgärder som kan försämra klientens eller patientens situation, vilket kan drabba en betydligt större andel missbrukare. Blå Ravndal och Vaglum (1991) har visat att patienter med sk udda personlighetsstörning lätt avbryter behandlingen i förtid eftersom de inte känner sig bemötta på rätt sätt.

Personlighetsstörningar bland narkotikamissbrukare är en orsak till ibland mycket starka konflikter och meningsmotsättningar mellan personal och klienter, som kan resultera i avbruten behandling. Motsättningarna stimulerar motöverföringsreaktioner och medför på sikt utbrändhetsreaktioner hos personal på ett sätt som motverkar goda behandlingsresultat (Fridell, 1989, 1996, 1998; Gerdner & Sundin, 1998).

Etiken i den dubbla rollen som kliniker och forskare kan kritiseras utifrån två olika ståndpunkter. Dels att forskaren utnyttjar sin position som kliniker för att få klienten att delta i en process som inte från början ingick i avtalet. En annan invändning kan vara att kontakten som uppstår mellan psykologen och klienten gör det svårt för klienten att avböja medverkan. I så fall skulle allt motivationsarbete vara oförenligt med tvångsvårdssituationen. Snarast ger den nära kontakt som uppstår mellan psy-

kolog och klient, en djupare och mer nyanserad bild av klienten och därmed bättre kvalitet på det insamlade materialet. Även förtroendet att få ta med varje enskild klients data i en forskningsprocess möjliggjordes i denna studie sannolikt genom att tillit kunde byggas upp under en längre tid.

Det är lättare för en kliniskt verksam bedömare att göra den här typen av datainsamling. Att som utifrån kommande forskare, på en låst avdelning, få en reell och mångfacetterad bild av klienterna är förbundet med svårigheter. Det är lättare för klienten att upprätthålla en fasad och spela en roll inför personer man inte träffar dagligen. Att förmedla tunga och svåra upplevelser till en främmande person som man inte har en relation till är näst intill omöjligt. Material som känts angeläget att dela med annan personal eller med uppdragsgivaren har alltid diskuterats först efter medgivande från kvinnan i fråga.

Det finns ytterligare en fråga som indirekt rör etik, nämligen behovet av kvalitets-säkring och uppföljning. Eftersom man, i motsats till den schablonbild som ibland ges av tvångsvården i media, faktiskt etablerar en nära relation med flertalet av de omhändertagna är den relationen en förutsättning för att de skall ställa upp vid en uppföljning. Att bedriva uppföljning enbart från ett utifrån kommande forskarperspektiv återspeglas i ofta låga uppföljningssiffror (Larsson & Ollus, 1999). Det finns behov av att se etikfrågorna i ett längre perspektiv där insamlingen av de data som här gjorts sätts in i ett sammanhang, också med sikte på utvärdering och kvalitets-säkring. En viktig aspekt är att data för att bli meningsfulla måste bli en del av organisationen och förvaltas av organisationen så att återrapportering kan skapas också mellan personal och ledning (Holmberg, 2002).

Tidigare forskning

Psykisk störning och missbruk

Psykisk störning bland narkotikamissbrukare har blivit väl kartlagt i både internationella och svenska studier. Man har kommit fram till i stort sett samma slutsats om prevalensen av olika diagnoser (Fridell, 1991, 1996a; Fridell et al, 1996, 1996a). Den vanligaste diagnosen är personlighetsstörning som förekommer hos 65–85 procent. Därefter kommer depressioner och ångesttillstånd, som finns hos 30–60 procent. Psykoser förekommer hos 10–15 procent.

Ovanstående siffror baseras på diagnostik enligt DSM III-R-systemet. Den mest frekventa personlighetsstörningsdiagnosen bland missbrukare är antisocial personlighetsstörning. I internationella och nationella undersökningar omfattar diagnosen i genomsnitt 25–40 procent av patientmaterialen (Fridell, 1991; Gerstley et al, 1990; Rounsaville et al, 1998).

En liten, men tung undergrupp inom diagnosen antisocial personlighetsstörning bland narkotikamissbrukare är de med diagnosen psykopati, där senaste årens forskning identifierat en rad samtidiga neurokemiska, neurofysiologiska, delvis ärftliga avvikelser vid sidan av tidiga tecken på beteendevikelser (af Klinteberg, 1998, 2002; Fridell, 1991; Grilo et al, 1996; Levander, 2002; Rydelius, 2002). I ett material från S:t Lars i Lund är andelen patienter med psykopati drygt 9 procent (Fridell et al, 1996a). Prevalensstudier av personlighetsstörning enligt DSM på missbrukare har såväl internationellt som nationellt visat stor överensstämmelse och brukar skattas ligga mellan 6 och 10 procent i normalbefolkningen (Weissman, 1993).

Förekomst av personlighetsstörning enligt DSM-III-R studerades i ovannämnda patientmaterial av tunga narkotikamissbrukare från S:t Lars. De fördelade sig i kluster enligt följande: 7 procent erhöll en kluster-A-diagnos som omfattar paranoid, schizoid och schizotyp personlighetsstörning, 40 procent fanns inom kluster B som inbegriper borderline, narcissistisk, antisocial samt histrion personlighetsstörning och 17 procent inom kluster C som omfattar dependent, undvikande, passiv-aggressiv och tvångsmässig personlighetsstörning (Fridell 1996; Fridell et al, 1996a).

Det finns tydliga könsskillnader som visar sig främst i en omfördelning av diagnoser i klustret dramatiska. Medan 27 procent av männen får en antisocial diagnos utgör den diagnosgruppen bara 12 procent bland kvinnorna. Borderline störning utgjorde 5 procent bland männen och 12 procent bland kvinnorna. På samma sätt var andelen patienter med diagnosen histrion dubbelt så hög bland kvinnorna som bland männen. En jämförelse med en annan prevalensstudie med ett urval av 46 klienter från 11 LVM-hem, gav en med nyssnämnda studier närmast identisk fördelning av personlighetsstörning (Nilsson & Teglund, 1997). I den studien fann man ungefär

samma nivå av störningar redovisat i DSM-kluster som i en totalpopulation tunga narkotika- och blandmissbrukare (Fridell, 1996; Fridell et al, kommande).

Samsjuklighet mellan personlighetsstörning och egentlig depression har visat sig vanlig hos vuxna (Gerstley et al, 1990; Grilo et al, 1997; Walker, 1992). Bakgrundsvariabler som ålder, kön, etnisk tillhörighet, socialgrupp, psykiatrisk historia eller allmän funktionsnivå tycks däremot inte inverka på bedömningen. Grilo et al (1996a) fann att unga kvinnor med depressionsdiagnos (MDD) fick en borderline personlighetsstörning betydligt oftare än manliga patienter som oftare erhöll diagnosen narcissistisk personlighetsstörning.

Intresset för bakomliggande faktorer för utveckling av personlighetsstörningar har ökat på senare år. Longitudinella studier som följt individer sedan barnåren upp i vuxen ålder har genomförts av Bernstein et al (1996). Vid första undersökningstillfället intervjuades 967 mödrar avseende deras barns emotionella och beteendemässiga karakteristika. När barnen var i tonåren genomfördes den andra intervjun. 724 familjer ingick där mor och barn intervjuades parallellt, ovetande om varandras svar, med hjälp av halvstrukturerade intervju- och självskattningsformulär. Uppföljningar visade att emotionella störningar under barndomen har ett prediktivt värde för utveckling av personlighetsstörningar senare i livet.

Personlighetsstörningarna fördelades enligt följande; drygt 7 procent förekom i kluster A och B. I kluster C fanns 12 procent. Kluster A dominerades av pojkar medan flest flickor fanns i kluster B. Bland störningar som dominerade under barndomen, visade flickorna mest tecken på ångest/rädsla medan beteendestörning var mest framträdande bland pojkarna. Tidiga tecken på depressiva symtom bland pojkar och beteendestörning bland flickor ledde till personlighetsstörning inom kluster A senare i livet. För båda könen fanns ett starkt samband mellan beteendestörning och omognad och senare utveckling av personlighetsstörning i kluster C. Depression i tidig ålder återfanns även hos dem som senare utvecklade personlighetsstörning i kluster B (Bernstein et al, 1996).

Att tidig beteendestörning kan ha ett prediktivt värde för utvecklingen av personlighetsstörning senare i livet bekräftas i studier där man funnit starka samband mellan tidig beteendestörning och utveckling av antisocial personlighetsstörning (af Klinteberg et al, 1990; Cacciola et al, 1994; Cottler et al, 1995; Gerstley et al, 1990; Gillberg, 2002; Grilo et al, 1996; Taylor, 2002). På senare år har intresset riktats mot den relativt lilla subgruppen med beteendestörning (conduct disorder). Det är belagt att 2 procent flickor och 7 procent pojkar har en ADHD-störning med inslag av hyperaktivitet (Gillberg, 2002; Levander, 2002). Det anses bevisat att det finns en stark hereditär belastning och kausalt samband med senare utveckling av gravt avvikande beteende och psykopatisk personlighetsstörning (af Klinteberg, 1998, 2002; Taylor, 2002). En norsk intervjustudie ger stöd åt bilden att psykiska problem funnits hos missbrukarna redan före missbruksdebuten (Kjelsberg, 2002; Landheim et al, 2002).

Även om man skall vara försiktig med kausalitetsresonemang finns en rad studier

som visar att de allvarligaste problemen som vi möter i den kliniska vardagen verkar ha börjat redan under barndomen och att den ofta tunga bilden från bakgrundsdata pekar på sambandet mellan dessa och en rad kliniska variabler.

Psykopati ingår inte i DSM-systemet. Psykopati förknippas i motsats till många andra tillstånd med obotlighet och en ofta mycket dystur prognos för personen själv (Cleckley, 1988). Psykopati anses vara den tyngsta personlighetsstörningen av alla. Ofta drabbas andra människor mer än den sjuke själv. Medan invektivet psykopati är vanligt är diagnosen det inte. Genuin psykopati anses vara mer sällsynt bland kvinnor än bland män och ta sig andra uttryck (Lilienfeld & Andrews, 1996; Mulder et al, 1994). Inom kriminalvården har en tredjedel av de intagna kvinnorna psykopati men de står för hälften av vålds- och icke-våldsrelaterade brott bland kvinnor (Hare et al, 1992).

En diagnos som är viktig att skilja från psykopati är antisocial personlighetsstörning. Också här skiljer sig förelöparna hos flickor från dem hos pojkar (Byqvist, 1997). Generellt är flickors debut i antisociala beteenden senare än pojkars samtidigt som flickors missanpassning är mindre kriminellt orienterad och mindre våldsrelaterad än pojkars (Byqvist, 1997; Rogers et al, 1997).

I materialet från S:t Lars är den totala andelen patienter med psykopati 9 procent, bland kvinnorna 5 procent. Psykopati hos män har framför allt uppmärksammats inom kriminal- och missbrukarvården medan studier av kvinnor är ovanliga (Mulder et al, 1994; Salekin et al, 1997). Prevalensen psykopati bland kvinnliga fångar har i ett par studier skattats till cirka 15 procent jämfört med 25–30 procent bland männen (Hare, 1991; Hare et al, 1992). Prevalensen för antisocial personlighetsstörning är mellan 40 och 60 procent bland kvinnliga och 60–80 procent bland manliga fångar (Salekin et al, 1997).

Affektiva störningar utgör en stor grupp psykiska störningar bland missbrukare och är viktiga att identifiera (Walker, 1992). Vid samsjuklighet med personlighetsstörning kan depressioner vara svåra att upptäcka eftersom de varierar stort med olika intensitet och lätt maskeras av utagerande beteende som är vanligt vid vissa personlighetsstörningar. Också här pekar problem i barnaåren på dålig prognos (Landheim et al, 2002).

Andelen depressioner diagnostiserade i akutfas tenderar i flera patientmaterial att vara relativt låg, 12 procent (Fridell et al, kommande; Landheim et al, 2002; SiS, 2000). Men där störningen diagnostiserats ingående eller med symtomskattingsinstrument ligger nivån av medelsvår till svår depression mellan 30 och 60 procent (Fridell, 1991). På samma sätt ligger depressionsnivåerna i de uppföljningar där man efterfrågat depressiva symtom också betydligt högre, kring 50 procent (Fridell et al, 1996, 1998).

Om eventuella depressiva symtom inte avtar inom en månad efter avgiftning ökar sannolikheten för att det föreligger en egentlig depression enligt DSM-IV-kriterier (Nunes et al, 1996). Depressionen skall då betraktas som primär, det vill säga obero-

ende av missbruket och behandlas på traditionellt sätt med psykofarmaka. Styrkan i depressionen bestämmer vilka behandlingsstrategier som bör tillämpas. En lyckad behandling leder oftast till att också missbruket avtar, åtminstone under en kortare period. Undersökningar visar att depressionsnivåerna är högre när missbruksbehandling av något slag initieras och minskar efter en tid i behandling. Detta gäller såväl egentlig depression som melankoli och andra förstämningstillstånd. Ett upptrappat missbruk riskerar att förvärra den ursprungliga depressionen.

Kvinnor, oberoende av om de är missbrukare eller inte, visar i flera undersökningar högre depressionsnivåer än män (Fridell, 1991, 2002; Whitemore et al, 1997) och högre än inom normalbefolkningen. En stor svensk epidemiologisk studie (Lundbystudien) som genomförts på en normalpopulation vid tre tillfällen mellan åren 1957–2002, visar att risken för att insjukna i depression är 4,3 promille hos män och 7,6 promille hos kvinnor. Fram till 70 års ålder insjuknar 27 procent av männen och 45 procent av kvinnorna (Rorsman et al, 1990).

Vanliga depressiva tillstånd bland missbrukare, med olika bakomliggande faktorer och med personlighetsstörning som inslag i diagnosen, är så kallade dystymier eller karaktärsspektrumdepressioner (Ottosson, 2000). Dessa svarar inte i samma utsträckning på medicinsk behandling som diagnosgruppen egentlig depression och melankoli (Akiskal et al, 1983).

En tredje grupp psykiska störningar är olika ångesttillstånd som ofta förekommer inom samtliga psykopatologiska tillstånd, tex vid endogena psykoser, affektiva syndrom som depression, personlighetsstörning och hos patienter med neurotiska tillstånd. Drogerna används av missbrukaren möjligen i affektreglerande syfte, d v s för att antingen dämpa eller stimulera känslor vilket ofta leder till att ångestsymtomen blir starka och överväldigande under avgiftningen (Krystal & Raskin, 1970). Ångesten kan utlösas av den negativa förväntan missbrukaren har när han eller hon blir avgiftad, men har också en neurokemisk förklaring. Ångesttillstånd bland narkotikamissbrukare omfattar olika fobier, panikångest, spänningstillstånd och ångestneuros, trots att dessa inbördes är olika till etiologi, dynamik, symtombild och genetisk bakgrund (Fridell, 1991).

Samsjuklighet finns inte bara mellan personlighetsstörningar och affektiva syndrom utan också vid depression och ångest. Man vet inte ännu hur stor andel av patienter med ångest också har en affektiv sjukdom. Patienter med affektiv sjukdom kan uppvisa symptom och beteenden som förknippas med personlighetsstörning, ångest och psykos, framför allt under vissa faser. Beteckningen affektiva syndrom innebär således olika depressionstillstånd, ångesttillstånd och upprymdhetstillstånd (manier) där en gemensam faktor är en biologisk störning. Medicinsk behandling är därför indikerad (Ottosson, 2000).

Psykosjukdomar som tex schizofreni förekommer hos 5–7 procent av narkotikamissbrukare (Fridell, 1991) medan endast en halv procent av normalbefolkningen har en schizofrenidiagnos (Persson, 1997). Olika droger kan utlösa psykoser av oli-

ka intensitet men drogen är sällan den enda orsaken. En viss skörhet att utveckla en psykos finns hos de narkomaner vars anhöriga lider av en psykisk störning eller sjukdom. En förhöjd vårdkonsumtion bland nära släktingar till narkomaner med psykos har konstaterats (af Klinteberg, 2002; Andersson et al, 1986; Janols, 1984). Personligheten före ett insjuknande (premorbid personlighet) liksom varaktigheten av en psykos är av avgörande betydelse för prognosen.

En grupp som torde bli allt vanligare inom tvångsvården är patienter med primär psykisk sjukdom och missbruk. I denna grupp är det vanligt med självmedicinering istället för den av läkare förskrivna medicinen. Amerikanska studier visar mycket höga nivåer av missbruk bland de psykiskt sjuka (Addington & Duchak, 1997; Test et al, 1989). En internationell genomgång av Berglund och Öjehagen (1998) pekar på hög grad av samsjuklighet. Gruppen är viktig att uppmärksamma eftersom den kräver speciella beaktanden vid behandling.

Kvinnliga narkomaner är ur hälsosynpunkt en mycket utsatt grupp (SiS, 2001; Friedell, 1990; 1996, Nilsson & Teglund, 1997). Kvinnornas negativa självbild, som kan ha grundats under barndomen t.ex. genom fosterhemsplaceringar, förstärks i destruktiva relationer med missbrukande män (Byqvist, 1997). Det är inte ovanligt att kvinnorna har utsatts för sexuella övergrepp (Nilsson & Teglund, 1997; Matell & Nordström, 1997).

Berg (2002) beskriver utifrån ADAD-intervjuerna olika problemprofiler bland flickor som vårdats enligt LVU under åren 1997 och 1998. Sex skilda grupper erhöles i en klusteranalys. I fyra av de sex grupperna finns ett uttalat missbruk. En ytterligare grupp karaktäriserades av känsla av osäkerhet och utanförskap tillsammans med aggressivitet och bristande impulskontroll. En grupp bestod av det yngsta klientelet med en medelålder på 15 år av flickor med få eller inga psykosomatiska problem. Få flickor i denna grupp hade sådana anpassningsproblem som avses i studien.

En av orsakerna till att LVM-vården inte lyckats med sitt uppdrag är att eftervården inte är anpassad till och adekvat för den enskilda klienten (Gerdner, 1998). Det är inte sällan som socialtjänsten saknar planering för eftervård vilket betyder att klienten skrivs ut till bostadslöshet med snabbt återfall i missbruk (Larsson & Ollus, 1999; Yohanes m fl, 2002).

Metod

Bakgrundsdata

För att få en så representativ bild som möjligt av Lundens klienter användes ett konsekutivt urvalsförfarande. Alla inskrivna 216 kvinnliga klienter, vårdade på Lunden mellan januari 1997 och juni år 2000 ingår. Två grupper, 85 flickor från ungdomshemmet i åldern mellan sexton och tjugo år, med en genomsnittsålder på arton år, och 131 kvinnor från LVM-hemmet i åldrarna mellan arton och femtiofem år med en genomsnittsålder på tjugosju år, ingår i analysen. De två grupperna är i sin tur uppdelade i utredda respektive icke-utredda klienter. 46 flickor på ungdomshemmet och 69 kvinnor på LVM-hemmet har utretts.

Information om klienternas bakgrund, som används i representativitetsanalysen har inhämtats från ADAD-intervjuer för flickorna och från DOK-intervjuer för kvinnorna.¹ I representativitetsanalysen jämförs således förhållanden för kvinnor i LVM-vård respektive LVU-vård från hela landet med materialet från Lunden (SiS, 2000, 2001). I en bortfallsanalys jämförs utredda kvinnor/flickor med icke-utredda som vistats på Lunden under samma tidsperiod. Undersökningsgruppen jämförs med kvinnor vårdade mellan 1977 och 1995 vid S:t Lars sjukhus i Lund (n=305). Ett annat jämförelsematerial utgörs av 14 kvinnor som ingår i ett material om 46 LVM-klienter från 11 LVM-institutioner.

ADAD- och DOK-intervjuerna har i viss utsträckning använts för att få bakgrundsinformation, tex socialgruppsstillhörighet, missbruk och psykiska problem i uppväxtfamiljen, boendeform, familj, prostitution och kriminalitet. I de fall sådan information inte har funnits i ADAD och DOK har frågorna ställts direkt till klienten eller hennes kontaktperson eller har hämtats ur socialjournaler.

Bland de flickor på ungdomshemmet som ingår i den icke-utredda gruppen, fanns 10 med mindre än tio dagar på Lunden, 12 flickor vistades på Lunden mellan tio och tjugo dagar. Detta gäller även 10 LVM-klienter som var på Lunden en mycket kort tid. För dessa klienter (15% av den totala gruppen) finns få uppgifter. Bortfallsanalysen görs således utifrån de principer som gäller för "intention-to-treat-analys" i utfallsstudier (SBU, 2001). Ambitionen har varit att i möjligaste mån avgöra om fyn-

¹ DOK och ADAD är dokumentationssystem som avser att ge en beskrivning av klientens bakgrund, missbruk, fysiska och psykiska hälsa, tidigare vårdinsatser och behov av stöd och vård. Syftet ligger på olika nivåer. Dels på en nationell organisatorisk nivå, där fokus ligger på att förvärva information om målgruppen för att ge underlag för en central utvärdering, planering och uppföljning och att bidra till en allmän kunskapsutveckling. På institutionsnivå skall dokumentationen ligga till grund för verksamhetsplanering, utvärdering, uppföljning och utveckling av vård- och behandlingsarbetet. På individnivå kan dokumentationen ligga till grund för behandlingsplanering och uppföljning.

den i den utredda gruppen kan generaliseras till att gälla hela den grupp kvinnor som remitterats till Lunden under den studerade perioden.

Utredningsprocessen

En intervju inleder varje utredning. I denna går psykolog och klient igenom vad som hänt under tidigare år, med fokus på det senaste året. Intervjun fångar upp vissa longitudinella data och test och olika instrument tvärsnittsdata.

Samtliga test har administrerats av Lundens psykolog eller av psykologkandidater som befunnit sig på psykologutbildningens sjätte termin och PTP-psykolog (samtliga under handledning). Utredningen har påbörjats först efter det att klienten har blivit avgiftad och acklimatiserats, som regel efter minst tre till fyra veckors vistelse på Lunden.

Mätinstrument²

Personlighetstesten, Basic Character Trait test (BCT) och Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) används i utredningarna och mäter personlighetsegenskaper som ligger till grund för individens sätt att hantera sig själv i relation till omvärlden, och skapar och begränsar möjligheter till utveckling. Formulären har visat sig användbara som vägledare i motivationsarbetet och behandlingsplaneringen. Formulären har i tidigare forskning visat sig ge en bild av stabila personlighetsegenskaper, dvs per-

² BCT (Basic Character Traits) mäter en persons grundläggande karaktärsdrag som utgår från en psykoanalytisk teori och där faktoranalysen baseras på "oral" och "anal" karaktärsdrag.

CMPS (Cesarec & Marke Personlighetsschema) beskriver olika personlighetsdrag med utgångspunkt från vissa av de psykologiska behoven i Murrays personlighetsteori.

PISI är ett självskattningsformulär som är till för att få fram intrapsykiska faktorer som bedöms motverka en negativ utveckling och positiva resurser man kan arbeta vidare med.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). En internationell regelbok för diagnostik. Här diagnostiseras i psykologutredningen personlighetsstörningar (SCID II) av olika slag.

SCL-90-R (Symptom Checklist Revised) är ett självskattningsformulär av psykiatriska symtom under senaste veckan.

TAT projektivt bildmatematiskt personlighetstest. Uttrycker en persons behov och önskemål både på omedvetet och medvetet plan.

BDI Becks Depression Inventory: skattning av depression och dess svårighetsgrad.

RAVENS MATRISER är ett icke-verbalt begåvningsstest.

WAIS-R begåvningsstest för vuxna.

WISC III ett begåvningsstest för barn och ungdomar mellan 6 och 16 år.

BENTON VISUAL RETENTION TEST avser att mäta visuell perception och visuellt minne, kan även identifiera subtila svårigheter beträffande minne, spatial förmåga och motorik.

FAS ordflödesprov mäter förmåga till initiativ och spontan aktivitet.

CLAESON-DAHLS inlärningstest för bedömning av verbal inlärning och minne.

Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT). Används främst för bedömning av visuospatiala konstruktionsförmåga och visuospatialt minne.

TOVA ett datoriserat uppmärksamhetstest som kartlägger förmåga att kontrollera impulsivt beteende, uppmärksamhets- och koncentrationsstörning av bland annat ADHD och DAMP.

TMT, ett test som avser mäta exekutiva funktioner som perceptuell förmåga, uppmärksamhet och kognitiv flexibilitet.

Tower of London visar förmåga att hålla olika regler samtidigt i minnet, planeringsförmåga och kontroll över impulsivitet.

WCST, bedömning av exekutiva funktioner som t ex strategisk planering, kapacitet att skifta kognitiva strategier.

sonlighetsdrag som inte ändras i någon större utsträckning ens om personen slutar missbruka.

SCL-90-R ger ett mått på den enskilda individens upplevelse av aktuella psykiatriska symtom och ger tillsammans med det här utvecklade hälsoformuläret om somatisk sjukdom och sjukvårdskonsumtion en utförlig bild av klientens psykiska och fysiska mående (kompletterande referenser, se appendix A).

DSM III-R eller IV (SCID II) används för att ställa formella diagnoser av psykisk sjukdom (axel-I) respektive kring personlighetsstörning (axel-II). Personlighetsstörning har en central betydelse för klientens förmåga till samarbete i behandling (Gerstley et al, 1989). Samtidigt är DSM-III-R ett mycket använt instrument för utvärdering av behandling.

PCL-R används inte i utredningssyfte utan uteslutande i forskning. Psykopati som diagnos bör av etiska skäl inte rapporteras vidare till avnämare som kanske lägger in personliga värderingar i begreppet. En anledning till att denna diagnos beaktats systematiskt här är att begreppet ofta används för att beskriva de mest "besvärliga" klienterna men att endast ett fåtal har en sådan diagnos.

Kliniska observationer av klienten under behandlingen vägs samman i intervjuarbetet med data från test och andra bedömningar.

De instrument som använts systematiskt är BCT, CMPS, DSM-IV (SCID II) och SCL-90-R. Det sistnämnda används vid två tillfällen, som första och sista moment i utredningsarbetet, för att få en uppfattning om eventuella förändringar i klientens psykiska tillstånd över tid. En viktig aspekt är att kunna ringa in problem som t ex uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter, dyslexi eller andra lässvårigheter som inte sällan adderar och ibland även förklarar den nuvarande problematiken. Där det har funnits misstanke om någon form av neurologisk dysfunktion eller störning har neuropsykologiska test genomförts och vid svårbedömda fall har klienten remitterats vidare till ett neuropsykiatriskt team för specialistläkarbedömning. Test- och intervjuförfarandet har således varit helt individinriktat med en fortlöpande evaluering av problemområden som därefter har undersökts och belysts. I denna sammanställning redovisas inte neurologiska utredningar eftersom de inte kunnat genomföras på ett sätt som medger att data kan betraktas som prevalensdata.

Formulären utgör endast en del av den totala utredning som även omfattar nivåbedömningstesten WAIS-R och WISC III, beroende på klientens ålder. Ravens Matri-ser kan ingå i nivåbedömningen som ett komplement för klienter med svårigheter med det svenska språket. Verbala och visuospatiala minnestest ingår som regel och vid behov görs även andra neuropsykologiska test (t ex TOVA, WCST, FAS, TMT och Tower of London). Dessa test görs bland annat när den uppdragsgivande socialförvaltningen eller klienten själv misstänker t ex DAMP/ADHD. I vissa fall, när misstanke om sådan problematik uppstår under utredningstiden, görs den i samförstånd mellan klienten och psykologen. Andra personlighetstest som PISI används för att ge en direkt bild av klientens salutogena faktorer. TAT, ett projektivt bildtematiskt

personlighetstest används i vissa fall. Föreligger misstanke om depression används även BDI.

Vi har valt att i undersökningen koncentrera oss på uppgifter från BCT, CMPS, DSM-IV och SCL-90-R eftersom dessa formulär länge har använts i utredningssyfte på Lunden. En annan tungt vägande orsak att använda personlighetstesten är att de ger en jämförelsevis heltäckande beskrivning av den enskildes personlighetsdrag både när det gäller salutogena faktorer och problemområden. Eftersom utredningen syftar till att klienten skall få optimal behandling efter sin tid på Lunden, är det av största vikt att ge en bild av hennes kapacitet och vilka problemområden som fokus bör riktas på.

Formulären har ifyllts vid personlig kontakt, d v s klienten och utredaren har tillsammans läst frågorna högt och klienten har svarat. Fördelen med förfaringssättet är att djupare och mer omfattande information kan inhämtas som annars inte hade varit möjligt. I denna nära kontakt möjliggörs en nyansering av problematiken och en initialt eventuellt mer pessimistisk bedömning har kunnat revideras.

Samtalen som förs medan formulären ifylls ger ledtrådar till problem som annars vore svåra att identifiera. Det är möjligt att i en personlig kontakt göra bedömningar som ligger utanför direkta svar på formulärfrågorna, t ex att upptäcka en dold depression eller drag av psykopati där intervju svar eller klinisk observation ger få ledtrådar. Vad gäller psykopati är det inte givet att personer som ligger högt på PCL-R-skalan uppvisar aggressivitet vare sig verbalt eller i sitt beteende, men kan i samtal avslöja idéer och tankar kring moral och etik som indikerar en allvarligare störning. Det görs alltid en klinisk bedömning om resultatet av psykopatitestet skall beaktas i utredningen och därmed att data kan användas för prevalensskattning.

Själva proceduren med att fylla i de olika intervjuformulären kan ta mellan tre och sju timmar, beroende på utredningens omfattning, klientens uthållighet och läs- och koncentrationsförmåga. Som regel sträcker sig utredningsarbetet över ett antal veckor vilket möjliggör grundlig klinisk observation som kan tjäna som validering av erhållna testresultat. Kontinuerliga samtal och diskussioner i och utanför handledningssituationer med personalen på avdelningarna är en viktig del i utredningsarbetet. Personalens synpunkter och uppfattningar har en viss tyngd i processen eftersom de står i nära kontakt med klienten praktiskt taget dagligen. Klinisk observation är ett viktigt led i valideringen av ställda personlighetsstörningsdiagnoser.

Personlighetsstörningsdiagnoserna har ställts enligt DSM-IV (SCID II) på de utredda klienterna. Icke-utredda klienter har fått sin diagnos enligt samma system genom en noggrann klinisk bedömning. Övriga diagnoser, information om somatisk status och remissförfarande har tagits ur sjukvårdsjournaler efter tillstånd från kvinnorna själva.

Samtliga klienter har fått en personlig genomgång av utredningen och fått en egen kopia av utlåtandet om de önskat det. I de flesta fallen har klienterna kunnat känna igen sig själva i utredningen och varit nöjda dels med sig själva för att ha genomfört arbetet, dels med resultatbeskrivningen.

Resultat

Bakgrundsuppgifter

Information om socialgruppsstillhörighet har inhämtats ur ADAD, ur socialjournaler och via direkta frågor till klienterna eller kontaktpersoner om föräldrarnas yrke. Även psykisk störning och förekomst av missbruk i ursprungsfamiljen har hämtats ur ADAD, via socialjournaler och genom direkt ställda frågor till klienterna eller deras kontaktpersoner. Övriga uppgifter är hämtade ur ADAD och DOK. Slutsatsen är att det trots ett stort bortfall av klienter ur kohorten likväl finns få skillnader och att de undersökta grupperna på det stora hela ger en representativ bild av hela gruppen som vårdas på Lunden.

I en andra jämförelse används ett slumpmässigt urval av kvinnor (n=100) från en större grupp vårdade kvinnor vid avdelning 1F, S:t Lars sjukhus 1977–1995 (n=305). Ovanligare är att vi genom tidigare insamlade data också kunnat jämföra kvinnor inom akut narkomanvård med kvinnor i LVM- och LVU-vård, vilket kanske ger en bättre jämförelse än enbart demografiska data. Det är främst tre instrument som jämförs: BCT, CMPS och SCL-90. Ytterligare jämförelser görs med avseende på DSM-IV-diagnoser.

I arbetet med årsrapport DOK 00 (SiS, 3/2001), har man dels intervjuat frivilligt intagna klienter (6 § SoL), dels klienter intagna enligt LVM. Denna jämförelse visar att klienter på Lunden i högre grad var bostadslösa och saknade grundskoleutbildning. Samma mönster avseende skolutbildning finner man i årsrapport ADAD 98 (SiS, 1/2001) när ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem jämförs med Lundens yngre klienter. Dock hade Lundens LVM- kvinnor i högre grad än den yngre gruppen slutfört grundskolan. Över hälften (53%) hade vuxit upp med missbruk i familjen, mot knappt en fjärdedel (23%) av samtliga intervjuade kvinnor som varit inskrivna på LVM-hem under år 2000. Nästan en tredjedel har haft förälder med allvarlig psykisk störning.

Av tabell 1 framgår att tre fjärdedelar av klienterna kom från socialgrupp tre med en något större andel flickor än kvinnor (79% yngre klienter mot 72% äldre). Åldersvariationen på klientgruppen som helhet var stor, från 16 till 55 år. Medelåldern på LVM-kvinnorna var 27,7 år med en spridning mellan 18,0 och 55,0 år. Så många som 65 procent av kvinnorna var under 25 år. Flickorna hade en medelålder på 18 år och spridningen var mellan 16,0 och 20,2 år.

Knappt hälften (47%) av den yngre gruppen och drygt hälften (57%) av den äldre kom från hem med missbrukande föräldrar. Vad gäller psykiska problem uppgav drygt var femte flicka och drygt var tredje kvinna att en eller båda föräldrarna hade någon form av psykisk störning. Var tredje av de yngre kvinnorna saknade fullstän-

dig grundskola jämfört med knappt var femte av de äldre och få hade fullföljt gymnasiestudier (2% av de yngre och 28% av de äldre). Fyra kvinnor hade en avslutad högskoleutbildning. Den stora andelen unga flickor som saknar grundskolebetyg understryker allvarligheten i den beskrivna problembilden och kanske också förändringar i ålder för rekrytering och snabbhet i "karriären" för de yngre kvinnorna. Av de äldre kvinnorna var 64 procent ensamstående, 29 procent gifta eller sammanbo-

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer bland utredda och icke-utredda tvångsvårdade på Lunden. Procent

		LVM: Utredda klienter (n=69)	LVM: Ej utredda klienter (n=62)	LVU: Utredda klienter (n=46)	LVU: Ej utredda klienter (n=39)
Ålder		m=26,9	m=28,5	m=18,7	m=17,8
Barn	Ja	45	55	4	5
Socialgrupp	Socialgrupp I	4	7	4	3
	Socialgrupp II	26	19	17	13
	Socialgrupp III	70	74	79	80
	Ej uppgift	0	0	0	5
Skola	Ej avslutad grundskola	15	21	26	36
	Avslutad grundskola	48	55	72	54
	Gymnasieutbildning	33	21	2	3
	Högskoleutbildning	4	2	0	0
	Ej uppgift	0	2	0	8
Civilstånd	Ensamstående	68	59	94	93
	Gift	26	33	7	5
	Franskild	6	6	0	0
Psykiska problem i uppväxtfamilj	Ja	39	32	24	21
	Ej uppgift	2	3	2	18
Missbruk i familjen	Ja	59	55	41	54
	Ej uppgift	1	3	0	13
Bostad	Egen bostad	41	42	20	18
	Släkt och vänner	12	7	30	13
	Behandlingshem	0	3	17	51
	Bostadslös	46	47	33	18
	Uppgift saknas	1	2	0	0

ende. Sex procent var fränskilda. Av de yngre klienterna var knappt sex procent gifta eller sammanboende. Hälften av de äldre kvinnorna hade mellan ett och fyra barn och av de yngre hade fyra flickor ett barn vardera.

Eget boende är en förutsättning för bibehållen hälsa och personlig integritet och för att kunna leva ett någorlunda ordnat liv (Svärd, 1998; Sallmén, 1999; Yohanes m fl, 2002). Anmärkningsvärt många klienter, såväl av de äldre som de yngre, saknade bostad helt (38%) och vagabonderade eller turnerade hos olika kompisar eller män som de i olika avseenden var beroende av. Ungefär en tredjedel hade egen bostad, resten uppgav att de bodde hos föräldrar, vänner, i kvotlägenhet eller på behandlingshem. Vagabonderingen medför en mängd sekundära problem som tex misshandel och dold prostitution (betalning med sexuella tjänster mot boende). Även den personliga hygien, såväl den psykiska som den fysiska, kommer på undantag vilket i längden leder till ohälsa. Av kvinnorna på LVM-hemmet hade drygt var tredje egen bostad. Fem procent hade bostad via socialförvaltningen medan närmare hälften var bostadslösa. Andra bodde hos släkt och vänner eller på behandlingshem. Av de yngre flickorna var en fjärdedel bostadslösa, en femtedel bodde hos släkt och vänner och en tredjedel på behandlingshem eller HVB-hem. Uppgifter om vagabondering en tid före LVU-ingripandet förekom i några fall.

När det gäller misshandel under det senaste året, en vanlig orsak till trauman och akutsjukvård, fanns skillnader mellan den yngre och den äldre gruppen. Fler av de unga flickorna utsattes för våld i uppväxtfamiljen, av föräldrar och/eller bröder, men också av pojkvänner medan de äldre oftast misshandlades av "torskar" eller missbrukande manliga bekanta. I båda grupperna förekom pojkvänner eller män som misshandlar. Inte sällan resulterar misshandeln i bestående men, psykiskt och/eller fysiskt. Situationen kvinnan befinner sig i gör att hon ofta bagatelliserar misshandeln och få söker vård.

Trots att nitton procent har blivit utsatta för misshandel i det totala materialet och många fler har berättat om grov misshandel, hade endast fyra LVM-kvinnor sökt vård för sina skador. Två av dem har varit inlagda på klinik. Det är först med LVM-/LVU-vården som adekvat medicinsk behandling har blivit insatt. Nära en fjärdedel av de äldre kvinnorna uppgav att de under det senaste året har blivit misshandlade. Bland de yngre uppgav en av åtta att de utsatts för misshandel någon gång under året som gått (tabell 2).

Tabell 2. Klienter som har varit utsatta för misshandel. Procent

	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Ja	26	13
Nej	71	83
Ej känt	3	4
Totalt	100	100

Beroende och missbruk

I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) gör man en distinktion mellan beroende och missbruk, där beroende är den allvarligare formen. Drogberoende/missbruk innebär att det är narkotikamissbruk som diagnostiseras, alkoholberoende/missbruk att det är alkoholbruket som diagnostiseras och slutligen substansberoende/missbruk där det förekommer ett blandmissbruk med minst två olika typer av droger och/eller alkohol samtidigt i den kliniska bilden. Tre av följande sju kriterier måste vara uppfyllda för diagnosen substansberoende; en ökad tolerans för drogen som leder till att man måste höja dosen för att bevara effekten. De abstinenssymtom som förekommer lindras bl.a. genom intag av samma drog. Man använder drogen i större omfattning än avsett och kan inte avstå från användning av den trots att man så önskar. Införskaffandet av drogen eller alkoholen upptar mycket tid och viktiga sociala aktiviteter blir lidande. Man fortsätter missbruket trots vetskapen om de fysiska eller psykiska svårigheterna som det orsakar. Det finns ofta en önskan om att sluta använda drogen eller att kontrollera beroendet.

Vid diagnosen missbruk är kriterierna för beroende inte uppfyllda, men däremot minst ett av följande; individen kan inte fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet. Substansbruk förekommer i situationer där det kan leda till betydande fysisk skada. Det kan även förekomma återkommande problem med rättsväsendet eller i sociala och interpersonella relationer.

Samtliga klienter hade en beroendediagnos så när som på tre flickor på ungdomshemmet. Sextiofem procent av de utredda klienterna var i praktiken blandmissbrukare. Sextiofem procent av dem hade ett substansberoende, dvs. var blandmissbrukare; missbruket bestod av mer än en drog (DSM-IV). Blandmissbruket låg på samma nivå (65%) i båda grupperna (tabell 3). Vanligast förekommande primär drog i det totala materialet var opiater (35%) följt av amfetamin (31%). Bland de utredda LVM-kvinnorna dominerade heroinmissbruket (45%) tätt följt av amfetaminmissbruk (44%). Bland de utredda flickorna dominerade missbruk av centralstimulantia (59%) följt av heroinmissbruk (28%). LVM-kvinnor och kvinnorna i jämförelsematerialet från S:t Lars sjukhus har i stort sett identiskt missbruksmönster men mer omfattande blandmissbruk jämfört med LVM-klienterna totalt år 1999 (SiS, 4/2000). Alkohol var det dominerande preparatet med 31 procent och blandmissbruket uppgick till 55 procent bland kvinnorna. I materialet förekommer både tvångsvårdade och frivilligt (87% respektive 13%) placerade klienter.

Injektionsmissbruk var vanligast. Drygt sjuttio procent av den äldre gruppen injicerade droger regelbundet och bland de yngre hade hälften trots sin låga ålder ett injektionsmissbruk (tabell 4). Parallellt förekom alkohol, cannabis och bensodiazepiner. Det är vanligt att amfetaminister tar olika bensodiazepiner eller heroin under avgiftning eller att alkoholister då och då injicerar amfetamin. Även heroinister använder bensodiazepiner men i effektförstärkande syfte eller som ersättning för heroinet och som hjälp vid avtändning. Framför allt de yngre flickorna uppgav att

drogen i sig är oväsentlig, syftet är att bli påtänd. Förutom amfetamin och hasch kunde det lika gärna bli ecstasy, kokain eller crack.

Medan bl a Stenbacka (1992) angav genomsnittlig debutålder för heroin vid 18 år har i vår studie 28 procent av de yngre redan heroin som huvuddrog varav tretton procent var 16 år vid debuten. Hur många av de övriga unga flickorna som började med heroin innan de var 18 år inte kartlagt. Den unga debutåldern för heroin/opiater (16 år) stämmer väl överens med det som har rapporterats i ADAD 98 (SiS, 1/2001). Det är en stor grupp mycket unga heroinister med tvångsmässigt injektionsmissbruk och omfattande sidomissbruk. Samtliga klienter som utretts hade missbruksproblematik medan tre av de icke-utredda klienterna på ungdomshemmet saknade missbruksdiagnos. Alkohol som huvuddrog angavs av en yngre flicka och av sex LVM-kvinnor.

Tabell 3. Missbruksdiagnos enligt DSM IV. Procent

Huvuddrog	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Opiater	45	28
Centralstimulantia	44	59
Alkohol	9	2
Sedativa – hypnotika	1	0
Cannabis	1	11
Totalt	100	100

Cannabis som huvuddrog var mest frekvent bland de yngre flickorna (11%), endast en kvinna på LVM-hemmet angav sådant missbruk. I DOK 99 (SiS, 4/2000) anges åldern för kvinnors debut för regelbundet bruk av heroin till 20 år. De olika rubrikerna i tabell tre omfattas av olika beroendediagnoser i DSM-IV, d v s om personen i fråga främst är beroende av opiater, amfetamin, har en annan huvuddrog och om ett blandmissbruk förekommer eller inte. Bland de utredda LVM- och LVU-klienterna fanns blandmissbruk i lika stor utsträckning (65%).

Tabell 4. Sätt att administrera missbruket. Procent

Sätt att använda drogen	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Injektion	74	50
Övrigt	26	50
Totalt	100	100

Kriminalitet

Kriminalitet bland missbrukare förekommer i allt större utsträckning både bland kvinnor och män. Kvinnorna på Lunden, både de yngre och de äldre, visade i sina självrapporterade svar en hög frekvens av brottslighet. 77 procent av samtliga utred-

da klienter uppgav att de hade begått brott. Femtio kvinnor (72%) i den äldre gruppen sade sig ha begått någon form av kriminell handling. Antal sammanlagda brott som denna grupp har begått är 145, det vill säga 2,1 brott per person i genomsnitt. Trettionio av de yngre flickorna (85%) hade enligt egen utsaga begått någon form av kriminell handling med sammanlagt 209 brott, 5,4 brott per person i genomsnitt. Sexton procent av kvinnorna i LVM-gruppen sade sig inte ha medverkat i någon kriminell handling och 11 procent bland den yngre gruppen (tabell 5). Resultatet tyder på att de yngre flickorna är mer brottsbenägna än de äldre.

Tabell 5. Antal begångna brott enligt självrapportering

	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
1 till 2 brott	31	17
3 till 5 brott	37	35
6 till 11 brott	4	33
Inga brott	16	11
Ej uppgift	12	4

Prostitution

Prostitution är ett vanligt sätt att försörja sig bland missbrukande kvinnor men undviks vanligtvis under den första tiden innan sexhandeln har utvecklats till en integrerad del i missbrukarlivet. Vad gäller dold prostitution, d v s att sälja sex mot droger till manliga missbrukande bekanta eller deras vänner, är mörkertalet stort. 39 procent av LVM-kvinnorna hade vid något tillfälle prostituerat sig och var femte av de yngre. Men därutöver är det heller inte ovanligt att de yngre flickorna låter sig utnyttjas av äldre män som kurirer i narkotikasmuggling och andra kriminella aktiviteter som betalning av drogerna. Kvinnorna är således inte öppet lika kriminella som missbrukande män i samma åldersgrupper och kriminaliteten är delvis av ett annat slag (Tunving & Nilsson, 1985).

Psyisk störning

Få kvinnor/flickor (2%) erhöll en psykiatrisk sjukdomsdiagnos, det vill säga psykos- och/eller bipolär sjukdom. Fem procent av flickorna på ungdomshemmet hade en diagnos ur denna grupp störningar. Däremot hade betydligt fler (16%) i båda grupperna toxiskt utlösta psykosor med syn- och/eller hörselhallucinationer under vårdtiden. Depressionsdiagnoser har ställts för 13 procent, vilket är lågt jämfört med andra undersökningar (Fridell, 1991) och kan bero på underdiagnostisering eller på att symtomen är tillfälliga och relaterade till avtändning och intoxication. Nivån är dock jämförbar med en norsk studie (Landheim et al, 2002).

Ångestdiagnoser förekom hos var tionde klient. Andra DSM-IV-diagnoser i materialet var sociofobi och tvångssyndrom (tabell 6).

Tabell 6. Psykiatriska diagnoser enligt DSM-IV (axel I). Procent

	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Drogutlöst psykos	17	15
Psykos UNS/schizofreni	0	5
Sociofobi	1	2
Depression	13	13
Dystymi	3	0
Ångestdiagnoser	25	20
Ätstörningar	13	11
Totalt	72	66

Personlighetsstörningar, också en DSM-IV diagnos, förekom däremot i betydligt större omfattning i båda grupperna. Bland LVM-kvinnorna var borderline personlighetsstörning den mest frekventa (26%), tätt följd av antisocial personlighetsstörning (ASPD) (23%). Diagnos saknas på en tredjedel av klienterna; de har inte blivit utredda eller har inte varit på Lunden tillräckligt länge för att möjliggöra en klinisk diagnos.

Vanligast bland LVM-kvinnorna var borderlinediagnos och antisocial diagnos (49%). Om beteendestörning (conduct disorder) inkluderas bland LVU-flickorna är andelen med denna typ av problem plus borderlinediagnos 61 procent. Borderline personlighetsstörning förekom i båda grupperna i större utsträckning (totalt 23%) än i andra studier där prevalensen ligger mellan 4 och 12 procent (Fridell, 1991). Paranoid och tvångsmässig personlighetsstörning förekom i båda grupperna. Frekvensen borderlinestörning enligt DSM-IV ligger på samma nivå som bland kvinnliga missbrukare i jämförelsematerialet från S:t Lars (Fridell et al, kommande). En axel-I-diagnos enligt DSM-IV finns hos 72 respektive 66 procent av utredda klienter på LVM respektive LVU.

Uppförandestörning, som kan ligga till grund för senare utveckling av antisocial personlighetsstörning var den mest förekommande störningen bland de yngre (44%). Antisocial personlighetsstörning får inte ställas på personer under arton år. Borderline personlighetsstörning förekom hos 17 procent av de yngre klienterna (tabell 7).

I vårt totala urval uppgav 60 procent självmordsförsök (59% inom LVM-vården). Av flickor inom ungdomsvården hade 61 procent någon gång försökt att ta sitt liv. I en rapport (SiS, 4/2000) uppgavs en frekvens av självmordsförsök på 40 procent bland kvinnor som var LVM- eller frivilligt placerade på SiS LVM-institutioner. Självmordsförsök bland LVU-flickor låg enligt ADAD (SiS, 1/2001) på samma nivå (42%). Bland vuxna narkotikamissbrukare i ett av jämförelsematerialen hade 45 procent gjort självmordsförsök (Johnsson & Fridell, 1997).

Förutom ovanstående diagnoser där ångestdiagnos var oftast förekommande hade 13 procent av kvinnorna i LVM-vård någon form av ätstörning, och bland de yngre flickorna 11 procent. Åtta klienter hade två axel-I-diagnoser.

Tabell 7. Personlighetsstörning enligt DSM-IV (axel II). Procent

Personlighetsstörning	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Borderline	26	17
Antisocial	23	0
Uppförandestörning	1	44
Paranoid	1	4
Schizoid	4	0
Tvångsmässig	6	2
Fobisk	1	0
Narcissistisk	0	2
Totalt	62	69

I ett antal studier har det fastställts att psykopati bland kvinnor är lägre än bland män (Rutherford et al, 1995; Salekin et al, 1998) oavsett hudfärg, ålder eller socialgruppstillhörighet. Vad gäller personlighetsfaktorer har Salekin med medarbetare (ibid) iakttagit att kvinnor med psykopati har en hög prevalens av histrionisk personlighet. Det finns en koppling till hysteri och att asociala flickor rymmer hemifrån i högre grad än pojkar och lever promiskuöst. Kvinnor har också en högre grad av psykiatrisk komorbiditet, som tex depression, ångest och större antal självmordsförsök (Mulder et al, 1994). Även alkohol- och drogmisbruk ligger 10 gånger högre än i normalpopulationen. Brottsligheten ligger 10–40 gånger högre i denna grupp kvinnor än i normalpopulationen (Pajer, 1998).

Vård och behandling

Sammanlagt hade en tredjedel av LVM-kvinnorna och en femtedel av flickorna inom LVU vårdats på somatisk klinik vid ett tillfälle (tabell 8). 9 procent av den äldre gruppen och 7 procent av de yngre hade haft ett andra inläggningstillfälle. Här redovisas sådana insatser som gjorts under året före inskrivning på Lunden.

Tabell 8. Vård på somatisk klinik. Procent

Typ av sjukvård	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter n=46)
Akutsjukvård	23	7
Allmänmedicin	1	7
Kvinnokliniken	6	4
Infektionskliniken	3	4
Övriga kliniker	0	0
Ej inlagd på klinik	67	78

Missbruksrelaterad somatisk sjukvård

Under det senaste året hade en tredjedel av kvinnorna på LVM varit inlagda på olika avdelningar för överdos med bl a andningsstillestånd, misshandel, självmordsförsök och alkoholförgiftning. Leverskador, stafylokockinfektioner, svår fot- och ryggsk-

da, blodförgiftning, uttorkning, hjärtmuskelinflammation och abort efter våldtäkt var andra orsaker. I ett par fall förelåg mer än en orsak till inläggning.

Flickorna på ungdomshemmet hade också vårdats för intoxikationer, självmordsförsök, hepatitmitta (B och C) och skador som uppstått vid en bilolycka där droger var involverade.

Övrig sjukhusvård

Typiska problem bakom inläggning på kvinnoklinik är missfall, utomkvedshavandeskap, livmodersinfektioner (som har pågått länge utan behandling), abort och förlösningar. Annan medicinsk sjukhusvård hade kvinnorna fått bland annat p g a blindtarmsinflammation, blödande magsår, lunginflammation, astma, operation av godartad tumör, diffusa buksmärtor och cysta. Patologiskt EKG, missfall, urinvägsinfektion, neuropsykiatrisk utredning, inställning av insulin och bukspottkörtelinfektion var andra orsaker till inläggning bland de yngre klienterna. Vissa av omnämnda sjukdomstillstånd kan vara svåra att bedöma huruvida de är missbruksrelaterade eller inte.

Besök vid somatisk specialistmottagning

Drygt en tredjedel av samtliga kvinnor på Lunden hade under året sökt vård vid en specialistmottagning en gång, 35 procent av LVM-kvinnorna och 41 procent av de yngre (tabell 9). Ett fåtal klienter hade fått vård en andra gång, 14 procent av de äldre och 6 av de yngre. Fyra av LVM-kvinnorna hade haft en tredje vårdomgång. Dessa fyra kvinnor hade sökt behandling bland annat hos gynekolog och genomgått neurologisk undersökning. Bland LVM-kvinnorna hade 66 procent inte sökt behandling och bland LVU-flickorna 59 procent.

Tabell 9. Erhållet vård på somatisk specialistmottagning. Procent

Somatisk specialistvård	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Akutsjukvård	1	4
Allmän medicin	4	15
Dermatologi	3	0
Infektionskliniken	3	0
Kardiologi	0	2
Kirurgi	3	0
Kvinnokliniken	9	7
Neurologi	3	2
Ortopedi	6	0
Ögonkliniken	1	2
Övrigt	1	9
Totalt	34	41

Typer av somatisk specialistbehandling

Missbruksrelaterade orsaker

Självmodersförsök (bl a med skärsår som måste sys), hudutslag, hudförändringar, stafylokocker, sviter efter misshandel, CBF-, EEG- och EKG-undersökningar, fotledsfraktur, knäskada, abscess, levercirros, könssjukdomar, huvudskada som blev sydd, röntgen av hals, bröst och ländrygg, sprututbyte och kontroll av HIV-infektion. De yngre flickorna hade behandlats bl a för könssjukdomar (condylom och klamydia), skallskada, missbruk och hepatit.

Ej missbruksrelaterad vård omfattade för LVM-kvinnorna graviditet, rektoskopi, näsfurunkel, kroniska hudsjukdomar, njurbesvär, misstänkt TBC, kronisk magkatarr, astma, lunginflammation, graviditet, underlivsinfektioner, sköldkörtelrubbningsar. Graviditet, hjärtfel, kontroll av gomspaltsoperation, diabetes, astma, allergi och ryggsmärtor var aktuella problem.

70 procent av samtliga utredda klienter hade fått vård vid en distriktsläkarmottagning. Orsakerna till vård på öppenvårdsmottagning eller hos distriktsläkare var ungefär desamma som vid besök på specialistmottagningar. Emellertid fanns här en viktig skillnad: man vände sig lika ofta till dessa läkare för att få tabletter för sitt missbruk (kodein, bensodiazepiner och dextropropoxyfen) som för att få behandling (tabell 10).

Av de äldre kvinnorna har drygt en tredjedel uppsökt distriktsläkare/öppenvårdscentral för att få piller (bensodiazepiner, dextropropoxyfen och kodein) förskrivet, var fjärde var i läkarbehov för sjukdom, varav 2 procent för psykiska problem och 4 procent för missbruksrelaterad vård.

De yngre flickorna hade i betydligt mindre utsträckning sökt upp läkare för att få missbruksrelaterad medicin förskrivet (17%). Däremot hade 39 procent varit i behov av läkarvård för sjukdom (bl a litiumbehandling). Av LVM-kvinnorna hade 34 procent och av LVU-flickorna 44 procent inte fått någon läkarvård.

Tabell 10. Orsak till öppenvårdsbehandling. Procent

Orsak till kontakt	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Sjukdom	25	39
För att få piller	35	17
Missbruksrelaterad vård	4	0
Totalt	64	56

Behandling under de senaste 12 månaderna

Psykiatrisk vård

Psykiatrisk slutenvård

Under det gångna året hade 61 procent av de LVM-vårdade kvinnorna behandlats inom psykiatrisk slutenvård. Tjugo klienter hade haft mer än ett vårdtillfälle. Som mest hade två klienter haft tio inläggningar under året. De flesta fallen gällde vård för avgiftning (45% respektive 28%). 9 procent hade varit inlagda för psykiska problem. Fyra procent hade vårdats enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och 3 procent för psykoser. Uppgifter har inhämtats dels ur sjukjournaler, dels från klienten själv. Av de yngre flickorna hade nästan hälften varit inlagda på psykiatrisk klinik under året som gått; 28 procent för avgiftning, 9 procent för psykiska problem, 7 procent för psykoser, 2 procent för överdos. Som mest hade en flicka haft tre inläggningar.

Av samtliga klienter hade fyra procent under det senaste året varit inlagda för psykosbehandling och tre procent blivit vårdade enligt LPT. Den vanligaste orsaken till LPT är psykostillstånd eller våldsamt utagerande med fara för det egna eller andras liv. Bland icke-utredda flickor hade 8 procent varit inlagda på klinik för psykiska problem och tre procent hade vårdats enligt LPT. Av LVM-kvinnorna hade 39 procent och bland LVU-flickorna 54 procent inte lagts in på psykiatrisk klinik/avgiftning.

Psykiatrisk öppenvård

42 procent av de äldre kvinnorna som haft någon kontakt med psykiatrisk öppenvård hade varit där för missbruksbehandling, ett fåtal hade uppsökt verksamheten för samtal om psykiska problem och för information och ansökan om metadonunderstödd behandling.

Tabell 11. Orsak till psykiatrisk öppenvård. Procent

Orsak till besök	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Behandling för missbruk	42	26
Samtal	3	0
Totalt	45	26

En fjärdedel av de yngre flickorna hade uppsökt psykiatrisk öppenvård, samtliga för missbruksrelaterade problem.

Hälsotillstånd under tiden på Lunden

Kvinnornas somatiska hälsotillstånd vid inskrivningen på Lunden avspeglas i den mängd remisser som Lundens läkare har skrivit ut (tabell 12). Som regel kom kvin-

norna, särskilt den äldre gruppen, direkt från gatan och förutom att de då oftast var påverkade och initialt tvingades genomgå en svår avtändningsperiod, var de i allmänhet fysiskt nedgångna. Det mesta av problematiken kunde dock Lundens läkare och medicinsk personal själv hantera men vid vissa sjukdomstillstånd och skador fordrades specialistvård.

Som förväntat var kvinnorna på LVM (87%) i störst behov av flera typer av specialistbehandling. Stafylokockinfektion med kliande utslag i ansikte och på kroppen, ödem, kroniska luftvägsinfektioner och lunginflammation, dålig tandstatus och leverinsufficiens är exempel på vilket tillstånd kvinnorna befann sig i vid inskrivningen. 62 procent remitterades en andra gång medan 26 procent krävde en tredje remissomgång. Sammanlagt skrevs 172 remisser för LVM-kvinnorna under den period som undersökningen pågick. Bara 13 procent av LVM-kvinnorna och 24 procent av LVU-flickorna var utan behov av remiss till specialistvård.

Tabell 12. Remiss från Lunden. Antal

	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Allmänmedicin	4	3
Dermatologi	4	2
Gynekologi	26	8
Infektionsklinik	2	0
Kardiologi	1	0
Kirurgi	3	1
Lungkliniken	2	0
Neurologi	5	1
Ortopedi	6	0
Plastikkirurgi	1	0
Tandläkare	41	22
Ögonkliniken	10	5
ÖNH	6	2
Barnmorska	43	22
Övrigt	13	6
Totalt	172	72

Vid ett par tillfällen var kvinnorna så nedgångna att man fick tillföra näringsdryck för att hjälpa dem på fötter igen. Ett antal klienter med ataktisk gång (bredspårig gång, vanlig bland alkoholister), hallucinationer och i det närmaste deliriöst tillstånd förekom också. En klient kom i rullstol med omfattande infekterade sår efter ett gammalt självmordsförsök. Leverskador, gamla och nya infekterade sprutmärken på armar och andra delar av kroppen var vanliga.

Framförallt var tandstatusen extremt dålig och krävde både sanering och akutvård. Nästan 60 procent av kvinnorna på LVM hade akut behov av tandvård. Gynekologisk vård ordnades för 38 procent, allt från rutinkontroll hos barnmorska till kejsarsnitt, veneriska sjukdomar, abort, förlösningar och sterilisering.

I övrigt remitterades kvinnorna till datortomografi, CT-skalle, EKG-undersök-

ningar, rättspsykiatrisk och neuropsykiatrisk undersökning. Ett antal självmordsförsök på avdelningen ledde till akutvård, intoxikation med magsköljning, gastritundersökning, lungröntgen. LPT skrevs ut i ett par fall, knäröntgen efter misshandel, röntgen av arm, och remisser till specialistmottagning på S:t Sigfrids sjukhus på grund av våldsamt utagerande.

Påstådda och verkliga EP-anfall måste undersökas och valideras bland annat genom EEG-undersökning. Ett par HIV-infektioner förekom samt levercirros, hepatitmitta och misstänkt hjärnskada.

Vad gäller flickorna på ungdomshemmet, blev 76 procent remitterade en gång till specialistvård, 59 procent en andra och 30 procent en tredje gång. Den somatiska statusen var i allmänhet inte lika dålig som bland LVM-kvinnorna, nästan en tredjedel kom mer eller mindre direkt från ett annat behandlingshem där de redan genomgått avgiftning och fått vård och akutbehandling.

Remisser till tandläkare var också bland den yngre gruppen vanligast, därefter olika gynekologiska undersökningar: för graviditet, könssjukdomar, vaginalundersökning för gömda verktyg och droger, abort, insättning av spiral och misstänkt utomkvedshavandeskap.

Två (ej utredda) klienter remitterades för LPT-behandling till S:t Sigfrids sjukhus. I övrigt förekom det gastroskopiundersökning, gomförändring, nackröntgen och neuropsykiatrisk undersökning. Sammanlagt remitterades fem klienter från Lunden till ett neuropsykiatriskt diagnosteam för vuxna för slutgiltig läkarbedömning av ADHD/ADD. För tre av kvinnorna fastställdes en ADHD-diagnos.

Hepatit och HIV

Drygt hälften av samtliga klienter hade hepatit C som är den mest utbredda hepatit-smittan bland narkomaner. Hepatit B förekom också hos 8 procent av samtliga klienter. Ett fall av hepatit A registrerades (tabell 13). Som förväntat var den äldre gruppen i vårt material värst drabbad av hepatit C, uppemot sjuttio procent, medan den i den yngre gruppen förekom hos drygt trettio procent (av det totala materialet). Med tanke på att smittrisen är extremt hög för denna typ av hepatit (kontaktsmitta med blod), är nivån alarmerande. Bara en tredjedel av LVM-kvinnorna och drygt hälften av LVU-flickorna var fria från hepatit vid inläggningen. HIV-infektion förekom i två fall, båda på LVM-hemmet.

Tabell 13. Hepatitdiagnos. Procent

Typ av hepatit	LVM: Utredda klienter (n=69)	LVU: Utredda klienter (n=46)
Hepatit A	1	0
Hepatit B	1	4
Hepatit C	62	39
Hepatit B och C	3	4
Totalt	67	47

Test- och diagnosdata

Resultatet av tre av de test som används systematiskt för datainsamling vid Lunden redovisas i det följande. Basic Character Trait test (BCT) är ett 80-frågors test för att mäta grundläggande karaktärsdrag, Cesarec Marke Personality Scheme – CMPS, ett test som mäter psykologiska (psykogena) behov med 165 frågor och SCL-90 ett symtomskattningsinstrument för att mäta 9 olika typer av symtom. Samtliga tester är standardiserade och validerade för svenska förhållanden. Framställningen kompletteras med personlighetsstörningsdiagnoser enligt DSM-IV, här redovisade i de fyra klustren. För närmare beskrivning av instrumenten hänvisas till appendix A.

Basic Character Trait test (BCT)

LVM-/LVU-vårdade kvinnor från Lunden uppvisar samma profil som andra jämförbara material av missbrukare. Däremot är nivåerna för tvångsvårdade kvinnor mindre extrema än för andra narkotika- och blandmissbrukare. LVM- eller LVU-gruppen är inte signifikant skild från en normgrupp på den minst psykopatologiindikerande variabeln (oral optimism). Båda grupperna ligger vidare under gränsvärdet ($St > 7$) för de tre patologiindikerande variablerna: oral pessimism (OPC), analt reaktiva drag (ARC) och omnipotent kompulsiva karaktärsdrag (OCC).

Det finns inte heller några signifikanta skillnader mellan LVM- och LVU-gruppen på någon av de fyra variablerna (Envägs variansanalys, Appendix B, tabell 1 & 2).

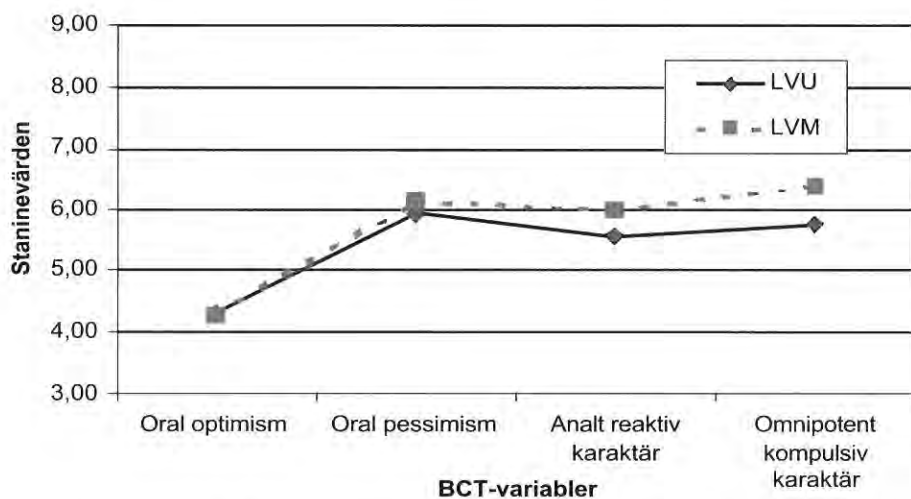


Diagram 1 : Basic Character Trait Test för tvångsvårdade kvinnor vid Lunden: LVU (n=46) och LVM (n=69)

Det innebär att LVM-/LVU-kvinnorna har en normal positiv livssyn och tillgång till sublimeringskanaler (OOC) även om både LVU- och LVM-gruppens kvinnor kännetecknas av förhöjda värden på variabeln oral pessimism (OPC), pessimism, verbal aggressivitet och hög frustrationsbenägenhet, otålighet och tendens till avund.

På samma sätt ligger LVM-gruppen på en förhöjd nivå (en standardavvikelse) jämfört med normalgruppen på oral pessimism (OPC), analt reaktiv karaktär (ARC) och omnipotent kompulsiv karaktär (OCC) med magiskt tänkande, ritualism och tvångsmässighet med grubblerier och ett gnagande samvete. I figurerna visas värden med standardpoäng (Stanine respektive linjära T-poäng) för att underlätta för läsaren. (Stanine varierar från 0 till 9 med medelvärde 5 och spridning 2.) LVU-flickorna ligger i alla variabler inom normalgränsen.

Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)

Det andra testet mäter psykologiska (psykogena) behov. Endast i en variabel avviker LVM- och LVU-flickorna från normvärdet. Båda grupperna har en förhöjd nivå jämfört med en normgrupp på variabeln ja-sägartendens (aquiescence) (appendix B, tabell 3 och 4).

Även om avvikelserna från normgruppen är få, finns några signifikanta skillnader mellan LVU- och LVM-grupperna (Envägs variansanalys, appendix B, tabell 3 & 4). LVU-gruppen ligger signifikant högre än LVM-gruppen på variabeln exhibitionism ($p < .04$) och lägre på faktorindex neurotisk självhävdelse ($p < .03$). Det finns en tendens ($p = .06$) till högre dominansbehov i LVU- än i LVM-gruppen. Detta indikerar att LVU-flickorna har en mer gynnsam behovsstruktur än LVM-kvinnorna. Också här redovisas figuren i standardpoäng.

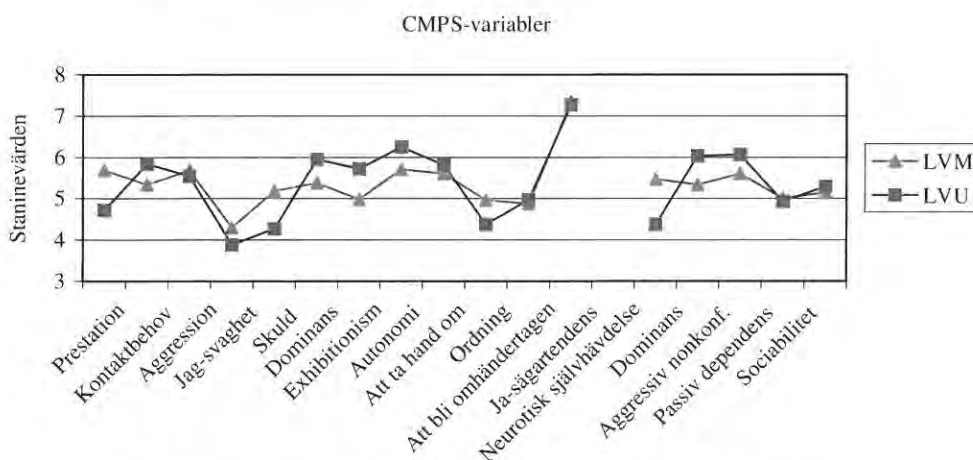


Diagram 2: CMPS-variabler för tvångsvårdade kvinnor vid Lunden: LVU (n=46) och LVM (n=69).
Staninevärden 1–9, m=5, Sd=2.

Symptom Checklist (SCL-90)

LVU-flickor och LVM-kvinnor jämfördes med avseende på symtomnivåer i Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis, 1978; Fridell et al, 2002). Också här redovisas figuren i standardpoäng (linjära T-poäng som varierar från 0 till 100 med medelvärdet 50 och spridning 10).

Det är relativt få av skalorna som avviker från normgruppen ($T=50$) och det är i samtliga fall LVM-kvinnorna som ligger högre än normgruppen. Det gäller variablerna somatisering, ångest och psykoticism samt indexvariabeln globalt svårighetsindex. Dock når inte någon av de två kohorterna en nivå som bedöms som kliniskt signifikant ($T>.70$).

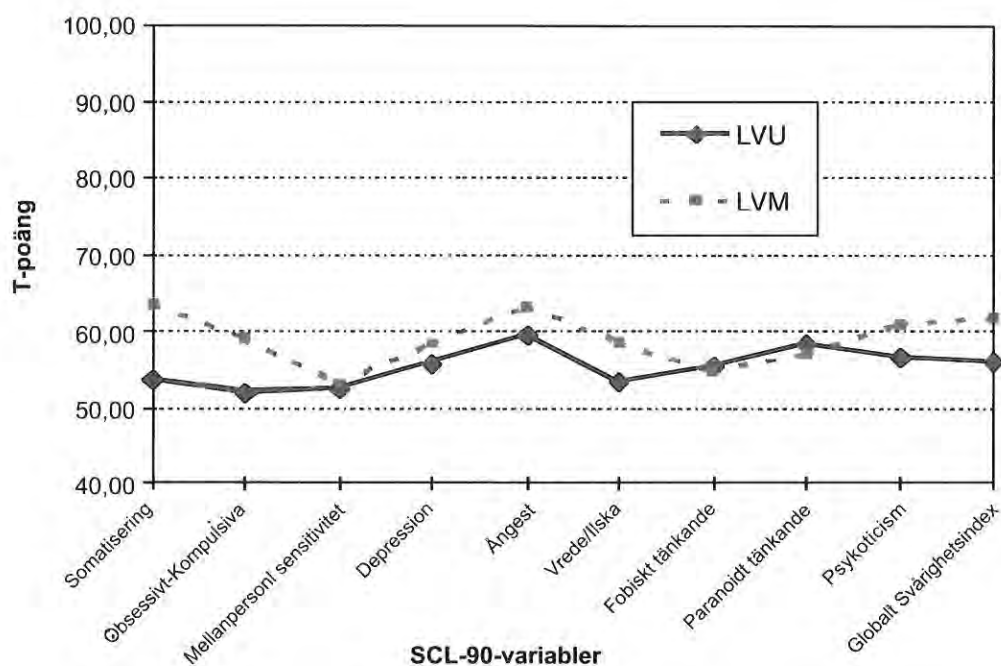


Diagram 3: Symptom Checklist (SCL-90) i två grupper av tvångsvårdade kvinnor vid Lunden: LVU ($n=46$) och LVM ($n=69$). T-poäng med $m=50$ och $Sd=10$. Nivåer över $T=75$ är avvikande.

En variansanalys (gjord på T-poäng) över samtliga skalor visar att LVM-kohorten har signifikant högre nivåer än LVU-gruppen på skalorna somatisering ($p < .001$) och obsessivt kompulsiva symtom ($p < .013$) (Appendix B, tabell 5 och 6).

Personlighetsstörning enligt DSM-IV

Som observeras i tabell 14, finns vissa skillnader mellan LVM- och LVU-grupperna. Andelen utan personlighetsstörning är högst i LVM-gruppen. Antisocial personlighetsstörning ställs inte som diagnos bland personer under 18 år, men om ett visst antal kriterier uppfylls före 15 år indikerar dessa en beteendestörning med stor risk för en senare utveckling av antisocial personlighetsstörning. Beteendestörning registreras hos 44 procent av LVU-flickorna medan antisocial personlighetsstörning registreras hos en fjärdedel i LVM-gruppen. Andelen borderlinestörning är 25 procent bland LVM-kvinnorna jämfört med 17 procent bland LVU-flickorna.

Tabell 14. Personlighetsstörning bland tvångsvårdade kvinnor vid Lunden. Procent

Personlighetsstörning	LVU-flickor (n=46)	LVM-kvinnor (n=69)
Ej personlighetsstörning	30	36
Paranoid personlighetsstörning	4	2
Schizotyp personlighetsstörning	0	4
Narcissistisk personlighetsstörning	2	
Antisocial personlighetsstörning	2	25
Beteendestörning (conduct disorder)	44	
Borderlinestörning	17	25
Övr störningar i klustret känsliga	2	7

En signifikanstestning av skillnaden i proportioner med indelning efter DSM-IV-kluster ger ingen signifikant skillnad mellan kvinnliga LVU- och LVM-klienter ($\chi^2_{(3)} = 2,498$, $p < .52$). Beräkningen inkluderar klustret dramatisk beteendestörning, antisocial personlighetsstörning och borderlinestörning.

Jämförelse med andra missbrukarkohorter

För att få en uppfattning om hur tvångsvårdade kvinnor och flickor förhåller sig till andra jämförbara grupper av missbrukande kvinnor jämförs de med andra systematiskt insamlade kohorter. Jämförelsegrupper är kvinnorna i en kohort tunga narkotikamissbrukare ($n=112$), urval av dubbeldiagnospatienter på tre behandlingshem i södra Sverige (Avenboken, Långstorps vård- och behandlingshem samt Linnéagården/Stenbäckens behandlingshem) för kvinnor ($n=88$), samt kvinnor i ett urval av LVM-klienter från 11 behandlingshem i mellansverige och södra Sverige ($n=14$). Det sistnämnda materialet är beskrivet i två examensuppsatser från psykologutbildningen i Lund (Matell & Nordström, 1997; Nilsson & Teglund, 1997).

Som tidigare visats finns få belägg för att den typ av problem som mäts med de här använda instrumenten ändras över tid. Fridell (1991, 1996) visade att personlighetsstörningar fanns hos ungefär samma andel av tunga narkotikamissbrukare i slutet av 1950-talet som i de aktuella jämförelsematerialen. Eftersom jämförelserna mellan LVU- och LVM-grupperna pekade på relativt små skillnader har de båda kohorterna slagits samman i följande jämförelse. Där skillnader fanns pekade de snarast till förmån för mer gynnsamma drag bland LVU- än bland LVM-klienterna.

Basic Character Trait test (BCT)

Testresultat från Lunden visar att gruppen LVM-/LVU-vårdade kvinnor uppvisar samma profil som andra jämförbara material. Iögonfallande är att gruppen tvångsvårdade kvinnor har en mindre extrem profil än vad vi förknippar med narkotika- och blandmissbrukare. Gruppen ligger lägre ($St < 4$) på den minst psykopatologiindikerande variabeln (oral optimism) och över medelvärdet ($St > 6$) för de tre återstående variablerna: oral pessimism (OPC), analt reaktiva drag (ARC) och onnipotent kompulsiva karaktärsdrag (OCC). Profilen är således lik den i andra grupper tunga narkotikamissbrukare.

Det innebär att LVM-/LVU-kvinnorna har en mindre positiv syn på livet och mera sällan tillgång till sublimeringskanaler än en normgrupp ($n=1100$). Gruppen kännetecknas av pessimism, verbal aggressivitet och hög frustrationsbenägenhet, otålighet och tendens till avund. Vidare utmärks gruppen (i något lägre grad än jämförelsematerialen) av hög nivå på ett eller flera av karaktärsdragen envishet, sparsamhet och renlighet samt slutligen av hög nivå magiskt tänkande, ritualism och tvångsmässighet med grubblerier och ett gnagande samvete, en profil som indikerar beteendeproblem som inte minst behandlingspersonalen dagligen konfronteras med. I följande figurer visas värden med standardpoäng (Stanine respektive linjära T-poäng) för att underlätta för läsaren. Mer utförliga data från multipla och univariata variansanalyser redovisas i appendix (appendix C 1).

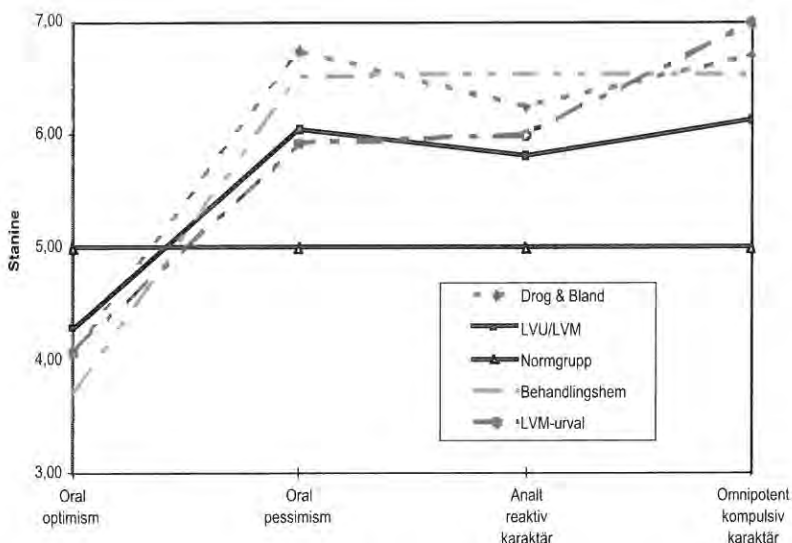


Diagram 4: Basic Character Trait test BCT) för fyra grupper missbrukande kvinnor: LVM-LVU-klienter (n=111), tunga drog/blandmissbrukare (n=112), dubbeldiagnospatienter (n=88) och LVM-urval (n=14). (Stanine: m=5, Sd=2, min=0, Max=9)

En multipel variansanalys av BCT-variablerna mot fyra faktorer (patientgrupper) ger en signifikant Wilk's Lambda ($F=0.928_{(4,12)}, p < .024$). Signifikanta skillnader mellan grupperna finns i de patologiindikerande variablerna oralpessimistiska drag och analt reaktiva drag. Av appendix C1 framgår att LVM-/LVU-klienterna ligger något lägre än jämförelsegruppen kvinnliga narkomaner på den kanske mest patologiska variabeln oral pessimism ($p < .027$). På variabeln analt reaktiva drag är LVM-/LVU-gruppen mindre avvikande än missbrukare med dubbeldiagnos på behandlingshem ($p < .032$). Gruppen LVU-/LVM-kvinnor skiljer sig inte i någon variabel från missbrukare från 11 LVM-hem. Tukey's korrektion används i beräkningarna.

Resultatet kan tolkas så att även om LVM-/LVU-kvinnorna uppvisar den för gruppen narkotikamissbrukare typiska avvikelseprofilen jämfört med en normgrupp ligger man signifikant lägre än jämförbara grupper av missbrukande kvinnor på oralt pessimistiska karaktärsdrag, indikerande pessimistisk syn på livet, låg frustrationstolerans, otålighet, avund och verbal aggressivitet och lägre än behandlingshemsgruppen på analt reaktiva drag indikerande renlighet, sparsamhet och envishet. Den sista skillnaden kan möjligen vara en följd av olikheter i urvalsfaktorer som grad av psykisk sjukdom, men skillnaden i oral pessimism är klart intressant.

Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)

I följande text jämförs kvinnor i två jämförelsematerial: narkotikaberoende kvinnor (n=168), dubbeldiagnospatienter på tre behandlingshem i södra Sverige (Avenbocken, Långstorps vård- och behandlingshem samt Linnéagården/Stenbäckens be-

handlingshem, n=88), samt kvinnor med tungt narkotikamissbruk vid avgiftningsavdelning i Lund (n=112). Också här redovisas figuren i standardpoäng (Stanine som varierar från 0 till 9 med medelvärde 5 och spridning 2). Allra mest väsentligt att notera är att kvinnliga missbrukare inte avviker från en normgrupp (n=650) på något avgörande sätt. Enda avvikelserna är ett förhöjt värde på ja-sägartendens.

I en analys jämförs BCT-variabler mot de 11 CMPS-variablerna med multipel variansanalys (MANOVA) vilket ger en signifikant Wilk's Lambda ($F_{(24,12)} = .771$, $p < .000$). En analys av inbördes skillnader mellan grupperna visar att LVU-/LVM-flickorna ligger högre på variabler som indikerar konstruktiva behov som behov av kontakt i jämförelse med både tunga narkotikamissbrukande kvinnor ($p < .012$) och kvinnor på behandlingshem ($p < 0.022$), dominans (högre än kvinnor på behandlingshem; $p < .005$), exhibitionism (högre än både kvinnliga narkomaner och kvinnor på behandlingshem ($p < .06/.005$), autonomi (högre än kvinnor på behandlingshem; $p < .04$). Kvinnor i LVU-/LVM-vård ligger också lägre på negativt indikerande variabler som jagsvaghet ($p < .000$) i jämförelse med behandlingshemskvinnor. LVM-/LVU-kvinnor ligger signifikant lägre än behandlingshemskvinnor på variabeln ordning ($p < .000$) (appendix C 2).

Variablerna i CMPS kombineras i fem faktorindex. Multipel variansanalys av faktorindex mot tre grupper blir signifikant ($p < .001$). Tre av fem faktorindex blir signifikanta vid efterföljande ANOVA. En upprepning av ovan utförda inbördes jämförelser för indexvariablerna visar att LVM-/LVU-gruppen ligger lägre än missbrukare på behandlingshem på de problemindikerande variablerna neurotisk självhävande

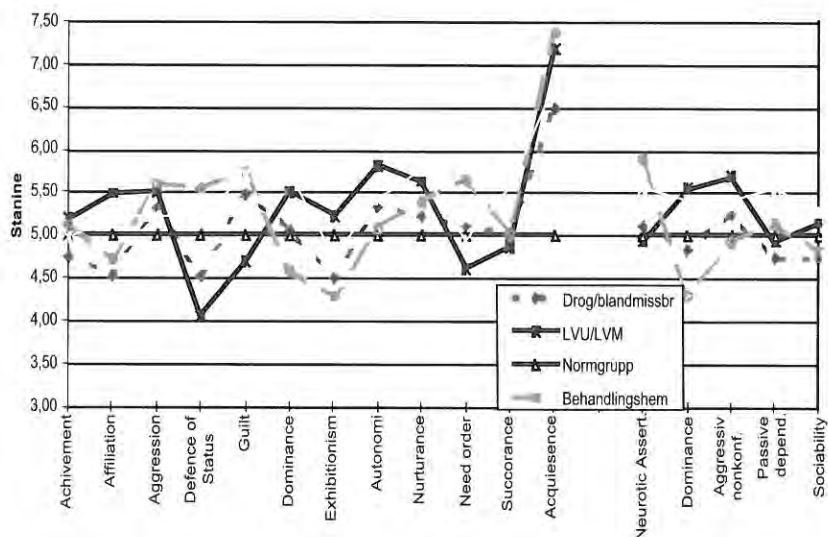


Diagram 5: CMPS-variabler för kvinnor i LVM-LVU-vård (n=108)), patienter med drog- och blandberoende (n=50), och för drog- och blandmissbrukande patienter på tre behandlingshem (n=83). (Staninepoäng m = 5, Sd=2, min=0, max=9).

($p < .010$) och aggressiv nonkonformism ($p < .021$), vidare signifikant högre på dominans ($p < .000$). Tukey's korrektion har använts i alla beräkningar. LVU-/LVM-gruppen avviker däremot inte från jämförelsegruppen kvinnor med narkotika- och blandmissbruk på någon av indexvariablerna.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att LVU-/LVM-kvinnorna endast i några få variabler avviker från en normgrupp, men att det finns en del skillnader mot andra jämförbara grupper kvinnor. LVU-/LVM-kvinnorna skiljer sig från båda jämförelsegrupperna i att ha högre nivå av exhibitionism, autonomi och social kontakt. Detta tolkas som att gruppen är mer normalfungerande än jämförelsematerialen.

Positivt är också att LVM-/LVU-gruppen har lägre nivå av jagsvaghet och aggressiv nonkonformism som är den kanske kliniskt viktigaste variabeln vid samtidig personlighetsstörning. På det hela taget förefaller LVM-/LVU-kvinnorna ha en mera gynnsam behovsstruktur än jämförelsegrupperna.

Symptom Checklist (SCL-90)

Här jämförs återigen fyra grupper. Det är kvinnor i tre jämförelsematerial: narkotikaberoende kvinnor ($n=148$), dubbeldiagnospatienter på tre behandlingshem i södra Sverige (Avenboken, Långstorps vård- och behandlingshem samt Linnéagården /Stenbäckens behandlingshem för kvinnor, $n=88$) samt ett slumpurval av LVM-klienter från 11 behandlingshem i södra Sverige och i mellansverige ($n=14$, Matell & Nordström, 1997; Nilsson & Teglund, 1997).

Också här redovisas figuren i standardpoäng (Linjära T-poäng varierar mellan 0 och 100 med medelvärde = 50 och spridning = 10). Mest väsentligt att notera är att kvinnliga missbrukare inte avviker från en normgrupp på något avgörande sätt. Däremot noteras en klart förhöjd generell symtomnivå i gruppen kvinnor som vårdats

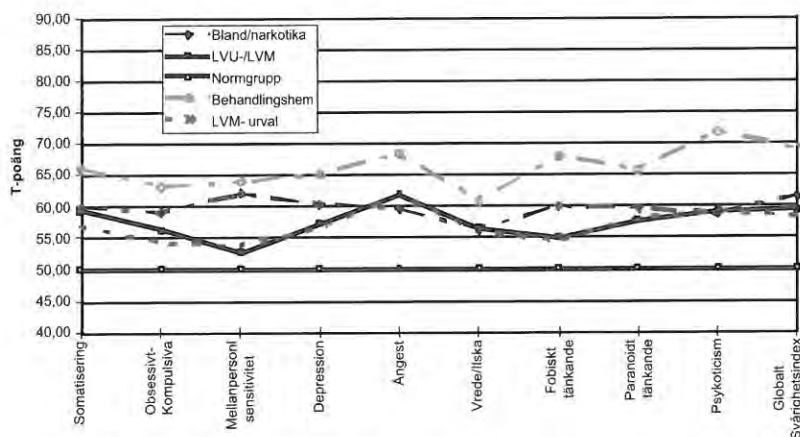


Diagram 6: SCL-90-variabler i fyra grupper av kvinnor med missbruk: narkotika-/blandmissbrukare ($n=48$), LVU-/LVM-klienter ($n=110$), dubbeldiagnos ($n=85$), LVM-urval ($n=13$). T-värden; $m=50$, $Sd=10$, $max=100$

vid behandlingshem (utom i variabeln vrede/ilska). De två variabler som avviker i LVM-/LVU-gruppen är somatisering och ångest. Gruppen LVU-/LVM-klienters symtom ligger under kliniskt verifierad problemnivå ($T > 70$) (appendix C 4).

De fyra grupperna jämförs mot SCL-90-variablerna i en multipel variansanalys MANOVA och ger en signifikant Wilk's Lambda ($F_{(27)} = 10,788, p < .000$). En jämförelse (ANOVA) visar att samtliga variabler, utom en, i SCL-90 differentierar.

En inbördes jämförelse visar att LVM-/LVU-gruppen ligger signifikant lägre än kvinnor på behandlingshem på samtliga variabler utom på vrede/ilska. LVM-/LVU-gruppen ligger således signifikant lägre än behandlingshemspatienter på somatisering ($p < .029$), obsessivt-kompulsiva symtom ($p < .012$), mellanpersonlig sensitivitet ($p < .000$), depression ($p < .001$), ångest ($p < .049$), fobisk ångest ($p < .000$), paranoidt tänkande ($p < .003$) och psykoticism ($p < .000$). De stora skillnaderna mot kvinnor på behandlingshem kan förklaras av att de senare oftare har diagnoser som psykisk sjukdom eller svår psykisk störning.

Jämförelser mellan LVM-/LVU-gruppen och kvinnor med tungt narkotika-/blandmissbruk visar att LVM-/LVU-gruppen ligger lägre än de senare på variabeln mellanpersonlig sensitivitet ($p < .018$). I övrigt finns inga skillnader mellan grupperna. Jämförelser med ett urval kvinnor på 11 LVM-hem visar inte heller några skillnader.

En jämförelse mellan grupper och indexvariabler ger en signifikant Wilk's Lambda ($F_{(9)} = 10,909, p < .004$). En jämförelse av grupperna visar signifikanta resultat för samtliga indexvariabler (appendix C 5).

Också här ligger LVM-/LVU-gruppen signifikant lägre än kvinnliga missbrukare på behandlingshem på globalt svårighetsindex ($p < .000$) och totalt antal positiva symtom ($p < .001$), vidare går skillnaden i samma riktning för totalt svårighetsindex ($p < .006$). Det finns inga skillnader mellan kvinnor med tungt narkotikamissbruk och blandberoende, inte heller jämfört med kvinnor i urvalet från 11 LVM-hem. Tukey's korrektion har använts i samtliga jämförelser.

Slutsatsen är att LVM-/LVU-kvinnorna har en lägre symtombelastning än tex dubbeldiagnostiserade missbrukare på behandlingshem, vidare att de ligger lägre än kvinnor med tungt narkotika- och blandberoende och slutligen att deras symtom ligger i nivå med klienterna i studien från 11 LVM-hem.

DSM-III-R/DSM-IV-diagnoser

De fyra grupperna jämförs med varandra också i fråga om personlighetsstörning enligt DSM-III-R/DSM-IV. Eftersom personlighetsstörningarna är 12 till antalet görs jämförelserna på klusternivå; ingen personlighetsstörning, kluster I = udda, kluster II = dramatiska personlighetsstörningar och kluster III = känsliga personlighetsstörningar.

Det finns en klar skillnad mellan de olika behandlingsenheterna i andelen patienter utan personlighetsstörningsdiagnos. Den varierar från 20 procent bland tunga narkotika- och blandmissbrukare, 38 procent bland LVM-kvinnorna, 48 procent i

behandlingshemsgruppen till 21 procent bland kvinnor i urvalet från 11 LVM-hem. Andelen patienter med dramatisk personlighetsstörning är relativt jämnt fördelad över de fyra grupperna (ca 50%), något högre i urvalet från 11 LVM-hem och lägst hos behandlingshemspatienterna (35%). Det är viktigt att notera likheterna i diagnostisk bild mellan kvinnorna vid Lunden och kvinnorna i urvalet från 11 LVM-hem. Att andelen dramatiska personlighetsstörningar är lägre i behandlingshemsklientelet förklaras av att flera av de patienter som ingår i behandlingshemsmaterialet har psykiska sjukdomar (axel-I-störningar) och därmed inte får en personlighetsdiagnos när en annan klinisk bild interfererar.

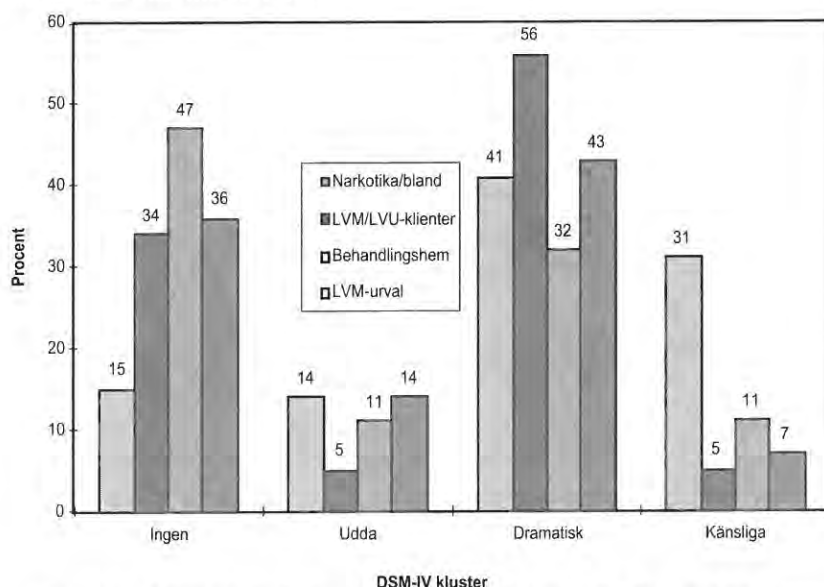


Diagram 7: Personlighetsstörningskluster i fyra material av kvinnor med missbruk: LVM-/LVU-klienter inkl. "beteendestörning" (n=115), patienter med tungt drog- och blandmissbruk (n=113), dubbelldiagnospatienter på behandlingshem (n=90), & LVM-urval (n=14).

En χ^2 -analys visar att det finns en signifikant skillnad mellan kvinnorna vid de olika behandlingsenheterna ($\chi^2_{(9)} = 51,151$, $p < .000$). Andelen patienter utan personlighetsstörning är lägst bland narkotikamissbrukarna och utgör 32 procent bland tvångsvårdade kvinnor, en nivå som liknar den bland LVM-vårdade kvinnor i urvalet från 11 LVM-hem. Andelen kvinnor med en dramatisk personlighetsstörning är något lägre i LVM-/LVU-gruppen (37%) än bland de tunga narkotikamissbrukande kvinnorna (51%). I gruppen LVU-/LVM-vårdade kvinnor är den totala andelen med personlighetsstörning 60 procent mot 53 procent i urvalet kvinnor från 11 LVM-hem. Som jämförelse kan nämnas att i gruppen tunga narkotikamissbrukare utgör patienter med personlighetsstörning hela 85 procent. Kvinnor på behandlingshem, slutligen, har bedömts ha någon personlighetsstörning i 53 procent av fallen. Det är de låga nivåerna bland behandlingshemspatienter och de höga nivåerna bland tunga narkotika- och blandmissbrukande kvinnor som förklarar det signifikanta resultatet.

Diskussion

I den här studien bekräftas resultat från tidigare forskning som visar att kvinnor och flickor som döms till tvångsvård har multipla problem (Berg, 2002; SiS, 3/1998; SiS, 1/2001). Det har sedan ett antal år talats mycket om dubbla diagnoser, men vid närmare betraktelse måste det konstateras att vi har att göra med en grupp med multipla problem som var för sig vållar stora svårigheter både för den enskilda och för samhället i stort. Sjukvårdskonsumtionen är mycket omfattande och inte sällan accentueras vårdinsatserna i samband med inskrivningar på LVM-/LVU-hem.

I många fall kan man inte med säkerhet veta vad som är primärt respektive sekundärt vad gäller psykisk störning och missbruk, men givet flickornas/kvinnornas bakgrund med missbrukande och/eller psykiskt dåligt fungerande föräldrar, brister i skolgång och så vidare är det rimligt att många av de problem som de haft under uppväxten speglar en psykisk instabilitet som i de flesta fall kan vara en förelöpare om än inte orsak till missbruket. Därvid har man i forskning särskilt uppmärksammat att flickor i högre grad än pojkar påverkas negativt av instabilitet i relationer i hemmiljön (Bjerrum-Nielsen & Rudberg, 1990; Oppenheimer, 1991). En del nyare resultat anger att många av klienterna har en tidigt debuterande problematik med missbruket som en fortsättning på en lång rad andra psykosociala problem (Landheim et al, 2002). Prognosstudier gjorda i Sverige med utgångspunkt i registerdata och journaldata från BUP och socialtjänst har visat att många av dem som senare blev missbrukare hade allvarliga psykosociala problem redan innan de började missbruka (Holmberg, 1981; Janols, 1984).

Vår studie har visat att missbruket orsakar många och allvarliga somatiska problem hos dessa flickor/kvinnor både direkt och indirekt. Beaktat den låga medelåldern har flickorna extremt hög somatisk sjukvårdskonsumtion. En tredjedel hade varit hos en specialistläkare under det gångna året, en femtedel hade haft en inläggning på klinik för någon sjukdom/skada, överdos eller självmordsförsök. Mer än hälften hade fått öppenvårdsbehandling. Trots att ett större antal flickor kom direkt till Lunden från andra institutioner där de redan har fått akutsjukvård, skrev Lundens läkare ut 72 remisser till specialistläkare för den här gruppen om 46 personer, bl a till tandläkare och gynekologisk undersökning/behandling för underlivsinfektioner, könssjukdomar och abort. De många interventioner Lundens läkare och annan sjukvårdspersonal gjort, är inte noterade i studien. Nästan hälften av flickorna har någon hepatitdiagnos, med hepatit C som mest förekommande. En flicka genomgick rättspsykiatrisk undersökning under sin vistelse på Lunden och en i direkt anslutning till LVU-tiden. Den höga somatiska sjukligheten återfinns också i internationella material (Bock & Benson, 1991; Contoreggi et al, 1998; Wartenberg & Liepman, 1990).

När det gäller den äldre gruppen har de, som förväntat, en tyngre och mer omfat-

tande somatisk problematik. Drygt en tredjedel hade under året som gått före omhändertagandet sökt specialistvård, tre fjärdedelar hade sökt öppenvårdsbehandling och 43 procent hade varit inlagda på somatisk klinik. Förutom andningsstillestånd p g a överdoser och självmordsförsök, hade kvinnorna drabbats av svåra infektionssjukdomar som HIV, endocardit, mjukdelsinfektion³ och levercirros. 65 procent hade en hepatit C-infektion vilket innebär en nivå som väl stämmer överens med dokumentationen i DOK (SiS, 4/2000). Abort, skador efter våldtäkt och undersökning av skador efter misshandel förekom. Neurologiska undersökningar som CBF och EEG var andra orsaker att söka vård. Båda grupperna vände sig i stor utsträckning till läkare i öppenvård för att få lugnande och smärtstillande medicin utskriven. Under tiden på Lunden skrevs 172 remisser för LVM-kvinnorna till någon form av behandling/undersökning av specialist. I amerikanska material brukar man räkna med att en missbrukare har ca 10 ggr högre sjukvårdskonsumtion än normalbefolkningen (Arndt et al, 1994). Vi finner ingenting som talar emot att situationen mycket väl kan vara densamma för de tunga narkotikamissbrukande flickorna och kvinnorna i vårt material.

De tydligaste skillnaderna mellan de unga LVU-vårdade och de något äldre LVM-vårdade kvinnorna är omfattande och svåra infektionssjukdomar hos den äldre gruppen, olika kroniska sjukdomstillstånd och infektioner samt mycket sämre tandstatus än i den yngre gruppen. En anledning till att flera sjukdomstillstånd hade en kronisk prägel, tex stafylokockinfektioner, var givetvis att kvinnorna sällan följer ordinationer eller rutiner för omläggningar och återbesök vilket leder till att relativt godartade problem får en kronifierande utveckling. En annan viktig faktor som leder till svåra problem är att kvinnorna låter bli att söka vård till och med efter grov misshandel. I en aktuell studie av hemlösa kvinnor och män i Stockholm där man har gjort omsorgsfulla bedömningar av tandstatus, psykisk och somatisk status, framträder ett mönster som liknar det bland lundenflickorna. Många medicinska insatser sätts in helt oberoende av varandra och utan adekvat tillsyn över följsamhet eller dosering, än mindre tillräckliga återbesök, vilket är både dyrt och ineffektivt.

Det höga antalet kvinnor/flickor med hepatit (HCV-infektion) är alarmerande. Trots kunskap om vad smittan innebär, fortsätter man att dela verktyg och slarva med rengöringen av dem. HCV-problemet utgör på så vis ett allvarigare problem ur smittspridningssynpunkt än den mer omdiskuterade HIV-infektionen (Contoreggi et al, 1998; SiS, 4/2000).

Rapporteringen av sjukdomar och skador i undersökningen kan förmodas vara för låg eftersom många kvinnor svarar enbart på direkta frågor. Infektioner med hög feber och drogrelaterade sjukdomar bagatelliseras eller glöms bort efter en tid. Att man har injicerat med smutsiga nålar eller dåligt sköljda redskap som resulterat i

³ Mjukdelsinfektion åsyftar infektioner kring sårområden och injektionsställen som är svårläkta.

abscesser, hudåkommor och feber är inte något man först tänker på när man talar om sjukdomar och skador. En annan orsak till den relativt låga prevalensen av sjukdomar och skador kan vara heroinets smärtstillande egenskap vilket gör att man inte söker vård (Thulin, 1995). Detta är dock bara en del av problemet. Eftersom kvinnorna själva inte identifierar de här problemen förrän de väl kommer i vård, om ens då, blir det tvångsvårdens skyldighet att upptäcka och försöka åtgärda dem.

En faktor som alltför ofta glöms bort är att objektrelationsstörningar som många av de här personerna bär på ofta förknippas med alexithymi (Krystal, 1982) som innebär att man har svårt att verbalisera eller förstå samband mellan somatiska och psykologiska skeenden och upplevelser. Det gör att patienten i skydd av ett starkt smärtstillande preparat kan ha ett utpräglat riskbeteende som om farorna inte rör henne själv, medan samma person i vårdssituationen kan bli ytterst medicin- och omvårdnadskrävande. Även små och ofarliga krämpor kräver i patientens ögon insatser som om de vore livshotande. Det som i vårdssituationen kan uppfattas som "vårdsökande" beteende kanske i själva verket är ett uttryck för att man saknar förmåga till självomhändertagande (Krystal, 1982). Vårdssituationen har därför i flera av de arbeten som publiceras i SBU-rapporten visat sig vara idealisk för att förmedla kunskaper på ett mer konsistent och effektivt sätt än öppenvårdssituationen där patienten oftare är utlämnad till sin egen impulsivitet eller sociala begränsning (SBU, 2001).

I en komparativ studie med LVM-vårdade klienter och psykiatripatienter (Armeli-us et al, 2002) från Umeå har SASB (Structural Analysis of Social Behavior) använts för att mäta personernas självbild och Kernbergs personlighetsorganisationsbegrepp för att bedöma graden av struktur i missbrukarnas personlighet. Studien stödjer att LVM-patienter uppvisar problem kring hantering av objektrelationer och aggressiv affekt. De är intressanta resultat som knyter an till Krystals (1982) beskrivning av oförmågan hos patienterna att förstå och hantera sina känslor. Författarna konkluderar också att LVM-klienterna inte självklart behöver bedömas som borderlinepatienter, vilket också ligger i linje med våra resonemang. Här menar vi att vår diagnostik, trots sin beteendefokuserade inriktning, faktiskt öppnar upp för ett bredare sätt att se olika störningar. Oavsett diagnostiskt system finns här ett sätt att förstå missbrukarnas problem i att relatera till sin omgivning, inte minst i behandlingssituationen.

Den psykiska ohälsan bland klienterna är alarmerande och ligger på samma höga nivå som i andra jämförbara material av kvinnor med huvudsakligen narkotika- och blandmissbruk (Fridell, 1996; SoS, 1996; Fridell et al, kommande). Personlighetsstörningar (axel II), därefter ångestdiagnoser följt av depression och ätstörningar var mest frekventa i bägge grupperna. Skillnaden mellan grupperna är relativt ringa förutom att man inte diagnostiserar antisocial störning i ungdomsgruppen. Men med conduct disorder som den mer korrekta diagnosen i ungdomsgruppen är nivåerna jämförbara. Toxiskt utlösta psykoser förekom och ett fåtal psykossjukdomar fastställdes (Fridell, 1990; Rounsaville et al, 1998; Sallmén, 1999).

Förutom avgiftning som var den vanligaste orsaken till inläggning på psykiatrisk klinik där den äldre gruppen hade flest inläggningar under året före omhändertagandet, hade de båda grupperna ungefär samma behov av vård för psykiska problem och psykoser. Även i psykiatrisk öppenvård dominerade behandlingsinsatserna på avgiftning och i mindre utsträckning på psykiska problem. Gruppen har lägre psykisk sjuklighet än tunga narkotikamissbrukare som de jämförs med. Gruppen som helhet har dock visat på omfattande sjukvårdskonsumtion såväl i öppen som i slutenvård.

Diagnostisering av tyngre psykiska störningar är en svår uppgift när det gäller personer med allvarligt missbruk. De kan vid intagningen förefalla akut psykotiska men saknar vissa symtom för säker diagnos. I de flesta fall klingar symtomen av efter en tid, men det förekommer att både hörselhallucinationer och inadekvat affekt fortsätter lång tid efter avgiftning och utskrivning från Lunden. I ett antal fall har det funnits starka misstankar om en tyngre psykiatrisk störning bland klienter på båda avdelningarna, men av tidsskäl har ingen diagnos kunnat fastställas. I ett par fall har vi i efterhand fått misstankarna bekräftade av klienterna själva när de tagit kontakt med personal på Lunden. Ett längre vårdperspektiv skulle ge möjlighet till bättre bedömning.

Olika psykiska störningar uppstår till följd av missbruket och både depression och ångestsymtom blir märkbara under drogfria perioder. Som regel förvärras också psykiska störningar till följd av missbruket och tvärtemot lekmanauppfattningen finns ringa empiriskt stöd för självmedicineringshypotesen (Berglund & Öjehagen, 1998; Fridell, 1991; SBU, 2001). Behandlingen borde på så vis ta bättre hjälp av diagnostisk information än vad som nu är fallet.

Den höga frekvensen personlighetsstörningar, framförallt antisocial personlighetsstörning (ASPD) och borderlinestörning (BPST) återspeglas i många kvinnors kaotiska livsföring med hög impulsivitet och instabila förhållanden, ofta färgade av våldsinslag, hög sjuklighet och oförmåga att försörja sig själv.

Ser man närmare på den yngre gruppen kvinnor, finns där en stor andel med uppförandestörningsdiagnos. Prognosen för dessa klienter är dålig om den följs av en ADHD-störning med hyperaktivitet (Gillberg, 2002; Levander, 2002). Denna grupp utgör bara cirka 3 procent bland flickor med beteendevikelser (Taylor, 2002). Tidig beteendevikelse i sig är inte en avgörande negativ prognostisk faktor. Där det finns en koppling mellan tidigt avvikande beteendemönster och den allvarligaste formen av personlighetsstörning – psykopati – är det ADHD med hyperaktivitet som anses utgöra en viktig neurologisk länk (af Klinteberg, 2002). Trots deras unga ålder har de flesta en mycket hög sjukvårdskonsumtion och kriminalitet bakom sig. Det borde vara ett viktigt mål för institutionspedagogik (Fridell 2000; Widinghoff, 2000) att få flickorna att bryta sin destruktiva livsföring eftersom det skulle kunna medföra att diagnosen antisocial personlighetsstörning i vuxenåldern inte står kvar. Detta gäller i mindre grad för psykopatidiagnosen som på ett annat sätt rör hela individen som moralisk, tänkande och kännande varelse (Cleckley, 1988; Hare, 1991; Hart et al,

1992, 1995; McCord & McCord, 1964; Meloy, 1988). Av de två diagnoserna är psykopati den mest illavarslande. Därför har det varit viktigt att fastställa att prevalensen i både LVU- och LVM-gruppen är låg: 5,4 respektive 3 procent.

Det är väsentligt när man talar om antisocial personlighetsstörning att inte förväxla diagnosen med psykopati. De flesta missbrukare har normala samvetsfunktioner, får dåligt samvete och mår psykiskt dåligt när de tänker på vad de har gjort för att komma över pengar till missbruket. Deras antisociala sätt att leva, att ha svikit föräldrar och barn, är inte en bekymmerslös del i deras liv och handlingarna står i motsats till den egna etiken och moralen. En relativt ny djupintervjustudie av narkomaner med självmordsförsök visar att kriminell livsföring upplevs som ett samvetsproblem även för tunga narkomaner (Johnsson & Fridell, 1999; Johnsson, 2002). En psykopatisk patient däremot bryr sig inte om sina offer, saknar empati, dåligt samvete och ställer sig över moraliska och etiska normer. Personen har vad man kan benämna "strategiska jagfunktioner" snarare än ett samvete. Det gör personen till en mycket effektiv avvikare i en skuggtillvaro där antisociala normer och värderingar råder. Gruppen i den här studien är liten, och något lägre än i materialet av tunga narkotikamissbrukare från S:t Lars (Fridell 1996; Fridell et al, kommande). Man får således inte förledas att tro att problemen inom LVM- och LVU-vården handlar om att gruppen med psykopatisk personlighetsstörning rent numerärt är stor. Men den är alltid problematisk i behandling och personerna saknar i regel samarbetsvilja till den behandling som erbjuds. McCord & McCord (1964) brukade betona att den psykopatiska patienten i motsats till den antisociala inte är i första hand *antisocial* utan *asocial*.

Missbruket leder inte bara till bostadslöshet och vagabondering utan i dess släptåg följer kaotiska och instabila förhållanden med inslag av våld och övergrepp. En social faktor som bostadslöshet förklarar överdödlighet bland äldre alkoholmissbrukare i hög utsträckning (Sallmén, 1999). Den dåliga hälsan och skadorna kan ses som direkta och indirekta följder av både missbruk och sättet att administrera droger. Droger har skadeverkan på kroppen men även riskbeteende med slarvig spruthantering orsakar farliga infektioner som endokardit, stafylokok- och hepatitinfektioner. Särskilt Hepatit C-viruset är smittsamt och kan, oäktsamt hanterat, leda till en kronisk infektionssjukdom med dödlig utgång (Gohdse & Ricaurte, 2000).

Tröskeln till misslyckande och återfall är alltid mycket låg för en missbrukare och ångest- och/eller depressionssymtomen ökar risken för återfall. Att de psykiska problemen inte enbart är fenomen kring avtändningen visar sig i att kvinnor rapporterar dåligt psykiskt mående lång tid före missbruksdebuten (Landheim et al, 2002). Ibland har behandling med bensodiazepiner initierats av läkare i syfte att få bukt med hyperaktivt och aggressivt beteende. Det är väl känt att bensodiazepiner hos patienter med ADHD- och angränsande problematik både utlöser och förstärker aggressivt beteende samtidigt som den förvärrar beroendeproblematiken (Dåderman & Lidberg, 1999; Vikander, 2002).

Både livsstilen i sig och missbruket förvärrar kvinnornas förmåga att dra omsorg om sig själva (Krystal, 1974). Det är knappast troligt att de psykiska störningarna direkt orsakar livsstilsproblemen eller missbruksproblemen. Men de minskar individens förmåga att hantera och övervinna konsekvenserna av de olika störningsmönstren. Missbrukarna är kroniskt motsträviga i behandling vilket gör att vare sig psykosociala interventioner, eller somatiska och psykiatriska medicininsatser får den effekt som skulle kunna uppnås med mer behandlingskooperativa klientgrupper. Men inte heller detta problem är unikt för missbrukare utan typiskt för en rad kroniska sjukdomstillstånd där förloppet är beroende av livsstilskorrigerande (Peters et al, 1998), dvs vid problem som kräver att individen ändrar stora och viktiga delar av sitt beteende (SBU, 2001).

Mest iögonfallande för de standardiserade skalorna och testen är att gruppen LVU-flickor avviker relativt lite ifråga om konstruktiva personlighetsegenskaper. På det test som mäter tidiga karaktärsdrag (Basic Character Trait test) finns inga skillnader. I Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) har LVU-flickorna signifikant högre värden på de prognostiskt gynnsamma variablerna självständighet och ja-sägartendens samt faktorindex dominans medan de också ligger högre på en variabel som förknippas med dramatisk personlighetsstörning (aggressiv nonkonformism). Skillnaderna är små men ändå indikatorer på att LVU-gruppen är mer kraftfull i sin framtoning än LVM-kvinnorna. Skillnaderna är signifikanta mellan grupperna men de avviker inte i sin helhet från en normgrupp på något av testen även om de har för narkotikamissbrukare typiska profilmönster (Fridell, 1996c; Fridell et al, kommande).

På CMPS avviker lundenkvinnorna endast i några få variabler från en normgrupp. De ligger lägre än normgruppen på variabeln jagsvagheter vilket är gynnsamt och högre på ja-sägartendens, vilket kanske mer är ett testproblem än en diagnostisk indikator. Mest skiljer sig lundenkvinnorna från patienter på tre olika behandlingshem, vilket beror på att behandlingshemmen i högre grad har patienter med primär psykisk sjukdom där sjukdomsförloppet först senare i livet kompliceras av missbruket. Skillnaden speglar vikten av att noggrant beskriva hur de urval ser ut diagnostiskt som man hänför olika resultatnivåer till. Samtidigt får lundenundersökningens slutsatser stöd genom likheterna med ett slumpmässigt urval av 14 klienter från 11 LVM-hem som i stora drag följer resultaten i LVM-/LVU-materialet. Skillnaderna ligger således inte i första hand i relation till normgruppen utan i relation till de olika materialen av missbrukare. Det är här som betydelsen är stor av att använda normerade och validerade testinstrument.

Symtomskalan SCL-90 visar inga avvikelser mellan LVU- och LVM-kvinnorna och inte heller någon avvikelse från en normgrupp. Klienterna är alltså relativt lågsymtomatiska även jämfört med narkotikamissbrukare (Fridell et al, kommande). Jämförs lundenklienterna med andra patientmaterial visar det sig att också här avviker patienter på tre behandlingshem allra mest.

Studien lyfter fram det faktum att inte ens psykosocialt extremt belastade kvinnor alltid behöver vara psykologiskt avvikande i alla avseenden. Variationerna kan bero på valet av test, dvs vad man önskar att mäta. Hade vi valt andra test (t ex KSP; SSP) där skalor för sensationssökande beteende, impulsivitet etc finns med, kanske vissa skillnader hade blivit mer patologiindikerande. Men riktningen i våra data väcker en förhoppning om att några av de test vi valt att använda kan visa sig användbara för att fastställa sk salutogena faktorer (intrapsykiska faktorer som bedöms ha "överlevnadsvärde") i kommande undersökningar (Stattin, 2002).

Analyserar vi personlighetsstörning på klusternivå enligt DSM-IV finner vi inga systematiska skillnader mellan LVU- och LVM-gruppen, däremot finns skillnader mellan Lunden och jämförelsegrupperna ($p < .00$). Narkotika- och LVM-klienter ligger högst på dramatiskt kluster dock något lägre än tunga narkomaner (51% resp 37%), lägre än narkomanerna på klustret känsliga och på samma nivå som jämförelsegrupperna på klustret udda. Lundenkvinnorna är mest lika kvinnorna i riksurvalet från 11 behandlingshem (Matell & Nordström, 1997; Nilsson & Teglund, 1997). Klienter från behandlingshemmen har avgjort lägst andel personlighetsstörning (47%), vilket sedan "kompenseras" av en högre andel psykiska sjukdomar (axel-I enligt DSM-IV). Skillnaden mellan klustren är signifikant. Även om patienterna på narkomanvårdsavdelningen rekryteras frivilligt liknar de som grupp mest lundenkvinnorna, LVU och LVM.

I föreliggande studie kan det tyckas att kvinnorna och flickorna inte är lika tungt belastade med psykisk ohälsa som andra jämförbara patienter och klienter. Men sett ur varje individs perspektiv förekommer stora personliga problem både inom det psykosociala området och med fysisk hälsa. Våra data är ursprungligen avsedda att ligga till grund för en psykologutredning vilket kan ha påverkat svarsmönstret i frågeformulären. Det är viktigt att ha i åtanke att i en process, där en individ skall bli testad och utredd utan att själv ha initierat det, känner den undersökta press på att ge en så positiv bild som möjligt av sig själv. I en utredning står mer på spel än i forskningssammanhang. Svaren blir mer eftertänksamma och mindre spontana. Våra klienter har som regel befunnit sig på Lunden under en längre tid och har hunnit komma ur det mest dåliga måendet innan de blivit testade. Kränkningen av att ha blivit omhändertagen har klingat av och i många fall känner klienterna en lättnad. I vissa fall har, innan utredningen påbörjats, medicinering med låga doser neuroleptika eller antidepressiva mediciner initierats. Detta har också en stor inverkan på svarsmönstren i de olika formulären och speciellt vad gäller SCL-90-frågorna.

Larsson & Armelius (2002) visar att tunga missbrukare med psykisk problematik underskattar de egna psykosociala problemen jämfört med intervjuarens bedömning av deras problem och hjälpbehov. Det kan vara en orsak till att gruppen LVM-/LVU-kvinnor är mindre problemtyngd än väntat.

Hur pass generaliserbara är fynden från den här undersökningen? För det första har vi använt ett konsekutivt urval ur tidsmässigt definierade kohorter under ett antal

år då urvalskriterierna till Lunden varit enhetliga. Detta förfarande har visat sig ge i hög grad jämförbara nivåer på olika parametrar i andra undersökningar (Fridell, 1990, 1998; Fridell et al, 1996a). Det andra är att data har jämförts med tre andra patientgrupper av missbrukare. Slutligen har en bortfallsanalys gjorts där de som medverkat i utredningen jämförts med dem som inte deltagit. Vi drar slutsatsen att våra fynd bör kunna generaliseras till kvinnor i LVM- och LVU-vård med den profil som här redovisas: narkotikamissbruk med åtföljande kriminalitet, personlighetsstörning men utan psykossjukdom.

Referenser

- Addington, J. & Duchak, V. (1997) Reasons for substance use in schizofreni, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96:329–333.
- Akiskal, H., Hirschfeld, R. & Yerevanian, B. (1983) The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:801–810.
- American Psychiatric Association (1987) – DSM-III-R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3:rd edition). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (DSM IV) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4:th ed.). Washington DC: Authorized.
- Andersson, B., Fridell, M., Nilsson, K. & Tunving, K. (1986) *Sjuttioalets narkomaner. Patienter vårdade vid S:t Lars sjukhus 1970–1978*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykiatri och neurokemi.
- Armeliuss, K., Larsson, H. & Armeliuss, B-Å. (2002) Självbild och symtom hos missbrukare – en jämförelse med psykiatripatienter. I Armeliuss, B-Å., Armeliuss, K., Larsson, H. & Sundbom, E. *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Forskningsrapport nr 1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Arndt, I., McLellan, A., Dorozynsky, L., Woody, G. & O'Brien, C. (1994) Desipramine treatment for cocaine dependence role of antisocial personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 183 (3): 151–156.
- Berg, M-L. (2002) Problemsyndrom hos flickor på särskilda ungdomshem. *Allmän SiS-rapport 2*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Berglund, M. & Rydberg, U. (1995) Psykiskt störda missbrukare. I Berglund, M. & Rydberg, U. (red), *Beroendelära* (147–151). Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, M. & Öjehagen, A. (1998) The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol. 22 (7), 333–45.
- Bergmark, Å. (1994) Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift* 10, 474–479.
- Bernstein, D., Cohen, P., Skodol, A., Bezirganian, S. & Brook, J. (1996) Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153:907–913.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1990) *Jenters vej til rusmidler – et socialiseringsperspektiv*. Oslo: Oslo universitet, Pedagogisk forskninginstitut.
- Bock, B. & Benson, D. (1991) Emergency department evaluation of the febrile intravenous abusers. In Levine, D. & Sobel, J. (Eds) *Infections in intravenous drug abusers*. New York: Oxford University Press.
- Byqvist, S. (1997) *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – Missbruks-*

- förlopp och kriminalitet*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Cacciola, J., Rutherford, M., Alterman, A. & Snider, E. (1994) An Examination of the diagnostic criteria for antisocial personality disorder in substance abusers. *Journal of Mental Disorders*, 182:517–523.
- Cesarec, Z. (1980) OA-formuläret – Ett frågeinventorium för mätning av orala och anala karaktärsdrag. *Opublicerat manuskript*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykiatri och neurokemi.
- Cesarec, Z. & Marke, S. (1973) *Mätning av psykogena behov med frågeformulärteknik. Manual till CMPS*. Stockholm: Skandinaviska Testförlaget.
- Cleckley, H. (1988) *The mask of sanity*. USA, Georgia: Mosby Company.
- Contoreggi, C., Rexroad, V. & Lange, W. (1998) Current management of infectious complications in the injecting drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15.2: 95–106.
- Cottler, L., Price, R., Compton, W. & Mager, D. (1995) Subtypes of adult antisocial behavior among drug abusers. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 183:154–61.
- Crane, L. (1991) Epidemiology of infections in intravenous drug abusers. In Levine, D. & Sobel, J. (Eds) *Infections in intravenous drug abusers*. New York: Oxford University Press.
- Derogatis, L. (1978) *SCL-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised R-version of the SCL 90*. Baltimore: The John Hopkins School of Medicine.
- Derogatis, L. & Lipman, R. (1973) SCL-90, An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopathology Bulletin* 9:13–28.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. & Covi, L. (1974) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. In Pichot, P. (Ed) *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Basel, Karger.
- Dåderman, A. & Lidberg, L. (1999) Flunitrazepam (Rohypnol) abuse in combination with alcohol causes premediated, grievous violence in male juvenile offenders. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 27: 1–17.
- Farber, I. E. (1975) Sane and insane: Constructions and misconstructions. *Journal of Abnormal Psychology*, 54, No 6: 589–620.
- Forth, A. E., Brown, S., Hart, S. D. & Hare, R. D. (1996) The assessment of psychopathy in male and female noncriminals: Reliability and validity. *Personal and Individual Differences*, 20:5, 531–543.
- Fridell, M. (1989) Överförings- och motöverföringsreaktioner. Betydelsen för utbränningsfenomen hos personal. I Segraeus, V. (red): *Att hålla lågan levande – Om bemästrande av utbrändhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Fridell, M. (1990) *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

- Fridell, M. (1991) *Personlighet och drogmissbruk – En forskningsöversikt*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, PM nr 10.
- Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fridell M. (1996a) *Psykisk störning och narkotikamissbruk*. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport no 14. Stockholm: Socialstyrelsen, Barn och familjeenheten.
- Fridell, M. (1998) Drogmissbrukare med psykisk störning – femårsuppföljning av tunga narkomaner. I Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red), *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.
- Fridell, M. (2000) Verksamma faktorer i miljöterapeutisk missbruksbehandling. I Hagqvist, A. & Widinghoff, B. (red): *Miljöterapi – i dag och imorgon*. Lund: Studentlitteratur.
- Fridell, M. (2002) Kvinnor med narkotikaberoende. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red), *Könsperspektiv på missbruk*: 144–158 Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Fridell, M., Cesarec, Z. & Johnsson Fridell, E. (1996) *Femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare. En sammanfattning*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johnsson Fridell, E. & Kindberg, L. (1996a) *Faktorer som påverkar behandlingsutfallet för kroniska narkotikamissbrukare på kort och lång sikt, Slutrapport – del 1*. Lund: S:t Lars sjukhus, Institutionen för psykiatri och neurokemi & Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Mallin Thorsen, S. (2002) *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. SiS följer upp och utvecklar, nr 4. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Fridell, M., Andersson, B., Jansson, I., Johnsson, E. & Thulin, O. *Prevalens av psykisk störning i en konsekutiv kohort patienter med narkotikaberoende vårdade vid S:t Lars sjukhus i Lund, 1970–1995*. Kommande publikation.
- Gerdner, A. (1998) *Compulsory treatment for alcohol use disorders. Clinical and methodological studies for treatment outcome*. Lund: Lund University, Department of clinical alcohol research, Malmö.
- Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) (1998) *Dubbel Trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Behandlingshemmet Runnagården, Örebro.
- Gerstley, L. J., Alterman, A. I., McLellan, A. T. & Woody, G. E. (1990) Antisocial Personality Disorders with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, Vol 147(2): 173–178.
- Ghodse, H. & Ricuarte, A. (2000) Hepatitis C: Bad news for substance misusers. *Current Opinion in Psychiatry*, 13:281–283.
- Gillberg, C. (2002) Barnneuropsykiatriska perspektiv bidrar till förståelsen av social utslagning. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red), *Ung med tung social*

- problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Goldberg, T. (1999) *Narkotikan avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Carlssons Förlag.
- Grann, M., Långström, N., Tengström, A. & Stålenheim, E. (1998) Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL- R. *Journal of Personal Assessment*. 70:3, 416–426.
- Grilo, C., Becker, D., Fehon, D., Edell, W. & McGlashan T. (1996) Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 153:914–920.
- Grilo, C., Becker, D., Fehon, D., Walker, M., Edell, W. & McGlashan, T. (1996b) Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 153:8, 1089–1091.
- Grilo, C., Walker, M., Becker, D., Edell, W. & McGlashan, T. (1997) Personality disorders in adolescents with major depression, substance use disorders and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 65, No 2: 328–332.
- Hare, R. (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. (1991a) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R., Forth, A. & Strachan, K. (1992) Psychopathy and crime across the life span. In Peters, R. D. et al (Eds), *Aggression and violence throughout the life span*. London: Sage Publications: 285–299.
- Hart, S., Hare, R. & Harpur, T. (1992) The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). An overview for researchers and clinicians. In Rosen, J. C. et al. (Eds) *Advances in Psychological Assessment*. New York: Plenum Press.
- Hart, S., Cox, D. & Hare, R. (1995) *Manual for the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R:SV)*, Toronto: Multi-Health Systems.
- Holmberg, M-B. (1981) *The prognosis of drug abuse in a sixteen-year old population*. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet.
- Holmberg, R. (2002) *Organiserande och kvalitetsutveckling – Om sönderfall, upp-rätthållande och begripliggörande i arbetslivet*. Akademisk avhandling, Lunds universitet.
- Janols, L. (1984) *Unga missbrukare av tung narkotika, deras sociala bakgrund, hälsa och anpassning i jämförelse med barnpsykiatriska patienter och normala ungdomar*. Akademisk avhandling. Uppsala universitet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Jansson, I. (2002) Ann – en kvinna med dubbla diagnoser och hennes möjlighet till vård. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red). *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjurner och Bruno.

- Johnsson, E. (2002) *Själmordsförsök bland narkotikamissbrukare*. Akademisk avhandling, Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Johnsson, E. & Fridell, M. (1997) Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, pp 362–366.
- Johnsson, E. & Fridell, M. (1999) "Plötsligt får man lust att leva". *En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Johnsson, S. (2001) *Långstorps vård- och behandlingshem, en utfallsstudie*. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Lunds universitet.
- Kinnunen, A. (1994) Den bristande motivationen. En litteraturstudie över tvångsvård av rusmedelsmissbrukare i de nordiska länderna. I Järvinen, M. & Skretting, A. (red) *Missbruk och tvångsvård*. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning.
- Kjelsberg, E. (2002) DSM-IV Conduct disorder symptoms in adolescents as a marker of registered criminality. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11:2–9.
- Kline, P. & Storey, K. (1977). A factor analytic study of the oral character. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 16, 317–328.
- af Klinteberg, B., Schalling, D. & Magnusson, D. (1990) Childhood behaviour and adult personality in male and female subjects. *European Journal of Personality*, 4, 57–71.
- af Klinteberg, B. (1998) Biology and personality: Findings from a longitudinal project. In Cooke, D. J., Forth, A. E. & Hare, R. D. (Eds), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. The Netherlands, Kluwer Academic Publishers.
- af Klinteberg, B. (2002) Antisocialitet ur ett neuropsykologiskt perspektiv. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red), *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Kranzler, H., Kadden, R., Babor, T., Tennen, H. & Rounsaville, B. (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91:6, 859–868.
- Krystal, H. (1974) The genetic development of affects and affect regression. *Annual of Psychoanalysis*. 2:98–126.
- Krystal, H. (1982) Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. Vol. 9, 352–377.
- Krystal, H. & Raskin, H. (1970) *Drug Dependence – aspects of ego-functions*. Detroit: Wayne State University.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002) Sammensatte problemer och separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*. 12 (3):309–318.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002a) Gender differences in the prevalence of Axis I and Axis II disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*. In press.

- Larsson, H. & Ollus, M. (1999) *Ett år efter utskrivningen – vad hände sen? En uppföljning av 31 klienter och deras situation ett år efter utskrivning*. SiS följer upp och utvecklar, nr 5. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Larsson, H. & Armelius, B.-Å. (2002) Missbrukare med psykiska störningar – problembild och probleminsikt enligt ASI. I Armelius, B.-Å. m fl, *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Forskningsrapport nr 1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Levander, S. (2002) Ett medicinskt individperspektiv – utan detta ingen helhetsbild. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red). *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Levine, D. (1991) Infectious endocarditis in intravenous drug abusers. In Levine, D. & Sobel, J. (Eds), *Infections in intravenous drug abusers*. New York: Oxford University Press.
- Lilienfeld, S. & Andrews, B. (1996) Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal population. *Journal of Personal Assessment*, 66:3, 488–524.
- Lundqvist, T. (1995) *Cognitive dysfunctions in chronic cannabis users observed during treatment – an integrative approach*. Akademisk avhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Matell, A. & Nordström, L. (1997) *Instrumentanalys av Addiction Severity Index samt en deskriptiv studie av missbrukande män och kvinnor och tvångs- och frivilligvårdade på LVM-hem*. Psykologuppsats. Lunds universitet.
- McCord, W. & McCord, J. (1964) *The Psychopath*. Princeton, NJ, Van Nostrand.
- Meloy, J. R. (1988) *The Psychopathic Mind*. Northvale, Jason Aronson Inc.
- Mulder, R. T., Wells, J. E., Joyce, P. R. & Bushnell, J. A. (1994) Antisocial women. *Journal of Personality Disorders*, 8:4, 279–287.
- Nilsson, M. & Teglund, D. (1997) *Personlighet, psykisk störning, symtomatologi och sociala bakgrundsfaktorer hos missbrukare på LVM-hem*. Psykologuppsats. Institutionen för tillämpad psykologi. Lunds universitet.
- Nunes, E., Deliyannides, D. & McGrath, P. (1996) The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19 (2):311–327.
- Oppenheimer, E. (1991) Alcohol and drug misuse among women – An overview. *British Journal of Psychiatry*, 158, 36–44.
- Ottosson, J.-O. (2000) *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.
- Pajer, K. (1998) What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, 155:862–870.
- Persson, H. (1997) *Stenbäckens och Linnéagårdens behandlingshem – en deskriptiv studie*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet.

- Peters, A., Davies, T. & Richardson, A. (1998) Multi-site samples of injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates of risky injecting practices. *Addiction*, 93 (2): 253–267.
- Probert, U. (2000) *Långstorps vård- och behandlingshem – en kohortstudie*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1991) Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 83:217–222.
- Rogers, R., Johansen, J., James, J., Chang, J. & Salekin, R. (1997) Predictors of adolescent psychopathy: Oppositional and conduct-disorder symptoms. *Journal of American Psychiatry and Law*. Vol 25, 3; 261–271.
- Rounsaville, B., Kranzler, H., Ball, S., Tennen, H. Polling, J. & Triffleman, E. (1998) Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Journal of nervous and Mental Disease*. Vol 186, no 2, 87–95.
- Rosenhan, D. (1973) On being sane in insane places. *Sciences*, 179, 250–258.
- Rorsman, B. Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Öhman, R., Öjesjö, L. & Otterbeck, L. (1990) A prospective study of first-incidence depression. The Lundby Study. *British Journal of Psychiatry*, 156:336–342.
- Rutherford, M., Alterman, A., Cacciola, J. & Snider, E. (1995) Gender differences in diagnosing antisocial personality disorder in methadone patients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1309–1316.
- Rydellius, P-A. (2002) Betyder familjeförhållanden något för risken att utveckla asocialitet? I Söderholm Carpelan, K. W. Runquist, W. (red), *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Salekin, R., Rogers, R. & Sewell, K. (1997) Construct validity of psychopathy in a female offender sample. A multitrait-multimethod evaluation. *Journal of Abnormal Psychiatry*, Vol 106, 4:576–585.
- Sallmén, B. (1999) *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Doctoral thesis. Department of clinical alcohol research, Malmö. Lund University.
- Sandler, J. & Hazari, A. (1960) The "obsessional": On the psychological classification of the obsessional character traits on symptoms. *British Journal of Medical Psychology*, 33: 113–122.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SiS 3/1998 Årsrapport DOK 96. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

- SiS 1/2001 *Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov*. Årsrapport ADAD 1998, SiS följer upp och utvecklar. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SiS 4/2000 *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Årsrapport DOK 99. SiS följer upp och utvecklar. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SiS 3/2001 *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Årsrapport DOK 00. SiS följer upp och utvecklar. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Socialstyrelsen (1999) *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Psykiatriuppföljningen. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996/14.
- Spitzer, R (1975) On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique on Rosenhan's "On being sane in insane places". *Journal of Abnormal Psychology*. 84, (5): 442–452.
- Stattin, H. (2002) Om protektiva faktorer. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red) *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Stein, M. (1999) Medical consequences of substance abuse. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol 22, (2): 351–370.
- Stenbacka, M. (1992) *Initiation into drug abuse: The role of social, behavioural and psychological factors in initiation of cannabis and intravenous drug abuse*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet, Avdelningen för social medicin.
- Sunstrum, J. (1991) Central nervous system infections. In Levine, D. & Sobel, J. (Eds) *Infections in Intravenous Drug Abusers*. New York: Oxford University Press.
- Swärd, H. (1998) Hemlöshet. *Fattigdomsbevis eller välfärdsdilemma?* Lund: Studentlitteratur.
- Taylor, E. (2002) Att skilja mellan hyperaktivitet och beteendestörningar. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red) *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Test, M., Wallisch, L., Allness, D. & Ripp, K. (1989) Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 15, no 3:465–476.
- Thulin, O. (1995) Illegal narkotika. I Berglund, M. & Rydberg, U. (red), *Beroendelära*: 186–192. Lund, Studentlitteratur.
- Tunving, K. & Nilsson, K. (1985) Young female drug addicts in treatment: a twelve year perspective. *Journal of Drug Issues*, 15, 367–382.
- Tännsjö, T. (1994) *Tvång i vården*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Walker, B. (1992) Substance use disorders: Understanding the dual diagnosis patient. *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 24:3.

- Wartenberg, A. & Liepman, M. (1990) Medical complications of substance abuse. In Lerner, W. & Baar, M. (Eds) *Handbook of hospital based substance abuse*. New York: Pergamon Press INC.
- Weissman, R. (1993) The Epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*. Supplement 44-46.
- Whitemore, E., Mikulich, S., Thomson, L., Riggs, P., Aarons, G. & Crowley, T. (1997) Influence on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 47; 87-97.
- Widinghoff, B. (2000) Pedagogik – ett självklart men oförlöst perspektiv inom miljöterapi, i Hagqvist, A. & Widinghoff, B. (red). *Miljöterapi – i går och i dag*. Lund: Studentlitteratur.
- Vikander, B. (2002) Små piller kan ge stora problem – om bruk och beroende av lugnande och smärtstillande läkemedel. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red), *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2001) *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Wolberg, L. R. (1988) *The Technique of Psychotherapy*. (4th Ed.) New York, Grune & Stratton.
- Woody, G., Mc Lellan, A., Luborsky, L. & O'Brien, C. (1985) Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1081-1086.
- Yohanes, I., Angelin, A., Giertz, A. & Swärd, H. (2002) "De kommer ut fräscha och fina". *Om tvång och hemlöshet*. Forskningsrapport nr 4. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Öjehagen, A. (1998) Samtidigt beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt. I Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*: 27-38. Behandlingshemmet Runnagården, Örebro.

Appendix A

Mätinstrument

A.1 Standardiserade Personlighetstest

Basic Character Trait (BCT) är ett av Zvonimir Cesarec (Cesarec, 1980) utvecklat frågeinventorium med 80 frågor bestående av ja och nej svar. Formuläret utgår från två faktoranalyser av det som i klassisk psykoanalytisk teori kallas oral och anala karaktärsdrag. Faktoranalyser av oral drag visade tidigare att oralitet utgörs av två ortogonalt skilda faktorer: *oral optimism* och *oral pessimism* (Kline & Storey, 1977), medan faktoranalys av de sk anala karaktärsdragen gav två ortogonala faktorer som här kallas *analt reaktiva* respektive *omnipotent kompulsiva* karaktär (Sandler & Hazari, 1960). Basic Character Trait test innehåller således fyra variabler:

OOC – kontakt/beroende (oral optimism)

OPC – verbal aggressivitet/depressivitet samt frustrationsbenägenhet (oral pessimism)

ARC – kontrollbehov genom rigida avvänjningsstrategier som reaktionsbildning och isolering (analt reaktiva karaktärsdrag)

OCC – kontrollbehov uttryckt via magiskt tänkande och starkt superegotryck (omnipotent kompulsiva karaktärsdrag).

I korthet pekar resultaten för BCT formulären på att missbrukare i allmänhet ligger lägre än både normalmaterial och andra kliniska material på den minst patologiskt indikerade variabeln oral optimism, medan de ligger signifikant högre på de tre mer patologiskt indikerade variablerna: oral pessimism, analt reaktiv karaktär och omnipotent kompulsiv karaktär än såväl normalmaterialet som andra kliniska grupper. De höga värdena på främst oral pessimism indikerar bl a karaktärsdrag som verbal aggressivitet, otålighet, retlighet, avund, missunnsamhet och oförmåga att känna tillfredsställelse, vilket tycks karakterisera just narkotikamissbrukare.

Tillsammans med CMPS har BCT visat sig ge en förbättrad möjlighet till klinisk bedömning och jämförbarhet med andra kliniska mätinstrument. Reliabiliteten i BCT har visat sig fullt acceptabel vid gruppjämförelse i tidigare studier. I en studie av 161 drogmissbrukare har nivåerna legat mellan $r = .66$ och $r = .79$. I en annan studie på ett normalmaterial (sjukvårdsanställda) låg reliabiliteten mellan $r = .66$ och $r = .75$. (Cesarec, 1973, opublicerat manuskript). Testets stabilitet över tid har också prövats, och testet har visat sig ha god stabilitet. Beträffande validiteten pågår fortfarande studier där BCT jämförs med en rad andra test (Fridell et al, 1996a).

Cesarec Marke Personality Scheme – CMPS: Cesarec Marke Personlighets-schema (CMPS) är ett väl utprovat och använt frågeinventorium. Testet mäter psy-

kogena behov utifrån olika ja- och nej-alternativ. Den teoretiska utgångspunkten är psykogena behov enligt Murray. I CMPS (Cesarec & Marke, 1973) finns 11 operationaliserade "behov" grupperade i fem faktorindex. Den 12:e variabeln är en kontrollvariabel, om man så vill ett mått på "ja-sägartendens". Variablerna jämte faktorindex är som följer:

- | | |
|---|--|
| 1. Achievement (prestationsbehov) | 2. Affiliation (behov av social kontakt) |
| 3. Aggression (Aggressivitetsbehov) | 4. Defence of status |
| 5. Guilt feelings (skuldkänslor) | 6. Dominance (behov att dominera andra) |
| 7. Exhibition (Exhibitionism) | 8. Autonomy (behov av självständigh) |
| 9. Nurturance
(Behov att ta hand om andra) | 10. Behov av ordning |
| 11. Succorance (behov att själv bli om-
händertagen) | 12. Acquiescence (ja-sägartendens) |

Faktorindex

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. Neurotisk självhävdelse | 2. Dominans |
| 3. Aggressiv nonkonformism | 4. Passivt beroende |
| 5. Sociabilitet | |

Instrumentet har god reliabilitet (split-half $r = .90$) i samtliga fem faktorindex. Intervjuerna har genomförts av legitimerad psykolog som har ställt frågorna direkt till klienten. I de fall där det bedömts lämpligt, har klienten fått arbeta själv med frågeinventoriet i samband med vistelsen på avdelningen.

Split-half reliabiliteten är på de första 11 delskalorna som lägst $r = .52$ (autonomi) medan de andra delskalorna ligger mellan $r = .70$ och $r = .80$. Test-retest reliabiliteten är också lägst på skalan autonomi $r = .56$ medan de andra varierar mellan $r = .77$ och $r = .94$. I de fem faktorindexen visade split-half reliabilitetsvärden mellan $r = .74$ och $r = .90$ och test-retestvärden var mellan $r = .81$ och $r = .89$.

A.2 Psykiatriska och andra skattningsskalor

Symptom Checklist-90 (SCL-90) är idag en av de mest använda självskattningsformulären när det gäller psykiatriska symtom. Det är utarbetat av Clinical Psychometric Research Unit och är en utvecklad version av ett tidigare instrument, Hopkins Symptom Checklist (HCL). Frågeinventoriet SCL-90 innehåller 90 frågor som besvaras längs en femgradig skala från "inte alls" till "väldigt mycket" med värdet "måttligt" som mittpunkt. Det mäter de psykiatriska symtom som patienten lidit av de senaste 7 dagarna.

Formuläret speglar totalt 9 symtomdimensioner samt tre globala indikatorer (Derogatis & Lipman, 1973; Derogatis, 1978; Fridell et al, 1996). SCL-90 skall betraktas som en god deskription av aktuell psykisk status och inte som ett personlighetsmått, enligt Derogatis (Derogatis et al, 1974). En ny svensk ålders- och köns-

normerad standardisering föreligger. Det är denna som används för beräkning av standardvärden (Fridell m fl, 2002).

SCL-90 skalan innehåller följande variabler:

1. Somatisering (12 items)
2. Obsessivt kompulsiva symtom (10 items)
3. Interpersonell sensitivitet (9 items)
4. Depression (13 items)
5. Ångest (10 items)
6. Depression (8 items)
7. Fobisk ångest (7 items)
8. Paranoidt tänkande (6 items)
9. Psykoticism (10 items)
10. Övriga symtom (7 items)
11. Globalt svårighetsindex – GSI (mäter djupet på störningen)
12. Positive Symptom Distress Index – PSDI (mäter intensiteten i störningen)
13. Totalt antal positiva symtom – PST (en summering av symptom)

Reliabilitetstestningen av SCL-90-R med test-retestmetoden visar tillfredsställande korrelationer mellan $r = .80$ och $r = .90$.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Revised version (DSM) är det mest använda diagnostiska instrumentet idag. Det introducerades 1980 av American Psychiatric Association och reviderades 1981–1987 (APA 1987). Från 1992 finns den fjärde utvecklingen av diagnossystemet (DSM-IV). DSM-systemet är ett teoretiskt system enbart baserat på bedömningar av patientens beteende. DSM-systemet består av fem olika sk "axlar", varvid axel-I närmast motsvarar sjukdomsdiagnoser enligt gängse nosologi. Axel-II utgör de sk personlighetsstörningarna. Det är främst dessa två axlar som är relevanta i vår bedömning. Axel-II diagnoserna har gjorts med SCID-II manual (Structured Clinical Interview for DSM-III/IV Personality Disorders). I de fall klienten inte har diagnostiserats med SCID II har, då så varit möjligt, diagnos ställts genom klinisk observation gjord både på avdelningen och i psykologutredningssammanhang. Där det har funnits möjligheter har av metodskäl både SCID II och klinisk diagnos ställts.

Systemet har svagheter, vilket uppmärksammats under lång tid. DSM-III diagnoserna har övervärderat reliabiliteten i diagnoserna på bekostnad av validiteten. Beträffande drogmissbrukare har det visat sig i överdiagnostisering av patienter med Antisocial personlighetsstörning i tidigare studier (Cacciola et al, 1994; Cottler et al, 1995). Men introduktionen av kriterier som gäller tiden före 15-års ålder (DSM-III-R) halverade nivåerna av antisocial personlighet i studier av narkotikamissbrukare. Resultaten har tydligt visat på behovet av att särskilja förvärvade antisociala drag från drag kopplade till egentlig psykopati (Woody et al, 1985; Gerstley et al, 1990).

En fördel med DSM-III-R och DSM-IV är att betoningen av det observerbara och det enhetliga i skattningen underlättat kommunikationen mellan kliniker och forskare. Att vi inte i den här framställningen alltid kunnat använda den senaste versionen av DSM-systemet från 1992, återspeglar en strävan att ha ett enhetligt grepp över den centrala diagnostiken och först i nästa led via någon algoritm försöka överföra DSM-III-R-diagnoser till DSM-IV-diagnoser. Ävenledes underlättas en jämförelse med andra internationella studier av att DSM-III-R-diagnoser bibehålls.

Psykopatidiagnos enligt PCL-R. Psykopater har en stor benägenhet att tala osanning, vilket försvårar arbetet med att ställa diagnos via intervjuformulär och självskattningsskalor (Hare, 1991). Genom kliniskt arbete och mångårig forskning har Hares psykopatiskala PCL-R utvecklats. PCL-R är ett dimensionellt skattningsschema (som klinikern skattar) med tjugo items uppdelade i två olika faktorer. Faktor 1 belyser de psykopatiska grunddragen, det vill säga de affektiva och interpersonella drag som anses ligga till grund för själva störningen. Brist på empati, grandios självuppfattning, patologisk lögnaktighet, brist på ansvarstagande och förmåga att göra moraliska värderingar och ytliga affekter är några av de drag som ingår i faktor 1. Faktor 2 omfattar de antisociala beteenden och handlingsmönster som oftast förknippas med antisocial personlighetsstörning, som bl a annat omfattar parasiterande livsstil, dåliga kontrollfunktioner, tidiga beteendeproblem och brist på ansvar (Hare 1991, 1991a).

Skattningsskalan graderas med maximalt två poäng per variabel och psykopatidiagnos ställs först när den intervjuade fått 30 poäng och mer. Testets reliabilitet och validitet har genomförts i ett stort antal internationella studier på framför allt kriminella och/eller missbrukare men även i normalpopulationer (Hart et al, 1992; Forth et al, 1996; Lilienfeld & Andrews, 1996; Grann et al, 1998).

A.3 Somatiskt hälsoformulär

Ett hälsoformulär avseende det senaste årets hälsa och sjukvårdskonsumtion har ställts till ett stort antal kvinnor och flickor. Formuläret är hämtat från ett forskningsprojekt på uppdrag av WHO som påbörjades av Tunving i början av nittiotalet vid S:t Lars sjukhus och som är utvecklat av Thulin och Jansson (se bilaga).

Appendix B

Envägs variansanalyser (ANOVA)

Tabell 1. Medelvärden och spridningar i de fyra variablerna i Basic Character Trait Test (BCT) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lunden

BCT-variabler	LVU-flickor vid Lunden (n=46)		LVM-kvinnor vid Lunden (n=69)	
	m	Sd	m	Sd
Oral Optimism (OOC)	4,30	1,68	4,29	1,84
Oral Pessimism (OPC)	5,93	2,00	6,12	2,03
Analt Reaktiva drag (ARC)	5,55	1,93	5,99	2,07
Omnipotent Kompulsiva drag (OCC)	5,77	2,02	6,37	2,13

Tabell 2. ANOVA av de fyra variablerna i Basic Character Trait Test (BCT) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lunden

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SOOC	Between Groups	3,744E-03	1	3,744E-03	,001	,973
	Within Groups	344,771	109	3,163		
	Total	344,775	110			
SOPC	Between Groups	,935	1	,935	,230	,633
	Within Groups	443,840	109	4,072		
	Total	444,775	110			
SARC	Between Groups	5,133	1	5,133	1,260	,264
	Within Groups	443,894	109	4,072		
	Total	449,027	110			
SOCC	Between Groups	9,574	1	9,574	2,195	,141
	Within Groups	475,399	109	4,361		
	Total	484,973	110			

Tabell 3. Medelvärden och spridningar för variablerna i Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lunden

CMPS-variabler	LVU-flickor vid Lunden (n=46)		LVM-kvinnor vid Lunden (n=69)	
	m	Sd	m	Sd
Prestation	4,73	2,28	5,52	2,18
Social kontakt	5,84	2,11	5,25	1,99
Aggressivitet	5,55	2,10	5,48	2,17
Jag-svaghet	3,89	2,12	4,19	2,28
Skuldkänslor	4,27	2,23	5,00	1,96
Dominans	5,95	2,03	5,20	2,03
Exhibitionism	5,73	2,26	4,89	1,96
Autonomi	6,25	2,17	5,50	2,46
Att ta hand om	5,82	2,54	5,50	2,46
Ordning	4,39	1,85	4,78	1,65
Att själv bli omhändertagen	4,98	2,58	4,80	2,18
Ja-sägartendens	7,27	6,60	7,09	2,17
Faktorindex				
Neurotisk självhävdelse	4,39	2,23	5,30	2,21
Dominans	6,05	2,09	5,20	2,28
Aggressiv nonkonformism	6,07	2,00	5,42	2,17
Passiv dependens	4,93	2,26	4,92	2,22
Sociabilitet	5,30	2,17	5,06	2,25

Tabell 4. ANOVA av variablerna i Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lundén (nästa sida)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Signifikans
SACH	Between Groups	16,205	1	16,205	3,312	,072
	Within Groups	518,712	106	4,894		
	Total	534,917	107			
SAFF	Between Groups	9,104	1	9,104	2,184	,142
	Within Groups	441,886	106	4,169		
	Total	450,991	107			
SAGG	Between Groups	0,0097	1	0,009	,021	,885
	Within Groups	486,893	106	4,593		
	Total	486,991	107			
SDST	Between Groups	2,364	1	2,364	,482	,489
	Within Groups	520,182	106	4,907		
	Total	522,546	107			
SGUI	Between Groups	13,791	1	13,791	3,201	,076
	Within Groups	456,727	106	4,309		
	Total	470,519	107			
SDOM	Between Groups	14,722	1	14,722	3,561	,062
	Within Groups	438,268	106	4,135		
	Total	452,991	107			
SEXH	Between Groups	18,251	1	18,251	4,197	,043
	Within Groups	460,962	106	4,349		
	Total	479,213	107			
SAUT	Between Groups	14,667	1	14,667	3,378	,069
	Within Groups	460,250	106	4,342		
	Total	474,917	107			
SNUR	Between Groups	2,640	1	2,640	,426	,515
	Within Groups	656,545	106	6,194		
	Total	659,185	107			
SORD	Between Groups	4,066	1	4,066	1,358	,247
	Within Groups	317,369	106	2,994		
	Total	321,435	107			
SSUC	Between Groups	,849	1	,849	,153	,696
	Within Groups	587,337	106	5,541		
	Total	588,185	107			
SACQ	Between Groups	,835	1	,835	,041	,840
	Within Groups	2168,165	106	20,454		
	Total	2169,000	107			

Index-variabler

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Signifikans
SNEUASS	Between Groups	21,616	1	21,616	4,391	,039
	Within Groups	521,791	106	4,923		
	Total	543,407	107			
SDOMIN	Between Groups	18,500	1	18,500	3,813	,053
	Within Groups	514,268	106	4,852		
	Total	532,769	107			
SAGGNCON	Between Groups	10,891	1	10,891	2,454	,120
	Within Groups	470,405	106	4,438		
	Total	481,296	107			
SPASDEP	Between Groups	0,0025	1	0,0025	,001	,982
	Within Groups	529,405	106	4,994		
	Total	529,407	107			
SSOCIAB	Between Groups	1,415	1	1,415	,287	,593
	Within Groups	522,909	106	4,933		
	Total	524,324	107			

Tabell 5. Medelvärden och spridningar i Symptom Checklist (SCL-90) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lunden

<i>SCL-90-variabler</i>	LVU-flickor vid Lunden (n=69)		LVM-kvinnor vid Lunden (n=69)	
	m	Sd	m	Sd
Somatisering	53,44	12,6	63,37	16,26
Obsessivt-kompulsiv	51,98	13,14	59,12	15,57
Mellanpersonlig sensitivitet	52,25	12,60	53,05	13,31
Depression	55,64	12,17	58,31	12,87
Ångest	59,40	14,69	63,32	18,05
Vrede/Ilska	53,27	13,06	58,51	22,93
Fobiskt tänkande	55,16	14,97	54,63	16,59
Paranoidt tänkande	58,16	13,71	57,02	13,95
Psykticism	56,51	14,69	60,86	18,45
Globalt svårighetsindex	55,87	13,58	61,69	16,23

Tabell 6. ANOVA av variablerna i Symptom Checklist (SCL-90) för LVU- respektive LVM-kvinnor vid Lunden

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TSOMA	Between Groups	2619,241	1	2619,241	11,831	,001
	Within Groups	23910,250	108	221,391		
	Total	26529,491	109			
TOBSKO	Between Groups	1357,607	1	1357,607	6,342	,013
	Within Groups	23117,993	108	214,055		
	Total	24475,600	109			
TMELSE	Between Groups	17,091	1	17,091	,101	,752
	Within Groups	18315,173	108	169,585		
	Total	18332,264	109			
TDEPR	Between Groups	188,606	1	188,606	1,190	,278
	Within Groups	17118,157	108	158,501		
	Total	17306,764	109			
TANGST	Between Groups	409,248	1	409,248	1,456	,230
	Within Groups	30351,015	108	281,028		
	Total	30760,264	109			
TVREDE	Between Groups	730,408	1	730,408	1,917	,169
	Within Groups	41157,046	108	381,084		
	Total	41887,455	109			
TFOBI	Between Groups	7,323	1	7,323	,029	,866
	Within Groups	27487,050	108	254,510		
	Total	27494,373	109			
TPARTAN	Between Groups	34,568	1	34,568	,180	,672
	Within Groups	20736,896	108	192,008		
	Total	20771,464	109			
TPSYK	Between Groups	503,265	1	503,265	1,737	,190
	Within Groups	31286,998	108	289,694		
	Total	31790,264	109			
TGSI	Between Groups	902,445	1	902,445	3,902	,051
	Within Groups	24979,046	108	231,287		
	Total	25881,491	109			

Tabell 7. Post hoc jämförelser mellan SCL-90-värden i fyra grupper av kvinnor med missbruk

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
TSOMA	LVM/LVU	narkomaner	-,57	2,93	,997
		Missbrukare på behandlingshem	-6,76	2,45	,029
		Riksurval LVM-klienter	2,46	4,97	,960
TOBSKO	LVM/LVU	narkomaner	-2,74	2,68	,737
		Missbrukare på behandlingshem	-6,85	2,24	,012
		Riksurval LVM-klienter	2,05	4,55	,970
TMELSE	LVM/LVU	narkomaner	-9,26	3,15	,018
		Missbrukare på behandlingshem	-11,14	2,63	,000
		Riksurval LVM-klienter	-1,05	5,35	,997
TDEPR	LVM/LVU	narkomaner	-3,03	2,45	,602
		Missbrukare på behandlingshem	-7,89	2,04	,001
		Riksurval LVM-klienter	,91	4,15	,996
TANGST	LVM/LVU	narkomaner	2,11	3,08	,902
		Missbrukare på behandlingshem	-6,62	2,57	,049
		Riksurval LVM-klienter	,10	5,22	1,000
TVREDE	LVM/LVU	narkomaner	,24	3,26	1,000
		Missbrukare på behandlingshem	-4,40	2,72	,368
		Riksurval LVM-klienter	,52	5,52	1,000
TFOBI	LVM/LVU	narkomaner	-5,09	3,65	,503
		Missbrukare på behandlingshem	-12,92	3,05	,000
		Riksurval LVM-klienter	,54	6,19	1,000
TPARTAN	LVM/LVU	narkomaner	-2,04	2,85	,891
		Missbrukare på behandlingshem	-8,15	2,38	,003
		Riksurval LVM-klienter	-,44	4,83	1,000
TPSYK	LVM/LVU	narkomaner	,39	3,58	1,000
		Missbrukare på behandlingshem	-12,04	2,99	,000
		Riksurval LVM-klienter	8,18E-02	6,06	1,000

Appendix C

Multipla variansanalyser med MANOVA

C.1 General Linear Model (MANOVA) – BCT och fyra grupper av kvinnor

BCT	Narkoman (112)		LVM/LVU		11 LVM-hem		Behandlingshem	
	m	Sd	m	Sd	m	Sd	m	Sd
OOC	4,09	2,14	4,29	1,77	4,07	2,20	3,73	1,99
OPC	6,75	1,73	6,05	2,01	5,93	1,82	6,52	1,91
ARC	6,25	1,85	5,81	2,02	6,00	1,84	6,55	1,73
OCC	6,71	1,93	6,14	2,10	7,00	1,80	6,53	1,96

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Eta Squared
GR	Wilks' Lambda	,928	2,000	12,000	841,64	,022	,024

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type I Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
GR	Oral optimism - stanine	15,624	3	5,208	1,329	,265	,012
	Oral pessimism - stanine	32,093	3	10,698	3,021	,030	,027
	Analt reaktiv karaktär - stanine	27,847	3	9,282	2,623	,051	,024
	Omnipotent kompulsiv karaktär - stanine	23,392	3	7,797	1,965	,119	,018

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Oral optimism - stanine	LVM/LVU	narkomaner	,20	,27	,876
		Missbrukare på behandlingshem	,56	,28	,193
		Riksurval LVM-klienter	,22	,56	,980
Oral pessimism - stanine	LVM/LVU	narkomaner	-,70	,25	,027
		Missbrukare på behandlingshem	-,48	,27	,284
		Riksurval LVM-klienter	,12	,53	,996
Analt reaktiv karaktär - stanine	LVM/LVU	narkomaner	-,44	,25	,301
		Missbrukare på behandlingshem	-,73	,27	,032
		Riksurval LVM-klienter	-,19	,53	,985
Omnipotent kompulsiv karaktär - stanine	LVM/LVU	narkomaner	-,58	,27	,131
		Missbrukare på behandlingshem	-,40	,28	,497
		Riksurval LVM-klienter	-,86	,56	,419

C.2 General Linear Model – MANOVA – CMPS-variabler och fyra grupper

CMPS-variabler	Narkoman		LVM/LVU		Behandlingshem	
	m	Sd	m	Sd	m	Sd
Prestation	4,76	2,21	51,19	2,24	5,13	2,43
Kontaktbehov	4,54	2,02	5,49	2,05	4,72	1,88
Aggression	5,32	1,75	5,51	2,13	5,50	1,98
Jag-svaghet	4,52	2,00	4,06	2,21	5,55	2,16
Skuld	5,48	1,88	4,70	2,10	5,73	1,66
Dominans	5,06	2,11	5,51	2,06	5,10	2,06
Exhibitionism	4,50	2,17	5,23	2,12	4,29	1,94
Autonomi	5,34	1,95	5,81	2,11	5,08	1,89
Att ta hand om	5,22	2,43	5,63	2,48	5,39	2,33
Ordning	5,10	1,50	4,62	1,73	5,65	1,45
Bli omhändertagen	5,04	2,29	4,87	2,34	5,01	2,27
Ja-sägartendens	6,47	2,24	7,17	4,50	7,36	1,94
<i>Faktorindex</i>						
Neurotisk självh.	5,12	2,29	4,93	2,25	5,89	2,26
Dominans	4,84	2,19	5,55	2,23	4,30	1,97
Aggr nonkonform	5,24	1,86	5,69	2,12	4,92	1,84
Passiv dependens	4,74	2,17	4,93	2,22	5,14	2,03
Sociabilitet	4,74	2,02	5,16	2,21	4,82	1,99

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Eta Squared
GR	Pillai's Trace	,092	2,664	9,000	756,000	,005	,031
	Wilks' Lambda	,909	2,693	9,000	608,585	,004	,031
	Hotelling's Trace	,098	2,707	9,000	746,000	,004	,032
	Roy's Largest Root	,075	6,337	3,000	252,000	,000	,070

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type I Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
GR	Achievement	7,486	2	3,743	,705	,495	,006
	Affiliation	43,988	2	21,994	5,558	,004	,045
	Aggression	2,722	2	1,361	,345	,709	,003
	Defence of status - Staninevärde	105,121	2	52,561	11,333	,000	,087
	Guilt - Staninevärde	54,918	2	27,459	7,507	,001	,060
	Dominance - Staninevärde	41,102	2	20,551	5,015	,007	,041
	Exhibitionism - Staninevärde	47,710	2	23,855	5,630	,004	,045
	Autonomi - Staninevärde	25,761	2	12,881	3,201	,042	,026
	Nurturance - Staninevärde	4,640	2	2,320	,400	,671	,003
	Need order - Staninevärde	49,858	2	24,929	9,769	,000	,076
	Succorance - Staninevärde	1,594	2	,797	,149	,862	,001
	Acquiescence - Staninevärde	25,623	2	12,811	1,118	,329	,009

C.3 General Linear Model – MANOVA – CMPS-faktorindex och fyra grupper

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Eta Squared
GR	Pillai's Trace	,120	3,009	10,000	470,000	,001	,060
	Wilks' Lambda	,881	3,074	10,000	468,000	,001	,062
	Hotelling's Trace	,135	3,138	10,000	466,000	,001	,063
	Roy's Largest Root	,127	5,956	5,000	235,000	,000	,112

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type I Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
GR	Neurotic Assertiveness - Staninevärde	45,778	2	22,889	4,463	,013	,036
	Dominance - Staninevärde	73,838	2	36,919	8,084	,000	,064
	Aggressiv nonkonformism - Staninevärde	28,278	2	14,139	3,631	,028	,030
	Passive dependency - Staninevärde	5,371	2	2,686	,581	,560	,005
	Sociability - Staninevärde	8,265	2	4,132	,938	,393	,008

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Neurotic Assertiveness - Staninevärde	LVM/LVU	narkomaner	-,19	,39	,871
		Missbrukare på behandlingshem	-,97	,33	,010
Dominance - Staninevärde	LVM/LVU	narkomaner	,71	,37	,130
		Missbrukare på behandlingshem	1,25	,31	,000
Aggressiv nonkonformism - Staninevärde	LVM/LVU	narkomaner	,45	,34	,385
		Missbrukare på behandlingshem	,77	,29	,021
Passive dependency - Staninevärde	LVM/LVU	narkomaner	,19	,37	,869
		Missbrukare på behandlingshem	-,22	,31	,765
Sociability - Staninevärde	LVM/LVU	narkomaner	,42	,36	,476
		Missbrukare på behandlingshem	,34	,31	,512

C.4 General Linear Model – MANOVA – SCL-90-variabler och fyra grupper

SCL-90-variabler	Narkoman		LVM/LVU		Riksurval LVM		Behandlingshem	
	m	Sd	m	Sd	m	Sd	m	Sd
Somatisering	59,88	14,06	59,31	15,60	56,85	14,63	66,07	20,09
Obsessivt-kompulsiv	58,94	15,74	56,20	14,98	54,15	9,74	63,86	18,56
Mellanpersonlig sensitivitet	61,98	27,45	52,72	12,97	53,77	9,69	63,86	18,56
Depression	60,25	13,50	57,22	12,60	56,31	9,59	65,11	16,73
Ängest	59,60	14,61	61,72	16,80	61,62	15,37	68,34	20,78
Vrede/ilska	56,13	14,81	56,36	19,60	55,85	13,53	60,76	20,41
Fobiskt tänkande	59,94	16,52	54,85	15,86	54,31	12,43	67,76	28,92
Paranoidt tänkande	59,52	14,62	57,48	13,80	57,92	15,55	65,64	20,28
Psykticism	58,69	14,69	59,08	17,08	59,00	12,12	71,12	27,57
Globalt svårighetsindex	61,50	14,69	59,31	15,41	58,15	11,42	68,66	19,82

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Eta Squared
GR	Pillai's Trace	,224	2,203	27,000	738,000	,000	,075
	Wilks' Lambda	,788	2,252	27,000	713,248	,000	,077
	Hotelling's Trace	,256	2,297	27,000	728,000	,000	,079
	Roy's Largest Root	,177	4,847	9,000	246,000	,000	,151

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type I Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
GR	TSOMA	2711,674	3	903,891	3,151	,026	,036
	TOBSKO	2556,568	3	852,189	3,544	,015	,040
	TMELSE	6968,171	3	2322,724	6,986	,000	,077
	TDEPR	3214,358	3	1071,453	5,348	,001	,060
	TANGST	3116,012	3	1038,671	3,276	,022	,038
	TVREDE	1157,805	3	385,935	1,088	,355	,013
	TFOBI	8467,751	3	2822,584	6,326	,000	,070
	TPARTAN	3373,690	3	1124,563	4,151	,007	,047
	TPSYK	8390,600	3	2796,867	6,541	,000	,072

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
TSOMA	LVM/LVU	narkomaner	-,57	2,93	,997
		Missbrukare på behandlingshem	-6,76	2,45	,029
		Riksurval LVM-klienter	2,46	4,97	,960
TOBSKO	LVM/LVU	narkomaner	-2,74	2,68	,737
		Missbrukare på behandlingshem	-6,85	2,24	,012
		Riksurval LVM-klienter	2,05	4,55	,970
TMELSE	LVM/LVU	narkomaner	-9,26	3,15	,018
		Missbrukare på behandlingshem	-11,14	2,63	,000
		Riksurval LVM-klienter	-1,05	5,35	,997
TDEPR	LVM/LVU	narkomaner	-3,03	2,45	,602
		Missbrukare på behandlingshem	-7,89	2,04	,001
		Riksurval LVM-klienter	,91	4,15	,996
TANGST	LVM/LVU	narkomaner	2,11	3,08	,902
		Missbrukare på behandlingshem	-6,62	2,57	,049
		Riksurval LVM-klienter	,10	5,22	1,000
TVREDE	LVM/LVU	narkomaner	,24	3,26	1,000
		Missbrukare på behandlingshem	-4,40	2,72	,368
		Riksurval LVM-klienter	,52	5,52	1,000
TFOBI	LVM/LVU	narkomaner	-5,09	3,65	,503
		Missbrukare på behandlingshem	-12,92	3,05	,000
		Riksurval LVM-klienter	,54	6,19	1,000
TPARTAN	LVM/LVU	narkomaner	-2,04	2,85	,891
		Missbrukare på behandlingshem	-8,15	2,38	,003
		Riksurval LVM-klienter	-,44	4,83	1,000
TPSYK	LVM/LVU	narkomaner	,39	3,58	1,000
		Missbrukare på behandlingshem	-12,04	2,99	,000
		Riksurval LVM-klienter	8,18E-02	6,06	1,000

C.5 SCL-90-index General Linear Model – MANOVA – fyra grupper

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Eta Squared
GR	Pillai's Trace	,092	2,664	9,000	756,000	,005	,031
	Wilks' Lambda	,909	2,693	9,000	608,585	,004	,031
	Hotelling's Trace	,098	2,707	9,000	746,000	,004	,032
	Roy's Largest Root	,075	6,337	3,000	252,000	,000	,070

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type I Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
GR	TGSI	4846,427	3	1615,476	5,767	,001	,064
	TPSDI	2192,263	3	730,754	3,169	,025	,036
	TPST	2048,450	3	682,817	4,994	,002	,056
Total	TGSI	1086341,0	256				
	TPSDI	1030405,0	256				
	TPST	906290,000	256				

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
TGSI	LVM/LVU	narkomaner	-2,19	2,90	,874
		Missbrukare på behandlingshem	-9,57	2,42	,000
		Riksurval LVM-klienter	1,16	4,91	,995
TPSDI	LVM/LVU	narkomaner	,32	2,63	,999
		Missbrukare på behandlingshem	-5,50	2,19	,059
		Riksurval LVM-klienter	4,24	4,45	,777
TPST	LVM/LVU	narkomaner	-3,02	2,02	,441
		Missbrukare på behandlingshem	-6,49	1,69	,001
		Riksurval LVM-klienter	-1,35	3,43	,979

Post Hoc Tests – CMPS – kvinnor

Multiple Comparisons

Tukey HSD

			Mean Differen ce (I-J)	Std. Error	Sig.
Dependent Variable	(I) Grupper	(J) Grupper			
Achievement	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,40	,42	,603
			-6,19E-02	,34	,981
	LVM/LVU	narkomaner	,46	,40	,478
			6,19E-02	,34	,981
Affiliation	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,21	,36	,824
			-,77	,29	,022
	LVM/LVU	narkomaner	,98	,34	,012
			,77	,29	,022
Aggression	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,30	,36	,686
			9,32E-02	,29	,945
	LVM/LVU	narkomaner	,20	,34	,824
			-9,32E-02	,29	,945
Defence of status - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	1,00	,39	,026
			1,49	,31	,000
	LVM/LVU	narkomaner	-,49	,37	,389
			-1,49	,31	,000
Guilt - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,22	,34	,791
			1,03	,28	,001
	LVM/LVU	narkomaner	-,81	,33	,038
			-1,03	,28	,001
Dominance - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	-,42	,36	,479
			-,93	,30	,005
	LVM/LVU	narkomaner	,51	,35	,310
			,93	,30	,005
Exhibitionism Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	-,14	,37	,925
			-,94	,30	,005
	LVM/LVU	narkomaner	,80	,35	,061
			,94	,30	,005
Autonomi - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	-,22	,36	,813
			-,72	,29	,037
	LVM/LVU	narkomaner	,50	,35	,318
			,72	,29	,037
Nurturance - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	7,94E-02	,43	,982
			-,24	,35	,767

Forts. nästa sida

	LVM/LVU	narkomaner	,32	,41	,715
			,24	,35	,767
Need order - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,55	,29	,137
			1,03	,23	,000
	LVM/LVU	narkomaner	-,48	,28	,187
			-1,03	,23	,000
Succorance - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	-4,92E-02	,42	,992
			,14	,34	,908
	LVM/LVU	narkomaner	-,19	,40	,881
			-,14	,34	,908
Acquiescence - Staninevärde	Missbrukare på behandlingshem	narkomaner	,89	,61	,309
			,19	,49	,918
	LVM/LVU	narkomaner	,70	,58	,456
			-,19	,49	,918

Based on observed means.

Bilaga

HÄLSOTILLSTÅND

Datum Kodnummer.....

Senaste året före inskrivningstillfället

1 Sjukhusvård senaste året, somatisk klinik **ja** **nej**

2 Om ja, vilken/vilka

3 Om ja, anledning till vården

4 Sjukhusvård senaste året, psykiatrisk klinik **ja** **nej**

5 Om ja, anledning till vården

6 Sökt somatisk specialistmottagning ja nej

7 Om ja, vilken/vilken

8 Om ja, anledning

9 Sökt psykiatrisk mottagning

ja

nej

10 Om ja, anledning(ar)

11 Sökt distriktsläkare eller allmänpraktiker

ja

nej

12 Om ja, anledning(ar)

13 Sjuk senaste året utan att söka vård

ja

nej

14 Om ja, anledning till att inte söka vård

15 Vad hade du för besvär/sjukdom?

16 Fått följande läkemedel förskrivet senaste året:

17 Sjukskrivningsperioder under det senaste året samt anledning:

.....

.....

Hur har du mått allmänt?

.....

Har du delat verktyg Om ja, med vem?

Hur ofta < 10 gånger > 10 gångermellan 50 – 100 gånger >100 gånger

Har du rengjort verktygen? Hur ofta? Hur har du gjort?.....

Tidigare utgivna rapporter i serien "SiS följer upp och utvecklar"

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Kerstin Möller, Arne Gerdner, Anita Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS. (Göran Sandell, Jeanette Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)
- 5/99 Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning. (Håkan Larsson, Märta Ollus)
- 6/99 Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätundersökning av drogberoende män på Rällsögården 1998. (Anders Nyman)
- 1/00 Årsrapport ADAD 97. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/00 Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/00 Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården. (Arne Gerdner)
- 4/00 Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 5/00 Tiden på Älvan och ett år efter... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning. (Anna Michanek, Marianne Kristiansson, Rose-Marie Westermarck, Bella Machado)
- 1/01 Årsrapport ADAD 98. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/01 Flickan och hästen. Bilder från ett hem för särskild tillsyn. (Sven Forsling)
- 3/01 Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/02 Årsrapport ADAD 99. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/02 Unga förövare av sexuella övergrepp. Tunagårdens behandlingsmodell. (Åsa Jeppsson, Inga Tidefors Andersson, Eva Löwdahl)
- 3/02 Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM. (Anette Kindstrand, Tomas Theorin)
- 4/02 SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. (Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson, Stine Malling Thorsen)

