



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Begåvningsnivå och psykiska problem - en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor

Anna Kullman

Psykologexamensuppsats Vol. IX (2007):24

Handledare: Mats Fridell
Examinator: Lars Trygg

Kullman, A (2007). *Begåvningsnivå och psykiska problem - en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor*

Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. IX (2007):24

Abstract

Denna undersökning beskriver begåvningsnivån hos en kohort bestående av 120 unga kvinnor i tvångsvård vid en SiS-institution i Sverige, utredda mellan januari 2001 och maj 2005. Kvinnorna har testats med intelligenstesten WISC-III eller WAIS-R, personlighetstesten BCT, CMPS och SCL-90, samt personlighetsstörningstestet SCID-II. Detta material har analyserats för att undersöka hur kvinnornas begåvningsnivå relaterar till andra faktorer. Analyserna visar att det som främst skiljer kvinnorna i denna undersökning från normalbefolkningen är deras begåvningsnivå samt förekomsten av personlighetsstörningar. IK-nivån för kvinnorna ligger statistiskt säkrat i genomsnitt en standardavvikelse under normalpopulationen. Test av psykologiska personlighetsdrag visar att kohorten i sin helhet hamnar inom en normalvariation, även om personlighetsstörningar är vanligt förekommande. Begåvningsnivån har jämförts med demografiska variabler och personlighetstest. Dessa jämförelser visar signifikanta samband mellan begåvningsnivå och ursprungsland, socialgrupp, skolgång, ätstörning, huvudsaklig missbruksdrog samt enskilda variabler i personlighetstesten.

Nyckelord: Begåvning, intelligens, personlighet, skolgång, tvångsvård.

This study describes the intellectual ability of a cohort consisting of 120 young women in compulsory care at a SiS institution in Sweden, tested and analyzed between January 2001 and May 2005. The women have been tested with the intelligence tests WISC-III or WAIS-R, as well as the personality trait tests BCT, CMPS and SCL-90, and the personality disorder test SCID-II. This material has been analyzed to investigate how these women's intellectual ability relates to other factors. The analyses show that the main difference between the women of this study and the normal population is their level of intelligence and presence of personality disorders. The IQ level of these women is statistically proven on an average one standard deviation lower than the normal population. Tests of psychological personality traits show that this cohort as a whole land within a normal range, even though personality disorders are common. The intellectual ability has been compared to demographic variables as well as personality tests. These comparisons show significant correlations between intellectual ability and land of origin, social class, school records, eating disorders, main substance abuse, as well as separate variables from the personality tests.

Key words: Intellectual ability, intelligence, personality, school, compulsory care.

Tillkännagivanden

Det är ett flertal personer som hjälpt till att färdigställa denna uppsats. Mats Fridell som bistått med ovärderlig hjälp och handledning, Johan Billsten som hjälpt mig samla forskningsmaterial, Iréne Jansson som hjälpt mig med materialsökning, bistått med information om Lunden, kommit med boktips m.m., samt de flickor och kvinnor som varit intagna på Lunden under den period jag valt att titta närmre på.

Vidare vill jag tacka min man Johan för all uppmuntran och kärlek, ditt stöd och alla våra diskussioner, Emilia, Alexandra och Giesela för all barnpassning, min bror för att du lärt mig en massa fina ord och väckte mitt intresse för att studera, min syster för att du fick mig att inse att kvinnor inte hör hemma vid spisen, och mina föräldrar för att ni alltid trott på mig.

Innehållsförteckning

Abstract	1
Tillkännagivanden	2
Innehållsförteckning	3
Begåvningsnivå och psykiska problem – en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor	5
Tvångsvård	7
<i>Lagtexter</i>	7
<i>Statens institutionsstyrelse</i>	8
<i>Lunden</i>	9
Forskningsöversikt	10
Intelligens	10
Lindrig mental retardation och svag begåvning	11
Koncentrationssvårigheter	12
Skolan	14
Missbruk	16
Beteendefaktorer	16
Mål och syfte	19
<i>Frågeställningar</i>	19
Metod	20
Design	20
<i>Datainsamling, bearbetning och analys</i>	20
<i>Urval</i>	21
<i>Ej utredda</i>	21
Bakgrundsdata	21
<i>Journaler</i>	21
<i>ADAD</i>	21
<i>DOK</i>	22
Materialbeskrivning	23
<i>Beskrivning av LVU-materialet</i>	25
<i>Beskrivning av LVM-materialet</i>	25
Instrument	26
<i>Testmiljö</i>	26
<i>WAIS-R och WISC-III</i>	26
<i>DSM-IV</i>	28
<i>BCT</i>	31
<i>CMPS</i>	33
<i>SCL-90</i>	34
<i>Statistiska metoder</i>	35
Resultat	36
Testresultat	36
<i>WISC-III / WAIS-R</i>	36
<i>Personlighetsstörningsdiagnoser</i>	38
<i>Övriga diagnoser</i>	39
<i>Missbruksdiagnoser</i>	40
<i>BCT</i>	41
<i>CMPS</i>	41
<i>SCL-90</i>	42
Sammanfattande beskrivning av materialet	43

Jämförelse mellan begåvningsnivå och bakgrundsdata	45
<i>ADAD-material</i>	48
Jämförelse mellan begåvningsnivå och diagnoser	49
<i>Personlighetsstörningsdiagnoser</i>	49
<i>Övrig klinisk diagnos</i>	49
<i>Missbruksdiagnoser</i>	49
Jämförelse mellan begåvningsnivå och personlighetsdrag	49
<i>BCT</i>	49
<i>CMPS</i>	50
<i>SCL-90</i>	51
Sammanfattning	52
Diskussion	53
Metoddiskussion.....	55
Sammanfattande kommentar.....	56
Slutsatser och förslag till vidare forskning.....	57
Referenser.....	58
Elektroniska resurser	61
Appendix A	63
Appendix B	64
Appendix C	66
Appendix D	67
Appendix E.....	68
Appendix F.....	69

Begåvningsnivå och psykiska problem –
en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor

Det talas sällan om brist på intelligens eller svagbegåvning. Mycket hellre tar man upp faktorer som bristande socialt nätverk eller psykisk ohälsa. Om barn får det stöd de behöver för att klara skolan på ett tillfredsställande sätt kan det bristande nätverket eller den psykiska ohälsan i många fall förebyggas. För vuxna kanske det snarare innebär stöd för att klara en avgiftning eller återanpassning till samhället. Om man tar hänsyn till att många är svagbegåvade och kan ha svårt att förstå vissa ord, att se samband, att förstå orsak och verkan, kanske man på ett bättre sätt kan hjälpa dessa individer till ett bättre liv.

Skoltiden, särskilt under tonåren, ses som problematisk för många. Det finns de som inte är så bra på matematik, men tar igen det på idrotten, de som inte är så bra på bild, men har lätt för engelska. Sedan finns det de som inte är särskilt bra på något. Dessa ungdomar blir ofta de som syns och hörs mest, eller inte syns alls.

De lärare till barn med speciella behov jag talat med inför denna studie har uttryckt en oro framför allt för flickorna i sina klasser. Dessa flickor utmålas som godtrogna, lättlurade och lättledda. Flickorna går inte i särskola, men de är ofta svagbegåvade, och behöver mer uppmärksamhet och stöd än vad som kan ges i en vanlig klass. Några av dem kan inte klockan. Dessa flickor förväntas, när de fyllt 18, klara ett vanligt liv som vem som helst. De har svårt för abstrakt tänkande, men förväntas betala sina räkningar via en Internetbank. De har svårt att läsa mellan raderna, men ska kunna skriva på kontrakt. De vill gärna ha vänner – men förmår inte se när de blir lurade och utnyttjade.

Under 90-talet blev det mer vanligt att man ställde neuropsykiatriska diagnoser på skolbarn (Beckman & Ingvar, 2004). Man fick upp ögonen för barnen med ADHD, Aspergers, och Tourettes syndrom. De flesta av de stökiga barn man diagnosticerade var pojkar. Endast ett av tre barn som diagnosticeras med ADHD är en flicka, visar bl.a. Nadeau, Littman & Quinn (2002), även om man inte är övertygad att detta är hela sanningen, då kriterierna för neuropsykiatriska diagnoser tycks mer anpassad för pojkars beteende. Antagligen skulle ett nytänkande i skolan vara till gagn för alla elever. Troligen är det så att något annat ligger bakom beteendet hos många stökiga barn än en neuropsykiatrisk störning.

Många av de barn som än i dag remitteras till skolpsykolog för utredning görs så på grund av beteendestörning, men mycket ofta hittar man också kognitiva brister hos dessa barn (Adolfsson, Carlsson-Kendall, Dahlström, och Fernell, 2002). Det verkar som det inte längre finns plats för de stökiga barnen i det vanliga klassrummet. Tidigare fanns obs-klasser och

särskild eller allmän kurs i engelska och matematik. Så kom en ny läroplan för skolan, Lpo-94 (Skolverket, 2006), och alla skulle undervisas i samma klass igen. Vem gagnas av det? Troligtvis inte de barn som har det svårast i skolan. Det är inte nödvändigtvis så att dessa barn hade mått bättre av att hamna i en specialklass, men de hade antagligen mått bättre av att deras svårigheter hade uppmärksamats, istället för att de framför allt syns för att de är stökiga i klassrummet.

Pojkar som har svårt att följa med i skolan blir ofta utåtagerande, stökiga och oönskade i klassrummet. De skickas på utredning och får en ADHD-diagnos och så småningom en personlig assistent för att inte störa för mycket i klassrummet. Flickorna sitter snarare längst bak i klassrummet och hoppas att ingen ska märka att de har svårt att hänga med, anstränger sig till sitt yttersta för att få betyg i kärnämnen, och hoppar av skolan till slut (Beckman & Fernell, 2004). De flickor som är svagbegåvade har ofta dåligt självförtroende, de har få kamrater, och är lättleda. Många umgås med pojkar eller män som utnyttjar dem och leder in dem i ett missbruk. Faktum är att både pojkar och flickor introduceras i droganvändningen av pojkar/män, och många av flickorna som missbrukar har börjat för att deras partner är missbrukare. Ingen pojke uppger det som anledning (Andersson, 1990). Till slut hamnar några av dessa flickor och kvinnor på Lundens utredningshem, där det ofta visar sig att om de hade fått rätt stöd i skolan hade de inte behövt hamna där.

Den största faktorn som skiljer dessa flickor från normalbefolkningen är inte personlighetsdragen. Det är begåvningsnivån. Att de dessutom ofta har personlighetsstörning och kommer från svåra hemförhållanden gör dem än mer sårbara. Barn som kommer från utsatta hem, men som är normalbegåvade, klarar sig relativt bra. Svagbegåvade barn, däremot, är i mycket större behov av stöd och hjälp hemifrån.

Samhället sviker därmed en stor grupp människor, både män och kvinnor, som har en problematik vilken gör att de inte är kapabla att klara av allt i dagens samhälle. Vissa klarar sig, med hjälp av stöd från familj och vänner. Andra har inte detta stöd, utan hamnar istället på samhällets bakgård, och klandras för att de inte kan hålla sig på rätt sida om lagen - som för övrigt är abstrakt och därmed svårbegriplig för många, att de inte kan hålla sig drogfria - när alla de umgås med tar droger, att de inte kan ta hand om sina barn - som de inte förstod skulle innebära så mycket jobb. På SiS institutioner hamnar många av dessa flickor och kvinnor för utredning och behandling. Några återkommer gång på gång eftersom de inte klarar av en tillvaro utanför institutionen. Andra kommer aldrig tillbaka, antingen för att de avlidit av sitt hårda leverne, eller för att de äntligen fått det stöd som krävs för att de ska kunna hålla sig drogfria och leva ett normalt liv.

Individerna som hamnar i tvångsvård kan antingen ses som lika, en homogen grupp där de flesta har en personlighetsstörning, kommer från en missbruksuppväxt, har psykisk sjukdom i släkten, och har haft problem i skolan. De kan också ses som olika, som just individer, som kräver behandling utifrån sina specifika svårigheter. Alla som hamnar på Lunden har drogproblematik av ett eller annat slag, men det finns stora skillnader mellan individerna i övrigt. Vad är det som gör att de blir en grupp narkotikamissbrukare, när många kommer från bra hemförhållanden, när många har gått ut gymnasiet? Vad är det som förenar dem?

Man kan välja att se flickorna/kvinnorna som hamnar i tvångsvård som offer för omständigheterna eller som individer som själv valt sin väg som drogmisbrukare, och/eller kriminella. Oavsett hur vi ser på dem är kvinnor i missbruksvärlden utsatta på ett annat sätt än män. De är oftare utsatta för övergrepp, både av sexuellt och av annat slag. Detta är en anledning till att man valt att isolera kvinnorna på Lunden, för att ge dem en fristad (Personlig kommunikation med Irène Jansson, 2007).

Föreliggande arbete kan betraktas som en del av ett kvalitetshöjande koncept för att förbättra tillvaron för de flickor och kvinnor som kommer till Lunden. Förhoppningen är att det som framkommer i denna undersökning ska kunna användas i framtiden vid utredningar och när man utvecklar behandlingsprogram för liknande kohorter.

Tvångsvård

Alla flickor och kvinnor som ingår i denna undersökning har i domstol dömts till tvångsvård. Nedan presenteras utdrag ur de lagar som de är dömda enligt. Följande paragrafer har valts ut för presentation då dessa är centrala för hela Lundens verksamhet. För hela lagarna återfinns hänvisning i referenslistan.

Därefter presenteras Statens Institutionsstyrelse, SiS, samt Lundens Ungdomshem och LVM-hem, som verkställer dessa lagar.

Lagtexter

I Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) står det bland annat att läsa:

Beredande av vård

2 § Vård skall beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Lag (2003:406).

3 § Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård skall också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket. Lag (2006:896).

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) innebär bland annat:

Tvångsvård skall beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Statens institutionsstyrelse

SiS, Statens institutionsstyrelse är en statlig myndighet, vars uppdrag är att vårda ungdomar i åldern 12-21 år av sociala skäl samt vuxna missbrukare. Vården sker oftast med stöd av LVU eller LVM. Dessa lagar innebär att ungdomar och vuxna missbrukare kan omhändertas mot sin vilja för vård och behandling. År 2005 togs 380 flickor och 364 kvinnor in för vård i Sverige (SiS, 2007).

Vid vissa ungdomshem behandlas också ungdomar enligt LSU (Lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård), då de av allmän domstol dömts till sluten ungdomsvård.

SiS bedriver också en omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet. Forskningsarbetet utförs av fristående forskare vid universitet och högskolor. Varje år ger SiS ut ett antal rapporter med forskningsresultat (SiS, 2007).

På LVM-hemmen syftar vården främst till att bryta ett destruktivt missbruk och motivera till frivillig vård. LVU-hemmens vård syftar till att hjälpa individen att skapa förutsättningar för ett liv utan våld, droger och kriminalitet. Verksamheten bedrivs i nära samarbete med den kommunala socialtjänsten, som är de som huvudsakligen remitterar individer för utredning och/eller behandling. Det är socialtjänsten som ansöker om ett LVU eller LVM i länsrätten, vilken avgör om ett omhändertagande ska ske (SiS, 2007).

Lunden

SiS har 49 olika institutioner runt om i landet. En av dessa är Lunden, som ligger på S:t Lars-området i Lund. Lunden har hela landet som upptagningsområde, och består av två olika utredningshem, dels ett ungdomshem för flickor, dels ett hem för missbrukande vuxna kvinnor. Alla intagna har dömts till vård enligt LVU eller LVM. Två psykologer arbetar med utredning av de intagna flickorna och kvinnorna.

Flickorna och kvinnorna som kommer till Lunden utreds här för att man ska få en klar och tydlig bild av individen innan man kan hjälpa henne till fortsatt behandling. I denna utredning ingår olika tester, bl. a. WISC-III, WAIS-R, BCT, CMPS, SCL-90 samt SCID-II. Dessa beskrivs i metoddelen. Ibland används även andra tester, som t.ex. ISSI, EDI-2 och KASAM. Testerna har noggrant valts ut för att passa verksamheten (Personlig kommunikation med Irène Jansson, 2007).

Målgruppen på LVU-hemmet är kvinnor mellan 17 och 20 år med missbruk, psykiska problem och/eller allvarliga psykosociala problem. Det finns tio platser, varav tre är avgiftningsplatser. Vissa kommer bara till Lunden för avgiftning, och förflyttas sedan för utredning och/eller behandling på annan plats. Andra utreds på Lunden innan de förflyttas till behandlingshem.

LVM-hemmets målgrupp är kvinnor med narkotika- eller blandmissbruk, samt kvinnor med svåra psykiska störningar. Lunden, med tolv platser, har också särskilda program för kvinnor med ätstörningar och för gravida kvinnor. Dock är inte Lunden ett konventionellt behandlingshem; programmen finns enbart för att förbättra tillvaron för kvinnorna under utredningstiden. Institutionens uppgift är främst att utreda, avgifta, och motivera klienterna till fortsatt vård i frivilliga former.

Forskningsöversikt

Nedan följer en introduktion till kapitlet och därefter förklaras några av de begrepp som är centrala för studien, innan tidigare forskning presenteras. I de allra flesta sammanhang avser orden barn, ungdomar och individer egentligen enbart pojkar eller män. Därför används ”hon” genomgående i hela detta arbete, då studien fokuserar på kvinnor, även om det mesta som presenteras även gäller för pojkar/män.

Väldigt lite forskning står att finna om begåvningsnivån hos tvångsintagna, män såväl som kvinnor. Koncentrationsproblem, neuropsykiatriska störningar och liknande nämns ofta i relation till missbrukande och kriminella kvinnor, men sällan eller aldrig talas det om deras begåvningsnivå. Likaså saknas mycket psykologisk forskning kring individerna som finns på SiS institutioner. Nästan allt material som belyser de intagnas situation är utfört inom ramen för socialt arbete. På Lunden görs dock en hel del psykologisk forskning kring individerna som varit intagna där, bland annat uppbyggnad av stora konsekutiva material vilket detta arbete är en del av, uppföljningar av drogberoende personer som behandlats på Lunden, samt pågående studier såsom *Uppföljning av LVU- och LVM-vårdade klienter tre till fem år efter vårdtillfälle på Lunden* (Fridell, Jansson, Billsten och Amylon, Kommande publikation). I dessa har man bland annat undersökt graden av drogfrihet fem och femton år efter behandling hos tunga narkotikamissbrukare som vårdats på en psykiatrisk narkomanvårdsavdelning (Fridell, Cesarec, Johnsson Fridell & Kindberg, 1996a; Fridell, Billsten, Hesse & Jansson, 2006; Jansson & Fridell, 2002). Dessa studier får effekter för fortsatt behandling då man får en återkoppling från de intagna själv. Den teori som presenteras nedan är dock framför allt knuten till begåvning, koncentrations- och skolsvårigheter.

Intelligens

Intelligens beskrivs i föreliggande arbete utifrån de resultat som erhållits genom testning med endera WISC-III eller WAIS-R, och räknas i IK-poäng. IK är normalfördelat i populationen, med ett medelvärde på 100 och standardavvikelsen 15. Deltesten i både WISC-III och WAIS-R beskriver ett flertal mentala förmågor, vilka tillsammans indikerar individens allmänna intellektuella förmåga. De förmågor som mäts, bland annat abstrakt resonemang, minne och perceptuell förmåga, är sådana som i någon utsträckning värderas i vår kultur, se närmre i Appendix C. Det är dock viktigt att betona att det inte enbart är kognitiva förmågor som avgör en individs förmåga till intelligent handlande. De test som använts i denna studie mäter inte alla aspekter av en individs intelligens. Det kan finnas andra faktorer som kan bidra till hur begåvning visar sig, såsom planering, entusiasm, ångest, uthållighet och

målmedvetenhet. Dessa kanske snarare är personlighetsdrag och attityder än kognitiva förmågor, vilket stöds av forskning från både kliniska psykologer och statistiker (Wechsler, 1999). Sådana faktorer är dock inte utbytbara mot basal förmåga, utan endast viktiga för helheten. För att få en fullständig bild av en individs kognitiva potential bör testledaren vid en mätning även väga in faktorer som hennes historia, beteende under testsituationen och personlighetsdrag. Testsituationen måste dock anses vara en optimal situation för testpersonen då det är avgränsade uppgifter som ska utföras utan de störningsmoment som finns i vardagen. Resultatet bör således spegla vad som kan förväntas av individen.

En del av den motvilja hos psykologer och andra yrkesverksamma som finns till att använda denna typ av test och att mäta intelligens kommer ur tolkningen, hur man definierar intelligens och vad det egentligen är man avser att mäta. Vad det än är vi mäter, så visar WISC-III och WAIS-R på förmågor som behövs på ett eller annat sätt för att fungera i vårt samhälle, förmågor som hos vissa individer är bristfälliga, varför deras dagliga fungerande kan antas vara nedsatt.

Lindrig mental retardation och svag begåvning

Lindrig mental retardation kallas ibland psykisk utvecklingsstörning, och innebär en intellektuell funktionsnedsättning, med ett IK-värde från 50-55 upp till 70. För att diagnosen ska ställas krävs att symptom visat sig före 18 års ålder. Dessutom krävs att individen har brister i eller nedsättning av den adaptiva funktionsförmågan i minst två av följande avseenden: kommunikation, ADL-färdigheter (Activities for Daily Living), boende, socialt/interpersonellt, nyttjande av offentliga resurser, målinriktning, studier, arbete, fritid, hälsa och personlig säkerhet (American Psychiatric Association, 1995).

Då IK är normalfördelat torde c:a 2,5 % av befolkningen ha en psykisk utvecklingsstörning. Enligt Rasmussen (1990) är dock prevalensen lägre, snarare strax under en procent. Han menar att en anledning till detta kan vara att normeringen är felaktig, då medelvärdet för IK i befolkningen idag ligger högre än 100.

Svagbegåvad är en benämning som används för att beskriva personer med IK mellan 70 och 85 (Adolfsson, Carlsson-Kendall, Dahlström, och Fernell, 2002). Dessa faller inom normalvariationen, men har avsevärda brister i förmågan till abstrakt tänkande. Man kan anta att individer inom detta intervall, bland annat c:a 15 % av svenska skolbarn, har svårigheter inom samma områden som de lindrigt utvecklingsstörda, om än inte i samma utsträckning (Adolfsson et al., 2002).

Gränsen för utvecklingsstörning, och därmed i de flesta fall särskola, går som nämnts tidigare vid IK 70. Det är viktigt då man gör testning t.ex. med WISC-III att ha i åtanke att detta är en konstruerad gräns, resultatet från en IK-testning räcker inte för att diagnostisera utvecklingsstörning (Ahlroos, 2005). Man måste således också se till barnets fungerande i vardagslivet och hennes tidigare utveckling. Intelligenstestet blir oftast bara en bekräftelse på det man redan sett individen ha svårigheter med, då man inte lägger ner tid på att testa en person som tycks fungera bra i samhället (Ahlroos, 2005).

Oftast görs en utredning av en persons intellektuella kapacitet för att utreda vilket stöd individen kan få för att klara vardagen. Man bedömer förmåga vad gäller praktiska färdigheter, sociala färdigheter och akademiska, skolrelaterade färdigheter. Dock ges detta stöd i de flesta fall bara till personer med IK under 70. De individer som ligger mellan 70 och 85 och kan tänkas ha svårigheter att klara sig i samhället på samma villkor som en normalbegåvad individ får inget sådant stöd. Dessa individer beräknas kunna klara sig i en vanlig skolklass, på ett vanligt arbete, och med samma fritidsaktiviteter.

Den sociala definitionen av utvecklingsstörning innebär att den som på grund av funktionshindret inte klarar vissa av de krav som samhället ställer är utvecklingsstörd (Kanold, 2004). Detta torde innebära att vi får fler i den gruppen allteftersom samhället blir mer komplicerat och mångfacetterat. Fortfarande tas ingen hänsyn till dem som är svagbegåvade, alla individer med IK 70-85. Även denna grupp torde öka enligt samma princip.

Barn med sen intellektuell utveckling får det mycket svårare än jämnåriga att förstå vilka intryck som hör till en situation (Kadesjö, 2001). De har svårare att sortera bort irrelevant information, att söka relevanta stimuli för en uppgift, t.ex. vid utveckling av språket, vid begreppsutveckling, och vid träning av koncentrationsförmåga. Adolfsson et al. (2002) menar dock att det är viktigt att betona att det för de svagbegåvade inte bara handlar om att komma ikapp, och att ett extra skolår därför kan anses vara onödigt. Dagens skola, där eleverna själva ska planera, strukturera och självständigt genomföra uppgifter passar inte alla, och kan bli till oöverstigliga hinder för vissa.

Koncentrationssvårigheter

Ofta ser man nog ett överaktivt barn framför sig när man tänker på koncentrationsstörningar. Därför är det viktigt att också uppmärksamma de passiva barnen som ibland kallas dagdrömmare. Koncentrationssvårigheter kan bland annat göra att barnet har svårt att komma igång och hålla fast vid en uppgift. Vid skolstarten blir det mer uppenbart att hon inte riktigt är som andra, utan tycks vara distraherad och långsam (Kadesjö, 2001).

Primära koncentrationssvårigheter kommer till uttryck i de flesta situationer, medan sekundära kan sägas vara situationsbundna koncentrationssvårigheter. Dessa kan komma till uttryck då ett svagbegåvat barn förväntas hänga med på genomgången i klassrummet eller slutföra en uppgift som ligger långt över hennes intellektuella kapacitet. Koncentrationssvårigheten är då en reaktion på en oförmåga att förstå, då uppgiften inte överensstämmer med barnets förmåga, ungefär som om du och jag skulle tvingas lyssna på föreläsningar om kvantfysik hela dagarna. Det kan också förekomma primär koncentrationsstörning hos de svagbegåvade barnen, och är då närvarande i alla situationer (Kadesjö, 2001).

ADHD innebär att man har en koncentrationsstörning, men en koncentrationsstörning behöver inte innebära att man har ADHD. Taylor (2002) menar att en av invändningarna mot det kliniska begreppet ADHD är att symptom som på sin höjd kan betecknas som vanligt störande beteende i vissa fall nu får en diagnos som säger att dessa symptom skulle ha en neurologisk orsak. Många barn, enligt Taylor (2002), hänförs till fel kategori. Den största skillnaden mellan ADHD och beteendestörning är att endast ADHD svarar på medicinering vilket innebär att beteendestörningen måste behandlas på annat sätt.

Om man tillämpar de diagnostiska kriterierna för ADHD som återfinns i DSM-IV, kommer man att förbise många av de flickor som troligen har ADHD (Nadeau et al., 2002). Det verkar som om svårigheterna uppträder senare hos flickor än hos pojkar, vilket gör det svårare att ställa en diagnos, eftersom det enligt DSM-IV måste ha funnits symptom före sju års ålder. Frågan är om de test man idag använder för att utreda huruvida en ADHD-diagnos bör ställas lämpar sig för utredning av flickor såväl som pojkar, för tystlåtna och tillbakadragna såväl som utåtagerande. Beckman & Fernell (2004) menar att dagens kriterier för ADHD-diagnos är alltför knuten till pojknormen. Särskilda kriterier för flickor, och mer forskning speciellt inriktad på flickor och kvinnor skulle behövas. Det tycks så att symptom bilden för ADHD hos flickor är mindre välkänd och därmed mindre accepterad i klassrummet än den hos pojkar (Nadeau et al. 2002). En flicka som glömmar, slarvar eller verkar dåligt motiverad snarare blir tillrättavisad än remitterad till utredning. Några av tecknen på underliggande ADHD-problematik som nämns i Nadeau et al. (2002) och ofta syns hos flickor är skolvägran, låg självkänsla, dålig organisationsförmåga, dålig social kompetens samt tillbakadragenhet i klassrummet.

I ADHD-diagnosen ligger både hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning, men ofta fokuserar man som nämnts ovan främst på den hyperaktiva sidan i ADHD, den sidan som är mer signifikant för pojkar. Dock är det viktigt att påpeka att ADHD inte är ett tidigt stadium av beteendestörning, utan en riskfaktor. Troligen för ADHD med sig de sociala svårigheter

som sedan fungerar som riskfaktorer för att barnet ska utveckla en framtida beteendestörning (Taylor, 2002).

Skolan

Då en elev upplevs som störande i klassrummet blir hon ett ärende för skolpsykologen (Liljegren, 2000). Ofta försöker psykologen finna orsakerna till problemen hos barnet eftersom det är hon som anses störande. Rydélius, Vintila, Rosenwall och Adelborg (2003) menar att insikten om att barns inlärningsförmåga varierar och att deras utveckling och mognad går i olika takt helt enkelt tycks vara borta. Man missar tyvärr ofta de yttre omständigheter som kan bidra till att eleven har svårt att anpassa sig till en klassrumsmiljö, följa med i skolarbetet, och fungera i klassen. Redan här blir det lätt så att man sätter en etikett på barnet, och man försöker hitta vägar för att rätta till felen hos henne. Detta kan innebära specialundervisning, och om det finns tillgängligt kanske man erbjuder eleven plats i särskild undervisningsgrupp. Om man ser ett behov remitteras eleven ofta vidare till barn- och ungdomspsykiatri för vidare utredning. Britta Liljegren (2000) menar att dessa åtgärder påfallande ofta inte leder till någon varaktig problemlösning. Det kan dessutom finnas en fara i att ställa en diagnos eftersom vissa då anser att man legitimerar beteendet och kapitulerar inför möjligheterna att förändra barnets situation. Den vuxne blir nästan maktlös inför diagnosen. Dock krävs oftast en diagnos för att man ska kunna äska extra resurser för eleven (Liljegren, 2000). Extra viktigt blir det att utveckla stödprogram för barn till föräldrar med egna svårigheter. Genom att förbättra barnens miljö borde man kunna utveckla program för att förhindra asocialitetsutveckling. Dagens samhälle ställer allt högre krav på barnen, varför det blir viktigare att förstå hur samhällsfaktorer kan inverka stödjande eller stjälpande för det enskilda barnet (Rydélius, 2002).

Ett barn med begränsad intellektuell kapacitet kan så småningom få svårt att klara skolan och fungera i kamratsituationer, där hon ofta uppfattas som barnsligare och lite långsam och dum. Vidare kan man tänka sig att hon får svårare att hänga med i samtal i tonåren då vännerna börjar resonera om mer abstrakta saker. Faktum är att fler och fler barn och ungdomar inte uppnår skolans mål. Av de elever som avslutat åk 9 läsåret 2005/2006 som fått eller skulle ha fått betyg enligt det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet var det 24 % som saknade betyg i ett, flera eller alla ämnen. De som saknade betyg i ett ämne var 8,6 %. 1 % saknade betyg i alla ämnen och har alltså av en eller annan anledning slutat gå i skolan (Skolverket, 2007).

För en del av barnen och ungdomarna som inte når målen är anledningen att de har en bristande förmåga till abstrakt tänkande. Denna brist uppmärksammas inte alltid, vilket gör att många barn lämnas utan det extra stöd som behövs för att de ska klara undervisningen (Adolfsson et al. 2002). Rydelius et al. (2003) varnar för att behovet av fler platser vid SiS särskilda ungdomshem är en indikation på att många barn som är svagbegåvade misslyckas i skolan och tvingas till ungdomskriminalitet för att försörja sig, vilket leder till att de kommer till särskilda ungdomshem och slutligen hamnar i fängelse.

Tidigare kunde man redan på högstadiet välja mellan allmän eller särskild kurs i matematik och engelska. Man kunde också välja en praktisk inriktning istället för ett tredje språk, men dessa möjligheter togs bort med den nya läroplanen Lpo-94. Är det så att skolan i försök att inte peka ut svagbegåvade låtit dem försvinna i gruppen normalbegåvade istället? Rydelius et al. (2003) går så långt som att säga att skolan kan orsaka kriminalitet. Deras undersökning vid ungdomshemmet Lövsta 2001-2003 visar att 65 av 68 konsekutivt intagna pojkar och flickor saknar förutsättningar att klara skolundervisningen utan särskilt stöd. Barn med behov av stöd uppmärksammas i dag för sent eller inte alls, menar Rydelius et al. (2003).

Den andel flickor i relation till pojkar med misstänkt ADHD som remitteras till hälso- och sjukvård varierar mellan en av sex och en av nio. Ändå tyder undersökningar på att andelen flickor i populationen som helhet är betydligt högre, en tredjedel eller till och med hälften (Nadeau et al., 2002; Beckman & Fernell, 2004). Många av dessa flickor är inte utåtagerande (Beckman & Fernell, 2004), utan anstränger sig till sitt yttersta för att göra sig osynliga i klassrummet och undgå lärarens uppmärksamhet. Även om de från början har stor kapacitet att tillgodogöra sig information, kommer de med stor sannolikhet att få svårt att följa med i den ordinarie klassrumsundervisningen. ADHD utgör ett reellt problem för flickor och kan ha stor negativ inverkan på deras prestation och framgång i skolan om de inte upptäcks i tid (Nadeau et al., 2002). Många av de pojkar som felaktigt får en ADHD-diagnos har egentligen beteendestörningar, och då man fokuserar på det beteende som är störande finns det ännu större risk att man missar de som faktiskt har ADHD men kanske inte är störande i klassrummet (Taylor, 2002).

De barn som parallellt med koncentrationssvårigheter också har intellektuella brister, riskerar att få mycket stora problem i samhället (Kadesjö, 2001). De behöver framför allt mycket stöd för att klara skolan, kanske också anpassad skolgång. Enligt Rydelius et al. (2003) finns det en klar koppling mellan dålig skolutbildning, bristfällig social kompetens och kriminalitet. Nedsatt intellektuell kapacitet kan innebära begränsningar i minne, förmåga att

dra slutsatser och generalisera, eller svårigheter att tänka abstrakt och förstå abstrakta begrepp, samt att hantera sociala situationer med många alternativ där man ska fatta beslut.

Undersökningen vid Lövsta Ungdomshem visar att flertalet av de intagna faktiskt saknar möjlighet att klara skolan, trots att de har gått igenom den skolutbildning de förväntas få (Rydellius et al., 2003). Barnen har skolplikt, men man tycks inte längre kunna ställa krav på att skolan tar sitt ansvar.

Missbruk

De svagbegåvade ser sällan sig själv som potentiella förändrare av den egna situationen. Som tonåringar är det större risk för dessa att hamna i missbruk, menar Kadesjö (2001), eftersom drogen kan döva den oro och rastlöshet som de upplever så smärtsam. Narkotika- och alkoholmissbruk kan ofta ses som försök att fly verkligheten, framför allt för ungdomar med primära koncentrationssvårigheter. Flickor använder oftare än pojkar droger för att fly undan problem, för att minska spänning och reducera ångest (Andersson, 1990).

Ett vanligt mönster hos flickor med ADHD enligt Nadeau et al. (2002), är att de ofta börjar experimentera med droger som mycket unga. Biederman et al. (1999) har i en studie rapporterat att flickor med ADHD löper en betydande risk att utveckla beroende eller missbruk av droger. Dessutom är risken att börja röka i tonåren fyra gånger så hög hos flickor med ADHD, menar Biederman et al. (1999). Sambanden mellan missbruk och beteendestörningar, ADHD och/eller begåvning är dock komplext och utreds fortlöpande.

Beteendefaktorer

Ofta uppmärksammas inte att de stökiga barnen har en bristande kognitiv förmåga. Anledningen till att man remitterar dem till psykolog för utredning är snarare beteendemässiga svårigheter. En japansk studie (Harada et al., 2002) har visat på samband mellan uppförandestörning och beteende- och utvecklingsstörning. Av de 33 barn som undersökts på en ungdomsvårdsskola i Japan hade 27 stycken en uppförandestörning enligt DSM-IV. Av dessa diagnostiserades åtta med lindrig mental retardation, och arton befanns ha ADHD. Olsson & Vilhelmsson (2007) har påvisat att begåvningsnivån hos en kohort ungdomar vid en SiS-institution var signifikant lägre än i en normalbefolkning, med ett medelvärde på IK 79,9. 22 % av denna kohort hade en IK-poäng som motsvarade lindrig mental retardation. Flickorna uppvisade dessutom signifikant lägre resultat på variabler som mätte deras psykiska välmående samt relationer till föräldrar och familjen. Vidare ansågs 30 av de 68 ungdomarna i Lövsta-studien

vara svagbegåvade, och 18 stycken hamnade under gränsen för lindrig mental retardation (Rydellius, data från pågående forskningsprojekt, 2007).

När det börjar stå klart för barnet att koncentrationssvårigheterna och begåvningen gör att hon inte fungerar som andra barn, är det inte ovanligt att hon blir nedstämd. I de flesta fallen beror det på att hon upplever livet tungt efter år av misslyckanden och klagomål från omgivningen. Nedstämdheten blir oftast inte tydlig förrän i tio-tolvårsåldern, och kommer ofta till uttryck i ilska och aggressioner mot dem som hon anser vara ansvariga för sin situation. Då hon söker sig till andra tonåringar med samma ilska och frustrationer ökar risken för vidare sociala beteendestörningar, såsom skolk, aggressiva attacker, sexuellt utagerande och missbruk. Rastlösheten kan vara svår att bli fri från, vilket gör att hon utmanar gränser och söker olika vägar att komma från den grå vardagen (Kadesjö, 2001). Taylor har i en fortlöpande serie publikationer visat på att hyperaktivitet i skolåldern var förenat med en hög sannolikhet för en psykiatrisk diagnos, våld och andra antisociala beteenden (2002). En flicka som är i riskzonen för kriminalitet och missbruk verkar dock inte uppmärksammas förrän hon bryter mot samhällets norm genom sin sexuella aktivitet. Det är först när hon kommer till en ungdomsmottagning som hon uppmärksammas och identifieras som en avvikare (Andersson, 1990).

Kadesjö (2001) menar att det dåliga självförtroendet som följer kanske är det allvarligaste problemet för barn med koncentrationssvårigheter. Precis som med alla andra barn är det viktigt att betona och förstärka det positiva beteendet snarare än det negativa, men som föräldrar och/eller lärare kan det krävas extra stöd för att orka med detta.

Att aldrig vara bra på något, att inte hänga med på lektionen, att inte bli vald på fotbollsplanen, att vara illa omtyckt bland jämnåriga för att man startar bråk, sammantaget bygger detta en mycket skör människa. Det skapar en individ som gör allt för att få vara med, som blir påverkbar, som med sitt dåliga självförtroende kan tänka sig nästan vad som helst för att få vara som alla andra. Svagbegåvade är ofta lättleda, har en oklar social ställning, och kan ha svårt att se konsekvenserna av sitt handlande (Kanold 2004). FUB (Föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna) menar att de flesta utvecklingsstörda dessutom har dålig kunskap om vad som är rätt och fel i samhället. Dessa personer längtar efter att få tillhöra en grupp där de inte ses som funktionshindrade, och dras därför lätt till grupper med asocial inriktning i utkanten av samhället, där identiteten som skinhead, kriminell eller politisk aktivist gör att man blir någon att räkna med, där värderingar och normer är annorlunda än i samhället i övrigt. Grupper med tydliga ramar för hur man ska

tycka, tänka och handla kan bli lockande (Kadesjö, 2001; FUB 1996). När så flickorna med nedsatt begåvning blir äldre hamnar många av dem i tvångsvård av en eller annan anledning.

Det är ju dock inte alla svagbegåvade som hamnar i kriminalitet. Stattin (2002) talar om skyddsfaktorer hos barnet och vad dessa kan innebära. Huruvida de endast är motsatsen till riskfaktorer eller ej har diskuterats i många sammanhang. Intelligens är en sådan variabel som diskuterats. Stattin (2002) menar att en skyddsfaktor minskar risken för framtida problem bland de personer som ligger i riskzon för dessa. Intelligens torde spela större roll för dem som kommer från svåra hemförhållanden än för dem som kommer från bättre förhållande, vilket är av intresse för föreliggande studie. Intelligens som protektiv faktor torde således endast ha en marginell betydelse i lågriskgruppen. Det är dock viktigt att påtala att även om skyddsfaktorer kan reducera vissa framtida svårigheter innebär de inte några garantier för att personer som innehar sådana kommer att leva ett lyckligt liv (Stattin, 2002). Det som är en skyddsfaktor i ung ålder kan snarare bli en riskfaktor för andra typer av anpassningsproblem i vuxen ålder.

Mål och syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka en grupp tvångsvårdade flickor och kvinnor avseende begåvning, personlighet och bakgrund, samt hur dessa ser ut i förhållande till normalbefolkningen.

Ett ytterligare syfte är att undersöka huruvida det finns något samband mellan begåvning och demografiska faktorer som familjebakgrund och skolgång, samt de personlighetsdrag som undersöks vid en utredning.

Målet i ett längre perspektiv är att skapa en bättre grund för kvalitetssäkring av utredningar och behandling för de flickor och kvinnor som tvångsvårdas.

Dessutom undersöks om denna grupp tvångsintagna flickor och kvinnor liknar eller skiljer sig begåvningsmässigt från liknande kohorter som nyligen studerats av Olsson & Vilhelmsson (2007), Harada (2002) samt Rydelius et al. (kommande publikation).

Frågeställningar

Vad kännetecknar dessa flickor/kvinnor avseende begåvningsnivå, personlighetsammansättning, missbruk, uppväxtmiljö samt skolgång? Vad är det som är deras största gemensamma nämnare?

Finns det samband mellan

begåvning och bakgrundsfaktorer?

begåvning och personlighetsdrag?

begåvning och skolhistorik?

Är begåvningen beroende av psykisk störning?

Metod

Inledningsvis beskrivs upplägg samt datainsamlingen i undersökningen. Därefter redovisas materialet, vilket inkluderar deltagarna, urval och bortfall. Här används begreppen absolut procent, vilket avser andelen av alla respondenter som lämnat värden, samt valid procent, vilket avser andelen av alla respondenter som ingår i studien. För närmre beskrivning, se SPSS. Slutligen beskrivs de instrument och statistiska metoder som använts för studien.

Design

Föreliggande arbete är en undersökning av en konsekutiv kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor som vårdats vid Lundens LVU- respektive LVM-hem mellan januari 2001 och maj 2005. Arbetet kan betraktas som en integrerad del av ett kvalitetskoncept.

Data från journaler har systematiserats och kompletterats och därefter har variabler valts ut för vidare bearbetning. Tillstånd att utföra studien har inhämtats från institutionschef Rickard Amylon.

Datainsamling, bearbetning och analys

Materialet till arbetet insamlades från psykologjournalerna, och de protokoll och övriga anteckningar som fanns att tillgå kategoriserades och systematiserades. All väsentlig information från journalerna har registrerats i SPSS, som har använts för behandling, lagring och bearbetning av all data. För att få en så bred bild av individerna som möjligt har filerna därefter kompletterats med ytterligare information ur inskrivningsformulären ADAD och DOK. Valet av demografiska variabler som bearbetats och redovisas är dels baserat på relevans för undersökningen, dels på basis av vilka uppgifter som varit möjliga att hitta i materialet. Vidare har data från WISC-III och WAIS-R registrerats. De personlighetsinstrument som använts för denna studie är BCT, CMPS, SCL-90 och SCID-II. Då all data insamlats, gjordes analyser med hjälp av SPSS för att söka finna samband och skillnader i materialet, för att se hur de olika variablerna relaterade till varandra. Materialet har i vissa kategorier klassindelats för att få en mer överskådlig bild. Detta gäller t.ex. diagnoser och IK-poäng.

Identifierbar data finns endast på Lunden, allt material som tagits därifrån för ytterligare bearbetning har avidentifierats.

Under hela arbetet fördes en forskningsdagbok.

Urval

Materialet är en konsekutiv kohort, där alla de flickor och kvinnor som genomgått utredning vid Lunden mellan januari 2001 och maj 2005 har inkluderats. Kohorten valdes ut för att ligga så nära i tid som möjligt, men tillräckligt långt tillbaka för att bli så stor att den kan anses vara ett representativt urval. Under denna tid skrevs 148 flickor in på LVU-avdelningen, och 145 kvinnor på LVM-hemmet. Av dessa utreddes 66 respektive 54 individer, vilka alla ingår i denna undersökning. Den totala kohorten är således 120 individer.

Ej utredda

Alla flickor/kvinnor som kommer till Lunden utreds inte. Detta beror i de flesta fall på att de endast är placerade för avgiftning inför förflyttning vidare till annat utrednings-/behandlingshem. Avsikten med placeringen har aldrig varit utredning. Andra är för kort tid på Lunden för att det ska vara möjligt att göra en fullständig utredning. Ibland har psykologen valt att avstå vissa test på grund av risk för inlärningseffekt. Det innebär att för att denna testning ska ge ett tillförlitligt resultat måste gå en viss tid sedan förra testningen för att man ska kunna förvissa sig om att testpersonen inte kommer ihåg tidigare testningar, och gäller framför allt WAIS-R och WISC-III.

För några av individerna saknas värden på olika variabler. Detta kan bero på att man haft svårt att motivera dem till full testning, eller för att kvinnorna helt enkelt inte vetat svaret på alla frågor.

Bakgrundsdata

Nedan beskrivs ADAD, DOK samt journalerna ur vilka bakgrundsinformation till undersökningen hämtats.

Journaler

Alla flickor och kvinnor som utreds på Lunden får en journal, där all information samlas, i enlighet med Patientjournallagen (Spri, 1997). Här samlas testresultat, utredningsutlåtande samt i förekommande fall annan information som anteckningar, samtalslogg och liknande.

ADAD

Adolescent Drug Abuse Diagnosis används framför allt som inskrivningsformulär för LVU-hemmet och har använts vid SiS institutioner sedan 1997 (SiS, 2006). Det är ett standardiserat instrument, en strukturerad intervju för unga drogmissbrukare utvecklat i USA (Friedman & Utada, 1989). Den svenska versionen följer den amerikanska, men är anpassad

för svenska förhållanden. Instrumentet ger information om individens livserfarenheter, attityder, känslor och beteende, som kan bidra till och eventuellt interagera med hennes användande av alkohol och/eller narkotika. Intervjun tar vanligtvis en till två timmar, och genomförs oftast vid ett tillfälle, tre till fyra dagar efter att individen anlärt till institutionen (Söderholm Carpelan, Hermodsson & Öberg, 2000).

ADAD syftar till att dels diagnostisera för behandlingsplanering, dels att ge en grund för forskning. De nio områden som ingår i ADAD innefattar bl.a. skolgång, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk och fysisk hälsa samt missbruk (Friedman & Utada, 1989).

Variablerna som berör skolgång samt kamrater i föreliggande arbete är främst hämtade från ADAD.

DOK

DOK är ett kartläggningsinstrument som används både vid inskrivning och utskrivning från LVM-hemmet. Det är ett utvärderings- och dokumentationssystem som utvecklats i samarbete mellan Statens Institutionsstyrelse, och Institutet för Kunskapsutveckling inom Missbrukarvården (Melin & Näsholm, 1998), således gemensamt av forskare och behandlare.

Inskrivningsformuläret DOK täcker bland annat in uppväxt, utbildning och försörjning, boende och levnadsform, familjesituation, kriminalitet, drogrelaterad information, samt fysisk och psykisk hälsa. DOK ger underlag för utredning och behandlingsplanering samt ger möjlighet till en dialog kring bland annat behandlingsbehov och klientens tidigare upplevelser (Billsten, 2007).

Variablerna som rör skolhistorik samt sociala relationer i föreliggande arbete är främst hämtade från DOK.

Materialbeskrivning

Materialet består av 66 unga kvinnor intagna på LVU-hemmet samt 54 kvinnor intagna på LVM-hemmet. Demografisk information om flickorna och kvinnorna presenteras nedan, i Tabell 1 huvudsakligen insamlad från journaler, och i Tabell 2 huvudsakligen insamlad från DOK-/eller ADAD-intervjuer. Det finns ett relativt stort selektivt bortfall, varför n anges efter varje variabel. Den absoluta procenten, den faktiska andel som hamnar inom de olika kategorierna presenteras nedan. I Appendix B presenteras samma tabeller med valid procent angiven för de individer som data insamlats från.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av materialet. N anges efter varje variabel LVU/LVM

Variabel		LVU		LVM		Totalt	
		Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Invandrarbakgrund	(n=66/54)	16,7%	11	20,4%	11	18,3 %	22
Socialgruppsstillhörighet	(n=62/32)						
Socialgrupp 1		9,1%	6	3,7%	2	6,7 %	8
Socialgrupp 2		25,8%	17	5,6%	3	16,7 %	20
Socialgrupp 3		59,1%	39	50%	27	55 %	66
Skolgång	(n=61/53)						
Ej avslutad grundskola		36,4%	24	25,9%	14	31,7 %	38
Avslutad grundskola		50%	33	46,3%	25	48,3%	58
Avslutad gymnasieskola		6,1%	4	22,2%	12	13,3 %	16
Högskola		-	-	3,7%	2	1,7%	2
Civilstånd	(n=66/54)						
Ensamstående/skild		95,5%	63	74,1%	40	85,8 %	103
Sambo/Gift		4,5%	3	25,9%	14	14,2 %	17
Antal barn	(n=66/54)						
0		97%	64	63%	34	81,7%	98
1		3%	2	25,9%	14	13,3%	16
2 eller fler		-	-	11,1	6	5%	6
Missbruk i uppväxten	(n=62/52)						
- Ja		63,6%	42	51,9%	28	58,3%	70
- Nej		30,3 %	20	44,4 %	24	36,7 %	44
Psykisk sjukdom i familjen	(n=59/46)						
- Ja		53%	35	44,4%	24	49,2%	59
- Nej		36,4 %	24	40,7 %	22	38,3 %	46
Huvudsaklig boendeform	(n=65/53)						
Egen bostad		13,6%	9	40,7%	22	25,8 %	31
Hos föräldrar		33,3%	22	3,7%	2	20 %	24
Tillfällig lösning		10,6%	7	18,6%	10	14,1 %	17
Institution		34,8%	23	9,3%	5	23,3%	28
Bostadslös		6,1%	4	25,9%	14	15 %	18
Ätstörning	(n=61/53)	21,2%	14	38,9%	21	29,2%	35

Tabell 2. Demografisk beskrivning av materialet. N anges efter varje variabel LVU/LVM

Variabel		LVU		LVM		Totalt	
		Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Lässvårigheter	(n=48/44)	4,5 %	3	3,7%	2	4,2%	5
Antal nära vänner	(n=48/42)						
0		4,5 %	3	25,9%	14	14,2%	17
1		4,5 %	3	11,1%	6	7,5%	9
2-4		40,9 %	27	22,3%	12	32,5%	39
5-9		18,1 %	12	14,9%	8	16,6%	20
10 eller fler		4,5 %	3	3,7%	2	4,1%	5
Har vän att tala förtroligt med	(n=48/42)	66,7 %	44	51,9%	28	60%	72

Invandrarbakgrund innebär dels född utomlands av utländska föräldrar, dels född i Sverige av utländska föräldrar.

Socialgruppsstillhörighet – då det mer sällan anges vad kvinnornas föräldrar arbetar med är bortfallet för denna variabel större på LVM- än LVU-hemmet.

Skolgång - eftersom flertalet av de intagna på LVU är så pass unga att de inte hunnit komma till gymnasieåldern, är denna siffra möjligen missvisande låg.

För både ”**Missbruk i uppväxtfamiljen**” och ”**psykisk sjukdom i familjen**” gäller att detta är vad de intagna själv uppgett. Då journalen inte ska innehålla information om någon annan än den intagne själv kan det tänkas att dessa siffror egentligen är högre.

Lässvårigheter - med tanke på den låga siffran är det rimligt att anta att flickorna och kvinnorna i sin svar avser diagnostiserade sådana.

Ätstörning avser anorexi, bulimi samt ätstörning UNS och inkluderar både diagnostiserade samt självrapporterade ätstörningar.

För LVU-materialet finns ytterligare information som beskriver flickornas upplevelse av skolan, hämtad från ADAD-formulär. Detta presenteras i Tabell 3, och även här anges absolut procent och absolut antal.

Tabell 3. Skolrelaterad information om LVU-kohorten (n=48)

Variabel	Procent	Antal
Gått om någon klass	15,2 %	10 st
Skolkat i många ämnen	60,6 %	40 st
Svårt att hänga med i undervisningen	39,4%	26 st
Störande i klassen	42,4%	28 st
Fått specialundervisning i grundskolan (n=47)	43,9%	29 st
Gått i särskola (n=47)	3 %	2 st
Dagdrömmer ofta	36,4%	24 st
Utråkad	56,1%	37 st

Beskrivning av LVU-materialet

Kohorten består av 66 flickor mellan 16 och 20 år. Medelåldern vid tiden för utredning var 18,5 år. 17 % hade invandrarbakgrund, och merparten, 59 %, tillhörde socialgrupp 3. Nära 40 % hade inte avslutat grundskolan, och endast 6% hade avslutat gymnasiet. 5 % har uppgett att de har lässvårigheter. En femtedel av kvinnorna uppgav att de hade en ätstörning.

Tre av kvinnorna var sambo, två i kohorten hade barn. 5 % ansåg sig inte ha några nära vänner, och en tredjedel av flickorna hade ingen att tala förtroligt med.

64 % av kvinnorna har uppgett att det förekom missbruk i uppväxtmiljön, och 52 % att psykisk sjukdom finns i familjen. En fjärdedel har vuxit upp utan vare sig missbruk eller psykisk sjukdom, medan mer än hälften har upplevt båda.

En tredjedel av individerna bodde hos en eller båda föräldrarna, och en något större grupp uppgav institution som sitt huvudsakliga boende. 6 % var bostadslösa. 14 % hade egen bostad, en av tio hade löst sitt boende tillfälligt.

Beskrivning av LVM-materialet

Denna kohort består av 54 kvinnor mellan 18 och 40 år, med en medelålder på 25,9 år vid tiden för utredning. 20 % av kvinnorna hade invandrarbakgrund, och minst hälften tillhörde socialgrupp 3. En fjärdedel av kvinnorna hade inte avslutat grundskolan, dock hade en nästan lika stor del hade avslutat gymnasiet. Nästan hälften hade endast avslutad grundskola. Endast 4 % av kvinnorna uppgav att de hade läs- och/eller skrivsvårigheter. Nära 40 % hade en ätstörning, alltså dubbelt så många som i LVU-kohorten.

Tre fjärdedelar av kohorten var ensamstående, en fjärdedel var sambo eller gifta innan de togs in på Lunden. 20 av kvinnorna hade barn. En fjärdedel av kvinnorna uppgav att de inte hade någon nära vän, och nära hälften av kvinnorna hade inte någon att tala förtroligt med.

Mer än hälften har uppgett att de hade missbruk i uppväxtfamiljen, och 44 % att psykisk sjukdom förekom i deras familj. En tredjedel av kvinnorna uppgav att de vuxit upp utan vare sig missbruk eller psykisk sjukdom, och lika många hade vuxit upp med både och i familjen.

En fjärdedel av kvinnorna var bostadslösa. 40 % hade egen bostad, 19 % hade löst boendet tillfälligt, 4 % bodde hos föräldrarna, och 9 % var institutionsboende.

Instrument

Till grund för föreliggande arbete ligger flera intervjuguider och testprotokoll. Dessa är intelligenstagstesten WISC-III respektive WAIS-R, personlighetstesten BCT, CMPS och SCL-90 samt personlighetsstörningstestet SCID-II.

Testmiljö

Samtliga utredda individer har testats av psykolog och/eller psykologkandidat vid Lundens utredningshem i Lund. De flickor/kvinnor som kommer till Lunden har i de flesta fall ett aktivt drogmissbruk, varför många avgiftas innan utredningen påbörjas. Utredningarna varierar i omfång, framför allt beroende på olika önskemål från socialtjänst.

WAIS-R och WISC-III

WAIS-R och WISC-III är instrument avsedda att mäta begåvning hos vuxna respektive barn. Testen består av en uppsättning standardiserade frågor och uppgifter som ska mäta en persons potential till meningsfullt och målinriktat beteende. Syftet är att mäta viktiga mentala förmågor.

WISC-III är huvudsakligen avsett för barn i åldrarna sex till sexton år. WAIS-R är avsett för individer från 18 år. Testet bör dock inte användas för att mäta extremgruppers förmågor, såsom vuxna förståndshandikappade med IK lägre än miniminivån (IK 27) för helskalan i WAIS-R-normerna, liksom vuxna med mycket hög allmänbegåvning. Inte bara den förväntade begåvningsnivån utan även samspelsfaktorn viktig att ta hänsyn till i valet av test. För en testperson som konstant misslyckats i skolan kan det bli förödande att få uppgifter som hon anser vara för svåra, vilket kan leda till att motivationen lätt försvinner. Här kan det således vara motiverat att välja WISC-III, även om man inte misstänker IK under 27, vilket görs med en del av de kvinnor som testas på Lunden (Wechsler, 1999).

WAIS-R består av elva deltest, sex verbala test och fem performancetest. Poängen på deltesten räknas samman till tre vägda skalor, helskala, verbal skala, samt performanceskala.

WISC-III har ytterligare två performancedeltest. Även poängen i detta test räknas samman till tre vägda skalor, helskala, verbal skala, samt performanceskala. Dessutom beräknas fyra faktorbaserade index, vilka är verbal förståelse, perceptuell organisation, uppmärksamhet samt snabbhet. Tabell 4 visar de olika deltesten i WAIS-R samt WISC-III. För en mer ingående beskrivning av deltesten, se Appendix C.

Tabell 4. *Deltest i WAIS-R respektive WISC-III*

Verbala deltest	Perfomancedeltest
Information	Bildkomplettering
Sifferrepetition	Bildarrangemang
Ordförråd	Blockmönster
Aritmetik	Figursammansättning
Förståelse	Kodning
Likheter	Labyrinter *
	Symbolletning *

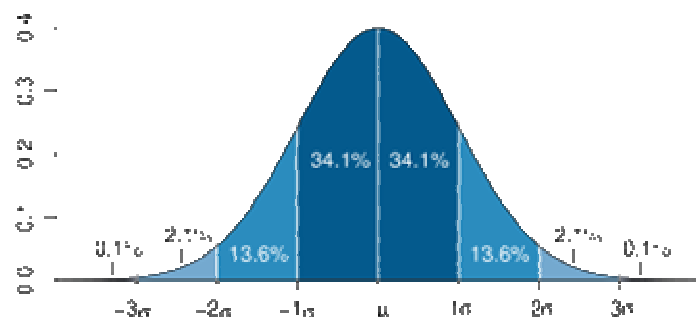
*Deltest som endast finns i WISC-III

Tabell 5 visar reliabilitetskoefficienter för IK-skolor och indexpoäng för WISC-III respektive WAIS-R. Dessa visar på god reliabilitet för både IK-skolor och indexfaktorer (Wechsler, 1999).

Tabell 5. *Reliabilitetskoefficienter för WISC-III respektive WAIS-R. .*

IK-skala	Reliabilitetskoefficient	
	WISC-III	WAIS-R
Hela skalan	0,97	0,97
Verbal	0,98	0,97
Performance	0,94	0,93
Indexfaktorer		
Verbal förståelse	0,97	-
Perceptuell organisation	0,93	-
Uppmärksamhet	0,87	-
Snabbhet	0,88	-

Medelvärde för båda testen är 100, med standardavvikelsen 15. Detta gäller samtliga åldersgrupper, då råpoängen konverteras till IK-skalpoäng för att vara jämförbara över kön och ålder.



Figur 1. Normalfördelningskurva.

IK-poäng är normalfördelat, vilket innebär att omkring två tredjedelar av alla vuxna får en IK-poäng mellan 85 och 115, alltså en standardavvikelse, σ , över respektive under

genomsnittet. Ungefär 95 % får en IK-poäng mellan 70 och 130, således två σ . Mer än 99 % får en IK-poäng mellan 55 och 145, alltså tre σ . Även delskalorna fördelas på samma sätt.

IK-fördelning kan även benämnas kvalitativt, vilket redovisas i Tabell 5. Följande termer är statistiskt definierade.

Tabell 6. *Kvalitativa benämningar samt andel i procent av normalbefolkningen som faller inom intervallen*

IK	Benämning	Andel i %
> 130	Exceptionellt hög	2,2
120-129	Hög	6,7
110-119	Övre normalzon	16,1
90-109	Normalzon	50,0
80-89	Nedre normalzon	16,1
70-79	Låg	6,7
<69	Exceptionellt låg	2,2

DSM-IV

Nedan beskrivs DSM-systemet samt det test som används för att undersöka huruvida en personlighetsstörning föreligger eller ej, SCID-II.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, är en manual som täcker alla nu kända psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar, samt olika substansrelaterade störningar (American Psychiatric Association, 1995). Den senaste upplagan som utgivits på svenska är DSM-IV.

Manualen används för att diagnostisera fem olika axlar, för att ge en så heltäckande bild av individen som möjligt. Axel I avser kliniska syndrom samt andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling. Axel II avser personlighetsstörningsdiagnoser samt utvecklingsstörning. Vidare visar Axel III på somatisk sjukdom eller skada, Axel IV psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter. Axel V avser Global skattning av funktionsförmåga, GAF.

DSM-systemet är standardiserat och baserat på uppskattningar av klientens beteende. Dessa är i detta material kodade med en SCID-screening.

SCID är en strukturerad klinisk intervju för diagnostisering av personlighetsstörning enligt DSM-systemet. Intervjun består av 120 frågor av ja/nej karaktär. Då antalet ja-svar uppgår till en viss summa frågar testledaren vidare inom dessa områden för få en fördjupad bild och på så sätt kunna fastställa huruvida en personlighetsstörning föreligger eller ej.

Personlighetsstörning

Definitionen av vad som karaktäriserar personlighetsstörning skiljer sig mellan olika teoretiska inriktningar. Ottosson (2000) menar att personlighetsdragen hos personen ska ge ett personligt lidande och sociala svårigheter i många olika situationer för att en personlighetsstörning ska kunna anses föreligga. Det är inte ovanligt med multipla personlighetsstörningsdiagnoser och överlappningar, vilket delvis kan handla om att kriterierna för de olika diagnoserna liknar varandra.

I forskningssammanhang är det vanligast att använda sig av de kriterier för personlighetsstörning som står att finna i DSM-IV. Personlighetsstörning beskrivs här som ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Dessutom krävs att ett tillräckligt antal kriterier för de enskilda personlighetsstörningarna är uppfyllda. Vidare får inte symptomen bättre kunna förklaras med psykosocial stress, förstämningssyndrom, någon psykosjukdom eller fysiologiska effekter av någon substans, somatisk sjukdom eller skada (American Psychiatric Association, 1995). I Appendix D återfinns en beskrivning av den mest frekvent förekommande diagnosen i detta arbete, uppförandestörning. För 50 % av de som diagnostiseras med uppförandestörning beräknas denna gå över till en antisocial personlighetsstörningsdiagnos senare i livet. Det innebär att den resterande gruppen anses kunna fortsätta sitt liv utan kriminella förtecken om de ges rätt stöd och behandling.

Personlighetsstörningarna kan delas in i olika kluster, där Kluster A avser de *udda*, B de *dramatiska*, och C de *känsliga*. Tabell 7 presenterar en utförligare bild. För en fullständig beskrivning av de olika personlighetsstörningarna hänvisas till Mini-D IV (American Psychiatric Association, 1995).

Tabell 7. *Personlighetsstörningar enligt DSM-IV indelade i kluster.*

Personlighetsstörning i DSM-IV	Beskrivning
Kluster A eller <i>Udda personlighetsstörningar</i> - Paranoid personlighetsstörning - Schizoid personlighetsstörning - Schizotyp personlighetsstörning	Personer i detta kluster upplevs ofta som udda, säregna eller excentriska, skygga och misstänksamma mot sin omgivning. De använder framför allt en undvikande strategi.
Kluster B eller <i>Dramatiska personlighetsstörningar</i> : - Antisocial personlighetsstörning - Borderline personlighetsstörning - Histrionisk personlighetsstörning - Narcissistisk personlighetsstörning	Dessa personer upplevs ofta som dramatiska, känslostyrda eller konfliktbenägna. De har ofta kaotiska och flyktiga relationer.
Kluster C eller <i>Känsliga personlighetsstörningar</i> - Fobisk personlighetsstörning - Osjälvständig personlighetsstörning - Tvångsmässig personlighetsstörning - Depressiv personlighetsstörning	Personer inom detta kluster kan upplevas som hämmade, inåtvända, ängsliga eller rädda. De har ofta låg självkänsla och ett undvikande eller osjälvständigt beteende.

Övrig klinisk diagnos

Övriga kliniska diagnoser som är intressanta för föreliggande arbete är bl.a. ångeststörningar, dystymi, depression och ADHD. Även dessa diagnostiseras enligt DSM-IV och kategoriseras på Axel I. För beskrivning av olika kliniska diagnoser hänvisas till Mini-D IV (American Psychiatric Association, 1995).

Missbruk

Benämningen substansrelaterade störningar avser främst användandet av droger såsom alkohol och/eller narkotika, men kan även inkludera nikotin eller läkemedel. Både missbruk och beroende definieras som substansbruk som leder till en funktionsnedsättning, där beroende är den allvarligaste formen. Fler kriterier ska uppfyllas för att man ska få en beroendediagnos, såsom ökad tolerans, abstinens, samt allvarliga negativa efterverkningar av substansbruket, även om det finns variationer i problemtyngd hos olika individer.

Missbruk innebär att drogen används upprepade gånger trots de negativa konsekvenser det medför för individen själv och/eller omgivningen. Dock ska inte samtidigt kriterierna för beroende uppfyllas (American Psychiatric Association, 1995). Tabell 8 visar en utförligare beskrivning av DSM-IV-kriterierna för missbruk.

Tabell 8a. *DSM-IV-kriterier för missbruk*

Missbruk: *Två av fyra kriterier skall vara uppfyllda under samma tolv månaders period*

1. Upprepad användning av alkohol och droger som resulterat i att man misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hemmet.
 2. Upprepad användning av alkohol och droger i situationer som medför betydande risker för fysisk skada.
 3. Upprepade alkohol- och drogrelaterade problem med rättvisan.
 4. Fortsatt alkohol- och droganvändande trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur.
-

Tabell 8b. *DSM-IV kriterier för beroende*

Beroende: *Tre eller fyra kriterier skall vara uppfyllda under samma tolv månaders period*

1. Behov av påtaglig dosökning för att nå den önskade effekten.
 2. Abstinensbesvär vid brott av tillförsel av alkohol eller droger.
 3. Alkohol- eller drogintag i större mängd och under längre tid än vad som avsågs.
 4. En varaktig önskan eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget.
 5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på, använda och hämta sig från effekterna av alkohol- eller drogbruket.
 6. Viktiga sociala aktiviteter överges eller minskas p.g.a. alkohol- eller drogbruket.
 7. Bruket av alkohol eller droger fortsätter trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt har förvärrats av alkoholen eller drogen.
-

För utförligare diagnosbeskrivning, se Appendix E.

BCT

Basic Character Trait Test, BCT, är ett personlighetstest med 80 frågor med ja- och nej-svar. Det mäter fyra stabila personlighetsvariabler baserade på grundläggande karaktärsdrag enligt klassisk psykoanalytisk teori, och belyser dimensioner som inte tas upp i andra

personlighetstest. Testet utgör ett komplement till annan testning, är lätt att använda och diskutera med patienterna. Formuläret har utvecklats av Cesarec och Fridell och har en svensk normering som beräknas i staninepoäng och linjära t-poäng, där 5 respektive 50 representerar genomsnittet i en normalbefolkning (Cesarec & Fridell, 2007 & kommande publikation). Tabell 9 presenterar de olika variablernas huvuddrag och deras korrelation med olika diagnoser. För en utförligare beskrivning, se Appendix F.

Tabell 9. *Beskrivning av variablerna i BCT*

	Relationer	Positiva drag	Negativa drag	Störningar
OOO	Socialt sökande	Öppen Impulsiv Social Dristig Tillitsfull	Happy-go-lucky Dependent Oansvarig	Bristande impulskontroll
OPC	Fientligt avvisande	Ambitiös Självständig	Passivt aggressiv Egocentrisk Asocial Avundsjuk	Depression Missbruk Personlighets- Störning Paranoia
ARC	Kontroll genom att följa regler, normer och moral.	Ordentlig Punktlig Pålitlig Renlig Sparsam	Pedantisk Perfektionistisk Rigid Envis Slösaktig Girig	Depression Ätstörning Paranoia Schizofreni
OOO	Kontroll genom omnipotens och magiskt tänkande	Samvetsgrann Intresserad av religiösa och politiska idéer	Grubblande Tvångsstyrd Obeslutsam Kontrollerad	Tvång Psykotiska Symptom Paranoia Borderline

BCT är normerat på ett slumpmässigt sampel om 1000 personer ur normalbefolkningen. Dessutom har man senare samlat in normal- (n=1022) och patient- (n=1150) material. Reliabiliteten i de fyra variablerna mätt med Cronbachs Alpha varierar från $r=.62$ till $r=.83$, vilket bedöms som tillfredsställande. Variablerna antas ha hög stabilitet över tid. Vidare har BCT hög förmåga att skilja mellan normala och kliniska grupper. Vid normeringen hade patientgruppen ett lägre värde på OOC, och ett högre värde på de tre andra variablerna. Detta be-

kräftar att OOC är en variabel som indikerar friskhet, och att de andra tre indikerar patologi (Fridell, Johnsson Fridell & Cesarec, 1996b; Fridell & Cesarec, 2007).

CMPS

CMPS är ett svenskspråkigt personlighetsinventorium, som utgår från vissa av de psykogenena behoven i Murrays personlighetsteori, och mäter behovsstrukturer. CMPS är ett frågeformulär med 165 frågor, vilka fördelas på 11 behovsvariabler, samt en skala avsedd att mäta svarsstilen Acquiescence, tendens att svara ja respektive nej oavsett frågan. Faktoranalys delar dessutom in frågorna i fem faktorer, som är mer generella och överordnade dimensioner.

Tabell 10a. *Beskrivning av variabler i CMPS*

Varibelnamn		Beskrivning
1. Achievement	(ach)	Prestationsbehov, konkurrensinriktning
2. Affiliation	(aff)	Sällskaps- och vänskapsbehov, kontaktsökande
3. Aggression	(agg)	Impulsiv aggressivitet, irritabilitet
4. Autonomi	(aut)	Behov av autonomi, självständighet, oberoende
5. Defense of status	(dst)	Behov att försvara sin status, jagsvaghet, hålla masken
6. Dominans	(dom)	Behov att dominera och leda andra
7. Exhibition	(exh)	Behov att exponera sig, stå i centrum, uppmärksammas
8. Guilt-feelings	(gui)	Skuldkänslor, plikttrogenhet, överjagskonflikter
9. Nurturance	(nur)	Behov att hjälpa, vårda, ta hand om andra
10. Order	(ord)	Behov av ordning, renlighet, planering
11. Succorance	(suc)	Behov att bli hjälpt, vårdad, tröstad, omhändertagen

Tabell 10b. *Beskrivning av faktorer i CMPS*

Index	Faktor	Består av
I	Neurotisk självhävdelse	Ach, gui, dst, agg
II	Dominans	Dom, exh, dst, gui
III	Aggressiv Non-konformitet	Ord, aut, agg
IV	Passivt beroende	Suc, aff, dst
V	Sociabilitet	Nur, aff, agg

Cesarec & Marke (1990) har funnit att narkotikamissbrukare har extremt låga värden på Faktor I, Neurotisk självhävdelse, vilket överensstämmer med den kliniska erfarenheten att dessa individer saknar och/eller förnekar behov att hävda sig och tycks totalt ointresserade av konventionell status och prestige.

SCL-90

Symptom Checklist, SCL-90, består av 90 frågor och mäter individens skattning av sitt psykiska och fysiska mående under den senaste veckan, hennes subjektivt upplevda besvär. Frågorna delas in i nio subskalor, samt tre globala skalor, vilka används som ett sammanvägt mått på graden av psykopatologi (Fridell, Cesarec, Malling Thorsen & Johansson, 2002). De nio subskalorna samt de globala subskalorna redovisas i tabellerna nedan.

Tabell 11. *De nio subskalorna i SCL-90*

Subskala	Symptom
1. Somatisering (12 items)	Upplevelse av kroppsliga obehag Eventuellt Hypokondri
2. Obsessiv-kompulsivitet (10 items)	Att man känner sig tvungen att tänka vissa tankar eller upprepa vissa beteenden
3. Interpersonell sensitivitet (9 items)	Att man är överobservant på andras beteenden eller förändringar i omgivningen
4. Depression (13 items)	Upplevelser av nedstämdhet
5. Ångest (10 items)	Upplevelser av starkt obehag eller panik
6. Fientlighet/vrede (6 items)	Känslor av aggressivitet mot andra
7. Fobisk ångest (7 items)	Undvikande av bestämda obehagliga situationer
8. Paranoidt tänkande (6 items)	Tankar och känslor av att vara förföljd eller hotad utifrån
9. Psykoticism (10 items)	Splittrat eller förvirrat tänkande

Tabell 12. *De tre globala subskalorna i SCL-90*

Subskala	Mäter:
Globalt svårighetsindex (GSI)	Generell upplevd psykisk besvärnivå (Genomsnittssvaret oavsett subskala)
Positivt symptomstörningsindex (PSDI)	Djupet av de upplevda problemen, samt svarsstil, tendens till förstöring eller förminskning. (Genomsnittet på ej-0-svar)
Totala antalet positiva symptom (PST)	Antalet upplevda symptom (antalet ej 0-svar)

SCL-90 är utvecklad av Derogatis et al. (Fridell, Cesarec et al. 2002), som betonar att skalan beskriver en individs aktuella psykiska status och inte kan betraktas som ett personlighetsdiagnostiskt instrument. Olika psykiatriska tillstånd delar en mängd symptom vilket troligen medför att subskalorna har en del överlappande items. Subskalorna bör således inte användas ensamma för att beskriva ett tillstånd, utan endast som en del av huvudskalan. Den svenska normeringen och standardiseringen av SCL-90 har gjorts av Fridell, Cesarec et al. (2002) på uppdrag av SiS.

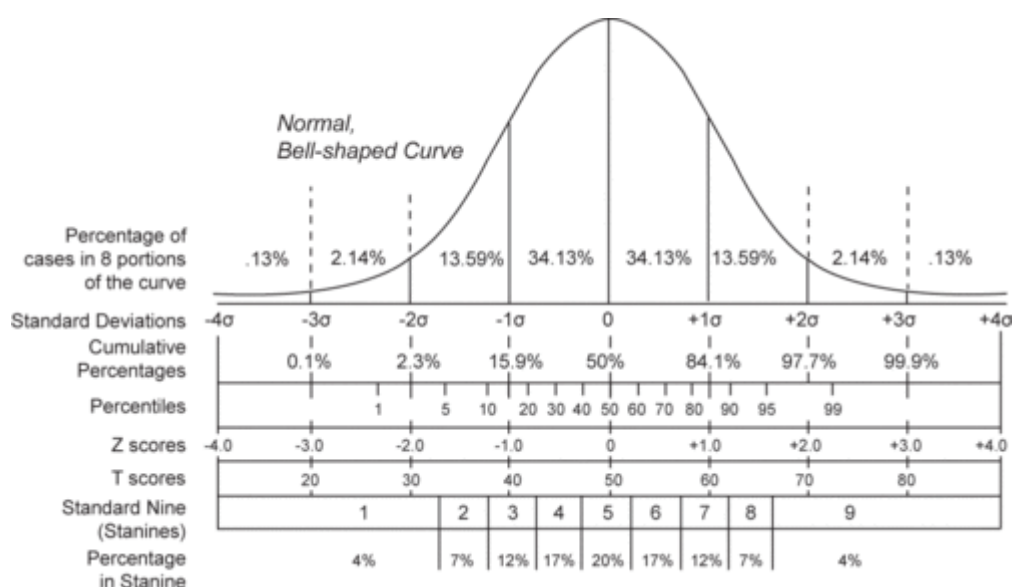
Skalan används bl.a. som screeninginstrument, för gruppjämförelser och evaluering av behandlingseffekt, samt som komplement till andra diagnostiska instrument. Det kan fördjupa

och utvidga bilden av patientens symptom och på så sätt komplettera diagnostiska utredningar (Fridell, Cesarec et al., 2002).

De psykometriska egenskaperna för SCL-90 avseende reliabilitet visar på hög intern konsistens för samtliga skalor, mätt med Cronbachs alfa: .98 i patientmaterialet och .97 i normmaterialet. Interkorrelationen mellan de olika skalorna är hög, $r = .68$ (patientmaterial) och $r = .72$ (normmaterial) i båda materialen. Detta visar på att de mäter en generellt överordnad faktor av psykisk ohälsa. Jämförelser görs med linjära t-poäng för att undvika eventuellt inflytande av köns- och/eller ålderskillnader. 60-80 t-poäng på den aktuella skalan tyder på förekomst av visst psykiskt lidande och värden över 80 visar på kliniska nivåer av psykiska besvär.

Statistiska metoder

Jämförelser av data på nominal-skalenivå har gjorts med χ^2 . ANOVA, envägsvariansanalys, samt t-test har använts för att jämföra medelvärden i olika grupper och skillnader mellan grupper och variabler. Signifikansnivån är satt till $p < 0,05$ och statistisk tendens $p < 0,1$. Samtliga statistiska beräkningar av vikt för föreliggande arbete redovisas i texten. Figur 1 visar hur stor del av normalbefolkningen som hamnar inom de olika intervallen för bland annat IK, med standardavvikelse, σ , och BCT, som använder staninevärden.



Figur 2. Normalfördelningskurva med olika värden och hur dessa fördelar sig

Resultat

Här presenteras de olika resultat som framkommit. Först visas begåvningsnivån, sedan resultat från olika personlighetstest. Därefter görs jämförelser mellan begåvningsnivå och demografiska variabler samt mellan begåvningsnivå och personlighetstesten. Avslutningsvis sammanfattas de resultat som framkommit. Genomgående i tabellerna används Mean, vilket avser medelvärdet, samt SD, vilket avser standardavvikelsen.

Testresultat

Inledningsvis presenteras resultaten från intelligenstesten. Därefter redovisas personlighetsstörningar, övriga kliniska diagnoser och missbruksdiagnoser innan resultaten från de test som mäter personlighetsdrag.

WISC-III / WAIS-R

För både WISC-III och WAIS-R summeras poängen i tre skalor, helskala, verbal skala samt performanceskala. För WISC-III summeras poängen även till fyra ytterligare faktorer, vilka presenteras nedan. Vid Lunden använder man sig av ett konfidensintervall på 95 %, vilket är brukligt inom dessa sammanhang. Fördelningen mellan LVU och LVM är relativt jämn. Tabell 13 visar medelvärde och standardavvikelse för IK-poängen uppmätt i LVU-respektive LVM-kohorten, samt det totala medelvärdet och standardavvikelsen.

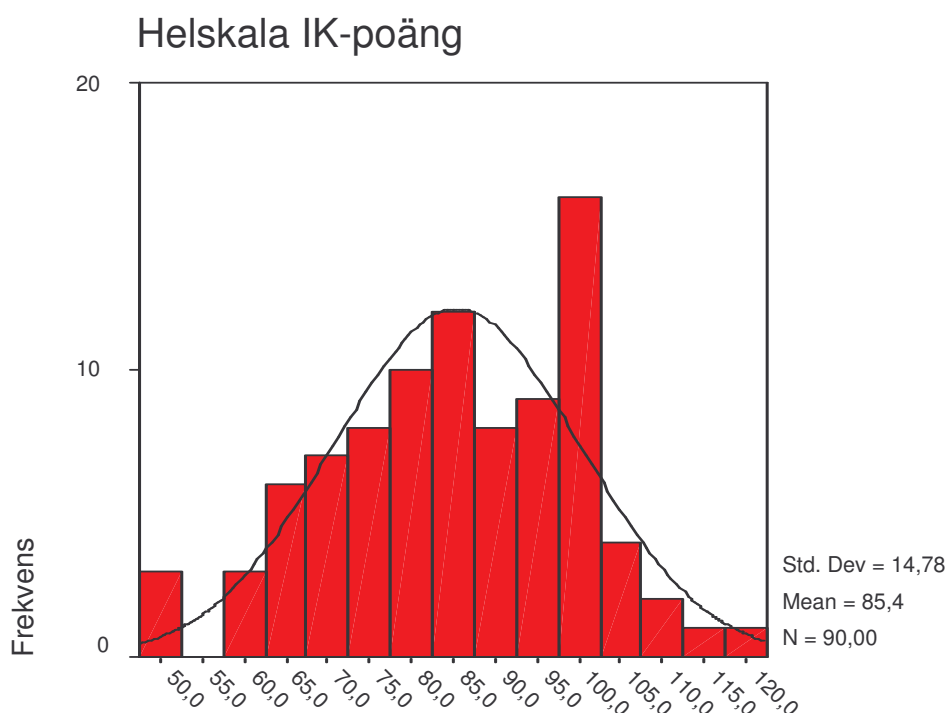
Tabell 13. Medelvärde och standardavvikelse mätt i IK-poäng

Skala	LVU (n=54)		LVM (n=36)		Totalt	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Helskala	85,8	15,41	84,9	13,98	85,4	14,78
Verbal skala	84,0	16,37	85,2	13,43	84,5	15,18
Performanceskala	93,4	14,66	87,9	14,53	91,2	14,77
Verbal Förståelse*	81,0	14,61	-	-	-	-
Perceptuell Organisation*	90,7	17,97	-	-	-	-
Uppmärksamhet*	88,7	12,98	-	-	-	-
Snabbhet*	90,4	18,80	-	-	-	-

*De fyra sista variablerna går endast att utläsa ur WISC-III.

90 av kvinnorna i den totala kohorten har testats med endera WAIS-R eller WISC-III. 32 flickor och kvinnor i LVU-kohorten var testade med WAIS-R, och 22 med WISC-III. Medelvärdet i denna kohort är IK 85,8. I LVM-kohorten har en kvinna testats med WISC-III, och 35 med WAIS-R. Medelvärdet för denna grupp ligger på IK 84,9. Svagast resultat för båda grupperna uppvisades på den verbala delskalan. Figur 3 visar att medelvärdet för kohor-

ten i detta material ligger en standardavvikelse under en normalbefolkning, där medelvärdet är 100 med standardavvikelsen 15.



Figur 3. Fördelning av IK-poäng för helskalan i hela kohorten.

Störst variation finns för skalorna Perceptuell Organisation samt Snabbhet. I övrigt ligger hela kohortens medelvärden i genomsnitt en standardavvikelse under normalmaterialet, med en liten förhöjning på Performanceskalan, i synnerhet för LVU-materialet.

Tabell 14. Antal individer samt procent av kohorten som hamnar inom de olika IK-nivåerna

IK-poäng, hela skalan	Normal-	LVU n=54		LVM n=36		Totalt	
	material	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
50-69	2,5 %	8 st	14,8 %	5 st	13,9 %	13 st	14,4 %
70-84	14,5 %	17 st	31,5 %	12 st	33,3 %	29 st	32,3 %
85-99	34 %	15 st	27,8 %	12 st	33,3 %	27 st	30 %
100-115	34 %	13 st	24 %	7 st	19,4 %	20 st	22,2 %
>116	17 %	1 st	1,9 %	0 st	0 %	1 st	1,1 %

I LVU-kohorten hade 15 % en IK-poäng på 69 eller lägre, och anses således vara lindrigt utvecklingsstörda, jämfört med 2,5% i normalbefolkningen. 46 % hade IK 84 eller lägre. 31 %, alltså nästan en tredjedel av flickorna anses följaktligen vara svagbegåvade, jämfört med 14,5 % i normalpopulationen.

14 % av kvinnorna i LVM-kohorten har en IK under 70, och 33 % har en IK mellan 70 och 84, och anses vara svagbegåvade. Det är uppenbart att denna grupp, såväl som LVU-gruppen ligger långt under normalpopulationen vad gäller IK-nivå.

13 kvinnor/flickor hamnar under gränsen för lindrig mental retardation. En tredjedel av det totala materialet är svagbegåvade. Totalt 47 % av materialet finns en standardavvikelse eller mer under medelvärdet för WISC-III och WAIS-R.

Personlighetsstörningsdiagnoser

Några av flickorna och kvinnorna har mer än en personlighetsstörningsdiagnos. För en flicka och två kvinnor saknas det information om personlighets- eller uppförandestörningsdiagnos, och information om övrig klinisk diagnos saknas för en flicka och fyra kvinnor.

18 flickor och 28 kvinnor hade varken personlighets- eller uppförandestörningsdiagnos. Funna diagnoser i kohorten redovisas i Tabell 15.

Tabell 15. Förekomst av personlighetsstörningar i kohorten

Personlighetsstörning	LVU	LVM	Procent av totala kohorten
Paranoid	1	3	3,4 %
Histrion	1	0	0,9 %
Narcissistisk	2	1	2,6 %
Antisocial	5	8	11,2 %
Borderline	4	7	9,4 %
Dependent	0	1	0,9 %
Tvångsmässig	2	2	3,4 %
Masochistisk	5	4	7,7 %
Fobisk	0	1	0,9 %
Uppförandestörning	39	2	35 %
TOTALT antal diagnoser	59	29	

Hos flickorna i LVU-kohorten fanns 59 st personlighetsstörningsdiagnoser, varav 39 st anses kunna vara av övergående slag, s.k. uppförandestörning. Således har 60 % av LVU-kohorten en uppförandestörning. Det fanns ytterligare 17 övriga kliniska diagnoser i denna kohort.

I LVM-kohorten ser det något annorlunda ut. I denna grupp har endast 2 kvinnor en uppförandestörning, och 23 kvinnor en eller två personlighetsstörningsdiagnoser. Dessutom fanns ytterligare 15 kliniska diagnoser. Tabell 16 visar antalet diagnoser i de olika grupperna samt för den totala kohorten.

34 (30 %) flickor/kvinnor har ingen personlighetsstörnings-, uppförandestörnings- eller övrig klinisk diagnos. Av dessa är 13 från LVU-kohorten och 21 från LVM-kohorten. Övriga redovisas i Tabell 16.

Tabell 16. Antal diagnoser i kohorten

Variabel	LVU(n=65)	LVM(n=52)	Totalt
Uppförandestörning	39	2	41
Personlighetsstörning	20	27	47
Övrig klinisk diagnos	16	15	31
Totalt	75	44	

I Tabell 17 presenteras fördelningen av personlighetsstörningar inom de olika klustren. Här anges valid procent, alltså andelen av de som faktiskt testats för personlighetsstörning.

Tabell 17. Fördelning av personlighetsstörningar inom de olika klustren

Kluster	LVU(n=65)	LVM(n=52)	Totalt (=117)
Udda	0 %	1,9 %	0,9 %
Dramatiska*	61,5 %	30,8 %	47,9 %
Känsliga	6,2 %	13,5 %	9,4 %
Ej Personlighetsstörning	32,3 %	53,8 %	41,9 %

* Här inkluderas uppförandestörning

Det är således en övervägande andel av LVU-materialet som hamnar inom det dramatiska klustret. Även i LVM-kohorten är de dramatiska personlighetsstörningarna mest frekventa, om än inte med samma tyngd. Här finns även en stor andel känsliga personlighetsstörningar. Udda personlighetsstörningar är ovanliga i denna kohort.

Övriga diagnoser

De 17 övriga kliniska diagnoser som fanns i LVU-kohorten var Depression, 6 st, Paniksyndrom, 4 st, Dystymi, 4 st, och ADHD, 2 st. 46 av flickorna har ingen övrig klinisk diagnos enligt denna utredning. Detta är dock inte en garanti för att en sådan inte kan komma att ställas längre fram i tiden. Många diagnoser är svåra att ställa innan patienten varit drogfri under en längre tid eftersom missbruk kan framkalla tillstånd som liknar allt från depression till ADHD.

De kliniska diagnoser som påträffas i LVM-gruppen är Dystymi, 5 st, Ångestsyndrom, 2 st, Paniksyndrom, 2 st, Tvångssyndrom, 1 st, Schizofreni, 1 st, Depression, 1 st, Tourettes syndrom, 1 st, Ätstörning UNS, 1 st, och ADHD, 1 st. Det är alltså en något högre frekvens av diagnoser i LVM-materialet. Andelen med ätstörning, ADHD och andra kliniska diagnoser i denna kohort kan dock inte anges med säkerhet på grund av bristande data då dessa utredningar sällan efterfrågas från Socialtjänstens sida.

Missbruksdiagnoser

I Tabell 18 presenteras de missbruksdiagnoser som uppvisats i respektive kohort. Missbruksdiagnosen baseras på den drog individen uppger som sin huvudsakliga.

Tabell 18. *Missbruksdiagnoser i LVU- respektive LVM-kohorten*

Huvudmissbruk	LVU n=66		LVM n=54		Totalt n=120	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Beroende av alkohol	-	-	4	7,4	4	3,3
Beroende av sedativa	-	-	1	1,9	1	0,8
Opiatberoende	5	7,6	8	14,8	13	10,8
Cannabisberoende	11	16,7	-	-	11	9,2
Amfetaminberoende	19	28,8	21	38,9	39	32,5
Beroende av lösningsmedel	-	-	1	1,9	1	0,8
Blandberoende inkl. opiater	12	18,2	10	18,5	22	18,3
Blandberoende exkl. opiater	15	22,7	10	18,5	25	20,8
Blandberoende UNS	4	6,1	-	-	4	3,3

Alla 66 flickor i LVU-gruppen har en missbruksdiagnos. Den huvudsakliga drogen var för 7,6 % opiater, 16,7 % cannabis, 28,8 % amfetamin. Resterande 47 % hade blandberoende av olika slag.

Även i LVM-kohorten har alla kvinnor en missbruksdiagnos. Huvuddrogen i denna grupp var för 14,8 % opiater, 7,4 % alkohol, och 38,9 % amfetamin. Resterande 39 % hade ett blandberoende av något slag.

I Tabell 19 har missbruksdiagnoserna delats in i tre kategorier för en enklare överblick. Dessa tre inkluderar dels de individer som huvudsakligen använder sig av centralstimulerande droger såsom amfetamin, dels den grupp som använder opiater såsom heroin antingen huvudsakligen eller som en del av ett blandmissbruk, och dels individer som har ett missbruk som inte inkluderar opiater.

Tabell 19. *Missbruksdiagnos indelat i tre kategorier (n=120)*

	Frekvens	Procent
Centralstimulerande	40	33,3
Bland- och huvudmissbruk inkl. opiater	35	29,2
Bland- och huvudmissbruk utom opiater	45	37,5

För hela kohorten gäller således att ungefär en tredjedel finns inom varje kategori. Vanligast i denna kohort är ett blandmissbruk, väldigt få av dessa kvinnor/flickor håller sig till endast en drog.

BCT

Tabell 20. Medelvärde och standardavvikelse för BCT (Staninepoäng)

Variabel	LVU n=61		LVM N=49		Totalt N=110	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
OOO	4,4	2,01	4,5	2,01	4,5	2,04
OPC	6,2	2,17	5,6	2,00	5,9	2,10
ARC	5,6	1,88	6,0	1,60	5,8	1,77
OCC	5,8	2,24	5,8	2,13	5,8	2,18

För LVU-materialet är medelvärdet för variabeln OOC 4,4, för OPC 6,2, för ARC 5,6 och för OCC 5,8. Detta är i linje med tidigare testresultat där patientgrupper normalt får lägre resultat på OOC och förhöjda värden på de tre övriga variablerna (Fridell & Cesarec, 2007). Dock är dessa förhöjda värden så marginella att de anses ligga inom normalvariationen, vilken sträcker sig från stanine 4-6.

För LVM-materialet är skillnaderna mellan medelvärdena mindre, och här är det istället ARC som ligger högst på stanine 6,0, men även detta är inom en normalvariation. Således avviker inte heller kvinnornas resultat påtagligt från normalgruppen.

CMPS

Tabell 21. Medelvärde och standardavvikelse för CMPS (Staninepoäng)

Variabel	LVU n=60		LVM n=53		Totalt n=113	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Achievement	4,6	2,36	4,8	2,31	4,7	2,33
Affiliation	5,1	2,18	5,3	1,92	5,2	2,06
Aggression	5,9	2,10	5,6	1,87	5,7	1,99
Defense of status	3,7	1,87	4,1	2,32	3,9	2,09
Guilt-feelings	4,4	2,11	4,9	1,73	4,6	1,95
Dominans	6,5	1,86	5,4	1,73	6,0	1,87
Exhibition	5,8	1,62	5,4	1,76	5,6	1,69
Autonomi	6,0	1,70	5,1	2,02	5,6	1,90
Nurturance	5,3	2,13	6,2	1,99	5,7	2,11
Order	4,8	1,88	5,4	1,56	5,0	1,76
Succorance	4,4	2,15	5,1	2,22	4,7	2,20
Acquiescence	5,8	1,88	6,4	2,09	6,1	1,99
FAKTORER						
I Neurotisk självhävdelse	4,4	2,28	4,9	2,41	4,6	2,34
II Dominans	6,5	1,68	5,7	1,85	6,1	1,80
III Aggressiv Non-konformitet	6,0	1,75	5,1	1,67	5,6	1,77
IV Passivt beroende	4,2	2,12	5,0	2,19	4,6	2,18
V Sociabilitet	4,8	2,06	5,6	1,80	5,1	1,98

Tabell 21 visar att LVU-kohorten har något förhöjda värden på Aggression, Dominans, Exhibition, och Autonomi. Vidare finns låga värden på Defense of status (Jagsvaghet). Även faktorn Dominans ligger något högt. Detta kan tolkas så att gruppen som sådan har en jagsvaghet och kompenserar detta genom att själv försöka leda och styra andra. Alla värden ligger dock inom normalvariationen vilken sträcker sig från stanine 4 till 6, och man kan endast uttala sig om tendenser till samband. Det går heller inte att säga huruvida bilden ser ut som den gör på grund av flickornas drogmissbruk, eller om de hamnat i missbruket på grund av dessa förutsättningar.

Narkotikamissbrukare har generellt sett enligt Cesarec & Marke (1990) extremt låga värden på Faktor I, Neurotisk självhävande. Siffran kan för vare sig LVU- eller LVM-kohorten i ovanstående tabell anses extrem, men är en indikation på samma tendens. Tabell 21 visar att materialet i denna undersökning inte signifikant skiljer sig från normalbefolkningen på någon variabel.

För LVM-kohorten gäller att värdena ligger ännu närmre genomsnittet, utom för variabeln Nurturance, som är något förhöjd. Inte heller här går det att uttala sig om kausalitet. Det högsta värdet finns på variabeln Acquiescence, vilket innebär tendens att svara ja på frågorna, men även detta värde är inom normalvariationen.

Resultaten från testning med CMPS visar att de största variationerna och spridningarna finns i LVU-kohorten, även om fortfarande liknar ett normalmaterial. Siffrorna för kvinnorna i LVM-kohorten är än mer i linje med normalbefolkningen.

SCL-90

Tabell 22. Medelvärde och standardavvikelse för SCL-90 (T-poäng)

Variabler	LVU (n=63)		LVM (n=52)		Total (n=115)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1. Somatisering (12 items)	50,5	10,22	57,9	14,55	53,8	12,85
2. Obsessiv-kompulsivitet (10 items)	47,5	8,64	57,0	15,90	51,8	13,27
3. Interpersonell sensitivitet (9 items)	47,5	9,72	53,2	14,98	50,1	12,65
4. Depression (13 items)	50,8	11,29	56,1	11,03	53,2	11,44
5. Ångest (10 items)	52,8	12,06	59,9	15,31	56,0	14,02
6. Fientlighet/vrede (6 items)	49,5	11,27	57,5	18,89	53,1	15,63
7. Fobisk ångest (7 items)	51,6	10,46	53,1	10,70	52,3	10,55
8. Paranoidt tänkande (6 items)	51,4	9,74	56,5	13,24	53,7	11,69
9. Psykoticism (10 items)	51,3	8,45	60,9	22,00	55,6	16,67
Globalt svårighetsindex (GSI)	50,8	9,89	60,0	15,14	55,0	13,31
Positivt symptomstörningsindex (PSDI)	54,7	11,49	60,9	12,87	57,5	12,48
Totala antalet positiva symptom (PST)	48,9	9,82	56,3	11,11	52,2	11,02

För LVU-gruppen uppvisas något förhöjda värden på variabeln Ångest, och låga värden på variablerna Obsessiv-kompulsivitet samt Interpersonell sensitivitet. Det är dock viktigt att ha i åtanke att denna skala är avsedd att mäta patientens nuvarande psykiska mående, och inte ensamt räcker för att ställa diagnos eller beskriva ett tillstånd.

Kvinnorna i LVM-kohorten har högre värden på alla variabler. Standardavvikelsen visar på stor spridning inom detta material. Gruppen har en upplevd psykisk besvärnivå, GSI, som ligger en standardavvikelse över normalbefolkningen, vilket är anmärkningsvärt.

Värden mellan 60 och 80 visar på förekomst av visst psykiskt lidande, och värden över 80 visar på kliniska nivåer av besvär. Tabell 23 visar på förekomsten av sådana besvär i kohorten.

Tabell 23. *Förekomst av besvär i antal individer hos LVU- respektive LVM-kohorten, samt procent för totala materialet*

Variabler	LVU (n=63)		LVM (n=52)		Totalt i procent	
	60-80	Över 80	60-80	Över 80	60-80	Över 80
1. Somatisering	12	1	16	5	24,4 %	5,2 %
2. Obsessiv-kompulsivitet	8	0	12	7	17,4 %	6,1 %
3. Interpersonell sensitivitet	7	0	11	4	15,6 %	3,5 %
4. Depression	16	0	17	1	28,7 %	0,9 %
5. Ångest	16	2	16	7	27,9 %	7,8 %
6. Fientlighet/vrede	6	1	13	5	16,5 %	5,2 %
7. Fobisk ångest	11	2	9	2	17,4 %	3,5 %
8. Paranoidt tänkande	12	0	10	3	19,1 %	2,6 %
9. Psykoticism	9	0	9	8	15,6 %	7 %
Globalt svårighetsindex (GSI)	14	0	17	7	26,9 %	6,1 %
Positivt symptomstörningsindex (PSDI)	24	0	25	4	42,6 %	3,5 %
Totala antalet positiva symptom (PST)	10	0	22	0	27,8 %	-

Ovanstående siffror visar på att kvinnorna i LVM-kohorten mår sämre än flickorna på LVU-hemmet. De individer som indikerar kliniska nivåer av besvär är nästan uteslutande från LVM-hemmet.

Sammanfattande beskrivning av materialet

Kohorten i denna undersökning har en genomsnittlig IK-poäng som ligger en standardavvikelse under normalmaterialet, vilket i sig är anmärkningsvärt. Inga andra testresultat visar på så avvikande siffror. LVU-kohorten ligger något högre än LVM-kohorten i IK-poäng. 14 % av kvinnorna/flickorna hamnar under gränsen för lindrig mental retardation, och en

tredjedel är svagbegåvade. Sammantaget innebär det att totalt 47 % av materialet finns en standardavvikelse eller mer under medelvärdet för IK-poäng i normalbefolkningen.

Vad gäller personlighetsstörningar återfinns det övervägande uppförandestörning i LVU-kohorten, något som är ovanligt i LVM-kohorten. 70 % av materialet har antingen en personlighetsstörningsdiagnos och/eller en övrig klinisk diagnos. Alla i materialet har en missbruksdiagnos, och vanligast är blandmissbruk.

För personlighetstesten BCT, CMPS och SCL-90 gäller att de variationer som finns i materialet generellt följer ett normalmaterial. Endast för SCL-90, vilket skattar måendet de senaste 7 dagarna, finns det märkbara skillnader i LVM-materialet som visar på ett förhöjt allmänt psykiskt lidande. Således avviker materialet i denna undersökning inte märkbart från normalbefolkningen vad gäller personlighetsdrag. De få och små samband som finns talar inte om huruvida flickornas/kvinnornas personlighetsdrag gjort att de hamnat i drogmissbruk, eller om det är missbruket som påverkat och slutligen format deras personlighet.

Jämförelse mellan begåvningsnivå och bakgrundsdata

Nedan följer en beskrivning av de samband som hittats vid jämförelse mellan begåvningsnivå och bakgrundsinformation. 90 kvinnor och flickor har testats med endera WISC-III eller WAIS-R. För att undersöka om de grupper som hade en IK-poäng över eller under medianen skiljde sig från varandra delades kvinnorna in i två grupper, med 45 individer vardera. Därefter analyserades dessa grupperas resultat med ANOVA och jämfördes med alla variabler som fanns att tillgå i SPSS. Dessutom undersöktes den genomsnittliga IK-poängen för de olika alternativen i alla variabler.

Inga signifikanta samband mellan begåvningsnivå eller huruvida flickan/kvinnan befann sig på LVU- eller LVM-hemmet hittades. Inte heller om testningen gjorts med **WAIS-R** eller **WISC-III** har något samband med den IK-poäng som uppmätts.

Ålder. Genomsnittsåldern för gruppen över medianen var 21,8 år, och för gruppen under 20,5 år. Denna skillnad var inte signifikant. Dock var det en större, och signifikant skillnad inom LVM-kohorten. Där var medelåldern 23,5 år i den undre mot 27 år i den övre gruppen.

Tabell 24. *Fördelning av ålder i LVM-kohorten över respektive under medianen*

IK-poäng	n	Mean	SD	F	Sig
0-85	19	23,5	3,18	6,090	0,019
86-119	17	27,0	5,22		

Invandrarbakgrund. Huruvida man har invandrarbakgrund eller ej verkar inte spela någon signifikant roll i relation till begåvningsnivån för de tvångsintagna. Däremot spelar ursprungslandet roll för de som har invandrarbakgrund. Alla med bakgrund i ett av de nordiska länderna hamnar i den övre gruppen, medan 5 av 6 från ett utomeuropeiskt land är i den lägre gruppen. Vidare är genomsnittet för den grupp med nordisk bakgrund för helskalan IK 98,7, medan det för den utomeuropeiska gruppen är IK 71,8. Skillnaden är signifikant även för verbal- och performanceskala.

Tabell 25. *Fördelning av ursprungsland i kohorten över respektive under medianen*

IK-poäng	Norden	Utom Norden, Europa	Utom Europa	Sig
0-85	-	4	5	0,032
86-119	6	3	1	

Tabell 26. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till ursprungsland*

Ursprung	N	Mean	SD	F	Sig
Sverige	71	86,5	13,72	5,181	0,002
Norden	6	98,7	6,09		
Utom Norden, Europa	7	75,1	18,42		
Utom Europa	6	71,8	14,69		

Socialgrupp. Detta är den variabel som tydligast korrelerar med begåvningsnivån. Skillnaden mellan grupperna över och under medianen är signifikant. Alla flickor och kvinnor i tvångsvård på Lunden som kommer från socialgrupp 1 är i den lägre gruppen, de svagbegåvade. I socialgrupp 2 tillhör de flesta den övre gruppen, medan individerna är jämt fördelade kring medianen i socialgrupp 3.

Tabell 27. *Fördelning av socialgrupp i kohorten över respektive under medianen*

IK-poäng	Socialgrupp 1	Socialgrupp 2	Socialgrupp 3	Sig
0-85	6	3	26	0,001
86-119	-	15	22	

Tabell 28. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till socialgrupp*

Socialgrupp	N	Mean	SD	F	Sig
1	6	79,5	4,64	3,909	0,025
2	18	94,0	16,61		
3	48	83,6	14,61		

Skolgång. Även här finns en signifikant skillnad mellan grupperna över och under medianen. Den del av kohorten som inte har avslutat grundskolan har en högre andel individer under medianen, och den del som har avslutat gymnasiet har en högre andel över medianen. Med ANOVA framkommer det att begåvningsnivån är högre för de som gått längre i skolan, framför allt för helskala och verbal skala (Verbal skala $p < 0,015$, Performanceskala $p < 0,165$).

Tabell 29. *Fördelning av skolgång i kohorten över respektive under medianen*

IK-poäng	Ej grundskola	Grundskola	Gymnasieskola	Högskola	Sig
0-85	18	23	2	-	0,035
86-119	12	20	11	1	

Tabell 30. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till skolgång*

Skolgång	N	Mean	SD	F	Sig
Ej grundskola	30	80,5	13,5	3,822	0,013
Grundskola	43	85,3	15,6		
Gymnasieskola	13	95,8	10,66		
Högskola	1	100	-		

Inga signifikanta samband fanns mellan begåvning och variablerna **Civilstånd** eller **Antal barn**. Inte heller för **Missbruk i uppväxtfamiljen** eller **Psykisk sjukdom i familjen** uppvisades några signifikanta samband med begåvningsnivå.

Boendeform. Det finns en statistisk tendens att begåvningsnivån är lägre i den grupp där kvinnorna är bostadslösa och något högre för den grupp flickor/kvinnor som har egen bostad ($p < 0,073$). Mellan de andra boendelealternativen finns inga samband med begåvningsnivå.

Ätstörning. Signifikant samband återfinns med begåvningsnivån, där den största delen med ätstörning hamnar i gruppen under medianen ($p < 0,052$). På performanceskalan har den grupp som inte har en ätstörning 7 IK-poäng högre än gruppen med ätstörning.

Tabell 31. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till ätstörning.*

IK-poäng	Ätstörning	Ej ätstörning	Sig
0-85	16	25	0,05
86-119	9	36	

Tabell 32. *Genomsnittlig begåvningsnivå för performanceskalan i IK-poäng relaterad till ätstörning*

	N	Mean	SD	F	Sig
Ätstörning	25	86,4	15,40	4,216	0,043
Ej ätstörning	61	93,6	14,46		

Läsvårigheter. Inga signifikanta samband finns med begåvningsnivå. Dock bör det tilläggas att detta sannolikt endast avser diagnostiserade läsvårigheter, vilket ger något missvisande resultat.

Antal nära vänner. Det finns en statistisk tendens att de som uppgivit att de inte har några vänner har lägre IK-poäng på performanceskalan. ($p < 0,07$), främst för LVM-kohorten. Även de i LVM-gruppen som uppgivit att de inte har någon vän att tala förtroligt med har lägre IK-poäng än gruppen i sin helhet ($p < 0,063$). För LVU-gruppen tycks inte hur många

vänner man har eller om man har någon att tala förtroligt med eller ej ha något samband med begåvningsnivån.

ADAD-material

Variabler för LVU-kohorten som rör skolgången har hämtats från ADAD. Vissa av dessa variabler visar på flickornas subjektiva intryck, varför det inte är möjligt att med säkerhet uttala sig om samband eller tendenser. Inga signifikanta samband har uppvisats mellan begåvningsnivå och **Gått om någon klass, Svårt att hänga med i undervisningen, Störande i klassen, eller Uttråkad.**

Skolkat i många ämnen. De som uppger att de har skolkat mycket har en genomsnittlig IK-poäng som ligger 10 IK-poäng lägre på helskalan än den grupp som inte skolkat, vilket visar på en statistisk tendens ($p < 0,074$). Däremot är det en signifikant skillnad mellan grupperna i den verbala skalan, vilket visas i Tabell 33.

Tabell 33. *Genomsnittlig begåvningsnivå för verbal skala i IK-poäng relaterad till skolk*

	N	Mean	SD	F	Sig
Skolkat	34	81,4	13,59	10,155	0,003
Ej skolkat	7	99,9	15,82		

Specialundervisning. Den grupp som uppger att de fått specialundervisning i grundskolan har i genomsnitt 10 IK-poäng mindre än resten av kohorten ($p < 0,017$). Eftersom de som gått i särskola endast är två stycken går det inte att uttala sig om något samband, särskilt då dessa två hade en IK-poäng på 80 respektive 94, således över den gängse gränsen för särskola.

Tabell 34. *Genomsnittlig begåvningsnivå för helskala och verbal skala i IK-poäng relaterad till specialundervisning*

	Specialundervisats	N	Mean	SD	F	Sig
Helskala	Ja	23	82,3	15,08	6,217	0,017
	Nej	17	92,7	9,56		
Verbal skala	Ja	23	78,5	13,28	8,785	0,005
	Nej	17	91,9	15,27		

Dagdrömmer ofta. Den grupp som uppgivit att de ofta dagdrömde under skoltiden har i genomsnitt 9 IK-poäng högre på den verbala skalan än de som inte anser sig ha dagdrömt i klassrummet ($p < 0,060$). För de övriga skalorna finns inget sådant samband.

Jämförelse mellan begåvningsnivå och diagnoser

Nedan följer en beskrivning av de samband som hittats vid jämförelse mellan begåvningsnivå och personlighetsstörning, övrig klinisk diagnos samt missbruksdiagnos.

Personlighetsstörningsdiagnoser

Det finns inga signifikanta samband mellan begåvningsnivå och specifika personlighets-/uppförandestörningsdiagnoser. Inte heller finns det något samband mellan IK-poäng och huruvida man har en personlighetsstörningsdiagnos eller ej.

Övrig klinisk diagnos

Inget samband finns mellan begåvningsnivå och övriga kliniska diagnoser. Detsamma gäller då jämförelse mellan begåvningsnivå och huruvida en klinisk diagnos föreligger eller ej görs.

Missbruksdiagnoser

Då medelvärdet i IK-poäng räknas ut för de olika missbruksdiagnoserna framkommer att de som huvudsakligen använder sig av opiater har en signifikant lägre IK-nivå på performanceskalan än resten av gruppen ($p < 0,053$). Detta gäller främst för LVM-gruppen, men tendensen finns även för LVU-kohorten.

Tabell 35. *Genomsnittlig begåvningsnivå för performanceskala i IK-poäng relaterad till missbruksdiagnos*

Huvudmissbruk	N	Mean	SD	F	Sig
Opiatberoende	9	76,11	19,55	2,184	0,05
Cannabisberoende	10	93,7	18,23		
Amfetaminberoende	26	94,0	10,66		
Blandberoende inkl. opiater	20	90,3	13,64		
Blandberoende exkl. opiater	21	93,10	14,69		
Blandberoende UNS	3	98,7	3,22		

Jämförelse mellan begåvningsnivå och personlighetsdrag

Nedan följer en beskrivning av de samband som hittats vid jämförelse mellan begåvningsnivå och personlighetsdrag testade med BCT, CMPS samt SCL-90.

BCT

Då kohorten delades in i två grupper över och under medianen, och sedan jämfördes mot de fyra variablerna i BCT fanns inga signifikanta samband. Resultaten på BCT delades

sedan in i tre grupper, stanine 1-3, 4-6 och 7-9. Kohortens medelvärde i IK-poäng jämfördes med dessa tre grupper, vilket gav resultatet som redovisas i Tabell 34. Det är endast i LVM-kohorten de signifikanta skillnaderna och statistiska tendenserna finns, men dessa är så starka att de syns även då hela materialet jämförs tillsammans.

Tabell 36. *Erhållna signifikanta resultat samt statistiska tendenser för BCT*

Variabel	Signifikant/statistisk tendens mot del- och/eller helskala	F	Sig
OOO	LVM mot Verbal skala	2,942	0,069
OPC	Hela materialet mot helskala	3,464	0,036
	Hela materialet mot Verbal skala	4,289	0,017
	LVM mot helskala	3,087	0,061
	LVM mot Verbal skala	4,004	0,029

För OOC gäller att de som ligger inom normalvariationen, stanine 4-6, har en lägre IK-poäng än resten av kohorten. De som ligger på en standardavvikelse eller mer över normalvariationen på OOC har i genomsnitt 14 IK-poäng mer än denna grupp. Detta indikerar att individer som är socialt relaterande, pratsamma, som söker sig till lustfyllda aktiviteter, som är impulsiva men också sublimeringskapabla också är de som presterar bättre på ett IK-test.

Variabeln OPC visar på samband för LVM-kohorten som innebär att de som har lägst IK-poäng också har lägst poäng på OPC, i genomsnitt 17 IK-poäng mindre än de som faller inom normalvariationen för OPC. Detta samband kan vara ett uttryck för låg vitalitet hos de svagbegåvade.

Inga signifikanta skillnader eller statistiska samband finns för variablerna ARC eller OCC.

CMPS

För detta material finns signifikanta skillnader endast i LVU-kohorten, ibland så starka att de syns även då hela materialet jämförs tillsammans. För variabeln Dominans finns en statistisk tendens att de med hög poäng på denna variabel återfinns i gruppen som är över medianen i IK-poäng ($p < 0,058$). Samma gäller för Faktor 2, Dominans ($p < 0,1$). För faktorerna I, III och V uppvisades inga signifikanta skillnader i IK-poäng. Då kohortens medelvärde i relation till faktorerna räknas ut, fås följande resultat.

Tabell 37. *Erhållna signifikanta resultat samt statistiska tendenser för CMPS*

Variabel	Signifikant/statistisk tendens mot del- och/eller helskala	F	Sig
Faktor IV	Hela materialet mot skalan Uppmärksamhet	6,574	0,008
	LVU mot skalan Uppmärksamhet	5,491	0,016
	LVU mot Performance	2,841	0,069

Det är således främst skalan Uppmärksamhet som har ett signifikant samband med Faktor IV, passivt beroende. Detta visar på att de flickor som ligger minst en standardavvikelse över normalmaterialet för Faktor IV har ett resultat på IK-skalan Uppmärksamhet som i genomsnitt ligger minst 15 IK-poäng under resten av materialet, således innebär högt passivt beroende låg uppmärksamhet. Kausalitet, det vill säga hur dessa två korrelerar går dock inte att utläsa ur dessa resultat.

SCL-90

Då IK delas in i två grupper och jämförs med resultaten från SCL-90-testningen uppvisas inga signifikanta skillnader. Inte heller då medelvärdet för IK-poängen jämförs med de olika variablerna för SCL-90 hittas några signifikanta skillnader. LVU-kohorten indelad i två IK-grupper visar dock på en signifikant skillnad för variabeln Interpersonell sensitivitet. De med en IK-poäng över 86 har ett lägre resultat med 5,5 t-poäng för denna variabel ($p < 0,049$), vilket torde innebära att denna grupp är mindre överkänsliga för andras beteenden och förändringar i omgivningen än de som ligger under medianen.

Tabell 38. *Erhållna signifikanta resultat för SCL-90*

Variabel	Signifikant mot del- och/eller helskala	F	Sig
Interpersonell sensitivitet	LVU-kohorten mot helskalan	4,088	0,049

Sammanfattning

Resultaten från IK-mätningen visar att genomsnittet för de intagna flickornas och kvinnornas begåvning ligger klart under genomsnittet i en normalpopulation, generellt sett en standardavvikelse under normalbefolkningens medelvärde. Anmärkningsvärt är också att den låga begåvningen inte direkt tycks korrelera med något annat än individernas skolgång, socialgrupp och huvudsakliga missbruk. Personlighetsstörning, uppväxt, civilstånd, och antal vänner visar inte på några direkta samband med begåvningsnivån. Inte heller personlighetsdragen visar på några samband med begåvningsnivån, vilket är helt i linje med hur det bör se ut, då begåvningsnivå inte ska korrelera med andra personlighetsfaktorer.

Intressant att påpeka är att samtliga intagna som tillhörde Socialgrupp 1 var i gruppen svagbegåvade. Då det inte ser ut så i samhället i övrigt kan man anta att denna grupp blir särskilt utsatta, att de med bättre resurser begåvningsmässigt klarar att hålla sig undan institutionsvård, eller kanske inte ens hamnar i situationer som gör att de behöver tvångsvårdas.

För flertalet av de flickor som varit intagna på Lunden gäller att de haft svårigheter i skolan, men att de antagligen inte syns lika tydligt som hos utåtagerande pojkar. Många har troligen satt sig längst bak i klassrummet och betecknats som lata, dagdrömmare eller långsamma av sina lärare. Dagdrömmarna uppvisar dock en högre IK-poäng än resten av gruppen, vilket visar på att många sannolikt har koncentrationsstörningar och därmed bör utredas vidare.

Diskussion

Att ifrågasätta eller ens diskutera individers intelligens eller begåvning kan vara väldigt känsligt. Ibland anses det så känsligt att man inte ens tar upp frågan, utan utgår ifrån en mall man anser att alla ska kunna följa. Det är då man verkligen kan göra en människa orätt, när man hoppas att alla ska kunna följa samma rehabilitering även om hälften av gruppen är svagbegåvade och inte förstår vad de ska göra. Kanske är det framför allt vi svenskar som är väldigt rädda för att peka ut någon. Ibland är det dock det som är det enda rätta, att peka ut någon och se på hennes svagheter, för att kunna förbättra just hennes situation. Att förbise en så viktig variabel som intelligens kan göra att man fråntar individen hennes rättigheter.

Kohorten som undersökts i denna studie utgör ett stort material på 120 personer. 90 av klienterna är utredda med WAIS-R eller WISC-III, det är således inte fullständigt. En anledning till detta är att man inte började göra testen regelbundet förrän efter några år, utan inledningsvis endast gjorde testen då det ansågs befogat att utreda begåvningsnivån hos klienten, vid misstanke om svagbegåvning. Detta gör förstås att man inte fått resultat från de klienter som kan anses ligga över medelvärdet. Dock medför inte detta att man kan bortse från resultaten i materialet i sin helhet, i absolut procent, då dessa klart ligger under normalbefolkningens IK-poäng, och ger en uppfattning om hur gruppen i sin helhet ser ut.

För denna kohort var medelvärdet för helskalan IK 85,4, vilket är något högre än vad Olsson & Vilhelmsson (2007) fann i sin studie. Där var 62 % av kohorten en standardavvikelse eller mer under normalpopulationen, och hade därmed IK 85 eller lägre, jämfört med 47 % i föreliggande kohort. Dock visar siffrorna på samma tendenser men vad skillnaderna beror på går inte att uttala sig om här, utan måste analyseras djupare i ett annat sammanhang. Även undersökningen som gjordes vid Lövsta visar på lägre siffror för IK-poäng, där 70 % hamnade under gränsen för svagbegåvning (Rydellius, data från pågående forskningsprojekt, 2007). Föreliggande material visar också på något lägre siffror än de i undersökningen av Harada et al. (2002). Det är sannolikt att ett japanskt ungdomshem skiljer sig från ett svenskt, varför studierna inte är helt jämförbara, men det är intressant att liknande studier görs på flera ställen runtom i världen.

Inlärningssvårigheter ska inte påverka IK-poängen, men det torde vara en möjlighet att inlärningssvårigheter innebär att man får svårare att tillägna sig information i skolan, vilket senare visar på skillnader mellan verbal och performance-förmåga, såsom påvisats i Nadeau et al. (2002), och är tydligt i föreliggande material. I informationssamhället ställs det högre krav på snabb inlärning, vilket påverkar de svagbegåvades förmåga att klara sig än mer.

Andelen med lässvårigheter är förvånansvärt låg (4,2 %) med tanke på individernas prestationer på IK-test. Troligtvis beror denna låga siffra av diagnostiserade lässvårigheter på att flickorna/kvinnorna inte fått de utredningar, det stöd och hjälp de hade behövt, skolan tycks helt enkelt missat att diagnostisera det uppenbara. Det är rimligt att anta med tanke på gruppens låga IK att en större andel haft svårigheter av detta slag i skolan.

De signifikanta resultat som framkommit är bl.a. att de flickor och kvinnor som har invandrabakgrund skiljer sig begåvningsmässigt från varandra. De med utomnordisk bakgrund låg lägre i IK-poäng än resten av kohorten. En teori är att det är svårare för de med utomeuropeisk bakgrund och samtidig svag begåvning att klara sig i det svenska samhället, medan det för de nordiska flickorna och kvinnorna spelar mindre roll att de har invandrabakgrund, de har ungefär samma förutsättningar som svenska ungdomar. En annan möjlighet är att dessa flickor och kvinnor inte har en lägre IK-poäng, men att instrumenten som används är alltför bundna till det svenska språket och en västerländsk kultur för att ge ett rättvisande resultat vid en IK-mätning, således en instrumentell felkälla. Detta bör undersökas vidare i ett annat sammanhang.

Vidare korrelerar begåvningsnivå med ätstörningar, där de som har ätstörningar ligger signifikant lägre på framför allt performanceskalan.

De flickor och kvinnor som ingår i kohorten och kommer från socialgrupp 1 är alla svagbegåvade. Detta motsäger Stattin (2002) som menar att intelligens som protektiv faktor endast torde ha minimal betydelse i lågriskgruppen, vilken socialgrupp 1 måste anses vara i detta sammanhang. Vad det beror på att resultaten ser ut som de gör i föreliggande arbete går inte att uttala sig vidare om, men bör utredas vidare i ett annat sammanhang. Möjligen är det så att de flickor och kvinnor som kommer från socialgrupp 1 har ett bättre kontaktnät som ser till att de kommer till tvångsvård när detta behövs.

Att skolgången och hur man fungerat i skolan korrelerar med begåvningsnivån torde vara föga överraskande. Det som framkommit är att begåvningsnivån var högre hos de individer som gått längre i skolan. De som skolkat mycket, och de som specialundervisats hade en lägre IK-poäng än resten av gruppen. De som uppgav att de dagdrömt mycket, låg högre på IK-skalan. Huruvida dessa har en koncentrationsstörning eller ej framkommer emellertid inte. Vidare har de som huvudsakligen missbrukat opiater en signifikant lägre begåvningsnivå än resten av kohorten, men kausalitet framgår inte av denna analys.

Resultatet avseende personlighetsstörningar i föreliggande material avviker bl.a. från en rapport av Fridell et al. (Kommande publikation) som också beskriver de intagna på Lunden, där frekvensen av personlighetsstörning och uppförandestörning är högre. En anled-

ning till denna skillnad kan vara att det är flera psykologer som ställer diagnoser, varför det kan finnas en diskrepans i diagnosförfarandet. Det är inte heller den som ställt diagnosen som sedan bearbetat journalhandlingarna, vilket kan ge upphov till olika tolkningar. Möjligheten finns också att det är en annan sorts flickor och kvinnor som kommer till Lunden nu än tidigare, som svagbegåvade snarare än personlighetsstörda, vilket Rydelius et al. tidigare påpekat (2003). Det är helt enkelt flickor och kvinnor under olika tidsperioder, varför deras svårigheter kan se olika ut.

Inga resultat från testen som undersöker personlighetsdrag visar på signifikanta skillnader från normalmaterialet. Oavsett uppväxtförhållanden faller kvinnornas personlighetsdrag inom en normalvariation, vilket också är som sig bör, då begåvning inte ska korrelera med personlighetsdrag. Det som skiljer denna kohort från normalbefolkningen är begåvning – och personlighetsstörning. Ur ett salutogent perspektiv är det intressant att se att dessa flickor och kvinnor inte är avvikande på allt.

Metoddiskussion

Det är inte sannolikt att en annan kohort skulle uppvisa ett annat resultat, då materialet i denna undersökning inkluderar intagna flickor och kvinnor under mer än fyra års tid. Det är rimligt att anta att bortfallet skulle följa samma spridning som den utredda gruppen, men självklart går det inte att bortse från att inte alla flickor och kvinnor testats med WISC-III eller WAIS-R. Då Lundens LVU- och LVM-hem har hela Sverige som upptagningsområde torde inte bostadsområde påverka resultaten.

Eftersom standardiserade instrument har använts i denna studie, har det varit möjligt att jämföra resultatet med andra liknande studier. En annan styrka med denna studie är att den inkluderar alla flickor och kvinnor som blivit utredda under den aktuella tidsperioden. Både ADAD-formuläret och de psykologiska testerna baseras på individens egna uppgifter vilket gör att det är rimligt att anta att det finns felkällor, inklusive administratören, dock kan dessa inte anses vara så stora att man bör ta större hänsyn till dem än vad som gjorts i variansanalysen. Då journalerna inte ska innehålla information om någon annan än den intagne är det ibland svårt att få fram helt fullständiga svar, t.ex. kring uppväxt.

IK-poängen som visas i föreliggande arbete är testresultat och således inte nödvändigtvis individernas verkliga optimala kognitiva potential. Det är inte med all säkerhet så att ett lågt resultat på ett intelligenstest innebär lågt intellektuellt fungerande. Andra faktorer, som språklig eller kulturell skillnad, bristande koncentration, funktionsnedsättande oro, eller samarbetsvägran kan ligga bakom en uppvisad låg IK-poäng. Det är dock sannolikt att de test-

ningar som gjorts inför föreliggande arbete har gjorts med största försiktighet för att undvika sammanblandning med sådana faktorer. Då psykologen märker att koncentrationen börjar tryta bryter testledaren, och resterande deltest görs vid ett senare tillfälle (Personlig kommunikation med Irène Jansson, 2007).

DSM-IV är det klassificeringssystem som mest frekvent används i Sverige, och den svenska upplagan har inte uppdaterats sedan 1995. Den amerikanska förlagan har uppdaterats med DSM-IV-TR, Text Revised, men denna är inte översatt till svenska. I takt med att vi fått upp ögonen för olika störningar hade det varit rimligt att man förändrat några av diagnoserna, bl.a. för ADHD, så att de bättre överensstämmer med populationen och dess problematik. Dock bör det tilläggas att uppdateringen av klassificeringssystemet gör det svårt för forskare att uppgradera stora forskningsmaterial som hanteras över lång tid, vilket kan vara en anledning till att man inte gör dessa uppdateringar oftare.

I testsituationen måste man räkna med att testpersonen kan sträva efter att ge en så positiv eller negativ bild av sig själv som möjligt, vilket innebär att man bör vara uppmärksam på det som kallas social önskvärdhet vid tolkning av testet i vissa situationer. Då det inte är författaren själv som gjort testningarna är det svårt att veta i vilken utsträckning hänsyn tagits vid testtolkningen. Dock är det positivt att en oberoende person granskat det material som tagits fram på Lunden.

Föreliggande arbete är en sammanställning av befintligt material, och urval därifrån. Risken att den primära insamlingen varit felaktig finns således, men eventuella misstag torde vara få och slumpmässigt fördelade.

Sammanfattande kommentar

Då denna undersökning enbart är baserad på kvinnors resultat, kan man inte per automatik applicera den på hela populationen tvångsintagna. Dock tyder andra undersökningar på att resultaten är liknande även för pojkar (Olsson & Vilhelmsson, 2007; Rydelius, kommande publikation). Det är sannolikt så att den låga begåvningsnivån står att finna vid fler institutioner inom SiS.

De syften och mål som presenterades inledningsvis har uppfyllts i detta arbete. En beskrivning av hur en population tvångsvårdade flickor och kvinnor ser ut, samt hur deras begåvningsnivå korrelerar med bakgrundsfaktorer och personlighetsdrag har presenterats. Förhoppningen är att denna undersökning kan komma att användas vid utvecklingsarbete av utredningar och behandling vid LVU- samt LVM-hem. Vidare har resultatet från föreliggande

arbete jämförts med tidigare forskning. Detta visar på att det finns skillnader mellan undersökningarna, även om tendenserna är desamma.

Slutsatser och förslag till vidare forskning

Då det framkommit att den genomsnittliga begåvningsnivån för denna kohort tvångsintagna kvinnor och flickor ligger en hel standardavvikelse under normalmaterialet är det viktigt att ta hänsyn till detta vid både utredning och behandling. Eftersom man ofta tidigt i skolåldern kan finna dessa flickor som har svårt för att klara av skolan, bör större insatser göras för att fånga upp dem innan de hunnit därifrån. Det är av yttersta vikt att ta hänsyn till de könsskillnader som kan finnas, att svagbegåvade flickor oftare är mer tysta och tillbakadragna än pojkar med samma problematik. Skolan måste ta ett större ansvar för att inte släppa igenom individer som har svårt att klara sig. Dessutom vilar ett ansvar på sociala myndigheter att tillgodose de extra behov dessa individer kan ha.

En del av problematiken vad gäller diagnostisering av till exempel ADHD är att man inte vill sätta en etikett på människor. Då man undviker detta fråntar man också individens rättigheter till extra stöd. Mer forskning behövs för att utreda hur det ser ut inom detta område, om man faktiskt undviker att sätta diagnoser på barn och ungdomar, och vad detta i så fall innebär för deras framtida utveckling.

Resultaten i denna undersökning visar således framför allt på att man bör anpassa sin behandling till individernas begåvning, men i ett längre perspektiv inkluderas även skolans roll i utvecklingen av missbruksproblematik. Det finns många frågor att vidare undersöka.

Slutligen bör det påpekas att det är en betydande del av kohorten som vuxit upp med missbruk i familjen. Då denna grupp är så stor kan det antas att många missbrukare aldrig kommer till vård på ett LVM- eller LVU-hem. De upptäcks inte, utan lever med ett missbruk och har fortfarande ansvar för sina barn. Mer forskning behövs för att söka en lösning på denna problematik. Alla barn ska ha rätt till en drogfri uppväxt.

Referenser

- Adolfsson, I., Carlsson-Kendall, G., Dahlström, K., Fernell, E., (2002). Svag begåvning - normalt, men inte problemfritt. *Läkartidningen Nr 16 2002, Volym 99*
- Ahlroos, M., (2005). Utvecklingsstörning – ett svårfångat begrepp. *Psykologtidningen 1 2005*
- American Psychiatric Association. (1995). *MINI-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press
- Andersson, C., (1990). *Dåliga flickor är inte det sämsta - En kunskapsöversikt om flickor i riskzon och missbruk*. Stockholm, Stiftelsen Kvinnoforum
- Beckman, V., & Fernell, E., (2004) Utredning och diagnostik. I Beckman, V. (red) *ADHD/DAMP – en uppdatering*. (ss. 21-33). Lund, Studentlitteratur.
- Beckman, V., & Ingvar, M., (2004). I Beckman, V. (red) *ADHD/DAMP – en uppdatering*. (ss. 11-12). Lund, Studentlitteratur.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T., Spencer, T., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in Females: Findings from a large group of girls Ascertained from pediatric and psychiatric referral services. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 38 (8), 966-975.
- Billsten, J., (2007). *DOK-utbildning*, Ej publicerat material, Lunden, Lund
- Cesarec, Z., & Marke, S., (1990). *Mätning av psykogena behov med frågeformulärsteknik. Manual till CMPS*. Stockholm, Psykologiförlaget.
- Cesarec, Z. & Fridell, M. (2007). *BCT-manual*. Institutionsrapport, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet. Kommande publikation på SiS.

- Cesarec, Z., & Fridell, M. (Kommande publikation). Grundläggande karaktärsdrag – Basic Character Trait Test. Normering, standardisering och validering av personlighetstestet BCT. Stockholm, SiS rapportserie för utgivning 2007.
- 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: Målgrupp, frågeställningar, teoretiska perspektiv, metod och representativitet*. Lund; Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet och Institutionen för Psykiatri och neurokemi, S:t Lars sjukhus.
- Fridell, M., Johnsson Fridell, E., & Cesarec, Z. (1996b). *Femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare: En sammanfattning*. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet och enheten för kemiskt beroende, S:t Lars sjukhus.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Mallin Thorsen, S., & Johansson, M. (2002). *SCL-90: svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan*. SiS följer upp och utvärderar, (2002:4). Stockholm, Statens Institutionsstyrelse.
- Fridell, M., Billsten, J., Hesse, M.; Jansson, I. (2006). 15-årsuppföljning av drogberoende personer. I B.Fries & F. Nyberg (red). *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige?* (ss. 14-21). *Rapport 14, 2006*. Stockholm: Mobilisering mot Narkotika.
- Fridell, M., Jansson, I., Billsten, J., och Amylon, R., (Kommande publikation). *Uppföljning av LVU- och LVM-vårdade klienter tre till fem år efter vårdtillfälle på Lunden*. Forskningsrapport presenterad vid SiS i Stockholm 8-9 februari 2005, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.
- Friedman, A. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. The adolescent drug abuse diagnoses (ADAD) instrument, *J. Drug Education, Vol. 19 (4)*, s. 285-312
- Harada, Y., Satoh, Y., Sakuma, A., Imai, J., Tamaru, . T., Takahasi, T. & Amano, N.(2002). Behavioral and developmental disorders among conduct disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 56, 621-625.

Jansson, I., (2007) Personlig kommunikation samt e-post-växling.

Jansson, I., & Fridell, M., (2002) *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden.* (2003:1). Stockholm, Statens Institutionsstyrelse.

Kadesjö, B., (2001). *Barn med koncentrationssvårigheter.* Stockholm, Liber.

Kanold, A., (2004). Vårdens ordningar – Tvångsvård av normöverträdare med bristande begåvning, *Doktorsavhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.*

Liljegren, B., (2000). *Elever i svårigheter – Familjen och skolan i samspel.* Lund, Studentlitteratur.

Melin, A.-G., & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk.* Lund: Studentlitteratur.

Nadeau, K. G., Littman, E. B., & Quinn, P. O., (2002). *Flickor med AD/HD.* Lund, Studentlitteratur.

Olsson, A., & Vilhelmsson, J., (2007). En grupp ungdomar i tvångsvård – bakgrund, begåvning och självbild. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, Lund.*

Ottosson, J-O., (2000) *Psykiatri.* Stockholm, Liber.

Rasmussen, P., (1990). Psykisk utvecklingsstörning. I C. Gillberg & L. Hellgren (Red.) *Barn- och ungdomspsykiatri.* (ss. 269-285). Stockholm, Natur och Kultur.

Rydelius, P-A., (2002). Betyder familjeförhållanden något för risken att utveckla asocialitet? I K. Söderholm Carpelan & W. Runquist (Red.), *Ung med tung social problematik.* (ss. 174-192). Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

Rydelius, P-A., (2007). Personlig kommunikation, data från pågående forskningsprojekt.

Skolverket, (2007). *Utbildningsresultat, Riksnivå, Sveriges officiella statistik om förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning*. Del 1, 2007. Rapport 290.

Spri i samarbete med Landstingsförbundet (1997). *Patientjournalagen och direkt påverkande följdförfattningar: kommentarer och tillämpningsanvisningar*. (Spri-rapport, 0586-1691; 457). Stockholm, Spri.

Statens Institutionsstyrelse (2006). Årsrapport ADAD 05. *Rapport 2006:4*, Stockholm, Statens Institutionsstyrelse.

Stattin, H. (2002) Om protektiva faktorer. I K. Söderholm Carpelan & W. Runquist (Red.), *Ung med tung social problematik*. (ss. 193-222). Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

Söderholm Carpelan, K., Hermodsson, A., & Öberg, D., (2000). *Manual, ADAD-intervju*, SiS, FoU.

Taylor, E., (2002). Att skilja mellan hyperaktivitet och beteendestörningar. I K. Söderholm Carpelan & W. Runquist (Red.), *Ung med tung social problematik*. (ss. 33-48). Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

Wechsler, D., (1999) *WISC-III, Svensk manual*. Stockholm, Psykologiförlaget.

Elektroniska resurser

CAN <http://www.can.se/>

FUB(1996).<http://www.fub.se/pdf/kunskapsmappar/Sociala%20och%20psykosociala%20probleml%20bland.pdf>

LVM. (1988) <http://www.notisum.se>. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

LVU. (1990) <http://www.notisum.se>. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, Lag (2003:406) om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, Lag (2006:896) om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Rydelius, P-A., Vintila, L., Rosenwall, D. & Adelborg, S. (2003). Skolan kan orsaka kriminalitet. *Dagens Nyheter*, 24 juni.2003.
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?a=154168>

Skolverket, (2006). *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet - Lpo 94*. <http://www.skolverket.se/sb/d/468>

SoL. (2001) <http://www.notisum.se>, lag (2001:453)

Statens Institutionsstyrelse (2007). *SiS uppdrag och verksamhet*. Hämtad från <http://statinst.se>.

Appendix A

Tabellindex

- Tabell 1. *Demografisk beskrivning av materialet.*
Tabell 2. *Demografisk beskrivning av materialet.*
Tabell 3. *Skolrelaterad information om LVU-kohorten*
Tabell 4. *Fördelning av deltest i WAIS-R respektive WISC-III*
Tabell 5. *Reliabilitetskoefficienter för WISC-III respektive WAIS-R*
Tabell 6. *Kvalitativa benämningar samt andel i procent av inom intervallen*
Tabell 7. *Personlighetsstörningar enligt DSM-IV indelade i kluster*
Tabell 8. *DSM-IV-kriterier för missbruk och beroende*
Tabell 9. *Beskrivning av variablerna i BCT*
Tabell 10. *Beskrivning av variabler och faktorer i CMPS*
Tabell 11. *De nio subskalorna i SCL-90*
Tabell 12. *De tre globala subskalorna i SCL-90*
Tabell 13. *Medelvärde och standardavvikelse mätt i IK-poäng*
Tabell 14. *Antal individer samt procent inom de olika IK-nivåerna*
Tabell 15. *Förekomst av personlighetsstörningar i kohorten*
Tabell 16. *Antal diagnoser i kohorten*
Tabell 17. *Fördelning av personlighetsstörningar inom de olika klustren*
Tabell 18. *Missbruksdiagnoser i LVU- respektive LVM-kohorten*
Tabell 19. *Missbruksdiagnos indelat i tre kategorier*
Tabell 20. *Medelvärde och standardavvikelse för BCT (Staninepoäng)*
Tabell 21. *Medelvärde och standardavvikelse för CMPS (Staninepoäng)*
Tabell 22. *Medelvärde och standardavvikelse för SCL-90 (T-poäng)*
Tabell 23. *Förekomst av besvär i LVU- respektive LVM-kohorten,*
Tabell 24. *Fördelning av ålder i LVM-kohorten över respektive under medianen*
Tabell 25. *Fördelning av ursprungsland i kohorten över respektive under medianen*
Tabell 26. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till ursprungsland*
Tabell 27. *Fördelning av socialgrupp i kohorten över respektive under medianen*
Tabell 28. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till socialgrupp*
Tabell 29. *Fördelning av skolgång i kohorten över respektive under medianen*
Tabell 30. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till skolgång*
Tabell 31. *Genomsnittlig begåvningsnivå i IK-poäng relaterad till ätstörning.*
Tabell 32. *Genomsnittlig begåvningsnivå för performance i IK-poäng relaterad till ätstörning*
Tabell 33. *Genomsnittlig begåvningsnivå för verbal skala i IK-poäng relaterad till skolk*
Tabell 34. *Genomsnittlig begåvningsnivå för helskala och verbal skala i IK-poäng relaterad till specialundervisning*
Tabell 35. *Genomsnittlig begåvningsnivå för performance i IK-poäng relaterad till missbruksdiagnos*
Tabell 36. *Erhållna signifikanta resultat samt statistiska tendenser för BCT*
Tabell 37. *Erhållna signifikanta resultat samt statistiska tendenser för CMPS*
Tabell 38. *Erhållna signifikanta resultat för SCL-90*

Figur 1. Normalfördelningskurva
Figur 2. Normalfördelningskurva med olika värden och hur dessa fördelar sig.
Figur 3. Fördelning av IK-poäng för helskalan i hela kohorten.

Appendix B

Tabell 1. Demografisk beskrivning av materialet i valid procent, andel av de individer data finns tillgänglig för. N anges efter varje variabel LVU/LVM

Variabel		LVU		LVM		Totalt	
		Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Invandrarbakgrund	(n=66/54)	16,7 %	11	20,4%	11	18,3 %	22
Socialgruppsstillhörighet	(n=62/32)						
<i>Socialgrupp 1</i>		9,7%	6	6,3 %	2	8,5 %	8
<i>Socialgrupp 2</i>		27,4 %	17	9,4 %	3	21,3 %	20
<i>Socialgrupp 3</i>		62,9 %	39	84,4 %	27	70,2 %	66
Skolgång	(n=61/53)						
<i>Ej avslutad grundskola</i>		39,3 %	24	26,4 %	14	33,3 %	38
<i>Avslutad grundskola</i>		54,1 %	33	47,2 %	25	50,9 %	58
<i>Avslutad gymnasieskola</i>		6,6 %	4	22,6 %	12	14,0 %	16
<i>Högskola</i>		-	-	3,8 %	2	1,8 %	2
Civilstånd	(n=66/54)						
<i>Ensamstående/skild</i>		95,5%	63	74,1%	40	85,8 %	103
<i>Sambo/Gift</i>		4,5%	3	25,9%	14	14,2 %	17
Antal barn	(n=66/54)						
<i>0</i>		97%	64	63%	34	81,7%	98
<i>1</i>		3%	2	25,9%	14	13,3%	16
<i>2 eller fler</i>		-	-	11,1	6	5%	6
Missbruk i uppväxten	(n=62/52)						
- Ja		67,7 %	42	53,8 %	28	61,4 %	70
- Nej		32,3 %	20	46,2 %	24	38,6 %	44
Psykisk sjukdom i familjen	(n=59/46)						
- Ja		59,3 %	35	52,2 %	24	56,2 %	59
- Nej		40,7 %	24	47,8 %	22	43,8 %	46
Huvudsaklig boendeform	(n=65/53)						
<i>Egen bostad</i>		13,8 %	9	41,5 %	22	26,3 %	31
<i>Hos föräldrar</i>		33,8 %	22	3,8 %	2	20,3 %	24
<i>Tillfällig lösning</i>		10,8 %	7	18,9 %	10	14,4 %	17
<i>Institution</i>		35,4 %	23	9,4 %	5	23,7%	28
<i>Bostadslös</i>		6,2 %	4	26,4 %	14	15,3 %	18
Ätstörning	(n=61/53)	23 %	14	39,6 %	21	30,7 %	35

Tabell 2. Demografisk beskrivning av materialet i valid procent, andel av de data finns tillgänglig för. N anges efter varje variabel LVU/LVM

Variabel		LVU		LVM		Totalt	
		Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Lässvårigheter	(n=48/44)	6,3 %	3	4,5 %	2	5,4 %	5
Antal nära vänner	(n=48/42)						
0		6,3 %	3	33,3 %	14	18,9 %	17
1		6,3 %	3	14,3 %	6	10 %	9
2-4		56,3 %	27	28,5 %	12	43,3 %	39
5-9		25,1 %	12	19,1 %	8	22,1 %	20
10 eller fler		6,3 %	3	4,8 %	2	5,5 %	5
Har vän att tala förtroligt med	(n=48/42)	91,7 %	44	66,7 %	28	80 %	72

Appendix C

Tabell 1. WISC-III samt WAIS-R– Verbala deltest

Deltest	Förmåga som avses mätas
Information	Språklig förmåga, minne
Likheter	Språklig och logisk förmåga av en mer abstrakt natur
Aritmetik	Arbetsminne och slutledningsförmåga
Ordförråd	Ångestkänsligt
Förståelse	Verbal förståelse, språklig förmåga och rörlighet
Sifferrepetition*	Verbal förståelse, språklig och praktisk slutledningsförmåga, socialt omdöme samt förmåga att använda fakta och kunskaper på ett meningsfullt och känslomässigt adekvat sätt
	Korttidsminne
	Stresskänsligt

* Räknas inte med i IK-poäng, utan avser endast bistå testledaren med en fullödigare bild av barnets förmågor, alternativt ersätta ett annat deltest vid behov.

Tabell 2. WISC III samt WAIS-R - Performancedeltest

Deltest	Förmåga som avses mätas
Bildkomplettering	Allmän omvärldserfarenhet, koncentration, visuell organisation, visuellt minne
Kodning	Snabbhet i bearbetning, dvs. koncentration, arbetsminne samt visuomotorisk koordination
Bildarrangemang	Perceptuell organisation samt logisk förmåga av språklig karaktär. Viss snabbhet i bearbetningen
Blockmönster	Spatialt tänkande och organisation, visuomotorisk koordination
Figursammansättning	Perceptuell organisation, formuppfattning
Symbolletning** (endast WISC-III)	Snabbhet i bearbetning, perceptuell organisation
Labyrinter* (endast WISC-III)	Perceptuell organisation och planering

* Räknas inte med i IK-poäng, utan avser endast bistå testledaren med en fullödigare bild av barnets förmågor, alternativt ersätta ett annat deltest vid behov.

**Kan inte ersätta ett annat deltest.

Tabell 3. WISC-III samt WAIS-R – Indexfaktorer

Indexfaktor	Deltest som ingår
Verbal förståelse	Information, Likheter, Ordförråd, Förståelse
Perceptuell organisation	Bildkomplettering, bildarrangemang, blockmönster, figursammansättning
Uppmärksamhet	Aritmetik, sifferrepetition
Snabbhet	Kodning och symbolletning

Labyrinter används således inte för någon faktor, men kan användas för att ersätta ett annat performancetest om detta inte kan ges.

Appendix D

Uppförandestörning (Conduct disorder) enligt DSM-IV

A. Ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler. Störningen tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under en tolv månadersperiod med minst ett kriterium uppfyllt under de senaste sex månaderna.

Aggressivt beteende mot människor och djur

1. Hotar, trakasserar eller förödmjukar ofta andra
2. Påbörjar ofta slagsmål
3. Har använt något vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada på andra (till exempel slagträ, tegelsten, trasig flaska, kniv, pistol)
4. Har visat fysisk grymhet mot någon människa
5. Har visat fysisk grymhet mot något djur
6. Stöld under direkt konfrontation med offret (till exempel väskryckning, rån med eller utan fysiskt våld eller vapenhot)
7. Har tvingat någon till sexuellt umgänge

Skadegörelse

8. Har stuckit något i brand i avsikt att orsaka allvarlig skada
9. Har avsiktligt förstört andras egendom (på annat sätt än genom brand)

Bedrägligt beteende eller stöld

10. Har brutit sig in i någon annans bostad, lokal, eller bil
11. Ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika skyldigheter mot andra
12. Har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med offret (till exempel snatteri, förfalskning)

Allvarliga norm- och regelbrott

13. Är ofta ute på nätterna (med början före 13 års ålder) trots föräldrarnas förbud
14. Har rymt från föräldrahemmet eller fosterhemmet och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rör sig om en längre tid)
15. Skolkar ofta från skolan (med början före 13 års ålder)

B. Beteendestörningen orsakar kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

C. Om personen är 18 år eller äldre får kriterierna för antisocial personlighetsstörning inte vara uppfyllda.

Appendix E

Beskrivning av beroende respektive missbruk

Substansberoende enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig till uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv månadersperiod:

- (1) tolerans, definierat som endera av följande:
 - (a) ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt
 - (b) påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
- (2) abstinens, vilket visar sig i något av följande:
 - (a) abstinenssymptom som är karaktäristiska för substansen
 - (b) samma substans (eller en liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom
- (3) substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs
- (4) det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket
- (5) mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen, eller hämta sig från substansbrukets effekter
- (6) viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket
- (7) bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

Missbruk enligt DSM-IV

A. Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig till uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

- (1) upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet
- (2) upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada
- (3) upprepade substansrelaterade problem med rättvisan
- (4) fortsatt substansbruk trots ständig och återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna.

B. Symptomen har aldrig uppfyllt kriterierna för beroende för denna substans.

Appendix F

Utförligare beskrivning av faktorerna i BCT

OOC – Oral optimistisk karaktär
Denna variabel antas vara minst influerad av psykopatologi. Den associeras med optimism, extraversion, sociabilitet, impulsivitet, livsnjutning, och möjligen beroende. De patologiska dragen som associeras med denna variabel är hysteri, impulsivitet, narcissism och manisk upprymdhet.
OPC – Oral pessimistisk karaktär
Verbal samt impulsiv aggressivitet associeras med denna variabel, liksom negativitet, grubblande, otålighet och avundsjuka. Detta kan resultera i en medveten strävan efter autonomi, och distansering från sociala förbindelser såväl som sociala regler och normer. Symptom som hänger samman med denna variabel förväntas ligga inom det depressiva spektrumet. Tvångsmässighet bör korrelera lågt med denna variabel.
ARC – Anal reaktiv karaktär
ARC kombinerar ett antal drag vilka är önskvärda till en viss grad. Att vara renlig, noggrann, ordningsam, punktlig och envis, samt att ha fasta vanor och ett ekonomiskt sinne ses ibland som dygder. När de överdrivs ses dessa drag dock som perfektionism, rigiditet, snålhet och girighet men också deras extrema motsatser. Paranoida patienter förväntas uppvisa fler av de anala dragen.
OCC – Omnipotent kompulsiv karaktär
En kompulsiv karaktär tror framför allt på en "högre makt" och förbiser inre kontroll. Vidare associeras ett krävande samvete, att grubbla och vara obeslutsam och att hålla sina känslor under kontroll med denna variabel. Ritualer och tvångsbeteende används av individer som får en hög poäng i denna faktor. Tvångsmässighet bör korrelera högt med OCC.