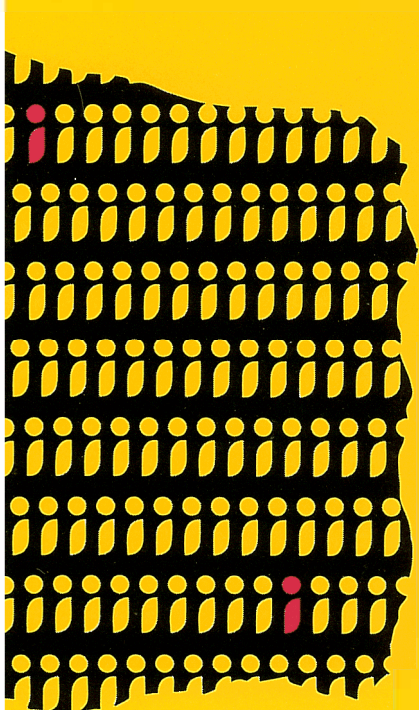


Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter

Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT

**Bengt-Åke Armelius
Kerstin Armelius
Håkan Larsson
Elisabet Sundbom**



Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter

Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT

Bengt-Åke Armelius

Kerstin Armelius

Håkan Larsson

Elisabet Sundbom

Författarpresentation

Bengt-Åke Armelius är professor i klinisk psykologi vid Umeå universitet. Hans forskning handlar om psykopatologi och effekter av behandling, i synnerhet för svårare psykiska störningar, psykosomatiska störningar, missbrukare och ungdomar med sociala problem.

Kerstin Armelius är docent i psykologi vid Umeå universitet. Hennes forskning handlar om hur man kan mäta självbild och interpersonella relationer och deras förändring till följd av behandling. Forskningen omfattar såväl olika kliniska grupper som normalgrupper.

Håkan Larsson är socionom, fil dr och universitetslektor vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet. Han har arbetat som socialarbetare under lång tid. Hans forskning handlar om människovårdande organisationer. Larsson ingår sedan 1994 i det s k Behandlingshemsprojektet som bedrivs under ledning av Bengt-Åke Armelius.

Elisabet Sundbom är leg psykolog, leg psykoterapeut och docent i psykologi. Hon har lång klinisk erfarenhet som psykolog från vuxenpsykiatriska kliniken på Umeå universitetssjukhus. Hennes forskning handlar företrädesvis om personlighetsmätning och projektiva test.

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Forskningsrapport nr 1 2002
ISSN 1404-2576



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2002

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, svarar för planering, ledning och drift av institutioner för tvångsvård av missbrukare och särskilda ungdomshem. En viktig uppgift är att följa upp och utveckla vården samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbrukarvård. SiS svarar för spridning av resultaten från forsknings- och utvecklingsprojekten genom publicering av kunskapsöversikter och rapporter.

Föreliggande rapport, som består av tre fristående artiklar, är en delrapport från projektet *Missbruk och psykisk störning* under ledning av professor Bengt-Åke Armelius vid Umeå universitet. Projektets huvudsyfte är att kartlägga betydelsen av dubbeldiagnos, d v s missbruk och psykisk störning, i olika vårdmiljöer, däribland LVM-hemmen Frösö behandlingshem och Hesselby behandlingshem.

I den första artikeln redogörs för LVM-klienternas problembild, deras egen uppfattning om problemens allvar och hjälpbehov såsom de kommer fram i en ASI-intervju (Addiction Severity Index). ASI används som screeningsinstrument inom såväl missbrukar- som kriminalvården. Den andra artikeln jämför självbilden hos fyra grupper, två grupper missbrukare och två patientgrupper inom psykiatri. Självbild skattades med hjälp av SASB-formuläret (Structural Analysis of Social Behavior). Den tredje artikeln belyser försvarsmönster hos två missbrukargrupper, två grupper av psykiatripatienter samt en grupp icke-patienter. Försvarsmönster mäts med DMT-testet (Defense Mechanism Test).

Artiklarna ger värdefulla kunskaper om en svår grupp LVM-vårdade missbrukares personlighetsorganisation, deras uppfattning om sina problem och hjälpbehov inom olika livsområden, självuppfattning och självbild samt hur de hanterar sina problem. Kunskaperna kan användas som vägledning vid val av motivations- och behandlingsinsatser för denna grupp missbrukare.



Sture Korpi
Generaldirektör



Vera Segraeus
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord	3
Missbrukare med psykiska störningar – problembild och probleminsikt enligt ASI	5
Av Håkan Larsson och Bengt-Åke Armelius	
Självbild och symtom hos missbrukare – en jämförelse med psykiatripatienter	27
Av Kerstin Armelius, Håkan Larsson och Bengt-Åke Armelius	
Försvarsstil hos missbrukare med psykisk störning – en jämförelse med patienter med psykiatrisk diagnos	45
Av Elisabet Sundbom, Håkan Larsson och Bengt-Åke Armelius	

Missbrukare med psykiska störningar – problembild och probleminsikt enligt ASI

Håkan Larsson och Bengt-Åke Armelius

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att jämföra olika grupper av patienter med avseende på deras profil i ASI-intervjun för att få en bild av vilka likheter och skillnader som finns mellan väl definierade klientgrupper. I studien ingick tre grupper av missbrukare: en grupp i tvångsvård på LVM-institution och en i privat vård för både missbruk och psykisk störning samt en grupp socialtjänstklienter i öppen vård. Dessa tre grupper jämfördes med två grupper av patienter i psykiatrisk vård. För att få en överblick över hur problembilden såg ut för de olika grupperna slog vi ihop de olika sektionerna av ASI till tre problemområden: psykologiska problem, sociala problem och fysisk hälsa. Vi renodlade också redovisningen till tre olika perspektiv: ett faktaperspektiv, ett subjektivt klientperspektiv och ett intervjuarperspektiv. Huvudresultatet visade att det finns systematiska skillnader mellan de undersökta grupperna inom alla områden som täcks av ASI. Resultaten visade att framförallt gruppen LVM-klienter och gruppen Enskilda rapporterade omfattande och allvarliga faktiska problem, speciellt avseende psykologiska och sociala problem. Trots detta skattade de sina besvär och hjälpbehov mycket lågt och till och med lägre än besvären med den fysiska hälsan. Mycket få av klienterna ansåg att de hade några besvär och hjälpbehov avseende missbruk, kriminalitet eller arbete och försörjning – det vi kallat sociala problem. När det gällde psykologiska problem ansåg var femte klient att de hade påtagliga besvär och hjälpbehov. Bilden av hur många som hade problem av olika slag var betydligt allvarligare för LVM-gruppen och de Enskilda om man ser till intervjuarnas skattningar. Då har mer än hälften av LVM-klienterna problem med både psykologiska och sociala problem. Enligt intervjuarperspektivet hade så många som 93 procent av de enskilda klienterna påtagliga problem med sin psykiska hälsa och tre av fyra i den gruppen påtagliga psykologiska problem av mer allmän art, men endast 30 procent hade sociala problem. En slutsats av denna studie är att LVM-vården skulle kunna utnyttja ASI till att belysa skillnaderna mellan olika perspektiv för att förmå klienterna att ändra sitt subjektiva perspektiv till att bli mer bekymrade över allvaret i sina problem och därmed mer motiverade för att göra någonting åt sin situation.

Inledning

År 1980 utvecklade McLellan en intervju kallad Addiction Severity Index, ASI. Syftet med intervjun var att översiktligt beskriva problembilden för missbrukare som ingick i ett forskningsprojekt där man försökte matcha klienter till olika behandlingsprogram allt efter vilken problembild de hade på ASI. Resultaten visade entydigt att missbrukarens psykiska hälsa (mätt som intervjuarens skattning av graden av besvär samt behov av ytterligare vård) var avgörande för behandlingsutfallet och att missbrukare med psykiska problem borde få speciell vård. Det har i andra undersökningar också visat sig att just denna del i ASI kanske är den bästa prognosfaktorn för behandlingsresultatet (Sallmén, Nilsson & Berglund, 1997; McLellan et al, 1983a, 1983b, 1985, 1986). Missbruksklienter som skattas lågt inom detta problemområde förbättras i de flesta behandlingsprogram, medan klienter med höga poäng på skalan däremot visar dåliga behandlingsresultat i de flesta typer av behandling. Klienter som ligger genomsnittligt i skalan drar särskilt stor nytta av matchning mellan behandling och klientkaraktäristika.

ASI har nått en stor spridning och blivit allmänt accepterat som en strukturerad metod för bedömning och utvärdering av behandlingsinsatser både i kliniska miljöer och forskningsmiljöer. Positiva resultat har presenterats avseende reliabiliteten och validiteten av ASI (Kosten et al, 1983; McLellan et al, 1985; Bilal, 1988; Hendriks et al, 1989; Sandi-Esquivel & Avila-Corrales, 1990). Det finns ett ökat intresse för undergrupper av missbrukare med samtidiga allvarliga psykiska störningar vilket är en speciell utmaning när det gäller att utforma lämpliga behandlingsprogram (el-Guebaly, 1990; Ross et al, 1988).

Trots att ASI fått så stor spridning och att metoden utgör något av en "golden standard" inom missbruksforskning har vi inte kunnat finna någon studie som har använt ASI för att systematiskt beskriva likheter och skillnader mellan olika grupper av missbrukare. Detta är märkligt eftersom ASI ger en mycket detaljerad bild av väsentliga områden i en klients liv och borde således kunna differentiera mellan olika grupper av missbrukare. ASI-intervjun täcker områdena fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, kriminalitet, psykisk hälsa och relationer till familj och andra. Avsikten är att ge en heltäckande bild av klientens liv och eventuella behov av hjälp från samhällets sida.

Ett mycket attraktivt drag med intervjun är att man försöker återge problemen utifrån olika perspektiv. Först ställs en rad frågor kring vilka problem klienten har haft inom vart och ett av områdena och vilka problem han för närvarande har. Denna information har saklig karaktär och omfattar händelser man varit med om utan någon speciell värdering. Vi kan kalla detta för ett *faktaperspektiv*. När man gått igenom alla fakta ber man klienten att själv skatta hur besvärad han är av problemom-

rådet nu och hur viktigt det är för honom att få hjälp. På så sätt får man information om hur problemet värderas ur klientens *subjektiva perspektiv*. Slutligen innehåller ASI en skattning från intervjuaren av i vilken utsträckning klienten har problem inom vart och ett av områdena och hur angeläget det är att ytterligare behandling sätts in, något vi kallar för ett *intervjuarperspektiv*. Det är alltså tre olika perspektiv på klientens problem inom 8 olika livsområden som belyses i intervjun. I en studie av Brown et al (1999) undersöks hur dessa tre perspektiv samvarierar. I likhet med de flesta andra forskare använde de matematiskt beräknade poäng som kallas *composite scores* som uttryck för de objektiva eller faktiska problemen. Resultaten visade att klientens subjektiva skattningar och intervjuarskattningarna korrelerade högt med varandra, men inte alls med *composite scores*. Deras slutsats är att man kanske måste ge större vikt åt det subjektiva perspektivet i form av intervjuarskattningar och klientskattningar i ASI och de ställer sig kritiska till den betoning av *composite scores* som hela ASI-forskningen har fått.

Förutom att ge en detaljerad beskrivning av vilka problem en klient har inom de 8 områdena erbjuder ASI en möjlighet att undersöka hur pass lika problemen värderas av klienten själv och av intervjuaren. Detta är mycket intressant med tanke på att den svenska LVM-lagen innebär att klienten och samhället inte är överens i sin värdering av hur allvarliga problemen är. Motivet för att tvångsvårda en missbrukare är att samhällets företrädare anser att det föreligger fara för hans liv om missbruket inte avbryts och behandling sätts in. En hypotes man således kan ha är att personer som vårdas enligt LVM är mindre överens med intervjuarna om allvaret i de problem som missbrukaren beskriver i faktadelen av ASI än vad andra klientgrupper är. Ett sådant resultat skulle kunna ses som en bekräftelse på att missbrukaren inte själv förstår hur allvarliga problem han har och således bekräfta motiven för LVM-domen. En annan hypotes man kan ha är att missbrukarna inte rapporterar sina problem redan i den beskrivning av problemen som anges i faktabeskrivningen. Det kan t ex vara så att en missbrukare inte uppger alla sina problem för att det kanske förvärrar hans vårdsituation eller för att han inte vill kännas vid problemen eller för att han har förträngt dem från medvetandet. I så fall borde det inte vara någon skillnad mellan intervjuarens skattning och klientens skattning av problemens allvar. Ett sådant resultat skulle kräva att ASI-intervjun kompletterades med information från myndigheter och ur register för att fastställa att orsaken är att klienten gett felaktig faktainformation och att LVM-domen inte baseras på felaktigt faktaunderlag. Erfarenheterna från andra studier där man frågar klienter om faktiska händelser såsom vårdepisoder eller missbrukets omfattning etc talar för att klienterna rapporterar sina problem sanningsenligt (Armeliuss, Armeliuss & Sundbom, 1996).

En diskrepans mellan klientens och intervjuarens skattning kan också förklara bristande motivation för behandling. Klienten anser helt enkelt inte att problemen är så allvarliga att det krävs behandling och följaktligen har han svårt att se nyttan av de förslag till behandling som erbjuds. Eftersom ett beslut om fortsatt behandling är

målsättningen med den svenska LVM-vården är motivationsproblemet centralt. ASI skulle kanske kunna användas för att klargöra för klienten på vilka punkter samhällets och individens perspektiv skiljer sig åt. Mot bakgrund av den faktiska problem-bilden och intervjuarens värdering av hur pass allvarlig problematiken är kan klienten kanske förmås att ändra sin värdering av problemens allvar och bli mer motive-rad att göra något åt sin situation.

Vi menar att ASI-metoden har många möjligheter som ännu inte utforskats i dia-gnostiskt syfte. Den information som samlas in borde kunna ge underlag för en mer uttömmande diagnostisk beskrivning av vilka problem en viss klient har. Det borde också vara möjligt att använda alla data som samlas in kring en klient för en studie av konsistensen mellan de olika perspektiven och för en jämförelse mellan olika grupper av klienter som sinsemellan har olika väldefinierade problem i kraft av att de vårdas inom olika organisationer.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka vilka möjligheter ASI ger att jämföra olika grupper av patienter/klienter med avseende på hur de framstår i de tre olika perspek-tiven som ASI ger. Det primära intresset är att försöka få en bild av vilka problem som utmärker klienter som vårdas enligt LVM-lagen. Därför jämför vi a) LVM-klienter med en b) grupp av socialtjänstklienter som träffar sin socialsekreterare regelbundet och således kan sägas vara missbrukare som accepterat sin situation och det stöd som samhället erbjuder. En tredje grupp utgörs av psykiatripatienter som vårdats på små behandlingshem för allvarliga psykiska störningar. Den delas i c) en grupp patienter med psykotiska sjukdomar som schizofreni och andra psykoser samt d) en grupp med psykiatriska störningar som har icke psykotisk karaktär såsom depressioner, ångest-störningar och personlighetsstörningar av olika slag. Slutligen har vi valt att inklude-ra en grupp e) som vårdas på enskilda behandlingshem på uppdrag av socialtjänsten i hemkommunen. Denna grupp är ett mellanting mellan missbrukare och psykiatri-patienter. Det rör sig om patienter vid två behandlingshem som specialiserat sig på missbrukare med psykiska störningar och därför huvudsakligen rekryterar klienter ur denna grupp. Jämfört med LVM-gruppen kan man säga att de som vårdas på enskil-da behandlingshem är mer motiverade för behandling eftersom de flesta vårdas fri-villigt. En avsikt med denna studie är att utnyttja faktainformationen i ASI för att få en bild av vilka sociala och psykologiska problem som utmärker och särskiljer dessa olika grupper. Vi vill också undersöka i vilken utsträckning klientens värdering av problemens allvar stämmer med intervjuarens värdering av problemens allvar, efter-som vi misstänker att denna överensstämmelse varierar mellan klientgrupperna.

Metod

ASI-metoden

Thomas McLellan med kollegor (1980, 1992) har skapat ASI-metoden (Addiction

Severity Index), en intervjuemetod som kontinuerligt har vidareutvecklats med bl a nya frågor. ASI har med stor framgång använts av McLellan-gruppen som bedömningsmetod vid s k matchning av behandling. Skalan utnyttjas också för systematisk uppföljning av enskilda klienters utveckling. Framförallt har den visat sig användbar vid resultatuppföljning och vid utvärdering av effekterna av olika insatser inom missbrukarvården. Sedan något år har det funnits åtminstone två preliminära svenska översättningar av den femte och senaste utgåvan av ASI-intervjun (Institutionen för tillämpad psykologi i Umeå respektive Magnus Huss klinik i Stockholm). Under hösten 1994 togs ett initiativ av Centrum för Utvärdering av Socialt Arbete (CUS) vid Socialstyrelsen att ta fram och pröva en svensk version av ASI-metodiken för allmänt bruk inom både socialtjänst och sjukvård. En expertgrupp har utvecklat och för svenskt bruk anpassat den femte utgåvan (daterad april 1990) av den amerikanska originalversionen (manual och intervjublankett). Det föreligger numera också en engelskspråkig europaversion av ASI (EuropaASI).

ASI är en välstrukturerad individuell intervjuemetod som kräver 45–60 minuter och som går igenom av klienten och intervjuaren. Intervjuaren bör ha insikt i beroendeproblematik liksom vara personligen lämpad för denna typ av intervjuteknik. Ungefär 180 frågor ger riklig information inom diagnostiska och behandlingsrelevanta områden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, kriminalitet, missbruk och psykiska problem i släkten, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Institutionen för tillämpad psykologi har dessutom lagt till en sida som kallas Dubbeldiagnos. På denna sida ställs olika frågor om missbrukets respektive de psykiska problemens uppkomst, vilken behandling klienten fått för de olika problemen samt på vilket sätt denna behandling påverkat problemen. Frågorna avslutas med att klienten får skatta vad han/hon tror är primärt, missbruksproblemen eller de psykiska problemen.

Vad som är karaktäristiskt för ASI är

- a en 5-punkts skattningsskala där klienten ger ett numeriskt uttryck för den upplevda svårighetsgraden på sitt problem inom vart och ett av de ovannämnda områdena (besvärsskattningarna)
- b en 5-punktsskala där klienten ger ett numeriskt uttryck för i vilken utsträckning hjälp känns viktig
- c en 10-punkts skattningsskala som intervjuaren använder för att uppskatta svårighetsgraden hos problemen inom varje område
- d en skattning av svarens tillförlitlighet som gäller klientens förmåga att förstå frågorna och eventuella förvanskningar av förhållandena
- e konstruktionen av en flerdimensionell svårighetsprofil (composite scores)

Särskilt viktigt är McLellans definition av *problemens svårighetsgrad*. Denna är operationellt definierad som *behov av ytterligare behandling*, bortsett från tillgång

på denna behandlingstyp och bortsett från klienternas antagna förmåga att dra nytta av en särskild behandling.

Undersökningsgrupper

I rapporten jämförs fem olika grupper: tre grupper av missbrukare och två grupper av patienter från psykiatri. *Grupp 1*: LVM-gruppen består av 40 personer som vårdades för sitt missbruk enligt Lagen om tvångsvård av missbrukare i vissa fall. Gruppen kommer från två olika enheter som inriktat sig mot missbrukare med psykiska störningar. Så gott som alla klienter som befann sig på enheten då intervjuerna gjordes valde att delta i projektet. *Grupp 2*: Gruppen består av 43 socialtjänstklienter med missbruksproblem som har regelbunden kontakt med sin socialsekreterare. Gruppen kommer från en medelstor stad i norra Sverige (Umeå) där narkotika-problem inte är lika vanligt förekommande som i storstäder i Sverige. Klienterna rekryterades i samband med att alla socialsekreterare som arbetar med missbrukarvård i kommunen utbildade sig i ASI-metoden. Sannolikt utgör gruppen ett representativt urval av missbrukarna i kommunen. *Grupp 3*: Denna grupp består av 30 patienter som vårdades på två enskilda/privata behandlingshem på uppdrag av socialtjänsten i hemkommunen där man specialiserat sig på gruppen missbrukare med psykiska störningar. I jämförelse med många andra privata behandlingshem för missbrukare har man på dessa två behandlingshem satsat på psykologisk/psykoterapeutisk behandling som sträcker sig över flera år. *Grupp 4*: Denna grupp utgörs av 60 patienter med psykotiska sjukdomar som schizofreni och andra psykoser och som vårdades på små behandlingshem. *Grupp 5*: Denna grupp utgörs av 46 patienter som vårdades på små behandlingshem för psykiatriska störningar av icke-psykotisk karaktär såsom depressioner, ångeststörningar och personlighetsstörningar av olika slag. Grupp 1 och 3 befann sig på institution när intervjuerna gjordes. De var oftast i början av sin behandlingsperiod, men för att få meningsfulla data ombads klienterna att vid sina svar tänka på den sista perioden innan de togs in på institutionen. Grupp 2 befann sig i öppen vård, medan grupp 3 och 4 intervjuades i samband med en femårsuppföljning. De flesta var då utskrivna från behandlingshemmen och befann sig i en eftervårdsfas. Alla grupper ingår i projektet *Missbruk och psykisk störning*, vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet (Armeliuss & Larsson, 1995).

Tabell 1. Bakgrundskaraktäristika

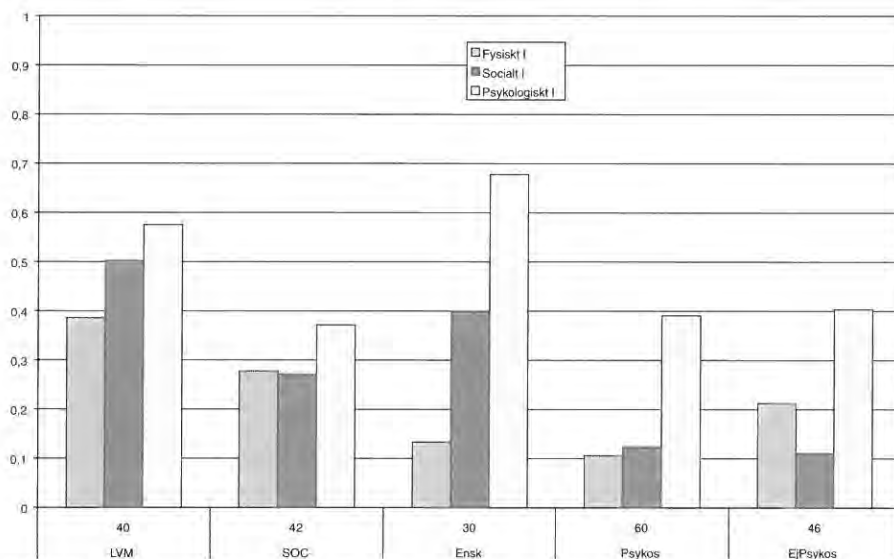
Grupp	n	Män	Kv	Ålder	Duration
LVM	40	35	5	36,23	17,48
SOC	43	19	9	39,82	12,64
Enskilda	30	18	12	34,87	14,60
Psykos	60	38	21	31,32	4,54
EjPsykos	46	17	29	32,43	5,67

Duration beräknas som antal år som bruk av droger pågått eller när alkohol började användas till berusning.

Resultat

Intervjuarnas skattning av klienters problem och hjälpbehov

Intervjuarna skattar endast en variabel som uttrycker en kombination av hjälpbehov och problemens svårighetsgrad och behov av ytterligare behandling på en skala mellan 0 och 9. Vi har valt att omvandla skalan till värden mellan 0 och 1 genom att dividera alla skattningar med det högsta möjliga värdet (9) för att kunna jämföra intervjuarnas skattningar, klienternas skattningar och composite scores. För att ge en överblick över hur problembilden ser ut för de olika grupperna har vi slagit ihop de olika sektionerna till problemområden. Ett problemområde kallas "Psykologiska problem" och definieras av sektionerna *Psykisk hälsa* och *Familj och umgänge*. Ett annat problemområde kallas "Sociala problem" och definieras av sektionerna *Alkohol och Narkotika*, *Arbete och försörjning* samt *Kriminalitet*. Sektionen *Fysisk hälsa* passar inte in i något av problemområdena utan utgör ett eget problemområde. De genomsnittliga skattningarna för varje problemområde i respektive grupp framgår av figur 1.



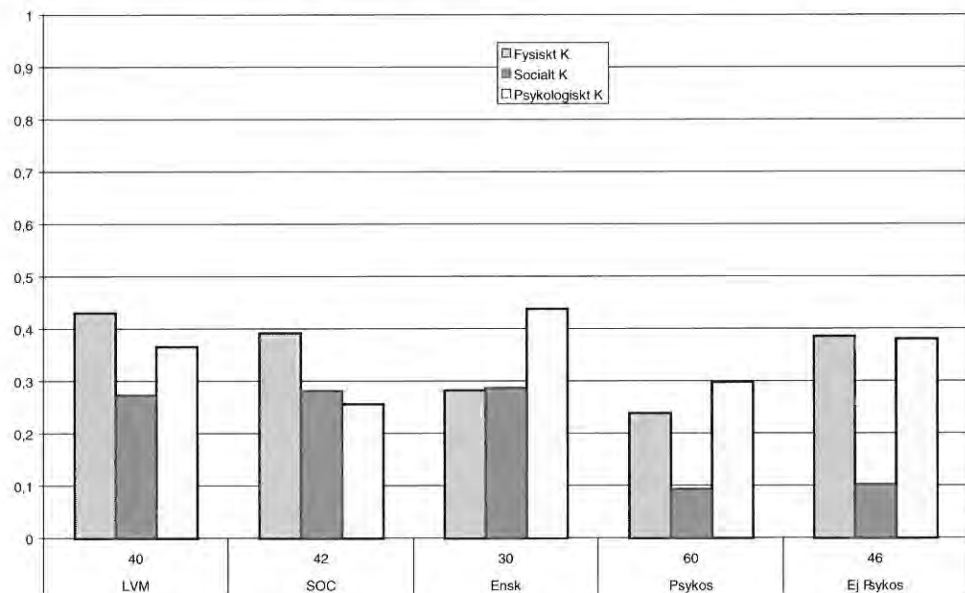
Figur 1. Intervjuarskattning av problemens svårighetsgrad och hjälpbehov hos klienterna inom de olika problemområdena av ASI

Av figur 1 framgår att alla grupper har skattats högst avseende psykologiska problem. LVM-gruppen har totalt sett mest problem enligt intervjuarna. De har mest problem när det gäller sociala problem och fysisk hälsa och näst mest när det gäller psykologiska problem. Gruppen Enskilda har mycket stora psykologiska problem,

men har också stora sociala problem. De båda psykiatrigrupperna har som väntat mest psykologiska problem och endast i ringa grad sociala problem. Socialtjänstgruppen har en måttligt hög grad av såväl psykologiska som sociala problem, men ligger inte på samma problemnivå som vare sig LVM-klienterna eller de Enskilda. Den fysiska hälsan är sämst för LVM-klienterna och för Socialtjänstklienterna, men är på det hela taget inte skattad särskilt högt av intervjuarna.

Klienternas besvärsupplevelser inom olika områden

Klienterna uppmanas att skatta storleken av sina besvär och sitt hjälpbehov på en 5-gradig skala mellan 0 och 4, där 4 är maximalt besvär/hjälpbehov. Vi har valt att omvandla klienternas skattningar till en skala mellan 0 och 1 genom att dividera alla skattningar med det högsta möjliga värdet (4). Klientens skattningar av besvär och hjälpbehov följer varandra mycket nära och vi har därför valt att i nedanstående figur ta ett medelvärde av dessa två som uttryck för klientens skattning. Vi har slagit ihop klientskattningarna till samma problemområden som intervjuarskattningarna. Resultaten för de olika grupperna på de tre problemområdena återges i figur 2.

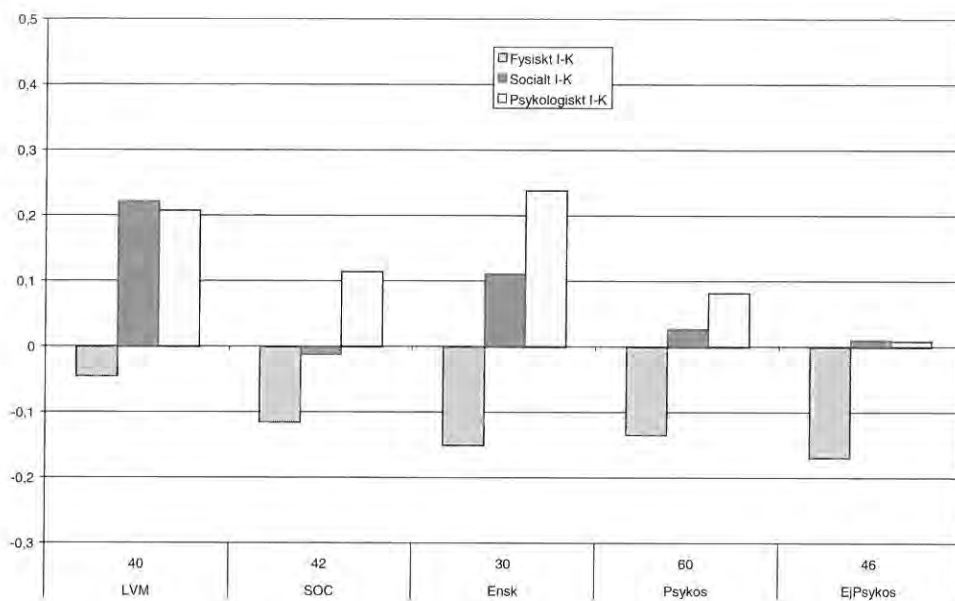


Figur 2. Medelvärdet av klientskattning av besvärsnivå och hjälpbehov inom de olika problemområdena av ASI för olika grupper

Skillnaden mellan grupperna är betydligt mindre generellt sett, även om de är signifikanta för alla tre problemområdena. I jämförelse med intervjuarna bedömer klienterna de fysiska hälsoproblemen betydligt högre och i nivå med de psykologiska problemen. Däremot bedömer klienterna de psykologiska problemen som ungefär hälften så stora som intervjuarna gjort.

Differens mellan intervjuarskattning och klientskattning

För att få en bättre bild av skillnaden mellan intervjuarnas och klienternas skattningar beräknades differensen mellan skattningarna. Resultaten återges i figur 3.



Figur 3. Differens mellan intervjuarskattning och klientskattning för de olika problemområdena

För psykiatrins patienter är det endast fysisk hälsa som skiljer sig signifikant mellan intervjuare och patient. För socialtjänstens klienter finns en ganska god överensstämmelse mellan skattningarna av sociala problem, medan både psykologiska problem och fysisk hälsa skiljer sig signifikant. LVM-klienterna underskattar de sociala och psykologiska problemen jämfört med intervjuarna, men skillnaden när det gäller fysisk hälsa är inte signifikant. För de Enskilda är det signifikanta skillnader inom alla tre problemområdena. När det gäller de fysiska hälsoproblemen underskattar intervjuarna generellt problemen jämfört med klienterna.

Ett annat sätt att få en uppfattning om klienternas problembild är att se hur många per grupp som angett lägst värdet 3 på hjälp- och besvärsskattningarna. Ett så högt värde betyder att klienten tycker att det är ett påtagligt eller mycket stort problem eller stort behov av hjälp. I tabell 2 återges hur många procent av klienterna som har ett genomsnittligt värde på skattningarna av besvär eller hjälpbehov som är större än 2. Det är uppenbart att de sociala problemen skattas lägst av alla klientgrupper. Det är de fysiska och de psykologiska problemen som dominerar klienternas subjektiva problembild. Det är anmärkningsvärt att även i de grupper som har sociala problem som sitt huvudproblem anser mycket få av klienterna att de har denna typ av problem, medan intervjuarna tycker att hälften av LVM-klienterna och en tredjedel av

Tabell 2. Procentuell andel av klienterna i varje grupp som skattat ett påtagligt eller mycket stort besvär/hjälbehov(<2) inom varje huvudområde enligt klient (K) och intervjuare (I)

Problemområde	LVM		Enskilda		Socialtjänst		Psykiatri		Totalt	
	K	I	K	I	K	I	K	I	K	I
Psykologiska	31	62	37	73	17	24	20	24	24	37
Sociala	13	51	10	30	5	2	0	1	5	14
Fysisk hälsa	41	38	20	7	40	14	27	4	31	12

de Enskilda har sociala problem. När det gäller psykologiska problem anser dubbelt så stor andel av intervjuarna som av LVM-klienterna och klienter på enskilda behandlingshem själva att de har påtagliga problem och hjälpbehov. När man ser till andelen som har problem av olika slag är det uppenbart att de psykologiska problemen dominerar enligt intervjuarna.

Signifikanta gruppskillnader inom olika sektioner

Vi kommer nu att redovisa medelvärden och skillnader mellan grupper för de olika sektionerna. I de tabeller som följer redovisas så många av de kvantitativa variablerna från ASI-intervjun som vi funnit möjligt att redovisa. Vi har uteslutit följdfrågor och skapat en del sammanfattande index av flera frågor inom en sektion för att få bättre överblick. Vi har organiserat tabellerna i tre avsnitt. Den första gäller skattningarna, den andra de variabler som anger historiska eller allmänna problem inom delområdet, medan det tredje avsnittet återger aktuella problem. I tabellerna redovisas de två klientskattningarna separat.

Alla signifikanttest är gjorda som envägs variansanalyser med post hoc test enligt Scheffes metod.

Fysisk hälsa

Av tabell 3 framgår att de fysiska hälsoproblemen i de aktuella grupperna är relativt små.

Tabell 3. Fysisk hälsa i olika klientgrupper

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Enskilda	Psykos	EjPsykos	
Skattningar						
Klientskattning av besvärsgrad	1,73	1,47	1,30	0,95	1,6	L> E, PP; S> PP
Klientskattning av hjälpbehov	1,73	1,60	0,97	0,88	1,6	
Intervjuarskattning av hjälpbehov/ problem	1,55	1,10	0,50	0,35	0,87	
Allmänna problem						
Antal inläggningar på sjukhus för fysiska hälsoproblem	19,8	3,7	4,1	2,1	2,5	L> S, E, PP, EP
Andel med gulsot	55	16	0	0	0	
Andel med pension/sjukbidrag p g a fysiska hälsoproblem	28	19	6	0	0	L> PP, EP
Aktuella problem						
Antal dagar av sista 30 med fysiska hälsoproblem	11,1	11,2	7,5	5,0	10,0	

LVM-gruppen har signifikant större fysiska hälsoproblem än gruppen Enskilda och Psykospatienter enligt intervjuarskattningarna, men enligt klientskattningarna finns inga skillnader mellan grupperna. När det gäller fysiska problem dominerar de allmänna och historiska problemen. Även intervjuarskattningarna återspeglar detta faktum. Det finns inga skillnader mellan grupperna när det gäller aktuella fysiska hälsoproblem, som i allmänhet skattas relativt högt av klienterna. Andelen som har gulsot och pension/sjukbidrag p g a fysiska hälsoproblem är störst bland LVM-klienterna. Sammanfattningsvis kan man säga att LVM-klienterna har något sämre fysisk hälsa än de övriga grupperna, men skillnaderna är inte så stora.

Arbete och försörjning

I tabell 4 redovisas skillnader och likheter avseende arbete och försörjning mellan grupperna.

Tabell 4. Arbete och försörjning i olika grupper av klienter

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Enskilda	Psykos	EjPsykos	
Skattningar						
Klientskattning av besvärsggrad	0,90	1,93	0,93	1,13	1,22	S> L
Klientskattning av hjälpbehov	1,20	2,12	1,50	1,13	1,27	
Intervjuarskattning av hjälpbehov/ problem	1,62	1,70	0,73	1,58	1,33	S> E
Allmänna problem						
Längsta period av regelbundet arbete (månader)	72	96	45	26	38	S>E, PP, EP; L>PP

Av tabell 4 framgår att socialtjänstklienterna ligger högre än de övriga grupperna i sina egna skattningar av problem med arbete och försörjning. Intervjuarna skattar dem lika högt som psykospatienterna och LVM-klienterna. Det är främst LVM- och Socialtjänstklienterna som har haft längre perioder av regelbundet arbete, medan Enskilda, Psykospatienter och Ejpsykospatienter inte kommit in på arbetsmarknaden i samma utsträckning. Sysselsättning de senaste tre åren framgår av tabell 5.

För gruppen Enskilda är det antingen arbetslöshet eller att ha varit intagen som är utmärkande. Endast ungefär var tredje har haft en tryggad inkomst i form av arbete, studier eller pension, medan resten är arbetslösa eller intagna. För de andra grupper-

Tabell 5. Anställningsmönster de senaste 3 åren

	LVM		Soc		Enskilda		Psykiatri		Totalt n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Arbete, studier, militärtjänst	7	18	19	44	7	23	35	33	68
Pensionerad	16	40	11	26	2	7	57	11	90
Arbetslös	14	35	12	28	13	40	7	12	45
Intagen	3	7	1	2	9	30	2	3	16
Totalt	40	100	43	100	30	100	106	100	219

na är det snarast det omvända som gäller; en klar majoritet har antingen pension eller förvärvsarbete eller har studerat. För LVM-klienterna är pension eller arbetslöshet vanligast som försörjning, medan relativt få har arbetat eller varit intagna. Drygt hälften av Psykiatrigruppen har pension och en tredjedel har arbetat eller studerat. Att så få varit intagna under de sista tre åren kan bero på att de flesta varit utskrivna från behandlingshemmen i några år när intervjuerna gjordes. I Socialtjänstgruppen är det vanligast att arbeta/studera, men det är också vanligt att man har pension eller är arbetslös.

LVM och Enskilda men även Socialtjänstklienterna har relativt höga frekvenser av arbetslöshet under de senaste tre åren. Trettiofem respektive 40 procent av klienterna i dessa grupper har varit arbetslösa, medan motsvarande siffror för Psykiatrigruppen är 7 procent. Under denna period var det relativt hög arbetslöshet i Sverige, men det är ändå anmärkningsvärt höga siffror som indikerar att det är svårt för dessa grupper att komma ut på arbetsmarknaden. Att 57 procent av psykiatripatienterna har pension är kanske inte så anmärkningsvärt, men att 40 procent av LVM-klienterna har pension antyder att de har haft försörjningsproblem under en längre tid.

Alkohol och Narkotika

I tabell 6 redovisas hur många personer i de olika grupperna som har någon form av missbruk.

Tabell 6. Dominerande missbruksmönster i olika grupper

	LVM		Soc		Enskilda		Psykos		EjPsykos		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	18	45	32	74	9	30	5	8	1	2	65	30
Blandmissbruk	7	18	7	16	9	30	2	3	4	9	29	13
Droger	15	38	2	5	9	30	5	8	6	13	37	17
Inget problem	0	0	1	5	3	10	48	80	35	76	88	40
Totalt	40	100	43	100	30	100	60	100	46	100	219	100

Av tabellen framgår att det finns stora skillnader mellan grupperna. Psykiatrigruppen utmärker sig av att det är en liten grupp som har någon form av missbruk (22%), medan det i övriga grupper är någon enstaka som inte har något missbruk alls. Sex av de 11 i Psykosgruppen som använder droger missbrukar dämpande mediciner och någon enstaka använder cannabis eller amfetamin. Det finns också en liten grupp på 6 personer som missbrukar både alkohol och droger. Missbruksmönstret i LVM-gruppen skulle kunna beskrivas som att man använder både alkohol och droger. De Enskilda har en jämnare fördelning mellan alkohol, droger och blandmissbruk. Några enstaka patienter vid Enskilda har inte missbruksproblem alls utan endast psykiska problem. Socialtjänstklienterna missbrukar huvudsakligen alkohol och några få blandar med droger. Att denna grupp har en tydlig övervikt av

alkoholproblem beror på att de kommer från en mellanstor svensk stad där drogproblemen inte har samma omfattning som i storstäder. Skillnaderna mellan grupper avseende alkoholfrågorna i ASI redovisas i tabell 7.

Tabell 7. Genomsnittliga alkoholproblem i olika grupper av klienter

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Ensk	Psykos	Ej Psykos	
Skattningar						
Klientskattning av besvär	1,0	1,9	1,0	0,3	0,1	S> L, PP, EP; & L, E> EP
Klientskattning av hjälpbehov	1,4	2,2	2,1	0,2	0,2	L, S, E> PP, EP
Intervjuarskattning	2,3	2,3	2,7	0,2	0,1	
Allmänna problem						
Antal gånger delirium	2,8	0,5	1,4	0	0	
Antal behandlingstillfällen för alkohol	11,5	6,8	13,6	1,0	1,3	
Aktuella problem						
Antal dagar med alkoholproblem senaste 30 dagarna	6,6	8,0	4,1	0	0	L, S> PP, EP

Av tabell 7 framgår att Psykospatienterna och EjPsykospatienterna skiljer sig från de övriga grupperna på varje fråga som mäter alkoholproblem. Socialtjänstklienterna har enligt sin egen skattning störst besvär med alkohol, men skiljer sig inte från LVM och Enskilda när det gäller hjälpbehov eller intervjuarskattning.

Förekomsten av narkotikaproblem i de olika grupperna framgår av tabell 8.

Tabell 8. Narkotikaproblem i de olika klientgrupperna

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Enskilda	Psykos	EjPsykos	
Skattningar						
Klientskattning av besvär	1,2	0,2	0,8	0	0	L> S, PP, EP; E> PP, EP
Klientskattning av hjälpbehov	1,6	0,3	2,2	0	0	
Intervjuarskattning	2,3	0,2	2,5	0	0	L, E> S, PP, EP L, E> S, PP, EP
Allmänna problem						
Överdoser av narkotika antal gånger	3,0	0,3	3,7	0	0	
Antal behandlingstillfällen för narkotika	12,4	0,4	5,5	0	1,2	
Aktuella problem						
Antal dagar med narkotikaproblem senaste 30 dagarna	7,5	0,4	5,9	0	0	L, E>S, PP, EP

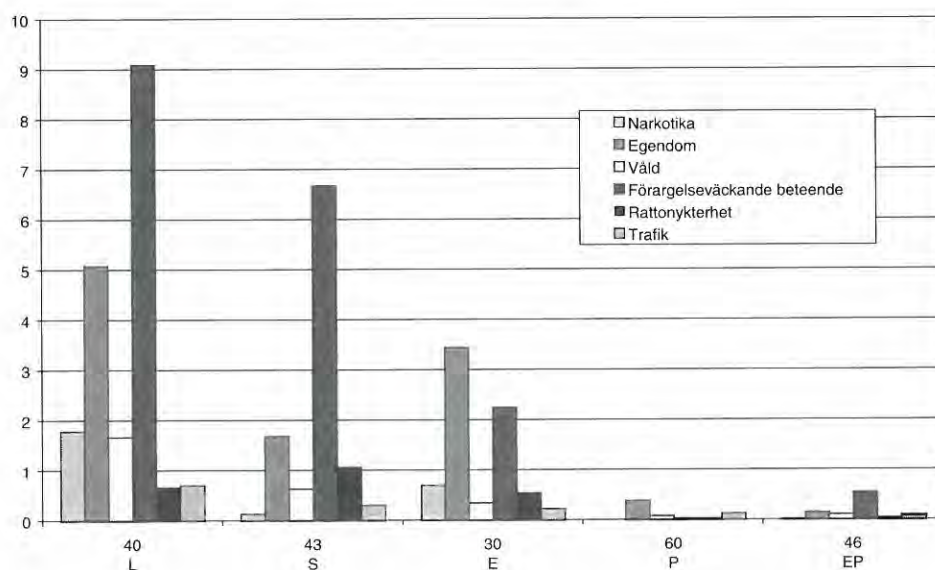
Av tabell 8 framgår att det är LVM-klienterna och Enskilda som har narkotikaproblem, medan såväl socialtjänstens klienter som psykiatrins patienter knappast har sådana problem alls.

Kriminalitet

Tabell 9. Kriminalitet/asocialitet i de olika klientgrupperna

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Ensk	Psykos	Ej psykos	
Skattningar						
Klientskattning av besvär	0,8	0,2	0,3	0,1	0,1	L> S, PP, EP
Klientskattning av hjälpbehov	0,6	0,1	0,3	0,1	0	L> S, PP, EP
Intervjuarskattning	1,9	0,2	0,5	0	0,1	L> S, PP, EP
Allmänna problem						
Antal månader i häkte eller kriminalvårdsanstalt	17,3	5,2	4,7	0	0,1	L> S, E, PP, EP
Aktuella problem						
Olaglig verksamhet, antal dagar senaste 30, i syfte att skaffa pengar	0,7	0,0	0,8	0	0,6	

När det gäller kriminalitet är LVM-gruppen mest belastad. De har fler månader i häkte och skattar större problem och hjälpbehov. Skillnaderna mellan grupperna är signifikanta även om problem med kriminalitet skattas generellt mycket lågt. I denna version av ASI har vi använt en bredare definition av problem med kriminalitet än den smalare definition som endast uttrycker behov av juridisk hjälp och som förekommer i de senare versionerna av ASI. I figur 4 återges medelvärdet av antalet brott av olika slag som lett till åtal för de olika grupperna.



Figur 4. Genomsnittligt antal brott av olika slag som lett till åtal i de olika grupperna

Av figur 4 framgår att LVM-gruppen har angett mest brott av alla slag och att förargelseväckande beteende och egendomsbrott dominerar. Socialtjänstens klienter har huvudsakligen åtalats för förargelseväckande beteende, medan Enskilda har åtalats för relativt många egendomsbrott.

Familj och umgänge

Tabell 10. Familje- och relationsproblem i de olika klientgrupperna

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Ensk	Psykos	EjPsykos	
Skattningar						
Klientskattning av familjeproblem	1,3	0,8	0,9	0,8	1,1	
Klientskattning av övriga relationsproblem	1,0	0,7	1,2	0,8	1,2	
Klientskattning av hjälpbehov för familjeproblem	1,3	0,9	1,4	0,6	0,7	
Klientskattning av hjälpbehov för övriga relationsproblem	0,9	0,5	1,2	0,6	0,8	
Intervjuarskattning av hjälpbehov för familje- och relationsproblem	2,0	1,4	2,3	0,8	1,3	E> PP, EP; L>PP
Allmänna problem						
Antal nära vänner	4	5	4	2,8	3	L, S> PP
Antal långvariga nära relationer	3,5	3,7	2,9	2,3	3,3	
Antal relationer med problemperioder i livet	2,8	2,7	3,0	2,2	3,3	
Andel som utsatts för fysiska övergrepp	38	40	57	25	37	
Andel som utsatts för känslomässiga övergrepp	58	58	67	50	65	
Andel som utsatts för sexuella övergrepp	13	12	30	15	21	
Aktuella problem						
Antal relationer med problem senaste 30 dagarna	0,8	0,5	0,4	0,6	0,9	
Allvarliga familjekonflikter senaste 30, antal dagar	4,0	0,3	2,0	1,8	2,0	
Allvarliga konflikter med andra senaste 30, antal dagar	3,8	1,5	3,9	2,3	0,8	

Av tabell 10 framgår att förhållandevis många i alla klientgrupperna utsatts för fysiska och känslomässiga övergrepp någon gång i livet. Även sexuella övergrepp har förekommit relativt ofta jämfört med vad som gäller för en normalgrupp, vilket kan bero på att man ställer frågorna i direkt anslutning till att man talar om de relationer man har och inte i mer allmän form. Alla fem kvinnorna i LVM-gruppen och 9 av 11 i gruppen Enskilda har varit utsatta för sexuella övergrepp, men ingen av männen i dessa grupper. Det är betydligt ovanligare bland kvinnorna i psykiatrigruppen (36%) och Socialtjänstgruppen (21%). Totalt sett har endast två män utsatts för sexuella övergrepp. Gruppen Enskilda klienter verkar ha varit mest utsatt för övergrepp. Klienterna har skattat lågt på besvär och behov av hjälp för sina familje- och övriga

relationsproblem. Intervjuarna har skattat att gruppen Enskilda klienter och LVM-klienter har störst hjälpbehov för familje- och övriga relationsproblem. Mot bakgrund av hur pass omfattande klienternas problembild ser ut kanske differensen mellan intervjuarskattningar och klientskattningar kan tolkas som att det rör sig om en underskattning från klienternas sida.

Psykisk hälsa

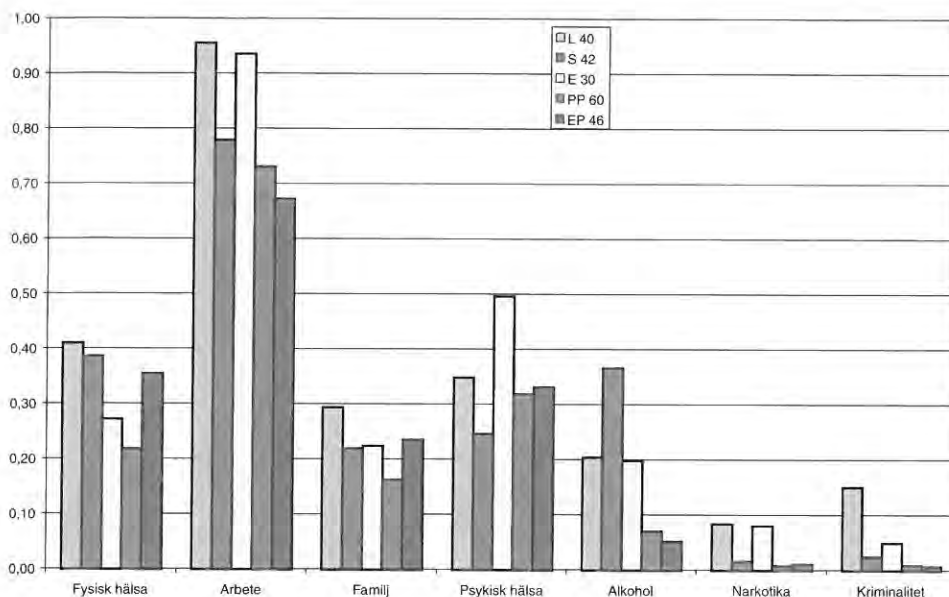
Helhetsintrycket av tabell 11 är att det finns mycket få signifikanta skillnader mellan grupperna och att det verkar finnas relativt mycket psykiska problem i alla grupper. Mellan 40 och 67 procent av alla klienter har t ex någon gång försökt ta livet av sig och de upplever sig ha känslomässiga problem nästan varannan dag. De flesta patienter har också fått psykiatrisk behandling av något slag. Den enda skillnaden tycks vara att psykiatripatienterna haft flest behandlingstillfällen i öppenvård, men spridningen är stor i grupperna, endast Psykospatienterna skiljer sig signifikant från Socialtjänstklienterna.

Tabell 11. Psykologiska, känslomässiga problem i olika klientgrupper

	Medelvärden					Signifikanta skillnader
	LVM	Soc	Enskilda	Psykos	EjPsykos	
Skattningar						PP>S
Klientskattning av besvär	2,0	1,6	2,7	2,3	2,1	
Klientskattning av hjälpbehov	2,2	1,7	3,0	2,3	2,6	
Intervjuarskattning av hjälpbehov	2,6	1,5	3,3	2,3	2,1	
Allmänna problem						
Behandling i slutenvård (tillf)	4,4	1,5	8,1	6,1	5,8	
Procent som fått slutenvård	48	30	77	98	89	
Behandling i öppenvård (tillf)	2,0	2,2	16,8	66	44	
Andel som gjort suicidförsök	38	40	63	40	67	
Psykiska symtom totalt i livet	3,9	3,5	4,8	4,8	5,2	
Andel som haft depressiva symtom	63	83	67	72	91	
Andel som haft ångestsymtom	68	63	87	77	85	
Andel som upplevt hallucinationer	2	20	3	68	33	
Andel som haft koncentrationsproblem	60	58	83	75	76	
Andel som haft svårt att kontrollera våldsamt beteende	40	33	27	33	43	
Aktuella problem						
Klientupplevelser av känslomässiga problem, antal av senaste 30 dagar	14,3	9,4	18,2	15,4	13,0	
Psykiska symtom senaste 30 d (1–5)	2,3	1,6	3,4	2,0	1,8	

Composite scores

I ASI-manualen ges anvisningar för beräkning av ett matematiskt sammansatt index som kallas composite scores. Tanken med detta index är att det skall kunna användas för en mer objektiv beskrivning av förändringar inom de olika områdena. Indexet baseras på ett urval av kritiska frågor inom varje problemområde och varierar mellan 0 och 1, där 1 betyder maximala problem. Hur composite scores ser ut i olika grupper framgår av figur 5.



Figur 5. Composite scores för de olika grupperna inom varje delområde av ASI

Den bild av klienternas problem som framkommer med hjälp av composite scores är mycket annorlunda än den bild som framkommer från intervjuarskattningar och klienternas egna skattningar. Det är uppenbart att arbete och försörjning får en mycket hög problemskattning i composite scores jämfört med intervjuarskattningarna och klienternas egna skattningar av besvärs- och hjälpbehov. De fyra variabler som ingår är om man har körkort, tillgång till bil, antal dagar av de senaste 30 med lön samt antal kronor man tjänat under denna tid. De höga värdena på composite score för arbete kan förklaras av att indexet består av frågor som inte är relevanta för svenska förhållanden. Enligt composite scores är fysisk hälsa och psykisk hälsa ungefär lika problematiska och därefter kommer familjeproblem och alkoholproblem. När det gäller narkotika och kriminalitet finns nästan inga problem alls för någon grupp. Enligt vår mening bör hela konstruktionen av composite scores ses över och göras om så att man får en bättre överensstämmelse med intervjuarskattningar och klient-skattningar. Det innebär sannolikt att man måste byta ut de frågor som ingår och försöka få bättre måtegenskaper för skalorna inom de flesta delområdena av ASI.

Även om nivån på problemen framstår som annorlunda för många av sektionerna i ASI när man jämför composite scores (CS) och skattningarna av klienten och intervjuaren så kan samvariationen vara hög. I en studie av Brown et al (1999) fann man att CS inte korrelerade med vare sig klientens eller intervjuarens skattningar. Korrelationen mellan CS och klientens skattningar av besvär och hjälpbehov samt intervjuarens skattningar i vår studie framgår av tabell 12.

Tabell 12. Korrelationer mellan Composite Scores och klientens skattningar av besvär och hjälpbehov samt intervjuarens skattningar för de olika sektionerna i ASI

	CS/ Besvär	CS/ Hjälp	CS/ Intervjuarskattning
Fysisk hälsa	0,9	0,895	0,781
Arbete	-0,02	0,073	0,007
Familj Övriga rel	0,134	0,411	0,208
Familj F	0,802	0,411	0,739
Psykisk hälsa	0,724	0,706	0,568
Alkohol	0,884	0,813	0,635
Narkotika	0,76	0,819	0,707
Kriminalitet	0,855	0,798	0,678

Av tabellen kan man se att det föreligger nollsamband mellan CS för arbete och skattningarna av arbete. Även den del av Familj och umgänge som avser övriga relationer uppvisar låga interna samband. De övriga sektionerna har höga eller mycket höga samband mellan de tre indikatorerna på klientens problem eller hjälpbehov. I regel är sambanden mellan klientens skattningar och CS högre än sambanden mellan CS och intervjuarskattningarna. Detta förklaras av att klientens skattningar ingår i CS för alla sektioner utom Arbete, medan intervjuarens skattningar aldrig ingår i CS. Samvariationen mellan de tre skattningarna är i regel hög (0.4–0.9) utom för Familj och umgänge där intervjuaren endast gör en skattning medan klienten gör en separat skattning för familjerelationer och en separat skattning för övriga relationer.

Diskussion

I denna studie har vi grupperat de olika sektionerna i ASI till tre problemområden som vi kallat Sociala, Psykologiska och Fysiska hälsoproblem för att få en överblick av de livsområden där klienter kan ha problem. Vi har också jämfört de tre missbrukargrupperna med två grupper av psykiatriska patienter. Alla jämförelser har gjorts utifrån tre olika perspektiv: ett faktaperspektiv, ett subjektivt klientperspektiv och ett intervjuarperspektiv.

Ett huvudresultat är att LVM-gruppen och gruppen Enskilda har mest problem sett ur *faktaperspektivet*, oavsett vilket problemområde vi väljer att titta på. Det förefaller helt klart att LVM-gruppens problembild måste betraktas som multidimensionell. De har mycket problem med missbruk, kriminalitet, arbete och försörjning, familj och relationer, psykisk hälsa och inte minst fysisk hälsa. De psykologiska problemen är både av mer allmän art och aktuella. Ungefär hälften av klienterna har någon gång försökt ta livet av sig och de upplever sig ha känslomässiga problem nästan varannan dag. Familje- och relationsproblem är allvarliga enligt den genomgång som gjorts i termer av allmänna och aktuella problem i ASI-intervjun. Förhållandevis många klienter i alla klientgrupperna har utsatts för fysiska och känslomässiga övergrepp någon gång i livet i alla grupperna. Även sexuella övergrepp har

förekommit relativt ofta jämfört med vad som gäller för en normalgrupp. Gruppen enskilda klienter verkar ha varit mest utsatt för övergrepp. De sociala problemen består huvudsakligen av missbruk, kriminalitet samt arbete och försörjning. LVM-klienterna och Enskilda missbrukar både alkohol och droger, medan Socialtjänstens klienter i denna studie enbart missbrukar alkohol. När det gäller kriminalitet är LVM-gruppen mest belastad och det vanligaste brottet är förargelseväckande beteende. Försörjningssituationen ser olika ut i grupperna. Nittio procent av psykiatripatienterna, 70 procent av socialtjänstklienterna och nästan 60 procent av LVM-klienterna har en tryggad försörjning i form av pension, arbete eller studier. Endast 30 procent av de Enskilda har haft motsvarande situation under de sista tre åren. Detta kan inte förklaras med att de Enskilda är i början av sin sjukdomsperiod eftersom de i stort sett är lika gamla som andra grupper och har haft sina problem under nästan 15 år i genomsnitt. En förklaring skulle kunna vara att de försörjer sig illegalt, vilket borde synas i större problem med kriminalitet. Det är dock endast LVM-gruppen som har några nämnvärda problem med kriminalitet så det verkar inte vara en rimlig förklaring. LVM och Enskilda men även Socialtjänstklienterna har relativt höga frekvenser av arbetslöshet under de senaste tre åren. 35 respektive 40 procent av klienterna i dessa grupper har varit arbetslösa, medan motsvarande siffra för Psykiatrigruppen är 7 procent. Under denna period var det relativt hög arbetslöshet i Sverige, men det är ändå anmärkningsvärt höga siffror som indikerar att det är svårt för dessa grupper att komma ut på arbetsmarknaden. Att 57 procent av psykiatris patienter har pension är kanske inte så anmärkningsvärt, men att 40 procent av LVM-klienterna har pension antyder att de har haft försörjningsproblem under en längre tid.

Det är mot denna bakgrund man bör värdera de behandlingsinsatser som görs för LVM-klienter i Sverige. Lagstiftningen säger att klienten kan omhändertas för vård i högst 6 månader och syftet med vården är att motivera till vidare behandling. Inget sägs om vilken inriktning eller omfattning denna fortsatta behandling bör ha. Våra resultat skulle kunna användas som argument för att den vidare vården av LVM-klienter måste vara mångfasetterad och inriktad mot hela spektret av sociala, psykologiska och fysiska hälsoproblem.

Klienternas subjektiva perspektiv

Kanske det mest anmärkningsvärda resultatet är att klienterna inte besvärar sig av sina problem eller tycker att de behöver hjälp i någon större utsträckning trots att de utifrån ett faktaperspektiv har allvarliga problem inom många områden. Enligt det *subjektiva perspektivet*, dvs klienternas skattningar, är besvär och hjälpbehov genomgående mycket låga. Inte ens i LVM-gruppen eller bland socialtjänstens klienter anser fler än ungefär var tionde att de har påtagliga besvär eller hjälpbehov. Däremot anser klienterna i allmänhet att de fysiska hjälpbehoven och besvären är relativt stora. Var fjärde klient inom LVM-gruppen och socialtjänstgruppen anser sig ha påtag-

liga besvär eller hjälpbehov med kroppsliga problem. Även när det gäller psykologiska problem anser var femte klient att de har påtagliga besvär och hjälpbehov. De psykologiska problemen utgörs till största delen av problem med psykisk hälsa. Mer än varannan klient (55%) anser att de har påtagliga besvär eller hjälpbehov p g a psykiska hälsoproblem. För gruppen Enskilda är det så många som 77 procent, för LVM-gruppen 56 procent och av socialtjänstens klienter 38 procent som anser sig ha påtagliga besvär eller hjälpbehov med psykiska hälsoproblem. Psykiatripatienterna ligger någonstans i mitten med 55 procent och kan kanske användas som referensgrupp i detta avseende. De är en grupp av patienter som har haft sina psykiatriska problem under mer än 10 år i genomsnitt. Det är alltså en ganska representativ grupp av långvarigt sjuka psykiatripatienter och kan mycket väl användas som jämförelsegrupp när det gäller psykiska problem.

Intervjuarnas perspektiv

Bilden av hur många som har problem av olika slag är betydligt allvarligare för LVM-gruppen och de Enskilda om man ser till intervjuarnas bedömningar, d v s *intervjuarperspektivet*. Fler än hälften av LVM-klienterna har både psykologiska och sociala problem. Sextiofyra procent har påtagliga psykiska hälsoproblem, vilket stämmer väl med uppskattningar av förekomsten av psykiska sjukdomar enligt DSM-IV systemet som gjorts vid en LVM-institution i Sverige (Sallmén, Nilsson & Berglund, 1997). Enligt vår undersökning har så många som 93 procent av de Enskilda påtagliga problem med sin psykiska hälsa och tre av fyra i den gruppen har påtagliga psykologiska problem av mer allmän art, men endast 30 procent har sociala problem. Det är således helt klart att det rör sig om en grupp med primärt psykologisk problematik snarare än problem som normalt hör till socialtjänstens område.

Det är uppenbart att de tre olika perspektiven ger olika bilder av klienternas situation. Ett intressant resultat är att intervjuarna skattar högre problemnivåer än klienterna när det gäller sociala och psykologiska problem. Är det ett uttryck för att de professionella intervjuarna gör en mer realistisk värdering av de symtom och svårigheter som klienterna visar upp av psykologisk och social natur och att klienterna underskattar problemen, eller är det tvärtom? Det faktum att intervjuarna inte överskattar problemen för psykiatripatienterna och socialtjänstens klienter talar för att det är ett systematiskt drag hos missbruksklienterna att negligera sina sociala och psykologiska problem. Är det rimligare att tro att intervjuarna underskattar de faktiska fysiska hälsoproblem som klienterna har? Kanske blir det så därför att de har sin speciella inriktning mot just psykologiska och sociala problem och tenderar att ta för lätt på fysiska hälsoproblem. Det är tänkbart, men frågan kräver jämförelse med en annan grupp av bedömare med starkare medicinsk förankring för att besvaras. Låt oss i stället undersöka rimligheten i det andra alternativet, att klienterna överskattar de fysiska hälsoproblemen.

Varför underskattar klienterna de sociala och psykologiska problemens allvar? Om detta vet vi naturligtvis ingenting, men låt oss försöka sätta oss in i missbrukarens situation. Han mår dåligt, har ångest och är deprimerad, har inget jobb och problem med relationer till vänner och släktingar. Sådant tär på självkänslan och känslan av obehag ökar (se nästa kapitel, Självbild ...). Att använda droger och alkohol kan ju faktiskt ha en lugnande och medicinerande effekt. Att man efter ett tag kanske måste begå en del brott för att få pengar till drogerna är begripligt och därmed inget att bekymra sig om ur ett klientperspektiv. Att dricka sprit eller använda droger är ju också relativt vanligt och framstår därför inte som något alarmerande. Att inte uppleva de sociala problemen som särskilt allvarliga är kanske självklart för den som har dem. När det gäller de psykologiska problemen erbjuder samhället knappast någon hjälp alls och för att överleva måste man lära sig att acceptera relationskonflikter, utanförskap och psykisk ohälsa som en del av livssituationen. Finns det ingen hjälp att få är det inte heller meningsfullt att uppleva att man har ett hjälpbehov. Denna mekanism kan också förklara varför de rent kroppsliga symtomen och besvären har större betydelse än de sociala och psykologiska problemen. Samhällets kroppsvård är väl utbyggd och tillgänglig för alla till en rimlig kostnad. Det är anmärkningsvärt att alla grupper visar samma höga värdering av de fysiska hälso-problemen. En tolkning som bör undersökas är om de faktiskt är eftersatta och bör åtgärdas. En annan är det är ett sätt att uttrycka sin smärta på – som en psykosomatisk reaktion?

En jämförelse mellan faktaperspektivet och det subjektiva perspektivet visar att det inte finns någon grund för misstanken att klienterna av någon anledning inte rapporterar de problem de har eller har haft inom olika områden. Snarare är det så att det är värderingen av problemens allvar som skiljer mellan intervjuare och klient. Inledningsvis menade vi att ett sådant utfall skulle kunna ses som en bekräftelse på det riktiga i att tvångsomhändertaga missbrukaren för vård. Riktigheten i denna tolkning stärks av att klienterna presenterar en allvarlig faktisk problembild inom i stort sett alla områden. Målsättningen att motivera till vidare vård inom LVM kan i detta perspektiv snarast ses som relativt blygsam. Systematiska åtgärder borde sättas in inom alla områden där en klient har problem. Garantier borde ges för att åtgärderna fullföljs även efter utskrivning från LVM. Det faktum att klienten själv inte värderar problemen lika allvarligt som intervjuaren är själva orsaken till LVM-ingripandet och borde kanske fokuseras i första hand under LVM-vården. Vi menar att ASI skulle kunna användas i detta syfte, t ex att man har systematisk genomgång med varje klient av hans eller hennes faktiska problembild, hur klienten bedömt besvären och hjälpbehoven och hur intervjuaren skattat. Detta bör ske för varje område och bör resultera i en diskussion om tänkbara åtgärder på lång och på kort sikt.

Referenser

- Armeliu, K., Armeliu, B.-Å. & Sundbom, E. (1996) *Trappan – upplevelser av myndighetskontakter efter psykiatrisk vård i Västerbotten*. Slutrapport, TRAPPAN-projektet. Västerbottens läns landsting.
- Bilal, A. M. (1988) Correlates of addiction-related problems in Kuwait: A cross-cultural view. *Acta Psychiatr Scand* 78:414–416.
- Brown, T. G., Seraganian, P. & Shields N. (1999) Subjective appraisal of problem severity and the ASI: Secondary data or second opinion? *Journal of Psychoactive Drugs*, Volume 31(4) oktober–december 1999.
- el-Guebaly, N. (1990) Substance abuse and mental disorders: The dual diagnoses concept. *Can J Psychiatry* 35:261–267.
- Hendriks V. M., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989) The Addiction Severity Index's reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat* 6: 133–141.
- Kernberg, O. (1981): Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America* 4 (1), 169–194.
- Kosten, T. R., Rounsaville, M. D. & Kleber, H. D. (1983) Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 171:606–610.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. & Woody, G. E. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 168:26–33.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Druely, K. A. (1983a) Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: The role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 40:620–625.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., O'Brien, C. P. & Druely, K. A. (1983b) Increasing effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching". *J Nerv Ment Dis*, 171:597–605.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L. & O'Brien, C. P. (1985) New data from the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*, Vol 73:412–423.
- McLellan, A. T. (1986) Psychiatric severity as a predictor of outcome from substance abuse treatments. In Meyer, R. E. (Ed) *Psychopathology and addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. & Pettinati, H. (1992) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treatm* 9:199–214.
- Ross, H. E., Glaser, F. B., Germansson, T. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen psychiatry* 45:1023–1031.
- Sandi-Esquivel, L. E. & Avila-Corrales, K. (1990) Validity of the Addiction Severity Index (adapted version) in a Costa Rican population group. *Bull Pan-Am Health Organ* 24:70–76.
- Sallmén, B., Nilsson, L. H. & Berglund, M. (1997) Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *European Psychiatry*, 12:329–334.

Självbild och symtom hos missbrukare – en jämförelse med psykiatripatienter

Kerstin Armelius, Håkan Larsson och Bengt-Åke Armelius

Sammanfattning

Psykisk störning hos missbrukare i tvångsvård på två olika LVM-institutioner undersöktes utifrån ett subjektivt perspektiv. LVM-grupperna jämfördes med missbrukare som behandlades på två olika behandlingshem i privat regi, två grupper av patienter i psykiatrisk behandling samt med personer utan känt missbruk eller psykisk störning. Samtliga fick skatta sin självbild och sina symtom. Enligt Kernbergs (1981) kriterier för psykopatologi och personlighetsorganisation (PO) hade majoriteten av missbrukarna diagnosen icke-psykotisk PO och psykiatripatienterna var indelade i patienter med psykotisk och icke-psykotisk PO. Grupperna testades också med några intelligenstest. Resultaten visade att med ett subjektivt perspektiv uttryckte samtliga missbrukare att man hade psykiska problem och skattade *mer* symtom och en *mer* negativ självbild än personer utan känt missbruk. Samtidigt visade resultaten att missbrukarna uttryckte *mindre* psykiska problem än psykiatrins patienter med jämförbar PO-diagnos och detta var särskilt uttalat för missbrukarna i LVM-vård. Dessa missbrukare liknade därför i sina subjektiva skattningar mer psykiatrins PPO-patienter än icke-PPO-patienterna. En diskriminantanalys, där samtliga missbrukare med icke-PPO-diagnos jämfördes med psykiatrins båda patientgrupper med avseende på de subjektiva skattningarna, visade att missbrukarna hade en mer positiv självbild, en mindre negativ syn på sig själva och lägre skattning av symtom jämfört med psykiatrins icke-PPO-patienter. Resultaten diskuterades utifrån interpersonell teori och antagandet om självbildens betydelse för relationer och behandling. Innebär behandling ett hot mot en positiv självbild för missbrukare och kan man ändra sitt missbruk utan att ändra sin självbild?

Inledning

Flera studier har visat att missbrukare har olika slags psykiska störningar. Zack et al (1998) sammanfattar forskningsresultat som visar att cirka hälften av alla individer med missbruk också lider av någon icke-missbruksrelaterad psykisk störning. Bland missbrukare som söker behandling har ca 75 procent någon gång haft en psykisk störning och ca 67 procent har en aktuell psykisk störning. Enligt den s k självmediceringshypotesen (Khantzian & Treece, 1985) kan man även tänka sig att missbruket är sekundärt till en psykisk störning, där missbrukaren använder alkohol och droger för att hantera och lindra sina psykiska problem. I Sverige har frågan undersökts empiriskt i några studier. Sandell och Bertling (1995) fann i ett sampel av narkotikamissbrukare att ca 20 procent av dessa hade en psykotisk personlighetsorganisation och ca 40 procent en borderlinestörning enligt Kernbergs (1981) kriterier. Vissa resultat tyder på att om psykisk störning definieras med DSM-systemet har hela 70 procent av missbrukare i tvångsvård någon axel-1-störning och nästan lika många har en personlighetsstörning enligt axel-2 (Socialstyrelsen, 1996). Liknande resultat har redovisats av Sallmén, Nilsson & Berglund (1997), som visade att 67 procent av tvångsvårdade missbrukare och 56 procent av frivilligt vårdade missbrukare samtidigt hade en psykiatrisk störning enligt DSM-systemet, vanligast var en icke-psykotisk störning.

I behandling av missbrukare verkar psykisk störning och psykopatologi vara relaterat till högre "drop-out" och sämre resultat av behandling (McLellan, 1986; Vaglum, 1991). Man når bättre behandlingsresultat om man kombinerar behandling av missbruket med behandling av den psykiska störningen (Fals-Steward & Schafer, 1992). Frågan om psykisk störning och missbruk är därför en central fråga i missbruksbehandling. Flera olika metoder att definiera psykisk störning och psykopatologi har använts i olika studier, psykologiska test som MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Skinner & Jackson, 1978) och MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory, Millon, 1983), bedömningar från intervjuer med SCID och DSM-systemet och självskattningar som SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977). Vissa författare ifrågasätter validiteten i resultat som man fått med självskattningar (Ravndahl & Vaglum, 1994) medan andra har visat att patienternas skattningar av symtom med SCL-90 visar en god överensstämmelse med kriterier för någon DSM-störning och därför kan vara ett bra screenings instrument (Haver, 1997).

När man diskuterar frågan om metoder för att definiera psykisk störning kan det vara användbart med begreppet perspektiv enligt Strupp & Hadleys (1977) definition. Enligt Strupp & Hadley fångar olika metoder att mäta psykisk störning olika perspektiv och de olika perspektiven behöver inte stämma överens. En patient kan

t ex själv tycka att han mår bra (subjektivt perspektiv), men hans behandlare diagnostiserar honom som psykopat (behandlarperspektiv), och patientens beteende kan uppvisa störningar, t ex att han uppträder hotfullt mot andra (samhällsperspektiv). Dessa olika sätt att beskriva psykisk störning hos missbrukare kan tänkas ge olika resultat beroende på vilka missbrukare man undersöker. Missbrukare som själva söker behandling kan tänkas rapportera ett större lidande och flera symtom för att få tillgång till behandling jämfört med missbrukare som inte söker behandling. Ett subjektivt perspektiv, där man försöker fånga personens egen syn på sig själv och sina problem är viktigt att beskriva, eftersom ett sådant perspektiv kan tänkas ha betydelse för hur en person ser på behandling och förändring. Upplever eller rapporterar personen själv inga problem och symtom medan andra upplever att samma person uppvisar en rad problem och symtom krockar de olika perspektiven, vilket sannolikt försvårar behandling. Dessa tankegångar får stöd i en aktuell studie av Brown, Seraganian & Shields (1999). Med ASI-metoden (Addiction Severity Index, McLellan et al, 1980) jämfördes klientens skattningar av problem och behov av hjälp inom olika områden med intervjuarskattningar och ett matematiskt beräknat index, s k composite score. Resultaten visade att intervjuar- och klientenskattningarna var relaterade men det fanns inget samband mellan klientenskattning och composite score. Författarna påpekar betydelsen av att ta med klientens egen upplevelse av sina problem och behov av hjälp som en viktig faktor i planering och utvärdering av behandling.

Ett centralt begrepp för att förstå psykopatologi ur ett subjektivt perspektiv är en persons självbild. Begreppet självbild ingår i interpersonell teori för att beskriva psykopatologi (Kiesler, 1996). Ett antagande är att vi relaterar till andra så att vi kan bevara vår bild av vem vi är. Det är ångestskapande att konfronteras med bilder av sig själv som man inte vill kännas vid eller inte känner till. Detta antagande betyder att vi förvränger eller på olika sätt försöker hålla borta information om oss själva som inte stämmer med vår självbild. Hos normala personer med övervägande positiva bilder av sig själva, som utvecklats i normala relationer till andra, leder inte sådan information till några större problem. Normala personer klarar av att hantera hot mot självbilden och kan även förändra sin självbild så att den stämmer bättre överens med hur andra upplever att man är. Hos personer med olika störningar kan däremot hot mot självbilden få helt andra konsekvenser. Sådana personer saknar en stabil grund i sina tidiga relationer för att klara av att hantera hot mot självbilden. Detta får i sin tur konsekvenser för relationer och för förändring. Därför ger självbilden viktig information inför behandling.

Det finns få studier som redovisar hur missbrukare skattar sin självbild. I några äldre undersökningar av alkoholister (Yakichuk, 1978; O'Leary, Chaney & Hudson, 1978) fann man att jämfört med s k normala kontroller hade alkoholisterna en mindre positiv syn på sig själva men på vissa skalor t ex självkritik skilde de sig inte från kontrollerna. Dessa äldre studier använde en mycket bred definition av självbild.

innefattande hur man värderar sig själv på en rad olika områden, fysiskt, som person, i familjen, socialt och moraliskt. I en senare studie med ett självbegrepp som baseras på interpersonell teori fann Ichiyama, Zucker, Fitzgerald & Bingham (1996) att alkoholmissbrukande män i vissa aspekter skattade en mer negativ självbild jämfört med icke-missbrukande män men inte i andra aspekter som att kritisera sig själv. Studien visade också att missbrukarna hade en lika positiv syn på sig själv i termer av självaccepterande som kontrollerna. Ichaiyama studerade en ganska speciell grupp alkoholmissbrukare som ingick i en studie av behandling av familjer med missbrukande fäder, vilket gör det svårt att generalisera till missbrukare som inte lever i familjer. Sammanfattningsvis verkar det som om alkoholmissbrukare har en mer negativ självbild än icke-missbrukare men endast i vissa aspekter och det är oklart hur missbrukare ser på sig själva när det gäller positiva aspekter i självbilden.

En annan viktig ingrediens i det subjektiva perspektivet är upplevelsen av subjektivt obehag och subjektivt upplevda symtom av olika slag. Några studier har undersökt hur missbrukare själva skattar sina symtom med SCL-90 (Symptom Check List) som är ett självskattningsformulär där personen får ta ställning till om man upplevt 90 olika symtom (Derogathis & Cleary, 1977). Jämfört med normala grupper uttrycker missbrukare mer psykisk störning med SCL-90-skattningar (Haver, 1997; Ravndahl & Vaglum, 1994). En studie av Campbell och Stark (1990) visade att missbrukare angav högre skattningsvärden av vissa symtomdimensioner också jämfört med "ett normativt sampel av psykiatriska patienter". Tyvärr framgår det inte vilken grupp av psykiatriska patienter man jämförde med. Dessa studier visar alltså att missbrukare med självskattning av symtom uttrycker "psykisk störning" både jämfört med normala grupper och med andra patientgrupper.

Syfte

Syftet här är att lyfta fram det subjektiva perspektivet i frågan om missbruk och psykisk störning genom att beskriva hur missbrukare skattar sina symtom och sin självbild. Detta jämförs med skattningar hos patienter som behandlas för enbart psykiska problem och med icke-patienter. Eftersom självskattningar kan tänkas påverkas av personernas intellektuella förutsättningar kommer även resultaten av några intelligensmätningar att redovisas för att ta reda på om detta kan vara en förklaring till resultaten.

Undersökningsgrupper

I rapporten jämförs fyra olika grupper: två grupper missbrukare och två grupper patienter inom psykiatrin. LVM-gruppen bestod av 42 personer som vårdades för sitt missbruk enligt Lagen om tvångsvård av missbrukare i vissa fall, vid två olika institutioner. Institutionerna ingår i det s k Missbruksprojektet vid Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet (Armeliuss & Larsson, 1995). Gruppen Enskilda bestod av 30 missbrukare som vårdades på enskilda behandlingshem, som drivs i

privat regi, och som rekryterar klienter på uppdrag av socialtjänsten i missbrukarnas hemkommun. Psykiatrigrupperna bestod av 162 patienter som vårdades på olika behandlingshem inom psykiatrin för sina psykiska problem. Gruppen Enskilda och Psykiatripatienterna ingår i det s k Behandlingshemsprojektet (Jeanneau & Armelius, 1995). I jämförelsen delas psykiatrigruppen upp i två grupper utifrån diagnos med Kernbergs (1981) kriterier om personlighetsorganisation (PO) och psykopatologi i patienter med icke-psykotisk störning (icke-PPO) och med psykotisk störning (PPO).

Behandlingsinstitutioner

LVM-gruppen kom från två olika institutioner för tvångsvård av missbrukare enligt LVM-lagen. Institutionerna är specialiserade mot vård av missbrukare med psykiska störningar. Institutionerna finns utförligt beskrivna i två delrapporter (Ollus & Larsson, 2000). Vardera institution har plats för ca 25 klienter. Av de sammanlagt 50 klienter som fanns vid dessa institutioner när forskningsprojektet påbörjades deltog en majoritet i forskningen. Gruppen Enskilda behandlades vid två privata behandlingshem för missbrukare som specialiserat sig på missbrukare med psykisk störning. Det ena behandlingshemmet hade plats för ca 14 klienter och det andra för ca 30 klienter. Dessa personer vårdades i regel frivilligt. Också här deltog en majoritet av klienterna i forskningsprojektet. LVM-gruppen och gruppen Enskilda kan sägas representera olika grader av svårt missbruk, där LVM-gruppen ur ett samhällsperspektiv utgör den svårast belastade gruppen där samhället ingriper med tvång i individens liv.

Psykiatripatienterna vårdades på små behandlingshem för allvarliga psykiska störningar och inte för missbruk. Dessa behandlingshem var små enheter med plats för ca 6–10 patienter. PPO-gruppen bestod av patienter med i huvudsak schizofrenidiagnos enligt DSM-IV och icke-PPO-gruppen bestod av patienter med i huvudsak olika slags personlighetsstörningar och vissa axel-1-störningar som depressioner och ångeststörningar. För missbrukarna finns inte diagnoser med DSM-systemet men man vet från andra studier i Sverige att vanligast är icke-psykos-diagnoser (Sallmén m fl, 1997). LVM-gruppen och PPO-gruppen representerar svårare störningar jämfört med grupperna Enskilda och icke-PPO. Skattningar av självbild och symtom har för samtliga skett i inledningen av behandlingen på de olika institutionerna.

Diagnos, ålder och kön. Samtliga patienter var diagnostiserade enligt Kernbergs modell (Kernberg, 1981) om personlighetsorganisation: psykotisk borderline- och neurotisk personlighetsorganisation (PPO, BPO och NPO). Dessa diagnoser uttrycker olika slags psykopatologi där en PPO-diagnos uttrycker mest problem och avvikelser i identitetsbildning, relationer till andra, försvarssystem och realitetstestning. Intervjuare var tränade att genomföra intervjuer och bedömningar med Kernbergs strukturella intervju. Interbedömarreliabiliteten med denna intervju har

beräknats till $r=.75$ (Armeliuss, Sundbom, Fransson & Kullgren, 1990). Diagnoser grupperade i psykotisk och icke-psykotisk personlighetsorganisation (PPO och icke-PPO), kön och ålder i de fyra grupperna visas i tabell 1.

Tabell 1. Diagnos, kön och ålder i de fyra undersökningsgrupperna. Procent

	LVM n=42	Enskilda n=30	Icke-PPO n=55	PPO n=107
PPO-diagnos	9	23	0	100
Icke-PPO-diagnos	91	77	100	0
Andel män	86	61	42	63
Ålder	37 år (sd=9)	36 år (sd=9)	27 år (sd=8)	27 år (sd=8)

Bland missbrukarna fanns endast ett fåtal personer med psykotisk personlighetsorganisation (4 i LVM-gruppen och 7 i gruppen Enskilda) och som syns i tabellen är majoriteten bedömd som icke-PPO i båda missbruksgrupperna. När det gäller den psykiatriska störningen liknar därför LVM-missbrukarna mest psykiatripatienter med icke-PPO-diagnos. Som syns i tabellen är majoriteten i båda missbruksgrupperna och i PPO-gruppen män medan det är en liten övervikt av kvinnor i icke-PPO-gruppen. I de båda missbruksgrupperna var också medelåldern signifikant högre än i psykiatrigrupperna ($p<.00$). Diagnoserna enligt Kernberg är alltså i stort sett lika i de båda missbruksgrupperna och hos psykiatrigruppens patienter med icke-PPO-diagnos, medan kön och ålder skiljer mellan dessa grupper.

Jämförelsegrupper. Som jämförelsegrupper användes för SCL-90 28 män och 17 kvinnor med genomsnittsålder 27,8 år (21–42 år) som var studerande på en utbildning inom personal- och arbetslivsområdet, vilket innebar att flera hade tidigare arbetslivserfarenhet. För SASB användes en grupp bestående av studerande och yrkesverksamma; 24 män och 28 kvinnor med genomsnittsålder 33 år (20–56 år). Ingen i dessa grupper var vid testtillfället i behandling för missbruk eller psykiatriska problem.

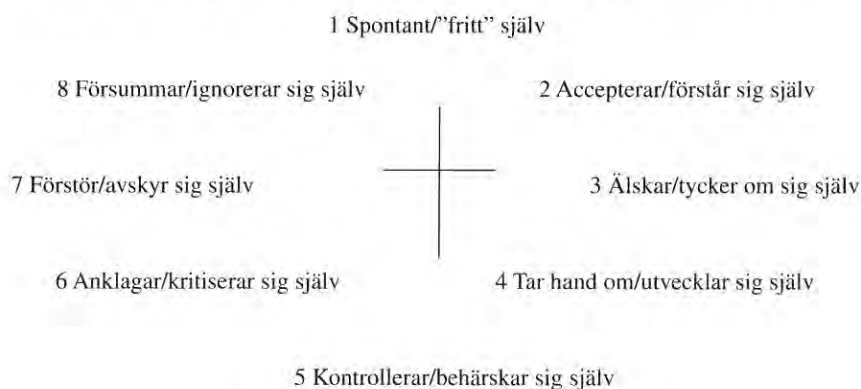
Metod

Självbild

Samtliga fick skatta sin självbild med ett formulär baserat på en modell för att beskriva självbild och relationer kallad SASB (Structural Analysis of Social Behavior, Benjamin, 1974). Modellen bygger på interpersonell teori, där man antar att självbilden utvecklas i tidiga relationer och sedan kommer att utgöra ett filter eller schema som påverkar hur vi kommer att uppfatta oss själva och andra. Relationer och självbild beskrivs med en kombination av två grundläggande dimensioner: "attachment" eller kärlek/närhet som kan vara positiv eller negativ

och "interdependence" som kan variera mellan autonomi och kontroll/beroende. Dessa två dimensioner utgör axlarna i SASB-modellen. Den totala modellen består av 36 "punkter" som kombinerar olika grader av de två dimensionerna i en sk cirkumplex modell (Kiesler, 1996). Man skattar sin självbild med ett formulär som består av de 36 "punkterna" formulerade som 36 påståenden, som personen får ta ställning till på en skala mellan 0=stämmer inte alls, till 100=stämmer precis. Dessa påståenden summeras i sin tur till 8 kluster, vilka utgör 8 olika aspekter av självbilden. Denna modell innebär alltså att en person kan ha olika mönster i självbilden definierat av hur de 8 olika aspekterna har skattats. Man kan t ex både ha en negativ och en positiv självbild, vilket uttrycker ett motstridigt sätt att behandla och betrakta sig själv eller man kan ha någon viss aspekt av en negativ självbild högt skattat men inte andra, t ex kan man uttrycka att man försummar sig själv men inte anklagar sig själv o s v. Man får alltså med denna definition av självbild en nyanserad uppfattning om hur en person behandlar och betraktar sig själv i några viktiga avseenden.

SASB-testet har använts i en rad studier både internationellt och nationellt och har visat sig ha god reliabilitet (test-retest=.92) och validitet (Benjamin, 1974). Nedan visas klusterversionen av SASB-modellen med fokus på självbilden.



Figur 1. Självbild – klusterversionen (Översatt från Benjamin, 1974)

SCL-90

Patienterna skattade sina symtom med SCL-90. Testet består av 90 frågor om olika besvär som man kan uppleva. Dessa grupperas till nio symtomdimensioner: interpersonell känslighet, aggressiva och paranoidea symtom, ångest, fobiska, somatiska, depressiva, psykotiska och tvångsmässiga symtom samt en tilläggsskala med övriga symtom, framför allt problem med sömn och aptit som inte entydigt kan hänföras till någon av de andra dimensionerna. Man skattar hur man upplever varje besvär på en skala mellan 0=inte alls till 4=väldigt mycket. Förutom de enskilda symtomdimensionerna finns sammanfattningsmått eller index för SCL-90. PSI (Personality

Severity Index), är ett index för personlighetsstörning baserat på medelvärden för dimensionerna interpersonell sensitivitet, aggressiva och paranoida symtom (Karterud et al, 1995). SSI är ett index för tillståndrelaterade symtom och består av medelvärdet av ångest, fobiska, somatiska och depressiva symtom (Armeliuss et al, 1997) och GSI (General Symptom Index) som är genomsnittet av samtliga 90 frågor. SCL-90 har använts i en rad studier både internationellt och i Sverige och har en god test-retest reliabilitet $r=.79$ till $.90$ (Sandahl et al, 1998).

Intelligensmätning

Tre deltest ur WAIS användes som ett mått på intellektuell förmåga. Hela testet består av 11 deltest uppdelat på två huvudgrupper: verbala och "performance" test (Wechsler, 1994). Två av deltesten i denna studie mäter verbal förmåga: *ordförståelse*, som mäter vilken kunskap man har om betydelsen av ett antal ord och *likheter*, som mäter förmågan att förstå vad som är gemensamt för par av ord. Det tredje deltestet, *kodning*, mäter prestation när det gäller att koda om siffror till andra symboler och snabbt skriva ner symbolerna i stället för siffrorna. Råpoängen transformeras till en skala med medelvärdet 10 och standardavvikelsen 3. Denna vägda poäng relateras sedan till hur personen placerar sig i en normgrupp med samma ålder på de olika deltesten, dvs personens prestation jämförs med hur andra personer i samma ålder presterar.

Statistiska analyser

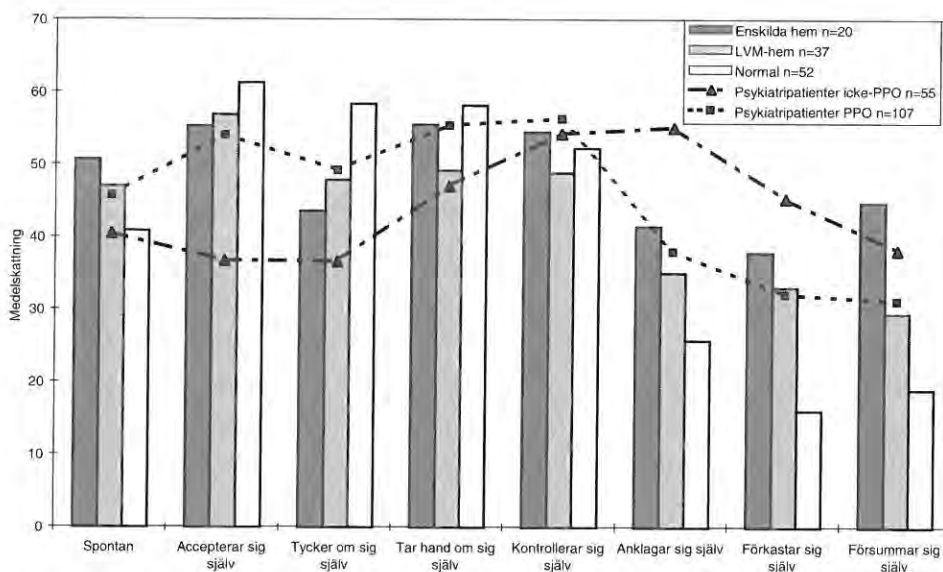
De tre undersökningsgrupperna har jämförts med one-way ANOVA (eftertest med Bonferroni) för samtliga test. Skillnad mellan män och kvinnor har beräknats med t-test för oberoende grupper. Samband har beräknats med Pearson's r . Signifikansnivåer anges i texten. Eftersom det finns ett visst internt bortfall på de olika instrumenten anges i redovisningen vilket antal personer som ingår i varje resultat.

Resultat

Självbild

I figur 2 visas skattningarna för de fyra undersökningsgrupperna tillsammans med skattningar i jämförelsegruppen. I tabell 2 visas medelvärden och standardavvikelser för de olika klustren på SASB för varje grupp och signifikansnivån när $p<.10$. (Skattningarna på SASB kan variera mellan 0=stämmer inte alls till 100=stämmer precis).

De fyra grupperna skiljde sig signifikant i kluster 2, kluster 3, kluster 6, kluster 7 och kluster 8. Båda missbruksgrupperna och PPO-patienterna hade en mer positiv självbild jämfört med icke-PPO-patienterna och skattade att man "accepterade och var nöjd med sig själv" (kluster 2) högre än psykiatrins icke-PPO-patienter. LVM-gruppen och PPO-patienterna hade signifikant mindre negativ självbild jämfört med



Figur 2. Självbild för psykiatripatienter (icke-PPO och PPO), för missbrukare (LVM och Enskilda) och för en jämförelsegrupp

gruppen Enskilda och icke-PPO-patienterna. Både LVM-gruppen och PPO-patienterna skattade att man "anklagade sig själv" (kluster 6) och "attackerade och förkastade sig själv" (kluster 7) mindre än icke-PPO patienterna. För kluster 8: "försumma och ignorera sig själv" hade gruppen Enskilda en högre skattning jämfört med LVM-gruppen och PPO-patienterna.

Sammanfattningsvis hade båda grupperna missbrukare en mer positiv självbild än icke-PPO patienterna. Detta gällde särskilt kluster 2. För de positiva aspekterna av självbilden var därför tendensen att båda missbruksgrupperna mest liknade PPO-patienterna. LVM-gruppen och PPO-patienterna hade den minst negativa självbilden medan gruppen missbrukare på enskilda behandlingshem hade en något mer negativ självbild, vilket gällde särskilt kluster 8. För de negativa aspekterna av självbilden liknade därför LVM-gruppen och PPO-patienterna mest varandra och båda grupperna hade en klart mindre negativ självbild än icke-PPO-patienterna medan gruppen Enskilda hade en mer negativ självbild och mer liknade icke-PPO-patienterna särskilt för kluster 8.

Jämfört med jämförelsegruppens skattningar hade icke-PPO-patienterna både en signifikant mindre positiv och en signifikant mer negativ självbild, d v s dessa patienter avviker mycket från icke-patienters självbild. De båda missbruksgrupperna och PPO-patienterna liknade mer jämförelsegruppens skattningar och det var inga signifikanta skillnader mellan dessa grupper och jämförelsegruppen i de positiva klustren. För de negativa klustren fanns signifikanta skillnader mellan jämförelsegruppen och de båda grupperna av missbrukare och PPO-patienterna för kluster 7:

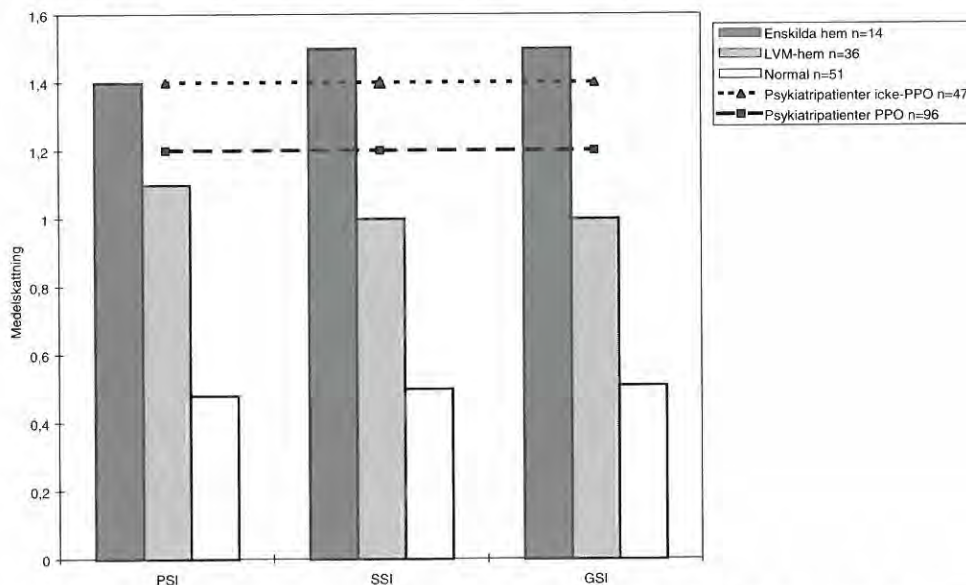
Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser i de fyra grupperna

Kluster	LVM		Enskilda		Icke-PPO		PPO		p-värde
	Mv	sd	Mv	sd	Mv	sd	Mv	sd	
1 Spontant själv	47	16	49	15	42	16	47	18	Ns
2 Accepterar sig själv	56	22	55	27	38	27	54	25	.00
3 Tycker om sig själv	49	20	46	21	38	24	49	21	.01
4 Tar hand om sig själv	50	23	56	18	49	22	55	22	ns
5 Kontrollerar sig själv	49	21	56	21	54	20	56	20	ns
6 Anklagar sig själv	35	23	41	23	53	25	38	24	.00
7 Förstör sig själv	32	27	36	26	45	24	32	23	.01
8 Försummar sig själv	29	22	43	19	39	23	31	21	.02

”Förstör sig själv” och kluster 8: ”Försummar sig själv”, där missbruksgrupperna och PPO-patienterna skattade sig högre än jämförelsegruppen. För kluster 6: ”Anklagar sig själv” var det ingen signifikant skillnad mellan LVM-gruppen och jämförelsegruppen medan däremot PPO-patienterna och gruppen Enskilda (en tendens, $p < .08$) hade högre skattningar än jämförelsegruppen. Dessa resultat innebär alltså att båda missbruksgrupperna och PPO-gruppen har en mer motstridig självbild än jämförelsegruppen som har en mer entydigt positiv självbild.

SCL-90

I figur 3 visas resultaten för de olika symtomindex i de fyra undersökningsgrupperna tillsammans med jämförelsegruppens skattningar. I tabell 3 visas medelvärden och standardavvikelser för samtliga symtomdimensioner och index på SCL-90 för varje grupp och signifikansnivå, $p < .10$. (Skattningarna på SCL-90 kan variera mellan 0=upplever aldrig symptom till 4=upplever ofta symptom).



Figur 3. Symtomindex på SCL-90 för psykiatripatienter (icke-PPO och PPO), för missbrukare (LVM och Enskilda) och för en jämförelsegrupp

Generellt är symtomskattningarna lägst bland LVM-gruppens missbrukare. För tre symtomdimensioner var skillnaderna signifikanta: interpersonell sensitivitet (LVM-gruppen hade lägre skattning än Enskilda och icke-PPO-patienter), fobiska symtom (LVM-gruppen hade lägre skattning än psykiatripatienterna) och depression (LVM-gruppen hade lägre skattning än icke-PPO-patienterna). Det var tendenser till skillnader för övriga symtom och PSI, SSI och GSI (se tabell 3). Som syns i figur 3 skattade gruppen Enskilda och icke-PPO-patienterna högre värden på symtom, PPO-gruppen något lägre och LVM-gruppen lägst. Jämfört med jämförelsegruppen skattade alla fyra undersökningsgrupperna signifikant högre värden för symtom för alla dimensioner och index.

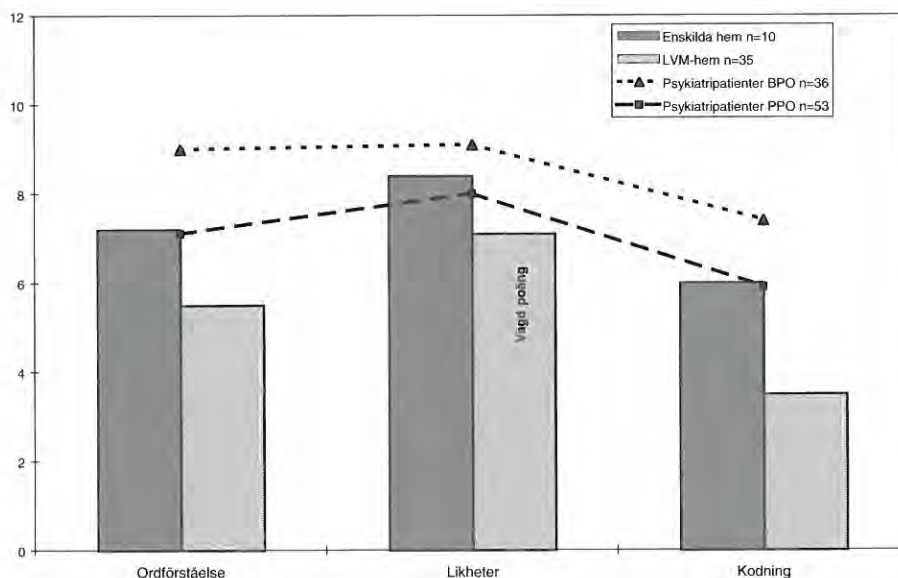
Sammanfattningsvis var mönstret när det gällde symtomskattningar att missbrukare på enskilda behandlingshem och psykiatrins icke-PPO-patienter hade högst skattningar av symtom och låg mycket nära varandra i samtliga symtomdimensioner och index. LVM-gruppens missbrukare hade lägre symtomskattningar och var mest lika PPO-patienterna. Både icke-PPO-patienterna och missbrukare på enskilda behandlingshem uttrycker alltså att man mår sämre och upplever mera av olika symtom än LVM-gruppen och PPO-patienterna.

Tabell 3. Medelvärden och standardavvikelser i de fyra grupperna

Kluster	LVM		Enskilda		Icke-PPO		PPO		p-värde
	Mv	sd	Mv	sd	Mv	sd	Mv	sd	
Interpersonell sensitivitet	1.0	0.9	1.7	1.0	1.7	0.9	1.3	0.8	.00
Aggressivitet	1.0	1.1	1.0	0.8	1.0	0.9	0.8	0.8	ns
Paranoida symtom	1.1	0.9	1.4	1.0	1.5	0.9	1.2	0.9	ns
Ångest	1.1	1.0	1.6	1.0	1.4	0.9	1.2	0.9	ns
Fobiska symtom	0.6	0.7	1.3	1.0	1.2	1.0	1.1	0.9	.02
Somatiska symtom	1.0	0.9	1.3	1.0	1.1	0.7	1.0	0.8	ns
Depression	1.3	1.0	1.8	1.0	1.8	0.9	1.4	0.8	.03
Psykotiska symtom	0.7	0.8	1.1	1.0	0.9	0.7	1.0	0.8	ns
Tvångsmässiga symtom	1.2	0.9	1.6	0.8	1.5	0.9	1.3	0.8	ns
Övriga symtom	1.5	1.0	1.6	1.0	1.6	0.8	1.3	0.8	.09
PSI	1.1	0.8	1.4	0.8	1.4	0.8	1.2	0.8	.08
SSI	1.0	0.8	1.5	0.8	1.4	0.8	1.2	0.8	.06
GSI	1.0	0.8	1.5	0.8	1.4	0.7	1.2	0.7	.08

Intellektuell förmåga

Eftersom vi började använda intelligensmätningar senare i våra projekt saknas intelligensmätning för de personer på enskilda behandlingshem och i psykiatrigruppen som ingick tidigare i projekten. Uppskattningen av intelligens blir därför mer osäker för dessa grupper. I figur 4 visas resultaten på de tre deltesten. Normala värden enligt manualen ligger mellan 8 och 12 med ett medelvärde på 10 för samtliga deltest. Patienternas resultat är överförda till samma skala som de normerade värdena, vilket betyder att patienterna jämförs med en grupp i samma ålder och det är dessa värden som visas i figuren.



Figur 4. *Intelligens enligt tre deltest för psykiatripatienter (icke-PPO och PPO) samt för missbrukare (LVM och Enskilda)*

Alla fyra grupperna låg något under medelvärdet för jämförbara normgrupper (som är 10), detta gällde särskilt kodningstestet. Genomgående för de tre deltesten hade psykiatrigruppens icke-PPO-patienter det bästa resultatet och LVM-gruppen det sämsta resultatet. När man jämför normerade resultat var skillnaderna signifikanta endast för deltestet ordförståelse, där LVM-gruppen var signifikant sämre än icke-PPO-patienterna. När man jämför råpoäng och alltså inte tar hänsyn till ålder i grupperna var LVM-gruppens resultat signifikant sämre än icke-PPO-patienternas också på kodningstestet. LVM-gruppen låg långt under normala värden för samtliga deltest medan gruppen Enskilda och PPO-patienterna hamnade i underkanten för de verbala deltesten och långt under för deltestet kodning. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna i spridningen för något deltest.

Ålder och kön och skattning av symtom och självbild

I gruppen Enskilda fanns inga samband mellan ålder och hur man skattar självbild och symtom. I LVM-gruppen fanns några signifikanta samband: äldre missbrukare hade lägre skattningsvärden på kluster 6: "att anklaga sig själv" och lägre värde på GSI-index. I PPO-gruppen fanns inga samband mellan ålder och skattning av symtom och självbild. I gruppen icke-PPO-patienter fanns några signifikanta samband: äldre icke-PPO-patienter hade lägre skattningsvärden på kluster 1, kluster 2 och kluster 3 och högre skattningsvärden på GSI-index. Sammanfattningsvis verkar äldre missbrukare i LVM-gruppen ha en mindre negativ självbild och lägre symtom

medan äldre icke-PPO-patienter tvärtom verkar ha en mindre positiv självbild och högre skattning av symtom.

Skillnaden mellan män och kvinnor i de tre undersökningsgrupperna testades men resultatet blir naturligtvis beroende av att antalet kvinnor är så litet i missbruksgrupperna. Vi fann inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor i icke-PPO-gruppen och inte heller i gruppen Enskilda. I LVM-gruppen fanns inga skillnader i skattning av självbild mellan män och kvinnor, men en tendens att kvinnor hade högre skattning av symtom än män ($p < .06$). I PPO-gruppen fanns en tendens att männen skattade högre för kluster 8 ("försummar sig själv", $p < .06$).

Samband mellan intelligensresultat och självskattningar

På grund av att det saknades resultat för de tre intelligenstagstesterna för så många personer genomfördes inte en covariansanalys av självskattningsresultaten utan enbart en beräkning av enskilda korrelationer. För att undersöka om intelligens kan tänkas påverka självskattningarna i de olika grupperna beräknades sambandet mellan de tre intelligenstagstesterna och självskattningarna med SASB och SCL-90. I icke-PPO-gruppen fanns bara en enda signifikant korrelation, mellan ordförståelse och kluster 3 på SASB ($r = -.35$, $p < .01$), vilket innebär att ju bättre ordförståelse man har desto mindre tycker man om sig själv. Det fanns inga signifikanta samband mellan intelligenstagstesterna och SCL-90. Resultatet var detsamma i gruppen Enskilda ($r = -.60$, $p < .05$) en bättre ordförståelse var relaterad till lägre skattning av kluster 3 på SASB. I LVM-gruppen och PPO-gruppen fanns inga samband mellan intelligensmätningarna och självskattningarna. Detta trots att båda dessa grupper är lika stora som icke-PPO-gruppen för just dessa beräkningar.

Till sist gjordes en diskriminantanalys för att ta reda på vad som mest skiljde samtliga missbrukare med icke-PPO-diagnos från patienter i psykiatri med icke-PPO- och PPO-diagnos ur ett subjektivt perspektiv. I analyserna jämfördes grupperna med avseende på de åtta aspekterna i självbilden från SASB och de 10 symtomdimensionerna och de tre index på SCL-90. I analysen ingår alltså inga missbrukare med PPO-diagnos.

Resultaten visade två signifikanta funktioner. Den första funktionen separerade främst missbrukarklienterna från psykiatrins PPO-patienter och den andra separerade främst missbrukarklienterna från psykiatrins icke-PPO-patienter. Totalt kunde 60 procent av samtliga 194 personer klassificeras korrekt i någon av de tre grupperna: missbrukare, PPO-grupp och icke-PPO-grupp, med SASB och SCL-90-skattningarna. Det som mest skiljde missbrukarna från psykiatrins PPO-patienter (strukturkoefficienter $> .30$) var att PPO-patienterna skattade högre värden för psykotiska symtom. Det som mest skiljde missbrukarna från psykiatrins icke-PPO-patienter (strukturkoefficienter $> .30$) var två positiva aspekter i självbilden (kluster 2 och 3), två negativa aspekter (kluster 6 och 7) samt kluster 1. Missbrukarna hade högre skattningar av "Accepterar sig själv", och "Tycker om sig själv" och av "Är spontan och

fri" och lägre skattningar av "Anklagar sig själv" och "Förstör sig själv". Flera symptomdimensioner och samtliga index på SCL-90 skattades också lägre av missbrukarna. Förenklat kan man säga att har man en icke-psykotisk störning och finns i psykiatri, har man en mindre positiv självbild, särskilt i aspekten att acceptera sig själv, och en mer negativ självbild, särskilt i aspekten att kritisera och klandra sig själv, och mer symptom jämfört med om man har en icke-psykotisk störning och finns i behandling för sitt missbruk.

Diskussion

Med ett subjektivt perspektiv hade missbrukare i denna undersökning mindre psykiska störningar än psykiatripatienter med jämförbar diagnos. Detta var särskilt tydligt för LVM-gruppen som både skattade de positiva aspekterna i självbild högre och de negativa aspekterna lägre än icke-PPO-patienter. Missbrukarna på LVM-hem hade även lägre symptomskattning för ett antal dimensioner än icke-PPO-patienterna i psykiatri. Med det subjektiva perspektivet verkar alltså missbrukare mer nöjda med sig själva och uttrycker mindre "lidande" än patienter i psykiatri med liknande diagnos och liknar i detta avseende PPO-patienterna i psykiatri. Missbrukare i tvångsvård och patienter med psykoser är personer som ur andras perspektiv betraktas som mycket sjuka/avvikande/i behov av vård men som i vissa aspekter skattar en lika positiv självbild som personer utan missbruk eller psykiatrisk störning gör. Det är därför en stor skillnad mellan ett bedömarperspektiv och ett subjektivt perspektiv för dessa grupper. Kanske kan missbruket och psykosen bidra till att bevara en mer positiv och mindre negativ självbild för dessa grupper. Man accepterar sig själv som man är och är ganska nöjd med sig själv och i missbruksgruppen anklagar man inte heller sig själv, dvs "det är inte något större fel på mig", men man har ett missbruk eller en psykos som har en rad negativa konsekvenser och leder till olika problem. Att se missbruket som ett sätt att hantera hot mot självbilden kan också ses som en variant på den sk självmedicineringshypotesen som nämndes inledningsvis.

Sett från interpersonell teori har den självbild man försöker upprätthålla stor betydelse för relationen till andra. Den stora skillnaden mellan det subjektiva perspektivet och hur andra bedömer missbrukare leder sannolikt till problem i relationen till andra – de två perspektiven krockar så att säga. Utifrån sin bedömning kommer andra att förmedla, mer eller mindre subtilt, att man tycker att missbrukaren är störd. De flesta relationer till andra innebär därför ett potentiellt hot mot missbrukarens positiva självbild. För att hantera detta hot måste missbrukaren förvränga och förstöra relationer till andra genom att t ex skylla på olika yttre omständigheter när något går fel, eller genom att förringa negativa saker som man är inblandad i osv. Att hantera hot mot självbilden kan även vara att inte ha relationer till sådana som hotar självbilden utan enbart umgås med andra missbrukare, som inte stör ens positiva självbild.

En annan konsekvens av skillnaden mellan det subjektiva och bedömarperspekti-

vet gäller motivation för behandling. Att motivera personer som har en positiv självbild till en behandling som kan innebära krav på att man ska se på sig själv på ett annat sätt är sannolikt mycket svårt. Enligt interpersonell teori skapar hot mot vår självbild ångest som vi försöker undvika på olika sätt. Inför hotet av en "okänd" självbild kanske det upplevs som tryggare att fortsätta med sitt missbruk och sin "vanliga" självbild. Hur man ser på sig själv är därför en viktig faktor att beakta när man diskuterar behandling. Detta gäller oavsett om man ser missbruk som en sjukdom eller som en handling som man själv kan påverka eller både och. I behandling som syftar till förändring kommer alltid en persons självbild att vara utsatt för hot och påfrestning.

Resultaten kan ses som ett stöd för att missbrukare har psykiska störningar också med ett subjektivt perspektiv. Jämfört med jämförelsegruppens skattningar hade båda missbruksgrupperna i denna undersökning en mer negativ självbild och högre skattning av symtom. Detta gällde särskilt gruppen missbrukare som vårdades på enskilda behandlingshem. Denna bild stämmer med den inriktning som vårdformen för missbrukare hade i denna undersökning, där gruppen Enskilda inriktat sig på missbrukare med psykiska störningar, som är motiverade för frivillig vård och behandling, och man kanske därför fångar en grupp som upplever mer subjektivt obehag och som är beredd till större egna förändringar jämfört med den tvångsvårdade gruppen av missbrukare.

Man kan fråga sig hur generella våra resultat är och för vilka missbrukare resultaten gäller. Våra resultat visade entydigt att missbrukare särskilt i tvångsvård i sina subjektiva skattningar av framför allt vissa aspekter i självbilden men också när det gällde symtom visade mindre psykiska störningar jämfört med psykiatripatienter med liknande diagnoser. De tvångsvårdade klienterna kommer från två olika behandlingsinstitutioner vilket gör att resultaten inte kan hänföras till en särskild behandlingsenhet. Vi vet dock inte hur andra grupper av missbrukare i mer öppna behandlingsformer skattar sig själva och sina symtom. Frågan om olika grupper av missbrukare med ett subjektivt perspektiv uppvisar olika slags problem kan inte besvaras med denna undersökning utan studier av andra grupper av missbrukare måste till för detta.

Det finns flera faktorer som förutom missbruket kan förklara skillnaden mellan icke-PPO-patienterna och missbrukare i skattning av självbild och symtom i denna studie. Missbrukarna var oftare män och äldre än psykiatripatienterna. Man kan därför fråga sig om män och äldre har en mer positiv och mindre negativ självbild och mindre symtom bland missbrukarna. Det är svårt att ge ett exakt svar på den frågan. Även om det inte fanns några skillnader mellan män och kvinnor i skattning av självbild i någon av grupperna i denna studie var antalet kvinnor litet bland missbrukarna. Det vore därför av intresse att närmare undersöka hur kvinnliga missbrukare ser på sig själva. När det gäller självbild och ålder skattade äldre icke-PPO-patienter en mindre positiv självbild än yngre. Därför borde man rent logiskt kunna för-

vänta sig en ännu större skillnad i skattning av en positiv självbild mellan grupperna om psykiatripatienterna varit äldre.

SCL-90-skattningen var i viss mån relaterad till ålder och kön och särskilt tydligt var detta i LVM-gruppen där äldre har lägre symtomskattningar och kvinnor högre symtomskattningar. Även andra studier har visat att kvinnliga missbrukare har högre symtomskattningar än män (Vaglum, 1987) och kön är därför en viktig faktor att undersöka vidare i gruppen missbrukare i tvångsvård. När det gäller skattning av symtom och ålder gäller samma sak som för självbilden, de äldre i LVM-gruppen hade lägre symtomskattningar medan de äldre i icke-PPO-gruppen hade högre symtomskattningar. Detta gällde dock enbart för två dimensioner. På samma sätt som för en positiv självbild hade man alltså rent logiskt kunnat förvänta sig en ännu större skillnad mellan gruppernas skattningsvärden om de varit mera lika i ålder.

LVM-gruppen hade sämst intellektuell förmåga och presterade långt under sin normgrupps värden i samtliga deltest. Icke-PPO-patienterna var bäst på alla deltesten och gruppen Enskilda och PPO-patienterna låg mittemellan på de verbala testen men lika lågt som LVM-gruppen på deltestet kodning. Resultaten tyder på att de intellektuella resurserna kan vara sämre bland missbrukarna. Dessa resultat kan avspegla en rad faktorer som vi inte har undersökt som t ex skillnader i utbildning eller hjärnskador. Det fanns dock inga samband mellan hur man skattar sig själv och sina symtom och resultaten på de tre intelligenstesten i LVM-gruppen. Det var inte heller någon skillnad mellan grupperna i variansen på de tre intelligenstesten. Detta gör att skattningar av hur man ser på sig själv och sina symtom bland dessa missbrukare inte verkar avspegla personernas intellektuella förutsättningar utan mer sannolikt avspeglar ett subjektivt perspektiv.

Till sist kan resultaten i viss mån ha påverkats av det faktum att de två missbrukargrupperna inte var helt homogena i diagnos. Det fanns några personer med PPO-diagnos i båda grupperna. LVM-gruppens resultat har knappast påverkats av detta eftersom endast 4 av 42 hade en PPO-diagnos. I diskriminantanalysen ingick dock enbart personer med samma diagnos och resultaten i den analysen stämde väl med övriga resultat. Det vore dock intressant att ha tillräckligt stora grupper av missbrukare med PPO- och icke-PPO-diagnoser att jämföra med varandra och med psykiatripatienter med samma diagnoser. Resultaten tyder på att det trots jämförbara diagnoser kan vara stora skillnader mellan missbrukare och psykiatrins patienter vilket man måste ta hänsyn till i diskussioner av psykisk störning hos missbrukare.

Referenser

- Armeliu, B-Å., Sundbom, E., Fransson, P. & Kullgren, G. (1990) Personality organization defined by DMT and the Structural Interview. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 81–88.
- Armeliu, B-Å. & Larsson, H. (1995) Missbruk och psykisk störning. Forskningsprogram för perioden 1995–2001. *Stencil*. Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Armeliu, B-Å., Broodh, C., Fogelstam, H., Larsson, H. & Sundbom, E. (1997). *En 5-årsstudie av patienter och personal vid Villa Vårgården*. Slutrapport nr 8 från Behandlingshemsprojektet. Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Benjamin, L. (1974) Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Brown, T., Seraganian, P. & Shields, N. (1999) Subjective appraisal of problem severity and the ASI: secondary data or second opinion? *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 445–449.
- Campbell, B. & Stark, M. (1990) Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *The International Journal of the Addictions*, 25(12), 1467–1474.
- Derogathis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981–989.
- Fals-Stewart, W. & Schafer, H. (1992). The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: An outcome study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 365–370.
- Haver, B. (1997) Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Medical Council on Alcoholism*. 32(6), 725–730.
- Ichiyama, M., Zucker, R., Fitzgerald, H. & Bingham, R. (1996) Articulating subtype differences in self and relational experience among alcoholic men using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1245–1254.
- Jeanneau, M. & Armeliu, B-Å. (1995) Behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet. *Stencil*. Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Karterud, S., Friis, S., Irion, T., Mehlum, L., Vaglum, P. & Vaglum S. (1995) A SCL-90-R derived index of the severity of personality disorders. *Journal of Personality Disorder*, 9(2), 112–123.
- Kernberg, O. (1981) Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America* 4(1), 169–194.
- Khantzian, E. J. & Treece, C. (1985) DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067–1071.
- Kiesler, D. (1996) *Contemporary interpersonal theory research. Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- McLellan, T. (1986) "Psychiatric severity" as a predictor of outcome from substance abuse treatments. In Meyer, R. E. (Ed.) *Psychopathology and addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1983) *The Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. 2nd Edition. Minneapolis: National Computer Systems.
- O'Leary, M., Chaney, E. & Hudgins, W. (1978) Self-concept: effects of alcoholism, hospitalisation and treatment. *Psychological Reports*, 42, 655–661.
- Ollus, M. & Larsson, H. (2000) Arbetsmiljö och vårdkultur. Del 6. Frösö behandlingshem. *Stencil*. Statens institutionsstyrelse, SiS, FoU.
- Ollus, M. & Larsson, H. (2000) Arbetsmiljö och vårdkultur. Del 7. Hessleby behandlingshem. *Stencil*. Statens institutionsstyrelse, SiS, FoU.
- Ravndahl, E. & Vaglum P. (1994) Self-reported depression as a predictor of drop-out in a hierarchical therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(5), 471–479.

- Sallmén, B., Nilsson, L. H. & Berglund, M. (1997) Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *European Psychiatry*, 12, 329–324.
- Sandahl, C., Birgerson, E., Armelius, B-Å., Fridell, M. & Segraeus, V. (1998) *BIB 1998, Bedömningsinstrument inom behandling och forskning*. Statens institutionsstyrelse, SiS.
- Sandell, R. & Bertling, U. (1995) Levels of personality organization and psychopathology among drug abusers in Sweden. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 711–722.
- Skinner, H. A. & Jackson, D. N. (1978) A model of psychopathology based on an integration of MMPI actuarial systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 231–238.
- Socialstyrelsen (1996) *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996:14.
- Strupp, H.H. & Hadley, S.W. (1977) A tripartite mode of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist*, March, 187–196.
- Vaglum, S. (1987) *Alcohol abuse and psychopathology in female psychiatric patients. A clinical study*. Akademisk avhandling, Psykiatriska institutionen, Ullevål sykehus, Oslo.
- Vaglum, P. (1991) Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 217–222.
- Wechsler, D. (1994) *Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised*. Svensk översättning. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Yakichuk, A. (1978) A study of the self-concept evaluations of alcoholics and non-alcoholics. *Journal of Drug Education*, 8(1), 41–49.
- Zack, M., Toneatto, T. & Streiner, D. (1998) The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, 85–101.

Försvarsstil hos missbrukare med psykisk störning – en jämförelse med patienter med psykiatrisk diagnos

Elisabet Sundbom, Håkan Larsson, Bengt-Åke Armelius

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att studera skillnader och likheter i försvarsmönster mellan olika grupper: a) missbrukspatienter med psykisk störning på LVM-hem och b) missbrukspatienter med psykisk störning på enskilda behandlingshem i privat regi, c) psykiatriska patienter med schizofrenidiagnos och d) personlighetsstörning, främst borderlinepersonlighetsstörning, enligt DSM-III-R samt e) en jämförelsegrupp bestående av icke-patienter. Med hjälp av en principalkomponentanalys av svaren på Defense Mechanism Test kunde man förklara skillnaderna i försvarsmönster mellan de olika undersökningsgrupperna. En latent dimension skiljde ut icke-patienter från patientgrupperna och en andra dimension separerade missbruksgrupperna från de psykiatriska diagnosgrupperna. Resultaten analyserades utifrån skillnader och likheter mellan undersökningsgrupperna med avseende på huruvida försvarsstilen var blockerande eller förvrängande och vad som var fokus för denna försvarsoperation: självbilden, den andre eller hotet. De schizofrena patienterna uppvissade stora problem både när det gäller självuppfattning, bilden av den andre eller relationen och i hanteringen av den aggressiva affekten. De använde sig främst av en blockerande försvarsstil, medan borderlinepatienterna utmärktes av en mer förvrängande försvarsstil och att ha problem med självuppfattningen men också med förvrängning av den aggressiva affekten. Även den andre eller relationen förvrängdes. Missbrukspatienterna hade en uttalad svårighet att handskas med den aggressiva affekten som stängdes ute eller förnekades i en blockerande försvarsstil. Dessutom förvrängdes objektet eller relationen. Resultaten pekar på att det finns ett komplext mönster av likheter mellan missbrukspatienter med psykisk störning och psykiatriska patienter med olika diagnoser där såväl affekter som relationen till andra personer är centrala och kanske speciella problem för patienter med missbruksproblematik och psykisk störning.

Inledning

Tidigare studier har visat att missbrukare ofta har olika slags psykiska störningar, vilket kan innebära att de förutom missbruksproblemet också har en psykiatrisk diagnos. Denna grupp av missbrukare har alltmer uppmärksamats under det senaste decenniet, bl a beroende på en förfinad diagnostik men också som ett resultat av alltfler rapporterade behandlingsstudier (Harrison m fl, 1985; Blume, 1987; Galanter m fl, 1987; Rounsaville m fl, 1987; Fridell, 1991; Mueser m fl, 1998). En obehandlad psykiatrisk störning utgör generellt sätt en negativ prognosfaktor när det gäller missbruket (Rounsaville m fl, 1987, Öjehagen m fl, 1991; Tómasson & Vaglum, 1997) och har visat sig ha samband med avbrytande av behandling (Koefoed m fl, 1986; Drake m fl, 1996). Studier har visat att 40–70 procent av alkoholmissbrukare i behandling har en samtidig psykisk störning och att 30–50 procent av patienter inom psykiatrisk vård samtidigt har ett missbruksproblem (Öjehagen, 1998). En svensk studie från ett LVM-hem visade att 61 procent av tvångsvårdade alkoholmissbrukare hade en aktuell psykiatrisk diagnos och att 66 procent hade haft en psykiatrisk diagnos någon gång under livet. Icke-psykosdiagnoser är de vanligaste diagnoserna för denna grupp av patienter (Sallmén m fl, 1997). Sandell och Bertling (1995) fann i en grupp narkotikamissbrukare att ca 20 procent hade en psykotisk personlighetsorganisation och ca 40 procent en borderlinepersonlighetsorganisation enligt Kernbergskriterier (1981). Vissa resultat tyder på att om psykisk störning definieras med DSM-systemet har så många som 70 procent av missbrukarna i tvångsvård någon axel-1-diagnos och nästan lika många har en personlighetsstörning enligt axel-2 (Socialstyrelsen, 1999). I en studie av Nace m fl (1991) uppvisade missbrukare med personlighetsstörningar mer depressiva drag, var mer impulsiva och isolerade, samt mindre tillfredsställda med sina liv jämfört med missbrukare utan personlighetsstörning, vilket enligt författarna betyder att behandlingen måste differentieras.

Få studier har rapporterats som använt psykologiska metoder i form av projektiva test för diagnostik och behandlingsutvärdering av missbrukspatienter. Bergeret (1981) och Fassino m fl (1992), som använde sig av Rorschach-testet, fann att drogmissbrukare hade en rigid, paranoid personlighetsstruktur och hade svårigheter att relatera till verkligheten och till andra personer i omgivningen. De karaktäriserades vidare av en känslomässig omognad, samt hade en tendens till depressivitet. En annan faktor som framkom var svårigheten att kunna identifiera sig med och integrera föräldrafigurer som rollmodeller såväl på ett positivt som på ett negativt sätt. Rorschachmetoden användes också av Cipolli och Galliani (1990) i en studie på två olika grupper av heroinmissbrukare. Den ena gruppen hade använt heroin i 1–3 år och en annan grupp 5 år eller längre. Syftet med studien var att undersöka hur använ-

dandet av heroin påverkade missbrukarnas organisatoriska förmåga. Resultaten visade att de kognitiva funktionerna försämrades ju längre tid man missbrukat. Fassino m fl (1992) undersökte i en studie heroinmissbrukares identitetsproblem med hjälp av den projektiva metoden Thematic Apperception Test (TAT). Detta test användes på en grupp manliga heroinmissbrukare som fick metadonbehandling samt på en grupp män utan missbruksproblem. Resultaten visade bl a att huvudpersonen i missbrukarnas berättelser tycktes ha behov av ett antisocialt aggressivt beteende liksom en destruktivitet i form av att skada sig själv i kombination med ett passivt beteende. Denna huvudperson upplevde också omgivningen som han levde i, som fientlig mot honom. Omgivningen var tvingande och begränsade hans frihet. Modern beskrevs som distanserad och framkallade skuld känslor, medan fadern var frånvarande och auktoritär. Försvarsmekanismerna var omogna med undvikande och förnekande som det mest framträdande draget. En sammanställning av studier som använt projektiva test på drogmissbrukare presenterades av Fridell (1991). Resultaten från dessa studier visade bl a att patienterna kännetecknades av en dominans av primitiva försvarsoperationer som förnekande och splitting samt överdriven aggressivitet och ett beroende i objektrelationer.

Den kliniska bild som missbrukare uppvisar handlar om en oförmåga att fungera och en oförmåga att hantera sina känslor och sina relationer till andra människor. Khantzian och Kates (1978) menar att missbrukarnas beteende är uttryck för försök att kompensera för allvarliga brister, som manifesterar sig i deras försvar mot affekter och drifter. En brist i personlighetsutvecklingen innebär att de är oförmögna att kunna använda sig av affekter som signaler eller vägvisare eftersom deras affekter är odifferentierade och överväldigande (Kohut, 1971; Wurmser, 1974; Khantzian & Kates, 1978; Killingmo, 1987). Krystal och Raskin (1970) påvisade hur trauman under livets gång kan leda till både affektiva störningar och drogberoende. Förnekande är en särskilt framträdande aspekt hos missbrukare. Många kan inte tillåta sig att uppleva sina egna affekter och således inte heller visa dessa affekter mot andra på grund av en förödande ångest. Enligt Wurmser (1987) är drogen ett sätt att cementera ett sådant förnekande. Modell (1980) menar att försvar mot affekt samtidigt är ett försvar mot ett relaterande till andra människor.

Ett problem vid personlighetsbedömning av missbrukare är att resultaten kan vara uttryck för själva missbruket snarare än personligheten. Ett projektivt test som främst använts i urval för stressrelaterade yrken samt vid klinisk diagnostik är perceptionstestet Defense Mechanism Test (DMT) (Kragh, 1985). Gustafson och Källmén (1989) gjorde en experimentell studie med DMT där man ville undersöka huruvida akut alkoholförgiftning påverkar försvarsstrukturen. Man fann att en måttlig dos alkohol ökade den genomsnittliga försvarsaktiviteten jämfört med resultatet från en nykter kontrollgrupp. Alkohol påverkade inte alla försvarsmekanismer i samma utsträckning. Endast försvarsmekanismen isolering var signifikant mer vanlig hos gruppen som intagit alkohol jämfört med kontrollgruppen. Man fann också

könsskillnader. Skillnaderna bestod bl a i hur män respektive kvinnor uppfattade den negativa affekten under påverkan av alkohol. Alkoholpåverkade män reagerade genom att sänka sin ångesttröskel, medan de alkoholpåverkade kvinnorna reagerade genom att öka sin ångestnivå. Dessa effekter ansåg forskarna hade till stor del att göra med förväntanseffekter. Effekterna av akut alkoholpåverkan på resultaten av DMT kan förmodligen betraktas som marginella, men frågan hur långvarigt missbruk, inklusive användande av psykofarmaka, påverkar resultaten på projektiva test är en öppen fråga som inte kan besvaras i denna studie.

Tidigare DMT-studier inom det kliniska området har visat att man utifrån en statistisk mönsteranalys av reaktionerna på DMT kan finna systematiska skillnader mellan olika grupper av patienter. Olika patientgrupper varseblir det ångestprovoce-
rande bildmaterialet i DMT på systematiskt olika sätt. Inom vuxenpsykiatrin har det t ex visat sig att det finns signifikanta skillnader mellan patientgrupper med olika DSM-diagnoser eller med olika personlighetsorganisation enligt Kernberg's terminologi (Sundbom & Armelius, 1992; Sundbom & Kullgren, 1992). Skillnader finns också mellan olika grupper av ungdomar som sökt barn- och ungdomspsykiatrin (Fransson, Sundbom & Häggelöf, 1998). Även patientgrupper med olika psykosomatiska problem uppvisar systematiskt olika försvarsmönster på DMT (Henningsson & Sundbom, 2000). I en studie av Henningsson (1999) presenteras en tvådimensionell modell över försvaren i DMT, som baseras på empiriska studier av olika psykosomatiska patientgrupper. Modellen bygger på en uppdelning av försvar beroende på a) om en person har sitt fokus på den hotfulla affekten eller om man fokuserar på objektet, d v s på den ena eller på båda gestalterna i DMT-bilden (*relationsfokus*) och b) om personen använder sig av försvar som blockerar eller förvränger bildinnehållet (*försvarsstil*). Den första dimensionen i modellen svarar på frågan *vad* försvaren riktar sig emot, medan den andra dimensionen, försvarsstilen, ger svar på frågan *hur* försvaren fungerar eller hur personen skyddar sig mot ångest. Det finns två principiellt olika försvarsstilar. Den mildare formen kallas för förvrängning, som innebär att man ser föremål och personer (objekt) i testet men deras egenskaper förvrängs för att bli mindre hotfulla. Exempel på detta kan vara att den hotfulla affekten görs om till en positiv affekt (reaktionsbildning) alternativt att felaktigt kön varseblivs på någon av personerna på bilden. Ett mer primitivt sätt att hantera ångesten är att blockera perceptionen och inte se något alls, d v s en form av primitivt förnekande. I DMT-testet kan försvaren rikta sig mot tre olika företeelser i bilden: a) hero eller självbilden, b) den andra personen (bipersonen) och c) den hotfulla affekten. I den fullständiga modellen kan man därför tala om en matris med tre möjliga fokus för försvaren och två möjliga sätt att försvara sig på.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den aktuella studien är att studera vad som skiljer patienter som både har missbruk och psykisk störning från patienter som endast har en psykisk störning. Är

det möjligt att med hjälp av DMT-testet och Henningssons modell över försvar få en klarare bild av vilka specifika personlighetsdrag eller försvarsmönster som utmärker missbrukare med psykisk störning jämfört med psykiatriska patienter och icke-patienter?

Undersökningsgrupper

Missbrukare med psykisk störning

Denna undersökningsgrupp består av två delvis olika grupper av missbrukare: *LVM-gruppen* består av patienter som vårdades på två LVM-hem för sitt missbruk enligt Lagen om tvångsvård av missbrukare i vissa fall. Dessa LVM-hem är specialiserade mot vård av missbrukare med psykiska störningar. Vardera institutionen har plats för 25 patienter. Av de sammanlagt 50 patienterna som fanns vid dessa institutioner när forskningsprojektet påbörjades deltog en majoritet i studien. Den andra gruppen kallad *Gruppen Enskilda* består av patienter som på uppdrag av socialtjänsten i hemkommunen vårdades på två enskilda/privata behandlingshem där man specialiserat sig på gruppen missbrukare med psykiska störningar. Det ena behandlingshemmet hade plats för 14 klienter och det andra för ca 30 klienter. Dessa personer vårdades i regel frivilligt. Också här deltog majoriteten av patienterna i forskningsprojektet. LVM-gruppen och gruppen Enskilda kan sägas representera olika grader av svårt missbruk, där LVM-gruppen utgör den svårast belastade gruppen där samhället ingriper med tvång i individens liv. För en närmare beskrivning av dessa två missbruksgrupper, se de två tidigare kapitlen.

Psykiatriska patienter

Psykiatripatienterna vårdades på små behandlingshem för allvarliga psykiska störningar, dock inte för missbruk. Dessa patienter ingår i det s k Behandlingshemsprojektet (Jeanneau & Armelius, 1995). Dessa behandlingshem hade plats för 6–10 patienter vardera. I föregående kapitel, som fokuserade på självbild och symtom hos missbrukare, delades psykiatripatienterna in i två grupper utifrån Kernbergs (1981) kriterier om personlighetsorganisation och psykopatologi. I den aktuella studien baseras jämförelsen inte på Kernbergs kriterier om personlighetsorganisation utan på DSM-systemet. Psykiatripatienterna delades in i två grupper. Den ena gruppen består av patienter som hade en renodlad schizofrenidiagnos enligt axel-1 i DSM-III-R-systemet. Den andra gruppen består av patienter med en renodlad personlighetsstörning, de flesta med en borderlinepersonlighetsstörning (BPD) enligt axel-2 i DSM-III-R.

DMT-testningen av såväl missbruksgrupperna som psykiatripatienterna skedde i början av behandlingen på de olika institutionerna.

Icke-patienter

Ingen av dessa individer var vid det aktuella testtillfället i behandling för psykiatris-

ka besvär eller missbruksproblematik. De flesta av dem var yrkesverksamma inom olika områden eller studerande. Gruppen valdes ut från vår DMT-databas av icke-patienter på Institutionen för psykologi, där urvalsprincipen var att i möjligaste mån välja en grupp som var lik undersökningsgrupperna vad gällde ålder.

I tabell 1 redovisas bakgrundskaraktäristiska i form av kön, ålder och diagnoser för de olika undersökningsgrupperna. För de två missbruksgrupperna finns inga diagnoser enligt DSM-systemet. Dock vet man från andra studier i Sverige att vanligast är icke-psykosdiagnoser (Sallmén m fl, 1997).

Tabell 1. Kön, ålder och diagnoser i de olika undersökningsgrupperna

Grupp	Antal	Män	Kvinnor	Ålder (medel)
Missbruk: LVM-hem	39	35	4	35,7 år (21–51)
Missbruk: Gruppen Enskilda	25	17	8	35,1 år (22–53)
Psykiatri: Schizofreni	42	28	14	26,1 år (18–40)
Psykiatri: BPD	22	10	12	29,1 år (18–44)
Icke-patienter	46	15	31	33,9 år (20–47)

Av tabellen framgår att majoriteten av patienterna i missbruksgrupperna var män. Detsamma gällde också för patienterna i den psykiatriska schizofrenigruppen. En jämnare könsfördelning förelåg i BPD-gruppen, medan däremot kvinnorna dominerade i icke-patientgruppen. Medelåldern i de två psykiatrigrupperna var något lägre än i de övriga grupperna.

Metoder

Defense Mechanism Test (DMT)

Detta projektiva perceptgenetiska test utvecklades i Lund i slutet av 50-talet (Kragh, 1955). Perceptgenetisk teori och forskning har framförallt fokuserat på varseblivningens tillkomstprocess. Varseblivningen upplevs vanligen som ögonblicklig men genom att tänja ut denna process t ex med hjälp av korta exponeringar kan man studera varseblivningsprocessen som den utformar sig från de tidiga diffusa faserna till en korrekt upplevelse av bilden. Vid DMT-testning exponeras ångestväckande bilder i ett takistoskop med ökande tidsintervall från 5 millisekunder till 2 sekunder. Efter varje presentation ska individen muntligt återge vad han sett samt rita en enkel teckning. Varje rapporterat svar utvärderas i relation till den korrekta stimulusbilden. Avvikelser tolkas som ett omedvetet försök att bemästra den ångest som väcks av bilderna. På detta sätt har avvikelserna eller förvrängningarna samma funktion som försvarsmekanismerna i psykoanalytisk teori, och är relaterade till två försvarsstilar, nämligen förvrängning och blockering (Sjöbäck, 1973). Bilderna har ett aggressivt motiv där en centralperson (Hero) befinner sig bredvid en hotfull person (Biperson). Hero har också ett Instrument (t ex en leksak) framför sig. Bilderna är olika för män och kvinnor. Försökspersonernas svar kodas enligt en lista bestående av 130 DMT-

variabler. Denna lista består av kliniskt relevanta responser, t ex när Hero, Bipersonen eller hotet uppfattas första gången, hur de uppfattades eller när tidigare uppfattade strukturer bortfaller (Sundbom & Armelius, 1992). Hero och Bipersonen tolkas som representationer för själv respektive objekt (Kragh, 1985). I tabell 2 presenteras kortfattat de olika variabelkategorierna. I den aktuella studien ingick inte variablerna 1 och 2 samt 126–129, eftersom dessa variabler inte är specifika DMT-variabler.

Tabell 2. Sammanställning av DMT-variabler

Variabel nr	Beskrivning av variablerna
1	Kön (försökspersonens)
2	Ålder (försökspersonens)
3	Ångest (t ex svärtning)
4–17	Tröskelvärden
18–28	Bortfall eller reduktion
29–31	Könsväxlingar
32–39, 68, 130	Känsloytringar
40–47	Bortträngning
48–63	Isolering
64–67	Förnekande (negering)
69–76	Reaktionsbildning
77–83	Identifikation med aggressorn
84–94	Introaggression (vändning mot sig själv)
95–114	Introjektion
115–116	Projektion
117–122	Projicerad introaggression
123	Regression
124	Helgestaltsvar
125	Sexualisering
126–129	Testbeteende

Statistisk analys

Partial Least Squares (PLS) diskriminant analys

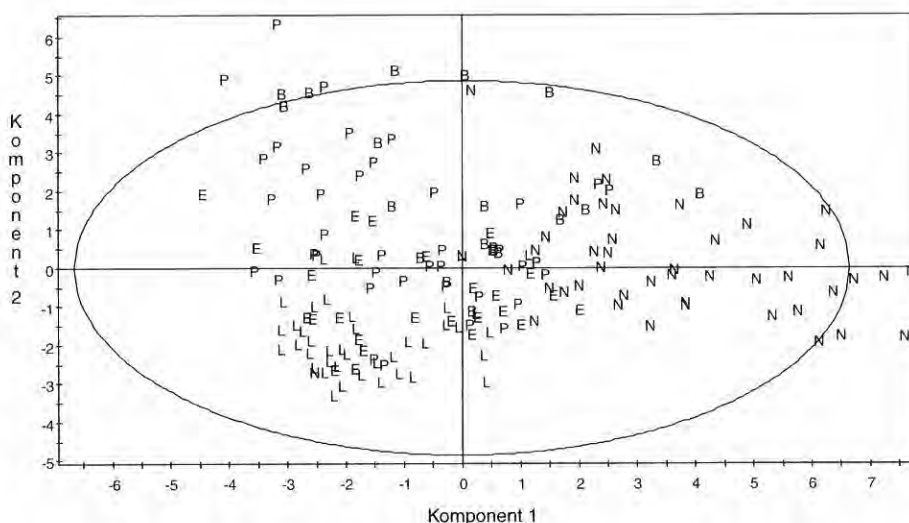
PLS är en multivariat projektionsmetod som bygger på principalkomponentsanalys. Vid PLS-analys maximeras sambandet mellan datauppsättningen i X och Y (Wold m fl, 1983; Henningsson m fl, 2001, för beskrivning i detalj). Alla variabler och individer projiceras på ett minimum av signifikanta informationsbärande komponenter eller dimensioner. Syftet är att organisera och reducera den multidimensionella data-mängden till ett fåtal, oftast endast två orthogonala latent dimensioner i X som också är maximalt korrelerade med motsvarande dimensioner i Y. I den aktuella studien användes PLS för att studera sambandet mellan olika DMT-variabler (X) och individer med olika grupptillhörighet (Y), där grupptillhörigheten bestämdes genom att tilldela varje grupp en dummyvariabel med värdet 0 eller 1. Dimensionerna eller komponenterna byggs upp av information från alla DMT-variabler. Denna metod gör det möjligt att urskilja systematiska likheter inom grupper och skillnader mellan

grupper på basis av komplexa mönster i DMT som skulle vara svåra att upptäcka utan avancerad datorteknologi. Den grafiska presentationen av data ger en överskådlig och god information om avståndet/närheten mellan olika individer. En undersökning av modellens förklaringskraft kan ske genom olika typer av test (Henningsson m fl, 2001).

Resultat

PLS-analys av missbrukspatienter (LVM och Gruppen Enskilda), psykiatripatienter (schizofreni och BPD) samt en icke-patientgrupp

En gemensam PLS-analys gjordes på dessa individers DMT-data utifrån fem dummyvariabler, d v s en för varje undersökningsgrupp. Resultatet visade att två signifikanta komponenter eller dimensioner kunde förklara skillnaderna mellan dessa fem grupper. Totalt förklarades 26 procent av variationen i gruppstillhörighet med hjälp av 10 procent av variansen i DMT-variabler. Den första komponenten förklarade 15 procent av variationen i diagnostillhörighet och den andra komponenten 11 procent. En grafisk presentation av individernas position i förhållande till varandra ges i figur 1, där varje bokstav beskriver en person.



Figur 1. PLS diskriminantanalys: De enskilda individernas position i den tvådimensionella modellen. L = LVM, E = Enskilda; P = Psykos (schizofreni), B = BPD, och N = Icke-patienter

Figuren visar att icke-patientgruppen (N) återfinns till höger i modellen, missbrukspatienterna (L och E) i den vänstra nedre kvadranten och psykiatripatienterna (P och B) i den övre delen av modellen. Vid närmare granskning av modellen kan vi se att

LVM gruppen (L) är tämligen väl samlad i den vänstra nedre delen av modellen medan däremot gruppen Enskilda (E) tycks vara mer heterogen, d v s mer utspridd i modellen. En del av dessa patienter återfinns inom den sfär som definieras av de psykiatriska patienterna medan andra återfinns närmare icke-patientgruppen. Av de två dimensionerna tycks den horisontella dimensionen (komponent 1) separera icke-patienter från missbrukspatienterna och psykiatripatienterna, medan den vertikala dimensionen (komponent 2) särskiljer missbrukspatienterna från de psykiatriska grupperna. I figur 2 presenteras de specifika DMT-variabler som är de viktigaste för att separera grupperna från varandra tillsammans med medelvärdet för de olika grupperna.

Ser strukturer sent Ser Hero sent Livlöshet P Ser Biperson sent Objektintrojektion	B Introaggression Hero reducerad Hero är duplicerad Hero är positiv Ser aggressiv Biperson Ser hotet Hotbortfall N
Ser Instrumentet sent E Fel kön Biperson Ser hotet sent Isolering L Ser många strukturer	Totalstämning negativ Ser Biperson Ser Hero

Figur 2. DMT-variabler som karaktäriserar de olika delarna av modellen och deras betydelse för att separera missbruksgrupperna (L och E), psykiatrigrupperna (P och B) och icke-patientgruppen (N)

Den horisontella dimensionen, d v s dimensionen som skiljer missbruks- och psykiatripatienterna från icke-patientgruppen, utmärks av en senhet och svårighet att varsebli den hotfulla affekten och gestalterna i bilden. Missbruksgrupperna, som ligger längst ner till vänster, utmärks av att de varseblir de olika strukturerna i bilden, d v s de ser gestalterna, men har svårigheter att varsebli det aggressiva ansiktsuttrycket, använder sig av isoleringsförsvar och förvrängningar av den aggressiva gestaltens kön. Den psykiatriska schizofrenigruppen karaktäriseras däremot av en senhet i förmågan att varsebli de olika strukturerna i bilden. Gestalterna på stimulusbilden utmärks av ett förtingligande eller beskrivs som livlösa. BPD-patienterna, som återfinns något längre till höger på den horisontella dimensionen, kännetecknas av affektiva förvrängningar av Herogestalten, som ses t ex som sjuk och deprimerad (introaggression) men också som positiv. Förutom detta reduceras och dupliceras

Herogestalten. BPD-patienterna är den patientgrupp som har den bästa förmågan att varsebli den hotfulla affekten. Icke-patientgruppen uppvisar på det hela taget en god realitetsorientering med få förvrängningar i förhållande till de kliniska diagnosgrupperna.

En sammanfattande beskrivning av resultatet presenteras i figur 3 utifrån en vidareutveckling av den tvådimensionella modell som föreslagits av Henningsson (1999). Förutom en uppdelning i blockerande och förvrängande försvarsstil anges tre fokus för försvarsoperationen: Hero, Biperson (Bp) och Negativ affekt.

FÖRSVARSSSTIL

		Blockering	Förvrängning
Fokus för försvarsoperation	Objekt: Bp	1	4
	Hero	2	5
	Negativ Affekt	3	6

Figur 3. En sammanfattande beskrivning av sambandet mellan försvarsstil och fokus för försvarsoperation hos psykiatripatienter och missbrukspatienter

Psykiatriska patienter

Psykosgruppen schizofreni utmärks av cellerna 1–3 i figuren. Detta innebär att denna grupp av patienter kännetecknas av en blockerande försvarsstil av såväl affekt som objekt (både Bp och Hero).

BPD-gruppen karaktäriseras främst av cellerna 6, 5 och 2, vilket innebär en förvrängande försvarsstil när det gäller negativ affekt och objekt (Hero), men också till en viss del en blockerande försvarsstil när det gäller Herogestalten.

LVM och gruppen Enskilda kännetecknas främst av cellerna 3 och 4, d v s en blockerande försvarsstil när det gäller att varsebli den hotfulla affekten samt en förvrängning av Bipersonen, som uttrycker denna affekt.

Sammanfattningsvis visar DMT-resultaten att det finns systematiska skillnader mellan missbrukspatienterna och de psykiatriska diagnosgrupperna när det gäller försvarsstil och vad försvaren riktar sig emot.

Diskussion

Huvudsyftet i denna studie var att studera vad som skiljer patienter som har både missbruk och psykisk störning från patienter som endast har en psykisk störning. Resultaten visar att missbrukspatienterna som grupp skiljer sig från de två psykiatriska grupperna. Två signifikanta dimensioner kunde förklara skillnaderna i försvarsmönster mellan dessa patientgrupper och en icke-patientgrupp. Den *horison-*

tella dimensionen i modellen (figur 1 och 2), som skiljde patientgrupperna från icke-patienter, mäter olika grad av perceptuell realitetstestning. Patientgrupperna utmärks av en sämre realitetstestning jämfört med icke-patientgruppen, som kunde varsebli bildinnehållet korrekt, inklusive den hotfulla affekten. När det gäller den *vertikala dimensionen*, som skiljer missbrukspatienterna från psykiatrigruppen, finner vi att missbrukspatienterna har en uttalad svårighet att se den aggressiva hotfulla affekten i bilden som stängs ute eller förnekas. Förutom en blockering av denna affekt förvränger de också gestalten (bipersonen) som uttrycker denna affekt. Däremot har de inte svårigheter att varsebli Herogestalten på bilden, som är affektivt neutral. De schizofrena patienterna kännetecknas av en uttalad blockerande försvarsstil både när det gäller den negativa affekten, Bipersonen och Hero. Till skillnad från psykosgruppen och missbrukspatienterna utmärks borderlinepatienterna av en mer uttalad förvrängande försvarsstil med ett tydligt fokus på Herogestalten som förvrängs affektivt, dupliceras eller reduceras, vilket överensstämmer väl med de resultat som presenteras i Sundbom, Kullgren och Armelius (1989) och Sundbom (1992). Borderlinepatienterna är också den grupp av patienter som har den bästa förmågan att varsebli den hotfulla affekten på ett korrekt sätt.

Hur ska dessa resultat tolkas? Eftersom Hero respektive Bipersonen i testet antas vara ett uttryck för själv- respektive objektrepresentationerna, skulle ett försvarsfokus på Herostrukturen kunna tolkas som ett tecken på en vacklande självuppfattning medan ett fokus på Bipersonen skulle kunna antyda relationsproblem. Med utgångspunkt från detta resonemang skulle resultaten tyda på att de schizofrena patienterna har uttalade problem när det gäller såväl självuppfattning, relationer som hanteringen av aggressiv affekt. Borderlinepatienterna antas i första hand ha problem med en vacklade självbild men också med den aggressiva affekten som förläggs till den egna självrepresentationen genom att aggressiviteten vänds mot det egna självet (introaggression). Missbrukarna, till skillnad från de två psykiatrigrupperna, uppvisar inte svårigheter lokaliserade till självet utan huvudproblemet tycks främst ligga i uttalade svårigheter att handskas med såväl objektet, d v s relationer, som den aggressiva affekten. Detta beteende skulle kunna överensstämma med den kontaktångest och starka strävan efter självförsörjande och självtillräcklighet som i kliniska sammanhang utmärker missbrukspatienter. Resultaten är även i linje med Krystal och Raskin (1970) och Wurmser (1981) som ser affekterna och affektregressionen (oförmåga att tolerera och kanalisera affekter) som det centrala hos patienter med missbruksproblematik. Även om ovanstående resultat på ett schematiskt sätt tolkats utifrån tre oberoende fokus för försvarsoperationer hos patienterna är det viktigt att komma ihåg att själv- och objektrepresentationerna och den negativa affekten är intimt sammanvävda och sannolikt bildar ett dynamiskt mönster. Enligt Wurmser (1981) har missbrukaren en önskan om förening med objektet genom idealisering, men också en rädsla för utplåning och att bli förödmjukad.

Ett flertal studier har visat att missbrukspatienterna har stora likheter med patien-

ter med borderlineproblematik (t ex Kernberg, 1975; Vaglum & Vaglum, 1985). Resultaten i denna studie ger inget stöd för en sådan tolkning, vilket i första hand kan bero på att dessa missbrukare också har psykiska störningar, d v s en dubbeldiagnos. I vår studie finns en skillnad mellan missbrukarna och borderlinepatienterna när det gäller försvarsstil och fokus för försvarsoperationen. Missbrukspatienterna utmärks av en starkt blockerande försvarsstil riktad mot den negativa affekten, medan borderlinepatienterna är mycket känsliga för den negativa affekten. En annan skillnad är att missbrukarna förvränger Bipersonen medan borderlinepatienterna förvränger Hero. Det antyder att missbrukarna i första hand har relationsproblem medan borderlinepatienterna har problem med sin självbild. När det gäller hanterandet av den aggressiva affekten har missbruksgruppen större likheter med psykosgruppen, vilket illustreras i figur 1 och 2. Till skillnad från psykosgruppen är dock blockeringen begränsad till den negativa affekten. Detta resultat behöver dock inte innebära att de grundläggande narcissistiska konflikterna skiljer sig mellan patienter med missbruksproblematik och borderlinestörning.

Många författare menar att ett viktigt element i den bakomliggande dynamiken hos den missbrukande personen är en överdriven sårbarhet. Detta tar sig i uttryck i en bristande förmåga att uthärda psykisk smärta vilket leder till att försvar mot affekter träder i kraft och droganvändningen kan ses som ett skydd mot en massiv ångest och mot ett överväldigande av känslor (Wurmser, 1987; Treece, 1984). Den primära funktionen för missbruket (drogen) är således att utplåna denna smärta. Krystal (1985) menar att psykiska trauman i barndomen leder till en *brist* i den affektiva utvecklingen med svårigheter att använda affekterna som signaler. Varje stark känsla betraktas som en potentiell fara, ett hot, för att det ursprungliga traumatiska reaktiveras. Resultatet från den aktuella studien skulle enligt dessa teorier betyda att missbrukspatienternas uttalade blockerande försvarsstil och affektiva återhållsamhet skulle vara relaterat till en överdriven affektiv sårbarhet och kanske en stark traumatisering. Visst stöd för detta fås från en tidigare DMT-studie som har visat samband mellan frekvensen upplevda negativa livshändelser och svårigheten att varsebli den aggressiva affekten i testet hos en icke-patientgrupp. (Sundbom & Esselin, 2001). En annan möjlig förklaring till den blockerande försvarsstilen skulle kunna vara missbrukspatienternas långvariga drogmissbruk som inneburit en försämring i deras kognitiva fungerande. Å andra sidan är det svårt att med denna förklaringsmodell förstå varför dessa patienter trots allt ser strukturerna i bilden, dock inte den affektiva delen. En möjlighet är också att missbrukspatienter utan psykisk störning i första hand blockerar den negativa affekten och att det endast är de som också har en psykisk störning som dessutom har relationsproblem, d v s förvränger Bipersonen. Ett sätt att bringa klarhet i dessa frågor skulle vara att i en framtida studie jämföra försvarsstilarna hos en renodlad missbruksgrupp med en grupp patienter med missbruksproblem och psykisk störning.

Resultaten visar också att det finns en viss skillnad i försvarsmönster mellan miss-

bruksklienter på LVM-hem och dem på enskilda behandlingshem, även om denna skillnad inte är signifikant enligt korsvalideringskriterier. Patienterna på de enskilda behandlingshemmen tycks vara mer heterogena i sina försvarsmönster jämfört med LVM-klienterna. Vissa av patienterna på de enskilda behandlingshemmen har försvarsmönster som mer liknar icke-patientgruppens mönster medan andra mer liknar schizofrenigruppen. Detta stämmer med det faktum att patientgruppen är mycket heterogen med avseende på graden av psykisk störning.

Referenser

- Bergeret, J. (1981) Introduction a une etude sur la personnalité du toxicomane. *Bull. Soc. Fr. Rorschach Methodes*, 32.
- Blume, S. B. (1987) Executive summary: Treatment and rehabilitation for alcoholism and alcohol abuse. *Paper prepared for the IOM Committee for the study and rehabilitation services for alcoholism and alcohol abuse*, December 1987.
- Cipolli, C. & Galliani, I. (1990) Addiction time and value of indicators in Rorschachs of heroin users. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 1105–1106.
- Drake, R., Mueser, K., Clark, R. & Wallach, M. (1996) The Course, Treatment and Outcome of Substance use Disorders in persons with Severe Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 42–51.
- Fassino, S., Scarco, G., Barbero, L., Taylor, J., Pezzini, F. & Furlan, P. M. (1992) The image of self and of the environment in drug abusers: A comparative study using the TAT. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 253–261.
- Fransson, P., Sundbom, E. & Hägglöf, B. (1998) A comparative study of adolescents in psychiatric care assessed by the Defense Mechanism Test (DMT) and the DSM-IV classification system. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 527–536.
- Fridell, M. (1991) *Personlighet och drogmissbruk – En forskningsöversikt*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Galanter, M., Castenada, R. & Ferman, J. (1987) Substance abuse among general psychiatric patients: Place of presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Drug and Alcohol Abuse*, 14, 211–235.
- Gustafson, R. & Källmén, H. (1989) Changes in the Psychological Defence System as a function of Alcohol Intoxication in Men. *British Journal of Addiction*, 84, 1515–1521.
- Harrison, P. A., Martin, J. A., Tuason, V. B. & Hoffman, N. G. (1985) Conjoint treatment of dual Disorders. In Alterman, A. I. (Ed) *Substance Abuse and Psychopathology*. New York, Plenum Press, 367–390.
- Henningsson, M. (1999) *Defensive Strategies in Psychosomatic groups: A soft modelling approach to Defense Mechanism Test data*. Doctoral Dissertation, Umeå University.
- Henningsson, M., Sundbom, E., Armelius, B.-Å. & Erdberg, P. (2001) PLS model building: A Multivariate Approach to Personality Test Data. *Scandinavian J of Psychology*, 42:5, nov.
- Henningsson, M. & Sundbom, E. (2000) Conversion Disorder and "Multiple Chemical Sensitivity": A comparative study of psychological defence strategies. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 803–818.
- Jeanneau, M. & Armelius, B.-Å. (1995) Behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet. *Stencil*. Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1981) Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1): 169–194.
- Khantzian, E. J. & Kates, W. (1978) Group treatment of unwilling addicted patients: Programmatic and clinical aspects. *International Journal of Group Psychotherapy*. Jan, Vol 26(1): 81–94.
- Khantzian, E. J & Treece, C. (1985) DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42(11): 1067–1071.
- Killingmo, B. (1987) Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Kofoed, L., Kania, J. Walsh, T. & Atkinson, R. M. (1986) Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 14, 867–872.

- Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York: International University Press.
- Kragh, U. (1955) *The Actual-genetic model of perception-personality*. Lund: Gleerup.
- Kragh, U. (1985) *DMT-Manual*. Stockholm: Swedish Psychology International AB.
- Krystal, H. (1985) Trauma and the stimulus barrier. *Psychoanalytic-Inquiry*, 5(1), 131–161.
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1970) *Drug Dependence. Aspects of Ego Functions*. Detroit: Wayne State Univ. Press.
- Modell, A. (1980) Affects and their non-communication. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 259–267.
- Mueser, K., Drake, R. & Wallach, M. (1998) Dual Diagnosis: A review of Etiological Theories. *Addictive Behaviors* 23, 6: 717–734.
- Nace, E. P., Davis, C. W. & Gaspari, J. P. (1991) Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry*, 148(1), 118–20.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F. & Meyer, R. E. (1987) Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 505–513.
- Sallmén, B., Nilsson, L. H. & Berglund, M. (1997): Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *European Psychiatry*, 12, 329–334.
- Sandell, R. & Bertling, U. (1995) Levels of personality organization and psychopathology among drug abusers in Sweden. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 231–238.
- Socialstyrelsen (1996) *Psykiskt störda missbrukare*. Slutrapport från utvärdering av 10 försöksverksamheter.
- Socialstyrelsen (1999) *Svårt psykiskt störda missbrukare*. Slutrapport. Utvärdering av 10 försöksverksamheter. Stockholm.
- Sjöbäck, H. (1973) *The Psychoanalytic Theory of Defensive Processes*. New York: Wiley.
- Sundbom, E. (1992). *Borderline Psychopathology and the Defense Mechanisms Test*. Doctoral Dissertation, Umeå University.
- Sundbom, E. & Armelius, B.-Å. (1992) Reactions to DMT as related to psychotic and borderline personality organization. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 178–188.
- Sundbom, E. & Esselin, E. (2001) The impact of experienced negative life events on defense mechanisms in a normal population of adults. *Bokkapitel* (Kommande).
- Sundbom, E. & Kullgren, G. (1992) Multivariate modelling and the Defence Mechanism Test: A comparative study on defensive structures in borderline, other personality disorders and schizophrenic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 379–385.
- Sundbom, E., Kullgren, G. & Armelius, B.-Å. (1989) Psychodynamic features in borderline personality disorder identified by a subliminal test, the Defence Mechanism Test. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 101–105.
- Tómasson, K. & Vaglum, P. (1997) The 2-year course of substance abuse and psychiatric distress: the influence of psychiatric comorbidity. *European Archives of psychiatry and neurological Sciences*, 320–327.
- Treece, C. & Khantzian, E. J. (1985) DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Archives-of-General-Psychiatry*, 1985 Nov; Vol 42(11): 1067–1071.
- Vaglum, S. & Vaglum, P. (1985). Borderline and other mental disorders in alcoholic female psychiatric patients: a case control study. *Psychopathology* 18(1): 50–60.
- Wold, S., Albano, C., Dunn, W., Esbensen, K., Hellberg, S., Johansson, E. & Sjöström, M. (1983) Pattern recognition; finding and using regularities in multivariate data. In H. Martens & H. Russwurm (Eds). *Food research and Data Analysis*. London: Applied Science Publishers, 147–88.
- Wurmser, L. (1974) Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 22, 820–843.

- Wurmser, L. (1981) *The Mask of Shame*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Wurmser, L. (1987) More Respect for the Neurotic Process: Comments on the Problem of Narcissism in Severe Psychopathology, Especially the Addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 37–45.
- Öjehagen, A., Berglund, M., Appel, C-P., Nilsson, B. & Skjaeris, A. (1991) Psychiatric symptoms in alcoholics attending outpatient treatment. *Alcoholism: Clin Exp Research* 15(4), 640–646.
- Öjehagen, A. (1998) Samtidigt beroende och psykisk störning. En aktuell forskningsöversikt. I Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) *Dubbel trubbel*. Behandlingshemmet Runnagården. Örebro.