

Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik

Resultat från en litteraturöversikt



Lasse Jansson
Caroline Björck

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförvarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt kommunikationsavdelningen.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är SiS generaldirektör Kent Ehliasson.

ISBN 978-91-87053-05-4

Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik

Resultat från en litteraturöversikt

Nummer 11 år 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:
Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse
Box 16363
103 26 Stockholm
www.stat-inst.se

Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik

Resultat från en litteraturöversikt

Lasse Jansson
Caroline Björck

*"En av de viktigaste faktorerna för att förstå brottslighet är barndomstrauma."
(Burton, Leibowitz, Eldredge, Ryan, & Compton, 2011, sidan 581)*

Sammanfattning

Sedan mitten av 1800-talet har det bedrivits psykologisk forskning om trauma och konsekvenser av traumatiska upplevelser, framför allt på vuxna människor och då särskilt soldater. Forskningen ledde 1980 till ett formellt erkännande av trauma som en orsak till psykisk ohälsa, detta då diagnosen PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) skrevs in i diagnosmanualen DSM-III. Den moderna traumaforskningen har kunnat visa att konsekvenserna för barn och ungdomar som upplevt sådana, särskilt vid långvariga och upprepade trauman, ofta tar sig annorlunda och mer omfattande uttryck än vad som är typiskt för PTSD.

Ett trauma kan sägas vara en obehaglig och skrämmande händelse som har lett till psykisk ohälsa och andra negativa konsekvenser för den traumatiserade personen, till exempel PTSD. Barn och ungdomar som har utsatts för trauman, särskilt långvariga och upprepade trauman utförda av andra människor, uppvisar vanligtvis en mer omfattande problematik, kallad "komplex traumatisering". Komplex traumatisering kan sammanfattas som en störning i stora delar av den unges utveckling, ofta synligt i en sänkt funktionsförmåga inom många livsområden, såsom skola, familj, kamratrelationer, brottslighet och identitetsutveckling. Vanligt förekommande symptom hos komplext traumatiserade ungdomar – vid sidan av typiska PTSD-symptom – är dissociation, självskadebeteende, suicidalitet, ätstörningar, sömnstörningar, impulsivitet, hyperaktivitet och svårigheter att reglera och tolerera känslor. Det finns också ett samband mellan traumatisering och vad som kallas ett antisocialt beteende, det vill säga ett normbrytande, impulsivt och aggressivt beteende. Huvuddelen av de ungdomar som institutionsvårdas inom Statens institutionsstyrelse (SiS) har antisociala problem.

Syftet med denna rapport är att belysa det aktuella kunskapsläget kring traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar genom en systematiskt genomförd litteraturoversikt. Frågeställningarna som låg till grund för rapporten var följande: I vilken utsträckning visar institutionsvårdade ungdomar tecken på att vara traumatiserade? Finns det standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera traumatisering och allvarlighetsgraden i traumatiseringen för institutionsvårdade ungdomar? Finns det evidensbaserade behandlingsmetoder som riktar sig mot att behandla/lindra effekter av traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar?

Utifrån sökningar i databasen PsycINFO gjorde författarna av denna rapport ett slutligt urval på 34 studier.

Resultatet visade att en hög andel, mellan 70 och 96 procent, av institutionsvårdade ungdomar hade upplevt trauma, och många ungdomar uppvisade typiska symptom på komplex traumatisering. Vanligt förekommande var att den unge upplevt trauman som skett inom familjen, exempelvis fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Det var också vanligt att ungdomarna hade upplevt traumatiserande våldsbrott "ute på stan". Flickor visade sig i högre grad än pojkar ha varit utsatta för sexuella övergrepp. Att ha bevittnat andra människor utsättas för skrämmande händelser och att ha upplevt svåra separationer eller dödsfall inom familjen var också vanligt förekommande trauman. PTSD förekom hos upp till hälften av ungdomarna men studien fann även att en stor andel av traumatiserade ungdomar inte uppfyllde kriterierna för PTSD. Flickor verkar vara en särskilt utsatt grupp, när det gäller att utveckla psykisk ohälsa till följd av trauma.

Endast en bedömningsmetod (Massachusetts Youth Screening Instrument-2, MAYSI-2) som var normerad för att identifiera traumatisering bland institutionsvårdade ungdomar identifierades. Elva ytterligare bedömningsmetoder som skulle kunna vara relevanta för att upptäcka eller bedöma traumatisering bland institutionsvårdade ungdomar hittades.

Ett antal behandlingsmetoder identifierades. Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) och The Trauma Intervention Program for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART) har visat positiva effekter på institutionsvårdade ungdomar. Även strukturerad aerobisk träning och psykoeducation (så kallad "traumaskola") har visat positiva resultat. En studie redovisade resultatet av att åtta amerikanska ungdomsinstitutioner hade implementerat the Sanctuary Model. The Sanctuary Model är ett behandlingsprogram som syftar till att anpassa en organisation (exempelvis ett ungdomshem) så att den möter behoven hos traumatiserade och tvångsvårdade ungdomar. Studien fann små men positiva effekter på ungdomarnas psykiska hälsa till följd av implementeringen av the Sanctuary Model.

Resultaten antyder att traumatisering kan vara en vanligt förekommande form av psykisk ohälsa bland institutionsvårdade ungdomar.

Brist på kunskap om förekomst av traumatisering bland intagna ungdomar inom SiS kan leda till bristande och ineffektiv behandling. Diagnosen PTSD kan betraktas som otillförlitlig när det gäller att ringa in de ungdomar som är traumatiserade. Komplext traumatiserade ungdomar uppvisar ofta en mer omfattande och utvecklingsmässigt mer djupgående negativ påverkan, vilket kräver både en annan diagnos och tillförlitliga utredningsmetoder.

Det är oklart vad som är effektiv behandling av traumatisering. Generellt bör trauma-behandling ske i faser: Först kommer en nutidsfas med fokus på symptomreduktion och stabilisering. Därefter följer en dåtidfas innehållande exponering för traumatiska

minnen och avslutningsvis en framtidsfas. Författarna föreslår ett projekt som innebär att utforma och utvärdera ett vårdprogram för behandling av traumatiserade ungdomar. Ett sådant vårdprogram bör kanske i huvudsak innefatta den första symptomstabiliserande traumabehandlingsfasen.

Det finns ett stort behov av vidare forskning om förekomst av trauma och utformning av traumabehandling inom SiS.

Innehållsförteckning

Inledning	8
Bakgrund	11
Historik	11
Komplex traumatisering	13
Konsekvenser av traumatisering	14
Syfte	15
Frågeställningar	15
Metod	16
Resultat	19
I vilken utsträckning visar institutionsvårdade ungdomar tecken på att vara traumatiserade?	19
Vilken typ/vilka typer av trauman kan det röra sig om?	20
Förekomst av fysiska och sexuella övergrepp	21
Traumatisering genom att ha "bevittnat" olika händelser	22
Förekomst av tillståndet "posttraumatiskt stressyndrom" (PTSD) bland institutionsvårdade ungdomar	22
Finns det standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera traumatisering hos ungdomar inom institutionsvård?	25
Massachusetts Youth Screening Instrument-2	25
Adolescent Dissociative Experience Scale	26
Childhood Trauma Questionnaire	26
Children's PTSD Inventory	26
Child Report of Post-Traumatic Symptoms	27
Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents	27
Dissociation Questionnaire Sweden	27
Kiddie Sads Aktuell och Livstids Version	27
Los Angeles Symptom Checklist	28
Sexual Abuse Exposure Questionnaire	28
Trauma Symptom Checklist for Children	28
UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index	28
Finns det evidensbaserade behandlingsmetoder som riktar sig mot att behandla/lindra negativa effekter av traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar?	29

Diskussion	33
Styrkor och svagheter	37
Framtida behov och framtida forskning	37
Referenser	39
Bilaga E: Exkluderade studier	50
Bilaga F: Sammanfattning av granskade studier	55
Bilaga G: Standardiserade bedömningsmetoder	64

Bilaga A–D ligger i slutet av rapporten.

Bilaga A: Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

Bilaga B: Newcastle-Ottawa quality assessment scale case control studies

Bilaga C: Granskningsmall för tvärsnittsstudier

Bilaga D: Granskningsmall för relevansbedömning

Inledning

Ett trauma kan beskrivas som att erfarenheten av en händelse har medfört någon form av psykologisk skada (Egidius, 2002). Med psykologisk skada menas att personen som utsatts för eller bevittnat en viss händelse har upplevt den så skrämmande att individen överväldigats och förlorat den nödvändiga förmågan att hantera stress. En händelse, såsom en bilolycka eller ett sexuellt övergrepp, är ett trauma bara för de offer som har utvecklat psykisk ohälsa, posttraumatiska svårigheter, till följd av händelsen. En och samma bilolycka kan med andra ord vara ett trauma för bara ett av två olycksoffer. Vanliga symptom på trauma är att den traumatiserade personen får kraftig ångest när han/hon minns, tänker på eller hamnar i situationer som påminner om den traumatiserande händelsen och att han/hon, till följd av denna ångest, ofta försöker undvika tankar, känslor, platser och situationer som påminner om traumat. Detta undvikande-beteende leder i sin tur till en ond spiral av negativa konsekvenser för den traumatiserade personens arbetsliv, sociala liv och nära relationer samt förvärrad psykisk ohälsa. För vissa individer kan ett trauma – eller en följd av trauman – leda till att personen förlorar sin grundläggande föreställning om att världen är en trygg och hanterbar plats och att han/hon är värd att behandlas bra. En annan följd av traumatisering kan vara upplevelsen av att ha förlorat kontrollen över sitt liv (Herman, 1997; van der Kolk & McFarlane, 2007; van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 2007).

Traumatisering kan få flera allvarliga konsekvenser. Trauma har till exempel visat sig vara en riskfaktor för antisocialt beteende (Greenwald, 2002). Med antisocialt beteende, eller uppförandestörning, menas till exempel normbrytande, impulsiva och/eller aggressiva handlingar som strider mot samhällets normer och regler (Andershed & Andershed, 2005). Studier har visat att ungdomar som har utsatts för trauma löper en ökad risk att bli ungdomsbrottslingar (Dixon, Howie, & Starling, 2004) särskilt om den unge har utsatts för våld (Brown, Henggeler, Brondino, & Pickrel, 1999). Andra studier har även pekat på att traumatiserade ungdomar i högre grad än andra ungdomar riskerar att utveckla ett antisocialt beteende. Inom gruppen ungdomar med antisociala tendenser har studier visat att mellan 70 procent och 92 procent uppger att de utsatts för trauma – ofta fysisk misshandel eller sexuella övergrepp. Ett annat problem som uppmärksammas är att behandlingsprogram för ungdomar med antisocial problematik kan vara ineffektiva om inte hänsyn tas till hur tidigare trauman har påverkat den unge (Greenwald, 2002).

Statens institutionsstyrelse (SiS) är en statlig myndighet som svarar för institutionsvård av ungdomar med allvarliga psykosociala problem, enligt § 12 LVU (lagen om vård av unga). Vården kan ske på institutioner med låsbara avdelningar med särskilda befogenheter att tillgripa tvångsåtgärder, som till exempel att hålla en ungdom i

avskildhet (isolering), att genomföra kroppsvisitering och att utföra drogtestning. De ungdomar som institutionsvårdas inom SiS har bedömts vara i stort behov av insatser med hög grad av struktur för att bryta en destruktiv och antisocial livssituation. Orsaker till institutionsvård kan vara brister i hemmiljö (2 § LVU), som till exempel fysisk eller psykisk misshandel, sexuellt utnyttjande eller andra brister i omsorgen om den unge, eller den unges eget beteende (3 § LVU), som till exempel missbruk av beroendeframkallande substanser eller brottslig verksamhet (Råd och riktlinjer/LVU/flik 2, sidan 4–6, 2011-08-01). SiS uppdrag är att genom individanpassade behandlingsplaner, i nära samverkan med socialtjänsten, familjen, skolan, hälso- och sjukvården och övriga nätverk, ge ungdomarna bättre förutsättningar för ett socialt anpassat liv (Statens institutionsstyrelse, 2011).

Enligt ADAD, Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Friedman & Utada, 1989; Söderholm, Carpelan, Hermodsson & Öberg, 1997) – en strukturerad intervju som genomförs systematiskt inom SiS – framgick att 33 procent av ungdomarna vid inskrivningstillfället rapporterar erfarenhet av fysisk misshandel, 35 procent psykisk misshandel och 6 procent erfarenheter av sexuella övergrepp. Av ungdomarna var 16 procent födda i ett annat land och 47 procent av ungdomarna hade en eller båda föräldrarna födda i annat land, vilket i sin tur kan utgöra en risk för möjliga krigserfarenheter eller påverkan av föräldrars krigserfarenheter som kan få traumatiserande konsekvenser för barnet (Allmän SiS-rapport, 2010). Inom SiS verksamhet kan effekter av traumatisering hos ungdomarna påverka insatserna negativt. Ur ett teoretiskt perspektiv kan institutionsvård av traumatiserade ungdomar riskera att återtraumatisera den unge. Med utgångspunkt i neurobiologiska teorier om hjärnans utveckling och funktion, kan vistelse i institutionsmiljö bidra till att återaktivera den unges genom traumatisering inlärd neurologiska processer av ständig vaksamhet och skräck. En sådan återtraumatisering kan ske på grund av att institutionsvård innebär att den unge förlorar en stor del av kontrollen över sitt liv, att han umgås med andra komplext traumatiserade ungdomar och att han ofta tvingas förlita sig på okända vuxna (och en ofta mycket föränderlig personalgrupp). Vidare kan institutionsvården bland annat också bemöta den unge med fysiskt våld, avskiljning, kroppsvisitering och kompromisslösa krav. Ett då aktiverat tillstånd av vaksamhet och rädsla innebär en ökad risk för att den unge agerar ut på institutionen med medföljande konflikter mellan honom själv, andra omhändertagna ungdomar och personal. Med detta riskerar en ond cirkel att skapas, där institutionsmiljön förstärker den traumatiserade ungdomens upplevelse av omgivningen som fientlig, hotfull och som något som leder till allvarlig stress (Kent, 2004). Institutionsvård kan genomföras både under tvång (tvångsvård) och under frivilliga former (öppen institutionsvård). SiS institutionsvård utförs i huvudsak som tvångsvård. Det finns mycket lite empirisk och systematisk kunskap om konsekvenserna av traumatisering hos just institutionsvårdade ungdomar, oavsett om denna vård skett under tvång eller under frivilliga former. Det är därför av stor betydelse att öka kunskapen om förekomst och insatser för ungdomar med traumatiserande erfarenheter. Föreliggande rapport har genomförts som ett internt utvecklingsprojekt i samarbete med SiS ungdomshem Långanäs, Utvecklingsenheten och Forskningskansliet, i enlighet med myndighetens mål att bevaka

och förmedla kunskapsläget i frågor med relevans för utveckling av kunskapsbaserade behandlingsmetoder inom SiS institutionsvård. Rapporten har granskats av överläkare Hans Peter Søndergaard, med.dr., specialist i allmänpsykiatri, leg. psykoterapeut vid Kris- och Traumacentrum.

Bakgrund

Historik

Forskningen om trauma tog sin början i mitten på 1800-talet. Traumatiska symptom sågs hos så kallade granatchockade soldater och ansågs vara ett uttryck för en organisk (fysisk) skada och skulle inte sammanblandas med hysteriska kvinnor, som man menade var psykiskt sjuka. Det fanns dock de forskare som påstod att traumatiska upplevelser orsakade symptom på psykisk ohälsa och att både så kallade krigsneuroser och hysteri var uttryck för detta. Neurologen Charcot hävdade att det hysteriska beteendet hos vissa av hans kvinnliga patienter i själva verket var en form av hypnotiskt beteende och att detta hypnotiska beteende var en konsekvens av traumatiska minnen. Läkaren Janet inspirerades av Charcot till att börja forska om traumatiska minnen och det hypnotiska beteendet, ett beteende som Janet kom att kalla för dissociation. Janet hävdade att traumatiska minnen kan skapa mycket starka känslor hos en person, känslor som överväldigar personens förmåga att förhålla sig till, integrera, minnena som en del av sig själv. I stället, menade Janet, spjälkar personen av de traumatiska minnena från sin självmedvetenhet och förhåller sig till de traumatiska minnena som om de inte vore en del av hennes erfarenhet och historia. Janet påstod att detta så kallade dissociativa beteende (dissociation som motsats till association, hopkoppling, av minnen med känslor, tankar och beteende) förhindrade den traumatiserade personen att utveckla sig själv och sin personlighet. Eftersom hon var fixerad vid att hålla de traumatiska minnena borta från självuppfattningen hade hon ingen energi över till självutveckling (van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 2007).

Janets förklaringsmodell av de traumatiska symptomen blev till en början väl mottagen men föll ganska snart, och för en lång tid framåt, mer eller mindre i glömska. I början på 1900-talet växte sig psykoanalysen stark, en vetenskaplig skola som betonade att människan styrs av inre psykiska konflikter, exempelvis av konflikter mellan samvete och drifter. En av psykoanalysens mest namnkunniga företrädare var psykiatern Sigmund Freud. Till en början delade Freud Janets åsikt att det hysteriska beteendet var ett uttryck för dissociation av traumatiska minnen, men Freud lade efterhand allt mer betoning i sin forskning på att fantasier, det vill säga återkomsten av förträngda önskinningar och driftsimpulser, kunde ge upphov till det neurotiska, hysteriska eller dissociativa beteendet hos många patienter. Freuds ståndpunkt blev förhärskande inom den psykoanalytiska forskningen och intresset för faktiska traumatiska erfarenheter minskade till förmån för intresset för inre psykiska konflikters påverkan på beteende och psykisk hälsa. Freuds lärning Kardiner, en amerikansk psykiater som forskade på amerikanska krigsveteraner, kunde i sina studier publicerade 1941 visa på tydliga samband mellan upplevda trauman och posttraumatiska symptom. Kardiner gjorde därmed ett försök att återknyta till Janets förklaring att traumatiska minnen leder till

vissa så kallade neurotiska och dissociativa beteenden, men han misslyckades med att påverka riktningen i den psykoanalytiska forskningen (van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 2007).

Det var först på 1970-talet, med Vietnamkriget och krigstraumatiserade amerikanska soldater, som "bevisen" på sambandet mellan traumatiska upplevelser och psykisk ohälsa blev så överväldigande att denna förklaringsmodell av orsaken till symptomen blev giltig igen. I ljuset av de nya forskningsfynden insåg man då också att både Janets och Kardiners slutsatser, dragna mer än 30 år tidigare, ännu var giltiga. Dessa slutsatser säger att minnen av traumatiska erfarenheter kan orsaka psykisk ohälsa som kan ta sig uttryck i vissa symptom, symptom som ofta består av en kombination av undvikande beteende och återupplevelser. Dessa slutsatser formulerades 1980 i den första traumadiagnosen PTSD, posttraumatiskt stressyndrom (van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 2007). En psykiatrisk diagnos är ett sätt att bestämma ett tillstånd av ohälsa eller sjukdom och diagnosen kan sägas vara ett samlingsnamn för en viss kombination av symptom, vanligtvis olika beteenden och upplevelser som personen har haft under en tidsperiod (Cullberg, 2003). Diagnosen PTSD omfattar de människor som har upplevt skrämmande händelser som lett till att de efter traumat drabbats av vissa symptom, vanligtvis flashbacks, det vill säga plötsligt uppdykande obehagliga minnesbilder, ilska, överklighetskänslor, aggression, sömnstörningar, ångest och ett undvikande beteende (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2010).

Att det finns ett starkt samband mellan upplevda trauman och specifika så kallade posttraumatiska symptom, ett samband som bland annat definieras i diagnosen PTSD, är forskarna i dag rörande överens om. Psykodynamiskt skolade forskare (psykodynamik är en slags utveckling av psykoanalysen) förklarar sambandet med att traumatiska upplevelser orsakar en "informationsöverlastning" som blir för mycket för offret att hantera i sitt inre och därför skapas ångest. Beteendevetenskapliga forskare förklarar sambandet med att offrets rädsla för den traumatiska händelsen har generaliserats till händelser som egentligen är ofarliga. Offret försöker undvika de traumatiska minnena genom att inte utsätta sig för saker som skulle kunna påminna henne om traumat. Undvikandet leder dock bara till att hon blir rädd för fler och fler saker, vilket ökar hennes psykiska ohälsa i stället för att minska den (Lyons, 1987).

Janets slutsatser om ett samband mellan trauma och dissociation har på senare år fått ett allt starkare vetenskapligt stöd. Van der Hart, Nijenhuis och Steele (2006) menar att en konsekvens av framför allt kronisk (upprepad och långvarig) traumatisering är en strukturell dissociation av personligheten. Med strukturell dissociation menar de att traumaoffret har utvecklat ett tillstånd av inre uppsplittring av vad som normalt sett är sammanhängande psykiska funktioner, såsom minne, tankar, känslor och självuppfattning. Personligheten är med andra ord uppdelad i åtminstone två delar, där varje så kallat delsjälv till stora delar fungerar självständigt (Gerge, 2010). Det är denna sönderdelning, strukturella dissociation, av personligheten som man – i linje med Janet – tänker sig är drivkraften bakom traumarelaterade symptom och svårigheter (Van der Hart et al, 2006).

Komplex traumatisering

Det har dock visat sig att kunskapen om hur trauma påverkar vuxna är svår att generalisera till traumatiserade barn och ungdomar. Orsaken till detta är att traumatiserade barn och ungdomar ofta visar att de mår dåligt på så många fler sätt än vad som är vanligt bland vuxna som till exempel varit med om ett krig eller en olycka (Pynoos, Steinberg, & Goenjian, 2007; van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 2007). Trauma som drabbar barn och ungdomar kan påverka den unges utveckling på ett mycket negativt sätt, särskilt i de fall då den unge har traumatiserats i nära relationer, som till exempel genom sexuella övergrepp och fysisk misshandel av personer som står denne nära och genom andra allvarliga brister i föräldrarnas omvårdnad. Att många traumatiserade barns och ungdomars symptom har visat sig både vara fler och mer omfattande har lett till att man, i såväl kliniska sammanhang som i forsknings-sammanhang, har börjat använda sig av begreppet komplex traumatisering som ett sätt att beskriva följderna av trauma bland unga människor (van der Kolk et al, 2009).

Med komplex traumatisering menar man att den unge vanligtvis uppvisar en sänkt funktionsnivå socialt, kognitivt, i relationer, i sitt sätt att se på sig själv och i sitt sätt att hantera känslor. Sociala svårigheter som följd av traumatisering kan ta sig uttryck i en uppfattning av omgivningen som hotfull och i en uppfattning av andra människor som opålitliga. Detta kan leda till fysisk aggressivitet, ett hotfullt och kränkande språk, trotsighet och en brist på medkänsla (van der Kolk et al, 2009) men också en svårighet att läsa av sociala koder (Ford, 2002).

Att barn och ungdomar utvecklar denna form av komplex traumatisering, menar forskare har med den neurologiska utvecklingen att göra. Hjärnans biologiska utveckling kan ta olika vägar beroende på den miljö det lilla barnet befunnit sig i. En hjärna som tidigt i sin utveckling har utsatts för kraftig stress kommer att utvecklas annorlunda, med ett större fokus på vaksamhet på nya hot och faror, än en hjärna som inte har utsatts för kraftig stress. Ett tidigt trauma kan därför komma att utgöra en grundläggande, organiserande princip för hjärnans utveckling och framtida neurologiska processer (Perry, 2009; Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). När ett barn utsätts för trauma aktiveras de neurologiska processer som fokuserar på barnets överlevnad. En neurologisk överlevnadsprocess är hyperaktivitet och barnet försöker kämpa eller fly. Om flykt och kamp inte hjälper för att minska stressen sker en neurologisk helomvändning och hjärnan minskar sina aktiviteter så mycket som möjligt i syfte att spara energi, läka skador och återhämta sig. Barnets agerande kan då bli passivt, som om det underkastar sig förövaren, och dissociativt, det vill säga osammanhängande och förvirrat som om allt är överkligt och som om det inte är i sin egen kropp. Komplex traumatiserade barn och ungdomar har en tendens att agera med hyperaktivitet och dissociation när de senare i livet utsätts för stress. Om barnet utsätts för upprepade trauman eller upprepade stress finns det en risk att hjärnans hyperaktiva och dissociativa processer blir permanenta (Schore, 2002).

Konsekvenser av traumatisering

Forskning har visat att det finns samband mellan traumatiserande erfarenheter och allvarliga symptom som påverkar social funktion hos barn och ungdomar. Traumatiserade ungdomar löper dessutom högre risk att utveckla ett antisocialt beteende (Greenwald 2002). Mer specifikt har man funnit samband mellan traumatisering och kognitiva svårigheter såsom bristande förmåga att dra slutsatser och göra generaliseringar (Cook et al, 2005), koncentrera sig, vara uppmärksam, ta initiativ, planera, styra sitt beteende, lösa konflikter och stoppa impulser (Ford, 2002) men också i form av minnesproblem (Moradi, Doost, Taghavi, Yule, & Dalgleish, 1999) och lägre verbal begåvning (Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris, & Bremner, 2006). Vanligt förekommande problem har också visat sig vara svårigheter att förhålla sig till närhet och separation i relationer (van der Kolk et al, 2009), vilket kan ta sig uttryck i osjälvständighet, anknytningssvårigheter (van der Kolk, 2005) och i förväntningar av avvisande och förlust (Briere & Spinazzola, 2005). Identitetssvårigheter, det vill säga svårigheter med att förhålla sig till sig själv och vem man är, kan ta sig uttryck i låg självkänsla (Briere & Spinazzola, 2009) och självhat (van der Kolk, 2005). Det har också visat sig vara vanligt att den unge har svårt att hantera starka känslor, sätta ord på känslor (van der Kolk et al, 2009) och uttrycka kärlek och glädje (Ford, 2002). Detta gör att den unge kan uppfattas vara känslomässigt bedövad (Cook et al, 2005) eller svänga impulsivt och kraftigt i humöret och beteendet (Briere & Spinazzola, 2009).

Andra symptom som det har visat sig vara vanligt att komplext traumatiserade barn och ungdomar har uppvisat, är ett slags desorganiserat och förvirrat beteende som kallas dissociation, extrem risktagning, primitiva försök till självtröst som i att vagga fram och tillbaka (van der Kolk et al, 2009), kroppsliga symptom som till exempel buksmärter (van der Kolk, 2005), drogmissbruk, självskadebeteende, suicidalitet, ett dysfunktionellt sexuellt beteende (Briere & Spinazzola, 2009), skolk, brottslighet (Schwarz & Perry, 1994) och symptom på ångest och depression (Briere & Spinazzola, 2005).

Just dissociativa störningar har visat sig vara vanligt förekommande hos traumatiserade barn och ungdomar (Brunner, Parzer, Schuld, & Resch, 2000; Kaplow, Hall, Koenen, Dodge, & Amaya-Jackson, 2008; Lipschitz, Winegar, Hartnick, Foote, & Southwick, 1999; Tolmunen et al, 2008; Valentino, Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2008; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001) vilket också visats i en svensk studie (Svedin, Nilsson, & Lindell, 2004). Man har även funnit samband mellan att ha utsatts för trauma som barn och att utveckla en dissociativ störning senare i livet (Draijer & Langeland, 1999; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn, Chorney, & Asnis, 1996). En markant nivå av dissociativa svårigheter har visat sig förekomma hos ungdomar som begått våldsbrott (Flannery, Singer, & Wester, 2001).

Syfte

Sambandet mellan traumatiserande erfarenheter och utveckling av antisocialt beteende kan vara starkt. Huvuddelen av de ungdomar som institutionsvårdas inom SiS har antisociala problem. Syftet med denna rapport är därför att belysa det aktuella kunskapsläget kring traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar genom en systematiskt genomförd litteraturöversikt.

Frågeställningar

Frågeställningarna som ligger till grund för rapporten är:

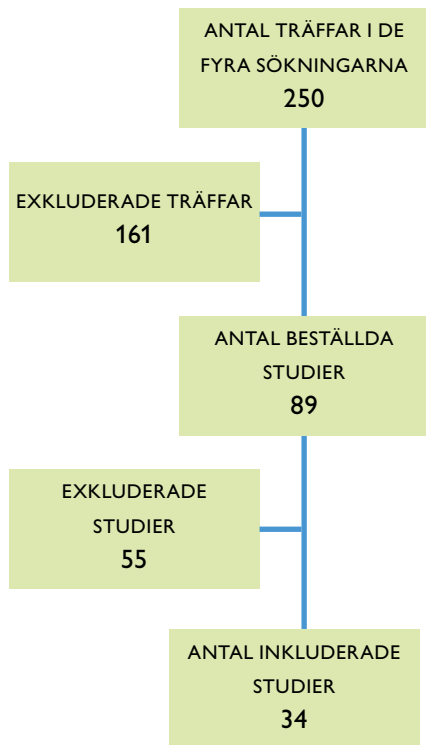
1. I vilken utsträckning visar institutionsvårdade ungdomar tecken på att vara traumatiserade?
2. Finns det standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera traumatisering, och allvarlighetsgraden i traumatiseringen för institutionsvårdade ungdomar?
3. Finns det evidensbaserade behandlingsmetoder som riktar sig mot att behandla/lindra effekter av traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar?

Metod

Litteratursökningen gjordes i databasen PsycINFO (American Psychological Association, 2011) den 28 november 2011. Litteratursökningen genomfördes utifrån på förhand bestämda avgränsningar kring studiepopulationen: ungdomar (adolescents, 13–17 år) eller unga vuxna (young adulthood, 18–29 år) som befann sig i institutionsvård (inklusive fängelse). Endast artiklar skrivna på engelska togs med. Ingen tidsbegränsning användes för när studien fick vara publicerad. Fyra parallella sökningar genomfördes (se nedan) som resulterade i totalt 250 träffar. De sökord som användes i respektive sökning var följande:

- [Emotional trauma OR PTSD] AND Juvenile delinquency (115 träffar)
- [Emotional trauma OR PTSD] AND [Residential treatment OR Residential care institutions] (67 träffar)
- [Emotional trauma OR PTSD] AND Juvenile delinquency AND [Assessment OR Measurement] (20 träffar)
- [Emotional trauma OR PTSD] AND Juvenile delinquency AND Treatment (48 träffar)

Med utgångspunkt i frågeställningarna granskades först samtliga träffar och 161 exkluderades på grund av att de var dubletter eller för att de inte handlade om populationen institutionsvårdade ungdomar, till exempel studier som enbart beskrev ett urval av gymnasie studenter (high school samples) och en studie som undersökte psykologiska konsekvenser av aidsrelaterad föräldralöshet hos barn i Kapstaden (Sydafrika). Resterande 89 träffar beställdes i fulltext. Efter genomläsning av urvalet artiklar exkluderades ytterligare 55 studier, till exempel studier av traumatiserade ungdomar i den allmänna befolkningen. Bland exkluderade studier fanns även studier som diskuterade hur utredningar av trauma bör göras utan att nämna specifika test eller metoder, studier som beskrev metoder för behandling av institutionaliserade och traumatiserade ungdomar utan att redovisa resultat av metodens effektivitet och studier som beskrev metoder för behandling av icke-institutionaliserade traumatiserade ungdomar. Osystematiska litteraturöversikter exkluderades också. I ett slutligt urval bedömdes 34 studier vara relevanta för rapportens syfte och frågeställningar. Dessa studier var antingen genomförda i institutionsmiljö, handlade om utredningsmetoder (test och strukturerade intervjuer) som var namngivna och/och eller var studier som redovisade resultat av interventioner gjorda i institutionsmiljö. En sammanställning av urvalsprocessen presenteras i ett flödesschema i figur 1.



Figur 1. Flödesschema över litteraturvalet.

De 34 studierna kvalitetsgranskades med hjälp av olika granskningsmallar. Statens beredning för medicinsk utvärderings granskningsmall för randomiserade studier (Statens beredning för medicinsk utvärdering, i.d., se bilaga A) användes för fyra studier som motsvarade RCT-studier. En RCT är en randomiserad kontrollerad studie, vilket innebär att studien har undersökt effekten av en behandling genom att ge behandlingen till en så kallad experimentgrupp av institutionsvårdade ungdomar och jämfört denna grupp med en kontrollgrupp av institutionsvårdade ungdomar som inte fått behandlingen. Vilka ungdomar som varit i experimentgruppen och i kontrollgruppen har slumpats fram. Två experimentella studier granskades utan stöd av granskningsmall eftersom de saknade kontrollgrupp. Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scales för fall-kontrollstudier (Wells et al, cirka 2004, se bilaga B) användes för tre studier. En fall-kontrollstudie innebär att en institutionsvårdad ungdomsgrupp har undersökts vad gäller vissa egenskaper (som till exempel förekomst av PTSD) och jämförts med en normalgrupp av ungdomar. En mall för stöd i granskningen av tvärsnittsstudier (så kallade deskriptiva studier) skapades (se bilaga C). En tvärsnittsstudie innebär att man undersöker förekomsten av olika faktorer (till exempel PTSD, suicidalitet) hos en institutionsvårdad ungdomsgrupp utan att jämföra resultaten med andra grupper. Resultatet blir en beskrivning av den studerade ungdomsgruppen utan att man utifrån dessa

resultat kan dra slutsatser om ungdomsgruppen har mycket eller lite av de undersökta faktorerna. En mall för stöd i bedömningen av studiens relevans för kunskapsöversiktens frågeställningar skapades (se bilaga D). En lista över exkluderade studier presenteras i bilaga E och en sammanfattning av de granskade studierna presenteras i bilaga F.

Resultat

Majoriteten av studierna (26 av 34) var från USA. Bland de övriga var 3 från Australien, 2 från Japan, 1 från England, 1 från Ryssland och 1 från Österrike. Miljön där studierna hade genomförts definierades som ungdomsfängelser (till exempel "juvenile prison" eller "incarcerated juvenile offenders" – 9 studier), ungdomshäkten (till exempel "juvenile detention center" eller "juvenile hall" – 16 studier) eller behandlingsinstitutioner (till exempel "residential facility" eller "residential treatment center" – 9 studier). I 16 studier är ungdomsgruppen könsblandad medan 11 studier är gjorda på enbart unga män och 7 studier på enbart unga kvinnor. Den etniska sammansättningen i de undersökta grupperna är i de flesta fall olika andelar av så kallade svarta ("African Americans"), vita ("Caucasian Americans") och latinos ("Hispanic Americans").

Av de 34 studierna var 8 experimentella, det vill säga de undersökte effekter av traumabehandling, och 26 studier var deskriptiva, det vill säga de beskrev olika egenskaper hos populationer av institutionsvårdade och traumatiserade ungdomar. Av de 8 experimentella studierna var 4 studier RCT, det vill säga randomiserade kontrollerade studier där en grupp slumpmässigt valda ungdomar som har fått en viss behandling har jämförts med en grupp av slumpmässigt valda ungdomar som inte fått denna behandling. Av de 4 återstående experimentella studierna fanns 3 studier där ungdomar har fått en viss behandling utan att resultatet av denna behandling har jämförts med en kontrollgrupp.

Av de 26 deskriptiva studierna har 24 studier undersökt förekomst av posttraumatiska symptom och om det finns några samband mellan erfarenheter av trauma (dåtid) och symptom på psykisk ohälsa (nutid) bland institutionsvårdade ungdomar. De återstående 2 deskriptiva studierna är så kallade fall-kontrollstudier, som har jämfört egenskaper hos institutionsvårdade ungdomar (fall) med samma egenskaper hos matchade grupper av ungdomar i befolkningen (kontroll).

I vilken utsträckning visar institutionsvårdade ungdomar tecken på att vara traumatiserade?

Flertalet studier pekar på att det är vanligt att institutionsvårdade ungdomar har traumatiska erfarenheter. I 6 studier rapporteras att mellan 70 procent och 96 procent av institutionsvårdade ungdomar uppger att de har upplevt åtminstone ett trauma (Abram et al, 2004; Beyer, 2006; Chapman & Ford, 2008; Jaycox, Ebener, Damesek, & Becker, 2004; Plattner et al, 2003; Ruchkin, Schwab-Stone, Kopolov, Vermeiren, & Steiner, 2002). Andelen som hade upplevt två eller fler trauman visade sig vara nästan lika stor, med

resultat mellan 48 procent och 84 procent (Abram et al, 2004; Chapman & Ford, 2008; Ruchkin et al, 2002). Genomsnittet av antalet upplevda trauman bland institutionsvårdade ungdomar var i tre studier mellan 4,13 och 14,6 stycken trauman per ungdom (Abram et al, 2004; Burton, 2000; Jaycox et al, 2004). En studie fann att medianen upplevda trauman i den undersökta gruppen var 8,57. Medianen är det tal i en mängd som storleksmässigt ligger så att det finns lika många tal som är större än och mindre än medianen. Den ungdom som rapporterade om flest antal upplevda trauman sade sig ha upplevt 23 traumatiska händelser (Crimmins et al, 2000). Fyra studier jämförde flickor och pojkar och kom till olika resultat vad gäller vilka som hade upplevt flest trauman. En studie fann att signifikant fler pojkar än flickor hade upplevt trauma (Abram et al, 2004), tre studier fann att fler flickor än pojkar hade upplevt trauma (Chapman & Ford, 2008; Jaycox et al, 2004; Kerig, Arnzen Moeddel, & Becker, 2011) och en fjärde fann ingen skillnad mellan könen (Crimmins et al, 2000). Flickor som utsatts för fysiska eller sexuella övergrepp löpte en större risk att utveckla PTSD än pojkar som utsatts för liknande övergrepp och institutionsvårdade flickor uppvisade även en generellt högre nivå av PTSD-relaterade besvär än institutionsvårdade pojkar. Att ha utsatts för övergrepp var en starkare prediktor hos flickor än bland pojkar när det gäller utvecklande av ett brottsligt beteende som föranlett tvångsomhändertagande, såsom gängkriminalitet (Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002).

Den mängd upplevda trauman som institutionsvårdade ungdomar har rapporterat om har visat sig vara signifikant högre än vad "normalungdomar" har rapporterat om, i jämförande studier (Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002).

Vilken typ/vilka typer av trauman kan det röra sig om?

För att ta reda på vilken typ av trauman ungdomarna har upplevt, har man till exempel låtit dem kryssa i händelser på en lista med i förväg utvalda trauman. Ibland, men inte alltid, har svarsalternativen varit utformade på ett sätt så att det har gjorts en åtskillnad på om den traumatiska händelsen har skett inom familjen, ett så kallat intrafamiljärt trauma, eller utanför familjen, ett så kallat extrafamiljärt trauma. Två studier kom fram till att intrafamiljära trauman har varit mer förekommande än extrafamiljära trauman bland institutionsvårdade ungdomar (Plattner et al, 2003; Steiner, Garcia, & Matthews, 1997).

Vad gäller trauman som man vanligtvis förknippar med att de har skett utanför familjen, såsom vapen- och gängrelaterade trauman, fann flera amerikanska studier att sådana var vanligt förekommande. En studie fann att 45 procent av de traumatiserade ungdomarna hade blivit beskjutna och 80 procent hade utsatts för vapenhot (Erwin, Newman, McMackin, Morrissey, & Kaloupek, 2000). En annan studie fann att 72 procent hade blivit beskjutna och att 57 procent hade bevittnat någon dödas (Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002). Vid sidan av att vapenvåld och gängvåld var vanliga erfarenheter hos amerikanska institutionsvårdade ungdomar (Burton, Foy, Bwanausi, Johnson, & Moore, 1994) konstaterade en studie även att vapenhot, att ha sett eller hört någon bli allvarligt skadad eller dödad och att ha varit i en situation där man tänkt att någon närstående kommer att skadas allvarligt eller dö, var vanliga upplevelser (Abram et al, 2004). Att ha bevittnat våldsbrott visade sig ha varit en traumatisk

upplevelse bland en stor majoritet av traumatiserade och institutionsvårdade flickor (Cauffman et al, 1998; Dixon, Howie, & Starling, 2004). I en rysk studie fann man att 50 procent av de traumatiserade ungdomarna hade bevittnat våldsbrott och 32 procent hade utsatts för våldsbrott (Ruchkin et al, 2002).

Förekomst av fysiska och sexuella övergrepp

Studierna ger ingen entydig bild av förekomsten av fysiska och/eller sexuella övergrepp bland institutionsvårdade ungdomar. I några studier rapporteras till exempel att fysiska övergrepp hade upplevts av mellan 25 procent och 61 procent av de tillfrågade ungdomarna (Abram et al, 2004; Beyer, 2006; Cauffman et al, 1998; Crimmins et al, 2000; Dixon et al, 2004; Erwin et al, 2000; Jaycox et al, 2004; Ruchkin et al, 2002; Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002). Förekomsten av sexuella övergrepp varierade även den stort mellan studier och mellan kön. I två studier på enbart pojkar fann den ena studien att 3 procent hade utsatts för sexuella övergrepp (Burton et al, 1994) medan den andra studien fann att 14 procent hade utsatts för sexuella övergrepp inom familjen, 24 procent hade utsatts för sexuella övergrepp utanför familjen och 41 procent hade utsatts för våldtäkt (Erwin et al, 2000). I en studie på 414 ungdomar, där åtta av tio var pojkar, hade 6 procent utsatts för sexuella övergrepp av en familjemedlem och 9 procent av en okänd person utanför familjen (Crimmins et al, 2000). I studier med en jämnare fördelning av pojkar och flickor eller med en majoritet flickor var förekomsten av sexuella övergrepp högre, mellan 16 procent och 50 procent (Beyer, 2006; Dixon et al, 2004; Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002).

I en studie rapporterade 31 procent av flickorna att de utsatts för sexuella övergrepp innan 14 års ålder, men 22 procent medgav även att de hade tvingats till sex under det senaste året (Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002). I en annan studie rapporterade 60 procent av de institutionsvårdade flickorna att de utsatts för våldtäkt eller hot om våldtäkt (Cauffman et al, 1998). Det visade sig vara en ökad risk för en ungdom att arresteras för sexuella övergrepp om den unge själv hade utsatts för sexuella övergrepp i sitt liv. Institutionsvårdade ungdomar som hade upplevt våld ute i samhället visade sig också ofta ha upplevt våld i familjen. Detta intrafamiljära trauma visade sig tidsmässigt ha skett innan den unges upplevelse av våld ute i samhället. Man fann även ett samband mellan att ha ett drogmissbruk och att ha upplevt trauman (Crimmins et al, 2000).

Det konstaterades att det fanns en skillnad mellan pojkar och flickor vad gäller vilka trauman som de vanligen har upplevt. Institutionsvårdade flickor sade sig ha varit utsatta för sexuella övergrepp oftare än institutionsvårdade pojkar, och pojkarna sade sig i sin tur oftare ha varit utsatta för vapenvåld och trauman som krävt sjukhusvård (Abram et al, 2004; Crimmins et al, 2000; Jaycox et al, 2004). Vissa studier har funnit att flickor oftare hade skadats av våld i hemmet (Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002). Två andra studier fann att flickor i högre grad hade utsatts för så kallade interpersonella trauman, det vill säga trauman som hade skett i relation till en annan person (Kerig, Ward, Vanderzee, & Moeddel, 2009; Kerig et al, 2011), och att sexuella och fysiska övergrepp hade upplevts som de mest traumatiserande händelserna bland de tillfrågade flickorna (Kerig et al, 2009). Pojkarna hade i stället upplevt att våld ute

i samhället och förlust av närstående hade varit de värsta traumatiska händelserna i deras liv.

Att ha utsatts för fysiska och sexuella övergrepp visade sig i en annan studie på flickor innebära en kraftigt förhöjd risk för att utveckla missbruk och symptom på psykisk ohälsa (Cruise, Marsee, Dandreaux, & DePrato, 2007). I en grupp av unga sexuella förövare fann man även ett samband mellan allvarlighetsgraden i deras brottsliga handling och allvarlighetsgraden i de sexuella övergrepp och den psykiska misshandel de själva hade utsatts för tidigare i livet (Burton, 2000).

Traumatisering genom att ha "bevittnat" olika händelser

Ett trauma måste inte alltid ha varit en händelse medvetet riktad mot den unge. Vad som framkom i åtta studier var att många av de institutionsvårdade ungdomarna hade traumatiserats av händelser de bevittnat. Mellan 31 procent och 65 procent av tillfrågade ungdomar svarade att de bevittnat våld i hemmet (Dixon et al, 2004; Erwin et al, 2000; Jaycox et al, 2004; Ruchkin et al, 2002) och 18,5 procent rapporterade att de bevittnat sexuella övergrepp (Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002). Många ungdomar, mellan 30 procent och 82 procent, rapporterade också att de hade upplevt traumatiserande separationer, såsom skilsmässor eller dödsfall i familjen, som hade lett till att de känt sig övergivna (Beyer, 2006; Burton et al, 1994; Crimmins et al, 2000; Jaycox et al, 2004).

Förekomst av tillståndet "posttraumatiskt stressyndrom" (PTSD) bland institutionsvårdade ungdomar

PTSD är en diagnos (ett psykiatriskt sjukdomstillstånd) som definieras i den psykiatriska diagnosmanualen DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) (American Psychiatric Association, 2000). För att någon ska diagnostiseras med PTSD behöver det konstateras att personen har utsatts för ett trauma och att han/hon därefter har utvecklat vissa så kallade posttraumatiska symptom, som till exempel flashbacks (plötsliga skrämmande minnesbilder), ilska, överklighetskänslor, aggression, sömnrörningar, ångest och ett undvikande beteende. I de 15 studier där forskarna undersökte förekomst av PTSD kom de fram till vitt skilda resultat, med en förekomst av PTSD på mellan 5,7 procent och 52 procent (Abram et al, 2004; Bickel, & Campbell, 2002; Burton et al, 1994; Cauffman et al, 1998; Dixon et al, 2004; Dixon, Howie, & Starling, 2005; Erwin et al, 2000; Evans, Ehlers, Mezey, & Clark, 2007; Jaycox et al, 2004; Kerig et al, 2009; Kerig et al, 2011; Ruchkin et al, 2002; Steiner et al, 1997; Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002; Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002). Förekomst av PTSD har visat sig vara högre hos tvångsomhändertagna flickor jämfört med hos tvångsomhändertagna pojkar (Jaycox et al, 2004; Kerig et al, 2009; Kerig et al, 2011; Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002; Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002). I en studie fann forskarna att sannolikheten för flickor att ha PTSD var så mycket som 50 procent högre (Cauffman et al, 1998). En annan studie fann dock ingen signifikant skillnad på förekomst av PTSD mellan könen (Abram et al, 2004). Tre studier som jämförde institutionsvårdade ungdomar med icke institutionsvårdade ungdomar fann att PTSD var markant vanligare bland de institutionsvårdade ungdomarna

(Dixon et al, 2004; Steiner et al, 1997; Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002).

Att ha upplevt trauma är en förutsättning för att få diagnosen PTSD. Däremot kan en person ha upplevt ett trauma utan att uppfylla symptomkriterierna för PTSD. I en studie fann forskarna till exempel att 51 procent av de institutionsvårdade ungdomar som rapporterade att de utsatts för trauma inte hade några PTSD-symptom (Jaycox et al, 2004). Sambandet mellan trauma och PTSD hos institutionsvårdade ungdomar undersöktes i fyra studier. Antalet trauman som ungdomarna hade utsatts för visade sig ha ett samband med omfattningen av symptom på PTSD. Ju fler trauman en institutionsvårdad ungdom hade upplevt, desto mer sannolikt var det att den unge hade diagnostiserats med PTSD (Burton et al, 1994) men också att den unge uppvisade beteendeproblem (Jaycox et al, 2004). Särskilt trauman som skett i relation till en annan person – till skillnad från till exempel olyckor och naturkatastrofer – visade sig ha ett samband med att vara institutionsvårdad och ha PTSD. PTSD hos institutionsvårdade ungdomar visade sig i sin tur vara en faktor som hade ett starkt samband med psykisk ohälsa, såsom depression, ångest, missbruk, ilska, somatiska (kroppsliga) besvär och självmordstankar. Detta samband mellan interpersonella trauman, PTSD och psykisk ohälsa fanns hos institutionsvårdade ungdomar av båda könen, även om sambandet var starkast för flickor (Kerig et al, 2009; Kerig et al, 2011). I en australisk studie på 100 fängslade kvinnliga ungdomsbrottslingar där 37 procent hade PTSD, fann forskarna tre olika typer av trauman som hade orsakat PTSD. Den vanligaste orsaken, som förekom hos 70 procent av flickorna med PTSD, var sexuella övergrepp. Risken att utveckla PTSD var åtta gånger högre för dem som hade utsatts för sexuella övergrepp än för dem som inte hade utsatts för sådana. Hos 22 procent av flickorna var orsaken till PTSD att de hade bevittnat ett trauma som drabbat en familjemedlem. Den tredje orsaken var att ungdomarna själva hade utsatts för andra trauman än sexuella övergrepp, trauman som hade inneburit att de hade upplevt sig frukta för sina liv. De institutionsvårdade flickorna med diagnosen PTSD visade sig ha upplevt fler trauman och de hade utfört fler självmordsförsök än de institutionsvårdade flickor som inte hade diagnosen PTSD (Dixon et al, 2005).

Institutionsvårdade ungdomar som hade upplevt trauma men som inte hade PTSD visade sig i högre grad ha avbrutit sin behandling i förtid, jämfört med de institutionsvårdade ungdomar som inte hade upplevt trauma eller de som hade PTSD (Jaycox et al, 2004). I en grupp av ungdomar institutionsvårdade för våldsbrott fann forskarna att påträngande minnen från brottet var en viktig faktor bakom symptom på PTSD (Evans et al, 2007).

Att institutionsvårdade flickor kan vara en särskilt utsatt grupp för att utveckla posttraumatiska svårigheter konstaterades i en studie som fann att fler typer av trauman hade orsakat PTSD hos flickor jämfört med hos pojkar (Wood, Foy, Layne, Pynoos, & Boyd James, 2002). Hos institutionsvårdade flickor fann forskarna samband mellan PTSD, depression, missbruk, ADHD (uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet), psykos, ätstörning och andra ångestdiagnoser (Dixon et al, 2005), men också samband med en hög grad av upplevd stress och oro, bristande kontroll över impulser och ilska och ett lågt hänsynstagande gentemot medmänniskor (Cauffman et al, 1998). Även institutionsvårdade pojkar med PTSD visade sig ha en hög förekomst av depression,

ångest och ADHD (Cashel, Ovaert, & Holliman, 2000) men också separationsångest och missbruk samt en hög förekomst av att uppleva sig vara tillbakadragen, ha sociala svårigheter och ha uppmärksamhetssvårigheter. Förekomsten av diagnosen uppförandestörning förekom inte oftare hos pojkar med PTSD jämfört med hos dem som inte hade PTSD (Ruchkin et al, 2002). En annan studie fann även den en högre nivå av ångest och depression hos institutionsvårdade pojkar med PTSD men – jämfört med de som inte hade PTSD – också en högre upplevd stressnivå, en lägre förmåga att stoppa impulser, mer dissociation (att minne, motorik, upplevelse av omvärlden och av sig själv tar sig försämrade och förvirrade uttryck), mer projektion (att överföra inre psykiska behov, känslor och attityder på personer och föremål i sin omgivning), fler konversionssymptom (att det sker en förlust av eller förändring av en kroppslig funktion utan att det finns en kroppslig sjukdom) och mer somatisering (att vara fixerad vid fysiska symptom som inte har så stor betydelse som personen vill göra gällande) (Steiner et al, 1997). PTSD, depression och somatiserande störning (att ha medicinskt oförklarliga kroppsliga besvär) hade ett samband med ADHD i en studie av australiska institutionsvårdade ungdomar (Bickel & Campbell, 2002). Vid en analys av när i tiden olika diagnoser hade utvecklats, fann studien att PTSD i 73 procent av fallen hade utvecklats innan eller samtidigt som andra psykiatriska diagnoser. Psykos och bulimi (en form av ätstörning) hade alltid utvecklats efter PTSD. Separationsångest hade oftast utvecklats innan PTSD (Dixon et al, 2005).

En japansk forskargrupp fann att trauman såsom sexuella övergrepp, separation från föräldrarna, mobbning och fysiska övergrepp hade ett samband med att skära sig själv bland institutionsvårdade ungdomar. Ungdomarna som skar sig själva hade också gjort fler självmordsförsök, hade mer självmordstankar, hade använt mer droger (Matsumoto et al, 2005) och dissocierade mer. De som skar sig på handlederna gjorde det i högre grad utifrån en tanke om att dö, medan de som skar sig på armarna men inte på handlederna i högre grad gjorde det på grund av ilska (Matsumoto et al, 2004). En ökad självmordsrisk hos traumatiserade institutionsvårdade ungdomar fann även en amerikansk studie (Chapman & Ford, 2008). Ett liknande samband fann även en annan amerikansk studie. Institutionsvårdade ungdomar med hög självmordsrisk hade en signifikant högre nivå av psykisk ohälsa än institutionsvårdade ungdomar utan hög självmordsrisk. För pojkar fann forskarna ett samband mellan suicidalitet och ett stort antal diagnoser på psykisk ohälsa, bland annat PTSD. För flickor fann de ett samband mellan suicidalitet och tre diagnoser: PTSD, panikångest och tvångssyndrom. Bland de undersökta flickorna var det PTSD som utgjorde den största riskfaktorn för suicidalitet. För pojkarna var PTSD inte en markant riskfaktor (Plattner et al, 2007). Dissociation visade sig vara mer förekommande hos traumatiserade institutionsvårdade ungdomar jämfört med de institutionsvårdade ungdomar som inte hade utsatts för trauma. Detta samband var som starkast för trauman som skett inom familjen (Plattner et al, 2003) som till exempel fysisk misshandel och fysisk neglekt, det vill säga när ett barn upplevt sig inte få tillräckligt med fysisk närhet av sina vårdnadshavare (Carrion & Steiner, 2000). Traumatiserade ungdomar visade även tecken på nedsatta kognitiva och sociala förmågor. I en grupp av institutionsvårdade ungdomar där 96 procent hade upplevt trauma hade 42 procent inlärningssvårigheter, 78 procent uppvisade svårigheter att

planera och förutsäga konsekvenser av sitt beteende, 44 procent uppvisade bristande problemlösningsförmåga när de upplevde sig hotade, 58 procent uppvisade ett risktagande beteende, 68 procent ansåg sig inte vara bra på något och 50 procent beskrev sig själva som misslyckade i att få positiva kamratrelationer. I stort sett alla uppvisade dock empati (Beyer, 2006).

Finns det standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera traumatisering hos ungdomar inom institutionsvård?

Bland studierna i litteratururvalet fann författarna till denna rapport en (1) bedömningsmetod (Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)) som var normerad för att identifiera (bland annat) traumatisering hos amerikanska institutionsvårdade ungdomar. Standardiserade bedömningsmetoder som återfanns bland studierna i urvalet till litteraturoversikten och som skulle kunna vara relevanta för att upptäcka eller bedöma traumatisering bland institutionsvårdade ungdomar är: Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES); Childhood Trauma Questionnaire (CTQ); Children's PTSD Inventory; Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS); Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA); Dissociation Questionnaire Sweden (Dis-Q-Sweden); Kiddie Sads Aktuell och Livstids Version (K-SADS-PL-S); Los Angeles Symptom Checklist (LASC); Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ); Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) och UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (PTSD-RI). Dessa presenteras i bokstavsordning efter presentation av MAYSI-2.

Massachusetts Youth Screening Instrument-2

Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) är en självskattningsskala på 52 frågor som screenar för missbruk, depression, ångest, somatiska problem, självmordstankar, ilska, tankestörningar och traumatiska erfarenheter (National Youth Screening & Assessment Project, University of Massachusetts Medical School, 2011). En självskattningsskala innebär att den unge svarar på ett frågeformulär, ofta i form av färdiga svarsalternativ som han får välja mellan. Ett screeningtest syftar till att gallra ut personer inför en mer noggrann uppföljande undersökning (Egidius, 2002). En av sju delskalor i MAYSI-2 heter "Traumatiska erfarenheter" och den syftar till att identifiera om en ungdom har utsatts för (onormalt många) trauman. Skalan undersöker erfarenheter och känslor relaterade till trauma under hela den unges liv. "Traumatiska erfarenheter" finns i separata skalor för pojkar och flickor. Författarna till denna rapport har inte funnit någon normering av MAYSI-2 på svenska institutionsvårdade ungdomar. Däremot är MAYSI-2 normerad på över 70 000 tvångsomhändertagna ungdomar i USA, 12–17 år gamla (National Youth Screening & Assessment Project, University of Massachusetts Medical School, 2011). Instrumentet har uppvisat goda psykometriska egenskaper, det vill säga dess reliabilitet (mätprecision) och dess validitet (att det mäter det fenomen det avser att mäta) är goda (Archer, Simonds-Bisbee, Spiegel, Handel, & Elkins, 2010; Kerig et

al, 2009; Kerig et al, 2011; National Youth Screening & Assessment Project, University of Massachusetts Medical School, 2011; Vincent, Grisso, Terry, & Banks, 2008, se även bilaga G). I studien av Kerig et al (2011) undersöktes huruvida MAYSI-2 är ett bra instrument för att upptäcka trauma hos tvångsomhändertagna ungdomar. Författarna drog slutsatsen att potentialen hos MAYSI-2 är hög men att instrumentet kräver revidering för att bli tillräckligt pålitligt som ett specifikt traumascreeningsinstrument. Resultaten visade nämligen att MAYSI-2 har svårt att bedöma symptom på komplex PTSD. De visade också att instrumentet i sin nuvarande utformning har svårt att tillräckligt noggrant skilja på de ungdomar som har PTSD och de som inte har PTSD. Författarna fann till exempel att MAYSI-2 stod för 60 procent av variansen av flickornas PTSD-mätvärde på PTSD-skalan PTSD-RI och för 42 procent av variansen på pojkarnas PTSD-mätvärde på PTSD-RI. Dock fann de att delskalan "Traumatiska erfarenheter" inte bidrog mer till variansen än övriga delskalor i MAYSI-2. Särskilt för flickor fann författarna att MAYSI-2 var opålitligt som ett bedömningsinstrument av komplex traumatisering. MAYSI-2 finns översatt till flera olika språk men en svensk översättning har inte hittats.

Adolescent Dissociative Experience Scale

Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES) är en självskattningsskala som syftar till att mäta förekomst av dissociativa upplevelser hos ungdomar, 11–17 år gamla. ADES har 30 frågor och finns i en svensk översättning som har normerats på svenska skolorngdomar (N = 400) samt på en svensk klinisk ungdomsgrupp (N = 20) (Nilsson, 2007). Den svenska versionen har visat på goda psykometriska egenskaper (Nilsson, 2007, se även bilaga G). Att använda sig av en metod som undersöker dissociativa upplevelser vid en traumautredning är relevant då sambandet mellan dissociation och trauma är starkt (Diseth & Christie, 2005).

Childhood Trauma Questionnaire

The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) är en självskattningsskala för ungdomar och vuxna, 15 år och äldre, och frågorna skiljer på erfarenheter av övergrepp och försummelse under uppväxten. Skalan innehåller 28 frågor indelade i de fem delskalorna "Känslomässiga övergrepp", "Fysiska övergrepp", "Sexuella övergrepp", "Känslomässig försummelse" och "Fysisk försummelse" samt en delskala som indikerar på undersvar. CTQ finns i en svensk version som normerats på vuxna svenskar (Armelius et al, 2010). Skalans psykometriska egenskaper har funnits vara goda (Armelius et al, 2010, se även bilaga G).

Children's PTSD Inventory

Children's PTSD Inventory är en strukturerad diagnostisk intervju som mäter hur många symptom på PTSD den unge har och hur sannolikt det är att den unge har diagnosen PTSD. Att intervjun är strukturerad betyder att det finns fasta frågor med färdiga svarsalternativ. Intervjuns psykometriska egenskaper har överlag visat sig vara mycket goda (Jaycox et al, 2004; Newman & Motta, 2007, se även bilaga F samt bilaga G). Tidsåtgången beräknas till cirka 20 minuter. Någon svensk översättning av intervjun har inte påträffats.

Child Report of Post-Traumatic Symptoms

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS) är en självskattningsskala med 26 frågor som täcker in ett brett spektrum av posttraumatiska symptom hos barn och ungdomar. Skalan har uppvisat goda psykometriska egenskaper i studier gjorda i flera olika länder (två amerikanska, en tysk, en bosnisk och en skotsk) (Greenwald et al, 2002, se även bilaga G). Någon svensk översättning har inte påträffats men skalan finns översatt till flera olika andra språk (tyska, spanska, bosniska, persiska, holländska, italienska och finska) (Child Trauma Institute, 2012).

Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents

Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) är en semistrukturerad intervju för bedömning av PTSD och för hur posttraumatiska symptom har påverkat den unges utveckling samt sociala och skolrelaterade förmågor. Att den är semistrukturerad innebär att det finns fasta frågor som den unge kan svara fritt på. Även om intervjun har testats psykometriskt med goda resultat (Erwin et al, 2000, se även bilaga F samt bilaga G) så har vi inte funnit uttömmande psykometrisk information om CAPS-CA. Det är dock en intervju som ofta förekommer (Cohen et al, 1998; Newman, 2002) och som är utformad utifrån vuxenversionen CAPS, som i sin tur har beskrivits som PTSD-intervjuernas "guldstandard" (Briere & Spinazzola, 2005). Tidsåtgången uppskattas till cirka 45 minuter. Någon svensk översättning har inte påträffats.

Dissociation Questionnaire Sweden

Dissociation Questionnaire Sweden (Dis-Q-Sweden) är en självskattningsskala som i likhet med Adolescent Dissociative Experience Scale syftar till att mäta dissociation. Skalan består av 63 frågor avsedda för personer från 14 år och uppåt. Dis-Q-Swe har normerats på svenska skolungdomar i högstadiet och gymnasiet (N = 400) och på en klinisk grupp av ungdomar med konstaterat trauma (N = 74). Den svenska versionen har även funnits ha goda psykometriska egenskaper. Skalan Dissociation Questionnaire har sedan den skapades 1993 spridits till många andra europeiska länder såsom Ungern, Italien, Frankrike, Holland, Schweiz och Storbritannien (Nilsson & Svedin, 2006).

Kiddie Sads Aktuell och Livstids Version

Kiddie Sads Aktuell och Livstids Version (K-SADS-PL-S) är en utredningsintervju som bedömer ett barns eller en ungdoms tidigare eller nuvarande symptom på psykisk ohälsa. Först görs en ostrukturerad inledande intervju, sedan en screeningintervju som eventuellt kan leda till en fördjupad intervju. Bedömningen görs i enlighet med DSM-IV. Intervjun finns översatt till svenska och den är utformad för barn och ungdomar, 6–18 år. Tidsåtgången kan uppgå till flera timmar om alla delar av intervjun genomförs. K-SADS-PL-S har en specifik traumaskala som undersöker den unges traumatiska erfarenheter (Wadsby, 2008). Den amerikanska versionen har visat på goda psykometriska egenskaper (Kaufman et al, 1997, se även bilaga G). Kännedom om uppgifter om metodens tillförlitlighet eller normering på svenska barn och ungdomar saknas.

Los Angeles Symptom Checklist

Los Angeles Symptom Checklist (LASC) är en självskattningsskala som bedömer PTSD och posttraumatiska symptom och den finns i en ungdomsanpassad version. LASC har 43 frågor om PTSD och relaterade symptom, varav 17 frågor utgör en särskild bedömning av diagnosen PTSD. LASC har visat goda psykometriska egenskaper (Foy, Wood, King, King, & Resnick, 1997, se även bilaga G). Någon svensk översättning har inte påträffats.

Sexual Abuse Exposure Questionnaire

Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ) är en skala som bedömer typer av sexuella övergrepp den unge utsatts för, den unges relation till förövaren och hur frekvent övergreppen har skett. Enligt Ryan, Rodriguez, Rowan och Foy har SAEQ uppvisat goda psykometriska egenskaper (citerad i Lawrence, Cozolino, & Foy, 1995, se även bilaga G). Någon svensk översättning har inte påträffats.

Trauma Symptom Checklist for Children

The Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) är en självskattningsskala som mäter posttraumatisk stress och relaterade symptom hos ungdomar 10–17 år. Skalan är utformad att mäta symptom på trauma och inte specifikt symptom på PTSD. Symptomen mäts inom fem områden: ångest, depression, ilska, posttraumatisk stress och dissociation. TSCC har dessutom två skalor som mäter översvar och undersvar (det vill säga som bedömer om den unge ger överdrivna svar eller håller undan information). TSCC finns i en svensk översättning, standardiserad på en normalgrupp av 728 svenska skolorungdomar (10–17 år) och på en klinisk grupp av 91 svenska ungdomar (10–17 år) som behandlats vid BUP-Elefanten, en specialiserad mottagning för barn och ungdomar som har varit utsatta för sexuella övergrepp och/eller fysisk misshandel (Nilsson & Svedin, 2010). TSCC har visat på goda psykometriska egenskaper både för den svenska och för den ursprungliga amerikanska versionen (Briere, 1996; Nilsson & Svedin, 2010, se även bilaga G).

UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index

UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (PTSD-RI) är en självskattningsskala som finns i en ungdomsversion och som har visat sig vara ett bra diagnostiskt instrument för bedömning av PTSD (International Society for Traumatic Stress Studies, 2011). PTSD-RI kan även administreras som en intervju. PTSD-RI har visat goda psykometriska egenskaper (Newman & Motta, 2007, se även bilaga F samt bilaga G), bland annat korrelerar den starkt med PTSD-modulen av Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (intervjun som Kiddie Sads bygger på) och med CAPS-CA (International Society for Traumatic Stress Studies, 2011, se även bilaga G). Någon svensk översättning har inte påträffats.

Finns det evidensbaserade behandlingsmetoder som riktar sig mot att behandla/lindra negativa effekter av traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar?

I en randomiserad kontrollerad studie (RCT) behandlades 19 fängslade kriminella pojkar, diagnostiserade med PTSD, med Cognitive Processing Therapy (CPT) under åtta veckor (Ahrens & Rexford, 2002, ***¹, se bilaga E). CPT utvecklades i början av 1990-talet som en metod att behandla vuxna med PTSD. I huvudsak bygger metoden på tre faser: psykoedukation, exponering och kognitiv terapi. I den här studien bestod behandlingen av åtta 60-minuters gruppssessioner som leddes av psykolog. De första två sessionerna var så kallade psykoedukativa då syftet var att undervisa ungdomarna om PTSD: om hur PTSD hänger samman med hjärnans informationsbearbetningssystem. Men syftet var också att lära ungdomarna att börja skilja på tankar och känslor. Under de följande två sessionerna (den så kallade exponerande fasen) delade ungdomarna med sig av varsin nedskrivna (eller bandinspelad) berättelse av en traumatisk upplevelse, en berättelse som också så detaljerat som möjligt innehöll ungdomens tankar och känslor i samband med och efter traumat. De fyra sista behandlingssessionerna, som utgjorde den tredje och avslutande behandlingsfasen i CPT, var en kognitiv terapiform. Terapin innebar att ungdomarna fick öva sig på att identifiera och utmana sina dysfunktionella föreställningar om sin säkerhet, andras pålitlighet, makt, självtillit och intimitet. Vid sidan av de 19 pojkar som fick denna behandling, sattes lika många pojkar med PTSD på väntelista för behandlingen och de utgjorde kontrollgrupp i studien. Forskarna mätte symptom på PTSD och depression hos de båda grupperna innan behandlingen och fyra veckor efter behandlingen. Fyra veckor efter behandlingen visade symptommetringen att kontrollgruppen (som inte fått behandlingen) hade en oförändrad nivå av symptom. Den behandlade gruppen uppvisade dock signifikant färre symptom på PTSD och depression fyra veckor efter behandlingens slut. Deltagarna i behandlingsgruppen rapporterade spontant efteråt att de upplevde sig hjälpta av behandlingen (Ahrens & Rexford, 2002).

I en RCT behandlades 14 pojkar med en kort EMDR-terapi på tre sessioner och resultatet av behandlingen jämfördes med en kontrollgrupp (N = 15) (Soberman, Greenwald, & Rule, 2002, ***, se bilaga E). EMDR, eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing, är en metod att behandla trauma som enkelt beskrivet innebär att den unge tänker på ett traumatiskt minne samtidigt som han rör på ögonen från sida till sida. Metoden har i flera kontrollerade studier på både vuxna och ungdomar visat sig vara effektiv, och EMDR har därför blivit en accepterad och ofta använd metod i traumabehandling (Soberman et al, 2002). Behandlingen genomfördes av en EMDR-utbildad psykoterapeut. Resultatet visade att behandlingsgruppen hade en markant minskad nivå av upplevd stress och de uppvisade färre posttraumatiska symptom efter

1 *** = Studien har bedömts vara av måttlig kvalitet. ** = Låg kvalitet. * = Mycket låg kvalitet.

behandlingen. En liknande minskning fanns inte hos kontrollgruppen. Den positiva förändringen av den psykiska hälsan hade fortsatt från det att terapin var slut till en uppföljningsmätning två månader efteråt. Trenden var att den behandlade gruppen hade utvecklats mer positivt än kontrollgruppen inom alla undersökta områden. Den undersökta gruppen bestod av både tvångsvårdade ungdomar i "dygnet-runt-vård" och ungdomar i öppenvårdsbehandling (Soberman et al, 2002).

I en studie på elva tvångsvårdade och traumatiserade flickor med PTSD fann man att aerobisk träning minskade symptom på PTSD, depression och ångest (Newman & Motta, 2007, **, se bilaga E). Under åtta veckor, tre gånger i veckan, deltog de elva flickorna i ett 40 minuter långt aerobiskt träningsprogram. Den aerobiska träningen innebar strukturerade aktiviteter där pulsen hölls på 60–80 procent av maxpuls under 20 minuter. Innan träningsprogrammet påbörjades genomfördes en så kallad baslinjemätning. Den innebar att man vid två tillfällen för varje deltagare mätte symptom på posttraumatisk stress, ångest och depression. Denna baslinje jämfördes med en mätning som gjordes direkt efter träningsprogrammets slut och en mätning som gjordes en månad efter programmets slut. Resultatet av studien visade att alla symptom på psykisk ohälsa blivit färre direkt efter det åtta veckor långa träningsprogrammet, och tio av de elva flickorna uppfyllde inte längre kriterierna för PTSD. Vid uppföljning en månad efteråt, visade det sig att nivåerna av symptom på depression, ångest och PTSD hade stigit något men fortfarande var signifikant lägre än före den aerobiska träningen. Man mätte också nivåer av "önskvärt" och "icke-önskvärt" beteende (det vill säga hur deltagarna skötte sig på sin behandlingsavdelning). Det oönskade beteendet (som till exempel fult språk och vissa regelbrott) sjönk kraftigt och det önskade beteendet (som att visa upp ett prosocialt beteende och hålla ordning) ökade kraftigt under träningsprogrammets gång. Fyra veckor efter att träningen upphörde ökade det icke-önskvärda beteendet igen (Newman & Motta, 2007).

En psykoedukativ gruppterapi visade sig minska symptom på depression och trauma hos 15 tvångsvårdade flickor (Pomeroy, Green, & Kiam, 2001, **, se bilaga E). Gruppterapin, som byggde på tidigare forskning om gruppterapi för vuxna fångar men som hade anpassats för denna studies målgrupp, bestod av 18 sessioner under nio veckor där varje session hade en psykoedukativ (utbildande) del och en stödjande del (Pomeroy et al, 2001). Den psykoedukativa delen i varje session innebar en presentation av och diskussion om olika ämnen som var relevanta för att flickorna skulle förstå sig själva och sina posttraumatiska reaktioner. Likaså hur de kunde göra för att öka kontrollen över sina liv och stärka sina färdigheter. Den stödjande delen i varje session utgick från kognitiv beteendeteknik och att använda sig av positiva relationer för att stödja varandra. Under dessa stödjande delar är fokus på att hantera depression och ångest och att minska stress, hantera ilska och sorg och öka självkänsla. Deltagarna fick "hemläxor", som till exempel att skriva om sina känslor och sitt beteende i en dagbok och att öva på ilskekontroll och problemlösningstekniker som de hade lärt sig under gruppssessionerna. Symptom på depression, ångest och trauma mättes hos deltagarna före och efter den nio veckor långa interventionen. Resultaten visade en signifikant sänkning av depressionsnivån från en mycket hög till en måttlig nivå och en signifi-

kant men inte lika stor sänkning av traumasymptom. Man fann ingen skillnad i ångestnivå före och efter behandlingen (Pomeroy et al, 2001).

En studie redovisade resultatet av att åtta amerikanska ungdomsinstitutioner hade implementerat the Sanctuary Model (Rivard, Bloom, McCorkle, & Abramovitz, 2005, **, se bilaga E). The Sanctuary Model är ett behandlingsprogram som syftar till att anpassa en organisation (exempelvis ett ungdomshem) så att den möter behoven hos traumatiserade och tvångsvårdade ungdomar. Enligt programmet ska hela organisationen utformas så att institutionsmiljön blir traumafokuserad och även innehålla specifika kognitivt beteendetekniska interventioner. The Sanctuary Model är med andra ord en heltäckande modell som sträcker sig från organisationens form till bemötande och interventioner för de institutionaliserade och traumatiserade ungdomarna. I studien undersöktes om implementeringen av The Sanctuary Model hade haft någon effekt på bland annat traumasymptom, självkänsla, så kallad Locus of Control ("upplevd" kontroll över det som sker i ens liv: upplevelse av sig själv som situationens herre eller som situationens offer), problemlösningsförmåga och aggressivt beteende hos de tvångsvårdade ungdomarna. Resultatet av mätningarna, som gjordes tre och sex månader efter implementeringen, jämfördes med likadana mätningar på åtta institutioner som inte hade implementerat The Sanctuary Model. Resultatet visade att ungdomarna på institutioner som implementerat The Sanctuary Model hade minskat sitt konfliktbetonade beteende och att de hade en ökad Locus of Control, det vill säga en ökad upplevelse av att kunna påverka sina liv, ett halvår efter implementeringen. Förändringarna var signifikanta men små. Man fann inga övriga signifikanta skillnader i symptomförändringar mellan de två ungdomsgrupperna (Rivard et al, 2005).

En studie, utformad som en RCT, undersökte om The Trauma Intervention Program for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART) var en effektiv behandling för tvångsvårdade ungdomar (Raider, Steele, Delillo-Storey, Jacobs, & Kuban, 2008, *, se bilaga E). SITCAP-ART är en behandlingsmetod utformad specifikt för traumatiserade ungdomsbrottslingar och den bygger på kognitiv beteendeterapeutisk gruppbehandling. Det som skiljer SITCAP-ART från vad som kan sägas vara standardmodellen av kognitiv beteendegruppterapi är att man i SITCAP-ART betonar behovet av sensoriska (icke-kognitiva) metoder, som att måla och rita. Behandlingen innefattade 10–11 sessioner under 8–10 veckor och den bestod av både individuella sessioner och grupp-sessioner. Även föräldrar kunde vara delaktiga i behandlingen. Den första sessionen innehöll psykoedukation om hur trauma påverkar hjärnan samt hur denna påverkan har ett samband med symptom på PTSD och ett destruktivt och kriminellt beteende. Den andra sessionen var en individuell session där den unge fick möjlighet att samtala om sina unika upplevelser av trauma. De följande sex sessionerna (sessioner 3–8) var grupp-sessioner där ungdomarna, framför allt med hjälp av att teckna, fokuserade på de traumarelaterade sinnesintryck de hade och som påverkade deras beteende. Genom teckningarna gavs den unge möjlighet att prata om vad han mindes och kände. Vid sidan av att teckna innefattade grupp-sessionerna även att terapeuten ställde detaljerade traumaspecifika frågor. Man jobbade också med att hjälpa den unge att förändra sitt sätt att se på sig själv; att han slutar att tänka på sig själv som ett offer och i stället ser på sig själv som en överlevare. Vad de två-tre sista sessionerna innehöll (sessioner

9–10/11) framgick inte i beskrivningen av studien. Forskarna framhöll dock att behandlingen kan avslutas med en individuell session, alternativt en session där den unge och föräldrar träffas. Ursprungligen rekryterades 23 frivilliga, tvångsvårdade ungdomar (både pojkar och flickor) att delta i studien. Av dessa slumpades 13 ungdomar till behandlingsgruppen och de kvarvarande 10 fick utgöra kontrollgrupp (väntelista). I resultatredovisningen presenterades dock andra deltagarsiffror (behandlingsgrupp N = 29, kontrollgrupp N = 9) och författarna anger olika antal bortfall (deltagare som hoppat av behandlingen) på två ställen i studien, N = 3 och N = 5. Det som verkar vara resultatredovisningen är presenterat under rubriken Bortfall (Dropouts), vilket ökar oklarheten om hur många som har fått behandlingen och vilka resultaten faktiskt är. De resultat som presenterades i studien visade att den behandlade gruppen upplevde signifikant bättre psykisk hälsa, såsom minskade symptom på ångest, depression och undvikandebeteende, efter behandlingen jämfört med kontrollgruppen (Raider et al, 2008).

I en annan studie fick tvångsvårdade pojkar med PTSD delta i en strukturerad kognitiv beteendeterapi i grupp (Ovaert, Cashel, & Sewell, 2003, *, se bilaga E). Metoden byggde på en gruppterapeutisk KBT-behandling för ungdomsbrottslingar men för denna studie utformades en specifik manual som bland annat hade inslag av Cognitive Processing Therapy. Gruppterapin leddes av psykolog och bestod av tolv sessioner under sammanlagt sex veckor. De tolv sessionerna var uppdelade i tre övergripande faser. Under de första fem sessionerna skapade alla tillit till varandra inom gruppen och gruppdeltagarna fick psykoedukation om trauma och PTSD. De följande sex sessionerna (sessionerna 6–11) utgjorde en återupplevande (en så kallad traumaexponerande) fas. Specifika tekniker som användes under sessionerna var avslappningsövningar, rollspelsövningar, modellinläring och historieberättande. Den tolfte sessionen var en avslutningssession. Ursprungligen syftade studien till att jämföra en behandlad grupp med två kontrollgrupper (som en RCT). På grund av ett lågt deltagande i denna första utformning av studien lade forskarna till sju behandlingsgrupper (N = 42), men författarna nämner även att de hade sammanlagt tio grupper (N = 60) som fick behandling. I resultatet av dessa före-eftermätningar visade författarna att symptom på trauma var signifikant lägre efter behandlingen. Däremot fann de ingen signifikant förbättring av övriga symptom (Ovaert et al, 2003). På grund av den mycket röriga metod- och resultat-redovisningen är det oklart hur studien faktiskt gått till.

En tredje studie av mycket låg kvalitet redovisade hur forskare hade genomfört kognitiv beteendeterapi för grupper av tvångsvårdade pojkar (McMackin, Leisen, Sattler, Krinsley, & Riggs, 2002, *, se bilaga E). Behandlingen hade getts i två omgångar, och även om de två behandlingsomgångarna var snarlika hade de inte exakt samma innehåll och upplägg. Varje behandlingsomgång hade getts för två grupper från två olika ungdomsinstitutioner (McMackin et al, 2002). På grund av sättet som behandlingsmetoden beskrivs i studien och på grund av att studien helt saknar en vetenskaplig metod för att mäta effekter av interventionen, är det omöjligt att dra några slutsatser. Det är oklart vilken behandling som faktiskt getts och om behandlingen har haft någon effekt. Studien bör snarast betraktas som en berättelse om hur en behandling iscensattes på två ungdomsinstitutioner.

Diskussion

En framträdande orsak till att ungdomar vårdas på institution är ett pågående antisocialt beteende. Forskning pekar på att det kan finnas ett samband mellan att ha utsatts för trauma och att utveckla ett antisocialt, destruktivt och kriminellt beteende (Greenwald, 2002; Siegfried, Ko, & Kelley, 2004; Smith & Thornberry, 1995). Det finns med andra ord en stor risk att många institutionsvårdade ungdomar som behandlas för ett antisocialt beteende också är traumatiserade. Barn och ungdomar som har utsatts för svåra och många gånger upprepade övergrepp i en bristande omvårdnadsmiljö, kan dessutom riskera att utveckla så kallad komplex traumatisering, det vill säga att symptomen uttrycks på många olika sätt. Detta kan förklaras av att den unges normala utveckling har störts vilket har visat sig få konsekvenser såsom en sänkt kognitiv förmåga, ett destruktivt socialt beteende, relationssvårigheter och en självdestruktiv livsstil. Dessa ungdomar uppvisar därför ofta en omfattande och sinsemellan varierande symptombild (van der Kolk & McFarlane, 2007).

Syftet med denna rapport var att belysa det aktuella kunskapsläget kring traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar genom en systematiskt genomförd litteraturoversikt. Författarna återfann 34 internationella (inga svenska) studier som hade undersökt förekomst av trauma bland institutionsvårdade ungdomar och/eller som hade undersökt konsekvenserna för utredning och behandling vid institutionsvård av en traumatiserad ungdomsgrupp. Institutionsvård kunde innebära till exempel vård på en institution eller i ett fängelse. Flera studier pekade på att trauma förekom i hög grad bland institutionsvårdade ungdomar, ofta i form av att de hade utsatts för eller bevittnat trauman inom familjen (Abram et al, 2004; Beyer, 2006; Chapman & Ford, 2008; Jaycox et al, 2004; Plattner et al, 2003; Ruchkin et al, 2002). Flera studier pekade också på att sexuella och fysiska övergrepp kan vara mycket vanliga erfarenheter bland dessa ungdomar (Abram et al, 2004; Beyer, 2006; Cauffman et al, 1998; Crimmins et al, 2000; Dixon et al, 2004; Erwin et al, 2000; Jaycox et al, 2004; Ruchkin et al, 2002; Wood, Foy, Goguen, Pynoos, & Boyd James, 2002). Diagnosen PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, konstaterades hos många av de undersökta ungdomarna men man fann också att många traumatiserade ungdomar inte uppvisade några symptom på PTSD (Jaycox et al, 2004), vilket väcker frågan om diagnosen PTSD är ett tillräckligt stöd vid utredning och behandling av traumatiserade institutionsvårdade ungdomar. Flera studier fann också ett samband mellan att ha utsatts för trauma och andra former av psykisk ohälsa bland institutionsvårdade ungdomar som till exempel suicidalitet, självskadebeteende, dissociation, somatisering, ADHD och depression (Bickel & Campbell, 2002; Cashel, Ovaert, & Holliman, 2000; Chapman & Ford, 2008; Dixon et al, 2005; Matsumoto et al, 2005; Plattner et al, 2007; Plattner et al, 2003; Ruchkin et al, 2002; Steiner et al, 1997).

Bland de studier som undersökte traumabehandling av institutionsvårdade ung-

domar återfanns två intressanta metoder: Cognitive Processing Therapy (CPT) och Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents – Adjudicated and at Risk Youth (SITCAP-ART), som hade kognitiva och beteendeterapeutiska inslag. Dessa metoder byggde på att behandlingen genomförs i distinkta faser, vilket också visade sig vara effektivt när det gällde att minska symptom på psykisk ohälsa (Ahrens & Rexford, 2002; Raider et al, 2008). Att traumabehandling bör genomföras i faser, med betoning på ett symptomreducerande nutidsfokus i den första fasen, är ett genomgående tema i forskning om traumabehandling för både ungdomar (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2010; Becker & Rickel, 1998) och vuxna (Herman, 1997; van der Kolk, McFarlane, & van der Hart, 2007). En annan metod som visat effekt var Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Soberman et al, 2002). En studie visade också effekt genom insatsen att låta traumatiserade tvångsvårdade ungdomar genomföra regelbunden aerobisk träning (Newman & Motta, 2007). The Sanctuary Model, som är ett behandlingsprogram som syftar till att traumaanpassa en hel organisation, visade på små men vissa positiva effekter i en studie (Rivard et al, 2005).

Inga av de undersökta studierna om behandling av traumatiserade institutionsvårdade ungdomar beskrev farmakologisk behandling (behandling med mediciner). Vad författare har konstaterat i andra studier är att många traumatiserade personer självmedicinerar med och har utvecklat ett beroende av framför allt opiat, alkohol och benzodiazepiner (lugnande). Det finns i dagsläget ingen "medicin mot traumatisering" men studier och klinisk erfarenhet stödjer att vissa traumarelaterade symptom, såsom ångest, sömnsvårigheter, depression, känslomässig bedövning, hypervaksamhet och impulsiva och aggressiva utbrott, i begränsad utsträckning kan dämpas med hjälp av medicin. Dissociativa symptom har hittills visat sig vara opåverkbara av medicinering (Davidson & van der Kolk, 2007; Putnam, 1997).

Möjligheten att generalisera resultaten till SiS institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik är begränsad. Dels finns det sannolikt många olikheter i hur institutionsvård av ungdomar sker i andra länder som det inte går att skapa sig en bild över i de vetenskapliga studier som finns publicerade. Dels finns det flera olika kvalitetsbrister bland de studier som hade undersökt olika former av traumabehandling. Resultaten pekar dock på att trauma och antisocialt beteende kan vara mycket nära kopplade till varandra. En sådan koppling skulle till exempel kunna vara att kroniska trauman i hemmiljön under uppväxten kan få som konsekvens att den unge bland annat utvecklar en låg tillit till andra människor. Problem med tillit skulle kunna innebära att den unge undviker eller avstår från att söka hjälp och i stället försöker lösa sina svårigheter på egen hand. Detta sker dock med åldersmässigt begränsade och av traumatiseringen nedsatta sociala och kognitiva funktioner, vilket i sin tur kan leda till att den unge hamnar i en antisocial miljö och utvecklar ett antisocialt beteende. Att förstå sambandet mellan komplexa trauman och antisocialt beteende kan förändra sättet som vi ser på, bemöter och behandlar ungdomar som tvångsomhändertagna.

"Om vi ser dessa barn som förövare men inte som offer själva kommer våra interventioner att bli mer bestraffande." (Beth Bowers, 1990, sidan 399)

För barn och ungdomar som är komplext traumatiserade finns i nuläget ingen passande och formellt erkänd diagnos. En stor forskargrupp i USA, ledd av van der Kolk och Pynoos, har därför föreslagit diagnosen Developmental Trauma Disorder (DTD) till den kommande diagnosmanualen DSM-V. Diagnosen DTD beskriver de symptom som är vanliga hos de barn och ungdomar som har utsatts för eller bevittnat upprepade trauman i nära relationer och där uppväxtmiljön har präglats av bristande omvårdnad (van der Kolk et al, 2009). Diagnosmanualen DSM-V, som ska ersätta DSM-IV, är tänkt att publiceras i maj 2013. Revideringsförslag tyder på att man i DSM-V kommer att ta större hänsyn till komplex traumatisering som fenomen, men det är i nuläget oklart om detta innebär nya traumadiagnoser, som DTD, eller en reviderad och bredare PTSD-diagnos (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2011). En tydligare och mer vedertagen definition av tillståndet komplex traumatisering skulle kunna få stor betydelse för SiS omhändertagande av ungdomar med antisocial problematik. Det skulle kunna ge en bättre bild av hur stort problemet är bland tvångsomhändertagna ungdomar. I några studier lyfts riskerna upp för organisationer som till exempel ägnar sig åt ungdomsbehandling och att dessa kan påverkas negativt av arbete med oupp-täckt traumatiserade ungdomar. Det finns till exempel risk att behandlingsmetoderna blir ineffektiva men även risk att sjukskrivningsgraden blir hög i personalgruppen eftersom behandlingen i högre utsträckning riskerar att utvecklas till en kamp om kontroll med dessa ungdomar (Bloom, 2005; Farragher & Yanosy, 2005).

En annan konsekvens av att institutionsvårda komplext traumatiserade ungdomar utan att vara medveten om att de är traumatiserade, kan vara att institutionsvården återtraumatiserar den unge. Att fräntas stora delar av kontrollen över sitt liv, som en följd av ett tvångsomhändertagande, innebär en risk att den unges rädsla och överdrivna vaksamhet drar i gång på högvarv och förstärker hans uppfattning av omvärlden som hotfull. Överträdelse av den unges psykiska och fysiska privata gränser, som till exempel genom att pressa den unge att prata om sitt inre liv eller att brotta ner och avskilja den unge, kan få liknande återtraumatiserande konsekvenser eftersom ett sådant bemötande – utifrån den unges perspektiv – kan påminna om tidigare traumatiska upplevelser. Återtraumatiserande upplevelser kan utlösa ett aggressivt, försvarsinriktat, självdestruktivt och/eller dissociativt beteende hos den unge (Crenshaw & Mordock, 2004).

”Komplex traumatisering leder till dissociation” skriver Gerge (2010). Det starka sambandet mellan trauma och dissociation (Nurcombe, Scott, & Jessop, 2008; Putnam, 1997; Schäfer, Ross, & Read, 2008; van der Hart et al, 2006; Vermetten, Lanius, & Bremner, 2008) kan innebära att institutionsvårdade traumatiserade ungdomar är präglade av dissociativa svårigheter, vilket kan ta sig uttryck i kraftfulla och plötsliga beteendeförändringar framför allt i situationer då den unge utsätts för återtraumatiserande upplevelser. Utagerande med våld och självskadande beteende bland institutionsvårdade ungdomar kan därför vara ett uttryck för dissociation.

Det kan med andra ord finnas stora risker för sämre behandlingsutfall om man inte traumaaanpassar behandlingen vid institutionsvård av traumatiserade ungdomar. Dock saknas det dokumenterade och utvärderade vårdprogram för traumabehandling på ungdomsinstitution. Ett vårdprogram för traumabehandling av ungdomar kan ut-

formas i linje med den betoning på de tre behandlingsfaser som har visat sig vara ett tema inom forskning om traumabehandling. Dessa tre faser är att a) "skapa trygghet i nutiden", b) "konfrontera den traumatiska dåtiden" och c) "utveckla färdigheter för framtiden" (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2010; Becker & Rickel, 1998; Herman, 1997; van der Kolk, McFarlane, & van der Hart, 2007).

Att skapa trygghet i nutiden innebär att i vårdsammanhang sträva efter att skapa en miljö och ett bemötande som minskar den unges stressnivå och som minimerar den unges posttraumatiska symptom. Exempel på detta kan vara att skapa rutiner för hur personal bemöter den unge när han har svårt att gå till sängs på grund av rädsla för mardrömmar. Ett annat exempel är hur personal bemöter den unge när han börjar "varva upp" så att det inte uppstår en våldsam konflikt. Att sträva efter att skapa trygga, bärande relationer till den unge, relationer som bygger på att validera den unges känslor (det vill säga att efterfråga känslan och bekräfta att känslan är rimlig och acceptabel) kan bidra till att göra den unge delaktig i sin behandling. De följande två faserna i en traumabehandling innebär först att konfrontera den traumatiska dåtiden. Exempel på hur ett sådant behandlingsarbete kan ske är genom psykoterapi. Därefter – och till sist – behöver den unge stöd och hjälp med att utveckla de färdigheter han eller hon behöver för att kunna ta sig an de sociala och praktiska svårigheter som kan uppstå i ett självständigt liv, utan att ta till "gamla beprövade" destruktiva beteenden. (Becker & Rickel, 1998; Doyle & Bauer, 1989; Hawke, Albert, & Ford, 2008; Herman, 1997; Levin, 2009). Svenska vårdprogram för behandling av traumatiserade patienter (som till exempel vid vård av torterade flyktingar eller människor som söker sig till psykiatrins öppenvård oavsett ålder) utgår ifrån liknande tre faser av stabilisering i nutiden, exponering för dåtiden och färdigheter för framtiden. Med detta fasperspektiv som en röd tråd i all traumabehandling rekommenderar vårdprogrammen att man använder sig av olika specifika behandlingar beroende på patientens individuella behov och förutsättningar. För patienter med PTSD har traumafokuserad KBT (TF-KBT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) visat sig vara effektiva behandlingar men man kan även tänka sig andra former av individualterapi, såväl som gruppterapi och familjeterapi (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2010; Nilsson, Jarkman Björn, & Linders, 2007; Ramos-Ruggiero, 1997). Ett liknande övergripande vårdprogram presenteras av The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), vilket är en statligt finansierad amerikansk organisation som har som mål att öka kunskapen om och förbättra vården för traumatiserade barn och ungdomar. Förutom fasperspektivet anför NCTSN att traumafokuserad KBT har visat sig vara en effektiv behandling för ungdomar inom det amerikanska ungdomsbrottsystemet (Juvenile Justice System) men att det än så länge saknas studier på om Cognitive Processing Therapy (CPT) och EMDR är effektivt för denna ungdomsgrupp (Mahoney, Ford, Ko, & Siegfried, 2004). Ett vårdprogram eller en strukturerad insats för behandling av traumatiserade ungdomar som institutionsvårdas på grund av antisocialt beteende skulle kunna vara värdefullt, då det finns anledning att tro att traumatiserade ungdomar som tvångsomhändertas och placeras inom SiS skiljer sig från traumatiserade ungdomar som klarar en öppenvårdsbehandling. Som beskrivet ovan kan man tänka sig att en sådan behandlingsstruktur ska innehålla metoder, rutiner och ett förhållningssätt inom

ramen för en vård som syftar till att skapa trygghet i den unges liv. Att den unge får uppleva att världen omkring honom kan vara god, säker och trygg vore ett avgörande första steg i en fortsatt positiv utveckling och ett första steg i en vidare traumabehandling. Ett vårdprogram eller en strukturerad insats för behandling av traumatiserade ungdomar inom SiS institutionsvård skulle till exempel kunna omfatta den första, "nutidsfasen", av de tre traditionella traumabehandlingsfaserna.

Rapportens resultat har visat sig vara relevant för SiS verksamhet eftersom det finns ett möjligt samband mellan trauma och antisocialt beteende. Traumatisering kan ha långtgående och vidmakthållande konsekvenser för en ungdoms utveckling, beteende och psykiska hälsa. Kunskap om hur trauma påverkar ungdomar kan få följder för flera aspekter av institutionsvård av dem. Till exempel kan utredningar påverkas, bland annat vad gäller diagnostik, hur vi förstår och förklarar den unges beteende men också vilken vikt vi lägger vid och hur vi tolkar testresultat. Institutionsmiljön kan påverkas i det att vårt arbete med komplext traumatiserade ungdomar, som i många fall vårdas på samma avdelning, kan påfresta organisationens sammanhållning och arbetsmiljö. Om denna påfrestning på organisationen inte medvetandegörs och förebyggs kan det till exempel leda till en hög sjukskrivningsgrad men även ett överdrivet kontrollbehov, maktkamper och bristande delaktighet. Hur behandlingen utformas och vad behandlingen bör innehålla kan utvecklas med hjälp av bättre kunskap om hur trauma påverkar ungdomar. Mer kunskap skulle även kunna omsättas i att utveckla vårdprogram eller andra strukturerade insatser som innehåller specifika terapeutiska behandlingsmetoder och ett mer traumaanpassat bemötande. Syftet bör vara att minska den unges traumasymptom och att stärka den unges fungerande i det dagliga livet. Att ta hänsyn till traumatiseringens konsekvenser för den unge och anpassa utredning, behandling och bemötande i enlighet med dessa konsekvenser kan även påverka utfallet av de insatser som ges inom SiS institutionsvård. Det skulle också kunna bidra till att förtydliga och stärka vårdkedjearbetet samt förenkla samarbetet mellan institutionsvård, socialtjänst och andra organisationer som är involverade i att hjälpa och stödja den komplext traumatiserade ungdomens utveckling till ett välfungerande och prosocialt liv.

Styrkor och svagheter

Rapportens styrka är att innehållet bygger på en systematiskt genomförd litteraturoversikt som avgränsades specifikt till grupper av institutionsvårdade ungdomar och utgår från frågor som är relevanta för SiS verksamhet och målgrupp. Två svagheter är att litteratursökningen bara har gjorts i en databas utifrån ett begränsat antal sökord och att rapporten saknar en extern och oberoende bedömning av kvaliteten på studieurvalet.

Framtida behov och framtida forskning

Det finns ett stort behov av mer forskning om förekomst och konsekvenser av komplex traumatisering inom institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik. Befintlig kunskap bygger i huvudsak på forskning gjord i amerikanska ungdomsfäng-

elser. Vi har inte funnit någon svensk forskning om institutionsvård och trauma. Det är troligt att många av de ungdomar som vårdas på SiS institutioner bär på svåra upplevelser av trauma. En kartläggande studie om förekomst av traumatiserade ungdomar inom SiS institutionsvård är angelägen som ett steg mot att eventuellt utforma ett vårdprogram eller andra strukturerade insatser för omhändertagande av ungdomar med trauman inom SiS. Det vore också värdefullt att validera och normera metoder för utredning av trauman hos institutionsvårdade ungdomar med antisocial problematik – något som skulle kunna vara till stöd i såväl utredningssammanhang som i behandlingssammanhang.

Referenser

Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 403–410.

Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 201–216.

Allmän SiS-rapport (2010:8). Ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem under 2009. *En sammanställning av ADAD inskrivningsintervjuer*. Statens institutionsstyrelse.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2011). *Proposed Revisions for Trauma- and Stressor-Related Disorders*. Hämtad från <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/TraumaandStressorRelatedDisorders.aspx>

American Psychiatric Association (2000). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

American Psychological Association. (2011). *PsycINFO*. Hämtad från <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.

Archer, R.P., Simonds-Bisbee, E.C., Spiegel, D.R., Handel, R.W., & Elkins, D.E. (2010). Validity of the Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) scales in juvenile justice settings. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 337–348. Sammanfattning hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20552508>

Armelius, B.-Å., Bihlar, B., Falkhe, C., Fridell, M., Hillarp Katz, L., & Reitan, T. (2010). *Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård*. Statens institutionsstyrelse.

Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Stockholms läns landsting.

Becker, E., & Rickel, A.U. (1998). Incarcerated juvenile offenders: Integrating trauma-oriented treatment with state-of-the-art delinquency interventions. I: T.P. Gullotta, P. Thomas, G.R. Adams, & R. Montemayor. (Red:er). *Delinquent violent youth: Theory and interventions. Advances in adolescent development: An annual book series* (sidan 230–255). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.

Beth Bowers, L. (1990). Traumas precipitating female delinquency: Implications for assessment, practice and policy. *Child and Adolescent Social Work, 7*(5), 389–402.

Beyer, M. (2006). Fifty delinquents in juvenile and adult court. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2), 206–214.

Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: The use of the Adolescent Psychopathology Scale in a Tasmanian context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(5), 603–609.

Bloom, S.L. (2005). The Sanctuary Model of organizational change for children's residential treatment. *Therapeutic Communities, 26*(1), 61–78.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children. Professional manual*. Lutz, FL, PAR. USA.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401–412.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. I: C.A. Courtois, & J.D. Ford. (Red:er). *Treating complex traumatic stress disorders* (sidan 104–123). New York, NY, USA: Guilford Press.

Brown, T.L., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (1999). Trauma exposure, protective factors and mental health functioning of substance-abusing and dependent juvenile offenders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7*(2), 94–102.

Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(2), 71–77.

Burton, D.L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behaviour problems? *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 12*(1), 37–48.

Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., & Moore, L. (1994). The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *Journal of Traumatic Stress, 7*(1), 83–93.

Burton, D.L., Leibowitz, G.S., Eldredge, M., Ryan, G., & Compton, D. (2011). The relationship of trauma to nonsexual crimes committed by adolescent sexual abusers: A new area of research. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*, 579–593.

Carrion, V.G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(3), 353–359.

Cashel, M.L., Ovaert, L., & Holliman, N.G. (2000). Evaluating PTSD in incarcerated male juveniles with the MMPI–A: An exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1535–1549.

Cauffman, E., Feldman, S.S., Waterman, J., & Steiner, H. (1998). Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(11), 1209–1216.

Chapman, J.F., & Ford, J.D. (2008). Relationships between suicide risk, traumatic experiences, and substance use among juvenile detainees. *Archives of Suicide Research, 12*(1), 50–61.

Child Trauma Institute. (2012). *Child/Adolescent PTS Symptoms: Child Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS)*. Hämtad från <http://www.childtrauma.com/mezpost.html#crops>

Cohen, J.D., Bernet W., Dunne, J.E., Adair, M., Arnold, V., Benson, S., ... Rue, D. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder [Supplement]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(10), 4–26.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B.A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390–398.

Crenshaw, D.A., & Mordock, J.B. (2004). An ego-strengthening approach with multiply traumatized children: Special reference to the sexually abused. *Residential Treatment for Children & Youth, 21*(3), 1–18.

Crimmins, S.M., Cleary, S.D., Brownstein, H.H., Spunt, B.J., & Warley, R.M. (2000). Trauma, drugs and violence among juvenile offenders. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*(1), 43–54.

Cruise, K.R., Marsee, M.A., Dandreux, D.M., & DePrato, D.K. (2007). Mental health screening of female juvenile offenders: Replication of a subtyping strategy. *Journal of Child and Family Studies, 16*(5), 615–625.

- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Davidson, J.R.T., & van der Kolk, B.A. (2007). The psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth. (Red:er). *Traumatic stress* (sidan 510–524). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Diseth, T.H., & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents: An overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 278–292.
- Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1150–1158.
- Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(8), 798–806.
- Doyle, J.S., & Bauer, S.K. (1989). Post-traumatic stress disorder in children: Its identification and treatment in a residential setting for emotionally disturbed youth. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 275–288.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379–385.
- Egidius, H. (2002). *Termlexikon i psykologi, pedagogik och psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Erwin, B.A., Newman, E., McMackin, R.A., Morrissey, C., & Kaloupek, D.G. (2000). PTSD, malevolent environment, and criminality among criminally involved male adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 196–215.
- Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., & Clark, D.M. (2007). Intrusive memories and ruminations related to violent crime among young offenders: Phenomenological characteristics. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 183–196.
- Farragher, B., & Yanosy, S. (2005). Creating a trauma-sensitive culture in residential treatment. *Therapeutic Communities*, 26(1), 93–109.
- Flannery, D.J., Singer, M.I., & Wester, K. (2001). Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 435–442.

Ford, J.D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 25–58.

Foy, D.W., Wood, J.L., King, D.W., King, L.A., & Resnick, H.S. (1997). Los Angeles Symptom Checklist: Psychometric evidence with an adolescent sample. *Assessment*, 4(4), 377–384. Sammanfattning hämtad från <http://asm.sagepub.com/content/4/4/377.abstract>

Friedman, A & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. (The adolescent drug abuse diagnoses (ADAD) instrument), *J Drug Education*, 19, 4, 285–312.

Gerge, A. (2010). *Trauma: Om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Ludvika: Dualis.

Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5–23.

Greenwald, R., Rubin, A., Jurkovic, G.J., Wiedemann, J., Russell, A.M., O'Connor, M.B., ... Weishaar, D. (2002). *Psychometrics of the CROPS & PROPS in multiple cultures/translations*. Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore. Hämtad från Child Trauma Institutes webbplats <http://www.childtrauma.com/postrops.html>

Hawke, J.M., Albert, D., & Ford, J.D. (2008). Trauma and post-traumatic stress disorder in adolescent substance use disorders. I: Y. Kaminer, & O.G. Bukstein. (Red:er). *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors* (sidan 291–321). New York, NY, USA: Routledge.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York, NY, USA: Basic books.

International Society for Traumatic Stress Studies. (2011). *University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA-PTSD RI)*. Sammanfattning hämtad från <http://www.istss.org/UCLAPosttraumaticStressDisorderReactionIndex.htm>

Jaycox, L.H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004). Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 113–121.

Kaplow, J.B., Hall, E., Koenen, K.C., Dodge, K.A., & Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 32, 261–275.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997).

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. Sammanfattning hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9204677>

Kent, C. (2004). Enlightened witnesses: Providing trauma-reducing interventions to juvenile sexual offenders within a maximum security prison. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(4), 325–342.

Kerig, P.K., Arnzen Moeddel, M., & Becker, S.P. (2011). Assessing the sensitivity and specificity of the MAYSI-2 for detecting trauma among youth in juvenile detention. *Child Youth Care Forum*, 40, 345–362.

Kerig, P.K., Ward, R.M., Vanderzee, K.L., & Moeddel, M.A. (2009). Posttraumatic stress as a mediator of the relationship between trauma and mental health problems among juvenile delinquents. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(9), 1214–1225.

Lawrence, K.J., Cozolino, L., & Foy, D.W. (1995). Psychological sequelae in adult females reporting childhood ritualistic abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 975–984.

Levin, E.C. (2009). The challenges of treating developmental trauma disorder in a residential agency for youth. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(3), 519–538.

Lipschitz, D.S., Kaplan, M.L., Sorkenn, J., Chorney, P., & Asnis, G.M. (1996). Childhood abuse, adult assault, and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 261–266.

Lipschitz, D.S., Winegar, R.K., Hartnick, E., Foote, B., & Southwick, S.M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 385–392.

Lyons, J.A. (1987). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review of the literature. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8(6), 349–356.

Mahoney, K., Ford, J.D., Ko, S.J., & Siegfried, C.B. (2004). *Trauma-focused interventions for youth in the juvenile justice system*. Hämtad från National Child Traumatic Stress Networks webbplats http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/trauma_focused_interventions_youth_jjsys.pdf

Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2004). Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(4), 377–382.

- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; A preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 62–69.
- McMackin, R.A., Leisen, M.B., Sattler, L., Krinsley, K., & Riggs, D.S. (2002). Preliminary development of trauma-focused treatment groups for incarcerated juvenile offenders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 175–199.
- Moradi, A.R., Doost, H.T.N., Taghavi, M.R., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD: Performance on the Rivermead Behavioural Memory Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 357–361.
- National Youth Screening & Assessment Project, University of Massachusetts Medical School (2011). *MAYSI-2 reference list*. Hämtad från <http://www.maysiware.com/Revised%20MAYSI%20References%20Website%20May%202011.pdf>
- Newman, E. (2002). Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 59–77.
- Newman, C.L., & Motta, R.W. (2007). The effects of aerobic exercise on childhood PTSD, anxiety, and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(2), 133–158.
- Nilsson, D. (2007). Trauma, posttraumatic stress and dissociation among Swedish adolescents. Evaluation of questionnaires. *Linköping University Medical Dissertations*, 979. Linköping: LiU-tryck.
- Nilsson, D., Jarkman Björn, G., & Linders, A. (2007). *Vårdprogram för barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom och/eller dissociativa tillstånd*. Barn- och ungdomspsykiatri Östergötland, Dnr NSC-2007-00387. Hämtad från <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/vardprogrambarn.pdf>
- Nilsson, D., & Svedin, C.-G. (2006). Evaluation of the Swedish version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, among adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(3), 65–89.
- Nilsson, D., & Svedin, C.-G. (2010). *Trauma Symptom Checklist for Children. Manual supplement*. Linköping: Hogrefe Psykologiförlaget.
- Nurcombe, B., Scott, J.G., & Jessop, M.E. (2008). Trauma-based dissociative hallucinosis: Diagnosis and treatment. I: A. Moskowitz, I. Schäfer, & M.J. Dorahy. (Red:er). *Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology* (sidan 271–280). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Ovaert, L.B., Cashel, M.L., & Sewell, K.W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorder in incarcerated male juveniles. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 294–301.

Perry, B.D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.

Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271–291.

Plattner, B., Silvermann, M.A., Redlich, A.D., Carrion, V.G., Feucht, M., Friedrich, M.H., & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(12), 781–788.

Plattner, B., The, S.S.L., Kraemer, H.C., Williams, R.P., Bauer, S.M., Kindler, J., ... Steiner, H. (2007). Suicidality, psychopathology, and gender in incarcerated adolescents in Austria. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1593–1600.

Pomeroy, E.C., Green, D.L., & Kiam, R. (2001). Female juvenile offenders incarcerated as adults: A psychoeducational group intervention. *Journal of Social Work*, 1(1), 101–115.

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York, NY, USA: Guilford Press.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., & Goenjian, A. (2007). Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth. (Red:er). *Traumatic stress* (sidan 331–358). New York, NY, USA: Guilford Press.

Raider, M.C., Steele, W., Delillo-Storey, M., Jacobs, J., & Kuban, C. (2008). Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 167–185.

Ramos-Ruggiero, L. (1997). Diagnostik, prevention, behandling och rehabilitering. I: C. Malmström, L. Ramos-Ruggiero, & H.P. Søndergaard. (Red:er). *Med livet i behåll* (sidan 11–18). Centrum för tortyr- och traumaskadade.

Rivard, J.C., Bloom, S.L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005). Preliminary results of a study examining the implementation and effects of a trauma recovery framework for youths in residential treatment. *Therapeutic Communities*, 26(1), 79–92.

Ruchkin, V.V., Schwab-Stone, M., Kopolov, R., Vermeiren, R., & Steiner, H. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress, and personality in juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 322–329.

Råd och riktlinjer/Juridik LVU (2002:1). Statens institutionsstyrelse.

Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Halamandaris, P.V., & Bremner, J.D. (2006). The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 332–340.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30.

Schwarz, E.D., & Perry, B.D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 311–327.

Schäfer, I., Ross, C.A., & Read, J. (2008). Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. I: A. Moskowitz, I. Schäfer, & M.J. Dorahy. (Red:er). *Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology* (sidan 137–150). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Siegfried, C.B., Ko, S.J., & Kelley, A. (2004). *Victimization and juvenile offending*. Hämtad från National Child Traumatic Stress Networks webbplats http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/victimization_juvenile_offending.pdf

Smith, C., & Thornberry, T.P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 33(4), 451–481.

Soberman, G.B., Greenwald, R., & Rule, D.L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 217–236.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (i.d.). *Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning*. Hämtad från http://www.sbu.se/upload/Dokument/granskningsmallar/SBU_granskningsmall_RCT.pdf

Steiner, H., Garcia, I.G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 357–365.

Svedin, C.G., Nilsson, D., & Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 349–355.

Söderholm Carpelan, K., Hermodsson, A., & Öberg, D. (1997). *Manual. ADAD-intervju*. Statens institutionsstyrelse.

Tolmunen, T., Rissanen, M-L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 768–771.

Wadsby, M. (2008). *Formulär och instrument som används inom den barn- och ungdomspsykiatriska forskningen vid Lunds universitet och Hälsouniversitetet i Linköping*. Hämtad från Hälsouniversitetet i Linköpings webbplats http://www.hu.liu.se/ike/forskning/bup/bilder/1.63158/Uppdateringinstrumentlista_VT09.pdf

Valentino, K., Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2008). True and false recall and dissociation among maltreated children: The role of self-schema. *Development and Psychopathology*, 20, 213–232.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY, USA: W.W. Norton & Company.

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

Van der Kolk, B.A., & McFarlane, A.C. (2007). The black hole of trauma. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth. (Red:er). *Traumatic stress* (sidan 3–23). New York, NY, USA: Guilford Press.

Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & van der Hart, O. (2007). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth. (Red:er). *Traumatic stress* (sidan 417–440). New York, NY, USA: Guilford Press.

Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D’Andrea, W., Ford, J.D., ... Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Hämtad från http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_OCT_09.pdf

Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L., & van der Hart, O. (2007). History of trauma in psychiatry. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth. (Red:er). *Traumatic stress* (sidan 47–74). New York, NY, USA: Guilford Press.

Verksamhetsplan 2011. (2011). Statens institutionsstyrelse.

Vermetten, E., Lanius, R., & Bremner, J.D. (2008). Contributions of traumatic stress studies to the neurobiology of dissociation and dissociative disorders: Implications for schizophrenia. I: A. Moskowitz, I. Schäfer, & M.J. Dorahy. (Red:er). *Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology* (sidan 221–238). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Wells, G.A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P [cirka 2004]. *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Hämtad från Ottawa Hospital Research Institutes webbplats http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

West, M., Adam, K., Spreng, S., & Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 627–631.

Vincent, G.M., Grisso, T., Terry, A., & Banks, S. (2008). Sex and race differences in mental health symptoms in juvenile justice: The MAYSI-2 national meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 282–290.

Wood, J., Foy, D.W., Goguen, C.A., Pynoos, R., & Boyd James, C. (2002). Violence exposure and PTSD among delinquent girls. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 109–126.

Wood, J., Foy, D.W., Layne, C., Pynoos, R., & Boyd James, C.B. (2002). An examination of the relationships between violence exposure, posttraumatic stress symptomatology, and delinquent activity: An "ecopathological" model of delinquent behavior among incarcerated adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 127–147.

Bilaga E: Exkluderade studier

Abramovitz, R., & Bloom, S.L. (2003). Creating sanctuary in residential treatment for youth: From the "well-ordered asylum" to a "living-learning environment." *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 119–135.

Amaro, H., Chernoff, M., Brown, V., Arévalo, S., & Gatz, M. (2007). Does integrated trauma-informed substance abuse treatment increase treatment retention? *Journal of Community Psychology*, 35(7), 845–862.

Baer, J., & Maschi, T. (2003). Random acts of delinquency: Trauma and self-destructiveness in juvenile offenders. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 20(2), 85–98.

Bebout, R.R. (2001). Trauma-informed approaches to housing. I: M. Harris, & R.D. Fal-lot. (Red:er.), *Using trauma theory to design service systems. New directions for mental health services* (sid. 47–55). San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.

Becker, E., & Rickel, A.U. (1998). Incarcerated juvenile offenders: Integrating trauma-oriented treatment with state-of-the-art delinquency interventions. I: T.P. Gullotta, G.R. Adams, & R. Montemayor. (Red:er.), *Delinquent violent youth: Theory and interventions. Advances in adolescent development: An annual book series* (sid. 230–255). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.

Bloom, S.L. (2005). Creating sanctuary for kids: Helping children to heal from violence. *Therapeutic Communities*, 26(1), 54–60.

Bloom, S.L. (2005). The Sanctuary Model of organizational change for children's residential treatment. *Therapeutic Communities*, 26(1), 61–78.

Bowers, L.B. (1990). Traumas precipitating female delinquency: Implications for assessment, practice and policy. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 7(5), 389–402.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. I: C.A. Courtois, & J.D. Ford. (Red:er.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (sid. 104–123). New York, NY, USA: Guilford Press.

Brown, T.L., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (1999). Trauma exposure, protective factors and mental health functioning of substance-abusing and dependent juvenile offenders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(2), 94–102.

Busuttil, W. (2000). The development of a 90-day residential program for the treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 12(1-2), 29-55.

Cecero, J.J., Nelson, J.D., & Gillie, J.M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 344-357.

Chamberlain, P., & Moore, K.J. (2002). Chaos and trauma in the lives of adolescent females with antisocial behavior and delinquency. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 79-108.

Chemtob, C.M., & Carlson, J.G. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 209-226.

Chester, T.M. (1997). Toward a sociological model for residential treatment. *Journal of Psychiatry & Law*, 25(3), 377-393.

Cimmarusti, R.A., & Gamero, S.L. (2009). Compassionate accountability in residential care: A trauma informed model. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(3), 181-193.

Cohen, J.A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Special Issue: Practice parameters*, 37(10, Suppl), 4S-26S.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M.,...van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.

Crenshaw, D.A., & Mordock, J.B. (2004). An ego-strengthening approach with multiply traumatized children: Special reference to the sexually abused. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(3), 1-18.

Crouch, J.L., Smith, D.W., Ezzell, C.E., & Saunders, B.E. (1999). Measuring reactions to sexual trauma among children: Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment*, 4(3), 255-263.

Danielson, C.K., Macdonald, A., Amstadter, A.B., Hanson, R., de Arellano, M.A., Saunders, B.E., & Kilpatrick, D.G. (2010). Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment*, 15(1), 101-107.

Davis, L., & Siegel, L.J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 135-154.

Diseth, T.H., & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278–292.

Doyle, J.S., & Bauer, S.K. (1989). Post-traumatic stress disorder in children: Its identification and treatment in a residential setting for emotionally disturbed youth. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 275–288.

Farragher, B., & Yanosy, S. (2005). Creating a trauma-sensitive culture in residential treatment. *Therapeutic Communities*, 26(1), 93–109.

Feldstein, S.W., & Ginsburg, J.I.D. (2006). Motivational Interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention. Special Issue: Evidence-based brief treatment and crisis intervention with co-occurring disorders*, 6(3), 218–233.

Fricker, A.E., & Smith, D.W. (2001). Trauma specific versus generic measurement of distress and the validity of self-reported symptoms in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 10(4), 51–66.

Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5–23.

Harvey, M.R., Liang, B., Harney, P.A., Koenen, K., Tummala-Narra, P., & Lebowitz, L. (2003). A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency: Initial psychometric findings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(2), 87–109.

Hawke, J.M., Albert, D., & Ford, J.D. (2008). Trauma and post-traumatic stress disorder in adolescent substance use disorders. I: Y. Kaminer, & O.G. Bukstein. (Red:er.), *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors* (sid. 291–321). New York, NY, USA: Routledge/Taylor & Francis Group.

Henslee, A.M., & Coffey, S.F. (2010). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder in a residential substance use treatment facility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 34–40.

Hooper, S.R., Murphy, J., Devaney, A., & Hultman, T. (2000). Ecological outcomes of adolescents in a psychoeducational residential treatment facility. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 491–500.

Horne, A. (2004). 'Gonnae no' dae that!' the internal and external worlds of the delinquent adolescent. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(3), 330–346.

Kent, C. (2004). Enlightened witnesses: Providing trauma-reducing interventions to juvenile sexual offenders within a maximum security prison. *Sexual Addiction & Compulsivity, 11*(4), 325–342.

Kruczek, T., & Ægisdóttir, S. (2005). Adaptive coping in adolescent trauma survivors: A preliminary study of The Solution Focused Recovery Scale. *Traumatology, 11*(1), 41–55.

Lyons, J.A. (1987). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review of the literature. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8*(6), 349–356.

McDermott, M.J., Tull, M.T., Gratz, K.L., Daughters, S.B., & Lejuez, C.W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 591–599.

McNally, R.J. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology. Special Issue: Posttraumatic stress disorder, 34*(2), 147–161.

Moradi, A.R., Doost, H.T.N., Taghavi, M.R., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD: Performance on the Rivermead Behavioural Memory Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(3), 357–361.

Newman, E. (2002). Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 6*(1), 59–77.

Nissen, P., & Hansen, K.G. (2007). Does psychodynamic environmental therapy work? *Therapeutic Communities, 28*(4), 433–449.

Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(3), 277–289.

Putnam, F.W. (1996). Special methods for trauma research with children. I: E.B. Carlson. (Red.), *Trauma research methodology* (sid. 153–173). Baltimore, MD, USA: The Sidran Press.

Quinn, K.M. (1995). Guidelines for the psychiatric examination of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. I: R.I. Simon. (Red.), *Posttraumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment* (sid. 85–98). Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.

Rivard, J.C., Bloom, S.L., Abramovitz, R., Pasquale, L.E., Duncan, M., McCorkle, D., & Gelman, A. (2003). Assessing the implementation and effects of a trauma-focused intervention for youths in residential treatment. *Psychiatric Quarterly, 74*(2), 137–154.

- Rivard, J.C., McCorkle, D., Duncan, M.E., Pasquale, L.E., Bloom, S.L., & Abramovitz, R. (2004). Implementing a trauma recovery framework for youths in residential treatment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 529–550.
- Rose, M. (1993). “No ribs on your beast” Residential psychotherapy versus residential gangs. *Residential Treatment for Children & Youth*, 10(4), 69–83.
- Rose, M. (2002). Therapeutic communities for children and adolescents: A renaissance of heart and mind. *Residential Treatment for Children & Youth*, 19(3), 1–15.
- Ruchkin, V.V., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (1998). Juvenile male rape victims: Is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse & Neglect*, 22(9), 889–899.
- Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Halamandaris, P.V., & Bremner, J.D. (2006). The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 332–340.
- Shenk, C.E., Noll, J.G., & Cassarly, J.A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 335–342.
- Simkins, S., & Katz, S. (2002). Criminalizing abused girls. *Violence Against Women. Special Issue: Women’s use of violence in intimate relationships, part 2*, 8(12), 1474–1499.
- Stewart, K.L., & Bramson, T. (2000). Incorporating EMDR in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 17(4), 83–90.
- Wolf, B., Petrović, V., & Išpanović-Radojković, V. (1995). Test for evaluation of the degree of traumatization in children. *Psihijatrija Danas*, 27(3–4), 205–218.
- Wolpaw, J.M., Ford, J.D., Newman, E., Davis, J.L., & Briere, J. (2005). Trauma Symptom Checklist for Children. I: T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave. (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (sid. 152–165). New York, NY, USA: Guilford Press.

Bilaga F: Sammanfattning av granskade studier

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
1. Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 898) i åldern 10–18 år (M = 14,8) på häkte i Ohio, USA. Etnisk sammansättning: svarta 55 %, latinos 28 % och vita 17 %.	Att mäta förekomsten av PTSD och traumatiska erfarenheter.	Andel som upplevt minst ett trauma var 92,5 %. Andel med PTSD senaste året var 11,2 %.	Mycket låg (*). Svårt att generalisera till SIS ungdomsgrupp, dels på grund av att studiens population var häktade och dels på grund av demografiska faktorer som till exempel "urban ghettomiljö".
2. Ahrens, J., & Rexford, L. (2002).	RCT	Unga män med PTSD (N = 38) i åldern 15–18 år (M = 16,4) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: vita 65 %, svarta 25 % och övriga 10 %.	Att bedöma effekten av korttidsterapi i form av Cognitive Processing Therapy.	Signifikant generell symptomminskning (Wilk's Lambda = .78, F (3, 31) = 2,83, p = .05). Signifikant bättre resultat på alla tre självskattningar: PSS-SR: F (1, 36) = 19,44, p = .0001, BDI: F (1, 36) = 17,95, p = .002, IES: F (1, 36) = 20,49, p = .0001.	Måttlig (***). Kvaliteten är överlag god men bedöms som måttlig på grund av det lilla urvalet och på grund av bristande analys av confounders påverkan på resultatet.
3. Beyer, M. (2006).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 50) i åldern 12–17 år (M = 15) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: svarta 52 %, vita 26 %, latinos 8 % och övriga 14 %.	Att göra en utvecklingsbedömning.	Andel som upplevt "svåra" trauman var 96 %. Fysisk misshandel hade upplevts av 34 %, sexuella övergrepp av 24 %.	Mycket låg (*). Det är oklart hur författaren har valt ut vilka ungdomar som ingick i studien och det framgick inte vilka strukturerade intervjuer som använts. Det är därför svårt att bedöma resultatets giltighet och det är svårt att generalisera resultatet till SIS ungdomsgrupp.
4. Bickel, R., & Campbell, A. (2002).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 50) i åldern 12–18 år (M = 15,7) på häkte i Tasmanien. Andelen aboriginer var 27 %. Övrig etnisk sammansättning framgick ej.	Att mäta förekomsten av psykisk ohälsa.	Andelen med uppförandestörning 98 %, adhd 46 %, depression eller dystymi 46 %, ångeststörning exklusive PTSD 32 %, PTSD 36 %, anpassningsstörning 22 % och somatiserande störning 22 %.	Mycket låg (*). Studien brister i urvals metod och utgörs av en etniskt speciell undersökningsgrupp som gör generaliserbarheten till SIS ungdomsgrupp låg.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
5. Burton, D.L. (2000).	Tvårsnittsstudie	Unga män som erkänt sexuella övergrepp (N = 263) i åldern 12–22 år (M = 16,9) på tre olika institutioner i Michigan, USA. Etnisk sammansättning: svarta 40 %, vita 40 %, native Americans 9 %, latinos 6 % och övriga 5 %.	Att jämföra tre grupper av sexuella förövare vad gäller övergreppshandlingar och egna traumatiska erfarenheter.	Alla tre grupper av sexuella förövare fick höga medeltal på traumaskattning. Signifikant samband fanns mellan graden av traumatisering och allvarlighetsgrad i egna övergrepp ($r = .372, p < .001$).	Mycket låg (*). Den undersökta gruppen är inte slumpmässigt vald och studien brister i sin analys av okända faktorer som kan ha påverkat resultatet. Detta sänker kvaliteten på studien trots den relativt stora undersökningsgruppen.
6. Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., & Moore, L. (1994).	Tvårsnittsstudie	Unga män som är gängmedlemmar (N = 91) i åldern 13–18 år (M = 16) och intagna på ungdomsfängelse i Kalifornien. Etnisk sammansättning: svarta 40 %, latinos 40 %, vita 10 %, asiater 7 %, övriga 3 %.	Att undersöka samband mellan PTSD, trauma och familjefunktion.	Andelen med PTSD fanns vara 24 %. Man fann ett signifikant samband mellan traumatiska upplevelser och PTSD och signifikanta samband mellan PTSD, familjekonflikter och familjesammanhållning.	Mycket låg (*). Studien är gjord på en undersökningsgrupp av gängmedlemmar från Kalifornien vilket gör det svårt att generalisera resultaten till SIS ungdomsgrupp.
7. Carrion, V.G., & Steiner, H. (2000).	Tvårsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 64) i åldern 11–16 år (M = 14,4) som var häktade eller i skyddstillsyn i Kalifornien, USA. Etnisk sammansättning: latinos 39 %, svarta 22 %, vita 19 %, övriga 20 %.	Att mäta förekomsten av erfarenheter av trauma och dissociation.	Andelen med dissociativ störning var 28,3 % och andelen som rapporterade om traumatiska erfarenheter var 96,8 %. Man fann även ett samband mellan dissociation och traumatiska erfarenheter.	Mycket låg (*). Studien är svår att generalisera till SIS ungdomsgrupp eftersom deltagare i undersökningsgruppen enbart hade skyddstillsyn.
8. Cashel, M.L., Ovaert, L., & Holliman, N.G. (2000).	Tvårsnittsstudie	Unga män (N = 60) i åldern 13–18 år på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: svarta 42 %, vita 32 %, latinos 22 %, övriga 4 %.	Att identifiera PTSD med hjälp av MMPI-A.	Man fann en signifikant skillnad i resultat på MMPI-A mellan en PTSD-grupp och en grupp utan PTSD, $F(11, 48) = 2.23, p < .05$.	Mycket låg (*). Studien bygger på fängslade ungdomar i norra Texas som deltagit frivilligt. Man kan därför ifrågasätta studiens generaliserbarhet.
9. Cauffman, E., Feldman, S.S., Waterman, J., & Steiner, H. (1998).	Tvårsnittsstudie	Unga kvinnor (N = 96) i åldern 13–22 år (M = 17,2) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: latinos 30 %, vita 23 %, svarta 21 % och övriga 26 %.	Att mäta förekomsten av PTSD och undersöka samband mellan PTSD och socioemotionell anpassning.	Andelen flickor med PTSD var 48,9 %. Man fann ett samband mellan PTSD och socioemotionell stress, $F(2, 160) = 14,69, p = < .001$, och mellan att inte ha PTSD och förmåga till självbehärskning, $F(2, 161) = 4,36, p < .01$.	Mycket låg (*). Studien saknar information om hur undersökningsgruppen har valts ut och resultaten är därför svåra att generalisera till SIS ungdomsgrupp.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
10. Chapman, J.F., & Ford, J.D. (2008).	Tvärsnittsstudie	Häktade unga män och kvinnor (N = 757) i åldern 10–17 år (M = 14,3) i USA. Etnisk sammansättning: svarta 39 %, vita 36 % och latinos 25 %.	Att undersöka samband mellan suicidrisk, trauma och missbruk.	Andelen som skattade positivt för suicidrisk var 10 % och andelen som skattade att de utsatts för traumatiska upplevelser var 70 %. Man fann samband mellan suicidrisk och traumatiska erfarenheter. Multivariata regressionsanalyser fann signifikanta samband mellan missbruk, traumatiska erfarenheter och suicidrisk.	Låg (**). Studien är i huvudsak välgjord med en stor undersökningsgrupp men generaliserbarheten kan ifrågasättas eftersom undersökningsgruppen består av häktade ungdomar.
11. Crimmins, S.M., Cleary, S.D., Brownstein, H.H., Spunt, B.J., & Warley, R.M. (2000).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 414) i åldern 12–20 år (M = 16) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: svarta 58 %, latinos 21 %, vita 8 % och övriga 13 %.	Att mäta förekomst av trauma och undersöka samband mellan trauma, missbruk och kriminalitet.	Median av antalet upplevda traumatiska händelser var 8,57 (SD = 3,28). Man fann signifikanta samband ($p < .05$) mellan trauma och missbruk och högre risker för vissa typer av brott bland ungdomar med vissa typer av traumatiska erfarenheter.	Låg (**). Studien är av god kvalitet med ett slumpmässigt urval men undersökningsgruppens karaktäristika och att studien är gjord på ungdomsfängelse i USA minskar dock generaliserbarheten.
12. Cruise, K.R., Marsee, M.A., Dandreaux, D.M., & DePrato, D.K. (2007).	Tvärsnittsstudie	Unga kvinnor (N = 145) i åldern 12–17 år (M = 15,3) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: svarta 64 %, vita 34 % och övriga 1 %.	Att undersöka samband mellan psykisk ohälsa och bakgrundsfaktorer.	Man fann ett samband mellan missbruk, psykisk ohälsa och trauma.	Mycket låg(*). Studien saknar information om urvalsmetod vilket gör det svårt att generalisera resultaten till SiS ungdomsgrupp.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
13. Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2004).	Fall-kontrollstudie	Häktade unga kvinnor (N = 100) i åldern 13,5–19 år i Sydney, Australien jämförda med en ålders- och socioekonomiskt matchad grupp av gymnasieelever. Etnisk sammansättning på undersökningsgruppen: aboriginer 48 %, vita 33 %, polynesier 12 % och övriga 7 %.	Att undersöka samband mellan psykisk ohälsa, sociodemografiska faktorer, familjefunktion, trauma och kriminalitet hos unga kvinnor.	Man fann en signifikant högre grad av psykopatologi i undersökningsgruppen ($p < .001$). PTSD förekom bland 37 % och uppförandestörning bland 91 %. Man fann hög komorbiditet mellan PTSD och andra diagnoser. Man fann att undersökningsgruppen hade signifikant fler traumatiska erfarenheter ($p < .001$). Man fann högre nivåer av dysfunktion i familjen hos ungdomsbrottslingarna. Att ha utsatts för trauma ökade risken för att bli ungdomsbrottsling (OR = 4.19, $p = .008$).	Mycket låg (*). Studien har brister i kvaliteten och den undersökta gruppen har en etnisk sammansättning som gör det svårt att generalisera till SIS ungdomsgrupp.
14. Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2005).	Tvärsnittstudie	Häktade unga kvinnor (N = 100) i åldern 13,5–19 år i Australien. Etnisk sammansättning: aboriginer 48 %, vita 33 %, polynesier 12 % och övriga 7 %.	Att mäta förekomsten av PTSD och undersöka samband mellan PTSD, trauma, komorbiditet och familjefunktion.	Man fann PTSD bland 37 %. Bland ungdomarna med PTSD var sexuella övergrepp det vanligast förekommande traumat (70,3 %). Ungdomarna med PTSD hade signifikant fler andra diagnoser ($p < .001$) varav 73 % av de andra diagnoserna hade konstaterats samtidigt som eller senare än PTSD.	Mycket låg (*). Studien brister i generaliserbarhet, framför allt på grund av den etniska sammansättningen och studiens kontext.
15. Erwin, B.A., Newman, E., McMackin, R.A., Morrissey, C., & Kaloupek, D.G. (2000).	Tvärsnittstudie	Unga män (N = 51) med medelåldern 17,5 år på ungdomsfängelser i Boston, USA. Etnisk sammansättning: vita 57 %, svarta 28 %, latinos 12 % och övriga 3 %.	Att mäta förekomsten av specifika miljöfaktorer, missbruk, trauma och PTSD.	Man fann höga nivåer av traumatiska erfarenheter och 18 % uppfyllde kriterierna för PTSD.	Mycket låg (*). Studien har stora brister i urvalsmetoden och den lilla undersökningsgruppen minskar generaliserbarheten.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
16. Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., & Clark, D.M. (2007).	Tvärsnittsstudie	Unga män (N = 105) i okänd ålder på ungdomsfängelser i England. Etnisk sammansättning: vita 75 % och övriga 25 %.	Att mäta förekomst av påträngande tankar och minnen och undersöka samband mellan dessa och uppkomst av symtom på PTSD i institutionsmiljö.	Av de undersökta våldsbrottslingarna rapporterade 46 % att de hade omfattande obehagliga minnesbilder från brottet och 36 % rapporterade om grubblerier kopplade till brottet. Man fann ett samband mellan dessa upplevelser och allvarlighetsgraden i PTSD.	Låg (**). Studien är av god kvalitet men dess deskriptiva design minskar generaliserbarheten till SiS ungdomsgrupp.
17. Jaycox, L.H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004).	Tvärsnittsstudie	Till största delen unga män (80 %), (N = 212) i åldern 13–20 år (M = 16,5) inskrivna på institution för missbruksbehandling i USA. Etnisk sammansättning: vita 32 %, svarta 28 %, latinos 23 % och övriga 17 %.	Att undersöka samband mellan trauma, PTSD och psykosocialt fungerande.	I undersökningsgruppen fann man att 71 % hade utsatts för trauma och att 29 % av de som utsatts för trauma hade PTSD. Ungdomar som utsatts för trauma hade fler beteendeproblem. Traumaexponerade ungdomar utan PTSD avbröt behandlingen tidigare än ungdomar som inte utsatts för trauma.	Låg (**). Studien är av god kvalitet med en undersökningsgrupp som består av i stort sett hela populationen inskrivna ungdomar. Den deskriptiva designen minskar dock generaliserbarheten.
18. Kerig, P.K., Arntzen Moeddel, M., & Becker, S.P. (2011).	Tvärsnittsstudie	Häktade unga män och kvinnor (N = 498) i åldern 12–17 år (M = 15,5) på ett ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: vita 67 %, svarta 23 %, latinos 3 % och övriga 7 %.	Att undersöka hur väl MAYSI-2 fungerar som screening för att upptäcka trauma och posttraumatiska symptom.	Flickor uppvisade högre psykisk ohälsa jämfört med pojkar. Man fann inga könsskillnader för traumaskalan TE i MAYSI-2. Delskalorna i MAYSI-2 korrelerade med PTSD-skalor (utom Alkohol/Droger för flickor). Korrelationen mellan MAYSI-2 och PTSD var starkast för flickor. TE-skalan i MAYSI-2 visade sig inte vara bättre än de andra delskalorna att identifiera trauma.	Låg (**). Studien har en stor undersökningsgrupp vilket ökar generaliserbarheten. Negativt är den deskriptiva designen och att studien är gjord i USA.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
19. Kerig, P.K., Ward, R.M., Vanderzee, K.L., & Moedel, M.A. (2009).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 289) i åldern 10–17 år på ungdomsfängelser i USA. Etnisk sammansättning: vita 69 %, svarta 22 %, latinos 4 % och övriga 5 %.	Att undersöka samband mellan trauma, PTSD och psykisk ohälsa.	Man fann samband mellan trauma, PTSD och psykisk ohälsa. Unga kvinnor hade utsatts för fler interpersonella trauma och uppvisade fler symptom på traumatisering.	Mycket låg (*). Studien bygger på en intressant och relevant undersökning men det är oklart hur urvalet gjorts vilket försvårar generaliserbarheten.
20. Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2004).	Tvärsnittsstudie	En grupp av självskadande ungdomar, till största delen unga män, (N = 201) i åldern 14–19 år (M = 16,8) på institutioner i Japan.	Att undersöka kliniska skillnader mellan en grupp av "wrist-cutters" och en grupp av "arm-cutters".	Man fann att ungdomar som skar sig på handlederna och/eller på armarna hade fler traumatiska erfarenheter än ungdomar som inte skar sig. De som skar sig på vristerna var i högre grad suicidala.	Mycket låg (*). Studien har brister i metod och man kan ifrågasätta om resultaten från en helt japansk grupp av ungdomar är generaliserbar till SiS ungdomsgrupp.
21. Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005).	Tvärsnittsstudie	En grupp av självskadande ungdomar, till största delen unga män, (N = 201) i åldern 14–19 år (M=16,8) på institutioner i Japan.	Att undersöka skillnader i beteende, traumaerfarenheter och psykisk ohälsa mellan en grupp av "self-cutters" och en grupp av "self-burners".	Man fann att ungdomar som skar sig på vristerna hade en högre frekvens av traumatiska erfarenheter, problembeteende och andra former av självskadande beteende än ungdomar som inte skar sig alls.	Mycket låg (*). Studien har brister i metoden och man kan ifrågasätta om resultaten från en helt japansk grupp av ungdomar är generaliserbar till SiS ungdomsgrupp.
22. McMackin, R.A., Leisen, M.B., Sattler, L., Krinsley, K., & Riggs, D.S. (2002).	Okontrollerad föreläsningsstudie	Traumatiserade unga män (N = 24) i åldern 13–21 år från en låst och en öppen institution för ungdomsbrottslingar i USA.	Att beskriva utvecklingen av gruppterapi för traumatiserade ungdomsbrottslingar.	Studien gav en beskrivning av två omgångar med gruppterapi. Varje gruppterapi utfördes i tre faser som utgjordes av psykoedukation, traumaexponering och träning i att hantera och reglera känslor och beteende.	Mycket låg (*). Studien har mycket stora brister i kvalitet både vad gäller metod, syfte och resultatredovisning. Det är oklart vad som har mätts, på vilket sätt och i vilket sammanhang.
23. Newman, C.L., & Motta, R.W. (2007).	Okontrollerad föreläsningsstudie	Unga kvinnor diagnostiserade med PTSD (N = 11) i åldern 14–17 år på en institution i USA. Etnisk sammansättning: svarta 50 %, vita 40 % och latinos 10 %.	Att undersöka samband mellan aerobisk träning och symptom på PTSD där den undersökta gruppen har utgjort sin egen kontroll.	Man fann signifikanta skillnader mellan baseline och eftermätning vad gäller symptom på PTSD både i intervjuvar ($t = 6.39, p < .001$, effektstorlek $d = 1.89$) och i självskattning ($t = 23.56, p < .001$, effektstorlek $d = 6.20$). Man fann också signifikanta skillnader i depression, ångest och problembeteende.	Låg (**). Studien har god kvalitet men på grund av designen där de unga kvinnorna genom baslinjemätning utgjort sin egen kontroll och att den undersökta gruppen varit mycket liten är resultaten svåra att generalisera.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
24. Ovaert, L.B., Cashel, M.L., & Sewell, K.W. (2003).	RCT och okontrollerad förestudier	De behandlade grupperna (RCT: N = 3, före-efterstudie: N = 60) har utgjorts av unga män i åldern 13–18 år (M = 15,4) diagnostiserade med PTSD på ungdomsfängelse i Texas, USA. Etnisk sammansättning: svarta 42 %, vita 33 % och latinos 25 %.	Att mäta effektiviteten av en strukturerad gruppterapi.	Man fann signifikant lägre symptom på PTSD efter behandling, $t = 3,24, p < .01$.	Mycket låg (*). Studien har allvarliga brister i kvaliteten då den egentligen utgörs av två olika studier men där resultaten redovisas gemensamt. Den randomiserade studien har ett stort bortfall och undersökningsgruppen är mycket liten.
25. Plattner, B., Silvermann, M.A., Redlich, A.D., Carrion, V.G., Feucht, M., Friedrich, M.H., & Steiner, H. (2003).	Tvärsnittsstudie	Unga män och kvinnor (N = 52) i åldern 11–16 år (M = 14,5) som varit minst två veckor på häkte i USA. Etnisk sammansättning: latinos 38 %, svarta 23 %, vita 19 % och övriga 20 %.	Att undersöka samband mellan dissociation, trauma och demografiska faktorer.	Man fann signifikanta samband mellan symptom på dissociation och intrafamiljära trauma.	Mycket låg (*). Studien brister i metod och har en liten undersökningsgrupp av häktade ungdomar vilket försvårar generaliserbarheten till SiS ungdomsgrupp.
26. Plattner, B., The S.S.L., Kraemer, H.C., Williams, R.P., Bauer, S.M., Kindler, J.,...Steiner, H. (2007).	Tvärsnittsstudie	Häktade ungdomar (N = 319), främst unga män (83,4 %), i åldern 14–21 år (M = 16,67), på ett ungdomshäkte i Wien, Österrike.	Att beskriva köns-specifika psykopatologiska profiler som har ett samband med suicidalitet.	Både flickor och pojkar uppvisade ett samband mellan suicidalitet och PTSD. Särskilt starkt var sambandet för flickor.	Låg (**). Studien är av god kvalitet med en stor undersökningsgrupp från en, relativt sett, liknande ungdomskultur (Österrike). Generaliserbarheten försvåras av att studien är gjord på enbart ett ställe i Wien.
27. Pomeroy, E.C., Green, D.L., & Kiam, R. (2001).	Okontrollerad förestudier	Unga kvinnor (N = 15) i åldern 13–17 år (M = 15,9) på ett ungdomsfängelse i Florida, USA. Etnisk sammansättning: svarta 73 %, latinos 20 %, vita 7 %.	Att mäta effekten av en psykoeducativ gruppintervention.	Man fann signifikant lägre nivå av depression, $t(1, 14) = 3.93, p = .008$, och symptom på trauma, $t(1, 14) = 2.33, p = .035$.	Låg (**). Studien är av god kvalitet men undersökningsgruppens egenskaper och storlek försvårar generaliserbarheten.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
28. Raider, M.C., Steele, W., Delillo-Storey, M., Jacobs, J., & Kuban, C. (2008).	RCT	En grupp av traumatiserade unga män och kvinnor (N = 10?) i åldern 15–18 år på institution i USA. Etnisk sammansättning: vita 90 % och svarta 10 %.	Att mäta effekten av en strukturerad gruppterapi.	Man fann signifikant lägre symptom på ångest och depression, $F = 5.250, p = .031$, på undvikande, $F = 5.087, p = .033$, och vad gäller så kallat internaliserat beteende, $F = 5.024, p = .034$.	Mycket låg (*). Studien har stora brister i framför allt resultatredovisningen. Det är oklart hur många ungdomar som faktiskt har deltagit i studien och resultatredovisning är otydlig. I diskussionen diskuteras kvalitativa resultat som ej redovisats i resultatdelen. Den lilla undersökningsgruppen minskar studiens generaliserbarhet.
29. Rivard, J.C., Bloom, S.L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005).	Icke-randomiserad kontrollerad före-efterstudie	Traumatiserade unga män och kvinnor (N = 158) i åldern 12–20 år (M = 15) på institutioner i USA. Etnisk sammansättning: svarta 47 %, latinos 33 %, vita 13 % och övriga 7 %.	Att mäta effekten av behandlingsprogrammet the Sanctuary Model.	Man fann vissa begränsade signifikanta förbättringar hos ungdomar som behandlades inom programmet.	Låg (**). Studien har brister i presentation av metod, urval och resultat vilket försvårar generalisering till SiS ungdomsgrupp. The Sanctuary Model är annars en modell som i sin utformning och i sitt syfte är mycket relevant för SiS ungdomshem.
30. Ruchkin, V.V., Schwab-Stone, M., Kuposov, R., Vermeiren, R., & Steiner, H. (2002).	Tvärsnittsstudie	Unga män (N = 370) i åldern 14–19 år (M = 16,4) på ungdomsfängelse i Arkhangelsk, Ryssland. Etnisk sammansättning: slaver 98 % och övriga 2 %.	Att mäta förekomst av PTSD och samband med annan psykopatologi, utsatthet för våld och personlighet.	Man fann att 25 % hade PTSD och att 42 % delvis uppfyllde kriterierna för PTSD. Man fann samband mellan PTSD och olika former av psykopatologi som somatiska besvär, $F(2, 287) = 5.85, p < .003$, sociala svårigheter, $F(2, 287) = 5.03, p < .007$, och uppmärksamhets-svårigheter, $F(2, 287) = 7.43, p < .001$ samt mellan PTSD och olika personlighetskaraktäristika.	Låg (**). Studiens främsta brist är ett icke-slumpmässigt urval. Dessutom utgörs undersökningsgruppen av ungdomar som kommer från sociala, ekonomiska och politiska förhållanden i Ryssland som markant skiljer sig åt från svenska förhållanden. Detta försvårar generaliserbarheten av resultaten till SiS ungdomsgrupp.

Studie	Studiedesign	Population	Syfte	Utfall	Kvalitetsbedömning
31. Soberman, G.B., Greenwald, R., & Rule, D.L. (2002).	RCT	Unga män (N = 29) i åldern 10–16 år på institution eller i öppenvård i USA. Inga uppgifter om etnisk sammansättning.	Att mäta effekten av traumaanpassad EMDR.	Man fann två signifikanta skillnader mellan den behandlade gruppen och kontrollgruppen efter behandling, dels vad gäller upplevelse av stress vid hägkomst av traumatisk händelse, $F(1, 19) = 44.30, p = .0001$, dels vad gäller vårdnadshavares upplevelse av sitt barns svårigheter, $t = -2.17, p = .024$.	Måttlig (***) . Kvaliteten bedöms som måttlig på grund av det lilla urvalet, att institutionaliserade och öppenvårdsungdomar sammanblandas och att vissa brister föreligger i resultatredovisningen vad gäller bortfall.
32. Steiner, H., Garcia, I.G., & Matthews, Z. (1997).	Tvärsnittsstudie	Unga män (N = 85) i åldern 13–20 år (M = 16) på ungdomsfängelse i USA. Etnisk sammansättning: svarta 38 %, vita 30 %, latinos 27 % och övriga 5 %.	Att mäta förekomst av PTSD och vissa personlighetsegenskaper.	Andelen som hade PTSD var 31,7 % och ytterligare 20 % bedömdes uppfylla vissa men inte alla kriterier för PTSD. Intrafamiljära trauman var vanligast (27 %). Man fann även signifikanta skillnader mellan ungdomarna med PTSD och utan PTSD vad gäller ångest, depression, tillbakahållen aggression och impuls kontroll.	Mycket låg (*). Urvalet utgörs av en blandning av slumpmässigt och icke-slumpmässigt valda individer. De flesta var icke-slumpmässigt valda vilket försvårar generaliserbarheten till SiS ungdomsgrupp.
33. Wood, J., Foy, D.W., Goguen, C.A., Pynoos, R., & Boyd James, C. (2002).	Tvärsnittsstudie	Unga kvinnor (N = 100) av okänd ålder på ungdomsfängelser i Kalifornien, USA. Etnisk sammansättning: latinos 54 % och svarta 46 %.	Att undersöka förekomst av trauma och samband med psykisk ohälsa och jämföra dessa resultat med en tidigare studie av unga män.	Man fann höga nivåer av traumatiska erfarenheter och höga nivåer av symptom på PTSD och att dessa nivåer var högre än för en jämförd grupp av unga män.	Låg (**). Undersökningsgruppen är slumpmässigt vald men man kan ifrågasätta om den undersökta gruppen är relevant för SiS ungdomsgrupp.
34. Wood, J., Foy, D.W., Layne, C., Pynoos, R., & Boyd James, C. (2002).	Fall-kontrollstudie	Unga män och kvinnor (N = 400) med medelåldern 16 år på sju olika ungdomsfängelser i USA. Etnisk sammansättning: svarta 50 % och latinos 50 %.	Att undersöka samband mellan kriminalitet, PTSD och våld.	Man fann att de inlästa ungdomarna hade utsatts för signifikant högre nivå av sexuellt våld och våld i samhället och de uppvisade signifikant högre nivåer av PTSD-symptom.	Låg (**). Studien är av god kvalitet i många aspekter men brister i metoden för urvalet av kontrollgrupp. Studiens syfte relevant för SiS ungdomsgrupp men har en etnisk sammansättning som minskar generaliserbarheten.

Bilaga G: Standardiserade bedömningsmetoder

Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES)

Beskrivning

Screening av dissociativa upplevelser

Metod

Självskattning

Antal frågor

30

Ålder

11–17 år

Tid

–

Upphovsman/-kvinna

Smith et al (1996)

Armstrong et al (1997)

Svensk översättning

Doris Nilsson

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's α 0.95, split-half $r = 0.82$, Spearman-Brown 0.90. Test-retest $r = 0.71$ (Nilsson, 2007).

Validitet: Konstruktvaliditet god om skalan ses som en-faktor-modell. God diskriminerande validitet mellan normgrupp och klinisk grupp. God begreppsvaliditet jämfört med liknande skala ($r = 0.86$) (Nilsson, 2007).

Normer: Svensk normgrupp av 400 skolungdomar. Klinisk grupp av 20 ungdomar (18 flickor, 2 pojkar) som utsatts för sexuella övergrepp (Nilsson, 2007).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Beskrivning

Screening av barndomstrauman såsom övergrepp och försummelse

Metod

Självskattning

Antal frågor

28

Ålder

15 år och äldre

Tid

10 minuter

Upphovsman/-kvinna

David P Bernstein & Laura Fink

Svensk översättning

Arne Gerdner, Institutionen för socialt arbete, Mittuniversitetet

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's α i svensk version för helskala 0.92, >0.86 för alla delskalor utom Fysisk försummelse (0.65). Amerikansk version >0.82 för fyra delskalor men 0.66 för Fysisk försummelse (Armelius et al, 2010).

Validitet: Mycket god begreppsvaliditet utom för Fysisk försummelse. God diskriminerande validitet mellan olika testgrupper (Armelius et al, 2010).

Normer: Vuxna kliniska och icke-kliniska grupper i Sverige. Kliniska och icke-kliniska vuxna och ungdomar i USA (Armelius et al, 2010).

Children's PTSD Inventory

Beskrivning

För bedömning av PTSD

Metod

Strukturerad intervju

Antal frågor

–

Ålder

6–18 år

Tid

5–20 minuter

Upphovsman/-kvinna

Philip A. Saigh

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's $\alpha = 0.95$ för hela skalan, >0.80 för alla delskalor utom för "situational reactivity" vilken har lägre (0.58). Interbedömar-reliabilitet 97,6% för diagnosen PTSD (Newman & Motta, 2007). Test-retestreliabilitet $\kappa = 0.91$ (Jaycox et al, 2004).

Validitet: Begreppsvaliditeten har funnits vara utmärkt ($r \geq 0.91$) vid korrelation med två andra diagnostiska intervjuer (Newman & Motta, 2007).

Normer: –

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)

Beskrivning

Bedömer posttraumatiska symptom

Metod

Självskattning

Antal frågor

26

Ålder

7–17 år

Tid

5 minuter

Upphovsman/-kvinna

Ricky Greenwald

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's $\alpha 0.80–0.92$ i fem olika studier (två amerikanska, en tysk, en bosnisk och en skotsk). Test-retest 0.70 och 0.80 i två amerikanska studier (Greenwald et al, 2002).

Validitet: Har uppvisat god validitet i flera studier (Greenwald et al, 2002).

Normer: –

Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)

Beskrivning

För bedömning av PTSD och hur posttraumatiska symptom har drabbat funktionsförmåga

Metod

Semistrukturerad intervju

Antal frågor

Oklart (olika uppgifter, 33 eller 36)

Ålder

Oklart (olika uppgifter 8–15 eller 8–18)

Tid

45 minuter

Upphovsman/-kvinna

Nader et al

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's $\alpha = 0.75–0.81$ (Erwin et al, 2000).

Validitet: Man har funnit en signifikant korrelation med skattningsskalan PTSD Checklist ($r = .64$) (Erwin et al, 2000).

Normer: –

Dissociation Questionnaire Sweden (Dis-Q-Swe)

Beskrivning

Mätning av dissociation

Metod

Självskattning

Antal frågor

63

Ålder

14 år och uppåt

Tid

–

Upphovsman/-kvinna

J. Vanderlinden (1993)

Svensk översättning

Doris Nilsson (1998)

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's α för svensk version och normalgrupp (N = 400) var 0.97 för totalskalan. Subskala I = 0.95, subskala II = 0.90, subskala III = 0.88 och subskala IV = 0.65. Cronbach's α för den kliniska gruppen (N = 74) var 0.97 för totalskalan och 0.96, 0.91, 0.88 respektive 0.58 för de fyra subskalorna. Test-retest- reliabiliteten (N = 79) var 0.79 ($p < 0.001$) för totalskalan och 0.80, 0.74, 0.75 respektive 0.51 för de fyra subskalorna ($p < 0.001$) (Nilsson & Svedin, 2006).

Validitet: Konstruktvaliditeten fanns vara god, särskilt för de tre första subskalorna. Kriterievaliditet och prediktiv validitet fanns vara god, den kliniska gruppen av ungdomar hade signifikant högre resultat på Dis-Q-Swe än normalgruppen. Höga resultat på Dis-Q-Swe visade sig även svara mot höga resultat på den strukturerade intervjun SCID-D. (Nilsson & Svedin, 2006).

Normer: Svensk normgrupp av 400 skolungdomar (M = 15.07 år). Klinisk grupp av 74 ungdomar (64 flickor, 10 pojkar; M = 16.03 år) som konstaterats ha utsatts för sexuella och/eller fysiska övergrepp (Nilsson & Svedin, 2006).

Kiddie Sads Aktuell och Livstids Version (K-SADS-PL)

Beskrivning

Att undersöka nuvarande och tidigare episoder av psykopatologi hos barn och tonåringar i enlighet med kriterierna i DSM-IV

Metod

Semistrukturerad intervju

Antal frågor

Instrumentet består av tre delar: En ostrukturerad inledande intervju, en screeningsintervju och en fördjupning med hjälp av olika intervjusupplement

Ålder

6–18 år

Tid

3 timmar

Upphovsman/-kvinna

Joan Kaufman, Bori Birmaher, David Brent, Uma Rao & Neal Ryan

Svensk översättning

Tord Ivarsson (2000)

Revidering av Håkan Jarbin & Tord Ivarsson (2009 och 2010)

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Interbedömarreliabilitet 93-100 %, test-retest för PTSD 0.63–0.67 (Kaufman et al, 1997).

Validitet: God validitet för både screening och diagnostisering (Kaufman et al, 1997).

Normer: –

Los Angeles Symptom Checklist (Adolescent Version)

Beskrivning

För bedömning av PTSD och post-traumatiska symptom

Metod

Självskattning

Antal frågor

43

Ålder

–

Tid

10 minuter

Upphovsman/-kvinna

David W. Foy

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's $\alpha = 0.95$ (hela skalan) och $\alpha = 0.90$ för det diagnostiska indexet (Foy, Wood, King, King, & Resnick, 1997).

Validitet: Inga uppgifter.

Normer: –

Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)

Beskrivning

Screening för psykiska hälsoproblem hos tvångsomhändertagna ungdomar

Metod

Självskattning

Antal frågor

52

Ålder

12–17 år

Tid

15 minuter

Upphovsman/-kvinna

Thomas Grisso & Richard Barnum

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: De sju delskalorna har Cronbach's α mellan 0.61 och 0.86 med ett medeltal på 0.75 (Kerig et al, 2009).

Validitet: Har visat på god begreppsvaliditet (Archer, Simonds-Bisbee, Spiegel, Handel, & Elkins, 2010). MAYSI-2 har validerats i många studier (National Youth Screening & Assessment Project, University of Massachusetts Medical School, 2011).

Normer: 70423 tvångsomhändertagna ungdomar (78 % män, 22 % kvinnor) i det amerikanska ungdomsrättssystemet från 283 olika institutioner (Vincent, Grisso, Terry, & Banks, 2008).

Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ)

Beskrivning

Undersöker vilka typer av sexuella övergrepp offret utsatts för, offrets relation till förövaren och frekvensen av övergrepp

Metod

Självskattning

Antal frågor

24

Ålder

–

Tid

–

Upphovsman/-kvinna

Ryan, Rodriguez, Rowan & Foy

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Split-half $r = 0.73$ (Ryan, Rodriguez, Rowan, & Foy i Lawrence, Cozolino, & Foy, 1995).

Validitet: Konstruktvaliditeten har visat sig vara acceptabel (Ryan, Rodriguez, Rowan, & Foy i Lawrence, Cozolino, & Foy, 1995).

Normer: –

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)

Beskrivning

Mäta posttraumatisk stress och relaterade symptom

Metod

Självskattning

Antal frågor

54

Ålder

10–17 år

Tid

10–20 minuter

Upphovsman/-kvinna

John Briere

Svensk översättning

Doris Nilsson & Carl-Göran Svedin.
Hogrefe Psykologiförlaget

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: Cronbach's α 0.82–0.89 för fem kliniska delskalor, 0.77 för delskalan Sexuella bekymmer vid utprovning av den ursprungliga amerikanska versionen av TSCC på en normativ grupp. Cronbach's α 0.85 för validitetsskalan Undersvar och 0.66 för Översvar (Briere, 1996). Cronbach's α 0.78–0.85 i normativ grupp och 0.74–0.89 i klinisk grupp vid utprovning av den svenska versionen. Reliabiliteten för totalskalan uppskattades till 0.94 i båda grupper. Test-retest-reliabilitet för de kliniska skalorna 0.56–0.81 och 0.75 för validitetsskalan Undersvar i en svensk ungdomsgrupp (Nilsson & Svedin, 2010).

Validitet: Signifikanta korrelationer med flera andra relevanta instrument i flera studier. Begreppsvaliditeten har visat sig vara god (Briere, 1996). Faktorstrukturen mellan den svenska och den amerikanska versionen har visat på stor samhörighet. Korrelationer mellan skalorna i TSCC har visat att skalorna mäter olika aspekter av de områden som instrumentet i sin helhet är avsett att mäta. Man har också kunnat påvisa signifikanta skillnader i testresultat mellan en normativ grupp och en klinisk grupp vid den svenska utprovningen (Nilsson & Svedin, 2010).
Normer: 3 008 barn och ungdomar (47 % män, 53 % kvinnor) i en normgrupp i USA (Briere, 1996).

728 svenska skolungdomar i Linköping utgjorde svensk normgrupp. 91 barn och ungdomar (70 flickor och 21 pojkar) som varit utsatta för sexuella övergrepp och/eller fysisk misshandel och som behandlats på BUP-Elefantén i Linköping utgjorde klinisk grupp (Nilsson & Svedin, 2010).

UCLA Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index (PTSD-RI)

Beskrivning

För bedömning av PTSD och posttraumatiska symptom

Metod

Självskattning

Antal frågor

48

Ålder

Tre versioner: Barn, Ungdomar, Vuxna

Tid

20–30 minuter

Upphovsman/-kvinna

Alan M. Steinberg, Melissa J. Brymer, Kelly B. Decker & Robert S. Pynoos

Svensk översättning

–

Tillförlitlighet och normer

Reliabilitet: PTSD-RI har visat på god reliabilitet ($\alpha = 0.88$ och $\alpha = 0.92$ i två studier) (Newman & Motta, 2007), test-retest bra till utmärkt, en studie fann att $r = 0.84$ (International Society for Traumatic Stress Studies, 2011).

Validitet: Alla versioner av PTSD-RI har visat på en dos-responsvaliditet, det vill säga högre resultat för mer traumatiserade patienter. PTSD-RI korrelerar 0.70 med PTSD-modulen av Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (Epidemiologic Version) och 0.82 med CAPS-CA (International Society for Traumatic Stress Studies, 2011).

Normer: –

Produktion och tryck: Ineko AB. 2012. Arb.nr: 181831.



Miljömärkt trycksak, 341 142

Att ha blivit traumatiserad betyder att skrämmande upplevelser av till exempel våld har lett till allvarlig psykisk ohälsa hos en individ. Denna rapport är en systematisk kunskapsöversikt över traumatisering bland institutionsvårdade ungdomar. Internationella vetenskapliga studier antyder att mellan 70 och 96 procent av ungdomar som vårdas vid institution kan ha upplevt olika trauman.

Av de granskade studierna framkommer att det är vanligt att trauman skett inom familjen i form av till exempel fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Men det framkommer även att många institutionsvårdade ungdomar har upplevt våldsbrott "ute på stan". Andra exempel på trauman kan vara att ha bevittnat när andra människor utsätts för skrämmande händelser eller att ha upplevt svåra separationer inom familjen.

När barn och ungdomar har utsatts för trauman, särskilt långvariga och upprepade sådana, kan det störa stora delar av deras utveckling. Det kan till exempel synas som en sänkt funktionsförmåga inom många olika livsområden som skolgång, kamratrelationer och identitetsutveckling.

Det saknas kunskap om effektiv behandling för traumatiserade ungdomar inom institutionsvård. Det finns dock internationell samstämmighet om att första steget i traumabehandling bör vara insatser som minskar symptom på trauma och verkar stabiliserande på tillvaron. Rapporten ger förslag på hur SiS kan arbeta vidare med att utveckla kunskap om hur ungdomar som visar tecken på traumatisering kan bemötas och erbjudas insatser utifrån sina specifika behov.

ISBN 978-91-87053-05-4

BILAGA A – GRANSKNINGSMALL FÖR RANDOMISERAD KONTROLLERAD PRÖVNING

Anvisningar:

Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.

Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

Det finns förtydligande kommentarer till vissa delfrågor. Dessa anges med en siffra.

Studiekvalitet	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<i>1. Studiepopulation</i>				
a) Framgår det hur många personer som exkluderades före randomiseringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är redovisningen av personer som inte randomiserades, trots att de var valbara, adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>2. Tilldelning av åtgärd/intervention/behandling</i>				
a) Användes en randomiseringsmetod som på ett acceptabelt sätt minimerar risken för manipulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utfördes randomiseringen så att fördelningen blev oförutsägbar och slumpmässig? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Påbörjade samtliga deltagare, som randomiserades, behandlingen? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>3. Gruppernas jämförbarhet</i>				
a) Var grupperna vid baseline rimligt lika avseende egenskaper som kan påverka resultatet (till exempel ålder, kön, sjukdoms svårighetsgrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>4. Blindning (maskering) ³</i>				
Blindades följande på tillfredsställande sätt:				
a) Patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Prövare/behandlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Utvärderare av resultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>5. Bortfall (antalet randomiserade deltagare som inte har följts upp enligt studieprotokollet) ⁴</i>				
a) Går det att följa deltagarnas väg genom studien, till exempel i ett flödesschema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är storleken på bortfallet efter randomisering acceptabelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är orsakerna till bortfallet acceptabla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>6. Följsamhet (compliance, adherence, concordance) ⁵</i>				
a) Framgår det i vilken utsträckning deltagarna fullföljde behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var andelen som fullföljde behandlingen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>7. Rapportering av effektmått</i>				

Bilaga A – Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

a) Var det primära effektmåttet definierat i förväg och adekvat rapporterat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var de sekundära effektmåtten definierade i förväg och adekvat rapporterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Baserades slutsatserna på enbart i förväg definierade effektmått och subgruppsanalyser? ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har utfallen av samtliga viktiga effektmått redovisats på ett adekvat sätt? ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rapporteras biverkningar/komplikationer på ett tillfredsställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Resultat och precision				
a) Redovisas resultaten på ett adekvat sätt? ⁸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har resultaten beräknats med lämplig analysmetod? ⁹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var den minsta kliniskt relevanta effekten definierad på förhand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är den valda minsta kliniskt relevanta effekten av rimlig storlek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har man använt acceptabla metoder för att mäta effekterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mättes observatörsöverensstämelsen på ett acceptabelt sätt? ¹⁰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är de överväganden och beräkningar som ligger till grund för antal deltagare acceptabla (power-analys)? ¹¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bindningar och jäv				
a) Anges eventuella bindningar och jäv? (conflicts of interest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bedömer du att studiens resultat inte påverkats av intressekonflikter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total bedömning av studiekvalitet:	<input type="checkbox"/> Hög	<input type="checkbox"/> Medelhög	<input type="checkbox"/> Låg	

Kommentarer till granskningsmallen för RCT

1. Risk för att randomiseringen blir förutsägbar för provare eller deltagare kan till exempel finnas vid blockrandomisering. Blockrandomisering används bland annat i multicenterstudier för att motverka slumpmässiga snedfördelningar mellan olika centra eller länder.

2. Här bedöms risken för att resultaten har påverkats av att deltagare selektivt exkluderats från studien efter randomiseringen, men innan behandlingen har påbörjats. Antalet deltagare som har lämnat studien bör sättas i relation till studiens storlek. Om antalet är jämnt fördelade mellan grupperna och skälen är angivna och godtagbara, så bedöms risken att resultaten kan ha påverkats som liten. Om mer än 5 procent av de randomiserade patienterna fallit bort eller om orsakerna inte är angivna eller godtagbara så bedöms risken som stor.

3. Det är önskvärt att både patienter och provare är blindade i en studie. Ibland kan det av praktiska skäl vara svårt eller omöjligt att dölja för provare och/eller patient vilken behandling som ges. Däremot är det oftast möjligt att den som utvärderar effekten är blindad.

De alternativ som finns är följande:

Öppen prövning: – ingen är blindad

Bilaga A – Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

- Enkelblind: a) deltagarna är blindade; b) prövare och/eller resultatutvärderare är blindade
- Dubbelblind: a) deltagarna och prövare och/eller resultatutvärderare är blindade; b) deltagarna och prövare och/eller resultatutvärderare är blindade samt det framgår av beskrivningen att all resultatbearbetning utfördes innan prövningskoden bröts.

Det finns flera exempel på studier där blindningen inte har lyckats på grund av karakteristiska effekter eller biverkningar av aktiv behandling, exempelvis muntorrhet vid behandling med neuroleptika och underlivsblödningar vid behandling med östrogen. I vissa fall är det möjligt att ge biverkningsmotverkande medel som tillägg till aktiv behandling för att minska risken för att blindningen äventyras.

Andra faktorer som kan försvåra blindningen är bristande likhet mellan tabletter, inhalationspreparat etc avseende utseende eller smak. En stor "placeboeffekt" i kontrollgruppen kan tala för en lyckad blindning. I vissa studier låter man studiedeltagarna gissa om de fått aktiv behandling eller kontroll.

4. Det bortfall som bedöms här avser bortfall efter randomisering.

Det kan dock finnas tillfällen då även ett större bortfall sannolikt är slumpmässigt. Nedanstående exempel bör därför ses som riktvärden.

- Litet (<10 %)
- Måttligt (10–19 %)
- Stort (20–29 %)
- Mycket stort (≥ 30 %). Undersökningen bedöms ofta sakna informationsvärde vilket kan innebära att studien bör exkluderas.

Bortfallet varierar mellan olika tidpunkter i en studie och kan variera mellan olika effektmått.

Bortfallet är ofta större ju längre tid som har gått. Därmed kan behandlingsresultaten från de sista besöken vara av tveksam validitet, medan resultaten från de första besöken kan vara giltiga.

5. Kontroll av följsamheten är särskilt viktig då man inte ser en signifikant effektskillnad mellan grupperna. En bristande följsamhet kan minska såväl interventionens effekter som bieffekter.

Om interventionen har en signifikant effekt är kontroll av följsamheten ofta av mindre betydelse.

Undantag är om det var sämre följsamhet i gruppen som fick referensbehandling. Det senare är tänkbart i en placebokontrollerad studie om blindningen varit otillräcklig, alternativt om en referensbehandling har mycket högre frekvens av biverkningar. Ett riktmärke för vad som anses vara acceptabel följsamhet är att mer än 80 procent av deltagarna ska ha mottagit mer än 80 procent av behandlingen.

6. Det är inte ovanligt att studier med negativa resultat inkluderar förklarande efteranalyser (explanatory- eller post hoc-analyser) för att till exempel finna vissa subgrupper inom den studerade patientgruppen som kan ha nytta av behandlingen. Dessa analyser kan fylla en viktig hypotesgenererande funktion, men är naturligtvis behäftade med stor osäkerhet. Slutsatserna i en studie får därför aldrig baseras på sådana analyser.

7. Även om redovisade effektmått är rimliga, definierade i förväg och adekvat rapporterade, kan det finnas andra viktiga effektmått som utelämnats. Oftast gäller det effektmått för att bedöma risker som också bedöms under fotnot 8.

8. De vanligaste mått som används för dikotoma variabler är riskkvot (risk ratio, RR), oddskvot (odds ratio, OR), absolut riskreduktion/riskskillnad (risk difference) och number needed to treat (NNT). För kontinuerliga variabler används vanligen absolut skillnad i medelvärde (difference in means, mean difference). Alla måtten ska redovisas med lämpligt spridningsmått, företrädesvis ett 95 % konfidensintervall.

9. Resultaten kan analyseras enligt intention-to-treat (ITT) och/eller per protokoll (PP). En ITT-analys innebär att alla personer som randomiserats följs upp inom sin behandlingsarm, oavsett om de fått tilldelad behandling eller inte. Det är oftast den metod som bör användas. Om resultaten är beräknade på annat sätt än med ITT finns det risk för att behandlingseffekten blir överskattad. ITT-analysen kan kompletteras med en känslighetsanalys enligt "worst case scenario", där sämsta tänkbara utfall tillskrivs saknade patienter i den grupp som uppvisar bäst effekt och bästa tänkbara utfall tillskrivs saknade patienter i den grupp som uppvisar sämst effekt. Ibland är det önskvärt att även en PP-analys redovisas, vilket innebär att bara de som följt hela studieprotokollet ingår i analysen. Vid bortfall i studier där man använder kontinuerliga variabler eller skalor använder man ibland en beräkningsmetod där det senast uppmätta resultatet antas gälla även för senare tidpunkter då data saknas (Last Observation Carried Forward, LOCF).

Bilaga A – Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

10. Vid utfallsregistrering i en behandlingsstudie kan observatörsvariationen vara en svaghet. Ett exempel är om flera observatörer ska utvärdera röntgenbilder eller cytologiska prov. Då ska observatörsöverensstämmelse mellan alla, eller ett större antal av observatörerna, vara rapporterat. Detta kan ske i form av Kappa-överensstämmelse eller ”Intra-class Correlation Coefficient” (ICC), beroende på vilken skala som använts.

11. Powerberäkningar används för att beräkna studiers statistiska styrka, det vill säga för att räkna ut hur stor en studie bör vara för att med rimlig sannolikhet kunna påvisa en behandlingseffekt. Det är viktigt att författarna redovisar hur de kommit fram till vald studiestorlek och att beräkningen skett före studiestart. Annars kan det inte uteslutas att författarna successivt adderat deltagare till studien tills statistisk signifikans har uppnåtts.

BILAGA B – NEWCASTLE-OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE CASE CONTROL STUDIES

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

Selection

- 1) Is the case definition adequate?
 - a) yes, with independent validation *
 - b) yes, eg record linkage or based on self reports
 - c) no description
- 2) Representativeness of the cases
 - a) consecutive or obviously representative series of cases *
 - b) potential for selection biases or not stated
- 3) Selection of controls
 - a) community controls *
 - b) hospital controls
 - c) no description
- 4) Definition of controls
 - a) no history of disease (endpoint) *
 - b) no description of source

Comparability

- 1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis
 - a) study controls for _____ (Select the most important factor.) *
 - b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Exposure

- 1) Ascertainment of exposure
 - a) secure record (eg surgical records) *
 - b) structured interview where blind to case/control status *
 - c) interview not blinded to case/control status
 - d) written self report or medical record only
 - e) no description
- 2) Same method of ascertainment for cases and controls
 - a) yes *
 - b) no
- 3) Non-response rate
 - a) same rate for both groups *
 - b) non respondents described
 - c) rate different and no designation

BILAGA C – GRANSKNINGSMALL FÖR TVÄRSNITTSSTUDIER

1. Urvalsmetod

- Hela populationen
- Slumpmässigt urval
- Icke-slumpmässigt urval
- Uppgift saknas

2. Storlek på urvalet jämfört med populationen

- Hela populationen
- >50 %
- <50 %
- Uppgift saknas

3. Störfaktorer

Diskuterade författarna brister i studien, brister som kan ha påverkat resultatet?

- Ja
- Nej

4. Analys

a. Var en hypotes uppställd?

- Ja
- Nej

b. Var den statistiska metoden tillfredsställande?

- Ja
- Nej

BILAGA D – GRANSKNINGSMALL FÖR RELEVANSBEDÖMNING

1. Population

1.1. Beskrivning av kriterierna för inklusion i undersökningsgruppen

--

1.2. Beskrivning av studiegrupp, urval och allokering

Beskrivning av individer	Urvalsram (N)	Experiment				Observation			
		Intervention		Kontroll		Intervention		Kontroll	
		n	Urval*	n	Urval*	n	Urval*	n	Urval*

*Urvalskoder: H = Hela populationen, S = Slumpmässigt urval, IS = Icke slumpmässigt urval, ER = Ej rapporterat, N/A = Inte relevant (not applicable).

1.3. Demografisk information

	Grupp:			Grupp:			Grupp:		
Ålder									
	<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat		
Kön			% män			% män			% män
			% kvinnor			% kvinnor			% kvinnor
			% okänt			% okänt			% okänt
	<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat		
Etnicitet		%			%			%	
		%			%			%	
		%			%			%	
		%			%			%	
	<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat			<input type="checkbox"/> Inte rapporterat		
Övrigt									

2. Plats

2.1. Geografiskt område

- Sverige
- Norden
- Europa
- USA
- Övriga världen:

2.2. Beskrivning av den miljö (plats) studien gjordes i

--

Bilaga D – Granskningsmall för relevansbedömning

3. Metod

3.1. Vad var syftet med studien?

3.2. Vilken var studiens målgrupp (så som den definierades i artikeln)?

4. Resultat

4.1. Beskrivning av typ av data

- Kvantitativ
- Kvantitativ och kvalitativ
- Kvalitativ

4.2. Har alla relevanta resultat tagits i beaktande i studiens diskussion och slutsatser?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Oklart
- N/A