

# EXAMENSARBETE

*Våren 2007*

*Institutionen för Beteendevetenskap  
Psykologi*

**KBT på behandlingshem: Utkomst av behandling för unga kvinnor med multimodal psykiatrisk problematik.**

**Författare**

Johan Wetterlöv

**Handledare**

Elia Psouni

## **KBT PÅ BEHANDLINGSHEM: UTKOMST AV BEHANDLING FÖR UNGA KVINNOR MED MULTIMODAL PSYKIATRISK PROBLEMATIK**

**Johan Wetterlöv**

Den psykiska ohälsan ökar bland unga kvinnor och därmed också behovet av evidensbaserade effektiva behandlingsmetoder. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den behandlingsmetod som visat sig vara effektivast för en rad olika psykiatriska problem. För unga kvinnor med multimodal problematik är inte alltid poliklinisk-behandling tillräcklig utan en institutionsbehandling kan vara nödvändig. Forskningen av institutionsbehandlingar ger slutsatsen att de ska grundas på kognitiva och inlärningsteoretiska principer även om väldigt få studier gjorts på målgruppen; unga kvinnor med multimodalproblematik. Målet var att göra en sådan studie och se hur självskadebeteende, mående, psykofarmaka användande och behovet av sluten psykiatrisk vård påverkas hos unga kvinnor med multimodalproblematik som genomgått en KBT behandling på ett behandlingshem. Studien, genomförd som en självskattningsstudie med 19 deltagare, visade signifikanta resultat på dessa problem förutom på behovet av sluten psykiatrisk vård. Studien visade även ökad funktionsgrad hos de behandlade unga kvinnorna. En replikering av studien med andra parametrar och bättre uppföljning vore önskvärd.

I Socialstyrelsens Folkhälsa-Lägesrapport 2006 (2007), redovisas utvecklingen av psykisk ohälsa i befolkningen för åren 1994-2006. Trenden är positiv, d.v.s. ohälsa minskar för hela befolkningen, förutom bland unga kvinnor 16-24 år. Av unga kvinnor i åldersgruppen uppger 30 procent sig lida av ångslan, oro eller ångest mot 14 procent av de unga männen i samma åldersgrupp. Trenden bland skolbarn är likartad. Psykisk ohälsa minskar i alla grupper utom hos 15-åriga flickor. År 2005 vårdades ca 7300 personer över 15 år på sjukhus för avsiktlig självdestruktiv handling inklusive självmordsförsök, av vilka 60 procent var kvinnor. Många av dessa var i åldersgruppen 15-24 år och svårighetsgraden i deras sjukdomsbild kräver fortsatt psykologisk och psykiatrisk behandling på sjukhus och på institutioner/behandlingshem. Syftet med denna studie är att utvärdera behandlingen på ett sådant behandlingshem.

Bruket av institution har varit och är generellt mycket omdiskuterat som behandlingsinsats (Andreassen, 2002). Det kan föreligga en dubbelhet i att lagstiftningen stipulerar samhällets ansvar att skydda personer, och då framförallt ungdomar, som är självdestruktiva och har ett suicidnära beteende, samtidigt som man ska erbjuda behandling för en problematik som i förlängningen leder till olika former av tvångsomhändertaganden. Ungdomar med psykiatrisk problematik i öppenvården har ofta själva i hög grad medverkat i initieringen av behandling. Utkomsten av öppenvårdsinterventioner förutsätter också att patienten kommer på samtal och/eller sköter sin farmakoterapi. Det är när öppenvårdsbehandling inte fungerar eller när problematiken är multimodal och allvarlig som institutionsplacering blir aktuell som intervention. Fördelar med institutionsbehandling gentemot öppenvårdsbehandling är att institutionen, om den har en enhetlig personalgrupp, bättre kan kontrollera de eventuella kontextuella kontingenser som förstärker problembeteenden hos patienterna.

Behandlingen bör dock slutföras i den typ av miljö som patienten sen ska verka och leva i (Andreassen, 2002). Institutionsplacering erbjuder också större möjlighet till en mer korrekt problemanalys då man har möjlighet att observera patienterna under flera olika betingelser än i en öppenvårdsbehandling.

#### *Forskningen på utkomsten av institutionsbehandlingar*

Då det inte finns någon standardiserad beskrivning av vad som räknas som institutionsbehandling utgår denna studie från en allmängiltig beskrivning; hem, institution, avdelning eller liknande där den placerade bor under en längre eller kortare period och boendet är en förutsättning och en del av den behandling som erbjuds på institutionen. Andreassen (2002) har gått igenom och redovisat resultat från totalt 10 metaanalyser, som publicerats mellan 1980 och 2000. Metaanalyserna är gjorda på som minst 23 studier eller institutioner som mest 111 studier vardera. Andreassen har klassificerat resultaten från dessa metaanalyser i två klasser: Positiva effekter och inga eller negativa effekter. Andreassen drog slutsatsen utifrån resultaten av dessa metaanalyser att: "Som en konsekvens av forskningen bör institutionsåtgärder för ungdomar med allvarliga beteendeproblem anordnas utifrån kognitiv beteendeterapi och inriktas på att förändra såväl beteende som tänkesätt och färdigheter" (sid 193).

Största delen forskning på utkomsten av behandling på institution är gjord på pojkar eller unga män med kriminell problematik (Andreassen, 2002). Mycket få studier är gjorda på behandlingsresultat av institutionsplacerade flickor eller unga kvinnor med psykiatrisk problematik. De som finns är oftast av kvasiexperimentell design utan kontrollgrupp. Begränsat till studier gjorda på behandlingsutkomst av institutionsplacerade unga kvinnor med hög nivå av komorbida psykiatriska tillstånd och självskadande beteende (SSB) hittar jag bara fyra studier:

Först Bohus med kolleger (2000) beskrev en kvasiexperimentell studie gjord på 24 kvinnor, diagnostiserade med borderlinepersonlighetsstörning (BPD) inlagda på psykiatriskt sjukhus och behandlade med dialektisk beteendeterapi (DBT, en KBT-behandlingsmodell speciellt utvecklad för behandling för BPD). Författarna fann stora ESmått för bl.a. depressions- och ångestsymptomsreduktion hos de behandlade kvinnorna. Dock fann de små, men signifikanta ESmått för SSB-reduktion.

I en andra studie har Barley med kolleger (1993) jämfört DBT-behandling med psykodynamiskt inriktad behandling i en kontrollerad studie gjord på 130 patienter (79 % kvinnor) inlagda för behandling på två avdelningar på ett psykiatriskt sjukhus. På avdelningen som använde DBT såg man en signifikant reduktion i SSB jämfört med avdelningen som använde psykodynamiskt inriktad behandling.

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

Sist och mest nyligen har Kröger med kolleger (2005) gjort en studie på 37 patienter (88 % kvinnor) med BPD med hög grad av komorbida ångeststörningar, som var inlagda och behandlades med DBT i 3 månader på en psykiatrisk klinik i Tyskland. Vid 15 månaders uppföljning var det signifikanta förbättringar på en funktionsskattningsskala (GAF) och en depressionsskala (BDI) i jämförelse med skattningen på dessa skalor innan behandlingen påbörjades. Antalet confounds vid uppföljningen av denna studie är dock stor då 78 % av de avslutade patienterna var i fortsatt psykologiskbehandling vid 15 månaders uppföljningen och 41 % hade vid något tillfälle varit inlagda eller var inlagda på psykiatrisk sjukhusavdelning efter avslutad DBT behandling på kliniken.

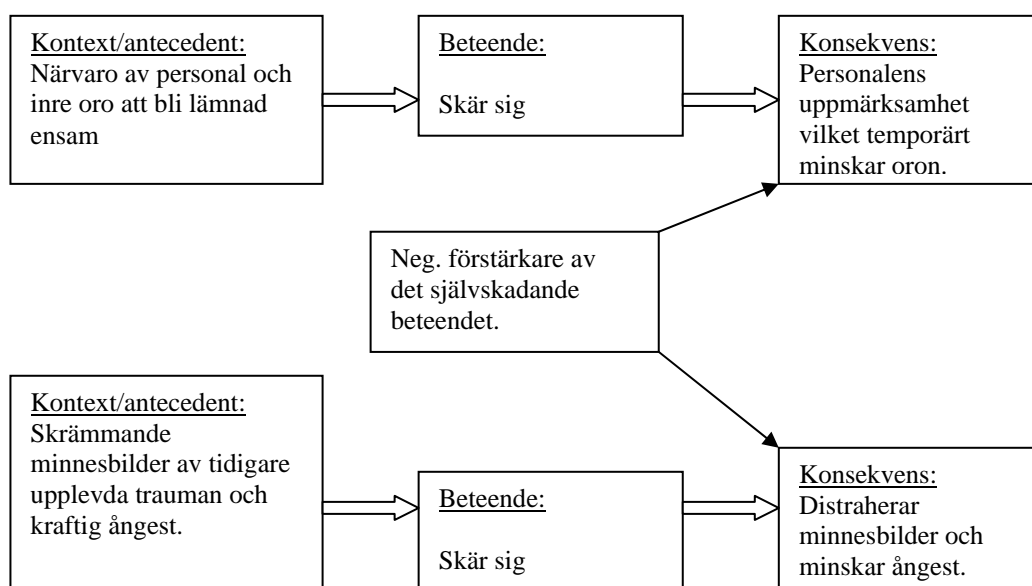
Det finns studier som visar att 40-61 % av ungdomar i behov av psykiatrisk och/eller psykologisk behandling inom psykiatrin skär eller rispar sig (Darche, 1990, Nixon, et al, 2002). I Sverige rapporterar Statens institutionsstyrelse att cirka en tredjedel av flickorna som vårdas där skadar sig själv (SIS, 2002). Av den psykiatriska slutenvårdspopulationen uppfyller 20 % kriterierna för BPD, även kallad emotionellt instabil personlighetsstörning. Av populationen som uppfyller diagnoskriterierna för BPD har 70-75 % minst en gång använt sig av SSB. Även om inte alla som uppfyller kriterierna för BPD är kvinnor, är majoriteten av personer som får diagnosen kvinnor (74 %) (Linehan, 1993). Långt ifrån alla unga kvinnor med SSB har en personlighetsstörning (Sternen, 2006). Andra psykiatriska diagnoser där förekomsten av SSB är vanlig hos unga kvinnor är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, ätstörningar och missbruk (Danielson et al, 2006 & Stiftelsen allmänna barnhuset, 2004). Orsaken till det låga antalet forskningsstudier på behandlingsutkomsten för institutionsbehandling av unga kvinnor med hög psykiatrisk komorbiditet och SSB är inte klarlagd. En bidragande faktor till detta kan vara att utbudet av kvalificerad behandling för denna population är litet (Kröger et al, 2005; Sunseri, 2004) och därmed är också underlaget för randomiserade och kontrollerade studier (RCT) litet. Behandlingstiden för denna komplexa population med multipla problem är oftast lång. Behandlingstider på 12-24 månader är inte ovanliga. Ytterligare en aspekt på varför det gjorts få RCT för denna population är den etiska, då behandlingspersonal skall randomisera och placera svårt lidande ungdomar i kontrollgrupp över lång tid (Scholte & Ploeg, 2005).

#### *Empiriskt stöd för KBT, som klinisk behandlingsmetod*

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

### Teoretisk bakgrund för KBT

De olika KBT-behandlingsmetoderna har sin grund i inlärningsteorier och kognitiva teorier (Hawton, Salkovski, Kirk & Clark, 2000; Melin, 2006). Inom KBT ser man inte psykiska störningar som symptom på underliggande orsaker eller andra abstraktioner till skillnad från t.ex. psykoanalytiska och psykodynamiska teorier. Problembeteenden är, analogt med andra beteenden, en funktion av den kontext individen befinner sig i vid varje aktuellt tillfälle och de kontingenser som då finns på beteende och kognitioner (Melin, 2006). I en klinisk miljö kan tillämpningen av analys på problembeteendet enligt operant betingning hos en person med SSB visa t.ex. följande funktioner av SSB, se figur 1 (Ramnerö & Törneke, 2006).



**Figur 1. Kontingenser av SSB (Ramnerö & Törneke, 2006)**

Innan några behandlingsinterventioner påbörjas i en KBT-behandling, gör KBT-terapeuten tillsammans med patienten alltid en grundlig problemanalys, en s.k. beteendeanalys (BA). En BA beskriver, utifrån KBT-modellen för etiologi, tre huvudområden med sex modaliteter i varje. De tre huvudområdena är beskrivning av problembeteende, kontextvariabler och vidmakthållande faktorer, med varje del innehållande beskrivning av situations-, beteende-, kognitiva, affektiva, interpersonella och fysiologiska modaliteter (Hawton et al, 2000). Wisung (2006) beskriver särdragen i en BA via tre punkter. Först, att man söker regelbundna förhållanden, samband eller funktionellt beroende i tid och rum, s.k. kontingenser mellan beteendena och patientens omgivning. Yttre beteenden mäts, inre beteenden (t.ex. kognitioner) försöker man beskriva i yttre beteenden som kan mätas. Den andra punkten är att man försöker förstå vilka faktorer som vidmakthåller problemet innan man gör en intervention. Det kan vara oönskade beteenden/kognitioner och/eller frånvaron av önskvärda beteenden. Sist terapeuten intervenerar till dess en lösning har hittats. Det är alltså en process där man skapar hypoteser, testar dem genom att införa en intervention, skapar nya hypoteser, o.s.v. Denna struktur av analys, problembeskrivning och psykopatologi teori är ungefär densamma oavsett problemområde (allt från specifikfobi till personlighetsstörning och schizofreni). Däremot skiljer sig behandlingsinterventionerna åt eller har olika vikt för respektive problemområde, även om de bygger på samma inlärningsteoretiska grund (Hawton et al, 2000).

Sammanfattning av kärninterventioner i KBT för några psykiska störningar aktuella för denna studie redovisar Foa och Rothbaum (1998), Deblinger och Heflin (1996), Hawton et al (2000), Linehan, (1993), Fairburn, (1997) och Öst (2006), se Tabell 1.

**PTSD:**

Psykoedukation, imaginär exponering, *in vivo* exponering, kontrollerad andningsträning, kognitiv omstrukturering, tankestoppsträning, avslappningsträning, modellinlärning och rollspel.

**BPD:**

Färdighetsträning i att hantera relationer, att reglera känslor, att stå ut när det är svårt och att vara medvetet närvarande. Validering, psykoedukation, exponering, social färdighetsträning och stöd.

**OCD:**

Exponering med responsprevention.

**Ätstörning:**

Psykoedukation, normalisering av ätvanor, dagliga registreringar av ätbeteende och kognitioner och emotioner kopplade till dessa. *In vivo* exponering och interpersonell färdighetsträning.

**Panikångeststörning:**

Psykoedukation, självobservationer, kognitiv (sokratisk) frågeteknik, avkatastrofiering, beteendeeexperiment och *in vivo* exponering.

**Depression:**

Beteendeaktivering, undvikande analys och ifrågasättande av dysfunktionella automatiska tankar.

**Socialfobi:**

Beteendeeexperiment med och utan säkerhetsbeteende. Video- och audiofeedback, exponering, kognitiv bearbetning av fobiska situationer.

**Tabell 1. Sammanfattning av kärninterventioner i KBT-behandling för några för denna studie aktuella psykiska störningar.**

*Orana behandlingshem*

Orana har totalt 17 vårdplatser för unga kvinnor, 15-22 år, fördelade på två enheter och tre lägenheter. Personalen på Orana arbetar uteslutande med KBT utifrån inlärningspsykologiska och kognitiva principer. Personalen, tillika behandlarna, utgörs av läkare, psykologer och psykoterapeuter, alla med psykoterapeutlegitimation i KBT. Även många av den övriga behandlingspersonal har minst grundläggande psykoterapeut-utbildning i KBT (9 av 17, två är socionomer, två har fil.kand examen i psykologi och en är leg.sjuksköterska). Varje patient har eget rum eller lägenhet och tillgång till personal dygnet alla timmar. Patienternas dagliga sysselsättning utgörs av att sköta och rida hästarna som finns på den ena enheten, studera vid offentlig eller privat skola i närområdet eller yrkespraktisera på någon närliggande arbetsplats. I den dagliga sysselsättningen ingår också att patienterna hjälper till med städning och matlagning på den enhet de bor på efter ett teckenekonomisystem. Modellen med teckenekonomi är ett systematiskt och differentierad konsekvens av patienternas deltagande i skötseln av sitt boende och sin vardag (Wolf et al, 1995). Patienterna erbjuds delta i olika aktiviteter såsom biobesök, fysiskträning och årligt återkommande skidsemester. För de patienter som bor i någon av Oranas tre lägenheter eller är under eftervårdsbehandling erbjuds gemensamma aktiviteter med personal två kvällar i veckan. På Orana använder man inga kontrollinterventioner såsom inlåsning, fasthållning, bältesläggning eller visitationer.

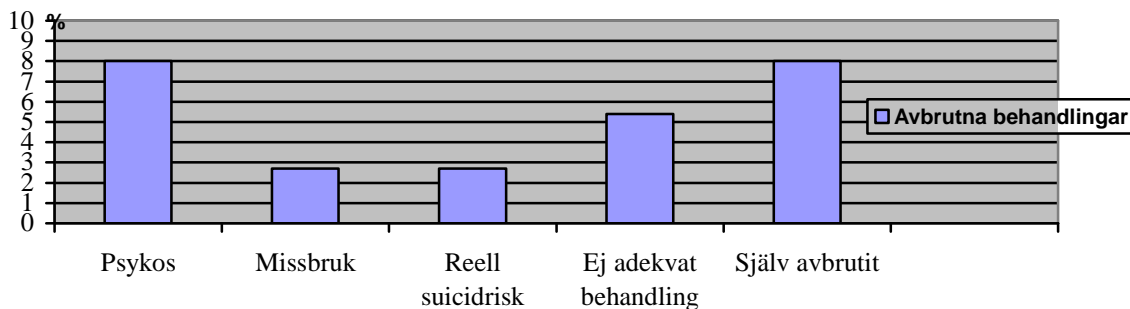
### Syfte

Studiens syfte var att utvärdera effekterna av KBT behandlingen på Orana för patienternas SSB, medicinering, mående, behov av sluten psykiatrisk vård efter avslutad behandling och ta reda på vilken boendeform patienterna bodde i efter avslutad behandling. Den fokuserade även hur patienterna upplevt de olika interventionerna; allians med sin terapeut/terapeuter, BA och målformulering som användes på Orana.

## Metod

### Deltagare

Denna studie utgjordes av 27 patienter som har genomgått *hela* behandlingen på Orana under 2000-2006. Ytterligare 10 patienter (27 %) påbörjade behandling på Orana under tiden som studien pågick men avbröt behandlingen. Tre (8%) avbröts p.g.a. att dem insjuknat i psykosjukdom, en (2.7%) p.g.a. reell suicidrisk, en (2.7%) p.g.a. missbruk, tre (8%) valde själva att avslutad behandlingen och två (5.4%) avbröt personalen på Orana då man bedömde att behandlingen inte var adekvat för respektive patients problematik (Figur 2).



**Figur 2. Redovisning av orsaker till avbrutna behandlingar på Orana 2000-2006**

De 27 % avbrutna behandlingarna kan ses som helt eller delvis misslyckade behandlingar. Vid en jämförelse med andra studier som redovisar avbrutna behandlingar för barn och ungdomar som placerats på behandlingshem så visar dessa att mellan 29.5 % och 62 % avbryter sina behandlingsplaceringar (Sunseri, 2001; Finnesey, 1988). I en stor studie som omfattade 9833 barn och ungdomar som placerats på behandlingshem i Kalifornien fann Sunseri (2005) att 43.3 % av behandlingarna avbröts.

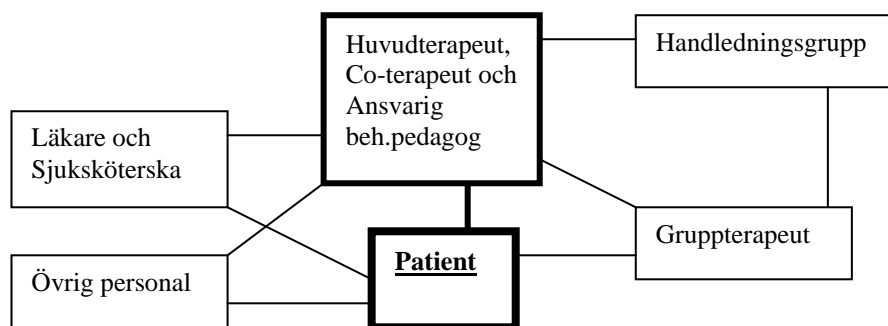
Av de 27 patienterna som genomförde hela behandlingen på Orana svarade 19 på enkäten (70 %). Av de åtta som jag inte fick något enkätsvar från har fem valt att inte svara, två har jag inte kunnat hitta någon adress till och en har avlidit (av somatisk sjukdom som inte var kopplad till anledningen att hon behandlades på Orana).

Patienterna var 14-20 år ( $M=17.6$ ,  $SD=1.6$ ) när de påbörjade behandlingen och hade minst ett men oftast flera av följande problem: SBB, ångeststörning, PTSD, personlighetsstörningsproblematik, depression, social fobi, OCD, ätstörning, neuropsykiatriska funktions svårigheter, specifik fobi och psykosocial problematik. Exklusionskriterier för behandling på Orana var primär missbruksproblematik och psykosjukdom. Före placering gjordes en skriftlig ansökan från ansvarig läkare eller socialsekreterare till Orana. Därefter genomfördes två bedömningsträffar av personal från Orana med patienten.

Alla patienter samtyckte till frivillig placering och behandling på Orana. Patienterna kunde själva avbryta sin placering och behandling när som helst under behandlingen. 24 patienter (89 %) kom från annan placering till Orana (56 % från psykiatrisk slutenvård, 33 % från annat behandlingshem, familje- eller jourhem). Övriga 3 patienter (11 %) bodde hemma i väntan på att få komma till Orana. Samtliga patienter hade varit aktuella för tidigare psykofarmaka, psykoterapeutiska, slutenvårds- och/eller sociala behandlingsinsatser, i förekommande fall under flera år, a priori till placeringen på Orana utan tillfredställande resultat.

### *Behandlingen*

Behandlingen var uppdelad i fyra faser där kraven på patientens funktionsgrad ökade successivt under hela behandlingen. Behandlingstiderna varierade stort. Den kortast genomförda behandlingen var på fyra månader och den längsta 51 månader (M=24.3, SD=12.4). I de totala behandlingstiderna ingick eftervården eftersom institutions behandlingar bör slutföras i den typ av miljö och under de kontextuella förhållanden som patienten efter behandlingen ska leva och verka i (Andreassen, 2002). All personal jobbade med varje patient men en huvudterapeut, en co-terapeut och en behandlingspedagog jobbade närmst patienten och hade huvudansvaret för patientens behandling (Figur 3). Patienterna hade individuella terapiesessioner med sina terapeuter 2 ggr/vecka. Patienterna hade dessutom möjligheten att delta i gruppterapi med inriktning färdighetsträning. Teamets terapeuter handledde och återkopplade till behandlings- pedagogen och övrig personal kring patientens problematik och behandlings-interventioner en gång i veckan. Teamets terapeuter fick handledning av handledningsgruppen minst en gång varannan vecka. Patientens eventuella farmaka-terapi ansvarade en läkare och en sjuksköterska för.



**Figur 3. Teambildning kring varje patient på Orana.**

Under **fas 1, analys och relationsbyggnads fasen**, som varade maximalt 3 månader gick patienterna igenom en mindre medicinsk undersökning. Målen under fas 1 var att identifiera, specificera och mäta problembeteenden, förstå faktorer som vidmakthöll problembeteenden samt operationalisera patientens mål med behandlingen. Utifrån sin problematik gjorde de olika psykologiska skattningar och deltog i en semistrukturerad skattningsintervju, *Anxiety Disorder Interview Schedule* (Brown, DiNardo & Barlow, 1994). Om misstanke om neuropsykiatriskt funktionshinder fanns gjordes också en neuropsykologisk utredning. Det gjordes baslinjemätningar för patienternas specifika problembeteenden genom att personalen och patienterna registrerade frekvens, duration och topografi för t.ex. SSB, ätstörningsbeteenden, viktfluktuation, panikattacker, undvikande beteenden, intoxication, suicidnära beteenden, sexuellt utåtagerande



beteenden, tvångstankar och tvångsbeteenden osv. I slutet av fas 1 presenterade respektive patients terapeuter för patienten en sammanställning av information, data och funktionella analyser för patientens problembeteenden i en skriftlig BA. Därefter presenterades BA för patientens remitterter och i förekommande fall för föräldrarna eller andra för patienten signifikanta personer. Under fas 1 sattes tung och/eller vanebildande psykofarmaka ut hos de patienter som hade detta kvar när de kom till Orana. Patienterna fick utifrån sin problematik också psykoedukation om sin psykopatologi utifrån inlärningspsykologiska principer. Ett andra mål med fas 1 var att bygga upp en relation med patienterna. Detta gjordes framförallt av personalen i varje team kring patienten genom att de använde DBT-interventionen validering, som är en acceptansstrategi. Validering görs i flera olika steg och på olika nivåer men betydelsen av begreppet står för att behandlaren kommunicerar till patienten att hennes problembeteenden har en funktion och är förståeliga utifrån hennes nuvarande livssituation och kontext (Linehan, 1993).

**Fas 2, behandling och färdighetsträningssfasen**, varade mellan 1-33 månader ( $M=8.6$ ,  $SD=7.4$ ) beroende på vilken problematik patienterna hade och svårighetsgraden av problematiken. Förutom den KBT-behandling patienterna fick utifrån sina problematikkaraktistika (Tabell 1) under denna fas, 1-3ggr/vecka, erbjöds de delta i gruppterapi 1ggr/vecka. I gruppterapin övade man olika färdigheter såsom stresshantering, avslappning, medveten närvaro (Linehan, 1993) och sociala färdigheter. Även om patienterna bodde på Orana under fas 2 återupprättade man vardagliga rutiner för att dem skulle beteendeaktiveras (Ramnerö, 2006) med skola, yrkespraktik eller jobb utanför institutionen som en behandlingsintervention mot depressiva symptom och institutionalisering men också för att skapa kontextuella förutsättningar för att behandla sociala färdighetsbrister.

Under **fas 3, utökade behandlingsfasen**, som varade mellan 2-18 månader ( $M=7.3$ ,  $SD=4.8$ ) bodde patienterna i en av Oranas lägenheter. I och med det mer autonoma boendet ställdes fler och högre krav på patientens ansvar för sin egen vardagliga livsföring. Patienterna hade fortsatt möjlighet att vistas vis tid på behandlingshemmet och delta i gemensamma aktiviteter. Under fas 3 fortsatte den psykoterapeutiska behandlingen och färdighetsträningen.

**Fas 4, vidmakthållandefasen**, pågick som längst under 18 månader ( $M=8.2$ ,  $SD=5.1$ ) och var av poliklinisk karaktär med liten eller ingen kontakt mellan patient och personal från Orana förutom de regelbundna psykoterapeutiska "booster" sessionerna patienterna hade med sina terapeuter.

### *Material*

En frågeenkät som personal på Orana själva utvecklat har använts. Enkäten innehöll totalt 42 varav 12 var av beskrivande, kvalitativ karaktär och 3 ja eller nej frågor. De övriga 27 frågorna skulle patienten skatta på en niogradig skala. Av de 42 frågorna har 14 använts för denna studie men resultaten på övriga kvantifierbara frågor redovisas i Tabell 3. Resultaten av de kvalitativa frågorna tolkas inte i denna studie. Kriterierna jag använde för vilka av enkätfrågor som skulle tas med i studien var; kvantifierbara, besvara effekterna av behandlingen eller hur patienterna upplevt de olika behandlingsinterventionerna. Att frågan om hur patienterna skattar sin relation till sin terapeut är med beror på att skapandet av relation med patienten är en uttalad behandlingsintervention på Orana.

Skattningsfrågorna som skulle skattas från extremt dålig/väldigt mycket till extremt bra/väldigt lite och var:

1. Om du hade självskadande beteende innan du kom till Orana. Skatta hur mycket du skadade dig?
2. Skatta hur mycket du skadar dig idag?
3. Skatta hur mycket du medicinerade när du kom till Orana?
4. Skatta hur mycket du medicinerar idag?
5. Skatta hur ditt mående var när du kom till Orana?
6. Skatta ditt mående idag?
7. Skatta hur viktig/bra var BA och mål planeringen?
8. Skatta din relation till din/dina terapeuter?
9. Skatta hur behandlingen på Orana inverkat på det mående du har idag?
10. Skatta hur du tror du mått idag om du inte gått igenom behandlingen på Orana?
11. Skatta hur du tycker behandlingen följde BA?
12. Skatta hur delaktig du var i BA och målplanering?

Ja eller nej frågorna var:

13. Har du varit inlagd på psykiatriskavdelning efter att du blev utskriven från Orana?
14. Tycker du att du fick hjälp med dina problem på Orana?

Fråga 1 och 2 avser att besvara behandlingens effekt på SSB genom att väga patienternas skattningar på dessa frågor mot varandra. Fråga 3 och 4 avser att ta reda på hur behandlingen påverkat patienternas behov av farmaka terapi. Fråga 5, 6, 9, 10 och 14 avser att besvara hur behandlingen påverkat patienternas problematik och hur mycket dem tillskriver behandlingen på Orana en eventuell förändring. Fråga 7, 11 och 12 avser att besvara hur patienterna såg på användandet av BA och målplanering. Fråga 8 avser att besvara hur väl terapeuterna lyckades skapa en relation och arbetsallians med patienterna. Fråga 13 avser att besvara om de som fick och besvarade enkäten 3 månader eller mer efter avslutad behandling hade varit inlagda på psykiatrisk avdelning.

Exklusionskriterier jag använde för vilka enkätfrågor som inte skulle ingå i denna studie var; kvalitativa, frågor om Oranas rutiner eller tyckande om Orana och dess personal generellt. Av de exkluderade frågorna var 12 av beskrivande, kvalitativa karaktär och 16 kvantitativa.

### *Procedur*

Enkäten skickades ut direkt efter avslutad behandling till som längst 30 månader efter avslutad behandling (M=11.3, SD=10.0). Patienterna besvarade själva frågorna och skickade sedan tillbaka enkäten till Orana. Patienterna informerades i bifogat brev att de kunde vara anonyma och att svaren skulle behandlas konfidentiellt. Som tack för sitt deltagande fick de en biocheck värd 100 kr. Det förutsatte förstås att de uppgav sitt namn på den tillbaka skickade enkäten. Utskick av enkäten har gjorts under två perioder. Första utskicket gjordes 2003-2004 till patienter som behandlats på Orana mellan 2000-2004. Svaren från första utskicket har personalen på Orana tidigare gjort en kvalitativ utvärdering på 2004. Andra utskicket gjordes under våren 2007 och skickades till de patienter som behandlats på Orana efter första utskicket. För att få data på vilken boendeform patienterna bodde i efter avslutad behandling har jag gått igenom journalerna som Orana hade på varje patient.

## R e s u l t a t

Deltagarnas svar på varje fråga sammanställdes och frekvensdata analyserades. Effektstorleken (ES) har räknats ut enligt formeln:  $t^2/(t^2+df)$ . Paired-samples t-test har använts för att analysera skillnaderna i deltagarnas skattningar på SSB, psykofarmaka användande och mående före och efter genomgången behandling. På övriga frågor har icke parametriskt  $\chi^2$  test använts och svaren har analyserats mot en hypotetisk jämn fördelning. Vid användandet av  $\chi^2$  test har, p.g.a. antalet deltagare, exakt sannolikhetsberäkning gjorts som komplettering och det gav samma signifikansnivå. Tabell 2 nedan sammanfattar signifikanta resultat.

**Tabell 2. Sammanfattning av signifikanta resultat och effektstorlek.**

Variabel	$\chi^2$	$t$	$p <$	$df$	ES	N	M	Sd
Skattad SSB-skillnad före och efter behandling		-2.75	.05	14	35%	15	3.73	1.62
							& 5.80	& 2.00
Skattad psykofarmaka användande-skillnad före och efter behandling		-2.16	.05	15	23.7%	16	3.69	2.06
							& 5.81	& 2.79
Skattat mående-skillnad före och efter behandling		-6.29	.001	18	68.7%	19	1.95	1.62
							& 6.05	& 2.72
"Behandlingens inverkan på måendet idag?"	12.29		.05	5		17	6.82	2.30
"Hur måendet varit utan behandling?"	13.37		.05	4		19	2.16	1.61
"Relation med terapeut/terapeuter?"	17.56		.01	4		18	8.06	1.73
"Fick du hjälp med dina problem på Orana?"	5.56		.05	1		18	1.22	.43

**Tabell 3. Sammanfattning av ej signifikanta resultat.**

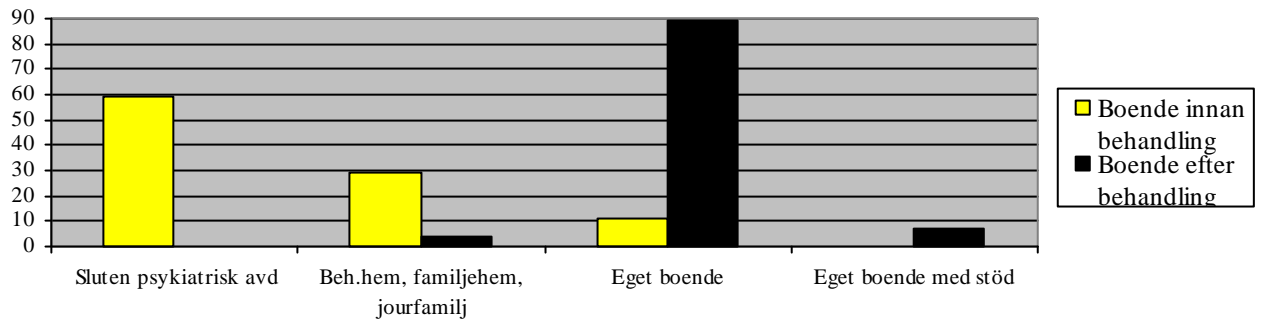
Variabel	$\chi^2$	$p =$	$df$	N	M	Sd
"Inlagd på psykiatrisk avdelning efter behandlingen?"	1.32	.25	1	19	1.63	.50
"BA och målplanering viktig?"	6.50	.26	5	16	6.38	1.96
"Hur tyckte du behandlingen följde BA?"	4.00	.78	7	16	5.94	2.65
"Delaktighet i BA och Målplanering?"	2.38	.88	6	16	5.94	2.29

På frågan om patienten hade SSB innan de kom till Orana har 15 patienter (79 %) svarat att de hade det. Av dessa har 11 patienter (73 %) slutat skära sig eller skär sig mindre än innan de genomgick behandlingen och skillnaden är signifikant. Av dem som svarat var 16 patienter (84 %) i pågående psykofarmaka terapi när de påbörjade behandlingen på Orana. Av dessa har 11 (69 %) av patienterna minskat eller använder aldrig eller nästan aldrig psykofarmaka efter avslutad behandling. Skillnaden är signifikant. Av patienterna uppger 18 (94.7 %) att de mådde dåligt eller mycket dåligt innan de påbörjade behandlingen, en patient svarar att hon mådde ganska bra. Av de 19 patienterna uppger 17 (89.5 %) att de mår bättre efter behandlingen, en patient (5.2 %) att hon mår likadant och en patient (5.2 %) att hon mår sämre. Skillnaden hur patienterna skattar sitt mående före och efter genomgången behandling är signifikant. Av de 17 (89.5 %) patienter som svarat på om de tror behandlingen har inverkat på deras mående idag har 14 (82.3 %) svarat att den har hjälpt eller hjälpt extremt mycket. Av patienterna tror 16 (84.2 %) att de skulle ha mått dåligt eller extremt dåligt idag om de inte genomgått behandlingen. Vid tillfället för enkäten hade 7 (36.8 %) patienter vid något tillfälle varit inlagd på psykiatrisk avdelning efter avslutad behandling på Orana, resultatet är dock ej signifikant. På frågan där de skulle skatta sin relation till

terapeuten/terapeuterna svarade 18 patienter och 17 (94.4 %) tyckte att de hade haft en bra eller extremt bra relation till sin terapeut/terapeuter medan en (5.6 %) ansåg att hon hade haft en mycket dålig relation till sin terapeut/terapeuter. På frågan om patienterna tyckte att de fick hjälp med sina problem på Orana har 14 (78 %) svarat ja och 4 (22 %) nej.

På de tre frågorna om BA och målplanering svarade 16 patienter och ingen av frågorna blev signifikanta. På frågan om BA och målplanering var viktiga/bra tyckte 9 (56.3 %) att det var det, 6 patienter (37.5 %) tyckte att det var varken bra eller dåligt och 1 patient (6.25 %) tyckte det var dåligt. På frågan om hur patienterna tyckte behandlingen följde BA svarade 4 (12.5 %) dåligt eller ganska dåligt, 11 (69 %) bra eller extremt bra och 1 (2.7 %) varken bra eller dåligt. På frågan om hur delaktiga patienterna känt sig i BA och målplanering svarade 10 (62.5 %) bra eller extremt bra, 3 (19 %) varken bra eller dåligt och 3 (19 %) dåligt eller extremt dåligt.

Genomgång av journalerna visar att 89 procent av patienterna flyttade till eget boende eller hem till sin familj, 7.4 procent till eget boende med stöd och 3.7 procent till familjehem efter avslutad behandling (Figur 4).



**Figur 4. Patienternas boende innan och efter avslutad behandling (%)**

**Tabell 4. Resultat av de kvantitativa frågorna som inte tas med i studien**

Variabel: Vad tyckte du om..	$\chi^2$	$p=$	$df$	$N$	$M$	$Sd$
"Att du fick träffa oss innan placering?"	9.22	.06	4	18	7.28	2.24
"Att först när vi sagt ja till placering fick du komma på besök?"	8.06	.15	5	17	7.24	2.33
"Informationen du fick om Orana innan placering?"	10.84	.09	6	19	5.89	1.52
"Informationen om daglig verksamhet på Orana?"	1.26	.87	4	19	5.79	1.32
"De dagliga aktiviteterna?"	8.95	.35	8	19	5.53	2.25
"Fritidsaktiviteterna?"	3.90	.42	4	19	6.84	1.86
"Hjälpen du fick när du flyttade från Orana"	3.20	.78	6	15	5.60	3.11
"Hur det fungerade att ringa Orana när du mådde dåligt och var i utsluss eller eftervård?"	5.94	.31	5	17	3.59	2.40
"Hur fungerade det att personalen ringde dig, hur ofta o.s.v.?"	3.24	.86	7	17	4.18	2.46
"Hur var kontakten med din placerande kommun/landsting?"	23.78	.001	7	18	3.50	2.96
"Hur var Oranas kontakt med din placerande kommun/landsting?"	4.70	.79	8	17	4.94	2.38
"Behandlingshemmet som helhet?"	13.89	.03	6	18	6.83	2.50
"Bemötandet från personalen när du bad om hjälp?"	7.05	.53	8	19	6.16	2.59
"Bemötandet från personalen när du mådde bra?"	.74	.95	4	19	6.74	2.38
"Bemötandet från personalen när du mådde dåligt?"	3.26	.92	8	19	5.21	2.53
"Rekommendera Orana till annan hjälpsökande?"	6.37	.01	1	19	1.21	.42

## D i s k u s s i o n

Målet med denna studie var att utvärdera hur unga kvinnliga patienter med multimodal psykiatrisk problematik, som genomgått KBT behandling på ett behandlingshem, upplevde utkomsten av behandlingen för sitt SSB, mående och psykofarmaka användande. Studien visar statistiskt signifikant att behandlingen reducerar SSB, förbättrar måendet och minskar användande av psykofarmaka. Detta tyder på att behandlingen är effektiv. Studien visar också att användandet av de tre interventioner som är gemensam för alla patienter som behandlas på Orana oavsett vilken problematik/diagnos de har; användandet av BA, operationalisera patientens mål med behandlingen och skapa en bra relation med patienten, har majoriteten av patienterna skattat som bra/viktiga eller extremt bra/viktiga. Att det inte blivit några signifikanta resultat på frågorna om användandet av BA och målplanering kan bero på att patienterna inte uppfattat dessa interventioner tydligt.

Av patienterna behandlades 59 procent på slutenspsykiatrisk avdelning och 29.6 procent bodde på behandlingshem, familjehem eller jourfamilj innan de kom till Orana. Efter avslutad behandling bodde 89 procent i eget boende eller med sin familj. Detta kan tolkas som en ökad funktionsnivå hos patienterna efter genomgången KBT behandling på Orana.

Fynden från denna studie är svåra att jämföra med de fyra andra studier som är gjorda på institutionsbehandling med liknande patientpopulation då de använt andra parametrar eller bara redovisar kontrollerade och ej inomgrupps ES. Svårt att generalisera också eftersom behandlingen i denna studie skiljer sig något från dessa fyra studier då dessa är DBT behandlingar. Nedan försöker jag relatera till specifika fynd i den litteratur som finns.

Bohus med kolleger (2000) fann, precis som denna studie, små men signifikanta effektstorlekar (ES) för självskadereduktion (SSB-reduktion) efter avslutad behandling. Författarnas studie visade något bättre resultat för SSB-reduktion vid uppföljningen än denna studie (88 % som minskat eller slutat använda SSB efter genomgången behandling mot denna studies 73 %). Dock gjordes uppföljningen i den studien bara 4 veckor efter avslutad behandling emedan uppföljningen i denna studie var det bara 2 patienter som skattade sitt SSB inom samma tid, övriga skattade mellan 3-30 månader efter avslutad behandling. Så även om Bohus et al studie visar något bättre resultat, visar denna tydligare de långsiktiga effekterna av behandlingen. I övrigt har författarna använt andra parametrar i sin studie så inga vidare jämförelser kan göras.

Kröger med kolleger (2005) har i en studie använt GAF och BDI som parametrar för utkomsten av DBT-behandling och inte mätt förekomsten av SSB. Därmed är det svårt att jämföra denna studie med deras. Författarna redovisar däremot användandet av sluten psykiatrisk vård efter avslutad behandling (41 %) vilket är liknande siffror som denna studies (36.8 %). Skillnaden är då att patienterna i deras studie har en majoritet av de patienter som varit inlagda på psykiatrisk avdelning varit inlagda mer än 2 veckor medan det för patienterna i denna studie nästan enbart handlar om 1-2 dygns vård på psykiatrisk avdelning. Även om denna studie visar något lägre siffror av användandet av sluten psykiatrisk vård efter behandlingen än Kröger och kollegers studie är det inga tillfredställande resultat. En förklaring kan eventuellt Andreassen (2002) ge i sin

slutsats: ”Totalt sett visar resultaten att just den grupp (population) som institutioner har att göra med är den grupp som anpassar sig sämst till behandlingen” (sid. 170).

Studien gjord av Sunseri (2004) på Summitview Child Treatment Center har den patientpopulation som liknar Oranas mest (flickor 12-18 år med multimodal problematik). Till skillnad på behandlingen på Orana använde man sig av kontrollinterventioner på Summitview Child Treatment Center, som t.ex. bältesläggning, fasthållning och isolering av patienterna. Detta gjordes när patienterna var engagerade i någon form av självskadebeteende. Sunseri har inte redovisat direkt hur SSB hos patienterna påverkats av behandlingen, däremot har studien visat en signifikant minskning av kontrollinterventioner efter införandet av DBT i jämförelse med pre-DBT. Därmed går det inte att göra någon jämförelse med denna studie.

Barley med kolleger (1993) jämförde i en studie DBT med psykodynamisk inriktad behandling på ett psykiatriskt sjukhus. De fann att DBT behandlingen gav bättre resultat på minskningen av SSB. Författarna har dock inte redovisat de faktiska siffrorna utan bara statistisk mätning på skillnader mellan de två behandlingarna. Därmed går det inte att göra någon jämförelse med denna studie.

Öst (2006) redovisar det empiriska stödet av KBT behandling för SSB i fyra metaanalyser på kontrollerade studier enligt formeln för ES:  $(M_t - M_k)/SD_{t+k}$ . ES 0,20 anses som liten, 0,50 måttlig och 0,80 som stor ES. Analyserna gav ES mellan 0,34 och 0,41 vilket var liten ES. För att kunna jämföra och generalisera resultaten av denna studie, vad gäller SSB-reduktion, har jag använt motsvarande formel för okontrollerad (inomgrupps) ES:  $(M_{\text{före}} - M_{\text{efter}})/SD_{\text{f+e}}$ . Öst anger något högre värden för inomgrupp beräkningen, 0,50 som liten ES, 0,80 måttlig och 1,10 som stor ES. Genom att använda formeln på denna studie har jag möjlighet att jämföra ES med Östs studier. Slutsatsen, då denna studies ES för SSB-reduktion blir 0,57 enligt uträkning med formeln ovan, är att fynden ger liten ES och därmed är generaliserbar med andra studier av KBT för SSB. Jag har inte hittat användandet av några fler motsvarande parametrar i litteraturen, för övriga fynd i denna studie, och kan därmed inte göra några fler jämförelser.

#### *Reliabilitet och validitet.*

Kritik mot denna studie kan vara att frågorna delvis varit av retrospektiv karaktär och frågeenkätens validitet och reliabilitet inte testats i tidigare studier. Trots påminnelser har jag inte fått tillbaks enkäten från 30 procent av patienterna. Detta kan ha påverkat resultaten i någon riktning. Enkätfrågorna 7 och 12 var positivt och ledande formulerade vilket kan ha ökat risken att svaren är påverkade i positiv riktning. Det har också saknats frågor om patienterna tycker behandlingen uppfyllt de mål som dem själva hade med behandlingen. Resultatet av frågorna om patienternas mående innan och efter behandlingen är svårt att tolka då de är generella. ”Mående” är ospecifikt och kan betyda ångest, depression o.s.v, men likaväl ryggont eller annat. Frågorna i enkäten har från början inte varit optimalt utformad men för att kunna använda data från första utskicket har jag använt den ursprungliga versionen vid andra utskicket. Det är svårt att dra generella slutsatser av behandlingens vidmakthållande effekter över tid då patienterna svarat på enkäten vid olika tidpunkter efter avslutad behandling. Det har inte heller gjorts någon strukturerad uppföljning efter avslutad behandling och går därmed inte att dra några slutsatser om behandlingens eventuella vidmakthållande effekter. Med behandlingstider på upp till 51 månader ( $M=24.3$ ,  $SD=12.4$ ) och utan kontrollgrupp kan inte möjligheten att effekterna helt eller delvis beror på spontanförbättring uteslutas. Även om deltagarna kunde vara anonyma kan det faktum att dem skulle skicka enkäten till Orana påverkat deras svar.

*Förslag till vidare forskning.*

Önskvärt vore att göra en studie som enbart använda parametrar som bättre mäter patientpopulationens specifika problem och vars validitet och reliabilitet är testade och accepterade. Viktigt också att göra uppföljningsstudier för att kunna se behandlingens eventuella långsiktiga effekter. Även om den inte, av etiska skäl, kan bli en randomiserad studie så blir designen mer ”vetenskaplig” än denna och är därmed också mer tillförlitlig. Det skulle också vara önskvärt att jämföra två eller flera olika institutionsbehandlingar för målgruppen; multidiagnostiserade unga kvinnor med självskadeproblematik i en kontrollerad studie. Landstingspsykiatri, Barn och Ungdomspsykiatri och Statens Institutionsstyrelse (SiS) är landets tre största institutioner när det gäller behandling av unga kvinnor med SSB. De skulle kunna producera omfattande studier på behandlingsresultatet av sina behandlingar, men av någon anledning sker inte detta.

## R e f e r e n s e r

APA (2002). *DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

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

Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., Hollingsworth, A.S., Griva, M., Hickerson, S.C., et al (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 7(3), 232-240.

Barlow, D.H. (Red) (1993). *Clinical handbook of psychological disorder*. New York, NY: The Guilford Press.

Bohus, M., Haaf, B., Stihlmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research And Therapy*, 38, 875-887.

Brown, T.A., DiNardo, P.A. & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, Psychological Corporation.

Clark, D.M., Fairburn, C.G. (Red) (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Danielson, C.K., De Arellano, M.A., Ehrenreich, J.T., Suarez, L.M., Bennett, S.M., Cheron, D.M., et al (2006). Identification of high-risk behaviours among victimized adolescents and implications for empirically supported psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 12, 364-383.

Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31-35.

Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Finnesey, A.G. (1988). The prediction of treatment outcome in a residential program for emotionally disturbed boys. *Dissertation Abstracts International*. 8814616.

Foa, D.B., Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: The Guilford Press.

- Hawton, H., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (Red) (2000), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Kröger, C., Schwieger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T., et al (2005). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Melin, L. (2006). Teoretisk bakgrund. L-G. Öst (Red), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (sid 13-31). Stockholm: Natur och Kultur.
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 11, 1333-1341.
- Ramnerö, J.(2006). Depression och bipolär störning. L-G. Öst (Red), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (sid 143-161). Stockholm: Natur och Kultur.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC, en introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Studentlitteratur.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D. (2005). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence*, 29, 641-654.
- Statens institutionsstyrelse, (2002). *Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999-bakgrund, livssituation och behandlingsbehov*. Sverige: SIS
- Socialstyrelsen (2007). *Folkhälsa-Lägesrapport 2006*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.
- Sterner, T. (2006). Självskadande beteende. L-G. Öst (Red), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (sid 227-243). Stockholm: Natur och Kultur.
- Stiftelsen allmänna barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva: en belysning av forskningsläget*. Skriftserie 2004:1. Stockholm, Sverige: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Sunseri, P.A. (2001). The prediction of unplanned discharge from residential treatment. *Child & Youth Care Forum*, 30(5), 283-303.
- Sunseri, P.A. (2004). Preliminary outcomes on the use of dialectical behaviour therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment For Children & Youth*, 21(4), 59-77.
- Sunseri, P.A. (2005). Children referred to residential care: Reducing multiple placements, managing costs and improving treatment outcomes. *Residential Treatment For Children & Youth*, 22(3), 55-66.
- Wisung, H. (2006). Beteendeanalys. L-G. Öst (Red), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (sid 33-49). Stockholm: Natur och Kultur.
- Wolf, M.M., Kirgin, K.A., Fixen, D.L., Blasé, K.A. & Braukmann, C.J. (1995). The Teaching family model: A Case Study in data-based program development and refinement. *Journal of Organizational Behaviour Management*, 15(1), 11-38.
- Öst, L-G.(Red) (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.



