

Allmän SiS-rapport
2002:2

Problemsyndrom hos flickor på särskilda ungdomshem

Av Marie-Louise Berg

Förord

Flickor utgör ungefär en tredjedel av samtliga ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem, vilket framförallt hänger samman med att flickor inte är lika utagerande, t ex kriminella, som pojkar. Våra kunskaper om flickors anpassningsproblem är bristfälliga. Detsamma gäller deras behandling. SiS har sedan 1997 intervjuat merparten av de ungdomar som skrivs in på särskilda ungdomshem med sk ADAD-formulär. Intervjuuppgifterna bildar ett rikhaltigt forskningsregister som gör det möjligt att nå fördjupad kunskap om bl a flickors problem.

I rapporten redovisas en analys av vilka problemprofiler som återfinns bland flickor inskrivna på särskilda ungdomshem. Flickorna som ingår i de olika profilgrupperna studeras vad gäller bakgrundsfaktorer. En viktig fråga är om det finns flickor som har allvarliga utagerande problem. De anpassningsproblem som ingår i analysen är fysiska hälsoproblem, psykiska problem av inåtvänd natur, psykiska problem som innefattar aggressivitet och kontrollförlust, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk och brottslighet.

Resultaten visar att flickgruppen på SiS institutioner är mycket heterogen när det gäller problembilder. Sex skilda grupper erhöles i en klusteranalys. I fyra av de sex grupperna finns ett uttalat missbruk. En var en multiproblemgrupp där flickorna visade höga värden på alla anpassningsproblem och deras missbruk omfattade framförallt läkemedel och värktabletter. I en annan grupp hade flickorna psykiska problem av inåtvänd natur, alkoholmissbruk och brottslighet. Den tredje gruppen karaktäriseras av förekomsten av psykosomatiska problem, psykiska problem av inåtvänd natur, brottslighet samt ett omfattande narkotikamissbruk av framförallt amfetamin, heroin och läkemedel. I den fjärde gruppen fanns inga psykosomatiska eller psykiska problem men däremot brottslighet och narkotikamissbruk av främst amfetamin och hasch.

För SiS utgör resultaten viktig kunskap när det gäller den fortsatta diskussionen om hur behandlingsinsatser skall utformas och differentieras när det gäller flickor.

Rapporten är en något reviderad version av en D-uppsats som lades fram vid psykologiska institutionen i Stockholm våren 2001.

Stockholm i januari 2002

Vera Segraeus
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord	1
INLEDNING	4
ANPASSNINGSPROBLEM I ETT INTERAKTIONISTISKT PERSPEKTIV	4
<i>Anpassning mellan individ och omgivning</i>	4
<i>Anpassningsproblem</i>	4
<i>Yttre och inre anpassning</i>	5
<i>Syndrom</i>	5
FLICKOR MED ANPASSNINGSPROBLEM	5
<i>Externaliserande – internaliserande problem</i>	5
<i>Familj och bakgrund</i>	6
FLICKOR PÅ SÄRSKILDA UNGDOMSHEM	7
<i>Särskilda ungdomshem</i>	7
<i>ADAD-intervjun</i>	8
DEN HÄR UNDERSÖKNINGEN	10
<i>Syfte</i>	10
<i>Definition av anpassningsproblem</i>	11
<i>Frågeställningar</i>	11
METOD	12
DATAUNDERLAG	12
UNDERSÖKNINGSGRUPP OCH BORTFALL	12
UNDERSÖKNINGSVARIABLER	13
<i>Konstruktion av variabler</i>	13
<i>Reliabilitet</i>	16
ANALYSMETOD	17
<i>Identifiera och ta bort individer med extrema eller unika mönster</i>	17
<i>Hierarkisk klusteranalys</i>	17
<i>Simulerad klusteranalys</i>	17
RESULTAT	19
DEN HIERARKISKA KLUSTERANALYSEN	19
<i>Jämförelse med klusteranalys av slumpdata</i>	19
SEX-KLUSTERLÖSNINGEN	19
INDIVIDER MED EXTREMA ELLER UNIKA MÖNSTER	20
FLICKORNAS MISSBRUK OCH BROTTSTYP FÖRDELAT PÅ DE OLIKA KLUSTREN	21
<i>Missbruk</i>	21
<i>Brottstyp</i>	22
FLICKORNAS BAKGRUND, HEMMILJÖ OCH INTAGNINGSORSAK FÖRDELAT PÅ DE OLIKA KLUSTREN	23
SAMMANFATTNING	26
DISKUSSION	28
<i>Vilka olika typer av problemprofiler återfinns hos flickor på särskilda ungdomshem?</i>	28
<i>Finns det en problemprofil av flickor som är våldsamma och har allvarliga utagerande problem?</i>	29
<i>Skiljer sig flickor med olika problemprofiler åt när det gäller olika bakgrundsfaktorer?</i>	30
<i>Går det att se olika mönster av problem för flickor i olika åldrar?</i>	30
<i>Studiens generaliserbarhet</i>	30
<i>Vidare forskning</i>	31

REFERENSER	33
BILAGA 1	36
<i>Imputering av internt bortfall</i>	<i>36</i>
BILAGA 2	38
<i>Sammanslagningskoefficient och förklarad procent av felkvadratsumman</i>	<i>38</i>
<i>Sammanslagningar av kluster och hierarkiska strukturer</i>	<i>39</i>
<i>Medelvärdesprofiler i råpoäng</i>	<i>42</i>
<i>Profiler av standardiserade klustermedelvärden</i>	<i>43</i>

INLEDNING

Flickor med allvarliga anpassningsproblem har inte på långt när ägnats lika stor uppmärksamhet som pojkar med problem (Robins, 1986; Andersson, 1996; Chesney-Lind, 1997; Zoccolillo & Rogers, 1991). Ett skäl kan vara att flickor ofta vänder sina problem inåt och därför inte märks lika mycket som pojkar och deras problem. Om pojkars symtom på antisocialt beteende är utagerande, kan flickors vara skoltrötthet, tidig flyttning från hemmet, många och tidiga sexuella förbindelser, otillfredsställelse i parrelationer samt graviditeter och aborter (Stattin, 1993). Flickors problem ter sig generellt inåtvända och kan ta sig uttryck i ängslan, depression, initiativlöshet och längre fram i missbruk och svårigheter i partnerrelationer (Lagerberg & Sundelin, 2000).

Att flickor agerar sina problem inåt är dock inte hela sanningen. Även om utagerande beteenden är vanligare hos pojkar än hos flickor finner man i epidemiologiska studier att det är den näst vanligaste typen av psykiatrisk störning hos flickor (Zoccolillo, 1993).

Allt fler, både forskare och fältarbetare, vittnar om att allvarliga utagerande problem ökar bland flickor. Kvinnligt våld har specialstuderats i Brå-rapport 1999:15. Enligt rapporten är andelen våldsbrott fortfarande mycket låg för kvinnor jämfört med män. Under perioden 1975–1997 har dock andelen kvinnor som misstänkts för våldsbrott ökat med 60 procent, från 5,5 till 8,5 procent (ibid, s 8). De brott som ökat mest är våld mot tjänsteman och misshandel. Misshandel har ökat mest bland de yngsta flickorna mellan 15–17 år.

Anpassningsproblem i ett interaktionistiskt perspektiv

Anpassning mellan individ och omgivning

Människan lever och utvecklas i en ständig interaktion med andra individer i det samhälle och den kultur hon själv är del av. Denna interaktion bygger dels på hur individen uppfattar sin omgivning och dels på hur han själv uppfattas av andra. Individens tolkning av omgivningen grundar sig på tidigare erfarenheter, förväntningar och interaktioner. Interaktion äger rum på olika nivåer, mellan psykologiska och biologiska system inom individen och mellan individ och miljö (Magnusson, 1988).

Anpassningsproblem

Normen för vad som är normalt varierar beroende på ålder, regler för uppförande etc. För att kunna uttrycka vad som är avvikande måste man ha definierat vad som är normalt.

Med anpassningsproblem avses avvikelser från en biologisk, psykologisk eller social norm. Avvikelse från en biologisk norm kan vara till exempel psykosomatiska problem. Avvikelse från en psykologisk norm uttrycker sig ofta som avsaknad av subjektiv tillfredsställelse, till exempel som depression. En avvikelse från sociala normer kan vara kriminalitet. Anpassningsproblem betraktas som problem i interaktionen mellan individ och hans omgivning, inte som en störning hos individen själv (Cairns, Bergman & Kagan, 1998; Magnusson, 1988).

Yttre och inre anpassning

Magnusson (Magnusson et al, 1975) gör en grundläggande åtskillnad mellan yttre och inre anpassning. Yttre anpassning beskrivs som överensstämmelsen mellan barnets beteende och omgivningens förväntningar när det gäller uppförande och prestationer av olika slag. Yttre anpassning formuleras alltså utifrån omgivningens perspektiv. När den yttre anpassningen misslyckas resulterar det ofta i yttre symptom som kriminalitet, misslyckande i skolan och att man blir avvisad av sina kamrater. Inre anpassning handlar om individens perspektiv på situationen och syftar på överensstämmelsen mellan individens behov, värderingar och motiv och den behovstillfredsställelse han eller hon kan få från omgivningen via sitt eget beteende. När den inre anpassningen misslyckas resulterar det ofta i depression, ångest och låg självkänsla, d v s inre symptom.

Åtskillnaden mellan yttre och inre anpassning får stöd i den empiriska uppdelningen mellan externaliserande och internaliserande problem som Achenbach med medarbetare (1995) har gjort. De har med hjälp av faktoranalys identifierat två olika syndrom som de menar ger en grundläggande beskrivning av hur symptom och problem grupperar sig hos barn med psykiska problem. I den första syndromgruppen återfinns inre, känslomässiga och subjektivt upplevda problem, tillbakadragenhet, somatiska problem och ångest/depression. Dessa brukar kallas internaliserande problem. Den andra gruppen innehåller syndrom av yttre anpassningsproblem, kriminalitet och aggressivitet – externaliserande problem. Ännu en grupp har identifierats, den innehåller dock inga entydiga symptom och tillhör varken den internaliserande eller externaliserande problemgruppen. I den återfinns störningar i sociala relationer, problematisk tankeaktivitet och uppmärksamhetsstörningar.

Grupperingarna inre och yttre anpassning, internaliserande och externaliserande problem har också viss överensstämmelse med den åtskillnad som görs i ICD-10 (WHO:s diagnostiska manual) mellan conduct disorders och emotional disorders.

Syndrom

De flesta störningstillstånd förändras över tid. Man kan till exempel förvänta sig att enstaka problem och störningar hos en individ rättas till i samspelet mellan individ och omgivning. Ibland beskrivs det som att individen växer ifrån sina problem. Det sker genom att vuxna och kamrater reagerar negativt på störande beteenden och på olika sätt hjälper till att rätta till dem. Skulle det av någon anledning inte ske kan man tvärtom förvänta sig att problemen ackumuleras under utvecklingen (Bergman & Magnusson, 1997). Teoretiskt sett kan man därför förvänta sig att allvarliga anpassningsproblem uppträder i mönster eller syndrom (Magnusson, 1988). Att svåra problem ofta förekommer tillsammans bekräftas av många forskare (t ex Armelius et al, 1996; Friedman & Utada, 1989; Forsling, 1992; Runquist, 1999; Wångby & Bergman, 1996).

Flickor med anpassningsproblem

Externaliserande – internaliserande problem

Flickors anpassningsproblem antas till största delen vara internaliserande, men flera rapporter visar att flickor med svåra anpassningsproblem agerar sina problem både utåt och inåt (Robins, 1986; Wångby & Bergman, 1996; Zoccolillo, 1992).

Några författare har pekat på ett nära samband mellan inåtvända och utagerande anpassningsproblem för flickor. När det gäller flickor med antisociala problem har man särskilt betonat det nära sambandet med andra psykiatriska problem (Zoccolillo, 1992). Robins (1986) ifrågasätter den externaliserande beteckningen av drogmissbruk för kvinnor. Hon menar att kvinnors drogmissbruk kan utvecklas av alla slags mönster av anpassningsproblem, där både psykiska problem och kriminalitet ingår.

Det finns starka skäl att ha ett helhetsperspektiv och undersöka både internaliserande och externaliserande problem samtidigt.

Familj och bakgrund

Instabila uppväxtförhållanden, känslomässiga band inom familjen, förekomsten av sociala problem, avvikande beteende hos föräldrarna samt splittrade familjer har betydelse för ungdomars utveckling av anpassningsproblem (Andersson, 1993; Chesney-Lind, 1997; Bergman & Wångby, 1998; Forsling, 1992; Söderholm Carpelan, 1992).

Flera forskare har observerat att flickor med anpassningsproblem ofta har svårare hemsituation än pojkar med problem (Forsling, 1992; Andersson, 1993; Robins, 1966; Bergman & Wångby, 1998). Iakttagelsen av en svårare familjesituation för flickor med anpassningsproblem än för pojkar förklaras på flera olika sätt av olika forskare.

En förklaring är att flickor skulle ha en högre tröskel än pojkar att utveckla anpassningsproblem (Robins, 1966). Enligt den hypotesen krävs svårare yttre omständigheter för att flickor ska reagera med utagerande beteende än för pojkar att göra det. Feministiska forskare har kopplat flickors svårare hemsituation till att föräldrar har strängare syn på flickors ”utespring”, rymningar och sexualitet jämfört med pojkars (Chesney-Lind, 1997; Andersson, 1996). Bergman och Wångby (1998) menar att den överrepresentation av dysfunktionella familjer som observerats hos flickor med svåra anpassningsproblem kan vara kopplad till en högre risk att utsättas för traumatiska uppväxtförhållanden. De menar att det finns en grundläggande ojämlikhet mellan könen gällande de mest basala uppväxtvillkoren. En möjlig tolkning är att föräldrars bindning är svagare om barnet är en flicka än om det är en pojke.

Sexuella problem

Sexuella problem som tidig sexdebut och många partners är ett uppmärksammat avvikande beteende när det gäller flickor. Det finns många studier som handlar om samband mellan övergrepp som barn och promiskuösa, asociala, utagerande beteenden hos flickor. Det finns också studier som pekar på skillnaden i synen på flickors och pojkars sexualitet, d v s att problem av sexuell natur betraktas som avvikande beteende för flickor men inte för pojkar. De menar att normbrott framförallt inom sexualitetens område väcker behov att omhänderta flickor för att skydda dem (Andersson, 1993; Chesney-Lind, 1997; Forsling, 1992; Runquist, 1999; Schlytter, 1999).

Rymningar

Rymmande ungdomar betraktas som ”dåliga”, oregerliga eller på jakt efter spänning. Att flickor med anpassningsproblem rymmer i högre grad än pojkar är känt (Forsling, 1992; Runquist, 1999; Sarnecki, 1990). Rymningar betraktas oftast som ett symptom på avvikande beteende medan andra forskare ser rymningar hos flickor orsakade av problem i hemmiljön – flickorna försöker komma bort från svåra hemförhållanden och övergrepp (Andersson, 1996; Chesney-Lind, 1997).

Flickor på särskilda ungdomshem

Särskilda ungdomshem

Med stöd av Lagen om vård av unga (LVU) har samhället rätt att tvångsomhänderta ungdomar i åldern 13 till 20 år med svåra anpassningsproblem. Problemen skall vara så allvarliga att de inte går att hantera på öppna institutioner eller i familjehem. Framförallt avses ungdomar som rymmer eller är benägna att missbruka eller begå brott, och därför måste ha begränsningar i rummet för att kunna behandlas (SOU 1992:18). För vård av ungdomar med svåra anpassningsproblem finns särskilda ungdomshem. Statens institutionsstyrelse (SiS) är den statliga myndighet som sedan 1994 ansvarar för de särskilda ungdomshemmen. Socialnämnden ansöker om plats på ett särskilt ungdomshem vid en placering enligt LVU eller SoL. Socialtjänstens uppdrag innebär ofta att institutionen ska genomföra en utredning eller akut vårda ungdomarna. De flesta av dessa akut- eller utredningsplacerade ungdomar stannar kortare tid än två månader och återvänder därefter till föräldrahemmet, får fortsatt vård i familjehem eller annat behandlingshem. En mindre grupp kvarstannar i behandling vid de särskilda ungdomshemmen. En del ungdomar placeras även direkt för behandlingsinsatser. Varje år tvångsomhändertas omkring 900 ungdomar, cirka en tredjedel av dessa är flickor.

Denna undersökning baseras på intervjuer med ungdomar som placerats på särskilda ungdomshem åren 1997 och 1998. 1997 fanns 35 särskilda ungdomshem med 641 platser, år 1998 32 särskilda ungdomshem med 634 platser. Totalt tog 31 särskilda ungdomshem emot flickor. Tio ungdomshem hade 93 platser för enbart flickor båda åren (Statens institutionsstyrelse, Verksamhetsplan 1997 och 1998).

Skäl för omhändertagande

Skäl som ligger till grund för omhändertagande enligt 3 § LVU är missbruk, kriminalitet och annat socialt nedbrytande beteende.

Samhället har rätt att omhänderta ungdomar som missbrukar beroendeframkallande medel. Till beroendeframkallande medel räknas alkohol, narkotika eller därmed jämställda preparat som thinner samt läkemedel när dessa används på ett icke medicinskt sätt (Prop 1979/80:1). Lagens missbrukskriterium är relativt och förutsätter en helhetsbedömning utifrån drogens art, ungdomens ålder, brukets omfattning i tid och mängd och övriga omständigheter.

När det gäller brottslig verksamhet räcker inte bagatellförseelser eller enstaka brott som intagningsgrund. Brottsligheten skall vara ett uttryck för bristande anpassning till samhällslivet.

Med socialt nedbrytande beteende menas att den unge beter sig på ett sätt som avviker från samhällets grundläggande normer, umgås med kamrater som knarkar och begår brott, prostituerar sig etc. Schlytter (1999) har granskat paragrafens rekvisit närmare och visar att socialt nedbrytande beteende innehåller flera olika "flickproblem". Endast hälften av de flickor som omhändertogs år 1994 på grund av annat socialt nedbrytande beteende hade omhändertagits enligt förarbetenas beskrivning. Tio flickor hade omhändertagits på grund av allvarliga psykiska problem och suicidrisk, fyra på grund av misshandel i hemmet, lika många på grund av det egna sexuella beteendet och två flickor på grund av att de övergivits till följd av att mödrarna dött och fäderna inte ville ta hand om dem.

Vanligaste orsaken till att flickor omhändertags enligt LVU är annat socialt nedbrytande beteende. Totalt har 42 procent omhändertagits enbart av den orsaken. Ytterligare en tredjedel av flickorna har annat socialt nedbrytande beteende som skäl i kombination med någon annan intagningsorsak. Nästan hälften av flickorna har omhändertagits på grund av missbruk, för en femtedel var grunden enbart missbruk. En femtedel har placerats på grund av brott. Av dessa hade fyra procent placerats på grund av brottslighet enbart.

I Tabell 1 jämförs flickors och pojkars intagningsgrund. Tabellen visar att flickor till mycket större del omhändertags på grund av annat socialt nedbrytande beteende medan pojkarna till större del placeras på grund av brottslighet.

Tabell 1. Placeringsorsak för flickor och pojkar enligt ADAD 1997. Observera att flera placeringsorsaker kan ha angetts för samma person. Procent

Placeringsorsak	Flickor	Pojkar
Missbruk	49	49
Brottslighet	20	57
Annat socialt nedbrytande beteende	72	48

ADAD-intervjun

SiS FoU arbetar med forskning, utveckling och utbildning med syfte att höja kvalitén på vård och behandling. Som ett led i FoU:s arbete har ett individbaserat dokumentationssystem utvecklats. Basinstrument i dokumentationssystemet för de särskilda ungdomshemmen är intervjun ADAD, Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Friedman & Utada, 1989). ADAD-intervjun och manual har av SiS FoU översatts och anpassats till svenska förhållanden (Söderholm Carpelan, Hermodson & Öberg, 1997). Intervjun omfattar nio områden; fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamratkontakter, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika.

I valet av instrument bedömdes ADAD uppfylla forsknings- och behandlingsmässiga krav. En referensgrupp av behandlingspersonal bedömde att den gav intressant och relevant information om ungdomarna och deltog i arbetet med att översätta och anpassa intervju och manual. Intervjun bygger på samma principer som Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, 1992, se även Andréasson et al, 1999) som är ett instrument för vuxna missbrukare. ASI används idag för utvärdering av missbrukarvården i USA och i Europa. ASI och ADAD har två syften; att fungera som utrednings- och bedömningsinstrument och att mäta förändring i samband med utvärdering.

Det amerikanska ADAD är väl utprövat och testat med goda resultat både när det gäller reliabilitet, intern konsistens och validitet (Friedman & Utada, 1989). För det svenska ADAD har inte motsvarande tester gjorts.

Friedman och Utada (1989) framhåller att det är en fördel att i behandling använda ett standardiserat instrument vid intagning för vård eftersom intagning, bedömning och behandlingsplanering i praktiken ofta är informella och slumpmässiga. Även med kvalificerade och erfarna behandlare/utredare som gör ett bra jobb, kan ett standardiserat instrument ge en mer samlad och objektiv information. Samtidigt understryker de att man inte kan förlita sig enbart på ett enda instrument när bedömning av behandlingsbehov görs. Kompletterande undersökningar liksom kontakter och samtal med

klienten och dennes nätverk är nödvändiga för att kunna göra en grundlig bedömning. ADAD ger information om ungdomarnas problem och påvisar var behov av en grundligare undersökning finns.

En rapport som beskriver ungdomspopulationen utifrån ADAD-intervjuer sammanställs på SiS FoU årligen.

ADAD-rapporten

I nuläget har två årsrapporter för placerade intervjuade ungdomar utgivits, ADAD 97 och ADAD 98. Rapporterna avser att beskriva de placerade ungdomarnas livssituation och problem inom de nio olika områdena. Av rapporterna framgår att de placerade ungdomarna har mycket stora problem inom samtliga områden.

Alkohol och narkotika

Nästan alla intervjuade flickor har druckit alkohol någon gång i livet. Medelåldern då flickor börjar dricka är 13 år. Nästan hälften dricker alkohol flera gånger i månaden. Rapporterna visar att flickors och pojkars alkoholvanor skiljer sig åt, pojkar dricker mer och är oftare berusade jämfört med flickorna.

Bland dem som har använt narkotika är det vanligaste preparatet marijuana/hasch (61%), följt av amfetamin (40%) och läkemedel (38%). Flickor har i något högre grad injicerat amfetamin och använt läkemedel och värktabletter jämfört med pojkarna. Pojkarna har i något högre grad använt ”partydroger” som LSD och ecstasy.

Brottslighet

Nästan alla intervjuade pojkar uppgav att de hade gjort något brott. De vanligaste brotten för pojkar var misshandel (52%), stöld (44%) och trafikbrott (41%).

Även en stor andel flickor, 71 procent, angav att de hade begått något brott året före inskrivningen. De vanligaste brotten var snatteri (44%), misshandel (27%) och stöld (24%).

Psykiska och fysiska problem

Flickorna på särskilda ungdomshem har angett stora psykiska problem.

Över hälften har varit svårt deprimerade, upplevt svår oro och spänningar och haft koncentrationsproblem. En stor andel har självdestruktivt beteende, de känner för att skada sig, har självmordstankar etc. Drygt två femtedelar har gjort självmordsförsök.

Flickorna visar också stora fysiska problem. Hälften av flickorna har sömnproblem. Nära hälften (44%) har ofta huvudvärk. Något fler än en tredjedel har allergi och astma, lika stor andel har ofta ont i magen.

Jämfört med pojkarna har mycket större andel flickor uppgett psykiska och fysiska problem.

Skola och arbete

Flickorna upplevde flera skolproblem. Problemen gällde både det egna beteendet, prestationerna och inställningen till skolan. Jämfört med pojkarna uppgav flickorna oftare att de har svårt med matematik. Cirka hälften har fått specialundervisning. Flickorna blir också oftare mobbade jämfört med pojkarna.

Av flickorna har cirka 40 procent erfarenhet av arbete. Flickorna som har arbets- erfarenhet förekommer naturligt främst i åldersgruppen 18–20 år. Endast en liten del av flickorna som har arbetat upplever att de har problem med arbete.

Familj

Cirka en fjärdedel av flickorna uppgav att modern hade psykiska och fysiska hälso-problem. Cirka en femtedel av flickornas mödrar hade alkohol- eller narkotika-problem. Flickornas fäder hade ungefär lika ofta psykiska och fysiska problem som mödrarna. Andelen med alkohol- eller narkotikaproblem var dock högre bland fäderna, vilket 35 procent av ungdomarna har angett.

Över hälften av flickorna har utsatts för fysisk och psykisk misshandel. En dryg femtedel uppgav att de varit utsatta för sexuella övergrepp.

Att flickor har en svårare hemsituation än pojkar har uppmärksamats (Andersson, 1993; Bergman & Wångby, 1998; Forsling, 1992; Robins, 1966). Flickorna i ADAD-materialet bekräftar detta. De har större problem med familjerelationer än pojkarna. De har dessutom upplevt fler separationer och uppbrott. Flickorna uppger också att de oftare har upplevt misshandel av olika slag och sexuella övergrepp.

Fritid och vänner

Över hälften av flickorna hade minst en vän som haft problem med polis på grund av alkohol eller narkotika och/eller brottslighet. Drygt tre fjärdedelar av de intervjuade flickorna har pojkvän. Över hälften av pojkvännerna använder alkohol, en dryg fjärdedel använder narkotika och en tredjedel begår brott. Nästan en tredjedel av flickorna har varit gravida.

Den här undersökningen

Flickors anpassningsproblem antas till största delen vara internaliserande. Flera rapporter visar dock att flickor med svåra anpassningsproblem agerar sina problem både utåt och inåt. För att kunna ge bästa tänkbara stöd till dessa ungdomar finns det skäl att ta reda på individens alla samtidiga problem.

Med ett interaktionistiskt /holistiskt perspektiv utgår man från en personansats när resultatanalyserna görs. I en personansats är analysenheten personen, inte variabeln. Varje individs specifika mönster, d v s kombination av variabelvärden, analyseras och varje individ hänförs till en bestämd grupp. Det är själva mönstret av problem som antas vara specifikt för olika störningar och kan innehålla kunskap om hur störningarna kan fungera. När en personansats tillämpas innebär det att olika aspekter av individens fungerande kopplas till individen.

I en variabelansats läggs fokus på variabler eller kombinationer av variabler och hur de relaterar och förhåller sig till ett särskilt kriterium. Frågeställningarna formuleras i variabeltermer, exempelvis vilka samband som finns mellan missbruk och aggressivitet.

Ett persontänkande och ett variabeltänkande konkurrerar inte utan är två angreppssätt som kompletterar varandra (Bergman & Magnusson, 1997).

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka, identifiera och beskriva mönster av flickors anpassningsproblem vid inskrivningstillfället på särskilda ungdomshem utifrån ett individuellt perspektiv.

Definition av anpassningsproblem

Anpassningsproblem definieras i denna uppsats dels som problem som samhället betraktar som uttryck för bristande anpassning. De problemen kan definieras som externaliserande och är i denna rapport definierade som alkoholproblem, narkotikaproblem och problem med kriminalitet. Dessa problem sammanfaller också med skäl för omhändertagande enligt LVU.

Dels definieras problem i denna uppsats som avvikelser från en biologisk eller psykologisk norm, d v s problem med psykisk och fysisk hälsa. Dessa problem är vanliga hos flickor och kan definieras som internaliserande. De problemen är egentligen inte direkta skäl till omhändertagandet men kan förväntas förekomma tillsammans med utagerande problem utifrån tidigare forskning (Robins, 1986; Zoccolillo, 1992).

Problem med vänner, skolproblem, olämplig hemmiljö, sexuellt utnyttjande, prostitution eller rymningar används inte som grupperingsfaktorer i denna studie. Dessa beteenden kommer dock att redovisas för samtliga flickor i relation till deras problemsyndrom.

Frågeställningar

- Vilka olika typer av problemprofiler återfinns hos flickor på särskilda ungdomshem?
- Skiljer sig flickor med olika problemprofiler åt när det gäller olika bakgrundsfaktorer?
- Finns det en problemprofil av flickor som är våldsamma och har allvarliga utagerande problem?
- Går det att se olika mönster av problem för flickor i olika åldrar?

METOD

Dataunderlag

I undersökningen används ett strukturerat intervjuformulär, Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (Friedman och Utada, 1989, svensk version av Söderholm Carpelan, Hermodsson & Öberg, 1997).

Ungdomar som kommer till SiS institutioner skall intervjuas med ADAD inom 3–4 dagar och senast en vecka efter ankomst. Intervjuerna genomförs i avskildhet och med väl tilltagen tid avsatt för intervjuernas genomförande. Särskilt utbildad personal på respektive enhet gör intervjuerna. Ungdomarna tillfrågas om intervjun får användas för statistik och bearbetning i dator. Föräldrar tillfrågas direkt eller per brev.

Undersökningsgrupp och bortfall

Flickorna i denna undersökning är intervjuade under 1997 och 1998.

1997 och 1998 registrerades 506 flickor i SiS placeringssystem. Av dessa har 69 procent, 321 flickor, intervjuats med hjälp av ADAD. Ett skäl till bortfallet är att ADAD-systemet fortfarande var relativt nytt och att rutiner för intervjuande och inmatning i dataprogram ännu inte hade skapats.

För att kontrollera bortfallet jämfördes hur flickorna som intervjuats med hjälp av ADAD och flickorna som registrerats i SiS placeringsregister fördelades i olika åldersgrupper, se Tabell 2. Jämförelsen i ålderskategorier visar att en något mindre andel flickor under 15 år intervjuats med ADAD.

Bland de 321 intervjuerna förekommer interna bortfall i 137 intervjuer.

En begränsad imputering av bortfall har genomförts. Storleken på bortfallet och hur imputeringen har gått tillväga redovisas i Bilaga 1.

Tabell 2. Åldersfördelning bland flickor som intervjuats med hjälp av ADAD och bland ungdomar totalt i SiS placeringsregister. Procent

Ålderskategorier	SiS	
	ADAD	placeringsregister
Upp till 15 år	42	46
16–17 år	35	33
18 år och äldre	23	21

När en ungdom har flyttats från en institution till en annan inom SiS eller skrivits in flera gånger under den studerade tidsperioden har det hänt att ungdomen intervjuats flera gånger. I de fallen har den först genomförda intervjun valts.

I slutet av varje avsnitt i intervjun gör intervjuarna en bedömning av tillförlitligheten i den unges uppgifter. För flickorna som deltar i denna studie framkommer att drygt fem procent av svaren bedöms vara förvrängda. Minst andel förvrängda svar finns i avsnittet fysisk hälsa, ca en procent. Störst andel förvrängda svar finns inom områdena alkohol och narkotika och för brott. För alkohol och narkotika bedöms drygt åtta procent av svaren vara förvanskade och för avsnittet brott cirka sex procent.

Intervjuaren bedömer också om ungdomarna har haft svårt att förstå frågorna. Mellan en och fyra procent av flickorna i denna studie har bedömts ha haft svårt att förstå frågorna. Inget tyder på att vissa individer systematiskt förvanskar uppgifter eller inte förstår. Få av de intervjuade flickorna har missförstått eller förvrängt uppgifter inom flera områden.

Undersökningsvariabler

För att belysa flickors aktuella anpassningsproblem har fem problemområden använts; fysisk hälsa, psykisk hälsa, kriminalitet, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk.

Konstruktion av variabler

Fysisk hälsa

För att reducera antalet frågor och som en hjälp för att identifiera vilka frågor som var av betydelse inom området fysisk hälsa användes faktoranalys.

Frågan som ställdes till ungdomarna löd: ”Nu vill jag ställa några frågor till dig om olika hälsoproblem som unga människor kan ha”. Sedan följde 25 olika hälsoproblem som vart och ett skulle besvaras med ja eller nej. Frågan analyserades förutsättningslöst med hjälp av explorativ faktoranalys. För att ta fram faktorer användes metoden principal axis factoring och oblique rotering. För att kontrollera stabiliteten i resultaten gjordes samma analyser dels med maximum likelihoodmetoden, dels med ortogonal rotering (Kim & Mueller, 1978).

Tabell 3. Indikatorn ”Psykosomatiska problem” med items och faktorladdningar

Fråga	Faktorladdning
Ofta ont i magen	0.56
Svårt att andas	0.55
Hjärtklappning	0.52
Illamående	0.48
Ätproblem	0.46
Ryggont	0.45
Sömnproblem	0.41
<i>Ofta huvudvärk</i>	<i>0.34</i>

De 25 olika hälsoproblemen grupperade sig i en faktor. Hälsoproblem som ont i magen, illamående och ätstörningar fick höga laddningar. Det fick också symptom som tyder på ångest och oro; svårt att andas, hjärtklappning och sömnproblem.

För konstruktion av en indikator för området fysisk hälsa användes de item som laddade över 0,40 och frågan ”ofta huvudvärk”. En summavariabel skapades, där varje person får ett värde mellan 0 och 8. Indikatorn benämns Psykosomatiska problem. Tabell 3 redovisar item och faktorladdningar som ingår i indikatorn Psykosomatiska problem.

Delfrågan ”ofta huvudvärk” laddade ej över 0,40 men har ändå använts då det räknas som ett av de vanligaste flickproblemen (Wängby & Bergman, 1996).

Psykisk hälsa

För att reducera antalet frågor och som en hjälp för att identifiera vilka frågor som var av betydelse inom området psykisk hälsa användes faktoranalys.

De frågor som användes löd: ”Här kommer några olika känslor och reaktioner som ungdomar ibland kan uppleva. Tala om vilka som stämmer för dig”. Frågan innehåller 41 påståenden. Frågan ”Har du under de senaste 30 dagarna upplevt ...?” innehåller 10 påståenden. Samtliga 51 frågor skall besvaras med ja eller nej.

Tabell 4. Psykisk hälsa, Faktor 1 ”Social osäkerhet och utanförskap” och Faktor 2 ”Aggressivitet i förening med impuls kontrollproblem”

Item	Faktor laddning	Faktor laddning
	Faktor 1	Faktor 2
Faktor 1		
Känner dig osäker eller illa till mods när du är med andra	0,66	-0,00
Känner dig utanför eller passar inte in	0,63	-0,01
Känner dig ensam	0,60	-0,00
Känner dig ensam även när du är bland folk	0,60	-0,00
Känner dig för blyg	0,54	-0,21
Känner dig nedstämd eller deprimerad	0,54	-0,01
Känner det som om människor är ovänliga eller ogillar dig	0,50	0,11
Känner dig underlägsen/mindervärdig andra	0,50	0,12
Blir lätt sårad	0,47	-0,00
Brist på självförtroende	0,45	0,00
Dagdrömmer ofta	0,43	-0,00
Känner dig uttråkad	0,41	0,15
Faktor 2		
Upplevt allvarliga självmordstankar	0,00	0,70
Känner dig rädd för att tappa kontrollen över ditt beteende eller dina handlingar	-0,00	0,70
Känner dig rädd för att du kan komma att skada någon annan fysiskt	-0,12	0,65
Får vansinniga idéer i ditt huvud	-0,00	0,65
Känner att det vore bättre om du var död	0,00	0,65
Känner det som om du skulle vilja döda någon	-0,12	0,61
Försökt begå självmord	-0,01	0,58
Känner att något inom dig får dig att göra saker som du inte vill	0,12	0,52
Gör saker när du är arg som du inte kan kontrollera	0,00	0,51
Känner att det är något fel med ditt förstånd	0,01	0,47
Känner som om huvudet skulle explodera	0,01	0,45

Problemområdet analyserades förutsättningslöst med hjälp av explorativ faktoranalys. För att ta fram faktorerna användes metoden principal axis factoring och oblique

rotering. För att kontrollera stabiliteten i resultaten gjordes samma analyser dels med maximum likelihoodmetoden och dels med ortogonal rotering (Kim & Mueller, 1978).

Frågorna om psykisk hälsa grupperades i två faktorer som laddade över 0,40. Faktorerna redovisas i Tabell 4.

Faktor ett i området psykisk hälsa är uppbyggd på 12 items rörande dåligt självförtroende, osäkerhet i relation till andra och depression. Frågorna summerades för varje person och en indikator skapades med namnet Social osäkerhet och utanförskap. Varje person kan ha värden mellan 0–12 i den indikatorn.

Faktor två i området psykisk hälsa innehåller 11 items som berör destruktivitet och okontrollerat våld. Destruktivitet och våld som både är riktat inåt och utåt. Faktorn innehåller också självmordstankar och självmordsförsök. Frågorna i detta område summerades för varje person och en indikator med namnet Aggressivitet i förening med impuls kontrollproblem konstruerades. Indikatorn kan anta värden mellan 0–11.

Alkohol och Narkotika

För att belysa det aktuella alkohol- och narkotikamissbruket användes frågan ”Typisk frekvens en månad av de senaste 12”. Frågan besvaras för 14 olika preparat, och varje preparat besvaras med en frekvenskod uppdelad i 8 svarsalternativ:

- 0 = aldrig använt
- 1 = inget alls
- 2 = En gång i månaden eller mindre
- 3 = 2–4 ggr/mån
- 4 = 2–3 ggr/veckan
- 5 = 4–6 ggr/veckan
- 6 = En gång om dagen
- 7 = Två eller flera ggr/dag

Svarsalternativen ”0 = aldrig använt” och ”1 = inget alls” kodades om till ”0 = aldrig använt, inget alls” och övriga svarsalternativ kodades om i rangordning enligt följande:

- 0 = aldrig använt, inte alls
- 1 = En gång i månaden eller mindre
- 2 = 2–4 ggr/mån
- 3 = 2–3 ggr/veckan
- 4 = 4–6 ggr/veckan
- 5 = En gång om dagen
- 6 = Två eller flera ggr/dag

Ett försök att dela in frågorna i relevanta faktorer med hjälp av faktoranalys gjordes. Analysen gav dock inga tydliga tolkningsbara faktorer och används därför inte.

I stället konstruerades två indikatorer, Alkoholbruk och Narkotikabruk. Alkoholbruk innehåller en fråga rörande alkohol där varje individ kan ha ett värde mellan 0 och 6. Narkotikabruk innehåller de övriga 13 preparaten summerade. Varje individ kan alltså få ett värde mellan 0–78 i indikatorn Narkotikabruk.

Dessa indikatorer beskriver i hur hög grad flickorna missbrukar men säger inte något om vilka preparat som används. Bruk av alkohol och vilka olika narkotikapreparat som används i grupperna redovisas därför närmare i resultatdelen.

Kriminalitet

Frågorna ”Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/förseelser under de senaste 12 månaderna?” användes för att representera brottslighet som ett aktuellt problem.

Stor variation i svarsalternativen förekommer, t ex har några enstaka individer kodats högt på några brott. Snatteri har exempelvis förekommit 2500 gånger för en individ. För att inte brott som snatteri i enskilda fall skulle få en högre vikt än till exempel mordbrand kodades alla brott om till 0 = har inte förekommit eller 1 = har förekommit.

Ett försök att dela in frågorna i relevanta faktorer med hjälp av faktoranalys gjordes. Resultaten visade på ej tolkningsbara faktorer och kunde därför ej användas. De 16 olika brotten delades då in i två olika kategorier, lindriga och grova brott (ADAD årsrapport 1997) och summerades. För att undersöka om de olika brottskategorierna mätte samma sak standardiserades och korrelerades summavariablerna. Korrelationen visade ett värde som i detta sammanhang räknas som högt ($r=0.6$) och de båda variablerna slogs därför samman till en indikator, Brott. Brott kan anta ett värde mellan 0 och 16 för varje individ.

Indikatorn Brott i denna analys anger hur många olika sorters brott flickorna har begått de senaste 12 månaderna, varför olika brott redovisas mer ingående i resultatdelen.

Reliabilitet

Den interna konsistensen i indikatorerna testades med hjälp av Cronbach's alpha. Resultaten varierade mellan 0,70 och 0,86 se Tabell 5. Reliabiliteten för indikatorn psykosomatiska problem förändrades ej om det item som laddade under 0,40 (ofta huvudvärk) togs bort.

Reliabiliteten kan betraktas som god för fyra av indikatorerna, Social osäkerhet och utanförskap, Aggressivitet i förening med impuls kontrollproblem, Narkotika och Brott. Den är något lägre men acceptabel för faktorn Psykosomatiska problem.

Tabell 5. Reliabilitet för de olika indikatorerna (N=321)

Faktor	Cronbach's alpha
Psykosomatiska problem	0,70
Social osäkerhet och utanförskap	0,82
Aggressivitet i förening med impuls kontrollproblem	0,86
Alkoholbruk	endast ett item
Narkotikabruk	0,80
Brott	0,80

Analysmetod

För att gruppera flickorna i olika problemgrupper användes klusteranalys.

Klusteranalysen gjordes i tre steg;

1. Identifiera och ta bort individer med extrema eller unika mönster
2. Hierarkisk klusteranalys
3. Jämförelse med klusteranalys av slumpdata

Identifiera och ta bort individer med extrema eller unika mönster

Klusteranalysmetoden är mycket känslig för individer med extrema eller unika värdeprofiler. Det betyder att få individer med extrema värdeprofiler kan förändra en klusterlösning totalt. Samtidigt är det viktigt att identifiera individer med extrema värdeprofiler för att kunna analysera dessa separat (Bergman, 1998).

För att identifiera individer med extrema eller unika profiler användes dataprogrammet Sleipner (Bergman & El-Khoury, 1998). En individ med extremt eller unikt värde definieras som att en individs värden inte är lika någon annan individs värden. Det likhetsmått som användes var euklidisk distans med standardiserade värden. Tröskelvärdet sattes till 0.5.

Analysen identifierade 16 individer med extrema eller unika profiler. Dessa individer uteslöts ur klustren. En redovisning av dessa görs i resultatdelen.

Hierarkisk klusteranalys

Den hierarkiska klustermetod som användes var Wards metod. Metoden slår ihop kluster stegvis. Vid varje hopslagning slås två kluster samman som ger den minsta ökningen i felkvadratsumman. Syftet med klusteranalys är att få så homogena grupper som möjligt. Den optimala klusterlösningen väljs enligt grunderna: En plötslig större ökning i en tidigare regelbunden jämnt ökande sammanslagningskoefficient kan visa på att en icke-optimal klusterlösning är nådd. Den sista sammanslagningen måste vara meningsfull. Det bör inte vara en sammanslagning av två tydligt olika kluster eller kluster som är teoretiskt identifierbara. Antalet kluster bör inte vara fler än 15 och kan inte förväntas vara färre än fem. Den förklarade felkvadratsumman bör överskrida 67 procent (Bergman, 1996; Cairns et al, 1998).

Simulerad klusteranalys

Klusteranalys resulterar alltid i någon typ av struktur, även vid en klusteranalys av rena slumpdata. Därför är det viktigt att försäkra sig om att den klusterlösning som man får på sin datauppsättning skiljer sig ifrån de klusterlösningar som man skulle få på olika uppsättningar av slumpdata med samma allmänna egenskaper som den ”riktiga” datauppsättningen har. Den riktiga klusterlösningen bör t ex förklara en signifikant större andel av felkvadratsumman än vad klusterlösningar på slumpdata skulle göra.

Det här kan man testa genom den datasimulering som genomförs av SIMULATE-modulen i SLEIPNER-paketet: Först genomför programmet en slumpvis omkastning av värdena inom var och en av kolumnerna i den ursprungliga datauppsättningen. Det här leder till en ny uppsättning av ”slumpdata”, där var och en av variablerna har

samma frekvensfördelning som i den ursprungliga datauppsättningen, men där alla samband mellan variablerna har "tvättats" bort. Sedan genomförs samma typ av klusteranalys på dessa "slumpdata" som tidigare på den ursprungliga datauppsättningen, i det här fallet Wards metod. Proceduren upprepas sedan ett visst antal gånger. Därefter testas om den förklarade andelen av felkvadratsumman är signifikant större i den "riktiga" klusterlösningen än i klusterlösningarna som man fått i de olika uppsättningarna av "slumpdata".

RESULTAT

I det första steget i analysen identifierades 16 individer med extrema eller unika profiler som inte togs med i klusteranalysen. En beskrivning av dessa görs längre fram i resultatdelen.

Den hierarkiska klusteranalysen

De återstående 238 flickorna användes i klusteranalys.

Klustersammanslagningen visar att alla klusterlösningar från och med tio-klusterlösningen till och med sex-klusterlösningen är tänkbara att användas i vidare analyser. För vidare redovisning i denna rapport väljs sex-klusterlösningen.

I Bilaga 2 redovisas klustersammanslagningsprocessen steg för steg, de hierarkiska strukturerna, råpoäng och medelvärdesprofiler av normerade värden för klusterlösning tio och klusterlösning sex.

Jämförelse med klusteranalys av slumpdata

Sex-klusterlösningen förklarar 48 procent av felkvadratsumman, vilket enligt kriterierna för vilken klusterlösning som skall väljas är lågt. För att verifiera och kontrollera att andelen förklarad varians i sex-klusterlösningen är större än vad man skulle förvänta sig vid motsvarande klusteranalys av slumpdata med samma allmänna egenskaper som den riktiga uppsättningen data genomfördes en analys med SIMULATE (se metodavsnittet). Resultatet visade att den förklarade andelen av variansen i sex-klusterlösningen var signifikant större än man kunde förvänta sig av slumpen ($p < .001$).

Sex-klusterlösningen

Sex-klusterlösningens medelvärdesprofiler och standardavvikelser i råpoäng redovisas i Bilaga 3. I samma bilaga redovisas också profiler av standardiserade klustermedelvärden i förhållande till totalmedelvärdet.

Tydliga mönster av anpassningsproblem kan urskiljas, alla grupperna har dock mer eller mindre problem inom alla områden.

Kluster A innehåller 23 flickor, 10 procent, av hela urvalet. Flickorna i detta kluster har den största problemtyngden av alla grupper. Alla problemindikatorer ligger över medelvärdet.

Kluster BCD är tre kluster som har slagits samman före sex-klusterlösningen. Gruppen består av 42 flickor (18 procent av samplet). Dominerande problem i detta kluster är främst problem av fysisk och psykisk natur. Flickorna i klustret har förhöjda värden i faktorn psykosomatik, och båda faktorerna för psykiska problem, d v s social osäkerhet/utanförskap och aggressivitet och impuls kontrollproblem.

Kluster EF är den största gruppen, 72 flickor, eller 30 procent. Kluster EF är en sammanslagning av två kluster. Anpassningsproblemen i denna grupp är främst alkoholproblem. Problemfaktorer som precis tangerar medelvärdet är social osäkerhet och brott.

Kluster G består av 17 flickor (7%) med stora problem gällande narkotika och brott. Flickorna har också psykosomatiska problem och problem med psykisk hälsa i faktorn social osäkerhet och utanförskap. Kluster G är avgränsat från de andra klustren ända fram till näst sista klustersammanslagningen, vilket tyder på att syndromet är särpräglat jämfört med de andra syndromen, se Bilaga 2.

Kluster H består av 19 flickor, 8 procent av samplet, med högst värden i narkotika-problemfaktorn. Dessa flickor begår också brott.

Kluster IJ består av en grupp på 65 flickor, 27 procent av hela gruppen. Dessa flickor har en förhöjning i faktorn brott.

Individer med extrema eller unika mönster

Som individer med extrema eller unika värdeprofiler identifierades 16 flickor. Flickornas individuella värden i de olika indikatorerna redovisas i Tabell 6. Tabellen visar att individerna med extrema och unika profiler är en heterogen grupp. Tydligt är att det finns många olika kombinationer av problem. Profilerna i denna grupp visar att det finns flickor med psykisk ohälsa och allvarliga alkoholproblem, flickor med psykisk ohälsa och extremt allvarliga narkotikaproblem. Det finns också flickor med allvarlig psykisk ohälsa utan drogproblem o s v. Varje person har sin egen unika problemkombination.

Gemensamt är dock att alla individer har extremt höga värden i minst en av indikatorerna. Bland dessa flickor har nio mycket allvarliga drogproblem. Åtta flickor har många psykosomatiska symptom. Sex flickor har mycket höga värden i båda indikatorerna för psykisk hälsa, d v s mycket stark känsla av social osäkerhet, utanförskap och mycket stark känsla av aggressivitet i förening med impulskontrollproblem. Sex flickor har mycket hög brottslighet.

Tabell 6. Individer med extrema eller unika värden indelade i de olika indikatorerna

Individ	Psyko-somatiska problem	Social osäkerhet, utanförskap	Aggressivitet impulskontrollproblem	Alkohol	Narkotika	Brott
1	7	11	11	5	0	0
2	7	11	11	0	0	0
3	6	1	3	3	9	9
4	7	12	8	2	0	3
5	5	6	5	6	22	1
6	7	1	1	5	1	0
7	7	11	9	2	30	9
8	1	1	4	1	17	11
9	6	3	9	3	42	2
10	1	6	9	0	20	3
11	4	7	1	3	23	8
12	3	2	5	2	22	5
13	5	12	11	1	23	4
14	6	7	7	0	4	9
15	2	12	1	0	1	5
16	1	8	4	1	26	7

Flickornas missbruk och brottstyp fördelat på de olika klustren

Bruk av alkohol, narkotika och problem med kriminalitet definieras i denna rapport som externaliserande anpassningsproblem. Försök att dela in frågorna i relevanta faktorer med hjälp av faktoranalys gjordes. Analysen gav dock inga tydliga tolkningsbara faktorer och används därför inte.

Missbruk

För att kunna använda flickornas bruk av alkohol och narkotika som anpassningsproblem i analysen konstruerades två indikatorer, Alkoholbruk och Narkotikabruk. Bruk av alkohol och vilka olika narkotikapreparat som används i grupperna redovisas därför närmare.

Indikatorn Alkoholbruk består av en fråga endast som beskriver hur ofta flickorna dricker alkohol en typisk månad. Alkoholbruk en typisk månad för de olika flickgrupperna redovisas i Tabell 7.

Indikatorn Narkotikabruk beskriver i hur hög grad flickorna missbrukar men säger inte något om vilka preparat som används. Andelen som använt olika narkotikapreparat bland flickor tillhörande olika kluster redovisas i Tabell 8.

Tabell 7. Alkoholbruk en typisk månad bland flickor tillhörande de olika klustren (antal, procent)

	Kluster A		Kluster BCD		Kluster EF		Kluster G		Kluster H		Kluster IJ	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	%	%	Antal	%
Aldrig använt /inget alls	0	0	20	48	1	1	11	65	6	32	36	56
1 ggr/mån eller mindre	1	4	13	31	17	24	4	23	7	37	20	31
2-4 ggr/månad	8	35	9	21	32	44	2	12	5	26	8	12
2-3 ggr/vecka	13	57	0	0	16	22	0	0	1	5	1	1
4-6 ggr/vecka	1	4	0	0	6	9	0	0	0	0	0	0

I flickgrupperna kluster A och kluster EF förekommer alkohol i hög grad. I kluster A som är ett multiproblemluster dricker en stor del av flickorna flera gånger i veckan. I kluster EF dricker tre fjärdedelar av flickorna flera än två gånger en typisk månad. I de övriga flickgrupperna finns en förhållandevis stor andel flickor som inte dricker alls en typisk månad.

I flickgrupperna kluster A, kluster G och kluster H förekommer narkotikamissbruk i hög grad. De olika grupperna skiljer sig åt i vilka preparat de till största del använder. Flickorna i kluster A missbrukar främst läkemedel, marijuana/hasch och värktabletter. I kluster G är det vanligast förekommande preparatet amfetamin, men marijuana/hasch och värktabletter förekommer också i hög grad. I detta kluster har en dryg tredjedel av flickorna använt heroin senaste året, lika många har också använt LSD/Ecstasy. Bland flickorna i kluster H finns högsta andelen som missbrukar amfetamin och marijuana/hasch.

Flickorna i kluster BCD och kluster EF har använt marijuana/hasch till största del, 10 respektive 17 procent. Det finns också ett antal flickor i båda dessa grupper som har använt amfetamin och heroin. Kluster IJ innehåller den grupp flickor som till minst andel har använt narkotika.

Tabell 8. Narkotikapreparat som används mer än en gång i månaden bland flickor tillhörande de olika klustren (antal, procent)

Preparat	Kluster A		Kluster BCD		Kluster EF		Kluster G		Kluster H		Kluster IJ	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	%	%	Antal	%
Marijuana/hasch	8	35	4	10	12	17	11	65	7	37	2	3
Amfetamin	5	22	3	7	6	8	15	88	11	58	1	1
Heroin	3	13	2	5	1	1	6	35	5	26	0	0
LSD/ecstasy	0	0	0	0	0	0	6	35	3	16	1	1
Värktabletter	7	30	1	2	5	7	7	41	2	10	1	1
Läkemedel	11	48	1	2	4	5	8	47	4	21	1	1

Brottstyp

Frågorna ”Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/förseelser under de senaste 12 månaderna?” användes för att representera brottslighet som ett aktuellt anpassningsproblem. Stor variation i svarsalternativen förekommer varför indikatorn Brotts i denna analys anger hur många olika sorters brott flickorna har begått de senaste 12 månaderna (se metodavsnittet), varför också brott redovisas mer ingående.

De vanligast förekommande brotten bland flickor i de olika klustren redovisas i Tabell 9.

I Kluster A och kluster G finns de mest brottstyngda flickorna. Över hälften av flickorna i kluster A har gjort sig skyldiga till misshandelsbrott, snatteri, förargelseväckande beteende och stöld. Snatteri är det vanligast förekommande brottet bland flickorna i kluster G också, men över hälften även stulit, idkat häleri samt begått narkotikabrott.

I övriga fyra kluster, Kluster BCD, Kluster EF, Kluster IJ och Kluster H ligger brottsligheten kring medelvärdet för samtliga flickgrupper. Dessa grupper är alltså minst brottsbelastade. I dessa flickgrupper är snatteri det vanligast förekommande brottet.

Kluster H har likt Kluster G narkotikamissbruk som dominerande problem. I dessa båda kluster är de vanligast förekommande brotten desamma, men på en lägre nivå i kluster H. De mest förekommande brotten är snatteri, stöld, häleri och narkotikabrott, brott som kan relateras till narkotikamissbruket.

Tabell 9. De vanligast förekommande brotten bland flickor tillhörande de olika klustren (antal, procent)

Brott	Kluster A		Kluster BCD		Kluster EF		Kluster G		Kluster H		Kluster IJ	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Misshandel	14	61	9	21	15	21	7	41	5	26	4	6
Snatteri	13	56	21	50	42	62	12	71	7	37	19	30
Förargelseväckande beteende	12	52	5	12	17	25	2	12	0	0	1	2
Stöld	12	52	8	19	17	25	10	59	7	37	6	9
Skadegörelse	10	43	6	14	19	27	4	23	5	26	6	10
Häleri	8	35	4	10	20	29	9	53	6	32	2	3
Narkotikabrott	9	39	4	10	10	15	9	53	7	37	1	2

Flickornas bakgrund, hemmiljö och intagningsorsak fördelat på de olika klustren

Problem i skolan, olämplig hemmiljö, sexuella problem, kompisar som missbrukar eller begår brott eller rymmer har inte använts som grupperingsfaktorer i denna rapport. Dessa problem redovisas för varje flickgrupp i Tabell 10. I samma tabell redovisas också andel flickor som är yngre än 15 år samt andelen med svensk bakgrund. Skillnaderna mellan de olika flickgrupperna när det gäller bakgrundsfaktorer har signifikansprövats med hjälp av Pearsons Chi²-test. Resultaten av signifikansprövningen redovisas i Tabell 11.

Minst andel flickor under 15 år återfinns i kluster G och kluster H, störst andel i kluster IJ. I multiproblemklustret, kluster A, är 35 procent av flickorna under 15 år. Det finns signifikanta skillnader mellan grupperna beträffande andel under 15 år. Medelåldern för kluster A, kluster EF och kluster BCD är 16 år. För kluster H är medelåldern 17 år. I kluster G är flickorna äldst, medelåldern i den gruppen är 18 år. De yngsta flickorna befinner sig i kluster IJ, i den gruppen har flickorna en medelålder på 15 år.

Samtliga kluster innehåller flickor med svensk och flickor med utländsk bakgrund. I kluster EF finns störst andel flickor med svensk bakgrund och i kluster BCD finns minst andel flickor med svensk bakgrund. Som svensk bakgrund räknas att båda föräldrarna är födda i Sverige. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna kunde påvisas.

Variabeln ”specialundervisning” utgör i denna redovisning en mätare på om flickorna har haft skolproblem. Omkring hälften av flickorna i samtliga grupper men cirka en tredjedel i klustren IJ och H har fått specialundervisning. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna kunde påvisas.

Samtliga flickgrupper har stora problem i hemmiljön. Med problem i hemmiljön menas att någon av de biologiska föräldrarna, föräldrafigurer eller syskon har problem med alkohol, narkotika, har psykiska besvär eller problem med brottslighet. I kluster IJ och kluster H har hälften av flickorna problem i sin hemmiljö, i övriga grupper mellan 70 och 80 procent. Det finns signifikanta skillnader mellan de olika flickgrupperna i andel med problem i hemmiljön.

Tabell 10. Bakgrund, hemmiljö och intagningsorsak bland flickorna i de olika klustren.
Procent

Kluster	A	BCD	EF	G	H	IJ
Antal	23	42	72	17	19	65
15 år och yngre	35	52	50	12	10	60
Svensk bakgrund	50	44	71	53	53	62
Haft specialundervisning	52	50	47	59	32	31
Problem i hemmiljö	78	71	70	88	50	50
Sexuella övergrepp	50	20	11	40	16	12
Rymning	74	69	70	60	47	55
Prostitution	17	9	7	18	5	0
Varit gravid	30	24	18	41	32	12
Vänner som använder narkotika och/eller begår brott	39	24	22	71	37	9
Tidigare placerad på §12-hem	35	22	20	35	21	25

Stor andel av flickorna har utsatts för sexuella övergrepp av någon närstående. Störst andel utsatta flickor finns i kluster A (50%) och kluster G (40%). I de övriga grupperna varierar andelen mellan 11 och 20 procent. Signifikanta skillnader mellan de olika flickgrupperna påvisades.

Mellan cirka 50 till 75 procent i alla flickgrupper rymmer. Flickorna i kluster H rymmer minst och flickorna i kluster A rymmer mest. Inga signifikanta skillnader mellan de olika flickgrupperna gällande rymningar kunde påvisas.

Prostitution förekommer i alla grupper utom i kluster IJ. I kluster A och kluster G har cirka en femtedel prostituerat sig. I övriga grupper har 5–10 procent prostituerat sig. Högst andel flickor som varit gravida finns i kluster A, kluster G och kluster H, lägst i kluster IJ. I fråga om prostitution skiljer flickgrupperna sig signifikant åt men inte vad gäller andel som varit gravida.

Flest vänner som använder narkotika och/eller begår brott har flickorna i kluster G (71%). Lägsta andelen flickor med vänner som begår brott och använder narkotika finns i kluster IJ. Umgänge med vänner som använder narkotika och/eller begår brott skiljer sig signifikant mellan klustren.

Ungefär lika stor andel av respektive grupp har tidigare vårdats på § 12-hem. Signifikansprövning visar inte signifikanta skillnader.

Tabell 11. Klustertillhörighet och bakgrundsvariabler. Sammanställning av signifikansprövningar med Pearson's Chi²

Bakgrundsvariabel	χ^2	df	p-värde
Under 15 år	25,11	5	.000***
Svensk bakgrund	9,47	5	.092
Haft specialundervisning	8,85	5	.115
Problem i hemmiljö	18,13	5	.003**
Sexuella övergrepp	24,52	5	.000***
Rymning	7,98	5	.157
Prostitution	14,81	5	.011*
Varit gravid	9,49	5	.091
Vänner som använder narkotika och/eller begår brott	31,48	5	.000***
Tidigare placerad på §12-hem	3,55	5	.616

*p<0.05; **p<0,01; ***p<0.001

Sammanfattning

Flickgruppernas problemprofil missbrukspreparat och typ av brott

Kluster A är en extrem multiproblemgrupp. En dryg tredjedel är under 15 år. Denna flickgrupp har höga värden på samtliga indikatorer. Flickorna mår psykisk dåligt, de har också stora psykosomatiska problem. De psykiska problem som förekommer är både inåtvända och utagerande. Flickorna känner social osäkerhet och utanförskap samtidigt som de är aggressiva och har problem med impuls kontroll. Flickorna dricker mer alkohol än de andra grupperna. Över hälften dricker 2–3 gånger i veckan eller oftare. Narkotikamissbruket utgörs ofta av läkemedel och värktabletter men även andra droger förekommer. Gruppen är också mest brottsaktiv. Vanligaste brottet är misshandel.

Kluster BCD. Flickorna i denna grupp är unga, över hälften är under 15 år. Stor andel flickor med utländsk bakgrund återfinns här. De psykiska problem som förekommer är känsla av social osäkerhet och utanförskap tillsammans med aggressivitet i kombination med impuls kontrollproblem. Flickorna har stora psykiska och psykosomatiska problem.

Kluster EF. Hälften av flickorna i denna grupp är under 15 år. I detta kluster finns högsta andelen med svensk bakgrund. Flickorna har inåtriktade psykiska problem – social osäkerhet och utanförskap. De har en hög alkoholkonsumtion. Cirka tre fjärdedelar dricker 2–4 gånger i månaden eller mer. Vanligaste brottet är snatteri men cirka en fjärdedel har också varit inblandade i andra brott som skadegörelse, stöld och häleri.

Kluster G. I denna grupp är nästan alla över 15 år. Denna flickgrupp känner social osäkerhet/utanförskap och har stora psykosomatiska problem. De är tunga missbrukare av amfetamin, läkemedel och heroin. Vanligaste brottet är snatteri men över hälften av flickorna har varit inblandade i stöld, häleri och narkotikabrott.

Kluster H. Flickorna i denna grupp är till övervägande del över 15 år. De har inga psykiska eller psykosomatiska problem. De missbrukar narkotika, framförallt använder de amfetamin och marijuana/hasch. Brott förekommer något. Snatteri, stöld och narkotikabrott är de vanligaste brotten.

Kluster IJ. De yngsta finns här. Flickorna i detta kluster har jämfört med de andra grupperna, få av de anpassningsproblem som avses i denna studie. Flickorna har få eller inga psykiska och psykosomatiska problem. Få dricker alkohol och de som dricker gör det högst en gång i månaden. Endast tre flickor i gruppen uppger att de har använt narkotika. Cirka en tredjedel har snattat och i övrigt har få brott förekommit.

Flickornas bakgrund, hemmiljö och intagningsorsak

Samtliga flickgrupper har stora problem i sin hemmiljö. Stor andel har varit utsatta för sexuella övergrepp. Många har varit gravida. I alla flickgrupper utom en förekommer prostitution. Mellan hälften och tre fjärdedelar av flickorna i de olika klustren har rymt hemifrån. De har stora skolproblem. Den grupp där det förekommer minst andel problem är kluster IJ, den grupp som också har minst tyngd i de preciserade anpassningsproblemen. Mellan 20 och 35 procent har tidigare varit placerade på § 12-hem.

Flickornas bakgrund och hemmiljö är mycket lik i de olika grupperna. Det finns dock skillnader mellan grupperna gällande problem i hemmiljön, andel flickor under 15 år, sexuella övergrepp, prostitution och vänner som använder narkotika och/eller begår brott.

Individer med extrema värden

Dessa flickor, 16 stycken, passar inte in i någon specifik flickgrupp. Gruppen är heterogen. De har extremt höga värden i minst en av indikatorerna men kombinationerna är unika för varje individ.

DISKUSSION

Den här studien syftade till att undersöka, identifiera och beskriva mönster av flickors anpassningsproblem vid inskrivningstillfället på särskilda ungdomshem utifrån ett individperspektiv. I detta avsnitt kommer studiens syfte och frågeställningar att diskuteras med utgångspunkt från resultaten.

Vilka olika typer av problemprofiler återfinns hos flickor på särskilda ungdomshem?

Flickorna på särskilda ungdomshem kunde utifrån de utsedda anpassningsproblemen delas upp i sex olika problemgrupper. Förutom dessa sex grupper fanns också 16 flickor med heterogena problem som inte kunde grupperas alls.

De grupper som bildades var;

En multiproblemgrupp där samtliga problem förekom i hög grad. Problem med den psykiska hälsan där såväl problem med utanförskap och social osäkerhet som aggressivitet och impuls kontrollproblem förekom. Psykosomatiska problem, problem med alkohol, narkotika och brott ingick också i problembilden.

Tre missbruksgrupper, en grupp som missbrukar främst alkohol och två som missbrukar narkotika i hög grad kunde urskiljas. I den ena narkotikamissbrukande gruppen förekommer psykiska och psykosomatiska problem, i den andra inte. I varje grupp förekommer brott.

En grupp utan stor vikt i något särskilt anpassningsproblem. Alla problemfaktorer ligger under medelvärdet förutom brott som ligger precis på medelvärdet.

En grupp med psykosomatiska och psykiska problem. I denna grupp finns både inåtvända psykiska problem i form av social osäkerhet och utanförskap och psykiska problem som impuls kontrollproblem och aggressivitet.

Denna studie visar likt resultat i andra studier (t ex Armelius, 1996; Wångby et al, 1999) att samtliga flickor med anpassningsproblem har en multipel problematik och att vanligast att internaliserande och externaliserande problem förekommer samtidigt. Ingen grupp har övervägande internaliserande problem, medan en grupp har tyngst problematik i så kallade externaliserande problem, kluster H.

Fysiska problem anses vara en indikator på anpassningsproblem enligt Wångby (ibid). Enligt ADAD har en stor andel flickor på särskilda ungdomshem fysiska problem. Denna undersökning visar att omfattande psykosomatiska symptom förekommer i främst tre flickgrupper: multiproblemgruppen, missbruksgruppen där de äldsta flickorna finns och gruppen med stor psykisk problematik, Kluster BCD. Minst ett psykosomatiskt problem förekommer dock i samtliga grupper.

Flickorna på särskilda ungdomshem visar enligt flera rapporter (t ex ADAD, 1997; Forsling, 1992) stora psykiska problem. Alla flickgrupper uppvisar psykiska problem i form av social osäkerhet och utanförskap i varierande grad. Magnusson et al (1975) kallar detta problem inre anpassning. Det handlar om individens perspektiv på situationen och syftar på överensstämmelsen mellan individens behov, värderingar och motiv och den behovstillfredsställelse han kan få från omgivningen via sitt eget beteende.

Två flickgrupper uppvisar stor aggressivitet och problem med impuls kontroll. Enligt Magnusson et al (1975) beskrivs yttre anpassning som överensstämmelsen mellan barnets beteende och omgivningens förväntningar när det gäller uppförande och prestationer av olika slag. Utåtvända psykiska problem som aggressivitet och impuls kontrollproblem förekommer inte som enskilt psykiskt problem utan parallellt med inåtvända psykiska problem som social osäkerhet och utanförskap.

Förutom i multiproblemgruppen förekommer stora problem med alkohol i en annan flickgrupp. Den gruppen kan kanske lite fördomsfullt betraktas som en ”typisk flickproblemgrupp”. De har inåtvänd psykisk problematik, de dricker alkohol och snattar. I multiproblemgruppen använder flickorna både alkohol och narkotika.

Ytterligare två grupper missbrukar i hög grad, de använder dock inte så stor del alkohol utan missbrukar tung narkotika. I en av de narkotikamissbrukande grupperna förekommer också stora psykosomatiska och psykiska problem.

Den externaliserande beteckningen av drogmissbruk för kvinnor som ifrågasätts av Robins (1986) kan också ifrågasättas i denna studie. Missbruk förekommer tillsammans med psykiska problem, inåtagerande och utagerande i olika konstellationer.

I alla grupper förekom brott, även om flickorna uppvisar i mindre grad brottsligt beteende och är mindre kriminella än pojkar med anpassningsproblem. Brottslighet förekommer i samtliga flickgrupper, det vanligaste brottet i samtliga grupper utom för multiproblemgruppen är snatteri. I multiproblemgruppen är det vanligaste brottet misshandel.

Finns det en problemprofil av flickor som är våldsamma och har allvarliga utagerande problem?

I två av grupperna förekom stora utagerande psykiska problem, dvs problem med aggressivitet och impuls kontroll. En av dessa grupper kan benämnas våldsam och utagerande. I gruppen förekommer samtliga anpassningsproblem i hög grad. Gruppen klassas som våldsam och utagerande dels utifrån psykiska problem som aggressivitet och bristande impuls kontroll, dels utifrån det mest frekventa brottet, i detta fall misshandel. Denna grupp skiljer sig också från de tre missbruksgrupperna i fråga om val av drog. Deras missbruk består i huvudsak av en kombination av läkemedel och alkohol. Detta val och kombination av droger påverkar kanske också till ett aggressivt utagerande beteende.

I den andra gruppen där utagerande psykiska problem fanns förekom inte så stora problem med alkohol, narkotika eller brott. Denna grupps problem var främst av psykisk och psykosomatisk natur.

Det är viktigt att uppmärksamma att flickorna i dessa grupper inte bara är aggressiva och våldsamma utan besväras också av stor social osäkerhet och utanförskap. Samtidigt som har de utagerande aggressivt beteende är de blyga, känner sig ensamma och underlägsna andra människor.

16 flickor identifierades som individer med extrema värden. Flickorna har extrema och unika värden och är en heterogen grupp. Flera av flickorna har mycket höga värden i båda indikatorerna för psykisk hälsa och samtidig omfattande brottsproblematik. Med stor säkerhet kan våldsamma flickor med allvarliga utagerande problem finnas bland dessa 16 individer, de kan dock inte räknas som en enhetlig grupp då varje person har en egen unik problemprofil.

Skiljer sig flickor med olika problemprofiler åt när det gäller olika bakgrundsfaktorer?

Samtliga flickgrupper i denna undersökning oavsett problemprofil har stora problem i sin hemmiljö även om inga signifikanta skillnader finns mellan de olika grupperna. Att flickor med svåra yttre anpassningsproblem ofta har haft instabila uppväxtförhållanden ligger i linje med tidigare forskning.

Problem av sexuell natur, som sexuellt utnyttjande, prostitution och promiskuitet är vanligt förekommande hos flickor med anpassningsproblem enligt Forsling (1992) och Runquist (1999). Denna studie visar att de två flickgrupperna som har allvarligast anpassningsproblem har högsta andelarna som utsatts för sexuella övergrepp, prostituerat sig och varit gravida. Problemen förekommer dock i samtliga flickgrupper.

Att flickor med anpassningsproblem rymmer är ett känt faktum, så är också fallet i denna studie. Flickor inom samtliga grupper rymmer i hög grad. Andersson (1996) och Chesney-Lind (1997) betraktar rymning som ett sätt att komma bort från svåra hemförhållanden. I denna undersökning stödjer resultaten den teorin, de flickgrupper som har störst andel problem i hemmiljön rymmer i högre grad. Skillnaderna mellan grupperna är dock inte statistiskt säkerställda.

Går det att se olika mönster av problem för flickor i olika åldrar?

En stor grupp, kluster IJ, har mindre problemtyngd än de övriga. Gruppen är yngst, medelåldern är 15 år. Gruppen har lägsta andelar med skolproblem, problem i hemmiljön, rymningar, vänner som begår brott och/eller använder narkotika etc. Det är dock inte troligt att en stor grupp flickor med lättare problematik har tvångsomhändertagits. Det är rimligt att anta att det förekommer andra anpassningsproblem än de som valdes för denna analys. Kanske är det så att anpassningsproblem tar sig andra uttryck för väldigt unga flickor, att flickorna i denna grupp ännu inte har hunnit utveckla ”sedvanliga” anpassningsproblem.

Kompisar antas ha stort inflytande på beteendet i ungdomsår, andelen vänner som begår brott och/eller använder narkotika varierar mest i de olika flickgrupperna. Den flickgrupp som är yngst och har minst problem umgås i mycket lägre grad med vänner som har problem jämfört med de äldsta flickorna.

I de två flickgrupper som använder narkotika återfinns de äldsta flickorna, en grupp har medelåldern 17 år och den andra 18 år. Den yngsta missbruksgruppen använder alkohol och den äldsta använder tunga droger. Den äldsta missbruksgruppen har flest stora anpassningsproblem vilket kanske kan ses som en naturlig utveckling av längre tids missbruk.

Studiens generaliserbarhet

Studiens resultat är inte generaliserbara till andra ungdomar än dem som befinner sig inom tvångsvården. Flickorna i undersökningen kommer från en specifik verksamhet för en specifik grupp ungdomar. Det innebär dock inte att resultaten är mindre viktiga.

Forskningen inom detta område är eftersatt och prognosen när det gäller behandling av ungdomar med svåra beteendestörningar är inte särskilt god. Institutionsvården har överlag visat nedslående resultat, med hög återfallsfrekvens i kriminalitet och asocialitet och ”rundgång i vårdsystemet”. Kunskapen om vilken behandling som fungerar för vilka ungdomar är föga utvecklad. Minst kunskap finns det om flickor.

Studiens betydelse i praktiken

Resultaten i den här studien visar att olika problemgrupper av flickor existerar inom den särskilda ungdomsvården. Indelningen synliggör att olika flickgrupper har olika problem och därmed också olika behov.

En slutsats som kan dras av denna studie är att det är väsentligt att lägga stor vikt vid utredning och bedömning av flickors behandlingsbehov. Viktigt är också att behandlingsinsatserna utformas utifrån de olika problemgruppernas men också utifrån individuella behov. Det i sin tur förutsätter ett varierat utbud av behandlingsinsatser med möjligheter till individuella vårdprogram.

Fyra flickgrupper av sex har allvarliga drogproblem. Hos en multiproblemgrupp förekom samtliga problem; allvarliga utagerande och inåtvända psykiska problem, psykosomatiska problem, problem med alkohol, narkotika och brott. En grupp missbrukar främst alkohol och två narkotika i hög grad. I den ena narkotikamissbrukande gruppen förekommer också psykiska och psykosomatiska problem. För dessa grupper behövs direkta insatser för att motverka missbruket. Behandlingsinsatserna behöver anpassas till alla aktuella problem som finns i grupperna. När kombinationen av psykiska problem och missbruk förekommer behöver behandlingen inriktas mot båda problemområdena. Multiproblemgruppen behöver riktade insatser som uppmärksammar samtliga problem.

En av flickgrupperna har inga utpräglade anpassningsproblem. Gruppen omfattar de yngsta flickorna, medelåldern är 15 år. Det är av stor vikt att dessa flickor inte behandlas tillsammans med flickor som har uttalade anpassningsproblem för att skydda dem mot att introduceras i missbruk. Kanske vore andra alternativ än § 12-hem att föredra för de yngsta flickorna.

En flickgrupp slutligen har psykosomatiska och psykiska problem men inga utagerande anpassningsproblem. I denna grupp finns både psykiska problem som är inåtvända och impulskontrollproblem med aggressivitet. För denna flickgrupp är kanske inte heller ett särskilt ungdomshem ett självklart alternativ.

De två senare grupperna har inte kommit så långt i sin utveckling av avvikande beteende och det är väsentligt att de får adekvat hjälp så att en fortsatt asocial karriär kan förhindras.

Några flickor hade extrema problemprofiler. De flickorna har alla olika behandlingsbehov. Bland dem återfinns problemkombinationer av mycket allvarliga drogproblem, mycket allvarliga psykosomatiska och psykiska inåt- och utagerande problem och flickor med mycket hög brottslighet. För att kunna hjälpa dem behöver behandlingsinsatserna utformas utifrån individuella behov som ger möjlighet till individualiserande program.

Vidare forskning

Det saknas grundläggande kunskaper om vilka problemsyndrom som förekommer hos flickor med allvarliga anpassningsproblem och hur syndromen hänger samman med olika bakgrundsfaktorer och med behandlingsutfall och återanpassning. Att många behandlingsinsatser och preventiva åtgärder på det här området misslyckas kan bero på att de sällan är utvecklade utifrån kunskap om de processer som leder till anpassningsproblem. För att kunna arbeta med effektiva förebyggande insatser och för att nå goda behandlingsresultat krävs omfattande satsningar på forskning inom området.

Ett forskningsprojekt om flickors anpassningsproblem har i och med denna redovisning påbörjats. Arbetet kommer att fortsätta i projektform under de närmaste åren. Projektet syftar dels till ökad kunskap om hur flickors anpassningsproblem utvecklas generellt, dels till ny kunskap att användas på en tillämpad nivå. Därigenom ges underlag för planering och differentiering av flickinstitutioner inom SiS och kunskaper som hjälper behandlare att identifiera olika problemprofiler för insatser i behandling.

REFERENSER

- Achenbach, T. M. (1995). Developmental issues in assessment, taxonomy and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Cicchetti och D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology, vol I: Theory and methods* (s. 57–80). New York: Wiley.
- Andersson, C. (1993). *The children of Maria. Adolescent Substance Abusers, their Families and Schooling*. Akademisk avhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell Int.
- Andersson, C. (1996). Om struliga flickor – beteende och bemötande i B-Å Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki och K. Söderholm Carpelan (red.): *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Liber.
- Andréasson, S., Lindström U., Armelius B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D. & Tengvald, K. (1999). *ASI – en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Skrift 1999:2. Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P-A., Sarnecki, J. & Söderholm Carpelan, K. (red.) (1996): *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Liber.
- Bergman, L. R. (1996). *A pattern-oriented approach to studying individual development: snapshots and processes*. Report number 825. Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm.
- Bergman, L. R. (1998). A pattern-oriented approach to studying individual development: Snabshots and processes, In R. B. Cairns, L. R. Bergman, K. J. Kagan (Eds.) *Methods and models for studying the individual* (pp.83–121). Thousand Oaks, CA: Sage,
- Bergman, L. R & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9 291–319.
- Bergman, L. R. & El-Khoury, Bassam M. (1998). *Sleipner. A statistical package for pattern-oriented analyses*. Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm.
- Bergman, L. R & Wångby, M. (1998). Are girls more than boys subjected to disrupted conditions of upbringing? *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 194–203.
- BRÅ-rapport 1999:15. (1999). *Kvinnors brottslighet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Cairns, R. B., Bergman, L. R. & Kagan, J. (1998). *Methods and model for studying the individual*. Thousand Oaks, Ca:Sage.
- Chesney-Lind, M. (1997). *The female offender: girls, women and crime*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Forsling, S. (1992). *Värstingflickor finns dom?* Omsorgsnämnden Nordvästra omsorgsområdet, Stockholms läns landsting.

- Friedman, A. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. (The adolescent drug abuse diagnoses (ADAD) instrument). *J Drug Education Vol.19* (4) s. 285–312.
- Kim, J-O. & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis Statistical Methods and Practical Issues*. Beverly Hills, London. SAGE Publications, Inc.
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn, forskningsmetoder och resultat*. Göteborg: Elanders Graphic Systems.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinatti, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Magnusson, D., Dunér, A. & Zetterblom, G. (1975). *Adjustment: A longitudinal study*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Magnusson, D. (1988). Individual development from an interactional perspective. A longitudinal study. D. Magnusson (Eds.) *Paths Through Life*. Vol.1. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, MA: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N. (1986). The consequences of conduct disorders in girls. In D. Olweus, J. Block, & M. Radke-Yarrow (Eds.) *Development of antisocial and prosocial behavior*. Orlando, FL: Academic Press.
- Runquist, W. (1999). *Brättegården 60 år "flickor kan, flickor vill"*. Vänersborg: Brättegården, Statens institutionsstyrelse.
- Sarnecki J. (1990). Problemprofiler hos ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990–1994. I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki och K. Söderholm Carpelan (red.): *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Liber.
- Schlytter, A. (1999). *Kön och juridik i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 1992:18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll.
- SiS följer upp och utvecklar 1/00 (2000). *ADAD 97*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse. Verksamhetsplan 1997 och 1998.
- Stattin, H. (1993). Blir barn med yttre beteendeproblem kriminella som vuxna? APROPÅ nr 5–6:20–29.
- Söderholm Carpelan, K (1992). *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja*. Akademisk avhandling 1992, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Söderholm Carpelan, K., Hermodsson, A. & Öberg, D. (1997b). *Manual. ADAD-intervju*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Wångby, M. & Bergman, L. R. (1996). *Externalizing and internalizing adjustment problems in girls: A longitudinal study* (Reports from the Department of Psychology No. 807). Stockholm: Stockholm University, Department of Psychology.

Wångby, M., Bergman, L. R. & Magnusson, D. (1999). *Development of adjustment problems in girls: What syndromes emerge?* *Child development*, May/June 1999, Volume 70, Number 3, Pages 678–699.

Zoccolillo, M. & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 973–981.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547–556.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and development of conduct disorders. *Development and Psychopathology*, 5, 65–78.

Bilaga 1

Imputering av internt bortfall

Bland de 321 intervjuerna förekommer 137 interna bortfall i intervjuer. Storleken på bortfallet redovisas i Tabell 12.

Tabell 12. Antal individer med bortfall i olika antal items (N=321)

Antal items med internt bortfall	Antal individer	%
0	184	57
1	41	13
2	25	8
3	10	3
4	7	2
5 till 60	54	17

En begränsad imputering av bortfall har genomförts med hjälp av dataprogrammet Slepner (Bergman & El-Khoury, 1992). Imputering har skett på två nivåer; itemnivå och indikatornivå.

I ett första steg gjordes imputering på itemnivå. Gränsen för hur många värden som skulle imputeras sattes till ett item, det medför att imputeringen endast gällde individer med ett itembortfall. Tvillingmetoden användes, vilket innebär att för varje individ med bortfall letar dataprogrammet efter den individ med fullständiga data vars svarsprofil är mest lik svarsprofilen för individen med bortfall. Om ”tvillingens” profil ligger på ett större avstånd än ett i förväg angett gränsvärde, i detta fall en euklidisk distans på 1.0, genomförs ingen imputering. Om avståndet mellan profilerna är mindre ersätts bortfallsvärdet hos individen ifråga med motsvarande värde hos ”tvillingen”.

Avstånden är beräknade med standardiserade värden. Imputering på itemnivå gjordes för 24 individer av 41 möjliga. Genom denna imputering erhöles kompletta data för 208 individer.

Tabell 13. Antal individer med bortfall i olika antal indikatorer efter imputering på itemnivå (N=321)

Antal indikatorer	Antal individer	%
0	254	79
1	6	2
2	25	8
3	10	3
4	7	2
5	3	1
6	16	5

Steg två i imputationen gjordes på indikatornivå. Indikatorerna konstruerades genom att summera de items som ingår i varje område (se metodavsnittet, konstruktion av variabler). När summeringen utförs räcker det att ett item saknas för att hela

indikatorn skall betraktas som bortfall. För att kunna använda fler individer i analysen gjordes därför också imputation på indikatornivå.

Gränsen för hur många värden som skulle imputeras sattes till ett, det innebär att imputeringen endast gällde individer med ett indikatorbortfall. Tvillingmetoden användes också denna gång. På indikatornivå sattes gränsvärdet för det euclidiska avståndet till 0.5, beräknat med standardiserade värden.

Indikatorimputering gjordes för 46 individer av 52 möjliga. Genom denna imputering erhöles kompletta data för 254 individer, 79 procent av 321 möjliga, se Tabell 13.

Bilaga 2

Sammanlagningskoefficient och förklarad andel av felkvadratsumman

Tabell 14 visar sammanlagningskoefficient och förklarad procent av felkvadratsumman. Tabellen visar att sammanlagningskoefficienterna är relativt låga fram till och med nio-klusterlösningen. Mellan nio- och åtta-klusterlösningen finns en mer påtaglig ökning av sammanlagningskoefficienten vilket tyder på att två något mer olika kluster slagits samman. Nästa stora ökning i sammanlagningskoefficienten inträffar vid fem-klusterlösningen.

Tabell 14. Sammanlagningskoefficient och förklarad procent av felkvadratsumman för 15-till och med 1-klusterlösningen

Antal kluster	Sammanlagningskoefficient	Förklarad andel av felkvadratsumman
15	3,05	67,05
14	3,84	65,43
13	3,99	63,75
12	4,36	61,91
11	4,46	60,03
10	4,61	58,08
9	4,65	56,12
8	5,73	53,70
7	6,05	51,14
6	6,87	48,25
5	9,37	44,29
4	17,48	36,92
3	20,73	28,17
2	24,35	17,90
1	42,41	0

Sammanläggningar av kluster och hierarkiska strukturer

Den hierarkiska klustersammanslagningen från tio kluster ner till två kluster redovisas i Figur 1.

Vid sammanslagningen från tio till nio kluster läggs kluster C och D samman. Kluster C innehåller 15 flickor med värden i faktorerna psykosomatiska problem och social osäkerhet och utanförskap som ligger över det totala medelvärdet. Kluster D omfattar 10 flickor som har samma problem som flickorna i kluster C förutom att de också har höga värden i faktorn med aggressivitet och impulskontrollproblem.

Vid nästa sammanslagning från nio till åtta kluster slås kluster I och kluster J samman. Kluster I innehåller 17 flickor med höga värden i faktorn för social osäkerhet och utanförskap, klustret har också högt värde i brottsfaktorn. Kluster J innehåller 48 flickor som har höga värden i brott. Centralt för det resulterande klustret IJ blir huvudsakligen en förhöjning i faktorn brott.

Kluster B och Kluster CD slås samman i nästa steg, i sju-klusterlösningen. Flickorna i dessa två kluster har lika problem med undantag av social osäkerhet. Det nya klustret BCD har förhöjda värden i psykosomatik, social osäkerhet/utanförskap och aggressivitet och impulskontrollproblem, totalt 42 flickor.

I nästa sammanslagning, från sju till sex-klusterlösningen slås kluster E och kluster F samman. Kluster E innehåller 24 flickor med höga värden i främst alkoholfaktorn, men flickorna har också höga värden i brott. I kluster F finns 48 flickor. De har höga värden i alkoholbruk och har värden över medeltalet i faktorn för osäkerhet och utanförskap. Profilen i det nya klustret EF kommer att innehålla förhöjda värden i faktorn osäkerhet och utanförskap, brott och alkoholbruk.

Mellan sex- och fem-klusterlösningen finns återigen en påtaglig ökning av sammanslagningskoefficienten. Det tyder på att två något olika kluster slagits samman. Figur 1 visar att två tydligt olika kluster som båda är teoretiskt identifierbara har slagits samman. Det innebär att sammanslagningarna inte längre är meningsfulla. De kluster som slås samman är kluster H som innehåller höga värden i faktorn för narkotikabruk och det redan sammanslagna klustret IJ som innehåller förhöjda värden i brott, totalt blir det 84 flickor i det nya klustret.

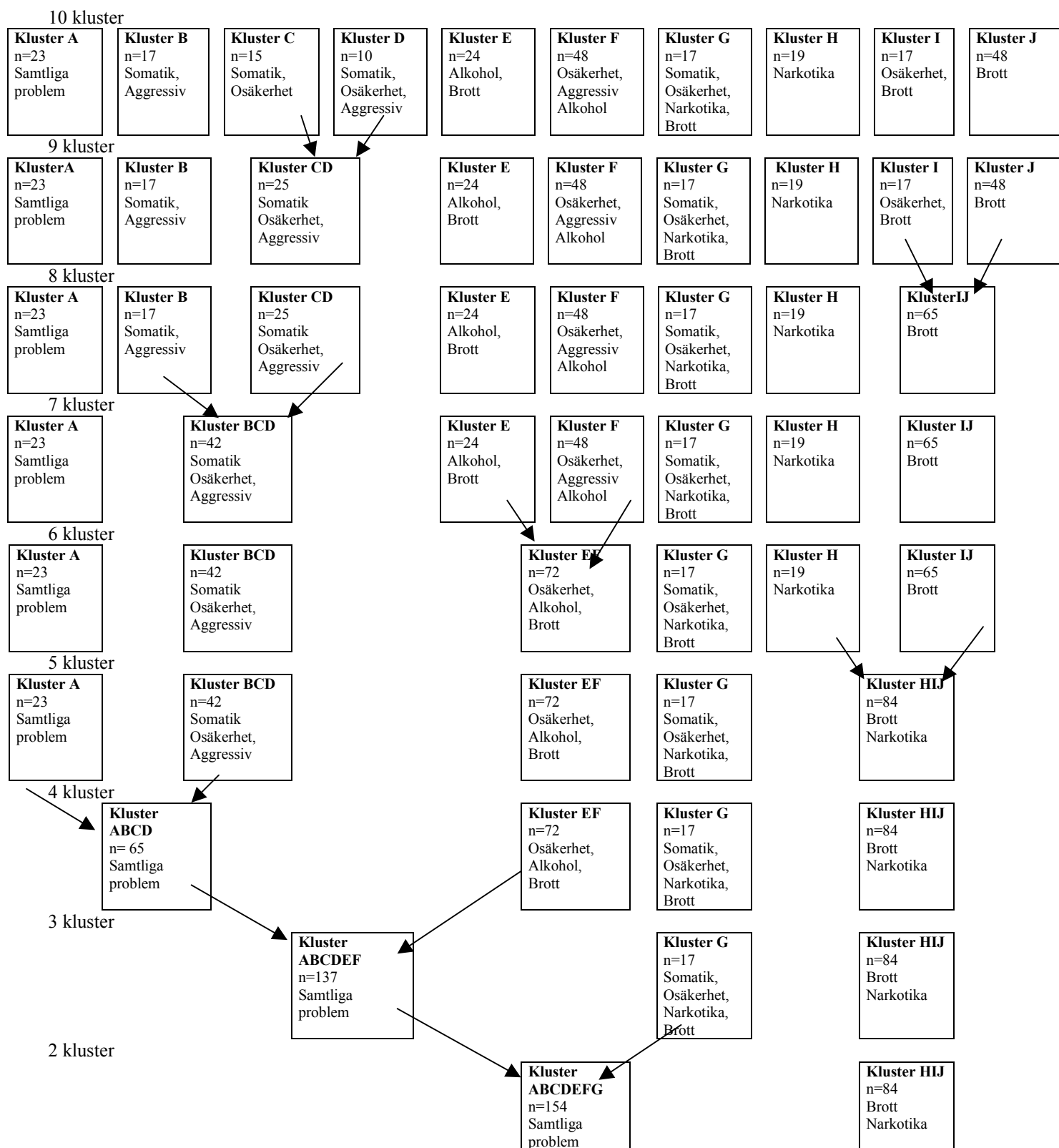
I nästa steg, fyra-klusterlösningen, slås kluster A samman med kluster BCD.

I de två följande sammanslagningarna slås kluster ABCD samman med kluster EF. Båda klustren innehåller höga värden för psykiska problem och problem med alkohol. I nästa steg sker sammanslagningen av kluster ABCDEF med kluster G, som också innehåller psykiska problem men i kombination med höga värden i psykosomatiska problem, brott och narkotikabruk.

I stora drag kan den hierarkiska strukturen i Figur 1 tolkas som att klusteranalysen gör en grundläggande differentiering mellan profiler som kännetecknas av och profiler som inte kännetecknas av psykosomatiska och/eller psykiska anpassningsproblem. I två-klusterlösningen återstår två kluster kluster ABCDEFG och kluster HIJ.

Som beskrivits ovan är kluster HIJ ett heterogent kluster som uppstår i fem-klusterlösningen genom att ett litet kluster där flickorna huvudsakligen har narkotikaproblem och ett större kluster där flickornas huvudsakliga problem är kriminalitet, kluster IJ, slås samman. Inget av dessa kluster har förhöjda värden i den psykosomatiska eller de psykiska faktorerna.

Kluster ABCDEFG kan sägas bestå av fyra tydligt separerade klustergrupperingar där alla har förhöjda värden i psykosomatiska och/eller psykiska faktorer tillsammans med andra problem. Kluster A kännetecknas av att det ligger högt i samtliga problemindikatorer. Kluster BCD ligger över totalmedelvärdena i hälften av indikatorerna, nämligen indikatorerna för psykosomatiska problem och båda indikatorerna på psykiska problem. Centeroiden för kluster EF kännetecknas framförallt av en höjning i alkoholindikatorn. Kluster G är ett kluster som kännetecknas av förhöjningar i framförallt psykosomatiska problem, narkotika och brott.



Figur 1. Hierarkiska strukturer och sammanslagningar från 10- till och med två-klusterlösningen

Medelvärdesprofiler i råpoäng

Tabell 15 och Tabell 16 visar medelvärdesprofiler i råpoäng för tio-klusterlösningen respektive sex-klusterlösning i råpoäng.

Eftersom de olika indikatorerna i klusteranalysen bygger på variabler som summerar olika är klustermedelvärden för de olika variablerna inte direkt jämförbara med varandra varför tabellen också visar de olika indikatorernas intervall, samt medelvärde och standardavvikelse för hela samplet.

Tabell 15. Medelvärdesprofiler för tio-klusterlösningen, råpoäng

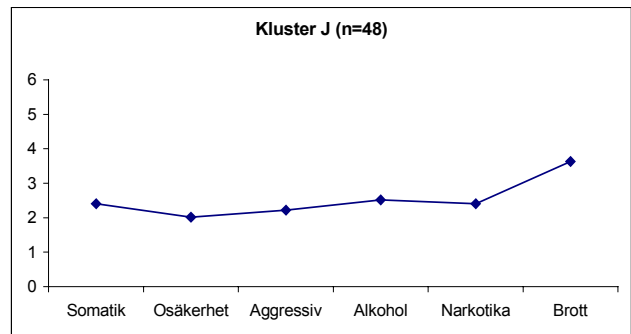
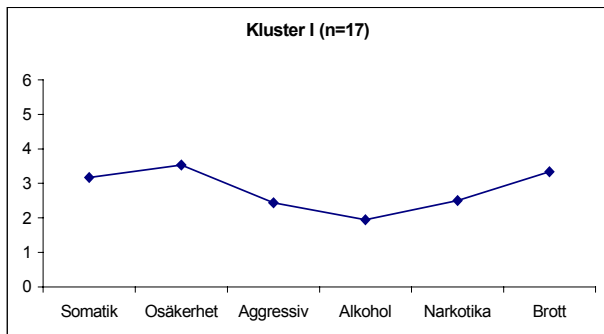
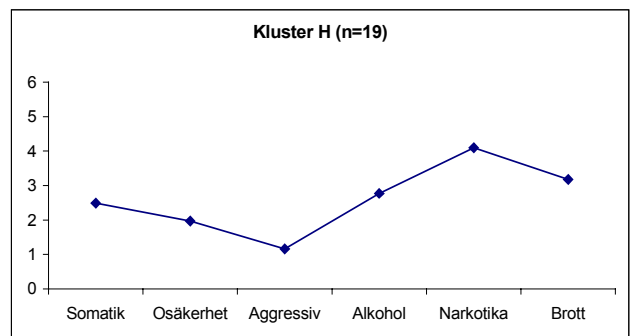
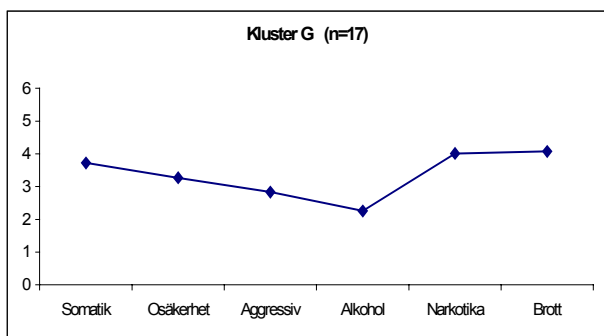
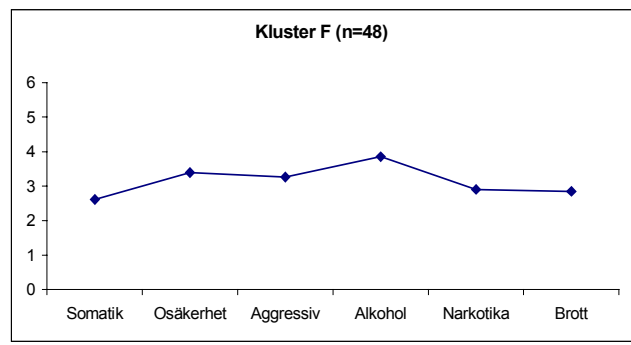
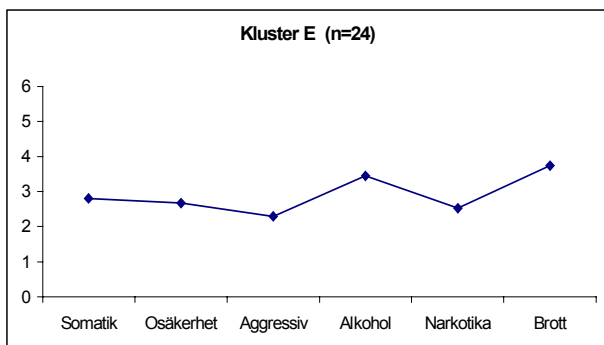
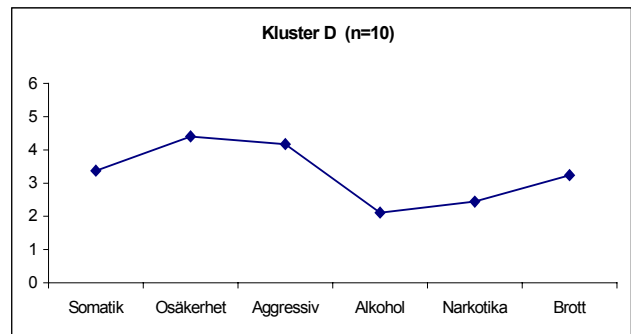
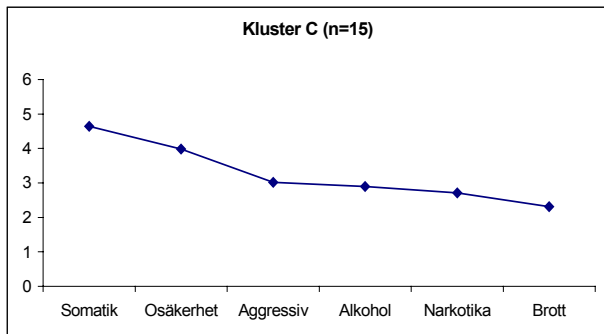
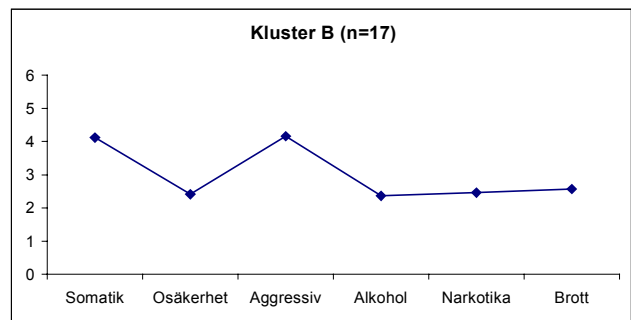
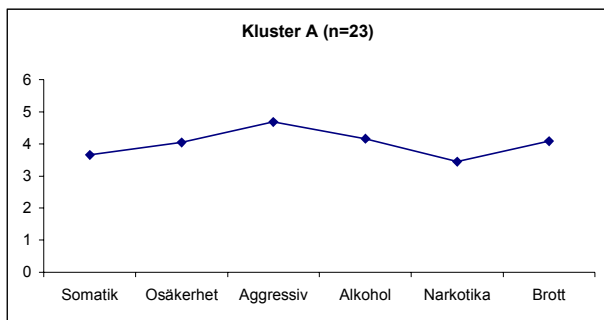
	n	Homogenitet	Psykosomatiska problem		Social osäkerhet, utanförskap		Aggressivitet impulskontrollproblem		Alkohol		Narkotika		Brott	
		koefficient	m	st	m	st	m	st	m	st	m	st	m	st
A	23	1,38	4,00	1,65	7,43	2,39	7,74	1,57	2,61	0,66	5,13	4,11	5,43	3,02
B	17	0,80	4,94	1,71	2,65	1,77	6,29	1,93	0,59	0,79	0,53	1,01	1,59	1,42
C	15	0,71	6,00	1,00	7,27	1,44	3,13	2,36	1,20	0,77	1,67	2,50	0,93	1,03
D	48	0,62	3,40	0,97	8,50	1,78	6,30	1,25	0,30	0,48	0,40	0,97	3,30	2,36
E	24	0,72	2,25	1,73	3,42	1,50	1,15	0,85	1,83	0,76	0,83	1,53	4,58	1,86
F	48	1,13	1,83	1,19	5,54	2,56	3,79	1,86	2,27	0,96	2,58	3,33	2,3	1,99
G	17	1,32	4,12	1,65	5,17	2,16	2,59	1,83	0,47	0,72	14,47	4,02	5,41	2,78
H	19	0,95	1,58	1,22	1,37	1,01	0,74	1,05	1,05	0,91	8,21	3,28	3,10	2,66
I	17	0,33	0,94	0,97	5,94	1,20	1,53	1,23	0,12	0,33	0,71	1,99	1,00	1,00
J	48	0,57	1,42	1,66	1,50	1,15	0,90	1,11	0,78	0,80	0,25	0,76	1,06	1,19
Intervall			0–8		0–12		0–11		0–6		0–78		0–16	
			2,63	2,06	4,39	3,05	2,93	2,72	1,31	1,13	3,02	4,63	2,68	2,55

Tabell 16. Medelvärdesprofiler och intervall över lägsta och högsta värdet för sex-klusterlösningen, råpoäng

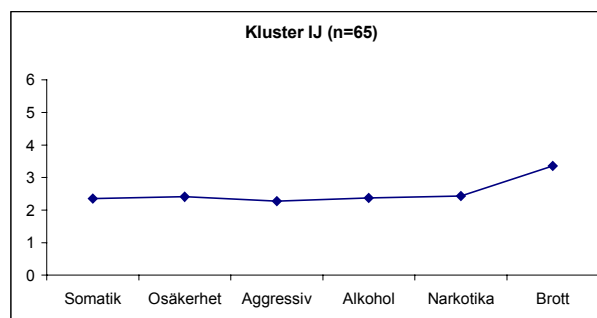
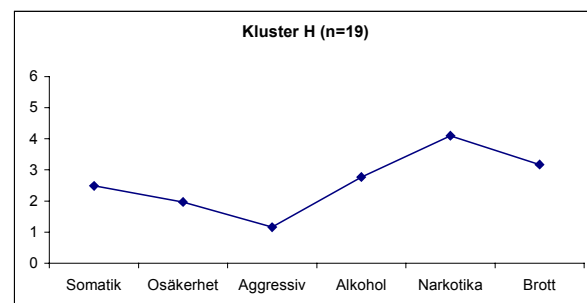
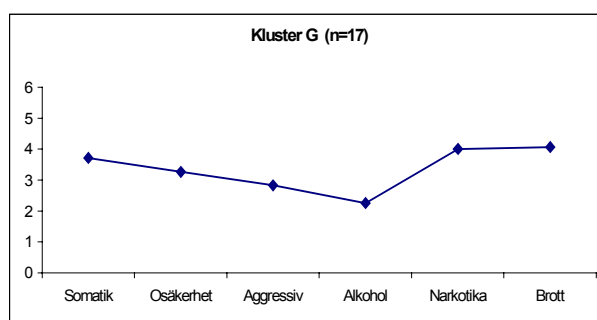
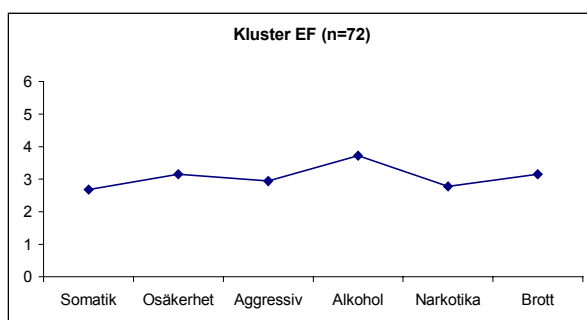
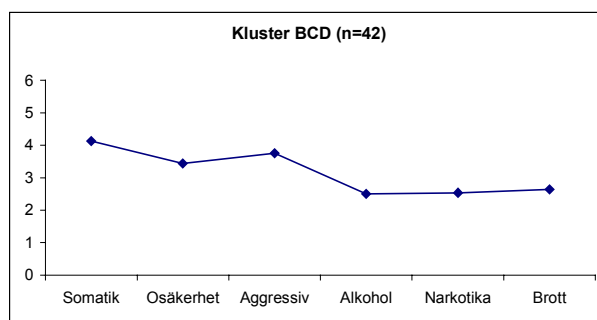
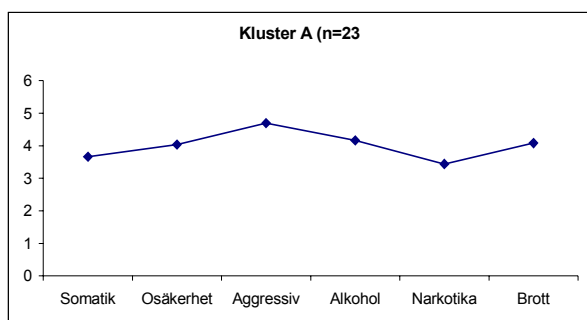
	n	Homogenitet	Psykosomatiska problem		Social osäkerhet, utanförskap		Aggressivitet impulskontrollproblem		Alkohol		Narkotika		Brott	
		koefficient	m	st	m	st	m	st	m	st	m	st	m	st
A	23	1,38	4,00	1,65	7,43	2,39	7,74	1,57	2,61	0,66	5,13	4,11	5,43	3,02
BCD	42	1,21	4,95	1,64	5,69	3,05	5,17	2,46	0,74	0,80	0,90	1,75	1,76	1,79
EF	72	1,17	1,97	1,39	4,83	2,47	2,90	2,03	2,12	0,92	2,00	2,97	3,07	2,22
G	17	1,32	4,12	1,65	5,17	2,16	2,59	1,83	0,47	0,72	14,47	4,02	5,41	2,78
H	19	0,95	1,58	1,22	1,37	1,01	0,74	1,05	1,05	0,91	8,21	3,28	3,10	2,66
IJ	65	0,68	1,29	1,52	2,66	2,28	1,06	1,17	0,60	0,77	0,37	1,21	1,05	1,14
Intervall			0–8		0–12		0–11		0–6		0–78		0–16	
			2,63	2,06	4,39	3,05	2,93	2,72	1,31	1,13	3,02	4,63	2,68	2,55

Profiler av standardiserade klustermedelvärden

Figur 2 och Figur 3 visar profiler av standardiserade klustermedelvärden för 10- och för sex-klusterlösningen. För att kunna jämföra medelvärdena i de olika klustren har klustermedelvärdena standardiserats till z-värden. De standardiserade klustermedelvärdena har adderats med 3 för att de inte ska kunna anta negativa värden. Detta innebär att medelvärdet för hela samplet är 3 i varje variabel och standardavvikelsen 1.



Figur 2. Profiler av klustermedelvärden för 10-klusterlösningen, normerade värden



Figur 3. Profiler av klustermedelvärden för sex-klusterlösningen, standardiserade värden