

Bilaga till rapport

Psykologiska behandlingar
och psykosociala insatser i
rättspsykiatrisk vård

Bilaga 4 Inkluderade effektstudier

Nedan kommer en narrativ beskrivning av de fem studier som höll låg eller medelhög risk för bias i sina utfall. Detta följs av en tabell över de resultat man presenterat i studierna. Resultaten är överlag positiva, men de bör tolkas med försiktighet då de baseras på få deltagare och har medelhög risk för bias.

Även mängden resultat bör tolkas försiktigt. Vi hade breda kriterier för inklusion av utfall. När man gör så kommer inte alla utfall man får in att vara lika relevanta för forskningsfrågan. Detta kan leda till att signifikanta effekter på relevanta utfall tas för fler och oftare förekommande än de är.

Det finns även risk för att likartade utfall tolkas som olika utfall, exempelvis i studier där resultatredovisningen är uppdelad som ett antal utfall av delskalor istället för ett enda resultat av en hel skala.

Aho-Mustonen och medarbetare, 2011 [1]

I den aktuella studien bedrivs den psykoedukativa insatsen i grupper om 3–8 patienter. Studien genomfördes på ett sjukhus med hög säkerhetsklass i Finland där totalt 39 patienter (35 män, 4 kvinnor) med schizofreni (utom 1 person med schizoaffektivt syndrom) deltog. Samtliga deltagare hade begått brott, huvudsakligen våldsbrott. Insatsen var ett komplement till den sedvanliga behandlingen på den rättspsykiatriska enheten och pågick under åtta veckor med en gruppträff (45–60 min) per vecka. Behandlingen går ut på att stärka patienterna och öka deras hopp inför framtiden genom att öka deltagarnas kunskap om sina problem och symtom. Element som ingår handlar bland annat om vad schizofreni är, hur det yttrar sig, konsekvenser, förklaringsmodeller och behandling. Vid tremånadersuppföljningen uppvisade interventionsgruppen signifikant bättre kunskap om sin sjukdom (KASQ, $p < 0,05$). Interventionsgruppen skattade också sitt självförtroende (RSE) som högre än kontrollgruppen omedelbart efter genomgången behandling ($p < 0,05$) men denna skillnad försvann vid tremånadersuppföljningen. Däremot framkom inga skillnader mellan grupperna vad gällde klinikerskattad förekomst av psykiatriska symtom (BPRS) och inte heller vad gällde självskattad depressivitet (BDI-II). För att mäta deltagarnas sociala beteende på avdelningen användes en observationskala (Nosie-30) och här framkom inga skillnader förutom på delskalan självskattad irritabilitet där interventionsgruppen låg signifikant högre ($p < 0,05$) efter genomgången behandling. Det framkom inte heller några skillnader i patienternas självupplevda stigma (PSQ), livskvalitet relaterad till hälsa (15D) eller medvetenhet om den

egna sjukdomen (SUMD) efter insats. Slutligen kunde studien inte heller påvisa några effekter vad gällde patienternas attityd till läkemedel (DAI-10) eller följsamhet till behandlingen (CRS). Det fanns viss risk för snedvridna data i behandlingsdelen av studien, men risken för bias bedömdes ändå sammanfattningsvis vara medelhög för utfallen.

Cavezza och medarbetare, 2013 [2]

Denna studie studerade effekten av Adherence therapy (följsamhetsterapi) i jämförelse med hälsokontroller. Utfallen gällde följsamhet till läkemedelsbehandling hos intagna på ett australiskt sjukhus. Adherence therapy är en konsultativ personcentrerad metod som bygger på att i samarbete med patienten öka patientens medvetenhet kring vikten att följa den medicinerings som föreskrivits. Metoden bygger på element från kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande intervju (MI) och tar upp patientens tankar om medicinerings, hinder i behandlingen och hur dessa kan överkommas. Metoden betonar det individuella valet och ansvaret och innefattar bland annat olika problemlösningstrategier och målformuleringar. Deltagarna i studien (n=48, varav 9 kvinnor) var intagna på en rättspsykiatrisk klinik i Victoria, Australien (diagnoserna var huvudsakligen schizofreni eller schizoaffektivt syndrom). 24 patienter ingick i interventionsgruppen och lika många (n=24) ingick i kontrollgruppen. Såväl insatsupplägg som kontrollupplägg bestod av åtta behandlingstillfällen under en icke angiven tidsperiod. Studien beskrivs som en dubbelblind randomiserad studie. Resultaten visade inga skillnader avseende klinikerskattad psykopatologi (BPRS) mellan grupperna. Det framkom emellertid en signifikant mer positiv inställning till läkemedelsbehandling (DAI-30) i interventionsgruppen efter behandling ($p < 0,05$). Man mätte även deltagarnas uppfattningar om och attityder till vården (PPQ) och fann en signifikant skillnad på en av tre delskalor (Readiness for discharge, $p < 0,05$) mellan grupperna efter insats. Man fann ingen skillnad mellan grupperna vad gällde följsamhet till läkemedelsbehandling (Rating scale of medication adherence), stress och missnöje med avdelningen de vårdades på (Patient Attitude Questionnaire) eller motivation att engagera sig i den egna vården (Patient Motivation Inventory). Vi bedömer att det finns medelhög risk för bias för utfallen i studien.

Yip och medarbetare, 2013 [3]

I denna studie studerades effekten av det kognitiva färdighetsträningsprogrammet Reasoning and Rehabilitation Mental Health Program (R&R2MHP) jämfört med sedvanlig behandling

(TAU). Populationen utgjordes av 59 manliga patienter intagna på ett säkerhetsklassat sjukhus i Storbritannien där 30 individer fick R&R2MPH medan 29 individer från väntelistan utgjorde kontrollgruppen. Studien var icke-randomiserad men detta uppvägdes till viss del av att likheten mellan grupperna var stor vid den omfattande baslinjemätningen som även innefattade psykologiska test. Bedömningen av gruppindelningen stannade därför på *oklar risk för bias* istället för *hög risk för bias*. Deltagarna hade samtliga en allvarlig psykisk störning, vanligtvis en psykosjukdom, och var dömda för våldsbrott.

Behandlingsprogrammet var 16 veckor långt och bestod av ett behandlingstillfälle per vecka à 90 minuter. Uppföljningsmätning gjordes direkt efter avslutad behandling. Resultaten visar sammanfattningsvis att de som genomgick programmet fick lägre poäng på en skala som mäter utagerande beteende i vårdmiljön, bedömt av avdelningspersonal som känner patienten väl, såväl totalt (DBSP total, $p < 0,01$) som vad gäller de båda delskalorna Disruptive behaviour ($p < 0,05$) och Social and psychological functioning ($p < 0,01$). Vad gällde självskattad problemlösningsförmåga (SPSI-RS) framkom högre poäng för interventionsgruppen på två delskalor, Positive problem orientation ($p < 0,01$) samt Rational problem solving ($p < 0,05$). Här kan noteras att de som inte fullföljde behandlingsprogrammet hade signifikant högre poäng på DBSP. Det framgick också att interventionsgruppen hade signifikant lägre poäng på en skala som mätte kognitiv stil och attityder som stödjer våld, såväl totalt som vad gällde de två delskalorna (MVQ total $p < 0,05$, MVQ Machimo scale $p < 0,05$, MVQ Acceptance scale $p < 0,01$). Man noterade också lägre nivåer av självupplevd ilska (mätt med NAS-PI) i interventionsgruppen ($p < 0,01$). Slutligen framkom mer adaptiva copingstrategier (WAYS) hos patienter som genomgått programmet såväl helskala ($p < 0,001$) som samtliga delskalor ($p < 0,01-0,001$). Risk för bias för utfallen var medelhög, då studien inte var randomiserad.

Kuokkanen och medarbetare, 2014 [4]

Denna studie beskrev effekten av metakognitiv terapi. Det är en metod som ryms inom ramen för kognitiv beteendeterapi. Den skiljer sig från många andra KBT-metoder utifrån att den inte utmanar symtomen direkt utan snarare kognitiva förvrängningar som är vanliga vid schizofreni. Exempel på detta är att man för snabbt drar slutsatser utan att ha tillräcklig information, att man tillskriver (attribuerar) lägger ansvar och skuld för händelser (positiva som negativa) hos andra, har en övertro på det felaktiga och en misstro på korrekta minnen samt bristande förmåga att reflektera över dessa, inte ta in information som motsäger det man

tänker eller tror, eller förmåga att förstå skillnaden mellan egna och andras tankar, känslor, drivkrafter och handlingar (Theory of Mind). Totalt deltog 20 patienter från ett finskt säkerhetsklassat sjukhus. Tio patienter fick metakognitiv terapi under en månads tid vid åtta tillfällen. Övriga tio patienter utgjorde kontrollgruppen. Alla som deltog hade en schizofrenidiagnos. Merparten av deltagarna hade en historia av våldsamt beteende. Antalet deltagare var för lågt för parametriska test. Utfallen i studien har medelhög risk för bias.

Walker och medarbetare, 2013 [5]

I denna studie undersöktes effekten av Coping With Mental Illness (CWMI) i jämförelse med sedvanlig behandling. CWMI är en psykoedukativ insats. Behandlingen innehöll undervisande inslag blandat med beteendeterapi för att öka problemlösningsförmåga och förmågan att använda copingstrategier. Studien pågick under elva veckor och bestod av två behandlingstillfällen per vecka. Totalt deltog 81 patienter (varav två kvinnor) inskrivna vid fyra olika rättspsykiatriska kliniker i Skottland och Storbritannien. 46 patienter deltog i insatsen och 35 fungerade som kontrollgrupp. Samtliga patienter var diagnosticerade med psykossjukdom. Sammanfattningsvis framkom inga skillnader vid sexmånadersuppföljning mellan insatsgrupp och kontrollgrupp avseende klinikerbedömda psykossymtom (PANSS positiv, negativ och total) och inte heller förekomst av depressiva symtom (CDSS). Liksom i pilotstudien (Walker et al, 2012 [6]) visade interventionsgruppen en signifikant större kunskap om psykisk ohälsa (FAKT) men det fanns ingen skillnad mot kontrollgruppen vad gällde självskattad förmåga att ta till sig och följa behandling (SAI) och inte heller för självskattad livskvalitet (SQLS-R4). Slutligen framkom inga skillnader vad gällde socialt beteende generellt (BEST-Index total score) men väl vad gällde subskalan ”empati” ($p < 0,05$, BEST-Index empathy score), där resultatet höjdes i interventionsgruppen. Det finns medelhög risk för snedvridna data för utfallen eftersom det var möjligt för deltagarna och behandlingsteamet att identifiera vilken grupp individen tillhörde. Dessutom var det delvis oklart hur datainsamlingen gått till.

Tabell över publicerade resultat i inkluderade studier.

Author, year, reference Follow-up Type of outcome Scale-construct *Lower scores desirable	Intervention group Measures	Control group Measures	Difference Measures
Aho-Mustonen et al, 2011 [1], 3 Months Inventories (self-report and nurse assessments)	Intervention group (n=19) Mean change (SD)	Control group (n=20) Mean change (SD)	p, Cohens' d

Knowledge about Schizophrenia, KASQ	1.4 (2.8)	-0.5 (2.6)	$p=0.04, d=0.68$
Unawareness of Mental Disorder, SUMD	-0.7 (1.1)	-0.2 (0.8)	$p=0.09, d=-0.61^*$
Compliance rating scale, CRS	-0.4 (1.1)	-0.2 (1.1)	$p=0.81, d=-0.21$
The Drug Attitude Inventory-10, DAI-10	0.9 (5.3)	0.8 (3.3)	$p=0.96, d=0.02$
The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS	-4.6 (8.0)	-4.0 (4.6)	$p=0.76, d=0.10^*$
The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation, NOSIE-30	-2.1 (3.8)	-0.5 (3.9)	$p=0.21, d=0.41$
Beck Depression Inventory-II, BDI-II	-2.5 (6.2)	-0.1 (7.9)	$p=0.30, d=0.34^*$
The Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE	2.0 (2.8)	-0.2 (4.3)	$p=0.06, d=0.62$
Health-related quality of life, 15D	0.00 (0.06)	0.04 (0.08)	$p=0.09, d=-0.57$
Perceived Stigma Questionnaire* (Only post-treatment data available)	-0.1 (0.5)	-0.4 (0.6)	$p=0.08, d=-0.59^*$
Cavezza et al, 2013 [2] Post experiment Inventories -constructs (self-report)	Intervention group (n=24) Mean change (SD)	Control group (n=24) Mean change (SD)	Post intervention Mean (SD) Fishers F. p
Compliance	5.9 (1.1)	5.5 (0.9)	$F=3.91, p=0.055$
Brief psychiatric rating scale	39.8 (12.8)	34.5 (10.1)	$F=1.81, p=0.185$
Drug attitude inventory	8.8 (14.7)	3.5 (15.0)	$F=4.30, p=0.044$
Patient attitude questionnaire -Dissatisfaction*	18.5 (6.5)	16.1 (7.7)	$F=1.60, p=0.213$
-Stress*	19.9 (6.8)	16.3 (8.5)	$F=0.59, p=0.447$
-Detachment*	10.1 (3.9)	8.9 (4.6)	$F=0.03, p=0.859$
Patient motivation inventory -Internal motivation	5.4 (2.4)	5.4 (2.1)	$F=0.38, p=0.539$
-Lack of confidence*	3.1 (2.4)	3.0 (2.0)	$F=0.00, p=0.975$
-Feelings of failure	1.6 (1.2)	1.3 (1.2)	$F=0.73, p=0.396$
Patient perception questionnaire -Treatment engagement	65.5 (19.2)	59.0 (22.5)	$F=1.18, p=0.284$
-Reluctance to open up*	41.2 (12.3)	37.9 (11.3)	$F=0.21, p=0.650$
-Readiness for discharge*	19.5 (5.3)	23.7 (4.1)	$F=4.05, p=0.050$
Yip et al, 2013 [3] Post experiment Inventories, -constructs (self-report)	Intervention group (n=30) Mean (SD)	Control group (n=29) Mean (SD)	ITT F-value (Cohen's d) *p < .05, **p < .01, ***p < .001.
MVQ*	14.60 (11.22)	21.34 (14.67)	6.26 (.52)*
-Machismo scale	8.00 (9.21)	12.86 (12.05)	4.33 (.45)*
-Acceptance scale	6.60 (3.12)	8.48 (3.97)	7.62 (.53)**
NAS-PI total*	80.00 (16.02)	81.00 (18.45)	(18.45) 0.01
-Cognitive domain	28.33 (5.27)	28.59 (5.80)	(5.80) 0.02
--Arousal domain	26.47 (7.07)	26.28 (6.63)	(6.63) 0.38
-Behavior domain	25.20 (5.91)	26.14 (7.30)	(7.30) 0.06
WAYS total	61.50 (23.31)	33.41 (24.04)	35.56 (1.19)***
-Confrontive coping	7.97 (3.77)	4.83 (3.26)	15.15 (0.89)***
-Distancing coping	8.93 (4.22)	4.45 (3.58)	20.42 (1.14)***
-Self-controlling coping	6.33 (2.89)	3.24 (2.84)	13.20 (1.08)***
-Seeking social support coping	11.57 (7.10)	6.31 (4.80)	18.74 (0.87)***
-Accepting responsibility coping	3.90 (2.50)	1.59 (2.38)	10.40 (0.95)**
-Escape-avoidance coping	6.50 (3.03)	4.93 (3.57)	9.73 (0.47)**
-Planful problem-solving coping	8.67 (3.35)	4.59 (4.20)	24.05 (1.07)***
-Positive reappraisal coping	7.63 (4.63)	3.45 (4.35)	15.98 (0.93)***
SPSI-RS total	12.95 (3.32)	11.01 (3.84)	3.07
-Positive problem orientation	12.13 (5.28)	7.86 (5.34)	10.73 (0.80)**
-Negative problem orientation	6.00 (3.92)	5.59 (4.35)	0.22
-Rational problem solving	10.80 (5.62)	6.17 (5.31)	6.72 (0.85)*
-Impulsivity/carelessness	6.70 (4.34)	5.72 (5.21)	1.20
-Avoidance style	5.57 (3.86)	4.00 (3.35)	4.20 (0.43)*
DBSP total	31.31 (12.96)	41.41 (13.34)	11.86 (0.77)**
-Disruptive behaviour*	13.81 (8.11)	18.15 (9.76)	5.20 (0.48)*
-Social and psychological	17.50 (7.93)	23.37 (6.93)	8.82 (0.79)**
Kuokkanen et al, 2014 [4] 6 Months Inventories, -constructs (self-report)	Intervention group (n=10)	Control group (n=10)	Only Wald-test data available ¹ *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001
PANSS Sum			19.35***
P6			10.82*
G12			2.22
PSYRATS Total			4.87
Amount of preoccupation			1.94

Duration of preoccupation			4.90
Conviction			3.92
Amount of distress			6.93
Intensity of distress			5.32
Walker et al, 2013 [5] Post experiment Inventories, -constructs (self-report)	Intervention group (n=30) M (SD)	Control group (n=35) M (SD)	Difference between TAU and experiment
Assessment of Insight, SAI	10.7 (5.1)	12.2 (5.4)	F (1,78)=2.34, p=0.13, partial η^2 =0.13
Forensic Assessment of Knowledge Tool, FAKT	29.6 (9.8)	36 (8.1)	F (1,74)=8.68, p< .01, partial η^2 =0.10
Positive and Negative Syndrome Scale	14.3 (6.2)	12.8 (3.9)	F (1,76)=2.437, p=0.12, partial η^2 =0.03
-PANSS -ve	17.9 (6.9)	15.2 (6.2)	F (1,76) =2.282, p=0.13, partial η^2 =0.02
PANSS comp composite t 6-	30.4 (9.8)	27.2 (7.2)	F (1,76)=0.175, p=0.67, partial η^2 =0.002
Calgary Depression Scale for Schizophrenia CDSS	2 (3.46)	1.8 (4.4)	U=0.712, p=0.320
SQLS-R4 total score	30.6 (16.1)	30.7 (19.1)	F (1,74)=1.65, p=0.203, partial η^2 =0.022
The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision	22.4 (15.3)	23.8 (16.6)	F (1,74)=1.24, p=0.267, partial η^2 0.017
SQLS-R4 vitality sub-scale	17.9 (7.11)	16.7 (9.1)	F (1,74)=1.77, p=0.186, partial η^2 =0.023
Quality of life and Behaviour total score, BEST	535.7 (96.2)	572 (99.1)	F (1,78)=0.667, p=.41, partial η^2 =0.008
BEST-Index empathy score	103 (26.1)	109 (25.2)	F (1,78)=4.96, p=0.029, partial η^2 =0.06

¹The Wald test indicates whether the two groups differ from each other in the overall change throughout the study in all of the three-time intervals.

References

1. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Rynänen O-P, Miettinen R, Rätty H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Criminal Behaviour And Mental Health*: CBMH 2011;21:163-76.
2. Cavezza C, Aurora M, Ogloff JRP. The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: A randomised controlled trial. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2013;24:458-78.
3. C-Y Yip V, Gudjonsson GH, Perkins D, Doidge A, Hopkin G, Young S. A non-randomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2013;13:267-67.
4. Kuokkanen R, Lappalainen R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: a randomised controlled feasibility trial. *Criminal Behaviour And Mental Health*: CBMH 2014;24:345-57.
5. Walker H, Tulloch L, Ramm M, Drysdale E, Steel A, Martin C, et al. A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; Effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2013;24:756-71.
6. Walker H, Connaughton J, Wilson I, Martin CR. Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2012;19:881-90.