

# DBT-baserad färdighetsträning för män med ADHD i LVM-vård



**Berit Bihlar Muld**

FORSKNINGSRAPPORT

**Institutionsvård i fokus** ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanfattningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer.

SiS forskningsprojekt finansieras genom årlig utlysning av forskningsmedel. Beslut om finansiering av externa forskningsprojekt tas av SiS generaldirektör efter bedömning av SiS vetenskapliga råd och sakkunnig granskning (peer-review). Publicering sker efter beredning i publikationsseriens redaktionsråd och vetenskaplig granskning av SiS forskningsledare med stöd av externa sakkunniga.

Redaktionsrådet för Institutionsvård i fokus består av företrädare för SiS forsknings- och utvecklingsenhet, vård- och behandlingsenhet samt kommunikationsavdelning. Ordförande är utvecklingsdirektör Eva Franzén.

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

### **SiS vetenskapliga råd**

Ordförande:

*Kent Ehliasson*, generaldirektör SiS

Vetenskapliga företrädare:

*Henrik Andershed*, professor, Örebro universitet

*Anders Hammarberg*, med.dr., Karolinska institutet

*Mats Hilde*, docent, Lunds universitet

*Niklas Långström*, professor, Karolinska institutet

*Titti Mattsson*, professor, Lunds universitet

*Tove Pettersson*, professor, Stockholms universitet

*Kerstin Stenius*, docent, Helsingfors universitet

*Jessica Storbjörk*, docent, SoRAD, Stockholms universitet

Verksamhetsföreträdare:

*Per Blomkvist*, institutionschef, SiS ungdomshem Bärby

*Kerstin Lidman*, socialchef, Sollentuna kommun

*Paula Liljeberg*, divisionschef, BUP Stockholm

*Rickard Amylon*, institutionschef, SiS LVM-hem Lunden

ISBN 978-91-87053-61-0

DBT-baserad färdighetsträning för män med ADHD i LVM-vård

Nummer 6 år 2018 i rapportserien Institutionsvård i fokus.

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse, SiS  
Box 30224  
104 25 Stockholm

### **Engelsk titel:**

Institutional Care in Focus

# DBT-baserad färdighetsträning för män med ADHD i LVM-vård

**Berit Bihlar Muld**

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	3
<b>Sammanfattning</b> .....	5
<b>English summary</b> .....	6
<b>Inledning</b> .....	8
Vanligt med samsjuklighet mellan ADHD och substansberoende .....	8
Ny behandlingsmetod för klienter med ADHD på Hornö .....	9
Rapportens disposition .....	10
<b>Tidigare forskning om ADHD</b> .....	11
ADHD kan påverka livskvaliteten negativt.....	11
ADHD och andra psykiatriska problem.....	12
ADHD och substansberoende.....	12
<b>Behandling av ADHD</b> .....	13
Läkemedelsbehandling av ADHD vid samtidigt substansberoende .....	13
Psykologisk behandling av ADHD vid samtidigt substansberoende .....	14
Dialektisk beteendeterapi (DBT) som behandling av ADHD .....	15
Syfte och frågeställningar .....	15
<b>Metod</b> .....	16
DBT-behandling för klienter på Hornö.....	16
Tillvägagångssätt i de två studierna.....	19
Behandlingsstudien .....	21
Uppföljning sex månader efter avslutad LVM-vård.....	23
Statistisk bearbetning.....	23
<b>Resultat</b> .....	24
Genomförbarheten för DBT på LVM-hemmet Hornö.....	24
Resultat om psykosocialt utfall sex månader efter avslutad LVM-vård...	27
<b>Diskussion</b> .....	30
Sammanfattning av resultaten.....	30
Genomförbarhet och behov av anpassning .....	31
Viktigt att beakta hur kontexten kan komplicera arbetet.....	32
Viktigt att dra lärdom av avhopparnas situation .....	33
Avslutande reflektioner.....	34
Sammanfattande slutsatser.....	35
<b>Referenser</b> .....	36

# FÖRORD

ADHD är ett vanligt samsjukligt tillstånd vid substansberoende<sup>1</sup>. I LVM-vården finns följaktligen många klienter med ADHD. Att utveckla behandlingsmetoder för klientgruppen är angeläget på grund av de förhöjda risker som är förknippade med både ADHD och missbruk var för sig, och som ökar vid samtidig existens av tillstånden. Att utveckla behandlingsmetoder för ADHD som passar klienter i LVM-vården innefattar en hel del utmaningar. En svårighet är att behandlingsbehovet ofta är omfattande, samtidigt som behandlingsmotivationen i många fall är låg. En komplikation är också att många i klientgruppen uppvisar ett antisocialt beteende.

Tvångsvård kan både vara en försvårande omständighet och en möjlighet för behandling av ADHD. När det gäller en strukturerad psykologisk behandling kan den relativt korta vårdtiden vara ett hinder, inte minst för att motivationsarbetet kan vara tidskrävande. Samtidigt kan den fasta ramen som utmärker LVM-vården innebära behandlingsfördelar, både avseende farmakologisk och psykologisk behandling. Förutsättningarna för en lång drogfri period är bättre i LVM-vård jämfört med vård i öppna former, vilket är gynnsamt både vid läkemedelsbehandling och vid strukturerad psykologisk behandling. Möjligheterna att på ett tidigt stadium observera och åtgärda försämringar i klientens psykiska status finns också i LVM-vården. Ytterligare en aspekt är att många personer med både missbruk och ADHD sannolikt inte skulle fullfölja en längre psykologisk behandling i öppna former. Avhopp och bristande behandlingsföljsamhet är också möjliga orsaker till att denna grupp är exkluderad i de forskningsstudier avseende psykologisk behandling av ADHD som hittills publicerats.

LVM-vård syftar i första hand till att rädda liv och/eller att förhindra att människor förstör sin hälsa och sina liv på grund av missbruk, samt att planera för en långsiktig behandling efter avslutad institutionsvård. Statens institutionsstyrelses (SiS) uppdrag omfattar också adekvat behandling under LVM-vården och uppföljningar. I denna rapport presenteras resultat från studier om behandling och uppföljning av en specifik grupp i LVM-vården: klienter med ADHD. Förhoppningen är att rapporten ska förmedla erfarenheter, som kan vara användbara vid framtida behandlingsprojekt och ytterligare studier på området, vilka kan bidra till att utveckla vården för klienter med ADHD.

De studier som presenteras i rapporten ingår i ett forskningsprojekt vid Center for Neurodevelopmental Disorders (KIND) vid Karolinska Institutet och har genomförts i sam-

---

<sup>1</sup> I DSM V, den senaste versionen av diagnoshandboken DSM, har begreppet substansberoende ersatt begreppen missbruk och beroende.

arbete med Statens institutionsstyrelse (SiS). Forskningsprojektet omfattade ytterligare två studier som har publicerats inom ramen för ett avhandlingsarbete (Bihlar Muld, 2016). Den ena studien beskriver klientgruppen inom LVM-vården (Bihlar Muld, Jokinen, Bölte, Hirvikoski, 2013) och den andra är en långtidsuppföljning där en grupp kliniker i LVM-vård som behandlas med läkemedel för ADHD jämförs med en grupp som är medicinskt obehandlad för ADHD (Bihlar Muld m.fl., 2015).

*Tillkännagivanden:* Jag vill framföra mitt tack till alla klienter som ingått i studierna och till psykologkollegorna på SiS LVM-hem Hornö: psykologerna Jaana Sawires och Mikaela Silvemarm Junemar för deras engagerade insatser som gruppleddare i behandlingsstudien om färdighetsträning för ADHD. Vidare vill jag tacka all avdelningspersonal på ADHD-avdelningen på SiS LVM-hem Hornö för deras engagemang som coacher under genomförandet av behandlingsprojektet. Ett tack också till institutionschefen Anders Hågeby, som varit stöttande och uppmuntrande under hela processen. Jag vill också tacka Therese Reitan, som vid tiden för denna studie var forskningsledare på SiS, för visat intresse för mitt avhandlingsarbete och för givande samtal. Slutligen vill jag framföra ett stort tack till mina handledare på Karolinska Institutet. Min huvudhandledare docent Tatja Hirvikoskis omfattande kunskaper och stora engagemang har varit en förutsättning för avhandlingsarbetet. Mina bihandledare professor Jussi Jokinen och professor Sven Bölte, båda vid Karolinska Institutet, är också värda ett stort tack.

*Anslag:* Studierna har finansierats genom anslag från SiS (Dnr 41-204-2012).

# SAMMANFATTNING

Personer med ADHD har en förhöjd risk att utveckla ett missbruk. Följaktligen finns många klienter med ADHD i LVM-vården. DBT-baserad (dialektisk beteendeterapi) färdighetsträning i grupp är en behandlingsmetod som tidigare har prövats i öppenvård för behandling av klienter med ADHD, utan samsjuklighet med substansberoende. I den här rapporten redovisas resultat från ett behandlingsprojekt som undersökt genomförbarheten för metoden för klienter med ADHD i LVM-vård.

Studien inkluderade 40 män vårdade på SiS LVM-hem Hornö. LVM-hemmets målgrupp är män som, förutom ett allvarligt missbruk av alkohol och/eller narkotika, också har svåra psykiska störningar och/eller har en historia av våldsbenägenhet med utagerande beteende, samt klienter med diagnostiserat eller misstänkt neuropsykiatriskt funktionshinder. Den manualbaserade färdighetsträningen modifierades och anpassades för att passa klientgruppen i en tvångsvårdskontext. För att behandlingsmetoden skulle anses som genomförbar skulle minst 60 procent av de som påbörjade behandlingen fullfölja den. Deltagande på minst nio av tolv sessioner räknades som en fullföljd behandling. Resultatet visade att metoden var genomförbar enligt dessa kriterier. Av de 40 klienter som inkluderades i studien var det 70 procent (28 klienter) som fullföljde behandlingen. Vidare visade utvärderingen att de deltagare som fullföljt behandlingsprogrammet var nöjda. Självskattningar visade också att både ADHD-symptom och psykiatriska besvär minskade från före till efter behandling. Även det allmänna välbefinnandet förbättrades. Avdelningspersonalens skattningar av ADHD-symptomen visade emellertid inte en motsvarande minskning.

Vid uppföljningen sex månader efter avslutad LVM-vård undersöktes den psykosociala situationen (missbruk, frivillig behandling, boende och sysselsättning) för alla klienter som inkluderats i behandlingen. Resultaten visade att majoriteten av fullföljarna var i frivillig behandling sex månader efter avslutad LVM-vård och hade inget känt missbruk. Av de klienter som inte fullföljde behandlingen, befann sig en klient i frivillig behandling och tre hade inget känt återfall i missbruk. Det går dock inte att dra några säkra slutsatser om behandlingsprojektet av de skillnader mellan fullföljare och avhoppare som framkom vid sexmånadersuppföljningen. Dels fanns det en del identifierade skillnader mellan de båda grupperna avseende bakgrundsfaktorer, dels finns det även därutöver skäl att anta att de som hoppar av en behandling kan vara en selekterad grupp.

# English summary

In adults with ADHD, substance use disorder (SUD) is one of the most common comorbid conditions. In Sweden there is a legislation within the Social Service Act pertaining to compulsory care for individuals with severe substance abuse, i.e. the Care of Substance Abusers (Special provision) Act (Proposition 1987/88:147). The National Board of Institutional Care (SiS) is the government authority responsible for all compulsory care, governed by the Social Service Act. For application of the Compulsory Care for Substance Abuse, the following criteria must be met: (1) There is an ongoing abuse of alcohol, drugs or volatile solvents and the person is in need of care in order to break free from his/her substance abuse, (2) The need for care cannot be met by voluntary measures or any other way, and (3) Due to the substance abuse the person is: (a) Exposing his/her psychical or mental health to severe danger, (b) Running an evident risk of ruining his/her life, or (c) It may be feared that the person can come to severely harm him-/herself or a next of kin. The high comorbidity between ADHD and SUD suggests that the proportion of clients with ADHD in compulsory care for substance abuse is high.

It is the municipal social ward that assesses the need for compulsory care, and submits an application to an administrative court. According to the act, the social services are obliged to apply for compulsory care if the criteria are met.

The stipulated treatment period of compulsory care is six months, a period which includes detoxification, stabilization of the physical and mental state, motivational interventions, assessments, treatment planning and transfer to voluntary treatment, when the purpose of the inpatient care has been reached (Reitan & Isaksson, 2014). However, during this period of six months the SiS Institution has the treatment responsibility, even if the treatment takes place outside the institution.

The main purposes of this report are to describe (1) a study that aimed to explore the feasibility of DBT-based skills training in individuals with ADHD in compulsory care due to severe substance abuse, and (2) a study that aimed to explore the association between the skills training and the psycho-social outcome after six months.

In these studies, it was found that the DBT-based skills training for ADHD was feasible and acceptable in a context of compulsory care for substance use disorder. Significant symptom reduction, as well as an increased general well-being, was also found.

In the six-month follow-up study, it was shown that those who had completed the DBT-based skills training had fewer relapses and were more often in voluntary treatment,



compared to non-completers. However, due to differences between the completers and the non-completer groups at baseline these findings are difficult to interpret.

The present report also includes a summary of two previous studies conducted on the same client group: male adults with ADHD treated in compulsory care for serious substance abuse. These, in total four, studies are included in a dissertation, completed at the Center for Neurodevelopmental Disorders (KIND), Karolinska Institutet, Stockholm.

The conducted clinical characterization in the first study (Bihlar Muld, Jokinen, Bölte, Hirvikoski, 2013) showed that the distinguishing characteristics of the group with ADHD in compulsory care for substance use disorder, were an early onset of antisocial behaviour that persisted into adulthood and poor cognitive skills. In the other study (Bihlar Muld et al., 2015), it was revealed that the mortality was high (8.3%). Furthermore, it was shown that the patients (30) who had received pharmacological treatment displayed significantly better outcomes on all outcome measures compared to the pharmacological non-treated patients (30).

In summary, ADHD in combination with SUD is a particularly disabling condition. The combination of severe substance abuse, poor general cognitive ability, severe psychosocial problems, including indications of antisocial behavior, and other co-existing psychiatric conditions should be considered in treatment planning for adults with ADHD in compulsory care for SUD. Pharmacological treatment of ADHD may decrease the risk of relapse and increase the patients' ability to follow a non-pharmacological rehabilitation plan after completion of compulsory care for SUD, thereby improving their long-term outcomes. To use the structured treatment setting within the compulsory care for SUD for the onset and stabilization of the pharmacological treatment for ADHD, may be beneficial for high-risk populations. Furthermore, adapted structured interventions, such as DBT-based skills training, are feasible in compulsory care settings and may be useful for some clients, if considerable resources are allocated with adjustment to the target group and compulsory care context.

# Inledning

Varje år omhändertas omkring 1 000 personer med stöd av LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) (prop. 1987/88:147). Omhändertagna personer placeras på något av de LVM-hem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Vård enligt LVM bedrivs med tvång och beslutas i förvaltningsrätten efter en utredning och ansökan från socialtjänsten. För att kunna besluta om vård med stöd av LVM tar domstolen ställning till ett antal kriterier som behöver vara uppfyllda: (1) personen ska till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel behöva vård för att komma ifrån sitt missbruk, (2) vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och (3) personen ska till följd av missbruket a) utsätta sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, b) löpa en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Den slutna vården får pågå i högst sex månader, den genomsnittliga vårdtiden på en LVM-institution är fyra månader. Om avgiftning inte skett på sjukhus före ankomst, inleds vistelsen med avgiftning. Under vistelsen på LVM-hemmet får klienten omvårdnad och viss sjukvård. Samtidigt erbjuds klienten en utredning som kartlägger behov och förutsättningar för fortsatt behandling. Utredningen utmynnar i behandlingsrekommendationer och en individuell behandlingsplan. Utformandet av behandlingsplanen sker i samverkan mellan klienten, socialtjänsten i klientens hemkommun och utredningspersonal på LVM-institutionen.

Tvångsvården ska syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Vården bedrivs på LVM-hem för att så snart som möjligt övergå till vård under öppnare former. När den slutna vården sedan övergår till vård i öppnare form, så kallad § 27-vård, kan det exempelvis vara vård på behandlingshem som är inriktad på klientens specifika problem, vård i familjehem eller, om det bedöms vara ett realistiskt alternativ, öppenvård i hemkommunen.

## Vanligt med samsjuklighet mellan ADHD och substansberoende

Tidigare forskning har visat att samsjukligheten mellan ADHD och substansberoende är vanlig (se genomgång av forskning nedan). Inom LVM-vården finns följaktligen många klienter med ADHD. Någon specifik behandling av ADHD ingår dock inte som

reguljär behandling<sup>2</sup>. Medicinsk behandling av ADHD administreras dock om det finns en läkemedelsförskrivning från läkare i hemlandstinget. Att behandla ADHD med centralstimulerande läkemedel vid samtidigt missbruk är kontroversiellt, det framstår därför som angeläget att utveckla och utvärdera psykologiska behandlingsmetoder för målgruppen klienter med ADHD i LVM-vården.

## Ny behandlingsmetod för klienter med ADHD på Hornö

Hornö är ett av sammanlagt elva LVM-hem i Sverige, varav sju LVM-hem tar emot män. Hornös målgrupp är män med alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk kombinerat med svåra psykiska störningar och/eller våldsbenägenhet med utagerande beteende, samt klienter med diagnostiserad eller misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som exempelvis ADHD. I anslutning till att en av Hornös avdelningar, som under en period varit förlagd i lokaler inom en annan SiS-institution, skulle flyttas tillbaka till Hornö, diskuterade ledningsgruppen om avdelningen skulle få ett specifikt behandlingssinne i samband med nystarten. Hornös ledningsgrupp enades om att inriktningen på den nya avdelningen skulle vara gruppbehandling för klienter med ADHD, och beslutet om att skapa en sådan avdelning togs under 2011.

Diskussionerna om den nya avdelningen på Hornö sammanföll i tid med att *dialektisk beteendeterapi* (DBT), en form av kognitiv beteendeterapi (KBT), prövades och utvärderades som behandling för patienter med ADHD inom svensk psykiatrisk öppenvård (Hirvikoski m.fl., 2011). I ett samarbete med Karolinska Institutet och docent Tatja Hirvikoski från Center for Neurodevelopmental Disorders (KIND) togs beslutet att implementera och pröva metoden i en slutenvård riktad mot klienter med missbruksproblematik. I samband med att metoden implementerades på avdelningen initierades även ett forskningsprojekt med syfte att undersöka om behandlingsmetoden, som är utvecklad i en kontext av psykiatrisk öppenvård, är genomförbar på en LVM-institution. Forskningsprojektet genomfördes i ett samarbete mellan SiS LVM-hem Hornö och KIND vid Karolinska Institutet (se vidare Bihlar Muld, 2016).

---

2 Vården som erbjuds på institutionen innehåller bland annat strukturerade behandlingssamtal med hjälp av Motiverande samtal (MI) och psykosociala behandlingsmetoder som Återfallsprevention (ÅP) och Community Reinforcement Approach (CRA), samt individuella stödsamtal och vid behov även medicinsk behandling med psykofarmaka.

## Två studier om DBT på LVM-hemmet Hornö

Huvudfrågan i den här rapporten är om DBT-baserad färdighetsträning kan genomföras som en frivillig behandling för män med ADHD på LVM-hem. Frågan besvaras utifrån resultaten från två studier genomförda inom ramen för ovan nämnda forskningsprojekt. I den första studien, här kallad "behandlingsstudien", undersöktes om metoden gick att genomföra på LVM-hemmet Hornö (Bihlar Muld, Jokinen, Bölte, & Hirvikoski, 2016). I den andra studien, här kallad "uppföljningsstudien", jämfördes de som fullföljde DBT-behandlingen med dem som hoppade av, med avseende på det psykosociala utfallet sex månader efter avslutad LVM-vård (Bihlar m.fl., inskickad till tidskrift).

Det finns hittills få kända studier som undersökt hur olika former av KBT kan användas i behandling av ADHD för patienter med samtidigt substansberoende. Studierna som ligger till grund för denna rapport bidrar därför med värdefull kunskap om huruvida DBT är lämpligt som behandling av ADHD vid samtidigt substansberoende i en tvångsvårdskontext (LVM-vård).

## Rapportens disposition

Rapportens inledning följs av en genomgång av forskning om ADHD och olika typer av behandling. Därefter beskrivs upplägget av den DBT-behandling som implementerades och prövades på Hornö. Metodavsnittet som följer därpå inleds med en presentation av rapportens frågeställningar och därefter beskrivs tillvägagångssättet för "behandlingsstudien" och "uppföljningsstudien". Resultaten från de båda studierna redovisas först var för sig och därefter presenteras en gemensam sammanfattning av resultaten. I den avslutande diskussionen framhålls viktiga aspekter som bör beaktas i bedömningen av huruvida DBT-baserad färdighetsträning är genomförbar i den aktuella kontexten.

# Tidigare forskning om ADHD

ADHD är en utvecklingsrelaterad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som omfattar svårigheter med att reglera uppmärksamhet, impulser och aktivitetsnivå. ADHD är vidare ofta förknippad med exekutiva dysfunktioner som svårigheter med planering, igångsättning och avslutande av aktiviteter. I de flesta fall kvarstår symptomen och de exekutiva svårigheterna i vuxen ålder.

Ärftligheten har befunnits vara hög vid ADHD. Familje-, tvilling- och adoptionsstudier har visat en uppskattad ärftlighet från 60 till 90 procent (Faraone m.fl., 2005). Det har dock inte varit möjligt att dra några säkra slutsatser om specifika gener kopplade till ADHD. Det är emellertid helt klart att ADHD kan spåras till gener som är involverade i hjärnans belöningssystem (dopamingener) och att ett flertal gener är inblandade, som var och en spelar en liten, men viktig roll (Frodl, 2010; Neale m.fl., 2010).

Den beräknade världsomfattande förekomsten av ADHD hos vuxna varierar från 1,25 till 7,3 procent (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Orsakerna till den stora variationen mellan olika beräkningar är flera, bland annat att studierna inte använder samma diagnostiska system eller versioner av diagnostiska system (ICD-10 eller DSM). För personer under 18 år har den sammanräknade världsomfattande förekomsten av ADHD beräknats till drygt fem procent (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007).

## ADHD kan påverka livskvaliteten negativt

ADHD är förknippad med funktionella nedsättningar, ökade risker och lägre livskvalitet. Risken för olyckor och dödsfall är förhöjd. En omfattande studie av personer med och utan ADHD visar att risken att dö i förtid var mer än dubbelt så hög hos personer med ADHD (Dalsgaard, Ostergaard, Leckman, Mortensen, & Pedersen, 2015). Funktionsnedsättningarna medför vidare sämre skolprestationer, lägre utbildning, svårigheter i arbetslivet och ökad risk för att bli avskedad eller för frivilliga avhopp från arbetet (Barkley & Murphy, 2010; Fletcher, 2014). ADHD får också ofta negativa konsekvenser för familjelivet. Bland annat har studier visat en högre frekvens av skilsmässor och att personer med ADHD ofta är mindre nöjda med familjeliv, utbildning och yrkesliv (Biederman, Spencer, Mick, Monuteaux, & Aleardi, 2006).

## ADHD och andra psykiatriska problem

Psykiatrisk samsjuklighet är mycket vanligt vid ADHD. Den sammantagna psykiatriska samsjukligheten, över en hel livslängd, har beräknats ligga mellan 65 och 89 procent (Sobanski m.fl., 2007). Depression och substansberoende är de mest vanliga samsjukliga tillstånden vid ADHD, följt av ångestsjukdomar (Faraone, Biederman, & Wozniak, 2012; Fayyad m.fl., 2007). Av personlighetsstörningsdiagnoser är borderline personlighetsstörning och antisocial personlighetsstörning de mest förekommande (Moffitt, 1990; Philipsen m.fl., 2009). Hos barn och ungdomar med ADHD är trottsyndrom och uppförandestörning (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991), liksom depression och ångest de mest vanliga diagnoserna (Masi, Millepiedi, Mucci, Pascale, Perugi, & Akiskal, 2003).

## ADHD och substansberoende

Samsjuklighet mellan ADHD och missbruk<sup>3</sup> är, som ovan nämnts, vanligt. En översiktstudie har beräknat förekomsten av ADHD hos personer med missbruk till 23 procent, med en variation mellan 20 och 50 procent (van Emmerik-van Oortmerssen m.fl., 2012). Det omvända sambandet är också vanligt, vilket framkommer av en studie som visar att omkring hälften av personer med ADHD också har ett samtidigt missbruk (Sullivan & Rudnik-Levin, 2001).

Den höga samsjukligheten mellan ADHD och substansberoende har undersökts och analyserats från flera olika perspektiv. Övertygande biologiska fynd visar en gemensam genetisk grund för tillstånden (Capusan, Bendtsen, Marteinsdottir, Kuja-Halkola, & Larsson, 2015; Skoglund, Chen, Franck, Lichtenstein, & Larsson, 2015). Flera studier har också påvisat en bristfällig reglering av dopamin och serotonin, såväl vid ADHD som vid substansberoende (Silva m.fl., 2007).

Av gemensamma personlighetsdrag som finns hos personer med ADHD och substansberoende, framstår impulsivitet och låg självkontroll som de mest framträdande. En hög grad av annan psykiatrisk samsjuklighet är också vanligt vid båda tillstånden (depression, ångest, psykoser och personlighetsstörningar (Fridell, Hesse, & Johnson, 2006; Mariani & Levin, 2007). När ADHD och substansberoende uppträder tillsammans ökar risken för ytterligare psykiatrisk samsjuklighet.

---

3 Begreppet missbruk och beroende har i den senaste versionen av det diagnostiska systemet DSM (DSM IV) ersatts med substansberoende. I denna rapport används båda begreppen.

# Behandling av ADHD

Det finns flera studier som visar att behandling med centralstimulerande läkemedel<sup>4</sup> har en god effekt på ADHD, både kortsiktigt (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano, & Biederman, 2004) och långsiktigt (Buitelaar m.fl., 2012; Fredriksen, Halmoy, Faraone, & Haavik, 2012). I både nationella (Socialstyrelsen, 2014) och internationella riktlinjer, exempelvis The British Association for Psychopharmacology (Bolea-Alamanac m.fl., 2014), rekommenderas centralstimulantia som förstahandsval vid behandling av ADHD. Forskning har inte visat något stöd för eventuella farhågor om en förhöjd risk att utveckla ett substansberoende i vuxen ålder på grund av stimulantiamedicinering under barndomen (Groenman m.fl., 2013; Mannuzza m.fl., 2008). Tvärtom, finns det studier som visar att risken att utveckla substansberoende snarare minskar med läkemedelsbehandlingen (Chang m.fl., 2013; Groenman m.fl., 2013). Även om läkemedelsbehandling är förstahandsvalet vid fastställd ADHD, passar ADHD-medicinering inte alla. Mellan 20 och 50 procent upplever antingen otillräcklig symptomreduktion eller negativa biefekter av medicineringen (Kolar m.fl., 2008).

Ett alternativ till medicinsk behandling kan vara olika former av psykologiska behandlingsmetoder. Sådana behandlingsmetoder för ADHD har prövats i öppenvårdskontext sedan slutet av 1990-talet, och antalet studier av huvudsakligen KBT-baserade behandlingsmetoder har sedan dess ökat kontinuerligt, både avseende individuell KBT-baserad behandling (Safren m.fl., 2010) och gruppbehandling (Weiss m.fl., 2012; Young m.fl., 2015).

## Läkemedelsbehandling av ADHD vid samtidigt substansberoende

Ovan presenterades forskning om behandling av ADHD generellt. En relevant fråga i det här sammanhanget är vad forskningen funnit om hur olika former av behandling av ADHD fungerar vid *samtidigt substansberoende*.

Behandling med centralstimulerande läkemedel för ADHD vid samtidigt missbruk kan vara kontroversiellt med tanke på läkemedlets missbrukspotential. Flera studier avseende öppenvårdspatienter med samsjuklighet av ADHD och substansberoende har visat att Metylfenidat (centralstimulerande läkemedel) minskar ADHD-symptom, medan effekten på missbruket inte har kunnat fastställas (Klassen, Bilkey, Katzman & Chokka, 2012). Behandlingsrekommendationerna för personer med ADHD, som har ett

---

4 Läkemedel som stimulerar det sympatiska centrala nervsystemet.

pågående missbruk, är därför läkemedel som inte är centralstimulerande (Bolea-Alamanac m.fl., 2014; National Institute for Clinical Excellence, 2008). Om centralstimulerande läkemedel ändå bedöms vara tillämpligt rekommenderas långtidsverkande läkemedel, som inte ger en omedelbar effekt och därför inte har samma missbrukspotential. Vad gäller missbrukspotentialen för centralstimulerande läkemedel, bedöms personer med samsjuklighet av uppförandestörning och antisocial personlighetsstörning som en särskild riskgrupp.

Studier har emellertid visat att behandling med centralstimulerande läkemedel fungerat på personer med samsjuklighet av ADHD, substansberoende och antisocial personlighetsstörning när behandlingen skett i institutionsmiljö. Goda resultat har uppnåtts för målgruppen, både kortsiktigt (Ginsberg & Lindefors, 2012) och långsiktigt (Ginsberg, Hirvikoski, Grann, & Lindefors, 2012; Konstenius m.fl., 2013). Vidare har en långtidsuppföljning av klienter med ADHD i LVM-vården visat att läkemedelsbehandlade klienter med ADHD (huvudsakligen centralstimulerande läkemedel) haft ett bättre utfall i alla undersökta parametrar (missbruk, frivillig behandling enligt behandlingsplan, boende och sysselsättning) jämfört med medicinskt obehandlade (Bihlar Muld m.fl., 2015).

Frågan har också väckts om personer med ADHD och samtidigt substansberoende kan behöva högre doser av stimulantia för en bättre terapeutisk effekt. Frågan har aktualiserats genom att utbildningsstudier av hjärnan har visat en större underliggande dysfunktion av dopamintransmission och en högre tolerans för centralstimulerande hos personer med missbruk än hos ADHD-patienter utan missbruk (Volkow, Fowler, & Wang, 1999; Volkow m.fl., 2004). Två studier har visat en större symptomreduktion och minskad risk för återfall i missbruk när högre doser av centralstimulerande läkemedel har administrerats jämfört med de doser som vanligtvis administreras för behandling av ADHD (Konstenius m.fl., 2013; Levin m.fl., 2015).

## Psykologisk behandling av ADHD vid samtidigt substansberoende

Som nämndes ovan kan det vara kontroversiellt med läkemedelsbehandling av ADHD för personer med substansberoende. Frågan är då vad forskningen funnit om andra former av ADHD-behandling för personer med denna dubbla problematik.

Det har hittills saknats studier om kognitiv beteendeterapi (KBT)-behandling av ADHD hos personer med missbruk. En anledning till det kan vara att missbruket antas försvåra genomförandet av strukturerade psykologiska behandlingsinterventioner. Bland annat har man funnit att det är vanligt med avhopp (Aharonovich m.fl., 2006) och bristande motivation (Philips & Wennberg, 2014) vid psykologiska behandlingar för personer med missbruk. Det pågår dock försök att utveckla psykologisk behandling i öppenvård för patientgruppen med både ADHD och missbruk. I Belgien rekommenderas exempelvis en kombination av läkemedelsbehandling och psykologisk och/eller



psykosocial behandling, så kallad multimodal behandling, för patienter med ADHD och samtidigt missbruk (Matthys, Joostens, van den Brink, & Sabbe, 2013).

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som ursprungligen är utformad för behandling av patienter med borderline personlighetsstörning, och då framför allt patienter med självskadebeteende (Linehan, 1993). Det finns många överlappande kliniska symptom mellan ADHD och emotionell instabil personlighetsstörning (borderline), som problem med affektreglering, känslomässig instabilitet, missbrukarbeteende, rastlöshet och spänningstillstånd (Hesslinger m.fl., 2002). Det är också vanligt att diagnoserna ADHD och emotionellt instabil personlighetsstörning förekommer samtidigt (Fossati m.fl., 2002).

## Dialektisk beteendeterapi (DBT) som behandling av ADHD

En modifierad form av DBT för vuxna patienter med ADHD utvecklades i Tyskland i början av 2000-talet (Hesslinger m.fl., 2002; Hesslinger, Philipsen & Richter, 2004). Metoden har sedan utvärderats i öppenvårdskontext i Tyskland och Sverige (Philipsen m.fl., 2007; Hirvikoski m.fl., 2011).

Behandlingen kan ske både individuellt och i grupp. Centralt i dialektisk beteendeterapi är att arbeta med balansen mellan polerna *acceptans* (acceptera verkligheten som den är) och *förändring* (samtidigt arbeta för nödvändiga förändringar). Ett viktigt verktyg i behandlingen är träning i att vara närvarande i nuet (medveten närvaro/mindfulness). Beteendeanalys är vidare ett verktyg som används för att förbättra sociala färdigheter och öka problemlösningsförmågan. I analysen identifieras vad som föregått, utlöst och förstärkt en specifik handling hos den enskilde patienten och vilka alternativa strategier som kunde ha använts i situationen, samt vilka försvårande omständigheter som funnits för att tillämpa strategin. Träning för att förbättra känsloreglering och att stå ut i kris ingår också i behandlingen.

## Syfte och frågeställningar

Den här rapporten bygger på två studier vars gemensamma syfte var att undersöka om DBT-baserad färdighetsträning för ADHD kan genomföras som en frivillig behandling för män med ADHD i LVM-vård.

### Frågeställningar

1. Kan DBT-baserad färdighetsträning för ADHD genomföras som en frivillig behandling för män med ADHD i LVM-vård?
2. Hur är det psykosociala utfallet sex månader efter avslutad LVM-vård för de klienter som deltagit i DBT-baserad färdighetsträning i en LVM-kontext?

# Metod

Samtliga klienter som ingick i studien har vårdats på en och samma institution, SiS LVM-hem Hornö. Vid uppföljningen sex månader efter avslutad LVM-vård befann sig klienterna ofta i sin hemkommun eller i en frivillig behandling på behandlingshem.

## DBT-behandling för klienter på Hornö

Vid forskningsprojektet på LVM-hemmet Hornö modifierades metoden för att passa klienter som befinner sig i tvångsvård på grund av allvarligt missbruk.

Behandlingsmanualen för DBT utgörs av en 160 sidor lång arbetsbok. I en tidigare svensk studie där DBT genomförts i psykiatrisk öppenvård (Hirvikoski m.fl., 2010; Hirvikoski m.fl., 2011) fick deltagarna ett eget exemplar av manualen. I det här projektet på Hornö delades den däremot inte ut till klienterna. Bedömningen var att texten i arbetsboken skulle uppfattas som svårtillgänglig och därigenom minska intresset och motivationen hos klienterna. Behandlingsmanualen följdes dock men med vissa undantag som beskrivs här.

### Färre sessioner och kortare behandlingstid

Den ursprungliga behandlingsmanualen omfattar 14 sessioner som genomförs under lika många veckor (Hesslinger m.fl., 2010). Efter att den första behandlingsgruppen avslutats på Hornö utslöts emellertid två sessionsteman (Missbruk och riskbeteende och Farmakologisk behandling av ADHD). Det visade sig att dessa teman resulterade i svårmanövrerade diskussioner, möjligtvis som en följd av ett aktiverat drogsug och/eller missnöje över att inte ha fått läkemedelsbehandling, alternativt inte ha fått tillräckligt verkningsfull läkemedelsbehandling för ADHD. Teman och innehåll för de tolv sessioner som ingick i behandlingen på Hornö presenteras i tabell 1.

I stället för 14 veckors behandlingstid (det vill säga en session i veckan) bestämdes det att de tolv sessionerna skulle genomföras med högre intensitet. De tolv sessionerna genomfördes under sex veckor och med två behandlingstillfällen per vecka. Gruppledarnas bedömning var också att den kortare behandlingstiden skulle underlätta rekryteringen och motivationsarbetet.

**TABELL I**

Tema och innehåll på behandlingssessionerna så som de genomfördes på LVM-hemmet Hornö.

Session	Tema och innehåll
1	<p><b>Presentation.</b> Information om ADHD-symptom och om det övergripande målet med gruppbehandlingen. Betoning av värdet med att sätta upp individuella mål. Diskussion om möjliga enkla och kortsiktiga mål. <b>Hemuppgift:</b> Att fundera på ett individuellt mål, som kan vara möjligt att uppnå under behandlingsperioden.</p>
2	<p><b>Neurobiologi vid ADHD.</b> Introduktion av medveten närvaro och varför det kan vara till hjälp vid ADHD. Tre "vad-färdigheter" introduceras (att i nu-situationen observera, beskriva och delta) och tre "hur-färdigheter" (inte döma och göra en sak i taget). <b>En kort övning i medveten närvaro:</b> Att observera och beskriva vad som finns i rummet. Fortsättning på temat om mål: Att bryta ned mål till dagliga delmål, att formulera mål i termer av "mer eller mindre" för ett önskvärt eller problematiskt beteende. <b>Hemuppgift:</b> Samma övning som under sessionen, fast i avdelningskontext.</p>
3	<p><b>Fortsättning på temat om nyttan av övningar i medveten närvaro.</b> Introduktion av beteendeanalys. <b>Övning i medveten närvaro:</b> Att lyssna på och beskriva ljud. <b>Hemuppgift:</b> Samma som under sessionen, men i en annan kontext.</p>
4	<p><b>Acceptans och den dialektiska balansen mellan acceptans och önskan att förändra.</b> <b>Övning i medveten närvaro:</b> En kort andningsövning enligt medveten närvaro. <b>Hemuppgift:</b> (1) Identifiera omständigheter, som man vill ändra men som måste accepteras, (2) Identifiera ett aktuellt beteende som resulterat i negativa konsekvenser (ett steg i beteendeanalys) och (3) Att observera och beskriva maten vid en måltid (utseende, smak, konsistens).</p>
5	<p><b>Impulsivitet och impuls kontroll.</b> En beteendeanalys av ett problematiskt beteende som någon av deltagarna var villig att ta upp i gruppen. Repetition av "varför övningar i medveten närvaro". <b>En övning i medveten närvaro:</b> "Andningsstegen" (ett verktyg att uppmärksamma sin andning). <b>Hemuppgift:</b> (1) Beteendeanalys av ett impulsivt beteende med stöd från coach, (2) Samma övning i medveten närvaro som på sessionen.</p>
6	<p>Fortsättning på temat medveten närvaro och presentation av en av deltagarnas genomförda beteendeanalys. Samma övning i medveten närvaro, som vid tidigare session. <b>Hemuppgift:</b> Samma övning i medveten närvaro som vid sessionen.</p>
7	<p><b>Affektreglering.</b> Kort teori om våra medfödda affektiva uttryck, vikten av emotioner som signaler och för vår mellanmänniska kommunikation, länken mellan emotioner och kognition, och hur man kan identifiera affekter genom fysiologiska signaler. <b>Övning i medveten närvaro:</b> Kroppsscanning. <b>Hemuppgift:</b> (1) Att identifiera en stark affekt som varit svår att reglera, (2) Body-scan-övning.</p>
8	<p><b>Kaos och kontroll.</b> Eget valda exempel på deltagarnas svårigheter att organisera och planera i sin vardag. Beteendeanalys på temat "stark affekt som deltagarna inte kunnat hantera". <b>Övning i medveten närvaro:</b> "Småleende" (ett verktyg att ändra en känsla och ett sinnestillstånd genom sitt beteende). <b>Hemuppgift:</b> Att planera hur deltagarna ska minska kaos på sina rum på avdelningen.</p>

*Forts. på nästa sida.*

9	<p><b>Stresshantering.</b> Definition, generella triggers och individuell sårbarhet, fysiologiska reaktioner, konsekvenser på sikt och strategier att hantera stress. <b>Övning i medveten närvaro:</b> Någon av de tidigare övningarna. <b>Hemuppgift:</b> Beteendeanalys, med stöd från coachen, om ett misslyckande att hantera stress.</p>
10	<p><b>Depression och ångest i samband med ADHD.</b> Samtal om deltagarnas erfarenhet av att ha varit deprimerade och/eller haft ångest. Presentation av symptom och olika behandlingsalternativ (läkemedel och psykoterapi). Genomgång av hemläxan av den beteendeanalys som utförts tillsammans med en coach. <b>Övning i medveten närvaro:</b> Att föreställa sig "tankar som moln, som kommer och går" (ett verktyg för att inte bli fångad av egna tankar). <b>Hemuppgift:</b> Samma övning i medveten närvaro som vid sessionen.</p>
11	<p>Självrespekt och relationer och diskussion om den inverkan ADHD kan ha haft i dessa avseenden. <b>Övning i medveten närvaro:</b> Någon av de tidigare övningarna. <b>Hemuppgift:</b> Samma övning i medveten närvaro som vid sessionen.</p>
12	<p>Tillbakablick och framtidsutblick. Diskussion om de individuella målen: vad som uppnåtts och strategier att fortsätta att arbeta mot målen.</p>

### Kortare och färre övningar i varje session

Strukturen på sessionerna var densamma under hela behandlingsperioden: En övning i medveten närvaro (mindfulness), genomgång av hemuppgift i beteendeanalys, presentation av dagens ADHD-tema, eventuellt ytterligare en övning i medveten närvaro och/eller beteendeanalys. Slutligen delades en ny hemuppgift ut (se tabell 1). Sessionerna pågick mellan 90 och 120 minuter, beroende på sessionens tema, deltagarnas engagemang och intresse av att diskutera.

De övningsexempel som fanns i manualen visade sig vara alltför långa och invecklade. I stället utarbetades kortare övningar, varav några också återkom vid mer än en session. Bedömningen var att det var bättre att lära sig några enstaka enkla övningar än att bekanta sig med ett större antal. Övningarna, som syftade till att öka förmågan till uppmärksamhet, kunde exempelvis bestå i att notera och lyssna på omgivande ljud, uppmärksamma omgivningen under promenaden från kurslokalen till avdelningen i huvudbyggnaden eller uppmärksamma smak och lukt vid måltider. Vidare anpassades övningarna i medveten närvaro för att bättre passa den aktuella målgruppen. Sessionerna, inklusive övningarna i medveten närvaro, kunde dessutom anpassas beroende på stämningen i gruppen och/eller psykiskt mående hos en eller flera deltagare. Hemuppgiften var alltid en enkel övning i medveten närvaro. Efter en introduktion om beteendeanalys som metod, utdelades även en hemläxa där klienterna, tillsammans med sina respektive coacher, skulle genomföra en beteendeanalys av ett eget valt problembeteende.

Förutom att antalet och innehållet i sessionerna och övningarna anpassades så förklarades även de Powerpoint-presentationer som användes. Bilderna innehöll mindre text, kortare meningar och anpassade ordval.

### Sessionerna genomfördes även om få deltagare dök upp

Sessionerna leddes av två legitimerade psykologer. Därutöver deltog även en coach under varje session. Coachens uppgift var att delta i diskussionerna samt förmedla sessionens tema/innehåll och utdela hemuppgifter till övriga coacher på avdelningen.

Det minsta antalet för att påbörja en grupp var tre individer (med ett undantag då en grupp startade med två klienter för att en deltagare hoppade av i samband med start). Antalet klienter på sessionerna varierade mellan två och fyra. Vid några tillfällen erbjöds klienter enstaka individuella sessioner vid giltig frånvaro, exempelvis på grund av en resa eller psykisk ohälsa. Även vid avhopp senare i behandlingen fick de kvarvarande deltagarna fullfölja behandlingen även om gruppen då endast bestod av två personer. Tiden för färdighetsträningen var fast (tisdagar och torsdagar, mellan 10.00 och 12.00). Deltagarna i färdighetsträningen kunde också delta parallellt i andra strukturerade behandlingsinslag som Återfallsprevention (ÅP) och Motiverande samtal (MI). Det var avdelningspersonalens ansvar att se till att behandlingsinsatserna inte kolliderade tidsmässigt.

## Tillvägagångssätt i de två studierna

Arbetet inleddes med att DBT-coacher skulle rekryteras bland personalen på Hornös nya ADHD-avdelning. Därefter skulle klienterna motiveras till att delta i behandlingen. En del oförutsedda händelser kom att försvåra arbetet, vilket redovisas nedan.

### Rekrytering av coacher

En förfrågan gick ut till personalgruppen om intresset av att arbeta på den planerade ADHD-avdelningen och fungera som coacher till deltagarna. Samtliga behandlingsassistenter som arbetade dagtid på avdelningen samt en biträdande avdelningsföreståndare (numera behandlingsassistent med utökat ansvar), var involverade i ADHD-projektet och genomgick en veckas förberedande utbildning, totalt sex personer.

Utbildningsveckan omfattade bland annat en föreläsning om ADHD, genomgång av metodens behandlingsmanual och modifieringar av densamma, principerna för coaching och rollspel för att öva färdigheter. Därutöver diskuterades praktiska frågor som hur avdelningsarbetet skulle organiseras i stort och utformningen av coacharbetet, till exempel eventuella belöningar till deltagarna för aktiv medverkan i behandlingsprogrammet, pedagogiska hjälpmedel, gruppstorlek och strategier för rekrytering av klienter till behandlingen. Efter utbildningsveckan gjordes också ett studiebesök på Hjälpmedelscentralen för att få vägledning om pedagogiska hjälpmedel på avdelningen. I förberedelsearbetet utarbetades också en broschyr med en utförlig information om behandlingsprogrammet.

### Rekrytering av behandlingsdeltagare

Arbetet med att motivera klienter till att delta i behandlingen pågick mellan september 2011 och september 2014. För att få ett tillräckligt stort underlag för en utvärdering av projektet var ambitionen att få minst 50 klienter att delta i behandling under de tre år som arbetet pågick. Planen var att klienter med känd ADHD-diagnos skulle informeras om behandlingsprojektet redan på intagningsavdelningen. För klienter som inte blivit informerade på intagningsavdelningen gavs också information på samtliga

andra vårdavdelningar, dels muntligt av personal, dels (eller) via utplacerade informationsbroschyrer. Klienter som genomgick en utredning för ADHD under vistelsen blev också informerade om behandlingsprojektet av utredande psykolog. Det övergripande ansvaret för informationen hade biträdande avdelningsföreståndare på ADHD-avdelningen.

### **Belöningar utlovades som motivation att delta i behandling**

Dysfunktioner i motivationssystemet är ofta framträdande hos personer med ADHD-HI (hyperaktivitet och impulsivitet). Med syfte att höja behandlingsmotivationen, togs ett beslut före behandlingsstart att införa belöningar. Ansvaret för att bedöma vad som var rimliga belöningar för aktivt deltagande i färdighetsträningen låg på ADHD-avdelningens personal. Det tog emellertid ett tag innan belöningarna hamnade på rätt nivå. Inledningsvis, när ADHD-avdelningen var förlagd på öppen enhet, kunde deltagarna utlovas en dagsresa till en skidort efter avslutad behandling. Ett problem med den typen av belöning är att den är alltför personalkrävande. Exempel på belöningar på den låsta ADHD-avdelningen är filmvisning, tillagande av extra god mat och spakväll på avdelningen, samt fikaresor till närmaste tätort. Inte sällan kunde de utlovade belöningarna inledningsvis vara det främsta incitamentet att påbörja behandlingen, vilket inte nödvändigtvis innebar att det var negativt för den fortsatta behandlingen.

Bedömningen var att belöningar var motiverat för att uppmuntra ansträngningar och önskvärt beteende, i synnerhet innan de egna behandlingsframgångarna i sig blev en sporre. Det finns emellertid obesvarade frågor om betydelsen av de belöningar som utdelades. Ett antagande är att de kan ha stärkt trivseln och gruppkänslan på ADHD-avdelningen, vilket också kan ha höjt motivationen att fullfölja färdighetsträningen för ADHD.

### **Arbetet försvårades av oförutsedda omständigheter**

Under projektperioden blev det ett par längre avbrott. Ett längre avbrott föranleddes av att den öppna avdelningen, som var knuten till projektet, hade för många vårdplatser i förhållande till antal klienter som var intresserade av att delta i den DBT-baserade färdighetsträningen. Detta medförde tomma vårdplatser på avdelningen. Behandlingsprojektet fick avbrytas tills en lösning kunde hittas. Lösningen blev att en av avdelningarna på låst enhet skulle fungera som ADHD-avdelning och projektet kunde då återupptas på den låsta enheten. En fördel med den lösningen var att klienter med ADHD skulle kunna fångas upp på ett tidigare stadium av institutionsvistelsen. Det hade tidigt under projekttiden observerats att klienter som hunnit påbörja sin behandlingsplanering (alternativt hade en färdig behandlingsplanering vid ankomst) var mindre benägna att påbörja programmet. I flertalet fall upplevdes en placering utanför institutionen, den så kallade § 27-vården, som mer attraktiv än att genomgå en behandling som skulle kunna förlänga vistelsen på Hornö. En placering av ADHD-avdelningen på låst enhet bedömdes därför som mer gynnsamt för projektet.

Stängningen av den öppna ADHD-avdelningen, nyrekrytering av personal och tillhörande utbildningsinsatser, medförde ett avbrott på cirka fem månader innan den nya

ADHD-avdelningen kunde starta på en låst enhet. Av resursskäl kunde personalen på den nya ADHD-avdelningen inte erbjudas en hel utbildningsvecka. Utbildningsinsatserna för de nya coacherna begränsade sig till en kortare utbildning som omfattande information om ADHD, behandlingsmetoden och coachens roll och ansvar. Utbildningen var inte heller sammanhängande, utan förlades så att avdelningsarbetet inte blev lidande. Uppskattningsvis var den sammantagna utbildningen två dagar.

Ytterligare ett längre avbrott förleddes av stora oroligheter på institutionen. Därutöver uppstod kortare avbrott på grund av svårigheter att rekrytera tillräckligt många klienter för att sätta ihop en grupp.

### Fyrtio män påbörjade behandlingen

Med de svårigheter som uppstod under arbetets gång avslutades inkluderingen i projektet efter att 40 män (fördelade på tio behandlingsgrupper) påbörjat DBT-behandlingen. Klienter med en IQ-nivå under 70 eller som uppvisade en allvarlig psykiatrisk samsjuklighet, som psykos och/eller suicidalt beteende, exkluderades från färdighetsträningen och studien, liksom klienter som hade uppvisat ett öppet aggressivt beteende eller som inte bedömdes kunna fungera i grupp. För övrigt inkluderades alla intresserade klienter med ADHD-diagnos.

Åldern på deltagarna varierade från 19 till 46 år och genomsnittlig ålder var 27,5 år. Samtliga män hade en ADHD-diagnos (85 procent kombinerad typ och 15 procent primärt uppmärksamhetsstörning/ADD). Av de 40 männen hade 58 procent en ADHD-diagnos sedan tidigare och 43 procent fick en ADHD-diagnos efter utredning på Hornö. En majoritet, 68 procent, hade ingen läkemedelsbehandling för ADHD under behandlingsperioden. Av de 40 inkluderade medicinerade 11 (28 procent) med centralstimulerande läkemedel (Concerta eller Ritalin) och två (5,0 procent) med ej centralstimulerande (Atomexetin). Åtta män (20 procent) hade gymnasieutbildning eller motsvarande, 20 (50 procent) hade gått nio år i grundskola och 12 (30,0 procent) saknade grundskolekompetens. Depressions- och ångestdiagnoser var de dominerade Axell-diagnoserna (48 procent respektive 52 procent) och Antisocial personlighetsstörning var den dominerande personlighetsstörningsdiagnosen (55 procent).

## Behandlingsstudien

Datainsamlingen i "behandlingsstudien" skedde vid två tillfällen. Första insamlingen gjordes före första sessionen, efter att klienten fått en grundlig information om behandlingen av projektledaren. Den andra gjordes i anslutning till att behandlingen avslutades. Uppgifter från både coacherna och behandlingsdeltagarna samlades in.

Under behandlingen samlades uppgifter om deltagande på behandlingssessionerna i en "loggbok". Uppgifterna användes sedan för att bedöma behandlingsmetodens genomförbarhet. I loggboken noterades också stämning och specifika händelser av en av gruppledarna.

## Fyra mått på genomförbarhet i behandlingsstudien

I "behandlingsstudien" användes som tidigare nämnts fyra olika faktorer/frågor som mått på genomförbarhet: andelen som fullföljde DBT-behandlingen, trovärdighet, nöjdhet och behandlingsutfall.

För att metoden skulle bedömas som genomförbar skulle minst 60 procent av männen som påbörjade behandlingen ha fullföljt den. För att det skulle räknas som att männen hade fullföljt behandlingen skulle de ha deltagit i minst nio av tolv sessioner.

För att undersöka trovärdighet, nöjdhet och behandlingsutfall användes skattningsskalor och formulär. Skattningsskalorna och formulären besvarades individuellt av deltagarna. Projektledaren för behandlingsstudien var alltid närvarande vid ifyllandet av skattningsskalor i syfte att (1) motivera deltagare som kunde ha bristande tålamod och/eller svårigheter med läsning, (2) vara tillgänglig för eventuella frågor, (3) säkerställa att alla frågor besvarades och skattningsskalorna blev ifyllda i tid. Deltagarna fick välja att läsa frågorna själva eller få dem upplästa. Skattningsskalorna och formulären beskrivs härnäst.

### **Behandlingsmetodens trovärdighet**

Deltagarna skattade behandlingsprogrammets trovärdighet, före och efter behandling, med skattningsskalan Treatment Credibility Scale (TCS) (Borkovec & Nau, 1972). TCS är en visuell analog skala (VAS), där sju frågor rörande deltagarnas förväntningar på och förtroende för behandlingen skattades från 0 (låg trovärdighet) till 10 (hög trovärdighet). I denna studie ingår fem av frågorna. Deltagarna fick skatta (1) hur logisk/vettig de tyckte behandlingen var, (2) sin tillit till att behandlingsformen kunde lindra deras ADHD-relaterade problem, (3) sin villighet att rekommendera behandlingsformen till en god vän, (4) sin uppfattning om hur framgångsrik behandlingen skulle vara för andra problem än ADHD och (5) sina förväntningar om förbättring.

### **Deltagarnas utvärdering av behandlingen**

Ett utvärderingsformulär (från arbetsboken) användes för att utvärdera i vilken grad deltagarna upplevde att behandlingen uppfyllt sitt syfte och genomförts på ett bra sätt med avseende på (1) om behandlingen varit tydligt inriktad på ADHD, (2) om deras kunskaper om ADHD ökat, (3) om kontrollen över problem kopplade till ADHD ökat, (4) om det funnits möjligheter att komma med egna förslag och (5) om de kunde tänka sig att delta i en liknande grupp i framtiden. Alla frågor besvarades i en femgradig skala från 1 (instämmer inte alls) till 5 (instämmer helt). Utvärderingsformuläret inkluderade också en skattning av vilka behandlingskomponenter som de tyckte hade hjälpt dem: psykoedukationen, gruppen, gruppledarna och övningarna i medveten närvaro.

### **Behandlingens kliniska effekt**

Utfall relaterade till behandlingseffektivitet mättes med symptomskattningsskalor. Coacherna besvarade motsvarande symptomskattningsskalor som klienterna (modifierat för att passa personal) före och efter behandling. Både klienter och personal skattade graden av 18 ADHD-symptom på en skala från 0 till 3 (Barkley & Murphy,



1998). Psykiatriska symptom mättes med SCL-90-R (den korta versionen av SCL-90) (Degoratis & Melisaratos, 1983). Kortversionen omfattar 16 psykiatriska symptom, som skattas på en skala från 0 till 4. Båda skattningsskalorna administrerades före och efter behandling.

Allmänt välbefinnande mättes med en visuell analog skala (VAS) med svarsalternativ från 0 (det sämsta) till 10 (det bästa) (Hesslinger m.fl., 2002). Efter att formulären fyllts i lämnades de till projektledaren.

## Uppföljning sex månader efter avslutad LVM-vård

För att kunna genomföra den andra studien, "uppföljningsstudien", kontaktades männens socialsekreterare i respektive hemkommun via brev sex månader efter avslutad LVM-vård. I brevet ombads socialsekreterarna besvara ett bifogat uppföljningsformulär med frågor om deras klients aktuella situation avseende de fyra psykosociala utfallen. I händelse av att svaren dröjde skickades ett påminnelsebrev parallellt med försök att nå socialsekreteraren per telefon. Vid telefonkontakt ställdes frågorna direkt i syfte att säkerställa att frågorna besvarades inom rimlig tid.

I "uppföljningsstudien" baseras resultaten på samtliga 40 män som påbörjade behandlingen. I denna studie används männens utfall gällande missbruksstatus, behandlingsstatus, boende och sysselsättning som mått på genomförbarheten för DBT-baserad färdighetsträning på LVM-hem. I resultatdelen görs också vissa jämförelser i det psykosociala utfallet mellan dem som avslutade DBT-behandlingen (enligt kriterierna för detta i "behandlingsstudien") med utfallet hos dem som hoppade av behandlingen.

## Statistisk bearbetning

Deskriptiv statistik tillämpades för demografiska data och bakgrundsdata samt för mått på trovärdighet. Förändringar från för- till efterinterventioner genomfördes med parade t-test och "Levenes's test" för mätning av likvärdighet av varians. Vid jämförelsen mellan fullföljare och avhoppare användes Chi-2 för kategoriska data och t-testet för kontinuerliga variabler.

# Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten från de båda studierna. Först redovisas resultaten från "behandlingsstudien" och därefter för den studie som vi här kallar för "uppföljningsstudien".

## Genomförbarheten för DBT på LVM-hemmet Hornö

Ett minimikrav för att metoden ska ses som genomförbar var att 60 procent av de som påbörjade behandlingen skulle fullfölja den och ha varit närvarande vid minst nio av tolv sessioner. Av de 40 män som påbörjade färdighetsträningen var det 28 (70 procent) som fullföljde den. Bland dem som fullföljde färdighetsträningen var den genomsnittliga närvaron hög, 11,3 av 12 sessioner. Kriteriet för genomförbarhet med avseende på andelen som fullföljde färdighetsträningen var således uppfyllt. Resultaten avseende de tre övriga faktorerna baseras på de 28 män som fullföljde DBT-behandlingen.

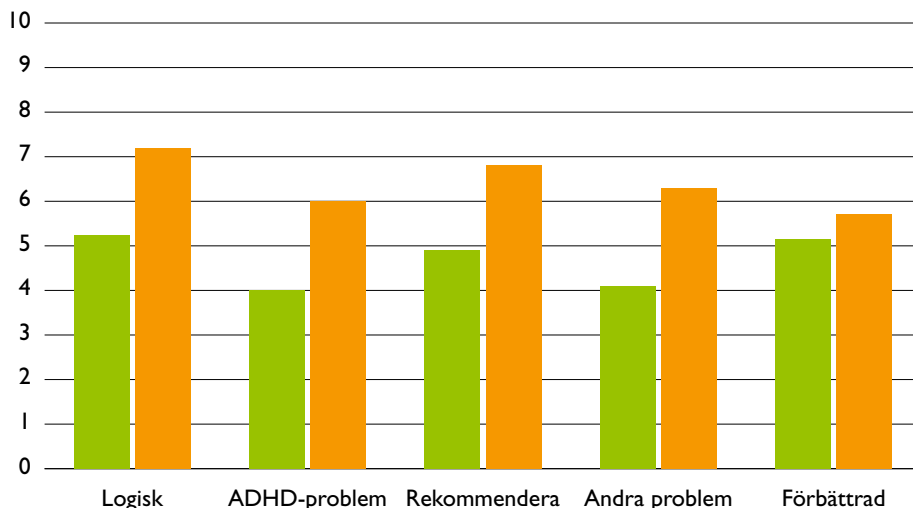
### Metoden uppfattades som mer trovärdig efter avslutad behandling än före

Metodens trovärdighet, det vill säga deltagarnas tilltro till att behandlingen kan bidra till en förbättrad livssituation, undersöktes med frågorna: (1) Hur logisk/ändamålsenlig behandlingen verkade vara, (2) Tilliten till att behandlingsformen kunde lindra ADHD-relaterade problem, (3) Om man kunde rekommendera behandlingsformen till en god vän, (4) Hur framgångsrik behandlingen skulle kunna antas vara för andra problem än ADHD och (5) Hur förbättrad man förväntar sig att bli i den här typen av gruppbehandling. Deltagarna skattade sin inställning till dessa fem frågor på en skala från 0 (låg trovärdighet) till 10 (hög trovärdighet). Genomsnittet av de 28 männen skattningar, före och efter avslutad behandling, jämförs i figur 1.

Tilltron till att DBT-behandlingen kan uppfylla sitt syfte ökade efter avslutad behandling (de fyra första kategorierna i figur 1). Förändringen är dock mindre tydlig när det kommer till tilltron till gruppbehandlingar generellt (kategorin "Förbättrad" i figur 1). Det totala genomsnittet av skattningarna på samtliga fem frågor låg före behandlingen på 4,6 och efter behandlingen på 6,3 (högsta möjliga genomsnitt var 10), skillnaden är statistiskt signifikant ( $p < .05$ ). Deltagarnas uppfattning om metodens trovärdighet hade stärkts under tiden som behandlingen pågick.

FIGUR 1

Inställning till fem frågor om metodens trovärdighet före (vänster stapel) och efter (höger stapel) avslutad behandling. Genomsnittlig bedömning på en skala från 0 till 10 (n = 28).



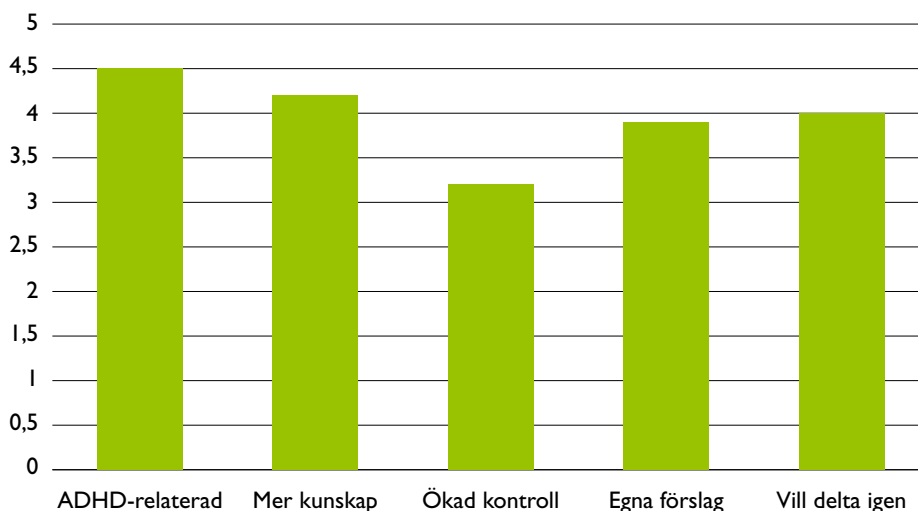
### Deltagarna var generellt sett nöjda med behandlingen

I samband med behandlingens avslut fick de 28 männen ange hur nöjda de var med behandlingen, det vill säga i vilken grad deltagarna upplevde att behandlingen uppfyllt sitt syfte och genomförts på ett bra sätt. De fick ange på en femgradig skala från 1 (instämmer inte alls) till 5 (instämmer helt) i vilken grad de instämde i påståenden om att (1) behandlingen varit tydligt inriktad på ADHD, (2) deras kunskaper om ADHD ökat, (3) kontrollen över problem kopplade till ADHD ökat, (4) det funnits möjligheter att komma med egna förslag och (5) de kunde tänka sig att delta i en liknande grupp i framtiden. I figur 2 redovisas genomsnittet av hur de 28 männen svarat.

Det totala genomsnittet på skattningarna av de fem påståendena låg på 4,0 av det maximala snittvärdet på 5,0 (som skulle uppnåtts om samtliga män instämt med en femma på samtliga påståenden). Deltagarna instämde framför allt i att behandlingen varit tydligt inriktad på ADHD, där låg genomsnittet på 4,5. De instämde *minst* i att kontrollen över problem kopplade till ADHD ökat, där låg den genomsnittliga bedömningen på 3,2 (figur 2). En möjlig tolkning är att deltagarna generellt sett var nöjda med gruppbehandlingen, men att behandlingen inte upplevts som tillräcklig för att få kontroll över ADHD-relaterade problem.

FIGUR 2

Inställning till fem påståenden om hur nöjda männen var med behandlingen. Genomsnitt av i vilken grad de instämde på en skala från 1 till 5.



Förutom sin inställning till de fem påståenden som redovisas i figur 2 fick männen också ange vilka behandlingskomponenter (psykoedukationen, gruppen, gruppledarna och övningarna) som hjälpt dem mest. Det visade sig att informationen om ADHD och ADHD-relaterade problem (psykoedukation) var det mest uppskattade behandlingsinslaget, därefter gruppledarna och slutligen gruppen som sådan. Övningarna i medveten närvaro var den minst uppskattade behandlingskomponenten.

### Männen upplevde en tydligare klinisk effekt än behandlarna

För att bedöma om behandlingen haft önskad klinisk effekt fick både männen och behandlarna skatta graden av ADHD-symptom. De fick skatta 18 olika ADHD-symptom på en skala från 0 till 3. Skalan var konstruerad så att ju högre skattningsvärde männen angav, desto kraftigare bedömde de symptomen. Målet var alltså att det genomsnittliga värdet på symptomskattningarna skulle vara lägre efter avslutad behandling än före.

Det totala genomsnittet av *männens skattningar* av de 18 ADHD-symptomen före behandlingen låg på 32,7 av det maximala värdet på 54 (det vill säga summan av männens skattningar av de enskilda 18 ADHD-symptomen). Efter avslutad behandling låg männens genomsnittliga skattning på 26,3. Enligt deras bedömning hade alltså graden av ADHD-symptom minskat efter avslutad behandling, skillnaden mellan skattningarna var statistiskt signifikant ( $p < .001$ ).

Motsvarande *personalskattningar* av männens ADHD-symptom var 17,8 före behandling och 15,6 efter behandling. Skillnaden mellan männens egna och personalens skattningar var således stor. Enligt personalens skattningar skedde heller ingen större förbättring från före till efter behandling, förutom avseende utagerande beteende. Sam-

bandet mellan klienternas egna skattningar och personalskattningar var följaktligen lågt.

Männen fick dessutom skatta 16 symptom på psykisk ohälsa på en skala från 0 till 4. Den genomsnittliga summan av männen skattningar av dessa symptom låg före behandling på 31,1, här var det högsta möjliga snittet 64. Efter avslutad behandling låg motsvarande skattning på ett genomsnitt av 25,3. Enligt männen själva hade alltså graden av psykisk ohälsa minskat efter avslutad LVM-vård, skillnaden var också här statistiskt signifikant ( $p < .01$ ).

Männen fick dessutom skatta sitt allmänna välbefinnande på en skala från 0 (det sämsta) till 10 (det bästa). Enligt de genomsnittliga skattningarna var männen välbefinnande högre efter avslutad DBT-behandling (6,0) än före (4,1). Skillnaden var statistiskt signifikant ( $p < .001$ ).

## Resultat om psykosocialt utfall sex månader efter avslutad LVM-vård

Samtliga 40 män som påbörjade den DBT-baserade färdighetsträningen följdes upp sex månader efter avslutad LVM-vård. Här redovisas resultaten från den andra studien, "behandlingsstudien", det vill säga om de som fullföljde DBT-behandlingen hade ett bättre psykosocialt utfall med avseende på missbruksstatus, behandlingsstatus, boende och sysselsättning, än de män som hoppade av.

### Avhopparna skilde sig initialt från fullföljarna

Den grupp av tolv män som valde att hoppa av färdighetsträningen skilde sig från fullföljarna på flera sätt. Vid en jämförelse av bakgrundsdata visade det sig att avhopparna, enligt personalens skattning, hade generellt lägre utbildningsnivå<sup>5</sup>, mer omfattande ADHD-symptom under barndomen<sup>6</sup>, samt mer symptom på impulsivitet vid behandlingens början<sup>7</sup>.

Gruppen avhoppare närvarade vid 4,2 sessioner i snitt (mellan en och sju sessioner). Orsakerna till avhoppet från behandlingen varierade. Två klienter avbröt behandlingen på grund av tilltagande psykisk ohälsa i form av ångest och/eller depression. Tre av klienterna tyckte inte att de fick ut något av behandlingen. Ytterligare tre klienter angav att de var alltför rastlösa och/eller okoncentrerade. Två klienter valde att påbörja en frivillig behandling på hemorten i stället för institutionsvård. En av avhopparna avstängdes från behandlingen på grund av störande beteende och en klient avvek från institutionen.

Det är alltså svårt att avgöra vilka skillnader mellan gruppernas utfall som beror på skillnader i bakomliggande faktorer och vilka som beror på huruvida man fullföljt

---

5  $\chi^2=14.5, p=.005$

6  $t=3.26, p=.003$

7  $t=-3.11, p=.004$

DBT-behandlingen eller inte. Dessutom är grupperna som jämförs mycket små, vilket gör det svårt att dra några generaliserbara slutsatser om de skillnader som syns i materialet. Med ett så litet material blir det inte heller meningsfullt att göra beräkningar av statistisk signifikans. Här görs i stället en grov jämförelse av hur de olika utfallen fördelar sig inom de två grupperna. Information från socialtjänsten saknas helt för två av männen (en i varje grupp). Ytterligare en man avled under uppföljningstiden (avhoppare).

### **Majoriteten av fullföljarna hade ett positivt psykosocialt utfall**

*Missbruksstatus.* Av de 28 män som fullföljt DBT-behandlingen var det en majoritet (18 av 28) som *inte* hade ett känt missbruk sex månader efter avslutad LVM-vård. Sju av dem hade ett aktivt missbruk och ytterligare två var åter i tvångsvård. Bland dem som hoppade av var det bara tre av tio som *inte* hade ett aktivt missbruk (tabell 2).

*Behandlingsstatus.* Som nämndes i rapportens inledning är målsättningen med LVM-vård att klienterna ska motiveras till att frivilligt medverka i fortsatt behandling efter LVM-vården. Förhoppningen är således att männen ska vara, eller ha varit, i behandling en tid efter avslutad LVM-vård, eller ha kommit ifrån sin missbruksproblematik så att de inte behöver vidare behandling. Majoriteten (21 av 28) av dem som fullföljde DBT-behandlingen var i frivillig behandling vid uppföljningstillfället. Ytterligare två bedömdes inte ha behov av fortsatt behandling. Bland dem som hoppade av DBT-behandlingen är förhållandet det motsatta, där är i stället de negativa utfallen vanligare, det vill säga att åter vara i tvångsvård eller inte vara i frivillig behandling (trots att de kanske skulle behöva det) (tabell 2).

*Boendestatus.* Sex månader efter avslutad LVM-vård hade majoriteten (20 av 28) av fullföljarna en ordnad boendesituation (eget boende eller stödboende). Därutöver var det ytterligare fem som bodde på behandlingshem eller i familjehem. Även bland avhopparna hade sju en ordnad boendesituation (tabell 2).

*Sysselsättning.* Ungefär var tredje man som fullföljt DBT-behandlingen hade någon form av sysselsättning (arbete eller studier) sex månader efter avslutad LVM-vård (10 av 28) (tabell 2). Över hälften av fullföljarna var sjukskrivna/hade sjukpension eller saknade sysselsättning. Huruvida det är ett bra eller dåligt utfall är svårt att säga.

**TABELL 2**

**Psykosocialt utfall sex månader efter avslutad LVM-vård. Antal.**

		Fullföljare (n = 28)	Avhoppare (n = 12)
Missbruk	Aktivt missbruk	7	5
	Inget känt missbruk	18	3
	Inget känt missbruk, men i tvångsvård	2	2
	Avliden	0	1
	Okänt	1	1
Behandling	I tvångsvård	2	2
	Inget behov av behandling	2	1
	Frivillig behandling	21	1
	Ingen behandling p.g.a. andra orsaker	2	6
	Avliden	0	1
	Okänt	1	1
Boende	I tvångsvård	2	2
	Eget boende	14	4
	Behandlingshem el. familjehem	5	0
	Stödboende	6	3
	Hemlöshet	1	1
	Avliden	0	1
	Okänt	0	1
Sysselsättning	I tvångsvård	2	2
	Sysselsättning (arbete el. studier)	10	3
	Ingen sysselsättning (arbete el. studier)	7	4
	Sjukskriven/sjukpension	8	1
	Avliden	0	1
	Okänt	1	1

# Diskussion

Det primära syftet med LVM-vård är att avbryta ett destruktivt och ofta livshotande missbruk, samt att utreda, motivera och planera för en långsiktig behandling och rehabilitering efter avslutad institutionsvård. SiS uppdrag omfattar även adekvat behandling under institutionsvistelsen. Motiverande samtal, återfallsprevention och stödjande samtal är vanligt förekommande behandlingsinslag. Viss sjukvård ges också, men specifik behandling av ADHD ingår inte som reguljär behandling. Medicinsk behandling av ADHD administreras om det finns en läkemedelsförskrivning från läkare i hemlandstinget.

Utvecklingen av strukturerade psykologiska behandlingsmetoder för ADHD har framför allt skett på senare år. Vid tidpunkten för beslutet om det nu genomförda behandlingsprojektet, var den valda behandlingsmetoden (DBT-baserad färdighetsträning) den enda med en svensk manual. Behandlingsprogrammet var dock endast utvärderat i öppenvård.

Ett viktigt incitament för behandlingsprojektet DBT-baserad färdighetsträning för ADHD på SiS LVM-hem Hornö, var att använda sig av tiden i tvångsvård för att pröva om klienter med ADHD kan dra nytta av ett behandlingsprogram som syftar till att utveckla psykologiska strategier för att handskas med ADHD-relaterade svårigheter. Sannolikheten att klientgruppen skulle påbörja och genomföra en motsvarande behandling i öppen vård är mycket liten, bland annat för att motivationen för psykologisk behandling ofta är låg (Aharonovich m.fl., 2006) och risken för avhopp är stor.

Härnäst sammanfattas resultaten från de två studier som ligger till grund för rapporten. Därefter diskuteras implikationerna av resultaten, samt andra aspekter som är viktiga att beakta i bedömningen av huruvida DBT-baserad färdighetsträning är genomförbar som frivillig behandling av ADHD för män på LVM-hem.

## Sammanfattning av resultaten

Huvudfrågan var alltså om DBT-baserad färdighetsträning är genomförbar som frivillig behandling av ADHD för män på LVM-hem. För att undersöka detta har DBT prövats som behandling för män på LVM-hemmet Hornö. Här sammanfattas först resultaten gällande de faktorer som undersöktes i "behandlingsstudien":

- Av de 40 män som påbörjade den DBT-baserade färdighetsträningen var det 28 (70 procent) som fullföljde behandlingen genom att närvara vid minst nio av tolv sessioner. Andelen fullföljare låg alltså över det uppställda gränsvärdet (60 procent) för när metoden kan bedömas som genomförbar.
- DBT-behandlingens skattade trovärdighet hade ökat efter avslutad behandling, vilket får ses som ett positivt utfall.



- Männerna var generellt sett nöjda med behandlingen. De upplevde att behandlingen uppfyllt sitt syfte och att den genomförts på ett bra sätt. De instämde framför allt i att behandlingen varit tydligt inriktad på ADHD och att deras kunskaper om ADHD hade ökat. Däremot upplevde de inte i lika hög grad att de fått kontroll över sina ADHD-relaterade problem.
- Enligt männen hade graden av såväl ADHD-symptom som andra symptom på psykisk ohälsa minskat efter avslutad behandling. Männerna skattade också sitt allmänna välbefinnande som högre efter avslutad behandling än före. När det kommer till ADHD-symptomen gjorde dock behandlarna en annan bedömning. Enligt dem var det bara ett (1) av 18 ADHD-symptom (utagerande beteende) som förbättrades efter avslutad behandling. Hur de motstridiga resultaten ska tolkas i förhållande till metodens genomförbarhet är osäkert.

Enligt resultaten från "uppföljningsstudien" har majoriteten av de som fullföljde DBT-behandlingen ett positivt utfall på de undersökta psykosociala faktorerna (missbruksstatus, behandlingsstatus, boendestatus, sysselsättning). Som tidigare nämnts fanns det initiala olikheter mellan fullföljarna och avhopparna, därför är det svårt att tolka de skillnader som syns i jämförelserna mellan grupperna i "uppföljningsstudien".

## Genomförbarhet och behov av anpassning

Sammantaget visar den genomförda utvärderingen av DBT-behandling av ADHD i LVM-vård att metoden är genomförbar i LVM-vård utifrån de indikatorer som har använts som mått på genomförbarhet (andel fullföljare, deltagarnas uppfattning om behandlingen i sig och det kliniska utfallet), men att den i nuvarande form inte kan sägas vara optimal för klientgruppen på LVM-hemmet Hornö. Sannolikt skulle behandlingsmetoden vara lättare att genomföra på LVM-institutioner som har klienter med en mindre omfattande problematik än Hornö LVM-hem.

Redan innan behandlingen introducerades modifierades metoden för att passa målgruppen, men fler anpassningar skulle kunna göras. Exempelvis skulle arbetsmaterialet kunna förenklas ytterligare och individuella sessioner kunna erbjudas klienter med stora kognitiva svårigheter och/eller klienter som inte känner sig bekväma eller passar i gruppbehandling. Övningarna i medveten närvaro var det minst uppskattade behandlingsinslaget, även om det fanns enstaka klienter som tyckte sig ha nytta av övningarna. Vid individuella sessioner, som erbjöds efter giltig frånvaro, var det dock lättare att genomföra övningarna. En introduktion av medveten närvaro och en möjlighet för de som är intresserade att lägga till mindfulnessövningarna som komplement till sessionerna, skulle kunna vara ett alternativ. Det är emellertid möjligt att mindfulness inte passar klientgruppen av huvudsakligen unga män i tvångsvård.

Ett tänkbart alternativ till den förhållandevis krävande DBT-baserade färdighetsträningen är att begränsa behandlingsinnehållet till enbart psykoedukation (förmedlande av kunskap om ADHD), vilket var det mest uppskattade behandlingsinslaget. Det finns numera även ett program med betoning på psykoedukation (Hirvikoski m.fl., 2014; Vi-

dal m.fl., 2013). Ytterligare ett alternativ är att kombinera psykoedukation med beteendeanalys. Det skulle, förutom att öka kunskaperna om ADHD, också kunna utveckla vissa psykologiska färdigheter, som att reflektera över alternativ till ej ändamålsenliga beteenden.

## Viktigt att beakta hur kontexten kan komplicera arbetet

I en tvångsvårdskontext kan det alltså vara lättare att "fånga upp" dem som behöver vård, samtidigt kan just den speciella kontexten försvåra administrationen av behandlingen. Även om behandlingen i sig visar på en del lovande resultat så måste också kontextuella omständigheter beaktas i bedömningen av om en behandlingsform är genomförbar eller ej. Under arbetet med "behandlingsstudien" uppstod vissa komplikationer som påverkade arbetet med att rekrytera deltagare till behandling och behandlarnas möjligheter till egen kompetensutveckling, lärdomarna av detta diskuteras härnäst.

### Rörlighet i klientgruppen samt övrig behandlingsplanering kan försvåra rekryteringen av deltagare

LVM-vården kan i vissa avseenden jämföras med akutsjukvård. Syftet är att rädda liv och minska lidande. På motsvarande sätt som i akutsjukvård, är det i LVM-vård ett konstant flöde av nya klienter. Det innebär att det ofta måste ske snabba överflyttningar mellan avdelningar eller mellan institutioner. En avdelning kan inte stå med tomma vårdplatser för att invänta klienter med rätt diagnos och/eller med motivation för en specifik behandling. Inflödet av klienter och platstillgång avgör vilken avdelning klienten placeras när vården på intagningsavdelningen kan avslutas. Dessa omständigheter försvårade informationsarbetet och rekryteringen till behandlingsprojektet.

Rekryteringen till behandlingen försvårades också av det förhållandevis korta tidsfönstret som finns för längre strukturerade insatser under LVM-vistelsen. Den sex veckor långa färdighetsträningen skulle inrymmas mellan en behandlingsfas med avgiftning, uppnådd tillfredsställande psykisk status, eventuellt en ADHD-utredning och informations- och motivationsarbete, och en fas där klienten kunde skönja en placering i vård i annan form utanför institutionen (§ 27-placering). Inte sällan fanns också ett intresse från socialtjänsten på hemorten att snabbt få till en § 27-placering vilket bidrog till tre avhopp från den påbörjade behandlingen. Ytterligare en svårighet var att sätta ihop en grupp om minst tre klienter. Klienterna som ville delta kunde befinna sig i olika faser av LVM-vistelsen, vilket kunde innebära att vissa fick vänta på att en grupp kunde börja, med risk att intresset svalnade under tiden. Under perioder av stora oroligheter på institutionen (exempelvis droger på institutionen eller vid hot och våld) försvårades också informations- och rekryteringsarbetet.

## Metoden är resurskrävande och konkurrerar om tid med ordinarie arbetsuppgifter

Mer utbildningsinsatser för coacherna vore önskvärt, såväl om ADHD som om coaching. Behandlingsprojektet var dock personellt resurskrävande. Förutom att tre psykologer var gruppleddare (två vid varje session), var all dagpersonal (sex) involverad i behandlingsarbetet på ADHD-avdelningen med nio vårdplatser. Behandlingsprojektet genomfördes parallellt med de ordinarie arbetsuppgifterna, vilket minskade möjligheterna för bland annat kontinuerlig fortbildning. Planen var att den fortsatta kunskapsöverföringen skulle äga rum vid regelbundna handledningstillfällen. Förutom kunskapsöverföring om ADHD, var dessa handledningstillfällen viktiga för att upprätthålla en teamkänsla och för att få möjlighet att diskutera specifika ADHD-relaterade svårigheter. Handledningen ställdes dock ofta in och en sannolik förklaring är att personalen på ADHD-avdelningen måste prioritera det ordinarie behandlingsarbetet. Oroigheter på avdelningen tog exempelvis mycket tid och kraft. Den typen av oförutsedda problem hade inte diskuterats tillräckligt före behandlingsprojektets start och var svåra att lösa under pågående kriser.

## En koordinator kan underlätta arbetet

Av de svårigheter som uppstod under projektiden, utgjorde rekryteringssvårigheterna förmodligen det största hotet mot behandlingsprojektet. Därför hade det varit en fördel med åtminstone en resursperson utöver den ordinarie personalstyrkan: till exempel en koordinator med ett övergripande ansvar att identifiera nyinskrivna klienter med ADHD eller klienter med en utredningsfrågeställning om ADHD. En sådan resursperson skulle vidare kunna ha följt utvecklingen avseende psykisk status för nyinskrivna klienter med diagnostiserad ADHD eller med en utredningsförfrågan om ADHD. En kontakt skulle då kunna etableras på ett tidigt stadium, vilket skulle underlätta informationen om färdighetsträningen. En sådan resursperson skulle också kunna ha stöttat personal på ADHD-avdelningen och också ha utgjort en länk mellan avdelning och gruppleddare, samt medverkat vid planeringsmöten där överflyttningar mellan avdelningar avhandlas, med syfte att bevaka att klienter som var lämpliga att delta i färdighetsträningen placerades på ADHD-avdelningen.

## Viktigt att dra lärdom av avhopparnas situation

Jämförelsen mellan fullföljarnas och avhopparnas bakgrundsdata talar för att den senare gruppen hade sämre förutsättningar att dra nytta av behandlingen. Det psykosociala utfallet blev också sämre för avhopparna. Även om det inte går att dra några slutsatser om färdighetsträningens betydelse för skillnaderna mellan grupperna vad avser den psykosociala utvecklingen efter utskrivning från LVM-vård, finns skäl att betrakta avhopp från behandlingar som ett oroväckande prognostiskt tecken, som måste beaktas, inte minst vid behandlingsplaneringen. Det kan vidare inte uteslutas att enskilda klienter som hoppat av behandlingen kan ha upplevt avhoppet som ett personligt miss-

lyckande. Om behandlingen återupptas, bör det finnas en plan för hur avhopp ska hanteras. Ett erbjudande om att fortsätta färdighetsträningen individuellt hade exempelvis kunnat vara ett alternativ för vissa av avhopparna, men under behandlingsprojektet fanns inte psykologresurser för parallella behandlingar.

## Avslutande reflektioner

Trots att det funnits ett antal svårigheter och att projektet varit resurskrävande har det bidragit till viktiga erfarenheter. Utvärderingen talar för symptomförbättringar för dem som fullföljt programmet. Vidare framkom det av sexmånadersuppföljningen att en betydligt större andel av fullföljarna (21 av 28) var i frivillig behandling, jämfört med avhopparna (1 av 12). Även om skillnaden som framkom måste tolkas med försiktighet, eftersom avhopparna hade sämre grundförutsättningar, uppmuntrar resultatet till nya studier. Från en klinisk synvinkel är vidare varje enskild klients framsteg en framgång. Det intensiva motivationsarbetet bidrog vidare till att deltagarna fick en chans att få uppleva tillfredsställelsen med att fullfölja ett behandlingsprogram, vilket möjligtvis också ökade benägenheten för ytterligare strukturerade psykologiska behandlingar. För att förstärka den känslan utdelades också ett kursintyg under en lättsam ceremoniell avslutning. Enligt institutionschefens bedömning har också personalen på ADHD-avdelningen märkbart höjt sin behandlingskompetens, vilket således också är en vinst.

## Sammanfattande slutsatser

1. Personer med ADHD och samtidigt missbruk har ett omfattande behandlingsbehov.
2. Läkemedelsbehandling av ADHD tillför inte psykologiska verktyg för att hantera ADHD-relaterade svårigheter.
3. Strukturerad psykologisk ADHD-behandling för personer med allvarligt missbruk är svår att genomföra i öppen vård.
4. Att utnyttja LVM-tiden för psykologisk behandling av ADHD, kan vara en unik chans för många klienter att utveckla psykologiska verktyg för att bättre kunna hantera sina ADHD-relaterade svårigheter.
5. DBT-baserad färdighetsträning för ADHD är ett genomförbart behandlingsinslag i LVM-vården, dock passar behandlingen inte alla.
6. Det låga intresset för att påbörja färdighetsträningen talar för att motivationsarbetet behöver utvecklas.
7. Att lyckas fullfölja en längre strukturerad behandlingsinsats kan i sig ha ett terapeutiskt värde för klientgruppen.
8. Avhopp från behandling under LVM-vården är ett negativt prognostiskt tecken och bör föranleda ytterligare insatser, som intensifierat motivationsarbete och erbjudande om en mer individualiserad behandlingsintervention.
9. Det finns indikationer på att psykologiska behandlingsinsatser för ADHD inom ramen för LVM-vård kan vara gynnsamt för den fortsatta rehabiliteringen efter avslutad tvångsvård.
10. Ytterligare studier behövs för att undersöka kopplingen mellan specifik behandling för ADHD i LVM-vården och det psykosociala utfallet efter avslutad LVM-vård.

# Referenser

- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug Alcohol Dependence*, 81(3), 313–322.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*, (Vol. 2). New York: The Guilford Press. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of Executive Function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 157–173.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564–577.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., Aleari, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524–540.
- Bihlar Muld, B. (2016). Men with ADHD in compulsory care for substance abuse. Characterization and treatment. Thesis for doctoral degree (Ph.D). Karolinska Institutet: Stockholm.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., Hirvikoski, T. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. *BMC Psychiatry*, 2013,13:336.2.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., Hirvikoski, T. (2015). Long-term outcomes of pharmacologically treated versus non-treated adults with ADHD and substance use disorder: a naturalistic study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 82–90.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., Hirvikoski, T. (2016). DBT-based skills training for men with ADHD and SUD in compulsory care: a feasibility study. *ADHD Attention and Hyperactivity Disorders*.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., Hirvikoski, T. Six months follow-up of structured skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance abuse: a naturalistic study (inskickat till tidskrift).

- Bolea-Alamanac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., et al. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, *28*(3), 179–203.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*(4), 257–260.
- Buitelaar, J. K., Trott, G. E., Hofecker, M., Waechter, S., Berwaerts, J., Dejonkheere, J., & Schauble, B. (2012). Long-term efficacy and safety outcomes with OROS-MPH in adults with ADHD. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *15*(1), 1–13.
- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2015). Genetic and environmental contributions to the association between attention deficit hyperactivity disorder and alcohol dependence in adulthood: A large population-based twin study. *American Journal of Medical Genet Part B Neuropsychiatric Genetics*.
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D’Onofrio, B. M., Serlachius, E., et al. (2013). *Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse*. Thesis for doctoral degree. Department of Medical Epidemiology and Biostatistics. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*, *385*(9983), 2190–2196.
- Degoratis, L. R., Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*, 595–605.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, *2*(2), 104–113.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1313–1323.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Wozniak, J. (2012). Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: a meta-analysis of family genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, *169*(12), 1256–1266.

- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 24–29.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402–409.
- Fletcher, J. M. (2014). The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Economics*, 23(2), 159–181.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 369–377.
- Fredriksen, M., Halmoy, A., Faraone, S. V., & Haavik, J. (2012). *European Neuropsychopharmacology*, 23(6), 508–527 .
- Fridell, M., Hesse, M., & Johnson, E. (2006). High prognostic specificity of antisocial personality disorder in patients with drug dependence: results from a five-year follow-up. *American Journal of Addiction*, 15(3), 227–232.
- Frodl, T. (2010). Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective. *Journal of Attention Disorder*, 14(2), 109–120.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Grann, M., & Lindfors, N. (2012). Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(8), 705–724.
- Ginsberg, Y., & Lindfors, N. (2012). Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 68–73.
- Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N. N., Franke, B., Greven, C. U., et al. (2013). Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 112–119.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177–184.



- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS in Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*. Göttingen; Germany: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Hirvikoski, T., Drott, C., Waaler, E., Alfredsson, J., & Larsson, M. (2010). Psykoterafi för vuxna med ADHD. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmstrom, A., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behavioral Research and Therapy*, 49(3), 175–185.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindstrom, T., Bolte, S., & Jokinen, J. (2014). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open feasibility trial. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89–99.
- Klassen, L. J., Bilkey, T. S., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(3), 190–198.
- Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*, 4(1), 107–121.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Guterstam, J., Beck, O., Philips, B., & Franck, J. (2013). Methylphenidate for ADHD and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: A 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, doi: 10.1111/add.12369
- Levin, F. R., Mariani, J. J., Specker, S., Mooney, M., Mahony, A., et al. Grabowski, J. (2015). Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 593–602.
- Linehan, M. (1993) Cognitive, behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: The Guilford Press.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Truong, N. L., Moulton, J. L., Roizen, E. R., et al. (2008). Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 604–609.

- Mariani, J. J., & Levin, F. R. (2007). Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *American Journal of Addictions, 16 Supplement 1*, 45–54; quiz 55–46.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Pascale, R. R., Perugi, G., & Akiskal, H. S. (2003). Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: beyond DSM-IV. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(2), 99–105.
- Matthys, F., Joostens, P., van den Brink, W., & Sabbe, B. (2013). Summary of the practice guideline for the diagnosis and treatment of ADHD in adolescents and adults with addictions. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 157*(24), A6025.
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 61*(3), 893–910.
- National Institute for Clinical Excellence. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- Neale, B. M., Medland, S. E., Ripke, S., Asherson, P., Franke, B., et al. (2010). Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(9), 884–897.
- Philips, B., & Wennberg, P. (2014). The importance of therapy motivation for patients with substance use disorders. *Psychotherapy (Chicago), 51*(4), 555–562.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., et al. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(12), 1013–1019.
- Philipsen, A., Feige, B., Hesslinger, B., Scheel, C., Ebert, D., et al. (2009). Borderline typical symptoms in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders, 1*(1), 11–18.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942–948.
- Proposition 1987/88:147. Om tvångsvård för vuxna missbrukare.

- Reitan, T., & Isaksson, I. (2014). Vård i annan form enligt 27 § LVM. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA*, *304*(8), 875–880.
- Skoglund, C., Chen, Q., Franck, J., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for substance use disorders in relatives. *Biological Psychiatry*, *77*(10), 880–886.
- Silva, N., Jr., Szobot, C. M., Shih, M. C., Hoexter, M. Q., Anselmi, C. E., et al. (2014). Searching for a neurobiological basis for self-medication theory in ADHD comorbid with substance use disorders: an in vivo study of dopamine transporters using (99m) Tc-TRODAT-1 SPECT. *Clinical Nuclear Medicine*, *39*(2), 129–134.
- Sobanski, E., Bruggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., et al., (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*(7), 371–377.
- Socialstyrelsen. (2014). Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna – Stöd för beslut om behandling. <http://socialstyrelsen.e/publikationer> 2014-10-42.
- Sullivan, M. A., & Rudnik-Levin, F. (2001). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *931*, 251–270.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., et al. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *122*(1–2), 11–19.
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gomez-Barros, N., Valero, S., et al. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M. V., et al. 2007). Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *64*(8), 932–940.

- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Swanson, J. M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9(6), 557–569.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (1999). Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *Journal of Psychopharmacology*, 13(4), 337–345.
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12, 30.
- Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Philipp-Wiegmann, F., et al. (2015). Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological Medicine*, 1–12.

#### **Populärvetenskapliga artiklar på svenska relaterade till projektet**

- Hirvikoski, T. Män med ADHD inom tvångsvård för allvarligt missbruk (LVM). *Best Practice*, Nr 22, Maj 2015.
- Hirvikoski, T. Psykologiska behandlingar för vuxna med ADHD. *Socialmedicinsk Tidskrift*, Vol 90, Nr 3, 2013.
- Hirvikoski, T. Beteendeterapibaserad färdighetsträning i grupp för vuxna med AD/HD. *Best Practice*, Nr 12, årgång 3, Nov 2012.

# Författarpresentation



**Berit Bihlar Muld** är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och specialist i klinisk psykologi. Hon har arbetat inom rättspsykiatri, öppenvårdspsykiatri, som privatpraktiserande psykoterapeut och som psykolog på SiS LVM-hem Hornö. År 2016 disputerade hon på Karolinska Institutet [Center for Neurodevelopmental Disorders (KIND)]. Avhandlingen omfattade fyra studier avseende gruppen män med ADHD i LVM-vård.



Produktion och tryck: BrandFactory. 2018. Arb.nr: 313395.



Miljömärkt trycksak, 0341 0142

Personer med ADHD har en förhöjd risk att utveckla ett missbruk. Följaktligen finns många klienter med ADHD i LVM-vården. För SiS är det därför angeläget att behandlingsformer anpassade för klienter med samsjuklighet mellan ADHD och substansmissbruk utvecklas och prövas.

Under 2011 togs beslutet att implementera en modifierad form av dialektisk beteendeterapi (DBT) på en av LVM-hemmet Hornös avdelningar. I Sverige hade DBT hittills bara prövats som behandling mot ADHD inom psykiatrisk öppenvård. Implementeringen av DBT på Hornö följdes upp i två studier. En om behandlingsformens genomförbarhet, och en om klienternas psykosociala förhållanden sex månader efter avslutad LVM-vård. Studierna bidrar med ny kunskap om DBT som behandlingsmetod i tvångsvårdskontext för klienter med samsjuklighet mellan ADHD och substansmissbruk. Resultaten från studierna redovisas i denna rapport.

Studien om genomförbarheten visade på lovande resultat. Totalt 28 av 40 män fullföljde behandlingen. Männerna uppfattade behandlingsmetoden som trovärdig och var generellt sett nöjda med behandlingen. Sex månader efter avslutad LVM-vård, var de psykosociala förhållandena något bättre för fullföljarna än för dem som hoppade av DBT-behandlingen. Det går dock inte att dra några säkra slutsatser om DBT-behandlingens betydelse för skillnaderna i psykosocialt utfall. För det första var grupperna mycket små, och för det andra skiljde sig grupperna åt initialt avseende vissa bakgrundsfaktorer. Dessutom finns det anledning att anta att de som hoppar av en behandling kan vara en selekterad grupp.

ISBN 978-91-87053-61-0