

MÄN MED ANTISOCIALT BETEENDE OCH BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM



**KRIM:
VÅRD**

VI BRYTER DEN ONDA CIRKELN



Kriminalvården

Omslag: Kriminalvården
Tryckning: Kriminalvården Digitaltryck 2016

Beställningsnummer: 7150
ISBN 978-91-86903-65-7

Kriminalvården
601 80 Norrköping
Tel: 077-22 80 800
E-post: hk@kriminalvarden.se
Hemsida: www.kriminalvarden.se

Män med antisocialt beteende och borderline personlighetssyndrom:

Förekomst av borderline personlighetssyndrom hos män inom Frivården i Stockholm

samt en utvärdering av Dialektisk beteendeterapeutisk behandling

Projektnummer 2012:233

Dan Wetterborg, Pia Enebrink, Niklas Långström och

Gerhard Andersson

FÖRORD

I Kriminalvårdens uppdrag ingår att förebygga återfall i brott. Som ett led i det arbetet kan man se ökad kunskap om faktorer som bidrar till kriminellt beteende. Internationella studier visar att borderline personlighetssyndrom kan ha inverkan på bland annat återfall i brott.

För att öka kunskapen om svenska förhållanden och vilka utmaningar svensk kriminalvård har att hantera, och hur, har rapporten Män med antisocialt beteende och borderline personlighetsyndrom. Förekomst av borderline personlighetsyndrom hos män inom frivården i Stockholm samt en utvärdering av dialektisk beteendeterapeutisk behandling tagits fram. I rapporten ges både en bild av förekomst och behandling.

Rapporten är skriven av psykolog Dan Wetterborg, doktorand, Med. dr Pia Enebrink, professor, Niklas Långström, samtliga Karolinska institutet samt professor Gerhard Andersson från Linköpings universitet.

Ann Cederberg, chef för enheten för forskning och utvärdering



INNEHÅLL

SAMMANFATTNING.....	6
BAKGRUND.....	7
PROBLEMBETEENDEN – SKILLNADER MELLAN KÖNEN.....	7
BROTTLIGHET OCH BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM.....	7
BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM HOS BROTTSDÖMDA	8
SAMMANFATTNING.....	8
KÖNSSKILLNADER I VÅRDKONSUMTION FÖR PATIENTER MED BPS	9
BEHANDLING VID BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM	9
DIALEKTISK BETEENDETERAPI	10
DBT FÖR MÄN.....	10
ÖVERGRIPANDE SYFTE MED FÖRELIGGANDE PROJEKT	11
FRÅGESTÄLLNINGAR DELSTUDIE TVÅ	11
METOD.....	12
<i>Delstudie 1</i>	
DESIGN.....	12
PROCEDUR OCH DELTAGARE	12
MATERIAL	12
<i>Delstudie 2</i>	
DESIGN.....	14
DELTAGARE.....	15
PROCEDUR.....	16
BEHANDLING: DIALEKTISK BETEENDETERAPI	16
MÄTINSTRUMENT	17
Intervju.....	17
Skattningsskalor.....	17
DATABEARBETNING DELSTUDIE 1 OCH 2.....	18
RESULTAT	20
<i>Delstudie 1</i>	
REDOVISNING AV SAMPLET	20
OM INSTRUMENTET MSI-BPD: LÄMPLIG CUT-OFF GRÄNS?	22
<i>Delstudie 2</i>	24
DISKUSSION	30
<i>Delstudie 1</i>	30
<i>Delstudie 2</i>	31
BETYDELSE FÖR KRIMINALVÅRDENS VERKSAMHET.....	34
REFERENSER.....	35

SAMMANFATTNING

Internationella studier har visat att borderline personlighetssyndrom (BPS) är vanligt bland interner på fängelser och att intagna med dessa besvär har mer psykiatriska problem, löper högre risk att skada sig själva och bedöms ha högre risk för återfall i brott jämfört med interner utan dessa besvär. Det har dock aldrig undersökts hur vanligt BPS är hos personer dömda för brott i Sverige och det finns mycket få studier som undersökt förekomsten av BPS hos personer som avtjänar sin påföljd i frihet. Det finns även få dokumenterat effektiva behandlingsmetoder för män med BPS och antisocialt beteende. Denna studie består av två delar, en kartläggning av BPS hos män inom frivården, och en utvärdering av Dialektisk beteendeterapi (DBT) för män med BPS och antisocialt beteende. I den första delstudien tillfrågades samtliga män som under en fem månader lång period 2013 aktualiserades vid frivården i Stockholm för övervakning p.g.a. villkorlig frigivning från anstalt eller dom med påföljden skyddstillsyn om att fylla i screeningformulär för BPS och andra psykiatriska problem. Deltagare vars svar indikerade förekomst av BPS kallades till intervju för diagnostisk utredning av leg. psykolog. Resultaten visade att 19.8% av deltagarna bedömdes ha BPS. Deltagarna med BPS rapporterade signifikant högre nivåer av ångest- depressions- och ADHD-symtom jämfört med deltagarna utan BPS. De deltagare som uppfyllde de diagnostiska kriterierna för BPS vid intervjun hade signifikant fler samtidiga psykiatriska diagnoser ($M= 6.2$) är de deltagare som

uppvisade symtom på BPS men inte bedömdes uppfylla diagnoskriterierna fullt ut ($M= 3.6$). De vanligaste psykiatriska diagnoserna hos männen med BPS var antisocial personlighetssyndrom, depression och substans- och alkoholberoende. I den andra delstudien inkluderades män med BPS och antisocialt beteende ($N=30$). Dessa deltagare erbjöds 12-månaders DBT-behandling inom ramen för en studie med inomgruppsdesign (för-, mellan-, eftermätning), och en 6-månaders uppföljning. Mellan för- och eftermätning minskade såväl själv- som anhörigrapporterad aggressiv problematik, regelbrytande beteenden, och självrapporterade borderlinesymptom (måttliga till stora effektstorlekar). Deltagarna rapporterade signifikant mindre självskadande beteenden och egendomsbrott efter behandlingen jämfört med vid förmätningen. Sammantaget indikerar resultaten från studierna att BPS kan vara ett vanligt förekommande tillstånd hos män i frivården i Stockholm och att klienter med BPS har betydande psykiatriska besvär. De tyder också på att DBT-behandling skulle kunna vara ett effektivt behandlingsalternativ för män med BPS och antisocialt beteende. Eftersom dessa klienter kan ha särskilt svårt att tillgodogöra sig befintliga behandlingsprogram inom frivården, kanske fokus bör vara på ökad samverkan mellan olika aktörer i samhället, såsom psykiatri och beroendevården? Projektet visar att det är möjligt att erbjuda DBT till denna grupp inom sedvanlig öppenvårdspsykiatri.

BAKGRUND

Personlighetssyndrom definieras som ett varaktigt mönster av avvikelser gällande kognitioner, affekter och beteenden som kan observeras tidigt i en persons liv och som skapar sådana problem att de medför en uppenbart nedsatt social eller yrkesmässig förmåga eller ett lidande för personerna själva, enligt *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-5) (American Psychiatric Association, [APA], 2013). Borderline personlighetssyndrom (BPS), kännetecknas av ett genomgående mönster av instabilitet i regleringen av känslor, samt av identitetsstörning, relationssvårigheter, bristande impuls kontroll och upprepade självskadande eller suicidala beteenden (Leichsenring, 2011). Emotionell instabilitet beskrivs ofta som det centrala kliniska symtomet för personer med BPS och impulsiva destruktiva beteenden som utförs av individer med BPS har ofta en emotionsreglerande funktion och kan ta sig många olika uttryck (Linehan, 1993). Mellan 70% och 75% av patienter med BPS har någon gång skadat sig själva så allvarligt att deras liv varit i fara och det uppskattas att cirka 8-10 % av dem som uppfyller kriterier för BPS någon gång kommer att ta sitt liv (Leichsenring, 2011). Historiskt sett har störningen ansetts vanligare hos kvinnor men nyare epidemiologiska studier med stora urval visar på inga, eller mycket små, könsskillnader i prevalens i såväl amerikanska som europeiska normalpopulationer (Leichsenring et al., 2011).

PROBLEMBETEENDEN – SKILLNADER MELLAN KÖNEN

Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd är hög för patienter med BPS. Inga könsskillnader verkar förekomma när det gäller antal samtidiga psykiatriska diagnoser (Tadic et al., 2009) eller andelen personer som utför suicidala eller parasuicidala beteenden. Däremot förekommer skillnader mellan könen gällande vilken typ av samsjuklighet som är vanligast. Det är signifikant vanligare att män med BPS missbrukar, särskilt alkohol, och de har i signifikant högre grad även antisocialt personlighetssyndrom (ASPS). Denna diagnos förekommer mer än dubbelt så ofta hos män och i en studie hade så många som 57% av männen med BPS även ASPS (Grant et al., 2008; McCormick et al., 2007; Tadic et al., 2009). Missbruk eller beroende finns hos

mellan 80% och 84% av männen med BPS (McCormick et al 2007; Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009). Det har nyligen föreslagits att komorbid BPS och ASPS kan vara ett distinkt syndrom. Denna samsjuklighet är förknippad med allvarlig uppförandestörning i barndomen (Howard et al., 2012) och kan dela biologiska riskfaktorer såsom hög testosteron/kortisol ratio (Horn et al., 2014). Jämfört med endast antingen BPS eller ASPS, har det visats att denna samsjuklighet är förknippad med ökad risk för självmord (McGirr et al., 2007), våld och kriminalitet i normalpopulation (Freestone et al., 2013; Howard et al., 2008) samt återfall i brottslighet (Howard et al., 2013).

BROTTLIGHET OCH BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM

Utöver självskadande och suicidala handlingar är BPS förknippat med ökad risk för kriminella beteenden. I en studie av Sansone, Lam och Wiederman (2012) undersöktes sambandet mellan 27 kriminella beteenden, utvalda från Federal Bureau of Investigations brottskatalog, och två självskattningsinstrument för borderline personlighetsyndrom hos 375 patienter vid en öppenvårdsmottagning för internmedicin i U.S.A. Forskarna fann statistiskt signifikanta korrelationer mellan symptom på BPS och brottsliga beteenden på $r = 0.32$ respektive $r = 0.47$ för dessa instrument. De vanligast rapporterade brotten var misshandel, förgelseväckande beteende, framförande av fordon under påverkan av alkohol/droger samt innehav eller försäljning av narkotika. Forskarna drar slutsatsen att det verkar finnas ett samband mellan BPS och brottsliga beteenden, särskilt för unga män. I en annan studie undersöktes skillnader i kriminella beteenden mellan psykiatriska patienter med antisocialt personlighetsyndrom (ASPS) och patienter med BPS. Forskarna fann att personerna med ASPS uppvisade mer planerad brottslighet och mer egendomsbrott än personerna med BPS, som i sin tur uppvisade mer impulsiva brottsliga handlingar och mer fysiskt våld (Martins de Barros & de Pádua Serafim, 2008). Newhill, Eack och Mulvey (2009) undersökte i en longitudinell studie i vilken utsträckning BPS utgör en riskmarkör för interpersonellt våld. Forskarna följde under 12 månader 801 patienter som nyligen intagits

på psykiatrisk slutenvårdsavdelning och fann att 73% av patienterna med BPS utförde minst en våldshandling under mätperioden. Individer med BPS hade signifikant högre risk att bruka allvarligt våld som resulterade i fysiska skador för offret, OR= 1.62, samt våld som inte resulterade i fysiska skador för offret, OR= 2.18, jämfört med patienterna utan BPS. Våldet var oftast riktat mot bekanta eller närstående (Newhill, Eack & Mulvey, 2009). Det är således inte förvånande att BPS uppmärksammas i forskning om partnervåld där flera studier visar på ett samband mellan störningen och våld i nära relationer (Ehrensaft, Cohen & Johnson, 2006; Maneta, Cohen, Schulz & Waldinger, 2013; Ross & Babcock, 2009).

BORDERLINE PERSONLIGHETS- SYNDROM HOS BROTTSDÖMDA

I internationella studier som har undersökt förekomsten av olika psykiatriska sjukdomar hos interner på anstalter, rapporteras höga prevalenssiffror för BPS. Studier där självskattningsinstrument använts visar på stora skillnader av störningen hos denna grupp. Från 10% i en studie av Coolidge, Marle, Van Horn & Segal (2011), till 30.9% (Drapalski, Youman, Stuewig & Tangney, 2009), 41% (Riesco, Perez Urdaniz, Rubio, Izquierdo, Iglesias, Santos, et al., 1998) och mellan 45.7% och 47.4% i en studie som jämförde två självskattningsinstrument (Davison, Leese & Taylor, 2001). I studier som använt strukturerade intervjuer för att ställa diagnos framkommer lägre prevalenssiffror och mindre variation mellan studier. I en rapport från the Government statistical service i England (Singleton, Meltzer, Gatward et al., 1997) anges förekomsten av BPS hos män i fängelse till 14%. I en brasiliansk studie av 497 interner fann forskarna att 19.7% av de intagna på slutna anstalter och 34.8% av de intagna på semi-öppna anstalter uppfyllde diagnostiska kriterier för BPS (Pondé, Freire & Mendonca, 2011). I en av få studier som syftat till att undersöka just BPS utreddes 220 slumpvis utvalda interner vid Iowa Department of Corrections med hjälp av strukturerade intervjuinstrument. Resultaten visade att 29.5% av de intagna hade BPS. Vidare fann forskarna att internerna med BPS rapporterade sämre livskvalitet än interner utan BPS och högre förekomst av affektiva-, ångest- och psykossjukdomar samt ätstörningar, antisocial personlighetssyndrom (ASPS) och ADHD. Internerna med BPS bedömdes även löpa

högre risk för återfall i brott jämfört med interner utan diagnosen, undersökt med Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) (Andrews & Bonta, 2010), även när forskarna kontrollerade för ålder, kön, etnicitet och förekomst av ASPS (Black et al., 2007). I en annan studie av Young, Justice och Erdberb (2006) upptäcktes ett tydligt samband mellan allvarliga självskadande handlingar hos interner och förekomst av BPS. Eftersom deltagarna som uppvisade allvarligt självskadande beteende också löpte mångdubbelt högre risk än andra interner att skada personal drar forskarna slutsatser om att emotionell instabilitet och impulsivitet, vilket är kännetecknande för personer med BPS, är förknippad med hög risk för såväl allvarliga självskadande och suicidala handlingar som våldshandlingar hos interner. I den enda studien som undersökte borderline hos personer som avtjänar sin påföljd i frihet uppskattade Pluck och kolleger (2012) andelen med BPS till 20% i denna population men redovisar ingen information om samsjuklighet. Trots att det är väl dokumenterat att personer med BPS, och särskilt män, har hög samsjuklighet med ADHD (Philipsen, 2006; Speranza et al., 2011) finns mycket få studier som undersöker detta samband i kriminella populationer. Black et al. (2007) fann i sin studie av interner i Iowa att 41.5% av fångarna med BPS hade ADHD, medan endast 16.1% av fångarna utan BPS hade denna störning. I en svensk studie på Norrtäljeanstalten uppskattade forskarna förekomsten av ADHD hos långtidsdömda interner till 40% och konstaterade att 74% av de undersökta internerna med ADHD även uppfyllde kriterier för BPS (Ginsberg, Hirvikoski & Lindfors, 2010).

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis visar aktuell forskning visar att BPS är lika vanlig hos män som hos kvinnor (Leichsenring, 2011), att andelen personer som utför suicidala eller parasuicidal beteenden är lika stor för båda könen (McCormick et al, 2007) och att män har lika hög samsjuklighet med andra psykiatriska sjukdomar som kvinnor (Tadic et al., 2009) men ökad risk för våld och kriminalitet samt att störningen är vanligt förekommande bland interner på fängelser. Bland interner är förekomst av BPS förknippad med förhöjd risk för återfall i brott, högre risk för våld mot personal samt förhöjd risk för självskadande och suicidala handlingar. Vad vi vet finns inte någon studie publicerad som undersökt förekomsten av BPS

hos fångar i Sverige och mycket få studier som undersökt förekomsten av BPS hos personer som avtjänar sin påföljd i frihet, hanterade i verksamheter som liknar Frivården i Sverige. Vi har endast identifierat en studie där samsjukligheten hos män med BPS i en kriminell population har undersökts (Black et al., 2007). Där rapporteras psykiatrisk komorbiditet som överlag stämmer väl överens med liknande undersökningar i kliniska populationer.

Att övervaka och stötta personer som avtjänar sin påföljd i frihet utgör en betydande del av kriminalvårdens arbetsuppgifter och ett av målen med Frivårdens verksamhet är att "...se till att klienten inte återfaller i brott och att underlätta för honom eller henne att komma tillbaka till ett normalt liv i samhället efter avtjänad påföljd/straff" (<https://www.kriminalvarden.se/sv/Frivard/Om-frivard/>, 20140424). Mot bakgrund av detta förefaller det vara mycket viktigt att känna till hur stor andel av de manliga klienterna i frivården som har BPS, hur psykiatrisk samsjuklighet yttrar sig för denna grupp och att utveckla metoder för att identifiera klienter med BPS, kanske särskilt i relation till ADHD där liknande beteendeproblem (t.ex. impulsivitet och hög förekomst av missbruk) kan göra det svårt att differentiera mellan dessa tillstånd. Kunskaper inom dessa områden skulle kunna innebära betydligt ökade möjligheter att anpassa den egna verksamheten, exempelvis gällande behandlingsutbud och riskbedömningar, samt bidra till förbättrade rutiner för samverkan med andra samhälleliga aktörer kring personer med stora vårdbehov.

KÖNSSKILLNADER I VÅRDKONSUMTION FÖR PATIENTER MED BPS

I vilken utsträckning kvinnor respektive män med BPS-diagnos erhåller psykiatrisk behandling har sällan undersökts men en nyligen genomförd internationell studie visade att kvinnorna med BPS erhöll signifikant mer psykiatrisk öppenvårdsbehandling, både psykioterapeutisk och farmakologisk. Författarna anser att det existerar någon slags barriär mot att erbjuda män med BPS psykiatrisk öppenvårdsbehandling och att män med dessa svårigheter i större utsträckning än kvinnor erbjuds interventioner riktade mot avgränsade delar av sin problematik, exempelvis missbruk eller aggressivitet, vilket är otillfredsställande då det ofta är nödvändigt att behandla

de primära BPS-symtomen för att dessa personer skall kunna tillgodogöra sig behandling. De diskuterar möjliga anledningar, såsom underdiagnostisering av män med BPS (Goodman et al., 2010). I en amerikansk studie undersöktes hur män med BPS och/eller ASPS använder psykiatrisk vård genom djupintervjuer. Forskarna identifierade flera beteenden som bidrog till fragmenterade vårdkedjor, både beteenden hos patienter (t.ex. svårigheter att uttrycka känslor och behov, svårigheter att navigera i sjukvårdssystemet) och vårdpersonal (kränkande bemötande, otillräckliga bedömningar) (Strike et al., 2006).

BEHANDLING VID BORDERLINE PERSONLIGHETSSYNDROM

I två systematiska Cochrane-översikter (Stoffers et al, 2010; 2012) argumenterar författarna för användningen av psykoterapi som huvudsaklig behandling, då det finns indikationer på en fördelaktig effekt på huvudsymptomen i BPS likväl som associerad generell psykopatologi. Även om psyko-farmaka kan vara hjälpsamt vid komorbiditet finns det ingen evidens för effekt på huvudsakliga borderlinesymptom. I Zanarinis (2009) översiktsartikel om psykoterapi för personer med BPS lyfter hon fram fyra omfattande manualiserade psykoterapimetoder som har viss evidens: Transference-focused psychotherapy, TFP (Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008), Mentaliseringsbaserad psykoterapi, MBT (Bateman & Fonagy, 2008), Schemafokuserad terapi, SFT (Young, Klosko & Weishaar, 2003) samt Dialektisk beteendeterapi, DBT (Linehan, 1993). Enligt Zanarinis verkar alla ovanstående behandlingar kunna minska framför allt självskadande beteende och suicidförsök. Data i Cochrane-översikten (Stoffers et al, 2012) från fem randomiserade studier där DBT jämfördes med sedvanlig behandling visade på måttliga till stora poolade effektstorlekar till fördel för DBT vg ilskereduktion (SMD-0.83, 95%CI -0.43 till -0.22), minskning av självskadande beteenden (SMD -0.54, 95%CI -0.92 till -0.16). Det finns dock flera begränsningar i studier av psykoterapi vid BPS, t.ex. många olika jämförelser och studiesammanhang som inte adekvat efterliknar kliniska sammanhang (Stoffers et al, 2010). Det finns också mycket få studier av psykologisk behandling för män med BPS. Merparten av de behandlingsstudier som publicerats avseende BPS är antingen utförda enbart med kvinnliga försökspersoner eller med ett blandat urval där

kvinnor är i majoritet. Således konstaterar författarna till den senaste Cochrane-översikten att forskning bör fokusera på behandlingsalternativ för män med BPS.

DIALEKTISK BETEENDETERAPI

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en behandling som har utformats för suicidala kvinnor med BPS (Linehan, 1993) och visat sig vara en effektiv metod för denna målgrupp (Stoffers et al., 2012). Metoden är baserad på inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi och har kompletterats med dialektisk och zenbuddistisk filosofi. I behandlingen lärs färdigheter ut i syfte att hjälpa patienten hantera intensiva känslor och destruktiva beteendepulser. Färdigheterna lärs ut i en så kallad färdighetsträningsgrupp och är uppdelade i fyra moduler: Medveten närvaro, relationsfärdigheter, färdigheter för att reglera känslor och färdigheter för att stå ut i kris. Parallellt med färdighetsträningen går patienten i individuell terapi i syfte att hjälpa patienten väva in färdigheterna i sin vardag. Individualterapeuten arbetar bl.a. med beteendeanalyser av problembeteenden samt tekniker för att öka patientens motivation att genomgå behandlingen och arbeta mot beteendeförändring. Under behandlingen prioriterar individualterapeuten mellan olika beteendetargets utifrån en på förhand fastställd hierarki:

1. Livsfarliga beteenden
2. Terapistörande beteenden
3. Livskvalitetsstörade beteenden

Även om färdighetsträningen följer en manual, anses behandlingen i sin helhet mer principstyrd än manualstyrd (Linehan, 1993). Mot bakgrund av att DBT genom sina tydliga metoder för att förebygga och hantera livshotande beteenden (både gentemot patienten själv och mot andra i dennes omgivning), terapeutörande beteenden samt utbrändhet hos terapeuter visats kunna reducera impulsiva destruktiva beteenden och behandlingsavbrott hos den ursprungliga målgruppen talar mycket för att det skulle kunna vara en effektiv metod även för män med antisociala beteenden och BPS.

DBT FÖR MÄN

De få behandlingsstudier som existerar om DBT med manliga patienter handlar huvudsakligen

om män med någon form av aggressiv eller antisocial problematik och de flesta har karaktären av att vara pilotprojekt. Mest DBT-forskning med män finns i gruppen för rättspsykiatrisk- eller anstaltsvård där både nordamerikanska (McCann et al., 2000) och europeiska studier existerar (Evershed et al., 2003). I studierna har DBT-behandlingarna jämförts med kontrollgrupper som erhållit "treatment as usual" (TAU), men deltagarna har inte randomiserats till respektive kontrollgrupper och antalet deltagare är mycket få. I McCann med medarbetares studie uppfyllde 50% kriterierna för en BPS-diagnos, övriga 50% uppfyllde minst tre BPS-kriterier, och av samtliga deltagare uppfyllde 30% kriterier för ASPS. Resultaten visade att DBT-gruppen hade signifikant minskade nivåer av problembeteenden och signifikant ökade nivåer av konstruktiva beteenden under behandlingens 20 månader jämfört med TAU-gruppen (McCann et al., 2000). I en mindre studie av Evershed med medarbetare (2003) av 18 månaders DBT-behandling var det tydligaste resultatet att allvarlighetsgraden av våldsincidenter minskade mest i DBT-gruppen (53% minskning jämfört med 22% i TAU-gruppen) samtidigt som frekvensen av våldsbeteenden inte visade någon signifikant förändring. Självrapporterad ilska och fientlighet minskade mest i DBT-gruppen. Avhoppet från behandlingen var ovanligt få i DBT-gruppen (Evershed et al., 2003). I en nyligen publicerad studie i Nederländerna utvärderades en implementering av DBT inom rättspsykiatrisk öppenvård för 10 manliga och 19 kvinnliga patienter genom att data från de rättspsykiatriska patienterna jämfördes med data från patienter som erhållit behandlingen inom reguljär psykiatrisk öppenvård. Resultaten är lovande och författarna argumenterar för att även patienter inom rättspsykiatri bör erbjudas DBT (Van den Bosch, Hysaj & Jacobs, 2012).

I skrivande stund finns inga studier av DBT i sedvanligt öppenvårdsformat för män med BPS publicerade men författarna har genomfört en opublicerad pilotstudie av DBT i öppenvårdsformat för män med BPS och antisociala problembeteenden (Dehlbom, opublicerad). Resultaten från själv- och anhörigskattningarna samt frekvensmätning av problembeteenden med ABAB-singlecasesdesign visade huvudsakligen en positiv utveckling för fyra av sex fullföljande patienter.

ÖVERGRIPANDE SYFTE MED FÖRELIGGANDE PROJEKT

Det första övergripande syftet med projektet är att kartlägga aktuell psykiatrisk problematik hos Kriminalvårdens manliga klienter inom frivården samt undersöka hur vanligt BPS är i denna population. Det andra syftet med föreliggande studie är att utvärdera om tolv månaders DBT för män med BPS kan påverka deltagarnas antisociala beteenden och psykiska hälsa.

Frågeställningar i delstudie ett:

Hur vanligt förekommande är psykisk ohälsa, särskilt BPS, bland Kriminalvårdens manliga klienter i frivården?

1. Vilken är förekomsten av BPS i denna grupp?
2. Vilken psykiatrisk samsjuklighet har männen med BPS?
3. Har männen med BPS mer psykiatriska problem än övriga klienter i frivården?
4. I vilken utsträckning predicerar högre poäng på screeninginstrument för ADHD (ASRS-S) och BPS (MSI-BPD) diagnosen BPS hos urvalet?

Hypotesen var att förekomsten av BPS skulle vara jämförbar med den som presenterats i studier där strukturerade intervjuer använts för att fastställa diagnosen (mellan 14% och 35%), att psykiatrisk samsjuklighet hos denna population skulle likna den som presenteras i studier med kliniska populationer, d.v.s. att männen med BPS skulle rapportera mer psykiatriska problem än övriga deltagare. Likaså var hypotesen att en svensk översättning av ett screeninginstrument för BPS (MSI-BPD) skulle överträffa ett vanligt använt screeningformulär för ADHD (ASRS-S) vad gäller att predicera BPS i denna population.

FRÅGESTÄLLNINGAR DELSTUDIE TVÅ:

1. I vilken utsträckning har själv- och anhörigrapporterade problembeteenden (aggressivitet, regelbrott, borderline-symptom, alkohol-, droganvändning, ångest, depression, självskadebeteenden, kriminella beteenden) från förmätningen minskat vid behandlingens avslut, och i vilken utsträckning vidmakthålls eventuella förändringar över tid?
2. I vilken utsträckning påverkas dagliga skattningar av självskadande beteenden, fysisk aggressivitet/våld, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden, övriga impulsiva beteenden samt alkohol- respektive drogkonsumtion under DBT-behandlingen?
3. I vilken utsträckning fullföljer deltagarna DBT-behandlingen?
4. Vilka DBT-metoder och vad i övrigt i behandlingen upplever deltagarna som mest hjälpsamma efter behandlingen?

METOD

Delstudie 1

DESIGN

Delstudien genomfördes som en enkät- och intervjustudie med inomgruppsdesign.

PROCEDUR OCH DELTAGARE

Manliga klienter som aktualiserades för övervakning vid Frivården i Stockholms län under en fem månader lång period under 2013 blev aktuella för studien. Klienter aktualiserades antingen genom att de fått en dom med påföljden skyddstillsyn eller genom villkorlig frigivning från anstalt. Aktuella klienter informerades muntligen och skriftligen om studien av handläggarna vid deras andra möte. De informerades då särskilt om att personal vid frivården inte får kännedom om hur de svarar på frågeformulären samt om att deras kontakt med frivården inte påverkas om de väljer att inte delta eller avbryta sitt deltagande. I samband med detta inhämtades informerat samtycke från de klienter som valde att delta varpå de fyllde i frågeformulären och lade dem i ett kuvert och förslöt detta. Kuverten samlades in regelbundet av forskare knuten till projektet. Deltagare vars svar föll över cut-off för BPS ringdes upp och bjöds in till diagnostisk intervju. Studien har godkänts av regional etikprövningsnämnd i Stockholm, dnr 2013/876-32.

436 klienter av totalt 999 aktualiserade (43.7%) under perioden träffade en handläggare vid minst två tillfällen under mätperioden och kunde således tillfrågas om deltagande enligt ovan beskrivna förfarande. Ett mindre antal av dessa exkluderades p.g.a. otillräckliga färdigheter i svenska. Totalt 109 deltagare tackade ja till att delta i studien, vilket innebär en svarsfrekvens på 25%. Dessa deltagare besvarade tre screeningformulär (de svenska versionerna av *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), *Adult Self Report Scale-Screener* (ASRS) (Kessler et al., 2007) och *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD) (Zanarini et al., 2003). Femtiotre (48.6%) av de 109 deltagarna svarade över cutoff-gränsen på MSI-BPD och kontaktades för uppföljande diagnostisk intervju med svenska versioner av *the Mini International Neuropsychiatric Interview*

(M.I.N.I) (Sheehan et al., 1998) och frågorna ur *the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (S.C.I.D.-II) (First et al., 1997) som berör borderline- och antisocial personlighetssyndrom. Under intervjun besvarade deltagarna även *Wender Utah Rating Scale* (WURS) som tillsammans med ASRS-S användes för att bedöma förekomst av ADHD hos urvalet. Totalt 28 intervjuer kunde genomföras, vilket motsvarar 52.8% av de som svarade över cutoff på MSI-BPD. Tre deltagare tackade aktivt nej till att delta i intervjun. Resterande 22 deltagare besvarade aldrig telefonsamtal eller skickade sms, uteblev eller lämnade återbud upprepade gånger till inbokade tider.

MATERIAL

Skattningsskalor och standardiserade intervjuformulär som användes var följande:

Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-S) (Kessler et al., 2007) Utgår från en enkel självskattningsskala framtagen av WHO för skattning av ADHD-symtom hos vuxna. Skalan innehåller totalt 18 frågor varav de första 6 används som screening för ADHD. Frågorna har fem svarsalternativ som anger hur ofta personen besvärats av det aktuella symtomet: "Aldrig", "Sällan", "Ibland", "Ofta" och "Mycket ofta". Svaren ger 0-4 poäng och varje item har en cut-off gräns, två poäng för de första tre frågorna och tre poäng för de sista tre. Fyra svar över cut-off indikerar möjlig ADHD. Poängen kan även summeras till en totalsumma som anger grad av ADHD symtom. Instrumentet har god reliabilitet och validitet (Adler et al., 2006; Kessler et al., 2007). Intern samstämmighet i vår studie var god (Cronbach's $\alpha=0.80$).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) är ett välanvänt självskattningsinstrument bestående av 14 frågor, sju som mäter ångestsymtom och sju som mäter symtom på depression. Svaren anges på en fyrgradig skala från 0-3. Åtta poäng eller mer på en delskala indikerar möjlig förekomst av ångest eller depressionstillstånd. Elva eller fler poäng

på en delskala indikerar sannolik förekomst av depression eller ångest av klinisk betydelse och svar mellan 15 och 21 poäng indikerar svår ångest eller depression. Medelvärde i svensk normalbefolkning är 4.55 för HADS-ångest och 3.98 för HADS-depression (Lisspers, Nygren & Soederman, 1997). Intern samstämmighet i vår studie var god för båda delskalorna (Cronbach's $\alpha = .82$ för HADS-ångest och $.76$ för HADS-depression).

McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) (Zanarini et al, 2003) är ett screeninginstrument med 10 frågor utifrån de nio diagnostiska kriterierna för BPS i DSM-IV. Frågorna besvaras med ja eller nej. Instrumentet är välanvänt och uppvisar goda psykometriska egenskaper (Zanarini et al., 2003; Melartin et al., 2009). Författarna föreslår en cutoff-gräns på 7 ja-svar men för den aktuella studien sänktes cutoff-gränsen till 5 ja-svar. Detta för att förhindra s.k. falskt negativa resultat mot bakgrund av att instrumentet sällan används för att identifiera BPS hos män i kriminalvård. Intern samstämmighet i föreliggande studie var god (Cronbach's $\alpha = .82$).

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (Sheehan et al., 1998) är en strukturerad intervju som används för att utreda förekomst av psykiatriska diagnoser på axel I. Instrumentet är mycket välanvänt och används i klinisk praktik i flera länder. Instrumentet fångar livstids- och aktuell förekomst av affektiva störningar (egentlig depression, Bipolär typ I och Bipolär typ II), ångeststörningar (Paniksyndrom, agorafobi, social fobi, tvångssyndrom, PTSD och GAD), ätstörningar (Anorexia nervosa och Bulimia nervosa), psykotiska syndrom samt substans- och alkoholberoende och missbruk. Endast aktuell förekomst av psykiatriska diagnoser presenteras i resultaten. Utmärkt interbedömar-reliabilitet

fanns gällande diagnoserna egentlig depression, bipolär sjukdom, paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, PTSD, GAD, ätstörningar, psykotiska syndrom samt substans- och alkoholberoende och missbruk ($\kappa = 1.0$), medan måttlig överensstämmelse framkom för agorafobi ($\kappa = .49$) (skattades via 8 slumpvis utvalda intervjuer).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (S.C.I.D.-II) (First et al, 1997) är en strukturerad intervju som används för att utreda förekomst av psykiatriska diagnoser på axel II, d.v.s. personlighetssyndrom. I den aktuella studien utreddes förekomst av BPS och ASPS. Instrumentet är välanvänt och uppvisar adekvata psykometriska egenskaper (Maffei et al, 1997). Utmärkt överensstämmelse fanns för bedömning av antal uppfyllda BPS-kriterier (Intraclass Correlation Coefficient [ICC] (3,3) = .92) och antal uppfyllda ASPS-kriterier (ICC (3,3) = .95).

Wender Utah Rating Scale (WURS) är ett retrospektivt självskattningsformulär med 61 påståenden som fångar upp ADHD-symtom i barndomen (Ward et al 1993). Svaren på 25 utvalda frågor används vid poängberäkningen i screeningsyfte, där >44 p bedöms som sannolik ADHD. Frågorna besvaras på en femgradig skala och ger 0-4 poäng, vilket ger en totalsumma på 100 poäng. Intern samstämmighet i den aktuella studien var god (Cronbach's $\alpha = .83$).

Frågor om ADHD ingår inte i M.I.N.I eller S.C.I.D II. Deltagare bedömdes istället uppfylla kriterier för ADHD om de screenade över cut off på både ASRS-S, som mäter symtom på ADHD i vuxen ålder, samt WURS, som mäter symtom på ADHD i barndomen. Detta förfarande har använts tidigare för liknande populationer med gott resultat (Ginsberg, Hirvikoski & Lindfors, 2010).

Delstudie 2

DESIGN

Behandlingsstudien genomfördes med inomgruppsdesign med upprepade mätningar där självskattningsinstrument samt ett frågeformulär till anhöriga fylldes i före behandlingen, mitt i (6 månadersmätning), efter behandlingen samt vid en 6-månadersuppföljning. Mätningar skedde

även genom en strukturerad intervju som utfördes vid samma tillfällen samt genom att deltagarna registrerade relevanta problembeteenden dagligen med start med en baslinjemätning 4 veckor innan behandlingsstart, samt under hela den 52 veckor lång behandlingen.

Tabell 1. Demografiska variabler och psykiatrisk samsjuklighet för deltagare i DBT-studien.

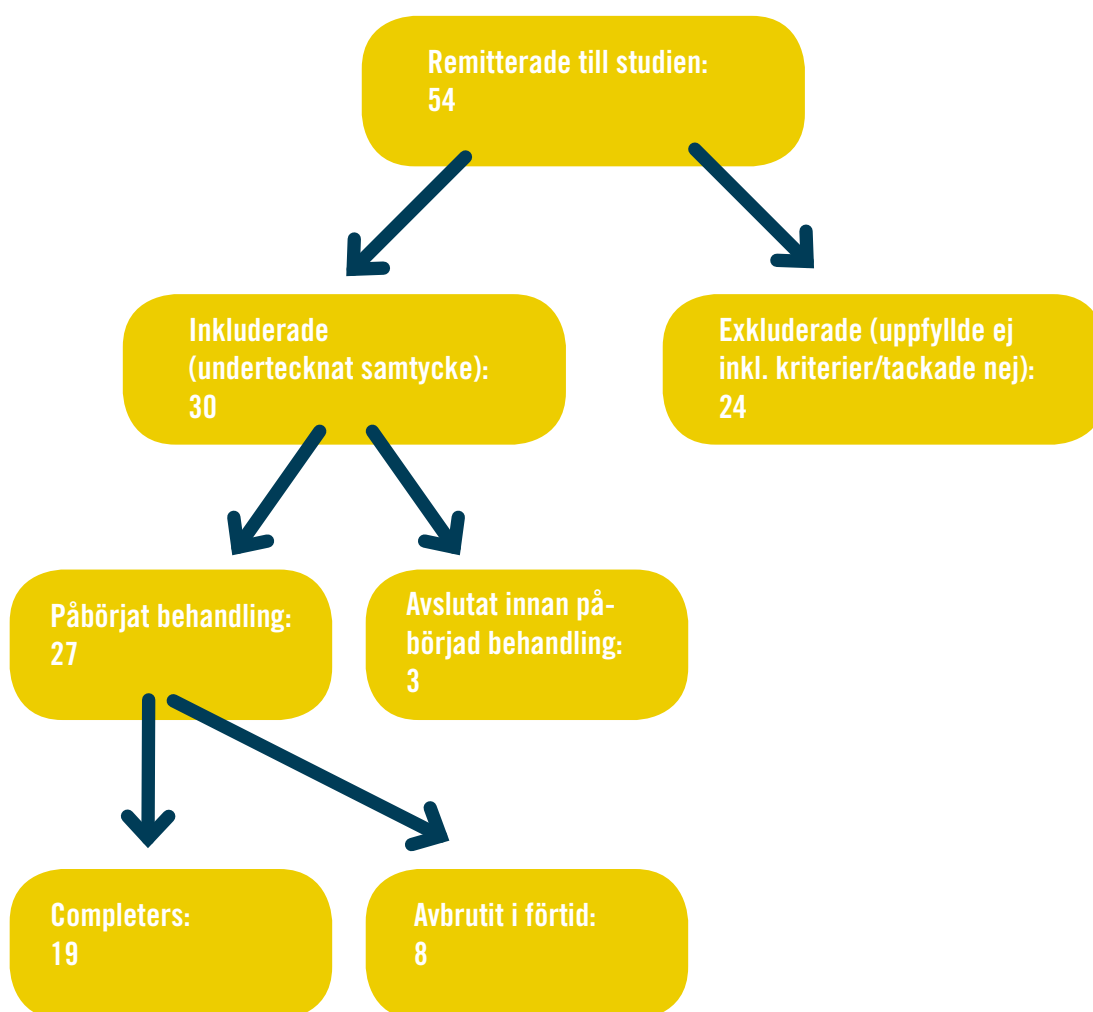
Demografiska variabler	M	SD	N (%)
Ålder	35.3	8.56	
Ensamstående			12 (42.9)
Arbetar/studerar i någon omfattning			12 (42.9)
Sjukskriven på heltid			16 (57.1)
Högsta avslutade utbildning: Högstadiet			8 (28.6)
PTSD			8 (28.6)
Alkoholberoende			8 (28.6)
Alkoholmissbruk			3 (10.7)
Substansberoende			9 (32.1)
Substansmissbruk			4 (14.2)
Bulimia nervosa			1 (3.6)
Generaliserat ångestsyndrom			9 (32.1)
ADHD			10 (35.7)
Antisocial personlighetssyndrom			21 (75)

DELTAGARE

Sammanlagt 30 deltagare rekryterades till behandlingsstudien (se flow-chart, Figur 1). Deltagarna kom från frivården och psykiatrin i Stockholms län. Samtliga deltagare som i samband med delstudie 1 bedömdes uppfylla behandlingsstudiens inklusionskriterier tillfrågades om deltagande i delstudie 2. De deltagare som uppvisade psykiatrisk problematik men inte bedömdes uppfylla behandlingsstudiens inklusionskriterier erbjöds remittering till psykiatrisk öppenvårdsmottagning för fortsatt vård. Inklusionskriterierna för behandlingsstudien var följande:

1. Man
2. BPS
3. Någonsin avtjänat fängelse/frivårdspåföljd eller uppvisade kriminellt beteende senaste 12 månaderna.
4. Redo att göra ett åtagande för att arbeta med DBT för ett liv utan självskadande handlingar, missbruk, våld och kriminalitet.

Figur 1. Flow-chart för inklusion och exklusion i studien och genomförande av behandling; "completers", dvs minst 6 månaders behandling så som detta definierats. I praktiken deltog "treatment completers" ($n=19$) i minst 10 månaders behandling. 8 avbröt i förtid (1 avliden).



Exklusionskriterier:

1. Allvarligt pågående missbruk.
2. Psykossjukdom.
3. IK-kvot 70 eller lägre.
4. Komplex neuropsykiatrisk problematik som bedömdes utgöra betydande hinder för medverkan i behandlingen.

PROCEDUR

Skriftlig information om studien lämnades ut till samtliga psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholms län och kontaktpersonen för behandlingsprojektet besökte relevanta mottagningar för att ytterligare informera vårdpersonal och besvara frågor om studien. Intresserade deltagare som tog kontakt fick såväl muntlig som skriftlig information om projektet och psykiatrisk bedömning av legitimerad psykolog. Denna innefattade standardiserade intervjuer med the M.I.N.I (Sheehan et al., 1998) och S.C.I.D.- II (First et al, 1997). Deltagarna som efter denna fördjupade bedömning uppfyllde inklusionskriterier för behandlingsstudien informerades ytterligare om denna och lämnade skriftligt informerat samtycke till att delta i studien. Vid baslinjemätningen genomfördes följande mätningar:

- Självskattningsformulär.
- En strukturerad intervju om självskadande beteenden och brottsliga beteenden senaste halvåret (Timeline follow-back).
- Ett frågeformulär för en anhörig till deltagaren att fylla i. Deltagarna gav sitt godkännande till att anhöriga kontaktades. Därefter informerades anhöriga om studien och lämnade informerat samtycke till att delta. Vissa deltagare hade inga anhöriga som kunde medverka eller valde att inte ge sin tillåtelse för oss att kontakta dem. Totalt deltog 22 anhöriga i studien.
- Dagliga skattningar av problembeteenden på ett så kallat veckokort. Dessa skattningar gjordes under fyra veckor inför behandlingsstart. Under denna period träffade deltagaren sin individualterapeut och fick fördjupad information om behandlingen, formulerade

individuella mål, och arbetade med beteendeanalyser av problembeteenden. Inga andra interventioner genomfördes under denna fas och terapeuten hade instruktionen att avstå från att ge förslag på alternativa beteenden för att inte påverka baslinjemätningen, förutom om allvarlig risk för skada för patienten eller omgivningen skulle bedömas föreligga.

Behandlingsfasen pågick i tolv månader och bestod av färdighetsträning i grupp samt individualterapi. Under hela behandlingstiden fortsatte deltagarna att registrera problembeteenden på sina veckokort, vilka lämnades in till individualterapeuten varje vecka. Efter sex månader, vid avslutad behandling samt sex månader efter behandlingsavslut genomfördes mätningar med samma instrument som vid förmätningen. Vid behandlingsavslut fick deltagarna även fylla i ett självskattningsformulär med frågor om deras upplevelser av DBT. Beteenderegistreringarna avslutades i samband med behandlingsavslut. Deltagarna uppmanades att inte förändra medicinering under behandlingstiden om inte detta skedde utifrån bedömning av läkare. Behandlingsstudien har granskats och godkänts av etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2012/91-31/4, 2013/876-32, 2013/1975-32).

BEHANDLING: DIALEKTISK BETEENDETERAPI

De terapeuter som deltog i studien (n=5) hade utbildning i Kognitiv beteendeterapi (steg 1) samt grundläggande vidareutbildning i DBT. 3 av terapeuterna var utbildade psykologer, 1 skötare med KBT steg 1, 1 psykolog/psykoterapeut, i åldrarna 32-59 år. Fyra av terapeuterna var individualterapeuter för mellan 2-17 av deltagarna och en terapeut var endast verksam som färdighetstränare. Behandlingens upplägg var individualterapi en gång per vecka samt färdighetsträning i grupp en gång per vecka. Deltagarna erbjöds utöver detta telefonkonsultationer under kontorstid för hjälp med att generalisera de färdigheter som lärts ut under behandlingen. Terapeuterna träffades två timmar per vecka för handledning. En extern handledare (leg psykolog, leg psykoterapeut) med specialistkompetens i DBT handledde terapeuterna varannan vecka och säkerställde med hjälp av videospelade sessioner att god terapeutadherens upprätthölls till DBT som metod.

MÄTINSTRUMENT

Intervju

Timeline Followback (TLFB; Sobell & Sobell, 1996) är en strukturerad intervju där intervjuaren och intervjupersonen med hjälp av en kalender mäter beteenden retrospektivt. Metoden är en av de mest använda för detta ändamål och utvecklades ursprungligen för att mäta alkoholkonsumtion (Sobell et al., 2001). Testet används mest inom missbruksforskning där det genomgående uppvisar goda psykometriska egenskaper med test-retest korrelation över .85 för alkoholkonsumtion och har även utvärderats för andra beteendeproblem såsom sexuellt riskbeteende (Carey et al., 2001) och partnervåld (Fals-Stewart, Birchler & Kelley, 2003). TLFB användes för att mäta frekvens av suicidförsök och självskadande handlingar samt egendoms-, drog- och våldsbrott sex månader bakåt i tiden från intervjutillfället. TLFB genomfördes vid samtliga mättillfällen.

Skattningsskalor

Adult Self-Report (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003) är ett brett självskattningsinstrument som omfattar externaliserande och internaliserande problematik samt somatiska problem, och har en del inledande frågor om sysselsättning och utbildningsnivå. Den normerade delen består av 123 frågor som besvaras 0-2 ("stämmer inte", "stämmer någorlunda eller ibland" eller "stämmer mycket bra"). Test-retest korrelationen är relativt god ($r = 0.84$) liksom intern konsistens (Cronbachs alfa=0.79; Achenbach & Rescorla, 2003). I den aktuella studien användes delskalorna aggressivitet och bryta mot normer/regler. Cronbachs alfa för dessa var .83 och .86 vid för-, .90 och .86 vid 6-månaders mellanmätning, .93 och .90 vid eftermätningen, och .92 samt .84 6-månadersuppföljningen för aggressivitet respektive bryta mot normer/regler. Amerikanska normer finns där poäng över 17 på aggressivitet och 11 på bryta mot normer/regler indikerar klinisk nivå för personer i åldrarna 18-35. Motsvarande cut-off värden är 12 respektive 8 för personer mellan 36-59 år.

Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003) är anhörigversionen av ASR med samma frågeområden och består även den av 123 frågor med 0-2 som svarsalternativ. Test-retest korrelationen har beskrivits vara god ($r = 0.87$) liksom intern konsistens (Cronbachs alfa=0.87; Achenbach & Rescorla, 2003). I den aktuella

studien användes delskalorna aggressivitet och bryta mot normer/regler. Cronbachs alfa för dessa var .83 och .86 vid för-, .88 och .84 vid 6-månaders mellanmätning, .87 och .88 vid eftermätningen, samt .87 och .88 vid 6-månadersuppföljningen för aggressivitet respektive bryta mot normer/regler. Amerikanska normer finns där poäng över 18 på aggressivitet och 14 på bryta mot normer/regler indikerar klinisk nivå för personer mellan 18-35 år. Motsvarande cut-off värden är 17 respektive 9 för personer mellan 36-59 år.

Karolinska Affektiva- och borderline symtomskala, självskattning (KABOSS-S) är ett självskattningsformulär för bedömning av nivå av borderlinesymtom (Andersson, Forslund, Gustavsson & Åsberg, 2003). Baserat på CPRS-egenbedömningsskalorna har KABOSS-S utökats med item som är känsliga för BPS. KABOSS-S har 26 item. De psykometriska egenskaperna är okända och resultaten på KABOSS-S redovisas som summer för de fyra områdena: borderline, depression, ångest och tvång. Varje item skattas från 0-6 p. I den aktuella studien användes endast delskalan "borderline". Cronbachs alfa var .81 vid för-, .94 vid 6-månaders mellanmätningen, .93 vid eftermätningen, och .94 vid 6-månadersuppföljningen.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Bergman, Källmén & Wennberg, 2002) är ett självskattningsformulär med 10 frågor som används för att mäta alkoholbruk. Testet innehåller tre frågor om mängd och frekvens av drickande, tre frågor om alkoholberoende samt fyra frågor om problem eller skador orsakade av alkohol. För fråga 1 till 8 sätts poäng 0-4. För fråga 9 och 10, 2 eller 4 poäng. AUDIT hade i normalpopulation hög test-retest korrelation ($r = 0.97$) (Bergman, Källmén & Wennberg, 2002). I den aktuella studien var Cronbachs alfa .91 vid för-, .82 vid 6-månaders mellanmätning, .93 vid eftermätningen, och .94 vid 6-månadersuppföljningen.

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2007) är ett självskattningsformulär för bedömning av drogbruk som består av 11 frågor om t.ex. frekvens och beroendesymtom. Fråga 1 till 9 poängsätts från 0-4 medan fråga 10 och 11 skattas 0, 2 eller 4 poäng. DUDIT har relativt god intern konsistens (Cronbachs alfa=0,80) (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2007). I den aktuella studien var Cronbachs alfa .90 vid för-, .85 vid 6-månaders, .90 vid efter-, och .92 vid 6-månadersuppföljningen.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) är ett självskattningsformulär för bedömning av ångestsymtom hos ungdomar och vuxna. Formuläret består av 21 item som skattas på en fyrgradig skala (0-3). BAI har god intern konsistens (Cronbachs alfa=0.86-0.91) och relativt god test re-test korrelation ($r = 0.75$; Beck et al., 1988). I den aktuella studien var Cronbachs alfa .89 vid för-, .81 vid 6-månaders mellanmätning, .88 vid eftermätningen, och .97 vid 6-månaders-uppföljningen. Amerikanska normer indikerar följande gränsvärden: 0-7 Minimal ångest, 8-15 Mild ångest, 16-25 Moderat ångest, 26-63 Svår ångest.

Beck Depression Inventory-II (BDI; Beck & Steer, 1996) är ett självskattningsformulär som består av 21 item som ska avspegla depressiva symtom och attityder hos individen. För varje item finns fyra svarsalternativ som representerar stigande grad av depression, 0-3. BDI-II har god intern konsistens (Cronbachs alfa=0.92) och hög test re-test korrelation ($r = 0.93$; Harcourt Assessment, 2008). I den aktuella studien var Cronbachs alfa .87 vid förmätningen, .95 vid 6-månadersmätningen, .97 vid eftermätningen, och .96 vid 6-månadersuppföljningen. Amerikanska normer ger följande gränsvärden: 0-13 minimal depression, 14-19 lindrig, 20-28 måttlig, 29-63 svår.

Dialektisk Beteendeterapi-utvärdering efter behandlingen (Dialectical behavior therapy, Post-treatment evaluation. Packet A: Rathus & Miller, 1995) är ett formulär för utvärdering av DBT-behandling som fylls i av patienten. Formuläret innehåller fyra frågeområden: hur stora framsteg man gjort, hur mycket färdighetsträningssmodulerna respektive de specifika färdigheter man arbetat med har hjälpt, samt avslutande frågor om patientens uppfattning av behandlingens kvalitet. Formuläret besvaras på en femgradig skattningsskala som poängberäknas från 1-5.

Veckokort. Veckokort ingår som en aktiv behandlingskomponent i DBT och består av ett blad där patienten registrerar relevanta beteenden och andra kliniskt betydelsefulla variabler. Följande beteenden registrerades i studien: Självskadande beteenden, fysisk aggressivitet/våld, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden, övriga impulsiva beteenden samt alkohol- respektive drogkonsumtion. Om deltagaren kom till individualterapi med ofullständigt veckokort ägnades första delen av sessionen åt att komplettera registreringarna.

DATABEARBETNING DELSTUDIE 1 OCH 2

I delstudie 1 användes Fisher's exact test of probabilities användes för att undersöka skillnader mellan de som diagnosticerades med BPS och övriga som genomgick diagnostisk intervju. Signifikansnivån sattes till $p < .05$. Logistisk regression användes för att undersöka i vilken utsträckning högre poäng på MSI-BPD predicerade BPS-diagnos vid intervjun. Analyser med Receiver Operating Characteristics (ROC) genomfördes för att undersöka optimal specificitet och sensitivitet för MSI-BPD vid olika cut-off gränser. All data från screeninginstrumenten, M.I.N.I och S.C.I.D II samt deltagarnas ålder var inte distribuerade enligt normalfördelning. Mann-Whitney U test användes därför för att undersöka skillnader mellan grupper i urvalet, i de fall data inte uppfyllde kraven för parametriska test.

I delstudie 2 uppfyllde själv- och anhörigskattningarna kraven på normalfördelning. Om en mätning helt saknats för en person har vi använt last observation carried forward som en konservativ imputationsmetod. Detta gjordes istället för andra imputationsmetoder av data eftersom den saknade datan enligt Little MCAR test inte kunde bedömas vara uppkommen helt slumpvis. Resultaten på själv- och anhörigskattningar har jämförts före-, vid 6-månaders mellanmätning och eftermätningen med ANOVA, upprepad mätning, Sidak användes som post-hoc test. I de fall viss skevhet eller kurtosis fanns gjordes även beräkningar med det icke-parametriska testet Fredman rank test. I de fall då förutsättningar för sfäriskhet inte varit uppfyllda har korrigerat med Greenhouse-Geisser eller Huynh-Feldt använts. För att undersöka eventuell förändring vid 6-månadersuppföljningen ($n = 9$) gjordes parade t-test eller Wilcoxon Signed rank test (related samples). Resultaten på TLFB har jämförts vid för-, mellan-, efter-, och uppföljningsmätning. Eftersom dessa data inte var normalfördelade har vi använt Friedman test för upprepade mätningar (före, vid 6-månader, och eftermätningen), och Wilcoxon signed rank test för jämförelsen från eftermätningen till 6-månadersuppföljningen. Inomgruppseffektstorlek beräknades med Cohen's d inkluderande mätningarnas förmättnings- och eftermättningskorrelationer, där vi vid tolkningen utgått från $d = .20$ som liten, $d = .60$ måttlig, $d = .80$ stor effekt. För att hantera saknad data från beteenderegistreringarna på veckokorten har vi imputerat data genom expectation maximization (EM) method. Vi presenterar grafer

av de veckovisa beteenderegistreringarna och använder Time-series analyses samt Friedman test för signifikansberäkningar av dessa. Data-analyser presenteras för såväl Intent-to-treat (ITT)-analyser som per protocol (definieras som de som genomfört minst 6 månader av behandlingen). Utöver detta görs preliminära beräkningar av Reliable Clinical Change (Jacobson & Truax, 1991). Här undersöks om förändringen som enskilda deltagare gör över behandlingens gång (delat med standardfelet av skillnaden) är signifikant skild från slumpvis förändring, och i vilken

utsträckning deltagarna dessutom hamnar inom normalpopulationens värden efter behandlingen. Vi har använt amerikanska normer då svenska inte finns tillgängliga, vilket gör att analysen är preliminär. Deltagarna kategoriseras som "recovered" (helt återställda efter att både ha gjort en klinisk signifikant förändring samt har värden inom normalpopulationen), "förbättrade" (här har vi deltagare som förbättrats signifikant över tid), "oförändrade" (ingen förändring som är kliniskt signifikant eller ligger inom normalpopulationen), "försämrade" (förändring har skett åt fel håll).

RESULTAT

Delstudie 1

REDOVISNING AV SAMPLET

Totalt var 436 klienter aktuella för studien. 109 av dessa tackade ja till att delta (25%). Av de totalt 327 personer som tackade nej till att delta eller inte tillfrågades om deltagande samlades information om deras ålder in från 217 personer. Medelåldern var 34.6 år ($SD = 12.40$) för deltagarna och 35.8 år ($SD = 13.77$) för de som inte deltog. T-test för oberoende mätning visade att skillnaden i ålder inte var statistiskt signifikant ($p = 0.54$). Tjugoåtta intervjuer genomfördes av de 53 som svarat över cut-off på MSI-BPD (52.8%). Vid en av intervjuerna bedömdes informationen vara av mycket bristfällig kvalitet och data från den intervjun användes därför inte i analysen av studiens resultat. T-test för oberoende mätning användes för att undersöka skillnader med avseende på resultat på MSI-BPD, HADS och ASRS-S mellan de som genomförde intervjun och de som kallades men inte genomförde intervjun ($n = 25$). Inga statistiskt signifikanta skillnader förelåg mellan grupperna. Däremot var de som genomförde intervjun signifikant äldre än de som inte gjorde det, $M = 35.5$ år ($SD = 10.2$) jämfört med $M = 30.8$ år ($SD = 11.3$) (Mann-Whitney U test visade signifikanta skillnader; $p = .041$).

Frågeställning 1: Vilken är förekomsten av borderline personlighetsyndrom?

Borderline personlighetsyndrom identifierades vid 11 av 27 genomförda diagnostiska intervjuer (40.7%). T-test för oberoende mätning visade inte på någon statistiskt signifikant skillnad i ålder mellan de som identifierades med BPS ($M = 33.3$ år) och övriga deltagare som genomgick intervjun ($M = 37.4$ år). Då inga statistiskt signifikanta skillnader upptäcktes med avseende på antal bejakade diagnoskriterier på MSI-BPD, eller något av de övriga screeninginstrumenten, mellan de som genomförde intervjun och de som svarade över cut-off på MSI-BPD men inte genomförde intervjun, utgick vi från antagandet att andelen

män som uppfyllde de diagnostiska kriterierna var densamma för hela gruppen. Detta ger en uppskattning av total förekomst av BPS på för hela urvalet på $1127 \times 53109 = 0,19809718$ 19.8%.

Frågeställning 2: Vilken psykiatrisk samsjuklighet har männen med borderline personlighetsyndrom?

Deltagarna som bedömdes uppfylla kriterier för BPS hade i genomsnitt 6.2 andra psykiatriska diagnoser ($n = 11$). Vanligast var anti-social personlighetsyndrom (91.0%), depression (81.8%), substansberoende (72.7%) och alkoholberoende (63.6%), ADHD (70.0%) samt social fobi (54.5%) och agorafobi (54.5%). Av de 14 deltagare som bedömdes ha ADHD hade 7 (50%) även BPS. I Tabell 2 på nästa sida presenteras de psykiatriska diagnoser som deltagare med BPS bedömdes uppfylla kriterier för vid den kliniska diagnostiska intervjun.

Frågeställning 3: Har männen med borderline personlighetsyndrom mer psykiatriska problem än övriga klienter i frivården?

Denna frågeställning besvarades genom

- a) data från diagnostiska intervjuer och
- b) självskattade psykiatriska symptom.

a) De som vid intervjun identifierades med BPS bedömdes uppfylla i genomsnitt 6.4 kriterier för störningen ($SD = 1.50$) medan de som inte hade BPS bedömdes uppfylla i genomsnitt 2.9 kriterier ($SD = 0.78$). Männen med BPS hade fler andra psykiatriska diagnoser ($M = 6.2$) än de som uppvisade borderlinesymtom men inte uppfyllde de diagnostiska kriterierna för BPS ($M = 3.6$). T-test för oberoende mätning visar att denna skillnad är

Tabell 2. Förekomst av psykiatriska diagnoser för gruppen med borderline.

	Borderline personlighetssyndrom, <i>n</i> =11	
	<i>n</i>	%
Egentlig depression	9	81.8%
Recidiverande depression	4	36.4%
Bipolär I	1	9.1%
Bipolär II	2	18.2%
Paniksyndrom	3	27.3%
Agorafobi	6	54.5%
Social fobi	6	54.5%
Tvångssyndrom	0	0%
Posttraumatiskt stressyndrom	3	27.3%
Alkoholberoende	7	63.6%
Substansberoende	8	72.7%
Psykotiska syndrom	0	0%
Tidigare drogutlöst psykotisk episod	3	27.3%
Anorexi	0	0%
Bulimi	1	9.1%
Generaliserat ångestsyndrom	2	18.2%
ADHD*	7	70.0%
Antisocial personlighetssyndrom	10	90.9%

Notera: **n* = 10; ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

statistiskt signifikant ($t(24)=-3.02, p = .004$). Förekomst av depression och substansberoende var signifikant mer vanligt hos deltagarna med BPS (Fishers' Exact test $p = .018$ för depression, $p = .022$ för substansberoende).

b) Deltagarna med BPS rapporterade signifikant mer symtom på ångest, depression och ADHD vid de formulär som användes vid screeningen, jämfört med övriga deltagare. Medelvärdet för männen med BPS på HADS-depression var 10.09. Svar över åtta poäng indikerar möjlig förekomst av depressionstillstånd och 27.3% av männen med BPS skattade mer än två standardavvikelser över medelvärdet i svensk normalpopulation ($M = 3.98, SD = 3.44$). Medelvärdet för männen med BPS på HADS-ångest var 13.73. Svar över 11 indikerar sannolik förekomst av ångestsyn-

drom och 54.5% av männen med BPS skattade mer än två standardavvikelser över medelvärdet i svensk normalpopulation ($M = 4.55, SD = 3.73$) Resultaten på screeninginstrumenten presenteras i Tabell 3 på nästa sida.

Frågeställning 4: I vilken utsträckning predicerar högre poäng på screening-instrument för BPS respektive ADHD (MSI-BPD och ASRS-S) diagnosen borderline personlighetssyndrom?

Vi fann en hög korrelation mellan totalsumman på instrumentet ASRS-S och totalsumman på

RESULTAT

Tabell 3. Resultat på ASRS och HADS för deltagare med- och utan borderline personlighetssyndrom.

	Borderline, n=11		Utan borderline, n= 98		Mann-Whitney U test, p-värden
	M	SD	M	SD	
ASRS-S	15.73	3.55	11.72	5.20	0.013*
HADS, depression	10.09	3.94	5.42	3.46	0.001*
HADS, Ångest	13.73	3.32	8.54	4.29	0.001*

*Statistiskt signifikant= $p < .05$. Notera: ASRS-S=Adult ADHD Self Report Scale-Screener; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale.

instrumentet MSI-BPD ($r = .64$). I de fortsatta analyserna undersöks därför i vilken utsträckning vart och ett av dessa instrument predicerar BPS-diagnos. Summan på instrumentet MSI-BPD predicerar signifikant BPS-diagnos vid intervjun (Walds test (1) = 4.27, $p = .039$). Odds Ratio = 1.929. Det innebär att sannolikheten för BPS-diagnos vid intervjun ökar med i genomsnitt 92.9% för varje ytterligare ja-svar på MSI-BPD för de deltagare som gett fem eller fler ja-svar. Logistisk regression visade inget statistiskt signifikant samband mellan ASRS-S och förekomst av BPS vid intervjun (Walds test (1) = 0.62, $p = .77$).

OM INSTRUMENTET MSI-BPD: LÄMPLIG CUT-OFF GRÄNS?

Alla deltagare som lämnat fem eller fler ja-svar på MSI-BPD kallades till intervju. Den ursprungliga cut-off gränsen för skalan är sju ja-svar. I Tabell 4 presenteras korrekt och inkorrekt identifierade personer med BPS-diagnos med skalans ursprungliga cut-off gräns (urvalet är de som angett

fem eller fler ja-svar). Av tabellen framgår att endast två av 13 deltagare som lämnat fem eller sex ja-svar på MSI-BPD bedömdes uppfylla kriterier för BPS vid intervjun medan motsvarande andel för de som lämnat sju eller fler ja-svar var nio av 14. När man utvärderar ett instrument finns det fyra begrepp som är av särskilt värde: A) Positivt prediktivt värde (PPV), definieras som den andel deltagare av de som svarat över cut-off gränsen som vid intervjun identifierades med BPS. B) Negativt prediktivt värde (NPV), definieras som den andel av de som svarat under cut-off gränsen på screeninginstrumentet som vid intervjun inte hade BPS. C) Specificitet, d.v.s. sannolikheten för ett negativt resultat på MSI-BPD när personen inte har BPS. D) Sensitivitet, d.v.s. sannolikheten för ett positivt resultat på MSI-BPD (över cut-off gränsen) när personen har BPS.

För att ytterligare undersöka hur MSI-BPD predicerar förekomst av BPS vid intervjun för de som avgett fem eller fler ja-svar kompletteras analysen med en illustration av arean under

Tabell 4. Antal deltagare över och under den ursprungliga cut-off gränsen (sju ja-svar) på MSI-BPD i förhållande till fastställd BPS-diagnos vid intervju samt positivt prediktivt värde (PPV), negativt prediktivt värde (NPV), specificitet och sensitivitet för MSI-BPD vid denna cut-off gräns.

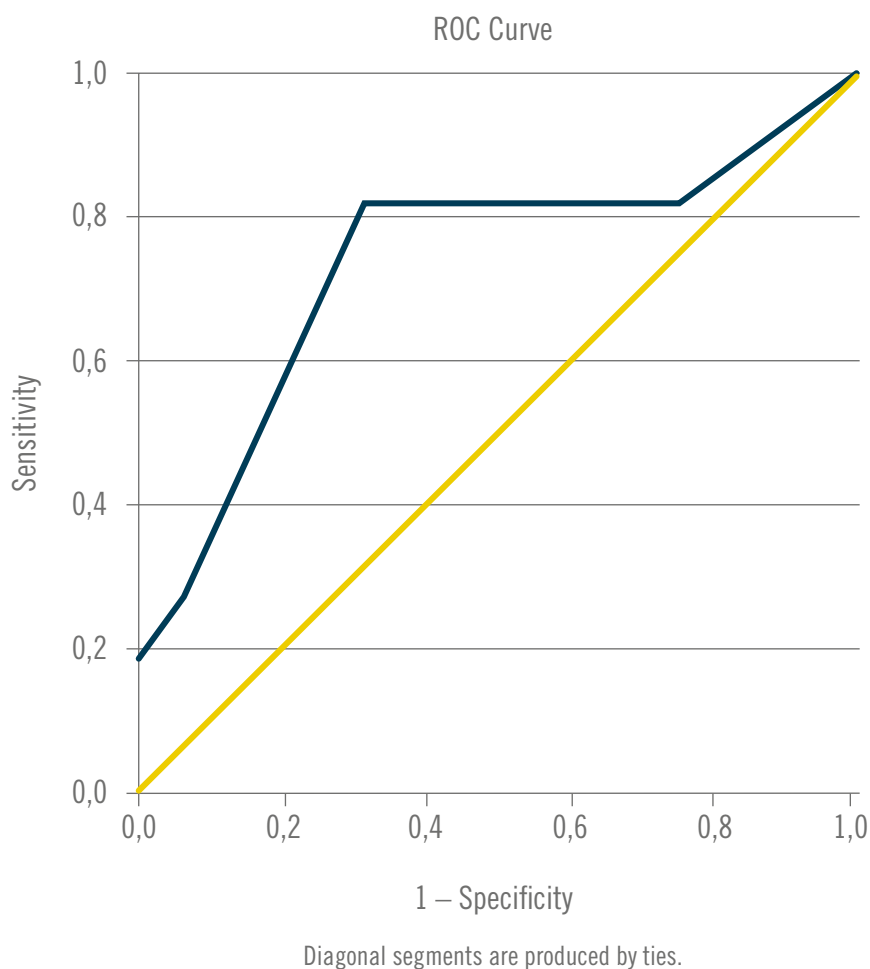
		BPS		PPV= 0.643	NPV= 0.846	Spec.= 0.688	Sens.= 0.818
		Nej	Ja				
MSI-BPD	5 - 6	11	2				
	≤7	5	9				
Totalt		16	11				

Notera: PPV= Positivt prediktivt värde; NPV= Negativt prediktivt värde; Spec.= Specificitet; Sens.= Sensitivitet; MSI-BPD = McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder.

ROC-kurvan (Receiver Operating Characteristic Curve), se Figur 2. Areal under ROC-kurvan var 73.6% (95% CI = 52.6-94.5) för MSI-BPD. Högst sensitivitet för MSI-BPD uppnås vid 6.5 ja-svar (0.818) och då är specificiteten 0.687. Detta talar för att den ursprungliga cut-off gränsen vid 7

bejakade borderline-symtom förefaller fånga in en stor andel av de som senare får diagnosen, samtidigt som den är något mindre exkluderande, d.v.s. några av de som screenas positivt får sedan inte diagnosen.

Figur 2. Illustration av Receiver Operating Characteristic Curve (ROC) som indikerar sensitivitet och specificitet för borderline vid olika nivåer av MSI-BPD.



Delstudie 2

Frågeställning 1: I vilken utsträckning har själv- och anhörigrapporterade problembeteenden (aggressivitet, regelbrott, borderlinesymptom, alkohol-, droganvändning, ångest, depression, självskadebeteenden, kriminella beteenden) från förmätningen minskat vid behandlingens avslut, och i vilken utsträckning vidmakthålls eventuella förändringar över tid?

Denna frågeställning besvarades med
a) själv- och anhörigskattningar vid för-, mellan-, efter-mätningar och 6-månadersuppföljning, samt
b) intervju vid samma tillfällen.

a) För att följa upp effekten av behandlingen mätt med själv- och anhörigskattningar gjordes upprepad mätning ANOVA med pre-, 6-månaders mellanmätning, och postmätning. Denna gjordes först med alla de som tackat ja till att delta i studien och behandlingen (ITT-analys), därefter med de som genomförde minst 6 månader av behandlingen (per protocol-analys).

Tabell 5. Upprepad mätning ANOVA på för, mellan och eftermätningar av själv- och anhörigskattningar (ITT-analys; deltagare $N = 26-28$ respektive anhöriga $N = 22$).

	Förmätning	Mellanmätning	Eftermätning	ANOVA upprepad mätning			Cohen's d Före vs Efter
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	Sign	$\eta^2 p$	
Självrapport							
ASR Aggressivitet	18.17 (5.46) ^a	14.60 (6.74) ^b	13.90 (7.97) ^b	10.59	.001*	.298	.67
ASR Regelbrott	13.98 (6.38) ^a	11.79 (6.55) ^b	11.56 (7.39)	5.32	.013*	.175	.47
KABOSS	33.18 (9.63) ^a	27.61 (13.88) ^b	23.68 (15.23) ^b	9.93	.001*	.269	.78
AUDIT	11.22 (8.62)	9.92 (7.12)	9.40 (8.31)	1.57	.222	.055	.27
DUDIT	9.68 (9.03)	8.37 (7.40)	8.04 (7.82)	1.21	.292	.045	.23
BAI	22.77 (12.57)	22.10 (12.07)	21.81 (14.62)	.10	.905	.004	.08
BDI	31.24 (10.62)	26.64 (15.16)	24.96 (17.46)	3.26	.054	.108	.43
Anhörigskattning							
ABCL Aggressivitet	16.89 (5.76) ^a	12.32 (5.27) ^b	11.69 (4.80) ^b	11.21	.001*	.359	.83
ABCL Regelbrott	11.60 (6.51) ^a	9.01 (5.42)	8.05 (5.51) ^b	6.28	.014*	.248	.62

Notera; ABCL= Adult Behavior Checklist; ASR= Adult Self-Report; AUDIT=Alcohol Use Disorders Identification Test; BAI= Beck Anxiety Inventory; BDI=Beck Depression Inventory; DUDIT=Drug Use Disorders Identification Test; KABOSS=Karolinska Affektiva- och borderline symtomskalor.

Tabell 6. Upprepad mätning ANOVA på för, mellan och eftermätningar av själv- och anhörigskattningar (per protocol-analys; deltagare $N=18$ för ASR Aggressivitet, $N=19$ för resterande självrapporter, $N=17$ för ABCL Aggressivitet och $N=16$ för Regelbrott).

	Förmätning	Mellanmätning	Eftermätning	ANOVA upprepad mätning			Cohen's d Före vs Efter
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	Sign	η^2p	
Självrapport							
ASR Aggressivitet	17.11 (5.78) ^a	12.28 (6.64) ^b	11.16 (7.94) ^b	11.56	.001*	.41	.84
ASR Regelbrott	13.50 (6.57) ^a	10.50 (6.52) ^b	10.11 (7.62)	5.27	.010*	.24	.57
KABOSS	32.05 (9.28) ^a	23.42 (13.31) ^b	17.63 (13.17) ^b	13.34	.001*	.43	1.13
AUDIT	11.85 (9.28)	9.99 (7.13)	9.23 (8.85)	1.52	.24	.08	.32
DUDIT	9.54 (9.18)	8.54 (7.21)	7.58 (7.57)	.796	.41	.04	.23
BAI	20.67 (12.03)	19.20 (11.00)	18.77 (14.85)	.19	.831	.01	.13
BDI	29.67 (9.59)	21.79 (13.68)	19.32 (16.49)	4.89	.013*	.21	.63
Anhörigskattning							
ABCL Aggressivitet	17.45 (6.25) ^a	11.80 (5.72) ^b	11.04 (5.08) ^b	12.76	.001*	.44	1.00
ABCL Regelbrott	11.88 (6.83) ^a	8.64 (5.46)	7.44 (5.46) ^b	6.75	.013*	.31	.73

Notera; ABCL= Adult Behavior Checklist; ASR= Adult Self-Report; AUDIT=Alcohol Use Disorders Identification Test; BAI= Beck Anxiety Inventory; BDI=Beck Depression Inventory; DUDIT=Drug Use Disorders Identification Test; KABOSS=Karolinska Affektiva- och borderline symtomskalor

Som framgår av Tabell 5 (fölgande sida) när alla deltagare var inkluderade i analysen (ITT-analys) minskade såväl själv- som anhörigskattning av aggressivitet och regelbrott signifikant över tid, med både mellanmätning och postmätning signifikant skilda från förmätningen (förutom postmätningen av egenskattade regelbrott och mellanmätningen av anhörigskattade regelbrott). För dessa variabler var effektstorlekarna måttliga till stora (.83 för anhörigskattad aggressivitet). I övrigt minskade även borderlinesymptom (KABOSS) med en måttlig effektstorlek över behandlingstiden. Samma mönster identifierades i per-protocol-analysen som ses i Tabell 6, med skillnaden att Aggressivitet (självskattad och anhörigskattad) samt KABOSS minskade med en stor effektstorlek över behandlingstiden. Även regelbrott minskade signifikant, med måttlig effektstorlek. Depressionsskattning minskade signifikant vid ANOVA upprepad mätning (per protocol) men inte vid eftermätningens post-hoc-testning, och var inte signifikant vid den kompletterande icke-parametriska analysen.

För de instrument där statistiskt signifikanta minskningar av symptom påvisades och normdata finns tillgängligt beräknades så kallad Reliable change index (RCI) och klinisk signifikans i enlig-

het med metoden föreslagen för detta av Jacobson och Truax (1991). I Tabell 7 på nästa sida redovisas resultaten av detta för alla deltagare som deltagit i minst 6 månaders behandling (per protocol). För en av dessa deltagare fick vi inte in anhörigskattningar vid eftermätningen. I de nedanstående analyserna har vi använt imputerad data till eftermätningen för denna (konservativ metod; last observation carried forward).

Som ses i denna tabell var det 8 deltagare som både gjort en signifikant förändring av självrapporterat aggressivt beteende från förmätningen till postmätningen och förflyttat sig från klinisk- till normalfördelning (utifrån amerikanska normer) samt ytterligare 2 deltagare som gjort en signifikant förändring. För regelbrott var det 5 deltagare som både gjort en signifikant förändring och förflyttat sig från klinisk- till normalfördelning samt ytterligare 3 deltagare som gjort en signifikant förändring. En deltagare bedömdes försämrade, 7 deltagare bedömdes vara oförändrade gällande aggressivitet och 9 deltagare gällande regelbrott. Andelen deltagare vars självskattade aggressivitet låg inom en standardavvikelse från medelvärdet i normalpopulation (amerikanska normer) steg från 11.1% vid förmätningen till

RESULTAT

Tabell 7. Antal och procentuell andel kliniskt signifikanta förändringar för deltagare som deltagit i behandlingen (per protocol; $N=18$ för självrapport och $N=17$ för ABCL Aggressivitet och 16 för Regelbrott).

	“Recovered”	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Självrapport				
ASR Aggressivitet	8 (44.4)	2 (11.1)	7 (38.9)	1 (5.6)
ASR Regelbrott	5 (27.8)	3 (16.7)	9 (50.0)	1 (5.6)
Anhörigskattning				
ABCL Aggressivitet	5 (29.4)	7 (41.2)	4 (23.5)	1 (5.9)
ABCL Regelbrott	2 (12.5)	5 (31.3)	9 (56.3)	0 (0.0)

Notera; ABCL= Adult Behavior Checklist; ASR= Adult Self-Report.

42.1% vid postmätningen. För självskattade regelbrott steg motsvarande andel från 5.6% vid förmätningen till 31.6% vid eftermätningen.

b) Den intervjubaserade datan, Timeline Follow-Back, sträckte sig 6 månader tillbaka i tiden och undersökte antal dygn med suicidförsök, självskadebeteenden, egendomsbrott, drogbrott och våldsbrott.

Enligt analysen av datan från Timeline Follow-back-intervjun minskade såväl självskadebeteenden som egendomsbrott signifikant över tid, dock inte suicidförsök eller drogbrott (se Tabell 8 och 9). Våldsbrott minskade signifikant enbart i ITT-analysen. Vid ITT analysen sjönk andelen personer som rapporterade självskadebeteende med 60% och andelen som rapporterade egendomsbrott med 67.5% från för- till eftermätningen. Motsvarande siffror för per protocol-analysen var 66.6% respektive 64.3%.

Tabell 8. Friedman test på för-, mellan-, och eftermätning av dygn med suicidförsök, självskadebeteenden, egendomsbrott, drogbrott, våldsbrott, samt % andel som rapporterade rapporterat dessa beteenden (ITT; $N=25$).

	Förmätning	Mellanmätning	Eftermätning	Friedman test X^2	p -värde
	Mean rank (0>%)	Mean rank (0>%)	Mean rank (0>%)		
Suicidförsök	1.98 (11.5)	2.02 (12.0)	2.00 (15.4)	.154	.926
Självskadebeteenden	2.32 (50.0)	2.08 (48.0)	1.60 (20.0)	14.30	.001*
Egendomsbrott	2.42 (61.5)	1.80 (28.0)	1.78 (20.0)	12.73	.002*
Drogbrott	2.14 (61.5)	2.00 (48.0)	1.86 (44.0)	2.18	.337
Våldsbrott	2.20 (53.6)	2.10 (54.0)	1.70 (32.0)	6.25	.044*

Tabell 9. Friedman test på för-, mellan-, och eftermätning av dygn med suicidförsök, självskadebeteenden, egendomsbrott, drogbrott, våldsbrott samt % andel som rapporterat dessa beteenden (per protocol; $N=19$).

	Förmätning	Mellanmätning	Eftermätning	Friedman test X^2	p -värde
	Mean rank (0>%)	Mean rank (0>%)	Mean rank (0>%)		
Suicidförsök	2.00 (10.5)	2.05 (10.5)	1.95 (10.5)	.80	.670
Självskadebeteenden	2.42 (63.2)	2.11 (57.9)	1.47 (21.1)	14.30	.001*
Egendomsbrott	2.53 (73.7)	1.71 (31.6)	1.76 (26.3)	12.29	.002*
Drogbrott	2.16 (68.4)	1.97 (52.6)	1.87 (47.4)	1.48	.478
Våldsbrott	2.24 (63.2)	2.11(68.4)	1.66 (42.1)	5.02	.081

c) För att undersöka i vilken utsträckning ovanstående resultat vidmakthölls efter 6 månader gjordes parade t-test för de 9 deltagare som hunnit följas upp vid 6-månadersuppföljning efter behandlingens avslut. Resultatet visade inte på några signifikanta skillnader över tid för något av måtten (ASR Aggressivitet $M_{6\text{-mån}} = 10.06$, $SD_{6\text{-mån}} = 7.62$; $t(8) = .32$, $p = .755$; ASR Regelbrott $M_{6\text{-mån}} = 9.44$, $SD_{6\text{-mån}} = 5.55$; $t(8) = -.834$, $p = .428$; KA-BOSS $M_{6\text{-mån}} = 15.22$, $SD_{6\text{-mån}} = 13.37$; $t(8) = -.572$, $p = .583$; AUDIT $M_{6\text{-mån}} = 11.72$, $SD_{6\text{-mån}} = 11.28$; $t(8) = -.691$, $p = .509$; DUDIT $M_{6\text{-mån}} = 6.89$, $SD_{6\text{-mån}} = 8.59$; $t(8) = -.351$, $p = .735$; BAI $M_{6\text{-mån}} = 14.22$, $SD_{6\text{-mån}} = 16.81$; $t(8) = -.335$, $p = .746$; BDI $M_{6\text{-mån}} = 15.89$, $SD_{6\text{-mån}} = 13.65$; $t(8) = -.91$, $p = .390$; ABCL Aggressivitet $M_{6\text{-mån}} = 13.18$, $SD_{6\text{-mån}} = 6.18$; $t(7) = -1.97$, $p = .089$; ABCL Regelbrott $M_{6\text{-mån}} = 8.00$, $SD_{6\text{-mån}} = 6.61$; $t(7) = -1.142$, $p = .291$). Efter som det var en lite mindre grupp deltagare som hann delta i uppföljningsmätningen efter 6 månader och viss skevhet i data noterades, användes även det icke-parametriska testet Wilcoxon signed rank test (related-samples), med samma resultat. Detta tyder på att postmätningens resultat inte skilde sig signifikant från 6-månadersuppföljningens, och att eftermätningens resultat stött sig över tid (deltagarna hade vare sig förbättrats ytterligare eller försämrats signifikant).

För Timeline Follow-back visade analyser med Wilcoxon signed rank test (related-samples) på att det för alla variabler (dygn med självskadebeteenden, dygn med drogbrott, dygn med egendomsbrott, dygn med våldsbrott) inte var någon signifikant skillnad vid 6-månadersmätningen jämfört med vid eftermätningen direkt efter behandlingen.

Frågeställning 2: I vilken utsträckning påverkas dagliga registreringar av självskadande beteende, våld, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden, övriga impulsiva beteenden samt alkohol- och drogkonsumtion under DBT-behandlingen?

I figurer (3-9) på nästa sida ses en sammanställning av de dagliga registreringar som deltagarna

gjort av självskadande beteende, fysisk aggressivitet/våld, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden, övriga impulsiva beteenden samt alkohol- och drogkonsumtion. Dessa dagliga registreringar har summerats veckovis. De fyra första veckorna innefattar baslinjeregistreringar, och den sista veckan är behandlingens avslutande vecka.

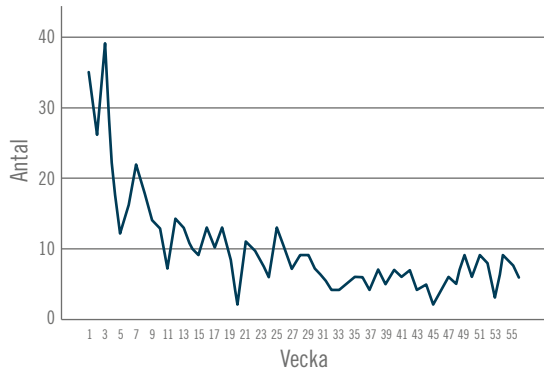
I interrupted time series analyses jämförs baslinjens förändring med olika 3-månadersperioder under behandlingsfasen (fram till 3 månader, till 6 månader, 9 månader respektive 12 månader). Som framkommer av graferna ovan var förändringen under baslinjens månad inte stabil, utan även då skedde en förändring. Flera av problembeteendena minskade successivt över tid från baslinjen. Eftersom baslinjeperioden inte var stabil var det svårt att jämföra denna mot förändringarna i de olika 3-månadersperioderna. Då variablerna var något snedfördelade undersöktes även förändringen över tid med det icke-parametriska testet Friedman rank test. För att göra detta användes medelvärdet för 4 veckor så att det blev en månadsvis jämförelse. Denna analys visade en sammantagen signifikant förändring över tid för verbal aggressivitet ($X^2(13, N = 18) = 48.78$, $p = .001$), självskadebeteenden ($X^2(13, N = 18) = 32.014$, $p = .002$), andra impulsiva beteenden ($X^2(13, N = 18) = 52.482$, $p = .001$), övriga kriminella beteenden ($X^2(13, N = 18) = 24.895$, $p = .024$), dock inte för alkohol, droger, eller våldsamt beteende.

Frågeställning 3: I vilken utsträckning fullföljer patienterna behandlingen?

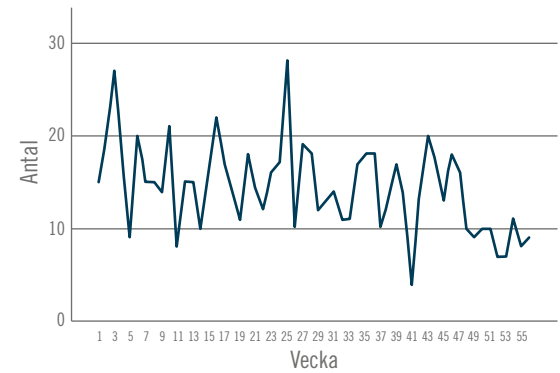
Av de 30 personer som tackade ja till behandlingen fullföljde 19 deltagare i princip hela behandlingsupplägget; 18 deltagare deltog i hela behandlingen (12 månader) och 1 ytterligare deltagare deltog i drygt 10 månader. Den procentuella andelen som avslutade behandlingen i förtid var således 36.7%. Av dessa 11 deltagare avslutade en av dem behandlingen efter drygt fem månader medan de andra avslutade inom 2 månader från behandlingsstart. Se figur 1 för flow-chart över inklusion- och exklusion och förloppet i behandlingen.

RESULTAT

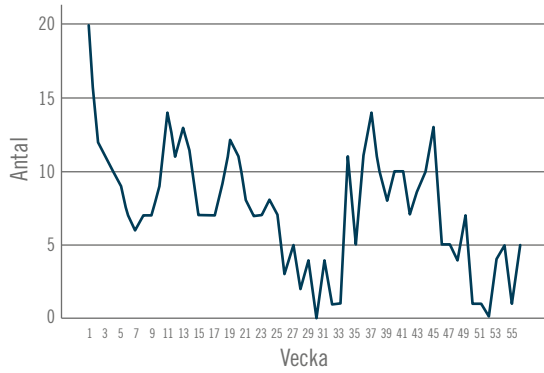
Figur 3. Verbal aggressivitet



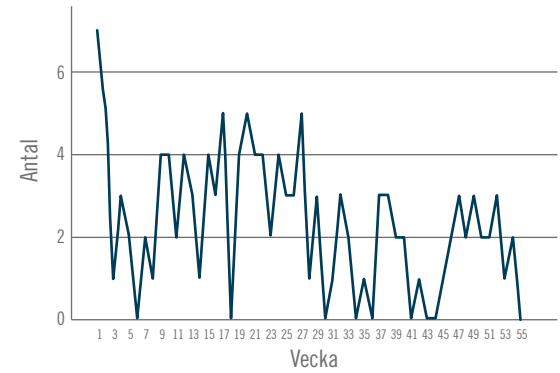
Figur 4. Alkohol



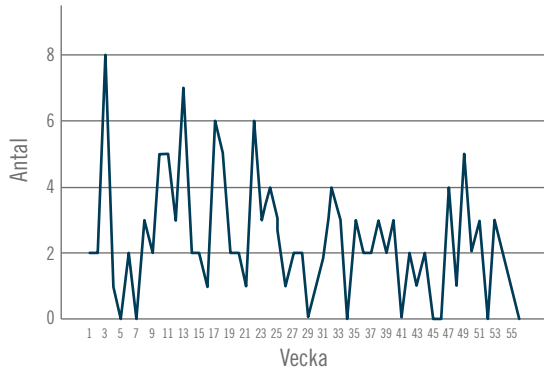
Figur 5. Droger



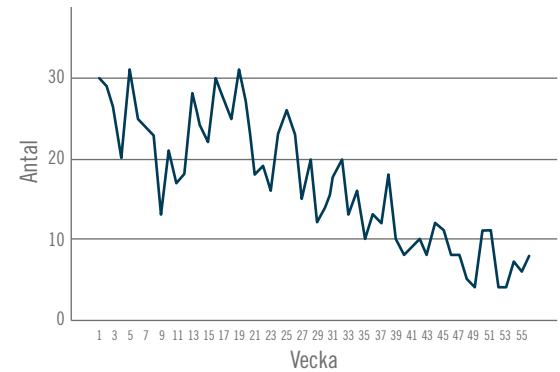
Figur 6. Självskadebeteenden



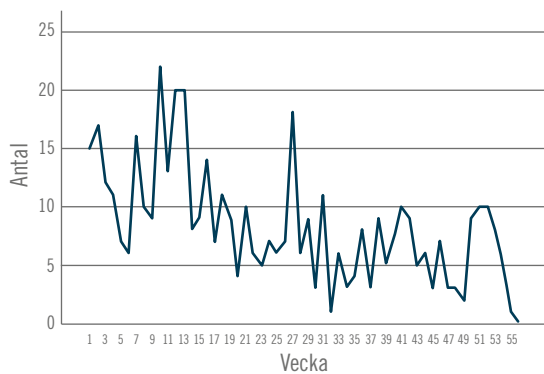
Figur 7. Våldsbeteenden



Figur 8. Andra impulsiva beteenden



Figur 9. Övriga kriminella beteenden



— = DBT-grupp

Frågeställning 4: Vilka DBT-metoder och vad i övrigt i behandlingen upplever deltagarna som mest hjälpsamma efter behandlingen?

Denna frågeställning besvarades med hjälp av ett utvärderingsformulär om DBT, där deltagarna skattade frågorna från 1 (inte alls) till 5 (helt och hållet), se Tabell 10. Som framkommer så ligger deltagarnas skattningar strax över medel vg i

vilken utsträckning de blivit hjälpta med sina problemområden ($M=2.89$, $SD=1.0$). De förefaller väldigt nöjda med själva behandlingens genomförande och kan tänka sig att rekommendera denna till andra (se Uppfattning om behandlingen). På frågor om hur de uppfattar modulerna ligger skattningen i snitt strax över 3. Sammantaget tyder deltagarnas medelskattningar på att de tycker behandlingen varit bra, med god kvalitet och hjälpsam, och att de olika modulerna hjälpt men inte alltid helt och hållet.

Tabell 10. DBT-Utvärdering efter behandling, medelvärde, standardavvikelse och andel som skattat lägsta respektive högsta svarsalternativ ($N= 18$).

Behandlingen har hjälpt med...	Medelvärde (SD)
Förvirring om mig själv	2.8 (1.25)
Impulsivitet	2.8 (1.17)
Självskadande handlingar	2.9 (1.47)
Nedstämdhet	2.9 (.73)
Relationsproblem	2.9 (1.37)
Svängande känslor	3.1 (1.16)
Uppfattning av behandlingen	
Kvalitet	4.5 (.62)
Tar DBT upp problem du kom till behandling för?	4.6 (.62)
Hur nöjd är du med behandlingen?	4.7 (.49)
Skulle du rekommendera behandlingen till en kompis?	4.8 (.38)
Skulle du be om DBT på nytt?	4.6 (.85)
Specifikt om modulernas färdigheter	
Medveten närvaro	3.6 (.98)
Relationsfärdigheter	3.3 (.89)
Färdigheter för att reglera känslor	3.3 (1.01)
Färdigheter för att stå ut i kris	3.1 (1.00)

DISKUSSION

Delstudie 1

Resultaten visar att borderline personlighetsyndrom kan vara vanligt förekommande hos frivårdens klienter och att det finns en möjlighet att klienter med dessa besvär har mer psykiatrisk sjuklighet än andra klienter. Studien uppskattar förekomsten av BPS hos manliga klienter i Frivården till 19.8%, vilket är jämförbart med andra studier där standardiserade intervjuer använts för att fastställa diagnos (Black et al., 2007; Pondé, Freire & Mendonca, 2011; Singleton, Meltzer, Gatward et al., 1997). Förekomsten av andra samtidiga psykiatriska sjukdomar liknar den som observerats i kliniska studier, d.v.s. hög samsjuklighet framför allt med depression, beroendesjukdomar och ASPS (Tadic et al., 2009). Resultaten antyder också att MSI-BPD kan vara ett användbart instrument för att identifiera personer med BPS inom denna grupp.

Mot bakgrund av förhöjd suicidrisk samt ökad risk för våld och kriminalitet förknippad med BPS hos män förefaller det angeläget att frivården kan förbättra möjligheterna att identifiera klienter med dessa besvär. Det ingår i frivårdens uppdrag att erbjuda behandlingsalternativ mot kriminalitet och faktorer som bedöms öka risken för återfall i brott, såsom missbruk. Det finns idag effektiva behandlingsalternativ för BPS som bl.a. har visats kunna åstadkomma minskningar av impulsiva destruktiva beteenden hos personer med dessa besvär. Behandlingarna är dock i regel minst ett år långa och ofta mycket omfattande, med behandlingssessioner både individuellt och i grupp. De är också inriktade på borderlinesymptom, snarare än mer avgränsade beteendeproblem såsom missbruk eller partnervåld (Stoffers et al., 2012). Frågan är om det är möjligt för frivården att erbjuda dessa effektiva behandlingsalternativ för denna grupp? De flesta befintliga behandlingsprogram som erbjuds av frivården är betydligt kortare i tid och är sällan inriktade på psykiatriska symtom. Kanske bör fokus i stället vara på att ytterligare förbättra möjligheter till samverkan med andra aktörer, såsom beroendevården och psykiatrin? En förutsättning för att åstadkomma detta i praktiken är att klienter med dessa besvär kan identifieras på ett tillförlitligt sätt. Kanske skulle MSI-BPD kunna vara ett sätt att åstadkomma detta. Instrumentet

är kort och tar inte mer än någon minut att fylla i och det är enkelt för frivårdens personal att tolka. I den mån andra screeninginstrument för psykiatriska sjukdomar används kan MSI-BPD läggas till dessa, utan att den totala belastningen som det innebär för klienter att besvara frågeformulär ökar nämnvärt.

Studiens resultat indikerar att det bland de klienter som bejakar symtom på ADHD med screeningformuläret ASRS-S finns en grupp som också har symtom på BPS. Resultaten på ASRS-S vekar i sig inte predicera förekomst av borderline personlighetsyndrom, vilket talar för att det skulle vara hjälpsamt att också administrera MSI-BPD för dessa personer. Det verkar bättre att använda skalans ursprungliga cut-off gräns på sju ja-svar, än den för studien anpassade gränsen med fem ja-svar, men även med denna gräns behöver kompletterande utredningsåtgärder genomföras för att BPS-diagnos skall kunna fastställas.

De slutsatser som kan dras från studiens resultat begränsas av vissa metodologiska brister. Den mest uppenbara är att endast 25% av de som kunde tillfrågas valde att delta i studien. Frågan är om det går att dra slutsatser om hela populationen, utifrån detta urval. Det är dock rimligt att andelen som tackar nej till att delta i dylika undersökningar kan antas vara högre i denna population jämfört med i befolkningen i stort. Många av personerna som tillfrågades om att delta i studien kan antas ha kontakt med frivården mot sin vilja och därför naturligtvis vara tveksamma till att delta i mer åtgärder än de obligatoriska. Det fanns ingen skillnad vad gäller ålder mellan de som deltog i studien och de som tackade nej eller inte tillfrågades. Handläggare instruerades vid upprepade tillfällen att tillfråga samtliga aktuella klienter och att inte på något sätt själva välja ut vilka klienter som tillfrågades. Möjligen skulle det ändå kunna vara så att klienter som upplever sig ha psykiatriska besvär är mer benägna att tacka ja till att delta i en liknande studie. Om så är fallet kan vår uppskattning av förekomsten av BPS vara högre än den faktiska förekomsten. Mot bakgrund av detta bör försiktighet iakttagas vid generalisering av studiens resultat.

Fortsatta studier skulle kunna undersöka om frivårdsklienter med BPS begår andra typer av brott jämfört med andra klienter, undersöka sambandet mellan risk för återfall i brott och BPS hos frivårdens klienter samt undersöka hur män med BPS svarar på de behandlingsinsatser som erbjuds vid frivården. Den första delstudien har publicerats i *Comprehensive psychiatry* (Wetterborg et al, 2015).

Delstudie 2

Deltagarna rapporterade minskade problembeteenden och psykiatriska symptom på flera av de utfallsmått som användes i studien. Ett flertal av dessa förändringar var statistiskt signifikanta med måttliga till stora effektstorlekar. Såväl deltagarna som deras anhöriga rapporterade minskad aggressivitet och minskade regelbrytande och normbrytande beteenden (ASR/ABCL). 44% av deltagarna som fullföljde behandlingen uppnådde (med amerikanska normer) både en reliabel förbättring av egenskattad aggressivitet enligt beräkningarna av "Reliable Clinical Change" och förflyttade sig från klinisk nivå till normalpopulation, enligt de kriterier som fastställts av Jacobson och Truax (1991) ("recovered"). Ytterligare 11% var enligt självskattningarna "förbättrade". Enligt anhörigskattningarna var motsvarande siffror att 29% av de fullföljande deltagarna både uppnådde en reliabel förbättring av aggressivitet och förflyttade sig från klinisk nivå till normalpopulation ("recovered") samtidigt som ytterligare 41% var "förbättrade". Färre förbättrades gällande regelbrytande och normbrytande beteenden, där knappt 28% uppnådde både en reliabel och kliniskt signifikant förbättring enligt självrapporterad data ("recovered") och 16% var förbättrade, samtidigt som 12.5% av deltagarna enligt anhörigskattningarna uppnådde en reliabel förbättring från klinisk nivå till normalpopulation (31% var förbättrade). Enligt dessa beräkningar fanns det också deltagare som var "oförändrade", dvs. inte uppnådde en kliniskt reliabel förbättring (mellan 23-56% beroende på mått och själv/anhörigskattning). Noterbart är att samtliga medelvärden för aggressivitet samt regelbrytande och normbrytande beteenden vid förmätningen (ASR/ABCL) låg över 93:e percentilen i förhållande till skalornas amerikanska normer (Achenbach & Resorla, 2003). Detta ger en tydlig indikation på graden av svårigheter med aggressivitet samt

regelbrytande och normbrytande beteenden som deltagarna uppvisade vid behandlingsstart.

Deltagarna rapporterade betydligt minskade symptom på delskalan "borderline" ur KABOSS. För de som fullföljde behandlingen (deltog 10-12 månader) var effektstorleken stor. De som fullföljde hela behandlingen rapporterade minskade nivåer av depression (BDI). Självrapport av ångestsymptom (BAI) föreföll dock inte minska under behandlingens gång.

Vid behandlingsstart uppgav hälften av deltagarna att de hade utfört minst en självskadande handling senaste halvåret. Vid behandlingsavslut hade andelen sjunkit till 20%. För gruppen som fullföljde hela behandlingen var motsvarande siffror 63.2% vid behandlingsstart och 21.1% vid behandlingsavslut. Självskadande beteenden är vanliga vid BPS, utgör ofta dysfunktionella försök att reglera emotioner och kan vara förödande för individen och dennes omgivning. DBT har i flertalet studier visats kunna minska självskadebeteenden men detta är första studien som vi känner till där detta undersökts för män med emotionsregleringsproblem och antisociala beteenden. Inga meningsfulla förändringar gällande andelen personer som utförde suicidförsök observerades i studien. Detta kan bero på den, jämfört med de andra problembeteenden som undersöktes, relativt låga andel personer som hade utfört ett självmordsförsök innan behandlingsstart. Det är ändå värt att notera att mer än tio procent av deltagarna uppgav att de hade utfört ett suicidförsök senaste halvåret vid respektive mättillfälle, en indikation på allvarsgraden av den psykiska ohälsa som de lider av.

När det gäller brottsliga beteenden undersöktes egendomsbrott, drogbrott och våldsbrott vid de strukturerade intervjuerna. Det var en minskande andel deltagare som rapporterade dessa beteenden från för- till eftermätningen men endast för egendomsbrott var denna minskning statistiskt signifikant. Visserligen uppnådde den rapporterade minskningen av våldsbrott statistisk signifikans i ITT-analysen, men då detta inte var fallet i analysen av de deltagare som fullgjorde hela behandlingen bör detta tolkas med försiktighet. Andelen deltagare som rapporterade egendomsbrott sjönk från 61.5% vid förmätningen till 20% vid eftermätningen. För de som fullföljde hela behandlingen var motsvarande andelar 73.7% vid förmätningen och 26.3% vid eftermätningen. Hur kommer det sig att just egendomsbrott minskar

mer än andra typer av brottslighet i studien? För att personer med de förutsättningar som deltagarna i studien har skall genomföra en så pass lång och krävande behandling på helt frivillig basis, krävs sannolikt betydande motivation att förändra sitt liv och lämna kriminalitet. Kanske är just egendomsbrott mer planerade och mindre impulsstyrda och därmed lättare att viljemässigt avstå, än exempelvis våldsbrott, för personer med betydande svårigheter att reglera emotioner?

Även vid analysen av de dagliga registreringar som deltagarna lämnat under behandlingstiden observerades sjunkande frekvens för många av de registrerade problembeteendena. För självskadebeteende, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden och andra impulsiva beteenden var dessa förändringar statistiskt signifikanta när de jämfördes månadsvis. I beteendekategorin ”verbal aggressivitet” ingick olika typer av aggressivt beteende, t.ex. olaga hot, att skrika på och att förolämpa andra. I beteendekategorin ”övriga kriminella beteenden” ingick alla kriminella beteenden utom våld, som registrerades separat. Vanliga beteenden som registrerades i denna kategori var olika trafikbrott och egendomsbrott. I beteendekategorin ”andra impulsiva beteenden” ingick beteenden som var skadliga för individen i något avseende och inte registrerades i någon av de andra kategorierna. Exempel på beteenden som registrerades i denna kategori var impulsiv shopping, att slå sönder sina saker och sexuella riskbeteenden.

Vid analyserna av de dagliga registreringarna framkom att för de beteenden vars förändringar över tid var statistiskt signifikanta (självskadebeteende, verbal aggressivitet, övriga kriminella beteenden och andra impulsiva beteenden) skedde betydande minskningar av frekvensen redan under baslinjefasen, innan den aktiva behandlingen påbörjades. Därefter kunde förändringstakten ofta minska något och i vissa fall verkade en ökning av de rapporterade problembeteendena ske under den första delen av behandlingen. Att problembeteenden minskade redan under baslinjefasen kan vara ett resultat av att deltagarna var mycket motiverade att arbeta med sina problem och inledde detta arbete redan innan behandlingsstart. Det finns också studier som visat att beteenderegistrering i sig minskar problembeteenden (Harkin et al., 2016). Av detta skäl är dagliga beteenderegistreringar en aktiv behandlingskomponent i flera behandlingar (bl.a. i DBT).

Möjligen var alltså inte baslinjefasen så fri från interventioner som vi antog på förhand. Att förändringstakten verkade avta i inledningen av behandlingen för flera av de registrerade beteendena kan tyckas kontrainuitivt men är inte särskilt förvånande. I behandlingen arbetar terapeuten aktivt för att hjälpa patienten att identifiera olika problembeteenden i sin vardag och det är inte ovanligt att detta arbete resulterar i en ökning av registrerade problembeteenden under behandlingens första fas. Det tar också tid att etablera det förtroende som krävs för att patienten skall våga rapportera problembeteenden sanningsenligt. Vissa problembeteenden beskrivs inte i början av behandlingstiden eftersom deltagare då inte lärt känna terapeuten. Mot bakgrund av att data från veckokorten inte var normalfördelade bör viss försiktighet iakttas vid tolkningen av ovan beskrivna förändringsmönster över tid.

Även om många av utfallsmåtten förändrades över tid, var förändringarna av alkohol- och drogbelastning inte statistiskt signifikanta (AUDIT/DUDIT). Inte heller registrerade dygn med alkohol eller drogbruk på veckokorten minskade signifikant. Mot bakgrund av de övriga beteendeförändringarna är det förvånansvärt att för en grupp där knappt 40% bedömdes ha antingen alkoholmissbruk eller beroende och drygt 46% antingen drogmissbruk eller beroende så förefaller andra beteendeproblem minska utan att deltagarna har mindre missbruksbeteenden. Fortsatta analyser av materialet, bl.a. undersökningar av modererande faktorer, kan möjligen bidra till svaret på detta. Även när det gäller våldshandlingar är resultaten svårtydda. En trend till minskning av retrospektivt rapporterade våldshandlingar påvisades vid TLFB-intervjuerna för deltagare som fullföljde behandlingen. Ingen minskning av dagligen registrerade våldshandlingar framkom dock vid analyserna av data från veckokorten. Sammantaget ger det en oklar bild av om, och hur, våldsamma beteenden förändrades under behandlingstiden. Varken i registreringarna eller vid TLFB-intervjuerna ingår dock allvarlighetsgrad av beteendena, vilket hade varit intressant att mäta för att ytterligare förstå resultaten.

Behandlingsavhoppet var totalt 36.7%. Tre deltagare avslutade redan under baslinjefasen, vilket gör att andelen behandlingsavbrott var 29.7% om vi inkluderar de deltagare som påbörjade behandlingen. I en metaanalys av Barnicot med kollegor (2011) som undersökte behandlingsavhopp i

studier av interventioner för personer med BPS, där 46 studier ingick med totalt drygt 500 deltagare, beräknades det genomsnittliga bortfallet till 29% för behandlingar som varade i 12 månader eller mer. I en annan metaanalys genomförd av Olver, Wormith och Stockdale (2011) undersöktes avhopp från behandlingsprogram för brottsdömda. I analysen ingick 114 studier med totalt över 41 000 deltagare. Den genomsnittliga andelen som avbröt behandlingen var 27.1% när endast de som påbörjade behandlingen ingick i analysen och 35.8% när också de som avbröt innan behandlingen påbörjats räknades med. Detta trots att en stor andel av dessa program genomfördes i institutionella miljöer, såsom fängelser eller rättspsykiatriska avdelningar. Andelen behandlingsavbrott i vår studie är jämförbar med ovan nämnda och bedöms således vara inom det förväntade i liknande populationer. Av deltagarnas skattningar på formuläret ”utvärdering efter behandling”, kan utläsas att de som fullföljde behandlingen i genomsnitt var mycket nöjda med behandlingens kvalitet och utförande samt att de upplevde sig hjälpta av de färdigheter som lärdes ut. De har angett att de i genomsnitt gjort ”en hel del” framsteg under behandlingen. Tyvärr saknas data från de som avslutade behandlingen i förtid, vilket hade varit till stor hjälp för att bedöma behandlingens mottagbarhet för gruppen som helhet.

Studien har vissa begränsningar. Eftersom ingen kontrollgrupp som fått någon annan behandling ingick, går det inte att avgöra i vilken utsträckning de observerade förändringarna är ett resultat av behandlingen. Internationella studier har visat att vissa med BPS kan förbättras avsevärt över tid (Leichesring et al., 2011). Ett annat exempel på detta kommer från en brittisk studie av Davidson med kollegor (2009). I en av mycket få randomiserade behandlingsstudier för personer med ASPS framkom inga signifikanta skillnader mellan deltagare som genomgått behandling med KBT i upp till ett år och de som istället erbjudits sedvanlig behandling. Andelen deltagare som rapporterade någon våldshandling sjönk med 55% från för- till eftermätningen i gruppen som erbjöds sedvanlig behandling (Davidson et al., 2009). Å andra sidan, i två metaanalyser som funnit medelstora sammanvägda effektstorlekar till fördel för DBT jämfört med sedvanlig behandling för parasuicidala beteenden redovisas sjunkande frekvenser av dessa beteenden i DBT-grupperna som är i paritet med vad som observerats i vår studie (Panos et al., 2014; Stoffers et al., 2012).

Exempelvis minskade andelen personer med självskadebeteende i gruppen som behandlats med ett års DBT med 62% från för- till eftermätning i en av de studier vars resultat ingick i dessa metaanalyser (Van den boch et al., 2005; Verheul et al., 2003), att jämföra med 60% i vår studie. Andra källor till systematiska fel som kan ha påverkat resultatet i studien är exempelvis att deltagare kan ha svårt att minnas bakåt i tiden och korrekt återge information. Detta skulle exempelvis kunna påverkat TLFB-intervjuerna. Därför har vi även använt kontinuerliga beteenderegistreringar som utfallsmått, där denna typ av felkälla antas vara minimal. Att deltagare möjligen inte varit sanningsenliga motsägs av att de ändå angett förekomst av problematiska beteenden i TLFB-intervjuerna. TLFB-intervjuerna har vid sexmånadersmätningen och postmätningen utförts av en terapeut som inte haft någon tidigare terapeutisk kontakt med deltagarna för att deltagarna skulle ges möjlighet att rapportera problembeteenden. För att ytterligare möjliggöra sanningsenliga, korrekta svar, har veckokorten insamlats av individualterapeuten i en kontext där denne aktivt arbetat för att skapa en trygg och icke-dömande miljö. Att deltagarna över lag känt tillit till individualterapeuten framgår av deras svar på formuläret ”utvärdering efter behandling”. Utöver detta inhämtades information från anhöriga för att komplettera deltagarnas beskrivningar. Samstämmigheten mellan självrapporterna och anhörigskattningarna styrker datus tillförlitlighet överlag. Fortsatta påminnelser görs om aktuella mätningar som vid tidpunkten för denna rapport inte inkommit, och 6-månadersuppföljningsmätningar kommer genomföras under 2016.

En av studiens främsta styrkor är att många av utfallsmåtten adresserar antisociala beteenden. I en systematisk litteraturoversikt från the Cochrane collaboration om psykologisk behandling vid ASPS konstaterar författarna att det inte finns tillräckligt stöd för någon psykologisk behandlingsmetod för dessa problem. Vidare uttrycker de att alltför få studier adresserar antisociala beteenden, såsom aggression och brottslighet, och att ingen av de undersökta studierna rapporterade någon förändring i något specifikt antisocialt beteende (Gibbon et al., 2010). I en senare metaanalys av Wilson (2014), som undersökte i vilken utsträckning psykologiska behandlingar för personer med ASPS minskar återfall i brott, uppmärksammar författaren att endast

sex studier kunde inkluderas i analysen. Det framkom inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de som genomgick de utvärderade behandlingsprogrammen och de som erbjöds sedvanlig behandling eller någon annan kontrollbetingelse. I ljuset av detta kan en studie som vår, där flera förändringar av antisociala beteenden observerades bidra med viktig kunskap om möjliga vägar mot evidensbaserad vård för detta tillstånd.

Sammantaget ger studien en indikation om att DBT skulle kunna vara en effektiv behandling också för män med BPS och antisociala beteenden. Eftersom studien saknar kontrollgrupp och de tidigare studier som undersökt DBT för liknande populationer också haft betydande metodologiska brister, är vår sammanvägda bedömning att det i dagsläget finns visst begränsat stöd för att DBT har effekt för denna population. Det vore önskvärt med framtida studier som inkluderade en kontrollgrupp som jämförelsegrupp.

BETYDELSE FÖR KRIMINALVÅRDENS VERKSAMHET

BPS kan vara vanligt bland kriminalvårdens klienter. Flera av klienterna med BPS har sannolikt också annan betydande psykiatrisk sjuklighet. Utöver det lidande som detta resulterar i för klienterna och deras anhöriga, bidrar denna sjuklighet möjligen också till risk för minskad mottaglighet för vård och behandling som erbjuds. I andra studier har män med samtidig BPS och ASPS identifierats som en särskild riskgrupp med förhöjd risk för såväl suicid som återfall i brott. Resultaten av den första delstudien antyder att en övervägande andel av de frivårdsklienter som har BPS, också har ASPS. Det kan alltså vara viktigt för kriminalvården att utveckla rutiner för att identifiera klienter med BPS. Screeninginstrumentet MSI-BPD skulle kunna vara ett alternativ för att åstadkomma detta. Instrumentet är lätt att administrera och våra preliminära resultat antyder att det kan fungera väl också för kriminalvårdens klienter.

Kriminalvården bedriver behandlingsinsatser i syfte att förändra beteenden och därmed minska återfall i brott för sina klienter. Mot bakgrund av aktuell behandlingsforskning som tyder på att personer med BPS behöver omfattande psyko-terapeutisk behandling för sina BPS-besvär för att de skall kunna minska destruktiva beteenden

(Stoffers et al., 2012) finns en risk att avgränsade behandlingsåtgärder riktade mot specifika problembeteenden såsom kriminalitet inte är tillräckliga för klienterna med BPS. Dessa klienter behöver troligen även insatser från specialistpsykiatri som komplement till insatser från frivården. Att samverka kring dessa och andra klienter/patienter med komplexa vårdbehov kommer sannolikt att vara avgörande för att etablera fungerande vårdkedjor. Samtidigt kan detta samarbete stundtals vara svårt att få till i praktiken. Vår upplevelse är att behandlingsstudien i sin helhet har varit ett exempel på att detta ändå är både möjligt och eftersträvänsvärt.

REFERENSER

- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S.V., Kessler, R.C., Howes, M.J., Biederman J., et al. (2006) Validity of a pilot adult ADHD self-report scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of clinical psychiatry*, 18, 145-148.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Washington, DC.
- Andersson, E., Forslund, K. & Åsberg, M. (2001). CPRS-S-B- A new rating scale for borderline personality disorder. Opublicerat manuskript. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *LSI-R™ level of service inventory : manual : ett instrument för bedömning av statistiska och dynamiska riskfaktorer hos lagöverträdare : efter den kanadensiska originalversionen*. Stockholm: Rättsmedicinalverket.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011) Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder- a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica scandinavica*, 123, 327-338.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2008). *BDI-II. Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual. Svensk version*. Sverige, Sandviken: Harcourt Assessment.
- Bergman, H., Källmén, H. & Wennberg, P. (2002). *The alcohol use disorders identification test AUDIT-manual*. Magnus Huss klinik. Karolinska Sjukhuset, Stockholm.
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). *DUDIT (Drug Use Identification Test) manual*. Stockholm: Karolinska Insitutet.
- Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G. & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 400-405.
- Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Gordon, C. M. & Weinhardt, L. S. (2001) Assessing sexual risk behaviour with the Timeline Followback (TLFB) approach: continued development and psychometric evaluation with psychiatric outpatients. *International Journal of STD & Aids*, 12, 365-375.
- Coolidge, F. L., Marle, P. D., Van Horn, S. A. & Segal, D. L. (2011). Clinical syndromes, personality disorders, and neurocognitive differences in male and female inmates. *Behavioral sciences and the law*, 29, 741-751.

REFERENSER

Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, V., Seivewright, H., Robertson, H., & Crawford, M. J. (2009). Cognitive behavioral therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 39, 569-577.

Davison, S., Leese, M. & Taylor, P.J. (2001) Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of personality disorders*, 2, 180-194.

Dehlbom, P. (2011). *Utvärdering av ett pilotprojekt med dialektisk beteendeterapi för män med borderlinediagnos och antisocial problematik inom Stockholms Läns Landsting*. (Opublikerad psykoterapeutexamensuppsats). Stockholms Universitet, Psykologiska Institutionen.

Drapalski, A. L., Touman, K., Stuewig, J. & Tangney, J. (2009). Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal behavior and mental health*, 19, 193-206.

Ehrensaft, M. K., Cohen, P. & Johnson, J. G. (2006). Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 474-483.

Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M. & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behavior therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients. A pragmatic and non contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and mental health*, 13, 198-213.

Fals-Stewart, W., Birchler, G. R. & Kelley, M.L. (2003) The Timeline Followback Spousal Violence Interview to Assess Physical Aggression Between Intimate Partners: Reliability and Validity. *Journal of Family Violence*, 18, 131-142.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S., (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder (SCID-II)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, NY.

Freestone, M., Howard, R., Coid, J. W., & Ullrich, S. (2013). Adult antisocial syndrome comorbid with borderline personality disorder is associated with severe conduct disorder, substance dependence and violent antisociality. *Personality and Mental Health*, 7(1), 11-21.

Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M. & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 16;(6), CD007668.

Ginsberg, Y., Hirvikoski, T. & Lindfors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 112.

Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triebwasser, J., et al. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 3, 155-163.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.

- Harkin, B., Webb, T. L., Chang, B. P. I., Prestwich, A., Conner, M., Kellar, I., Benn, Y., & Sheeran, P. (2016). Does monitoring goal process promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin*, 142 (2), 198-229.
- Horn, M., Potvin, S., Allaire, J. F., Cote, G., Gobbi, G., Benkirane, K., Vachon, J., & Dumais, A. (2014). Male Inmate Profiles and Their Biological Correlates. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 59(8), 441-449.
- Howard, R., Huband, N., & Duggan, C. (2012). Adult antisocial syndrome with comorbid borderline pathology: Association with severe childhood conduct disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(2), 127-134.
- Howard, R. C., Huband, N., Duggan, C., & Mannion, A. (2008). Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 589-603.
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 191-202.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (1), 12-19.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Bender, D. S., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. & Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 4, 284-292.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-20.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Gruber, M.J., Sarawate, C.A., Spencer, T., Van Brunt, D.L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr* 16(2):52-65
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lisspers, J., Nygren, A. & Söderman, E. (1997). Hospital anxiety and depression scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta psychiatrica scandinavica*, 96, 281-286.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., & Deborah, D. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorder*, 11, 279-84.
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S. & Waldinger, R. J. (2013). Two to tango: A dyadic analysis of links between borderline personality traits and intimate partner violence. *Journal of personality disorders*, 27, 1-11.

REFERENSER

- Martins de Barros, D. & de Padua Serafim, A. (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International*, 179, 19-22.
- McCann, R. A., Ball, E. M. & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP Forensic Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J., St. John, D., Pfohl, B., et al. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 404-412.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 721-729.
- Melartin, T., Häkkinen, M., Koivisto, M., Souminen, K. & Isometsä, E. (2009). Screening of psychiatric outpatients for borderline personality disorder with the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Nordic journal of psychiatry*, 63, 475-479.
- Olver, M. E., Wormith, J. S., & Stockdale, K. C. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(1), 6-21.
- Newhill, C. E., Eack, S. M. & Mulvey, E. P. (2009). Violent behaviour in borderline personality. *Journal of personality disorders*, 23, 541-554.
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hassan, O., & Panos, A. (2014) Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical behavior therapy (DBT). *Research on social work practice*, 24 (2), 213-223.
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnoses and comorbidity of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1, 42-46.
- Pluck, G., Sirdifield, C., Brooker, C., & Moran P. (2012). Screening for personality disorder in probationers: Validation of the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS). *Personal Mental Health*, 6:61-8.
- Pondé, M. P., Freire, A. C. & Mendonca, M. S. (2011) The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of Forensic Sciences*, 56, 679-682.
- Rathus, J. H & Miller, A.L, (1995). *DBT Skills Rating Scale for Adolescents*. Unpublished manuscript, Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.
- Riesco, Y., Pérez Urdániz, A., Rubio, V., Izquierdo, J. A., Sánchez Iglesias, S., Santos, J. M. & Carrasco, J. L. (1998). Evaluación de trastornos de la personalidad en una población penal con el IPDE y el MMPI. *Actas luso-espanolas de neurologica psiquiatria y ciencias afines*, 3, 151-154.
- Ross, J. M. & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of family violence*, 24, 607-617.

- Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2012). The relationship between illegal behaviors and borderline personality symptoms among internal medicine outpatients. *Comprehensive psychiatry, 53*, 176-180.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 34-57.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasy, D. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report*. UK: Department of health.
- Sobell, L. C., Agrawal, M. S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., et al. (2001) Cross-Cultural Evaluation of Two Drinking Assessment Instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse, 36(3)*, 313-331.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B (1996). *Timeline Followback User's Guide: A Calendar Method for Assessing Alcohol and Drug Use*, Addiction Research Foundation, Toronto, Canada.
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A. & Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 11*, 158-167.
- Stoffers, J. M, Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, Issue 8: CD005652.
- Stoffers, J., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews(6)*.
- Strike, C., Rhodes, A. E., Bergmans, Y., & Links, P. (2006). Fragmented pathways to care - The experiences of suicidal men. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27(1)*, 31-38.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., et al. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*, 257-263.
- van den Bosch, L. M, Hysaj, M. & Jacobs, P. (2012) DBT in an outpatient forensic setting. *International Journal of Law and Psychiatry, 4*, E-publicering före tryck.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder 12-month randomised clinical trial in the Netherlands. *British journal of psychiatry, 182*, 135-140.
- Ward, M. F., Wender, P. H. & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry, 6*, 885- 890.
- Wetterborg, D., Långström, N., Andersson, G., & Enebrink, P. (2015) Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive psychiatry, 62*, 63-70.

REFERENSER

Wilson, H., (2014). Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD. *International journal of forensic mental health*, 13(1), 36-46.

Young, M. H., Justice, J. V. & Erdberg, P. (2006). Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *Journal of forensic sciences*, 51, 156-162.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: a practitioners guide*. New York: Guilford Press.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6, 361-370.

Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R. & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The Mclean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17 (6), 568-573.



Kriminalvården

601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
www.kriminalvarden.se