

Typ av psykisk störning och val av behandlingsintervention

Mats Fridell
Stockholm 091104



Lund University,
Department of Psychology

1
2009-11-05

INNEHÅLLET UNDER DAGEN

- (1) Olika typer av psykisk störning och missbruk?**
- (2) Val av behandlingsstrategier i relation till olika typ och grad av psykisk störning
Vad vet vi om vilka behandlingar som fungerar och vad som är kvaliteten?**
- (3) Effektiva behandlingsmetoder och evidens**

2
2009-11-05

KVALITET

Både **producent** och **kundperspektiv**

Behandlingar kan vara populär utan att vara effektiva eller ens prövade - lösningsfokuserad

Behandlingar kan vara impopulära men ändå effektiva - tvångsvård

OLIKA TYPER AV UNDERSÖKNINGAR
HUR KAN DE ANVÄNDAS ?

DESIGNER GER SVAR PÅ OLIKA FRÅGOR

EFFEKTSTUDIER (RCT och kvasiexperimentella) ger svar på frågan OM en viss bestämd metod har effekt som är lägre, lika bra eller högre än en kontrollgr. *Är det vi gör en behandlingsmetod?*

RESULTATSTUDIER (före- efter, uppföljningar) ger svar på frågan *Hur bra är vi med den grupp vi arbetar med ?* Kan inte alltid generaliseras eller betaktas som en klart definierad behandling. (ITT)

EVIDENS: Om tillräckligt många fynd pekar åt samma håll (helst RCT-studier) så fungerar metoden.

PROGNOS: *Hur går det och vad påverkar på sikt ?*

5
2009-11-05

**RCT – maximerar den interna
validiteten**

det går att bestämma orsaken

MEN

**Hur är det med den externa
validiteten**

kan resultaten generaliseras ?

6
2009-11-05

TOLKNING AV RCT-STUDIER

1. Populationen dåligt definierad
2. Låg representativitet i samplet
3. Små sampel (7 + 8)
4. Stort eller selektivt bortfall under studien
5. Behandlingen görs inte på rätt sätt
6. Kort uppföljning (ofta 3 månader sällan mer)
7. Selektivt bortfall av data

SOCIALSTYRELSENS DEFINITION

EVIDENS: Om tillräckligt många fynd pekar åt samma håll (helst RCT-studier) så fungerar metoden.

VAD KAN NI SJÄLVA GÖRA ?

Standardiserade instrument

ASI, ADAD, DOK

AUDIT

DUDIT

Utan data kan man inte utvärdera

Meta-analyser och RCT-studier

META-Analyser – sammanför empiriska data
så att tendenser och slutsatser underlättas

Behandlingsintervention i relation till psykisk störning bland missbrukare



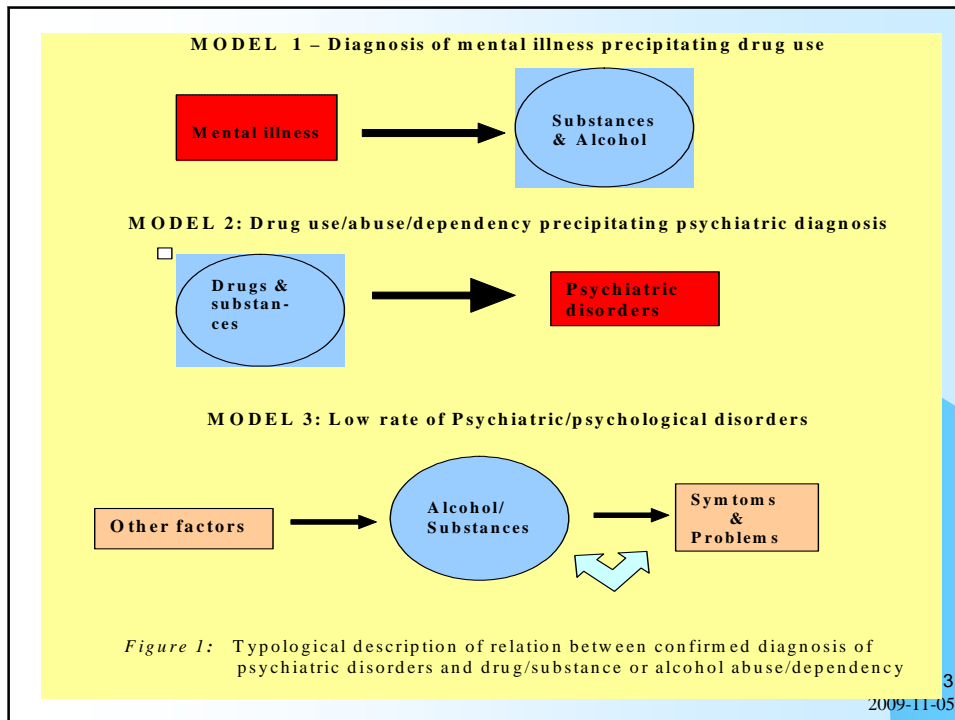
Lund University,
Department of Psychology

11
2009-11-05

**NÄR OCH VAR I
VÅRDKEDJAN**

**UPPTÄCKER VI
OLIKA TYPER AV
STÖRNINGAR**

12
2009-11-05



**VAD VET VI OM LÄMPLIGA
BEHANDLINGSTRATEGIER**

14
2009-11-05

MODELL 3: Låg psykisk belastning men allvarligt beroende - I

- Studier av 12-steg, Minnesotabehandling, & själv-
- hjälpsrörelser (sällan RCT) indikerar att:
 - Kroniskt alkohol- och/tablettberoende
 - Relativt välordnad social tillvaro
 - Arbete, bostad, tidigare eller nuvarande familj
 - Försörjning – lön i första hand
 - Låg nivå av psykiska symtom
 - Låg nivå av personlighetsstörning (17%) och
 - Ingen person med anti-social Pd (Nämndemansg)
 - Mkt låg nivå av kriminellt beteende
- *Quimette, Finney & Moos (1997a,b,c,1998,1999)*
- *Fridell et al (2002; Rehn 2001) – Nämndemansgården*
- *Konwalski & Shadish (2000) – meta-analys av AA.*

15

2009-11-05

MODELL 3: Låg psykisk belastning men allvarligt beroende – II - Evidens

- **Minnesotabehandling** i välstrukturerade behandlingsprogram - **manualbeskrivning**
- Nämndemansgården (2001; 2002) – 4 års
följning: 44% helnyktra, 20% kontrollerat
drickande vid enstaka tillfällen-completers
Ca 55% beräknat på **Intent-To-Treat**
- **Strukturerade öppenvårdsprogram** (Se
Andreåsson och Öjehagen i SBU (2001)
- Ej enbart AA - Konwalski & Shadish 2000

16

2009-11-05

- **Minnesotabehandling - Narkomaner**
Nämndemansgården
(Fridell et al 2002; Rehn 2001).
Ca 15% hade huvudsakligen drogproblem
- **Provita-studierna - Malmö och Stockholm**
(Sundin, Kindstedt & Kurland (1992)

14% drogberoende + 14% blandberoende,
Alkohol dominerande drog för 80%.
19 mån uppföljning – **42%** drogfria

17
2009-11-05

- KLASSISK 12 Steg/Minnesota.**
- **Alkohol- och tablettmissbrukare**
relativt bibehållen social situation
 - **Metoderna aktiva – passar inte au-**
tomatiskt psykiskt sjuka (Hög EE).
 - **Inte bara beroende av AA och NA**
 - **Egen erfarenhet av missbruk en**
tillgång med patienter som är ”lika”
personalen.
 - **Inte relevant med psykiskt sjuka**

18
2009-11-05

SOCIALSTYRELSEN (2007)

**Finns evidens vid alkoholberoende
men
inte (ännu) vid narkotikaberoende**

MEN

**12-steg inom kriminalvård är den effektivaste
psykosociala metoden särskilt om miljöterapi
kombineras med kontinuitet i uppföljningen
(Mitchell et al 2006)**

15% effekt jämfört med ingen behandling

Arbetskollektiv som insats o s v

PSYKISKT SJUKA

21
2009-11-05

MODEL 1 – PSYKISK SJUKDOM - I

V. RIKSSTUDIE AV 10 PROGRAM FÖR MISSBRUKARE MED "SVÅR PSYKISK STÖRNING"
(Schaar & Öjehagen 1999, 2001;2003;2004)

Population ca 1.000 personer – deltagare n=358 personer

PSYKOSER	29%
MAJOR DEPRESSION	17%
BORDERLINE/SCHIZOTYPAL	23%
"ÖVRIGA" STÖRNINGAR	31%
ALKOHOL	77%
NARKOTIKA	33%

22
2009-11-05

VANLIGASTE KOMORBIDA TILLSTÅND

Schizofrenier eller manisk-depressiv sjukdom (Berglund och Öjehagen 1998)

INTE

Ångesttillstånd eller depressioner

23
2009-11-05

MODEL 1 . PSYKIATRISK STÖRNING - II

FUNGERANDE BEHANDLINGSMODELLER:

Case-management (Björkman – psykoser i allmänhet)
Psykiatriska team (Teague; Mueser & Drake)
Skyddat boende

**Förbättrad somatisk och psykisk hälsa, livskvalitet, minskad
inläggning på sjukhus, bättre komplians**

24
2009-11-05

MODEL 1 . PSYKIATRISK STÖRNING - III

Socialstyrelsens utvärdering (Schaar och Öjehagen 1999; 2001).

Förbättrad somatisk och psykisk hälsa, livskvalitet, minskad inläggning på sjukhus, bättre komplians

Schaar & Öjehagen 18 månader (1999) Sign minskning av problemtyngd i 6 av 7 områden i ASI
Förbättring i symtom (SCL-90 $p < .001$)
Förbättring i livskvalitet ($p < .001$)
GAF – global funktionsnivå ($p < .001$)
Minskning i slutenvård > 3 miljoner

5-års (2004) bäst för dem där behandlingsinsatserna fortsatt

25

2009-11-05

MODEL 1. PSYKIATRISK STÖRNING - IV

SBU – 9 RCT-studier med 1.965 patienter

- Institution > öppenvård > allmän service
- *Effekter på missbruk och psykisk störning*
- Intensiv case-management > standard case managem.
- *Effekter på missbruk och livskvalitet*
- Boendekontrakt + CM > enbart boende

COCHRANE – RCT-studier, Jeffrey et al 1999

- Institutionsprogrammen > andra interventioner
- *Svag design och oklara utfallskriterier*

- **NY META-ANALYS – Dumaine (2003)**

26

2009-11-05

Vad är kvalitet i denna grupp?

- **Kontinuitet** i behandling och vårdkedjor
 - **Struktur** så att farmakabehandlingen och psykosociala insatser genomförs konsekvent
- Personal som tål långsamma förändringar
- Boende, psykofarmaka, relationer som stöttar
- Tid** så att förändringar hinner äga rum

27
2009-11-05

SOCIALSTYRELSEN BEHANDLINGSASPEKTER

Vid psykisk sjukdom – samma aspekter på farmakologisk och andra insatser som vid psykisk sjukdom utan missbruk

Långsiktiga insatser med social stöd & kombinationsbehandling

Samordnade insatser socialtjänst och psykiatrisk vård: boende, ekonomi, funktionsstödjande insatser

MODEL I I - NARKOTIKAMISSBRUKARE

29
2009-11-05

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC 2004 (Grant, B., Stinson, F.S., Dawson, D.A., et al 2004)

12 månaders samsjuklighet av alkohol eller drug use disorder (DuD) Personlighetsstörning enligt ICD eller DSM-IV. Face-to-Face intervju 2001 – 2002 n = 43.093 personer

- **47,7% drug use disorder (95% CI, 43,9 – 51,6%) har minst en personlighetsstörning (Pd)**
- **16,4% av patienterna med en Alcohol Use disorder hade minst en 1 Pd.**
- **Vanligast förekommande Pd är Anti-social Pers. disorder.**
- **Sambandet mellan tvångmässig, histrion, schizoid och Anti-social Pd och DuD starkare för kvinnor än för män (p <.04),**

30
2009-11-05

Uchtenhagen & Zeiglgänsberger (2000), Fridell (1991, 1996)

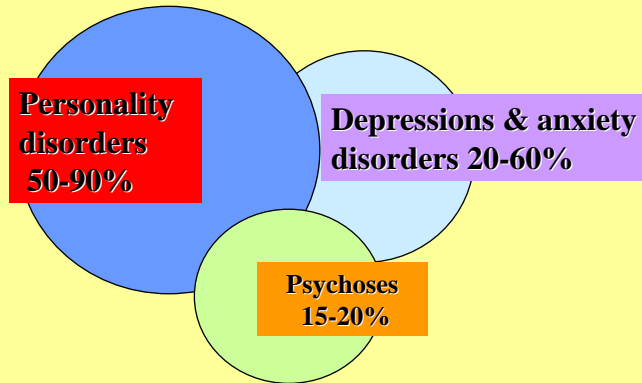


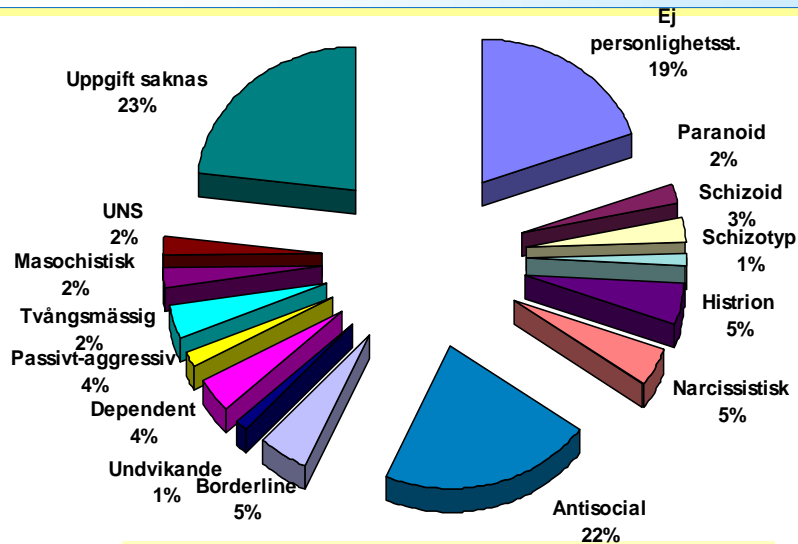
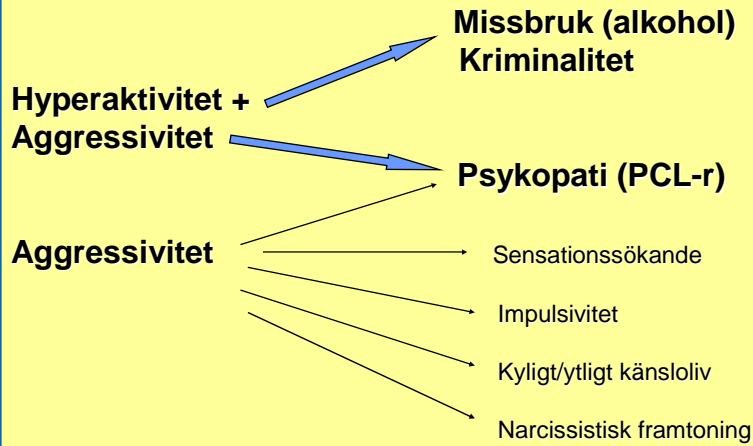
Figure 1. Dominerande psykiatriska störningar hos patienter med drog/substansberoende/missbruk

31
2009-11-05

- Socialt multiproblematiska
- Hur stor del neuropsykologiska funktionshinder ? 20-60% ??
- Begåvningshandikapp (unga)
Ca 50% under IQ < 85
- Kopplingen till Personlighetsstörning ?

32
2009-11-05

Utvecklingsperspektiv (IDA-projektet 1950-talet)
 Hela årskohorter barn från 4 år och uppåt: 30.000



Figur 2. DSM-III-r personlighetsstörningar - 1:a dignos - bland tunga narkotikamissbrukare vårdade kohorten 1977 -1995 (n=1.052).

PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR – DSM-III-R (n=1.052) **Beskrivande**

En personlighetsstörning	77,2%
Två personlighetsstörningar	32,0%
Tre eller fler personlighetsstörn.	12,0%

35
2009-11-05

GENERELLA DRAG FÖR PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR

- Ett varaktigt mönster av inre upplevelser och beteende som avviker markant från det som förväntas i individens kulturella miljö.
- Mönstret visar sig i två eller fler områden: kognitivt, affektivt, interpersonellt, impuls kontroll
- Ett varaktigt mönster som är oflexibelt och fortsätter i ett brett spektrum av interpersonella och sociala situationer.
- Leder till kliniskt påvisbart obehag eller funktionsnedsättning i sociala, yrkesmässiga eller andra viktiga livsområden.
- Mönstret är stabilt och varaktigt och starten kan spåras tillbaka till barnaår eller tidig ungdomstid.
- Beteendemönstret kan inte tillskrivas en annan mental störning.
- Beteendemönstret beror inte på avhängigt fysiologiska effekter av droger, mediciner eller alkohol.

36
2009-11-05

SJÄLVREGLERINGSSTRATEGIER

- De olika personlighetsstörningarna reglerar självkänslan på olika sätt - utifrån
- Behandlarna behöver "möta" på olika sätt
- Lära sig observera och använda intuition
- Dåliga strategier snarare än "ondska"
- Behandlaren måste fråga sig: Vad och hur mycket kan jag förändra inom "mina" ram?

37
2009-11-05

STÄMMER PSYKOLOGISK OCH PSYKIATRISK DIAGNOSTIK ?

HÖG NIVÅ PSYKISK STÖRNING

- Personlighetsstörning
- Ångest och depressioner

MEN

- **Ringa andel psykisk sjukdom**

38
2009-11-05

GRUNDLÄGGANDE KARAKTERISTIKA

1. FOKUS PÅ KÄRNPROBLEMET – MISSBRUK
2. HÖG GRAD AV STRUKTUR I PROGRAMMET
3. TILLRÄCKLIGT LÅNG TID FÖR EFFEKT - (EJ < 3 MÅN)
4. FOKUS BÅDE PÅ PSYKISK STÖRNING OCH MISSBRUK

39
2009-11-05

VAD ÄR STRUKTUR – En kvalitetsfaktor

MANUALER: Noggrann beskrivning av vad behandlaren gör under varje fas i ett behandlingsförlopp. – **Operationell definition** – men det finns alltid behov av merkunskap kring varje patientgrupp.

KRITIK: Projekt inom kriminalvård – kort utbildn

ENTUSIASM – ENGAGEMANG: Ofta det som gör att nya behandlingar lyckas bättre inledningsvis än i det långa loppet. Att ex "hålla ut" är avgörande i missbruksbehandling.

ORGANISATIONSFAKTORER: Ledarskap, kunskaper, tydlighet kring ramar, regler, normer, delegering, stöd, tillsyn, kontroll – **Förutsägbarhet**

40
2009-11-05

Korttidsutfall – Goal Attainment hos pat med personlighetsstörning vid indexvårdtillfället 1988-1989

Beräknat på vårdtillfällen (n=3.111)

41
2009-11-05

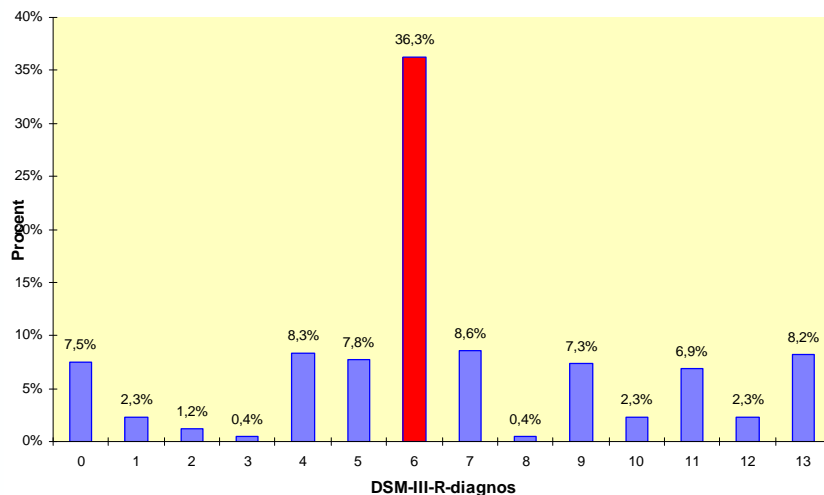


Diagram 4: Procent avbrutna vårdtillfällen för patienter utan resp med någon typ av personlighetsstörning (DSM-III-R) behandlade vid avgiftningsenhet i Lund från januari 1977 till juni 1995 (1.052 patienter och 3.111 vårdtillfällen)

42
2009-11-05

VIKTIGAST FÖR NARKOMANEN SJÄLV

**Att verksamheten hålls
drogfri !!!!!**

43

2009-11-05

**INVERKAN AV ANTI-SOCIAL
Pd PÅ UTFALLET VID 5-ÅRS
UPPFÖLJNINGSTUDIE
(n=125)**

44

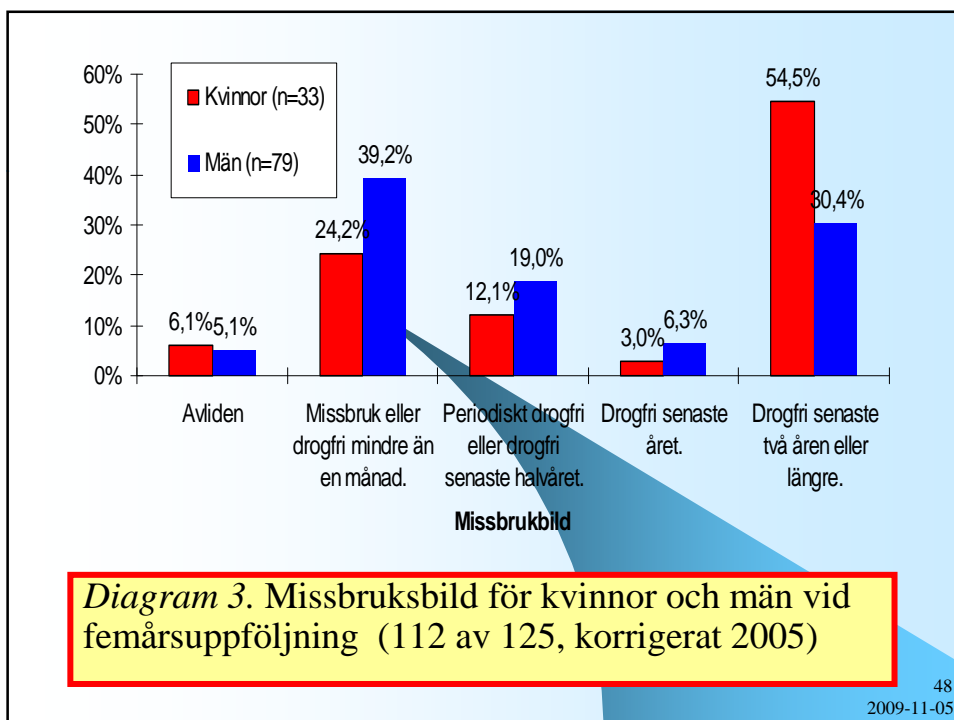
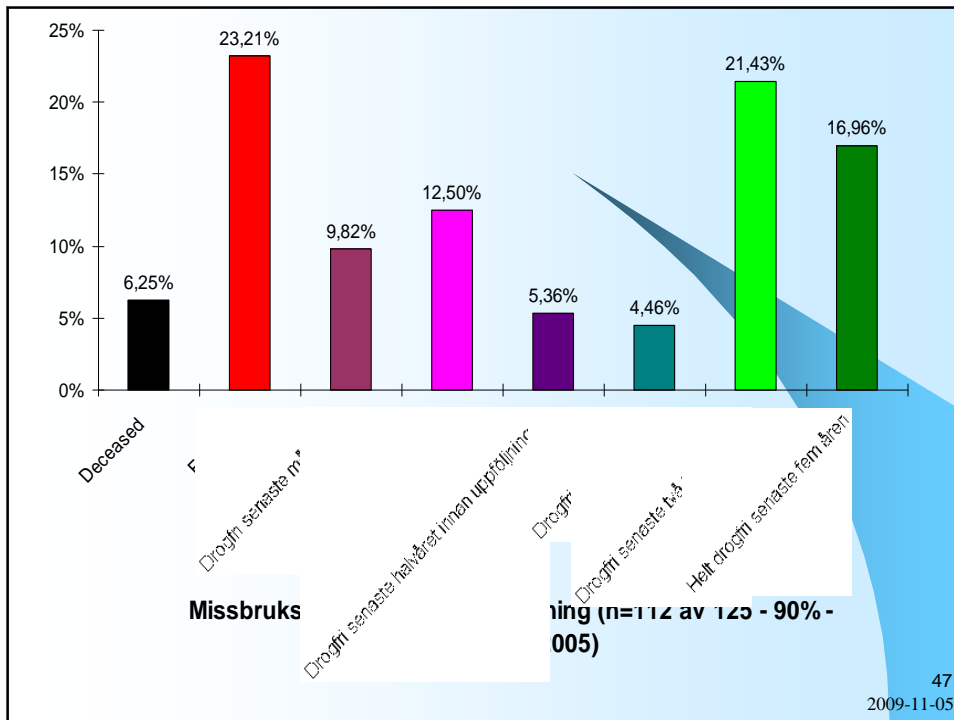
2009-11-05

Psykologiska/psykiatriska problem vid 5 år

Aktuell status:	Psykologiska problem (<i>Ensamhet</i>)	60%
Livstid:	Allvarlig depression	34%
	Suicidförsök	45%
Senaste året:	Depression	40%
	Hopplöshet (Beck)	45%
	Suicidtankar	30%

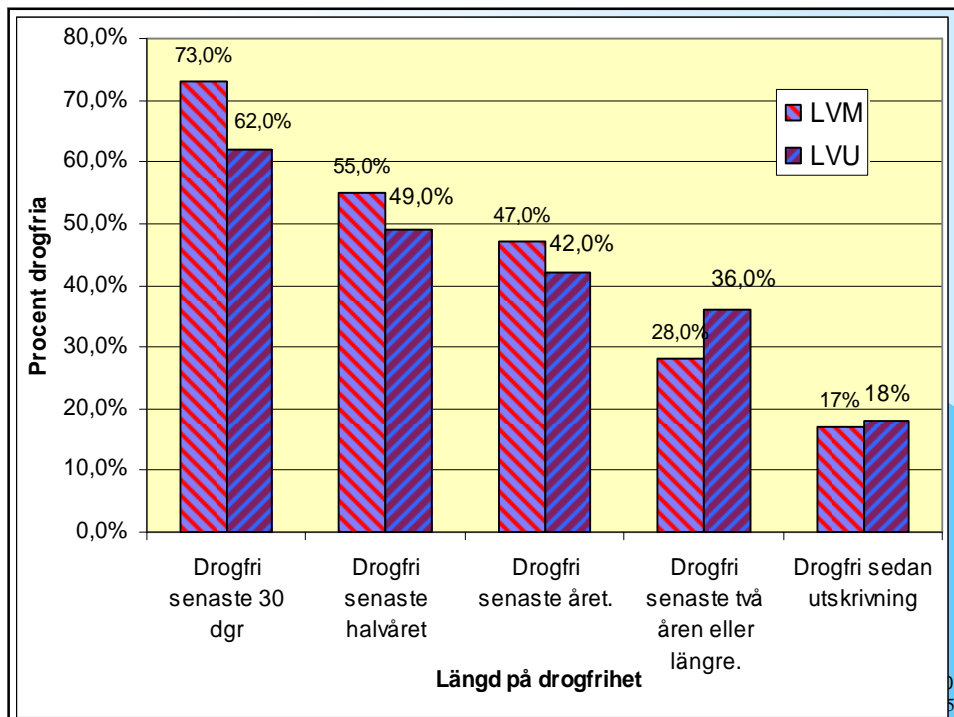
Män hade högre symtomnivåer än kvinnor på SCL-90. Problem finns även hos de som är drogfria

Utfall i droganvändning vid fem år för hela urvalsgruppen



TVÅNGSVÅRDADE KVINNOR I LVM-/LVU-VÅRD Lunden 2009

49
2009-11-05



INVERKAN AV ANTI-SOCIAL PD PÅ UTFALLET VID FEM- ÅRSUPPFÖLJNINGEN

51
2009-11-05

Table 4. Justerade Odds Ratio-kvoter av utfall beroende av index ASPD status - analys med logistisk regressionsanalys

<i>Beroende Variabler:</i>	<i>Vuxen ASPD vid F-U</i>	<i>Ngt fängelse register (n=122)</i>	<i>Kontinuerligt Socialunderstöd-</i>	<i>Drogfri > ett år</i>
ASPD	81%	56%	65%	41%
Ej-ASPD	14%	19%	40%	51%
Adjusted OR	19,2**	17,6**	3,2*	0,8
<i>Beroende variabler:</i>	<i>Daglig drog- bruk v vid F-U</i>	<i>Kontinuerlig behandling</i>	<i>Inga drogfria perioder</i>	
ASPD	34%	39%	34%	
Ej-ASPD	6%	51%	14%	
Adjusted OR	8,5**	0,6	3,0*	

52
2009-11-05

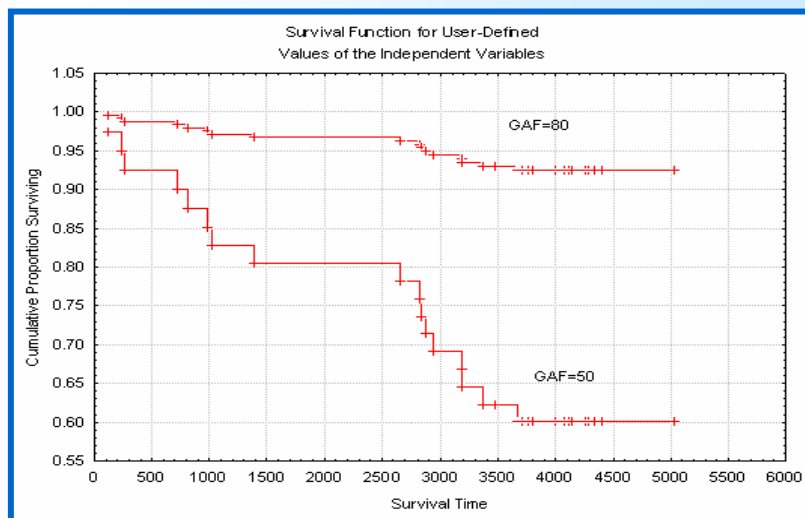


Diagram 12. Överlevnad efter fem-års-uppföljning fördelat på patienter med normal/hög GAF resp mycket låg GAF

53
2009-11-05

Tabell 5 : Faktorer som predicerar dödsfall upp till femton år

- Högt symtompåslag i SCL-90 - GSI-index
- Låg upplevelse av sammanhang – KASAM
- Poäng under 70 i GAF – Global assessment of Functioning

54
2009-11-05

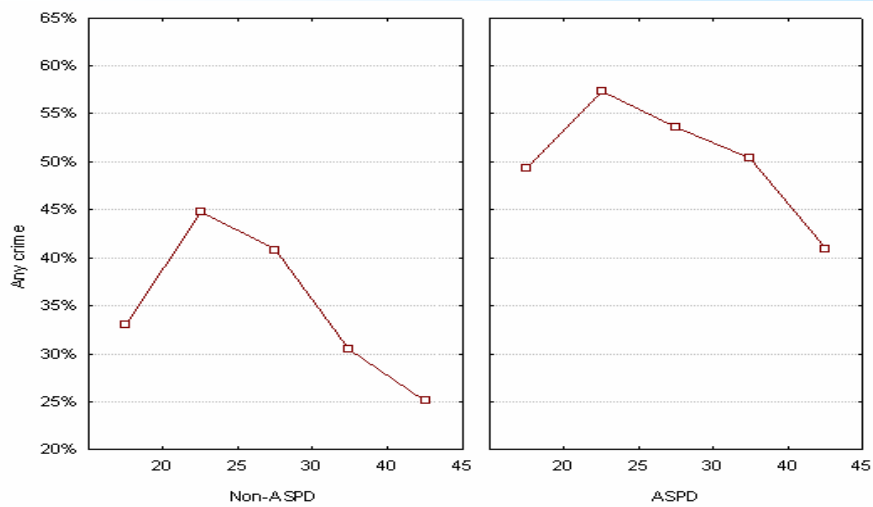


Diagram 11. Andel patienter i kriminalregister per fem-årsintervall och anti-social personlighetsstörning & ålder. Beräknat på Kohort 1977-1995 (n=1.052)

55
2009-11-05

SLUTSATSER – Anti-social Pd

- Personlighetsstörning är relevant vid bedömning av både korttids och långtidsutfallet
- Utfallet olika mellan olika undergrupper - ASPD är särskilt problematisk
- Kriminalitet och vårdkonsumtion kontinuerligt hög i ASPD gruppen med en lägre nivå av positiva förändringar i drog beteende och kriminalitet.

56
2009-11-05

BEHANDLINGSEFFEKTER VID DROGMISBRUK

Randomiserade Kontrollerade Studier – RCT

2004 – ca 4.000 utvärderingar av
psykosocial behandling varav 212 RCT:s

57
2009-11-05

META-ANALYSER

- Amata et al (2004) 8 RCT - Opiatbehandling,
- Brewer et al (1982) – 69 studier prediktorer
- Burke et al (1999) – 30 RCT - MI
- Carter et al (1999) – 30 st – Återfallsprevention
- Crits-Christoph (1992) 11 RCT – dynamic.
- Fridell (2001;2003) Opiat, Kokain, Cannabis
- Fridell & Hesse (2005) 112 st - Opiatbehandl.
- Fridell & Hesse (2005) Behandl. av kriminalitet
- Hettema, Steele & Miller (2005) – M.I.
- Irvin et al (1999) – 26 studier – Contingency T.
- Prendergast (2000;2002) 69 studier - Olika
- Rubak, Sandaek, Lauritzen, Christensen (2005) – Motivational Interviewing
- Stanton & Shadish (1997) 15 RCT - familj

58
2009-11-05

BEHANDLINGSEFFEKTER VID DROGMISBRUK

**Ingen enskild metod är
överlägsen någon annan**



Indelning av interventioner (Wolberg 1988)

<i>Stödjande: Interventioner</i>	”Treatment as usual” Ej manual , ofta vagt beskriven Mindre tydligt fokuserade Ospecifierad utbildningsnivå hos behandlare 12-steg utan manual eller vagt beskriven
<i>Omlärande: interventioner</i>	Fokus på specifika symtomkomplex Manualbaserad, innehållsligt definierad Personal utbildad i de specifika teknikerna Teoribaserade int.(CRA; CBT, RPT, CM) Ej teoribaserad – 12 steg- men med manual och tydligt fokus på missbruket
<i>Psykoterapeu- tiska interven- tioner</i>	Teoribaserade interventioner – korttid Manualbaserade Specialistutbildad personal – ”dyra” Ofta fokus på mer än en del av problemet

63
2009-11-05

INTERVENTIONER VID DROGMISBRUK

PSYKOTERAPIER: Familjeterapi (FFT, MST) psykodynamisk terapi och kognitiv (beteendeterapi) som regel korttidspsykoterapier

TRÄNANDE: Återfallsprevention (RPT), förstärkningsmodeller (contingency training, CM; tecken ekonomi), Social skills training, Aversionsterapi, Anger Management (AM, ART), Motivational Interviewing (MI)

Multikomponent: Community Reinforcement,

64
2009-11-05

EFFEKTSTORLEKAR

$d = \frac{\text{effekt i exp-gr - avslutad beh. - effekten i kontr-gr - avslutad}}{\text{den gemensamma variansen}}$

$d = < 0.20$

Ingen effekt

$d = .21 - .50$

Låg effekt

$d = .51 - .80$

Medelhög effekt

$d > .80$

Hög effekt

Signifikanta resultat $\neq 0$ - linjen

65

2009-11-05

EFFEKTER PÅ DROGBRUK

66

2009-11-05

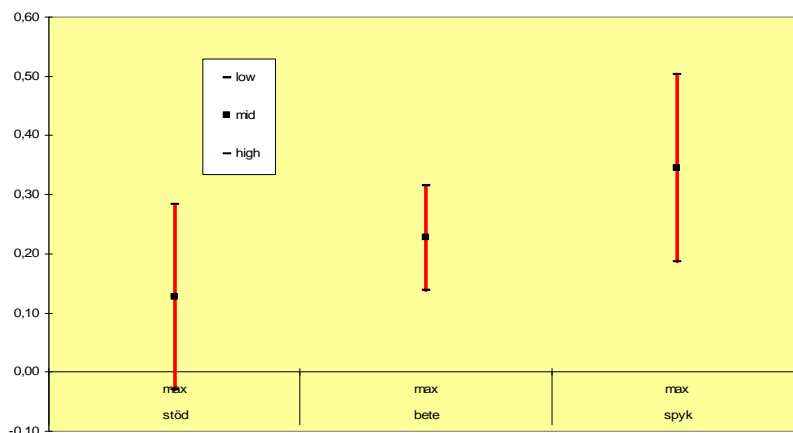


Diagram 15: Viktad effektstorlek (*Hedge's d*) i 26 RCT-studier av psykosociala interventioner vid opiateberoende: (n=634), omlärande (n=4.234) och psykoterapier (n=772). Längsta registrerade mätningen.

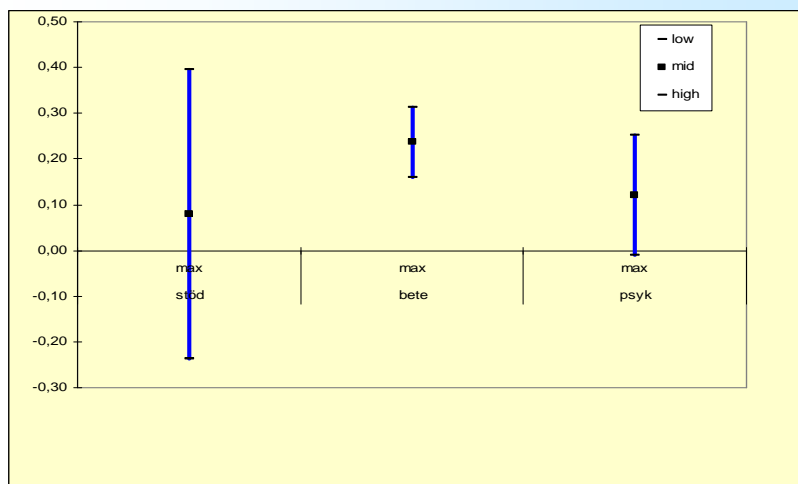


Diagram 17. Viktade effektstorlekar (*Hedge's d*) i 26 RCT-studier av psykosociala interventioner för kokainberoende: stödjande (n=155), omlärande (n=5.151), och psykoterapeutisk (n=997). Längsta utfallsmätning.

EFFEKTER PÅ KVARSTANNANDE

69
2009-11-05

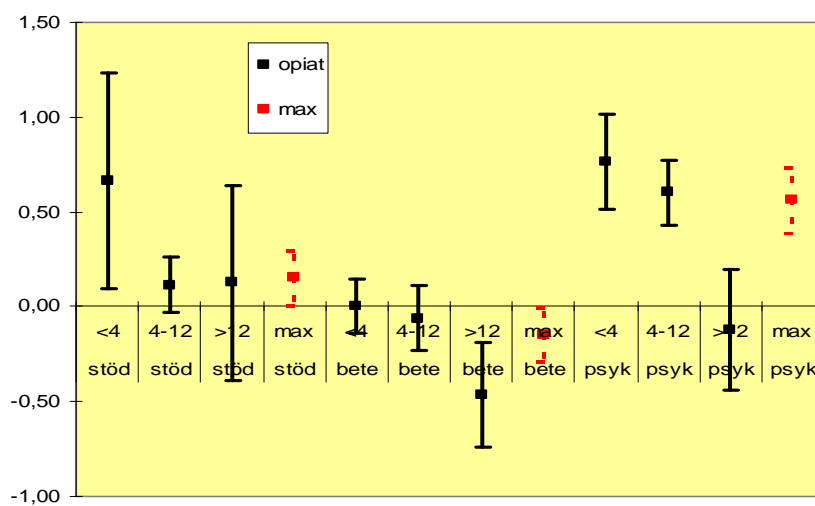


Diagram 16.: Viktade effektstorlekar (Hedge's d) i 15 studier av Kvarstannande (retention) i psykosociala interventioner för opiate berodande: (n=572). Fyra utfallsintervall och längsta utfallsmätning

70
2009-11-05

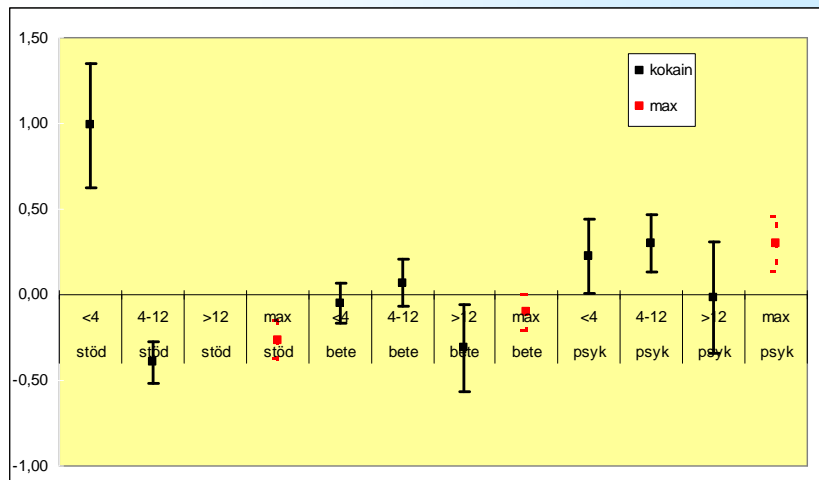


Diagram 18 – Viktade effektstorlekar i 19 RCT-studier av kvarstannande i psykosociala interventioner för kokainberoende: stödjande (n=1.272), omlärande (n=1.516), psykoterapeutisk (n=593).

Fyra intervall för utfalls- mätning samt senaste mätningen.

CANNABIS

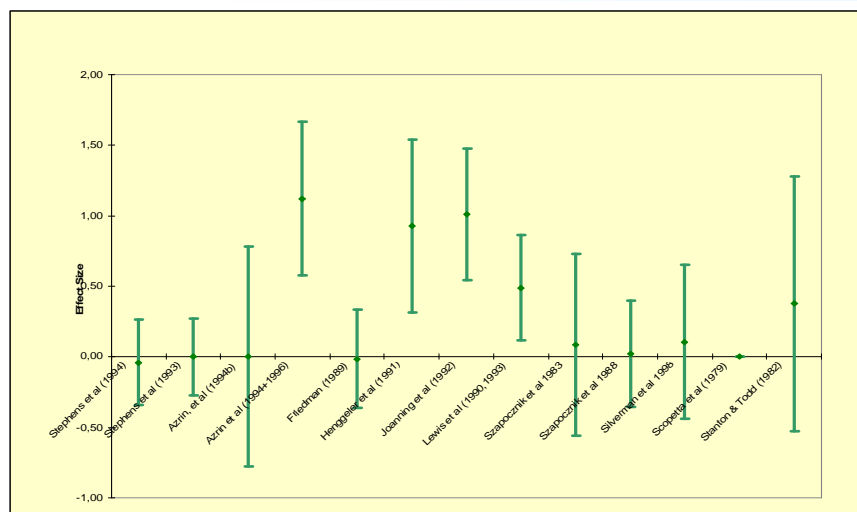


Diagram 19: Effektstorlekar (*Hedge's d*) i 13 RCT-studier av främst familjeterapi för cannabismissbrukare i urval av tonåringar (n=1.205).

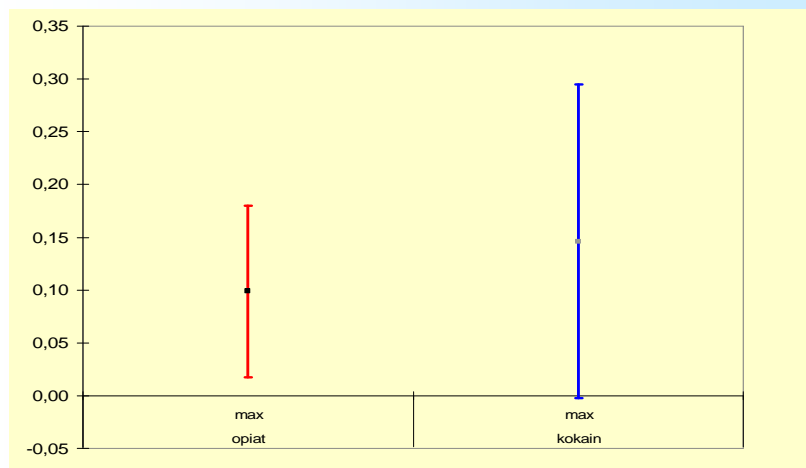


Diagram 9: Viktade effektstorlekar i RCT-studier av Institutionsbehandling vid opiat- och kokainberoende: 15 studier och 4.867 patienter. Längsta uppföljningstid

ICKE RANDOMISERADE STUDIE

- Tid i behandling kopplat till framgång
- Effekter både på missbruk och kriminalitet
- Förändring av social förmåga betonas
- Drug Abuse Warning System (DARP)
- DATOS

75
2009-11-05

SLUTSATSER

Utprovade psykosociala interventioner har god effekt

Terapeuter (behandlare?) är olika effektiva

Behandlare med skolning i vissa tekniker kan påverka kärnproblem (t ex missbruket, krim)

Men psykoterapeutisk kunskap behövs för att hålla relationen över tid, hantera "motstånd"

Stora variationer i hur behandling fungerar från en organisation till en annan

Matinévarianter förmodligen relativt ineffektiva

Förväxla inte "modernitet" med effektivitet

76
2009-11-05

GENERELLT – 2

EFFEKTIVA ORGANISATIONER

-Hög grad av tydlighet och förutsägbarhet - gäller också gentemot medarbetarna

Ideologisk hållning – människosyn, etik
Kunskaper om svagheter och styrkor

Använder metoder som granskas systematiskt

Metoder för feed-back i organisationen

Kvalitetstänkande som genomsyrar

Att alla är viktiga – men på olika sätt

77

2009-11-05

VILKA SLUTSATSER DRAR VI ?

Att effekter kanske ser annorlunda ut om det är utbildade terapeuter resp. andra grupper av behandlare som utför behandling

Att det ser olika ut vid olika droger

Att effekt på droger resp. kvarstannande kanske inte är så nära relaterat till drogfrihet som vi trott

78

2009-11-05

**SKALL OPIATMISSBRUK
BEHANDLAS MED ENBART
FARMAKOLOGISK BEHANDLING
OCH/ELLER MED SAMTIDIGT
PSYKOSOCIAL BEHANDLING
???????????**

79
2009-11-05

**De nya studierna av psykosocial
intervention vid opiatberoende**

**112 artiklar med totalt 99 studier varav
55 har kunnat analyseras**

Fridell & Hesse SoS, 2005

80
2009-11-05

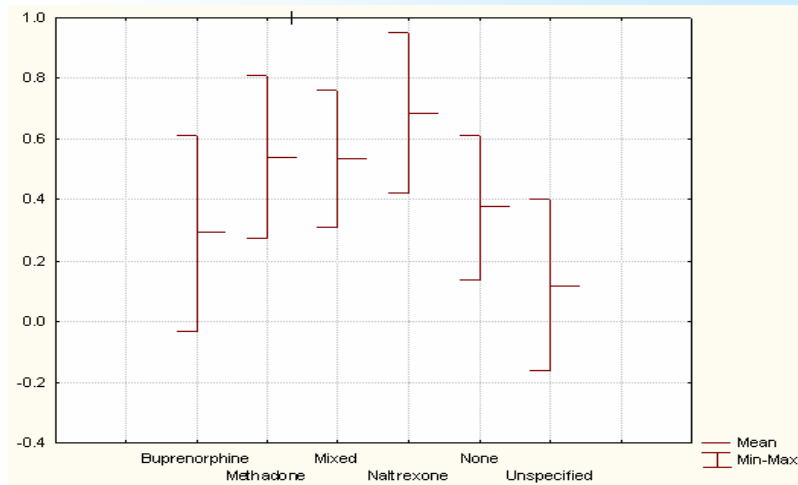
*Tabell 1. Överordnade behandlingsmetodkategorier i studierna -
Antal grupper (exempelvis kan det finnas 1 CBT betingelse och en
annan behandlingsmetod i samma undersökning som
kontrollgrupp. Community Reinforcement Approach*

Motivational Interviewing	1
CBT	
Contingency management	12
Cognitive Behaviour Therapy	38
Counseling	4
Family therapy	
Other	1
Totalt – metoder i studierna	64

81
2009-11-05

***Fråga 1: Är effekterna av
psykosociala interventioner
beroende av farmakologisk
intervention ?***

82
2009-11-05



Figur 20. Effekter av psykosociala behandlingsinsatser för opiatmissbrukare tillsammans med farmakologisk intervention. Antal Studier (K) och antal patienter (n): Buprenorphine K=1 (n=39), Methadone K=61, (n=6.439), Mixed K=1, (n=80), Naltrexone K=6, (n=559), None K=8, (n=720), Unspecified K=2, n=100

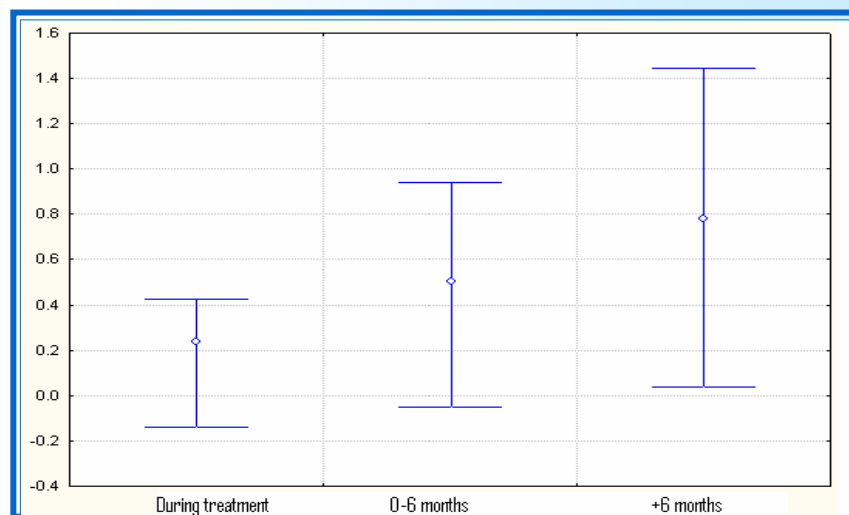


Diagram 4: Effektstorlekar av psykosociala interventioner där kontrollgruppen är en likvärdig alternativ behandling (10 studier med 1.138 patienter). Resultaten mäta vid tre olika tidpunkter för effektmätning. K1=5, n=547, K2=4, n=467, K3=1, n=124).

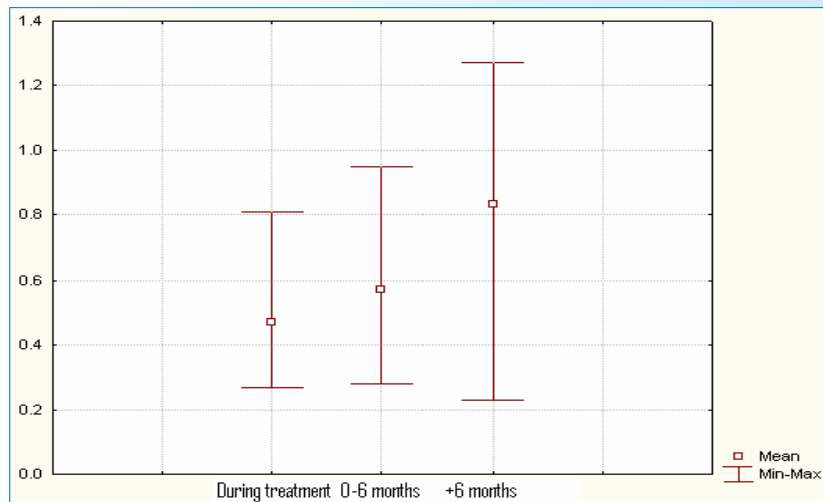


Diagram 5. Effekter av psykosociala behandlingsinsatser vid opiatberoende /missbruk för studier där kontrollinterventionen är "standard-behandling mätt vid tre olika tidpunkter för effektmätning (61 studier, n=5.444 patienter). K1=45, n=4.059, K2=7, n=646, K3=9, n=793).

85

2009-11-05

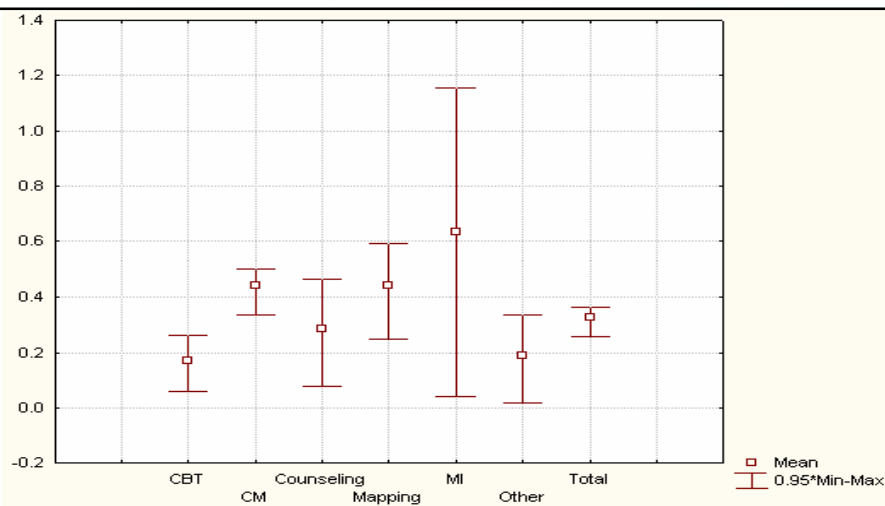
Svar: Effekter av psykosocial behandling finns också vid drogfri, agonist- och antagonistbehandling

86

2009-11-05

Fråga 2. Hur ser effektstorlekar för några olika typer av psykosociala behandlingsinterventioner ut ?

87
2009-11-05

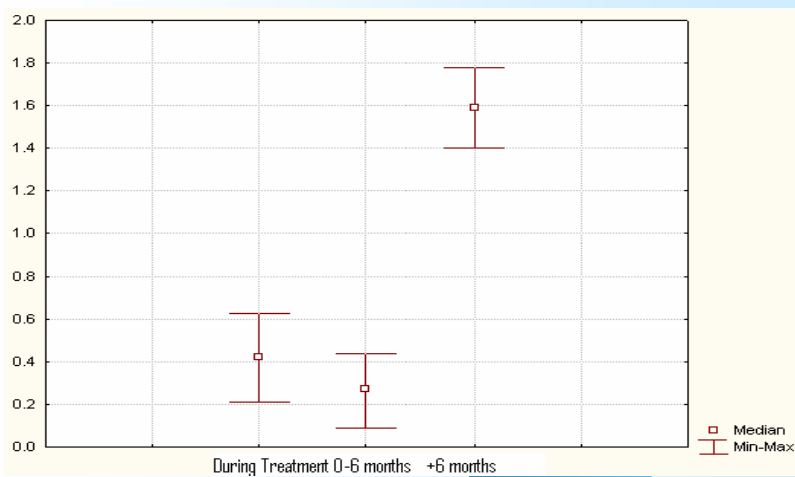


Figur 21. Behandlingsinterventioner i behandling av opiatmissbruk/beroende. Noter: CBT; Kognitiv beteendeterapi (K=8). CM: Kontingensträning (K=31). Counseling: manualiserad rådgivning (K=4). Mapping: Användning av flödesschema som inlärning vid rådgivning och gruppbaserad behandling node-link-mapping³ (K=2). MI: Motivational interviewing (K=1). Other: andra (K=4).

88
2009-11-05

Svar: Mätt vid avslutad behandling så finns signifikanta effekter i samtliga grupperingar av interventioner ovan

89
2009-11-05



Figur 27. Effekter av psykosociala behandlingsinsatser vid opiatberoende/missbruk för studier där experimentinterventionen är ngn typ av KBT mätt vid tre olika effektberäkningsspunkter (16 studier, n=830 patienter). K1=11, n=1.582,

90
2009-11-05

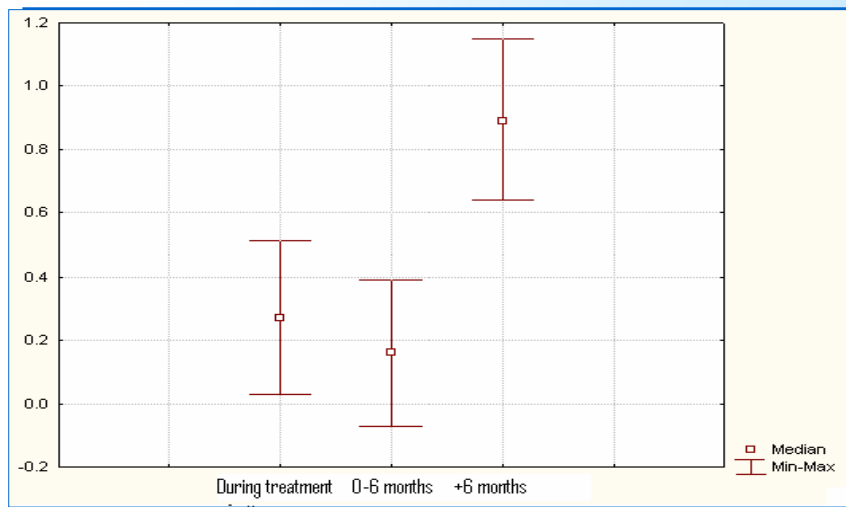
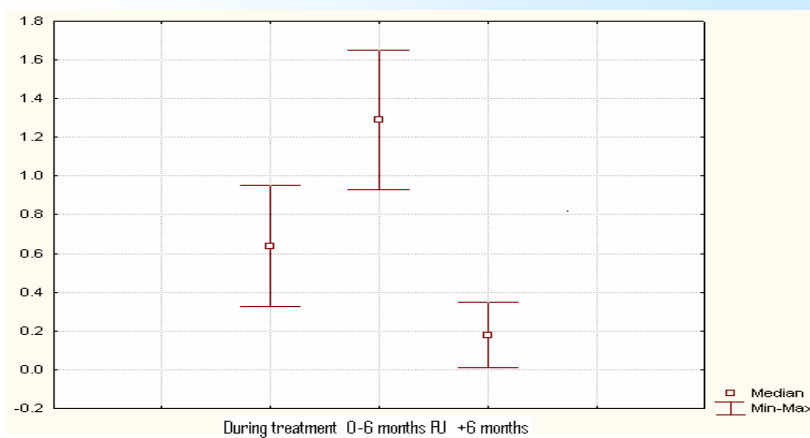


Diagram 9. Effekter av psykosociala behandlingsinsatser vid opiatberoende/missbruk för studier där experimentinterventionen är ngn typ av psykoterapi; familjeterapi, psykodynamisk eller annan, mätt vid tre olika effektberäkningpunkter (6 studier, n=558 patienter). K1=5, n=546, K2=1, n=48, K3=5, n=419).

91

2009-11-05



Figur 28. Effekter av psykosociala behandlingsinsatser vid opiatberoende/missbruk för studier där experimentinterventionen är ngn typ av Contingency Management mätt vid tre olika tidpunkter. K1=33, n=2.279, K2=5, n=509, K3=2, n=303).

92

2009-11-05

SLUTSATSER

OLIKA METODER HAR EFFEKTER I OLIKA FASER AV BEHANDLINGSFÖRLOPPET

- A) KBT har seneffekter
- B) Kontingensträning har effekt under behandling

EFFEKTER PÅ KRIMINELLT BETEENDE

Av 51 RCT-studier med utfall i kriminellt beteende kunde 22 analyseras i meta-analys (n=2.601)

Medianeffektstorleken för de 22 studierna med utfall i kriminellt beteendet är bara $d = 0,08$ vilket motsvarar en mycket liten effekt.

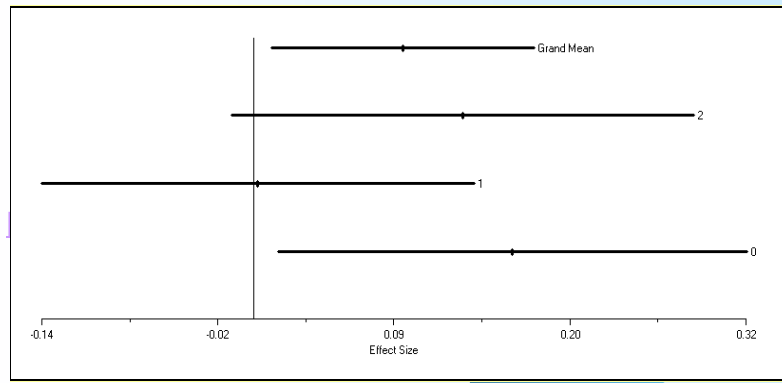


Diagram 3. Det viktade medelvärdet för tre tidsindelningar av de 22 RCT-studierna: 0 = slutet av behandlingen, 1 = 0-6 mån., 2 = 7 och fler månader (Fridell & Hesse, BRÅ 2005)

95
2009-11-05

SLUTSATSER OM KRIMINALITET

META-analyser visar låga effekter också för KBT-baserade metoder – ca $d = .07 - .10$

RCT-studier visar med få undantag låga effekter på kriminellt beteende

Vårdkedjesystem något effektivare

Behandling av ungdomar effektivare än motsvarande behandlingar för vuxna

96
2009-11-05

SLUTSATSER

1. Psykosocial behandling har effekt på drogmissbruk och kvarstannande också utan samtidigt farmakologisk behandling
2. Ingen enskild metod kan utpekas som överlägsen någon annan metod.
3. Effekter på kriminellt beteende mkt låga

Slutsatserna ligger i linje med de från psykoterapiforskning inom andra områden

97
2009-11-05

SLUT

98
2009-11-05