

Allmän SiS-rapport
2004:8

Principer för behandling av drogberoende

En forskningsbaserad vägledning

SiS förord

En viktig uppgift för SiS är att följa forskning och utveckling inom missbrukarvården. I syfte att sprida sådan internationell kunskap väljer SiS att ge ut föreliggande rapport. Rapporten är en översättning av *Principles of Drug Addiction Treatment*, sammanställd av det amerikanska National Institute on Drug Abuse, NIDA. Den utgör en sammanfattning av forskningsresultat av NIDA-finansierad forskning om effektiv behandling av drogberoende. Initiativet till att översätta principerna kommer från Fortunagården. En första översättning är gjord av firma ”Kontoret Tina” på uppdrag av Gunnel Elf vid Fortunagården. SiS FoU har redigerat texten.

Texten är inte anpassad till svenska förhållanden utan är en i stort sett direkt översättning av den amerikanska originalupplagan. Därför anges t ex kostnader för drogmissbruk i amerikanska dollar. Det talas om federala program och det amerikanska rättssystemet, vars organisation inte motsvarar det svenska. I Sverige (eller åtminstone på SiS) används termen ”klient” istället för ”patient”. Vi har låtit patient stå kvar i den svenska översättningen. I förordet till originalet finns sidhänvisningar. Vi har inte samma layout på rapporten, vilket betyder att sidhänvisningarna också avser den amerikanska upplagan enbart.

Syftet med att ge ut rapporten är att göra kunskapen om effektiva behandlingar på drogberoende i möjligaste mån bekant och spridd i första hand i SiS egen organisation men förhoppningsvis även utanför SiS.

Nils Åkesson
FoU-direktör

Principer för effektiv behandling

1. **En och samma behandling passar inte varje enskild individ.** Matchning av behandlingsformer, åtgärder och tjänster som är anpassade efter varje individs enskilda problem och behov är nödvändigt för att ge henne eller honom störst möjlighet när det gäller att kunna återgå till att produktivt fungera i familj, arbete och samhälle.
2. **Behandlingen måste vara lätt tillgänglig.** Personer som har ett drogberoende kan känna osäkerhet om att gå in i behandling och då är det av största vikt att ta tillfället i akt när de känner sig redo för behandling. Potentiella behandlingssökande kan gå förlorade om behandlingen inte finns att få omgående eller är lätt tillgänglig.
3. **En effektiv behandling tar hand om individens samtliga problem, inte bara hans eller hennes droganvändning.** För att vara effektiv måste en behandling vända sig till individens droganvändning och till alla därmed förenade problem vare sig de är medicinska, psykologiska, sociala, yrkesmässiga eller juridiska.
4. **Individens behandlings- och serviceplan måste fortlöpande bedömas och ändras vid behov för att säkerställa att planen motsvarar personens varierande behov.** Patienten kan kräva växlande kombinationer av service- och behandlingskomponenter under loppet av behandlingen och tillfrisknandet. Utöver rådgivning eller psykoterapi kan patienten ibland behöva medicinering, annan medicinsk vård, familjeterapi, föräldravägledning, yrkesrehabilitering och social och juridisk service. Det är nödvändigt att behandlingen anpassas efter individens ålder, kön, etniska tillhörighet och kultur.
5. **För att behandlingen skall vara effektiv är det nödvändigt att patienten stannar kvar i behandling under en lämplig tidsperiod.** Hur lång en lämplig tidsperiod för en individ är, beror på hans problem och behov. Forskningen ger vid handen att för de flesta patienter finner man tröskeln till en märkbar förbättring efter 3 månaders behandling. Efter att man nått denna tröskel kan ytterligare behandling leda till fortsatta framsteg mot tillfrisknandet. Eftersom klienten ofta lämnar behandlingen i förtid borde programmen inkludera strategier för att engagera och behålla patienterna i behandling.
6. **Rådgivning (individuell och/eller i grupp) och annan beteendeterapi är nödvändiga beståndsdelar i en effektiv drogbehandling.** I terapin tar patienterna upp motivation, tränar färdigheter att stå emot droger, ersätter aktiviteterna kring droganvändning med konstruktiva och givande aktiviteter utan droger och förbättrar sin förmåga till problemlösning. Beteendeterapin underlättar också mänskliga relationer och individens förmåga att fungera i familj och samhälle
7. **Medicinering är ett viktigt element i behandlingen för många patienter, speciellt i kombination med rådgivning och annan beteendeterapi.** Metadon och Levoalfaacetylmadol (LAAM) är mycket viktiga när det gäller att hjälpa heroin- eller andra opiatberoende att stabilisera sitt liv och reducera användning av illegala droger. Naltrexon är också en effektiv medicin för vissa opiatberoende och vissa patienter med samtidigt beroende av alkohol. För personer som är beroende av nikotin kan en ersättningsprodukt för nikotin (t ex plåster eller tuggummi) eller oralt intag (som bupropion) vara en effektiv komponent i behandlingen. För patienter med mentala störningar kan både beteendeterapi och medicinering vara av avgörande betydelse.

8. **Individer som är beroende eller drogmissbrukare och samtidigt lider av mentala störningar borde få en integrerad behandling för båda störningarna.** Eftersom beteendestörningar och mental störning ofta uppträder samtidigt, borde patienter som söker för endera störningen undersökas och behandlas även för den andra typen av störningar.
9. **Medicinsk avgiftning är bara första steget i beroendebehandling och har i sig liten inverkan när det gäller att långsiktigt förändra droganvändandet.** Medicinsk avgiftning tar på ett säkert sätt hand om de akuta fysiska abstinenssymtomen som hänger samman med att man avbryter droganvändningen. Avgiftning enbart är sällan tillräckligt för att hjälpa en drogberoende att uppnå abstinens på lång sikt, men för en del individer är det en starkt utlösande faktor för att få igång behandling av drogberoende.
10. **En behandling behöver inte vara frivillig för att vara effektiv.** Stark motivation kan underlätta behandlingsgången. Sanktioner eller lockmedel i familj, sysselsättning eller kriminalvård kan markant öka utsikterna både för att behandlingen inleds och upprätthålls och för att ingripandet blir framgångsrikt.
11. **Eventuell droganvändning under behandlingen måste hela tiden övervakas.** Återfall i droganvändning kan inträffa under behandlingen. En objektiv övervakning av patientens drog- och alkoholanvändning under behandlingen, såsom urinanalys eller annan provtagning, kan hjälpa patienten att motstå begäret att använda droger. En sådan övervakning kan också ge tidiga bevis på droganvändning så att individens behandlingsplan kan justeras. Feedback till patienter som testar positivt på illegala droger är ett viktigt element i övervakningen.
12. **Behandlingsprogram bör innehålla tester för HIV/AIDS, hepatit B och C, tuberkulos och andra infektionssjukdomar och erbjuda rådgivning för att hjälpa patienterna att modifiera eller ändra beteenden som utsätter dem för risk för infektioner.** Rådgivning kan hjälpa patienter att undvika högriskbeteende. Rådgivning kan också hjälpa människor som redan är infekterade att klara av sin sjukdom.
13. **Tillfrisknande från drogberoende kan vara en tidskrävande process och kräver ofta upprepade perioder av behandling.** Precis som vid andra kroniska sjukdomar kan återfall i droganvändning inträffa under behandlingens gång eller efter en avslutad framgångsrik behandlingsperiod. Beroende individer kan kräva förlängd behandling och flera behandlingsperioder för att uppnå avhållsamhet under en längre tid och helt återställda funktioner. Att delta i program som innebär hjälp till självhjälp under och efter behandlingen hjälper ofta till att upprätthålla avhållsamheten.

Innehåll

Förord	5
Ofta ställda frågor	7
Vad är drogberoendebehandling?	7
Varför kan inte drogberoende personer sluta på egen hand?	8
Hur effektiv är behandlingen av drogberoende?	9
Hur lång tid tar vanligtvis en drogberoendebehandling?	9
Hur kan man hjälpa människor att stanna kvar i behandling?	9
Ersätter användning av medicinering som t ex metadon helt enkelt ett drogberoende med ett annat?	10
Vilken roll kan kriminalvårdssystemet spela när det gäller drogberoendebehandlingen?	11
Hur kan behandlingen mot drogberoende hjälpa till att minska spridningen av HIV/AIDS och andra infektionssjukdomar?	11
Var passar 12-steps- eller självhjälpsprogrammen in i drogberoende behandlingen?	12
Hur kan familj och vänner påverka någon som är i behov av behandling?	12
Är behandlingen av drogberoende värd sitt pris?	12
Behandling av drogberoende i USA	13
Allmänna kategorier för behandlingsprogram	13
– Underhållsbehandling	
– Narkotisk antagonistbehandling med Naltrexon	
– Drogfri behandling i öppen vård	
– Långtidsbehandling på institution	
– Korttidsbehandling i slutenvård	
– Medicinsk avgiftning	
Behandling av drogmissbrukare och drogberoende inom kriminalvården	19
– Fängelsebaserade behandlingsprogram	
– Samhällsbaserad behandling för intagna inom kriminalvården	
Vetenskapligt baserade tillvägagångssätt för behandling av drogberoende	21
– Återfallsprevention	
– Stödande – uttryckande psykoterapi	
– Individuell drogrådgivning	
– Motivationshöjande terapi	
– Beteendeterapi för ungdomar	
– Multidimensionell familjeterapi (MDFT) för ungdomar	
– Multisystemisk terapi (MST)	
– Kombinerad beteende- och nikotinersättningsterapi för nikotinberoende	
– Community Reinforcement Approach (samhällskongruent förändringsarbete) CRA Plus voucher	
– Voucher-baserad förstärkningsterapi för metadonprogram	
– Dagvårdsbehandling med möjlighet till avhållsamhetstillfällen och vouchers	
– Matrixmodellen	

*Tre årtionden av vetenskapliga undersökningar
och klinisk tillämpning
har resulterat i en
mångfald av effektiva behandlingar
för drogberoende*

Förord

Drogberoende är en komplicerad sjukdom. Den kännetecknas av ett tvångsmässigt, ibland okontrollerbart sug, sökande och användning av droger, som består trots ytterst negativa konsekvenser. För många människor utvecklas drogberoendet till ett kroniskt tillstånd med möjliga återfall även efter mycket långa perioder av avhållsamhet.

Vägen till drogberoende börjar med att man tar droger. Individens förmåga att låta bli att ta droger kan med tiden äventyras. Att söka efter drogen blir tvångsmässigt, till stora delar som ett resultat av de effekter en långvarig droganvändning har på hjärnans funktioner och därmed på beteendet.

Tvånget att använda droger kan ta över personens liv. Beroendet innebär ofta inte bara tvångsmässigt drogintag utan också en hel rad funktionsstörningar som kan leda till störningar i personens sätt att fungera normalt i familj, arbete och i samhället i stort. Beroendet utsätter också människor för en ökad risk för en hel mängd olika sjukdomar. Dessa sjukdomar kan tillföras genom beteendet, som dåliga vanor när det gäller livsföring och hälsa, som ofta är följeslagare i en beroendes liv, eller genom de gifter som drogerna i sig själva innebär.

Eftersom beroendet har så många dimensioner och verkar splittrande i så många olika avseenden i en människas liv finns det ingen enkel behandling av denna sjukdom. Drogbehandlingen måste hjälpa personen att sluta använda droger och att upprätthålla en drogfri livsstil, medan han förvärvar förmågan att fungera produktivt i familj, i arbete och i samhälle. Effektiva behandlingsprogram mot drogmissbruk och drogberoende inkluderar därför många komponenter, var och en inriktad mot en speciell del av sjukdomen och dess konsekvenser.

Tre årtionden av vetenskapliga undersökningar och klinisk tillämpning har resulterat i en mångfald av effektiva behandlingar för drogberoende. Omfattande faktauppgifter dokumenterar att behandling av drogberoende är lika effektiv som behandling av de flesta andra liknande kroniska medicinska tillstånd. Trots vetenskapliga bevis som fastslår att behandlingen av drogberoende är effektiv finns det många som tror att behandlingen är ineffektiv. Till en del beror detta på orealistiska förväntningar. Många likställer beroende helt enkelt med att man använder droger och förväntar sig därför att beroendet snabbt skall botas, och om det inte blir så är behandlingen ett misslyckande. I verkligheten förhåller det sig så att eftersom beroende är en kronisk störning, kräver det slutgiltiga målet att uppnå långsiktig avhållsamhet ofta ihållande och upprepade behandlingsperioder.

Självfallet är inte alla drogberoendebehandlingar lika effektiva. Forskningen har också uppvisat en serie överbyggande principer som utmärker de effektivaste behandlingarna för drogmissbruk och drogberoende och hur de implementeras.

För att dela med sig av resultaten ur detta omfattande forskningsmaterial och för att gynna uppkomsten av en mer spridd användning av vetenskapligt baserade behandlingskomponenter höll National Institute on Drug Abuse (Institutet för Droghmissbruk) en nationell konferens angående behandling av drogmissbruk: "Från forskning till tillämpning" i april 1998 och förberedde denna handledning. Sidorna 3-5* i handledningen är en sammanfattning av överbyggande principer som utmärker en effektiv behandling. Sidorna 13-21* ger en detaljerad beskrivning av dessa principer genom att ge svar på vanliga frågor med stöd av tillgänglig vetenskaplig litteratur. Sidorna 23-33* beskriver de olika behandlingsformerna och sidorna 35-47* ger exempel på vetenskapligt baserade och utprovade behandlingskomponenter.

* Avser sidhänvisningar i den amerikanska originalutgåvan.

Alan I. Leshner, filosofie doktor
Direktör
National Institute on Drug Abuse (Institutet för Droghmissbruk)

Allt material i denna utgåva är offentlig egendom och kan användas och reproduceras utan tillstånd från institutet eller från författarna.

USAs regering rekommenderar eller främjar inte någon speciell handelsprodukt eller -företag. Varunamn, äganderätt eller företagsnamn som förekommer i denna utgåva används endast därför att de anses väsentliga i sammanhanget för de studier som här beskrivs.

NIH utgåva nr 99-4180.
Tryckt i oktober 1999

*Behandlingen varierar
beroende på typ av drog och patientens egenskaper ...
De bästa programmen erbjuder en kombination av terapier
och annan service*

Ofta ställda frågor

1. Vad är drogberoendebehandling?

Det finns många beroendeframkallande droger och behandlingen av olika droger kan vara olika. Behandlingen är också varierande beroende på patientens egenskaper.

Problem som hänger ihop med en persons drogberoende kan vara påtagligt varierande. Människor som är beroende av droger kommer från alla livsomständigheter. Många lider av mental ohälsa, sysselsättnings-, hälso- eller sociala problem, som gör deras beroendestörning mycket svårare att behandla. Även om några problem är förknippade med drogberoendet varierar allvaret i själva beroendet mycket mellan människor.

Det finns en mångfald av vetenskapligt baserade tillvägagångssätt när det gäller behandling av drogberoende. Behandling av drogberoende kan omfatta beteendeterapi (som t ex rådgivning, kognitiv terapi och psykoterapi) medicinering eller en kombination av båda. Beteendeterapi erbjuder människor en strategi för att ta hand om suget efter droger, upplyser dem om vägar att undvika droger och förebygga återfall och att hjälpa dem med återfallet om det inträffar. När en persons drogrelaterade uppträdande placerar honom eller henne i en högre riskgrupp för AIDS eller andra infektionssjukdomar, kan beteendeterapi hjälpa till att minska risken för överföring av sjukdomar. "Case management" och att remittera till andra medicinska, psykologiska och sociala behandlingar är mycket viktiga beståndsdelar i behandlingen av patienter. De bästa programmen innehåller en kombination av terapier och andra behandlingar för att motsvara den individuella patientens behov. Dessa behov formas av t ex ålder, ras, kultur, sexuell läggning, kön, graviditet, föräldraskap, bostad och sysselsättning liksom fysiska och sexuella övergrepp.

Behandling av drogberoende kan omfatta beteendeterapi, medicinering eller en kombination av båda.

Behandlingsmediciner, som t ex metadon, LAAM och naltrexon finns för personer som är beroende av opiater. Nikotinpreparat (plåster, tuggummi, nässpray) och bupropion finns för dem som är beroende av nikotin.

Medicinering, med t ex antidepressiva medel, medel att stabilisera humöret eller neuroleptika, kan vara mycket viktiga för en framgångsrik behandling när patienten förutom missbruk samtidigt lider av mentala störningar, som depression, oro, bipolära störningar eller psykos.

Behandlingen kan utföras på många olika sätt, i många olika former och under olika varaktighet. Eftersom drogberoende är en typisk kronisk sjukdom som kännetecknas av tillfälliga återfall, är en kortvarig engångsbehandling ofta inte tillräcklig. För många innebär behandlingen en långsiktig process som involverar många interventioner och försök till avhållsamhet.

Ingående komponenter i en omfattande behandling av drogmissbruk

	Familje- rådgivning	Barnomsorg	Yrkes- vägledning
		Intagning Behandling/ bedömning	
Bostäder/ transporter	Beteendeterapi och rådgivning	Behandlingsplan	Psykiatrisk hälsovård
			Övervakning av drogmiss- bruk
Ekonomisk rådgivning	Klinisk behandling och "Case Management"	Medicinering	Sjukvård
			Självhjälp/ kamrat- grupp
		Fortsatt vård	
	Rättslig service		Utbildning
		AIDS/HIV- behandling	

De bästa programmen innehåller en kombination av terapier och andra stödåtgärder för att motsvara den individuella patientens behov

2. Varför kan inte drogberoende personer sluta på egen hand?

Nästan alla drogberoende personer tror i början att de kan sluta på egen hand och de flesta försöker att sluta utan behandling. Men många försök slutar i ett misslyckande i att uppnå långvarig avhållsamhet. Forskningen har visat att långvarigt droganvändande resulterar i märkbara förändringar i hjärnfunktionen som består långt efter det att personen har slutat använda droger. Dessa drogrelaterade förändringar i hjärnan kan ha många beteendekonsekvenser, inklusive tvångsmässig användning av droger trots negativa konsekvenser – detta är ett utmärkande drag för beroende.

Långvarig användning av droger resulterar i markanta förändringar i hjärnans funktion som består långt efter det att personen slutar använda droger.

Om man förstår att beroendet har en sådan viktig biologisk komponent kan det hjälpa att förklara varför en enskild person har så stora svårigheter att uppnå och upprätthålla avhållsamhet utan behandling. Psykologisk stress p g a jobb- och familjeproblem, social situation (som att träffa personer från sitt förflutna som missbrukare) kan i samverkan med biologiska faktorer förhindra en att uppnå och upprätthålla avhållsamhet och öka risken för

återfall. Forskningsstudier visar att även en individ med ett mycket starkt beroende aktivt kan delta i en behandling och att ett aktivt deltagande är väsentligt för ett bra resultat.

3. Hur effektiv är behandlingen av drogberoende?

Förutom att sluta med droganvändning är målet för behandlingen att personen skall återgå till att produktivt fungera i familj, arbete och samhälle. Måttet för effektiviteten inkluderar nivån av kriminellt beteende, fungerande i familjen, möjligheten till anställning och det medicinska tillståndet. På det hela taget är behandling av beroende personer lika framgångsrikt som behandling av personer med andra kroniska sjukdomar, t ex diabetes, högt blodtryck och astma.

Behandling av beroende är lika framgångsrikt som behandling av andra kroniska sjukdomar, som t ex diabetes, för högt blodtryck och astma.

I flera studier framgår att drogbehandling minskar droganvändning med 40 till 60 procent och minskar markant kriminella aktiviteter under och efter behandlingen. En studie visar t ex att en terapeutisk samhällsbehandling av drogförbrytare visade att anhållna för vålds- och ickevåldsbrott minskade med 40 procent eller mer. Metadonbehandling har visat sig minska det kriminella beteendet med så mycket som 50 procent. Forskning visar att behandling av drogberoende minskar risken för HIV-infektion och att insatserna för att förhindra HIV är mycket mindre kostsamma än behandling av HIV-relaterad sjukdom. Behandling kan förbättra utsikterna att få arbete upp till 40 procent efter behandling.

Fastän dessa mått på effektivitet i allmänhet håller, beror individuella behandlingsresultat på omfattningen och arten av patientens problem, huruvida behandlingens olika delar är rätt anpassade och hur den därtill relaterade vård som används svarar mot dessa problem liksom i vilken grad patienten engagerar sig i behandlingsprocessen.

4. Hur lång tid tar vanligtvis en drogberoendebehandling?

Olika personer går igenom drogbehandlingsprocessen med olika hastighet, så därför finns ingen förutbestämd behandlingstid. Men forskningen har otvetydigt visat att ett bra resultat är en följd av en lagom längd på behandlingen. Generellt gäller för behandling i såväl slutet som i öppen vård att om den varar i mindre än 90 dagar, har behandlingen en begränsad eller ingen effekt och att behandlingar som varar markant längre ofta ger bra resultat. När det gäller metadonunderhållsbehandling är 12 månader ett minimum och en del opiatberoende personer kommer att fortsätta med metadonunderhållsbehandling i årtal.

Ett bra resultat är en följd av lagom behandlingstid.

Många som påbörjar behandling lägger av innan de drar några fördelar av vad behandlingen kan ge dem. För att nå ett framgångsrikt resultat krävs ibland mer än en behandlingsomgång. Många drogberoende undergår många behandlingsperioder, ofta med ackumulerad inverkan.

5. Hur kan man hjälpa människor att stanna kvar i behandling?

Eftersom ett lyckat resultat ofta är beroende av att man lyckas hålla kvar personen tillräckligt länge för att behandlingens alla fördelar skall märkas är det mycket viktigt att ha en strategi för att hålla kvar individen i programmet. Om patienten stannar kvar i behandlingen beror på

faktorer som hänger ihop med både individen och programmet. Individuella faktorer relaterade till engagemang och att man stannar kvar omfattar motivering att förändra sitt drog-användningsbeteende, vilket stöd man får från familj och vänner och huruvida det föreligger någon press från kriminalvårdssystemet, barnavårdsnämnden, anställda eller familj att man stannar kvar i behandlingen. Inom programmet har framgångsrika behandlare möjlighet att etablera en positiv, terapeutisk relation med patienten. Behandlaren bör försäkra sig om att en behandlingsplan upprättas och följs, så att individen vet vad som är att vänta under behandlingen. Medicinsk och psykiatrisk vård och social service bör finnas tillgänglig.

Om patienten stannar kvar i behandlingen beror på faktorer som hänger ihop med både individen och programmet.

Eftersom en del individuella problem (som t ex allvarlig mental sjukdom, allvarlig kokain- eller crackanvändning och kriminell inblandning) ökar sannolikheten att en patient skall läggas av kan intensiv behandling med en rad olika komponenter krävas för att hålla kvar patienten. Den som ombesörjer detta får sedan tillförsäkra att en övergång finns till fortsatt vård eller "eftervård" efter att patienten har fullgjort den formella behandlingen.

6. Ersätter användning av medicinering som t ex metadon helt enkelt ett drogberoende med ett annat?

Nej. När det används som stödbehandling är metadon och LAAM ingen ersättning för heroin. De utgör en säker och effektiv medicinering för opiatberoende som tas oralt i regelbundna, fasta doser. Deras farmakologiska effekter är utpräglat annorlunda än heroinets.

Metadon och LAAM som används som stödbehandling utgör inte någon ersättning för heroin.

När heroin injiceras, snusas eller röks ger det nästan omedelbart en kick eller en kort period av eufori som går över fort, och slutar i en "krasch". Individen upplever då ett intensivt sug efter att ta mer heroin för att få slut på kraschen och återgå till det euforiska tillståndet. Cykel av eufori, crash och sug – som upprepas flera gånger under en dag – leder till en beroendecykel och beteendestörning. Dessa kännetecken för heroinanvändning beror på drogens snabba händelseförlopp och dess korta varaktighet att aktivera hjärnan. En individ som använder heroin vid flera tillfällen per dag utsätter sin hjärna och sin kropp för markanta, snabba växlingar när opiatets verkningar kommer och går. Dessa växlingar kan störa ett antal viktiga kroppsfunktioner. Eftersom heroin är olagligt, blir de som är beroende av det ofta delaktiga i en flyktig droganvändande gatukultur som karaktäriseras av tiggande och brott för att få ihop pengar.

Metadon och LAAM har betydligt långsammare verkan än heroin och som en följd av detta får patienter som stabiliseras med denna medicinering ingen kick. Dessutom släpper medicinerna långsammare än heroin, så det blir ingen plötslig krasch och hjärnan och kroppen utsätts inte för så markanta växlingar som vid heroinanvändning. Stödbehandling med metadon eller LAAM minskar signifikant begäret efter heroin. Om en person som får stödbehandling med lagom, regelbundna doser av metadon (en gång om dagen) eller LAAM (flera gånger i veckan) försöker att ta heroin, blockeras de euforiska effekterna av heroinet på ett markant sätt. Enligt vad forskningen kommit fram till, lider inte patienter i stödbehandling av de medicinska abnormaliteter och beteenderubbningar som snabba svängningar i drognivåerna orsakar dem som är beroende av heroin.

7. Vilken roll kan kriminalvårdssystemet spela när det gäller drogberoendebehandlingen?

I ökande grad visar forskningen att behandling av lagöverträdare med drogberoende under och efter fängelsetiden kan ha en avgjort välgörande effekt på deras framtida droganvändning, kriminella beteende och socialt fungerande. Det finns starka argument för att integrera drogberoendebehandling med kriminalvårdssystemet. Att kombinera fängelsevistelse med en samhällsbaserad behandling för drogberoende minskar risken både för återfallsförbrytelser i drogrelaterade kriminella beteenden och för återfall i droganvändning. Som ett exempel kan nämnas att en nyligen genomförd studie visade att fångar som deltog i ett terapeutiskt behandlingsprogram i Delaware State Prison och fortsatte med ett arbetsträningsprogram efter fängelset hade 70 procent lägre benägenhet att ta upp droganvändning och utsätta sig för att åter bli fängslade än de som inte deltog i programmet.

De som påbörjar behandling under juridisk påtryckning uppnår lika bra resultat som de som påbörjar behandlingen frivilligt.

Majoriteten personer som vårdas inom kriminalvårdssystemet befinner sig inte i fängelse utan står under samhällets övervakning. De som har kända drogproblem kan bli rekommenderade drogberoendebehandling eller bli beordrade som ett villkor för frigivning. Forskningen har visat att de som påbörjar behandling under juridisk påtryckning uppnår lika bra resultat som de som påbörjar behandlingen frivilligt.

Kriminalvårdssystemet remitterar lagöverträdare till behandling genom olika mekanismer, t ex genom att leda in icke-våldsamma lagöverträdare till behandling, att sätta behandling som ett villkor för frigivning eller för frisläppandet före rättegången och att sammankalla specialiserade domstolar som behandlar fall för lagöverträdare med drogproblem. Drogdomstolar, en ytterligare modell, ägnar sig åt drogrelaterade lagöverträdare. De beordrar och ombesörjer behandling som ett alternativ till fängsligt förvar, övervakar aktivt framstegen i behandlingen och ombesörjer annan service för drogrelaterade lagöverträdare.

De effektivaste modellerna integrerar kriminalvårdande åtgärder med drogbehandling. Behandlings- och kriminalvårdspersonal utarbetar tillsammans planer och implementering för undersökning, placering, test, övervakning liksom systematisk användning av sanktioner och belöningar för drogmissbrukare inom kriminalvårdssystemet.

Behandling av fängslade drogmissbrukare måste också omfatta fortsatt vård och övervakning efter frigivningen och under villkorlig frigivning.

8. Hur kan behandlingen av drogberoende hjälpa till att minska spridningen av HIV/AIDS och andra infektionssjukdomar?

Många människor med drogberoende som t ex heroin- eller kokainmissbrukare och speciellt sprutnarkomaner utsätts för ökad risk för HIV/AIDS liksom för andra infektionssjukdomar som hepatit, tuberkulos och sexuellt överförda infektioner. För dessa individer och för samhället i stort är drogberoendebehandling sjukdomsförebyggande.

Drogberoendebehandling är sjukdomsförebyggande.

Sprutnarkomaner som inte påbörjar behandling löper upp till sex gånger större risk att bli infekterade med HIV än sprutnarkomaner som påbörjar och stannar kvar i behandling.

Droganvändare som påbörjar och fortsätter behandling minskar aktiviteter som kan sprida sjukdomar, såsom att dela injektionsutrustning och ha oskyddat sex. Att delta i behandling innebär också möjlighet till undersökning, rådgivning och remittering till annan service. De bästa programmen för drogmissbrukare ger HIV-rådgivning och erbjuder HIV-test till sina patienter.

9. Var passar 12-steps- eller självhjälpsprogrammen in i drogberoendebehandlingen?

Grupper för självhjälp kan komplettera och utöka effekterna av professionell behandling. De mest framstående självhjälpsgrupperna återfinns bland Anonyma Alkoholister (AA), Narcotics Anonymous (NA) och Cocaine Anonymous (CA), som arbetar utifrån 12-stepsprogrammet och SMART Recovery. De flesta behandlingsprogram för drogberoende uppmuntrar patienten att delta i ett självhjälpsprogram under och efter den formella behandlingen.

10. Hur kan familj och vänner påverka någon som är i behov av behandling?

Familj och vänner kan spela en mycket viktig roll när det gäller att motivera individer med drogproblem att påbörja och stanna kvar i behandling. Familjeterapi är viktig, speciellt för ungdomar. Att engagera en familjemedlem i en persons behandlingsprogram kan stärka och utöka programmets fördelar.

11. Är behandlingen av drogberoende värd sitt pris?

Behandling av drogberoende är kostnadseffektiv när det gäller att minska droganvändningen och därmed sammanhängande hälso- och sociala kostnader. Behandling är billigare än andra alternativ, som t ex att inte behandla missbrukare eller att helt enkelt internera missbrukare. Ett helt år med metadonunderhållsbehandling, till exempel, kostar (i USA) cirka \$4.700 per patient, medan däremot ett helt år i fängelse kostar cirka \$18.400 per person.

Behandling av drogberoende är kostnadseffektiv när det gäller att minska droganvändningen och därmed sammanhängande hälso- och sociala kostnader.

Enligt flera försiktiga beräkningar, ger varje \$1 som investeras i drogberoendeprogram mellan \$4 och \$7 i avkastning enbart genom minskade drogrelaterade brott, kriminalvårdskostnader och enbart stölder. Om man inkluderar även hälsovårdskostnader kan de totala besparingarna överstiga kostnaderna med 12 till 1. Stora besparingar kommer också individen och samhället till del genom en markant nedgång i antalet konflikter i personrelationer och en minskning av drogrelaterade olyckor.

*Behandling av drogmissbruk och drogberoende
levereras på många olika sätt
med olika synsätt på beteende och farmakologi*

Behandling av drogberoende i USA

Drogberoende är en komplicerad störning som kan involvera praktiskt taget alla sidor i en individs fungerande – i familjen, på jobbet och i samhället. Till följd av beroendets komplexitet och genomträngande konsekvenser är det typiskt för beroendebehandlingen att den måste involvera många komponenter. En del av dessa komponenter fokuserar direkt på personens droganvändning. Andra, som arbetsutbildning, fokuserar på att återböda den missbrukande individen till ett produktivt medlemskap i familj och i samhälle.

Behandling av drogmissbruk och drogberoende ges på många olika sätt och med olika synsätt på beteende och farmakologi. I USA finns fler än 11 000 specialiserade drogbehandlingsinrättningar som erbjuder personer med störningar på grund av droganvändning rehabilitering, rådgivning, beteendeterapi, medicinering, ”case management” (vårdsamordnare) och andra typer av service.

Eftersom drogmissbruk och drogberoende är stora allmänna hälsoproblem finansierar lokala, statliga och federala regeringar en stor del av drogbehandlingen. Privata och företagssubventionerade hälsoplaner kan täcka behandling av drogberoende och dess medicinska följder.

Drogmissbruk och drogberoende behandlas i specialiserade behandlingsinrättningar och psykiatriska kliniker av ett stort antal utövare, inklusive certifierade behandlare för drogmissbruk, läkare, psykologer, sjuksköterskor och socialarbetare. Behandlingen finns inom öppen eller sluten sjukhusvård och på behandlingshem. Även om specifika behandlingstillämpningar ofta är förknippade med speciella behandlingsformer, finns det ändå en mängd terapeutiska ingripanden eller serviceformer som kan fogas till vilken behandlingsform som helst.

Allmänna kategorier för behandlingsprogram

Forskningsstudier om drogberoendebehandling har klassificerat behandlingsprogrammen i flera allmänna typer eller sätt, som beskrivs i följande text. Tillvägagångssättet vid behandling och individuella program fortsätter att utvecklas och många av dagens befintliga program passar inte in i den traditionella klassificeringen av drogberoendebehandling.

Underhållsbehandling för opiatberoende genomförs vanligtvis i öppen vård och kallas ofta metadonbehandlingsprogram. Dessa program använder sig av en långverkande syntetisk opiatmedicin, vanligtvis metadon eller LAAM, som ges oralt under en oavbruten period i en dos som är tillräcklig för att förhindra abstinenssymtom, blockera effekterna av illegal opiatanvändning och minska suget efter opiatet. Patienter som stabiliseras på lagom, oavbruten dosering av metadon eller LAAM kan fungera normalt. De kan behålla ett arbete, undvika brotts- och våldskulturen på gatan och minska risken för att utsättas för HIV genom att stoppa eller minska användning av sprutdroger och genom att avstå från drogrelaterad riskfylld sex.

Patienter som är stabiliserade med opiatagonister kan lättare engagera sig i rådgivning eller andra beteendeingripanden som är väsentliga för deras tillfrisknande och rehabilitering. De bästa och mest effektiva underhållsprogrammen omfattar individuell och/eller grupprådgivning liksom tillgång till eller hänvisning till andra erforderliga medicinska, psykologiska och sociala insatser.

Patienter som stabiliserats på lagom, oavbruten dosering av metadon eller LAAM kan fungera normalt.

Referenser:

- Ball, J. C., and Ross, A. *The Effectiveness of Methadone Treatment*, New York: Springer-Verlag, 1991.
- Cooper, J. R. Ineffective use of psychoactive drugs; Methadone treatment is no exception. *JAMA* Jan 8; 267(2):281–282, 1992.
- Dole, V. P., Nyswander, M. and Kreek, M. J. Narcotic Blockade. *Archives of Internal Medicine* 118: 204–309, 1996.
- Lowinson, J.H., Payte, J. T., Joseph, H., Marion, I. J. and Dole, V. P. Methadone Maintenance. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. and Langrod, J. G. (Eds). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 1996, pp. 405–414.
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E. and O'Brien, C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* Apr 21, 269(15):1963–1959, 1993.
- Novick, D. M., Joseph, J., Crozson, T. S., et al. Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Archives of Internal Medicine* Jan; 150(1):97–99, 1990.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. and Bracy, S. A. Six-year follow-up of opioid addicts after admission to treatment. *Archives of General Psychiatry* Nov; 39(11): 1318–1323, 1982.
- Simpson, D. D. Treatment for drug abuse; Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry* 38(8):875–880, 1981.

Narkotisk antagonistbehandling med Naltrexon för opiatberoende utförs vanligtvis i öppen vård även om medicineringen ofta inleds med medicinsk avgiftning i slutet vård. Naltrexon är ett långtidsverkande syntetiskt opiatantagonistpreparat med få biverkningar och medlet intas oralt antingen varje dag eller tre gånger i veckan under en oavbruten tidsperiod. Personerna som får medlet måste vara medicinskt avgiftade och opiatfria under flera dagar innan Naltrexon kan tas för att förhindra opiatabstinenssyndrom. När det används på rätt sätt blockeras alla effekter av självadministrerade opiater inklusive eufori, helt och hållet. Teorin bakom denna behandling är att det upprepade uteblivandet av de önskade effekterna, liksom det meningslösa i att använda opiater gradvis skall bryta opiatberoendets vana. Naltrexon i sig själv har inga subjektiva effekter eller potential för missbruk och är inte beroendeframkallande. Motsträviga patienter är ett vanligt problem. Därför kräver ett positivt resultat av behandlingen att det också finns en positiv terapeutisk relation, effektiv rådgivning eller terapi och noggrann övervakning på att medicineringen följs.

Patienter som stabiliserats med Naltrexon kan behålla ett arbete, undvika brottslighet och våld och minska risken att utsättas för HIV.

Många erfarna psykologer har funnit att Naltrexone är mycket användbart för patienter som har hög motivation, är nyligen avgiftade och som önskar total avhållsamhet på grund av yttre omständigheter; personer i arbetslivet, villkorligt frigivna, de som har skyddstillsyn och fångar som står inför arbetsträning. De kan behålla ett jobb, undvika gatukulturens brottslighet och våld och minska risken att utsättas för HIV genom att sluta med injektionsdroger och drogrelaterad riskfylld sexualitet.

Referenser:

- Cornish, J. W., Metzger, D., Woody, G. E., Wilson, D., McLellan, A. T., Vandergrift, B. and O'Brien, C. P. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(6): 529–534, 1997.
- Greenstein, R. A., Arndt, I. C., McLellan, A. T. and O'Brien, C. P. Naltrexone: a clinical perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 45 (9 Part 2):25–28, 1984.
- Resnick, R. B., Schuyten-Resnick, E. and Washton, A. M. Narcotic antagonists in the treatment of opioid dependence: review and commentary. *Comprehensive Psychiatry* 20(2): 116–125, 1979.
- Resnick, R. B. and Washton, A. M. Clinical outcome with naltrexone: predictor variables and followup status in detoxified heroin addicts. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311: 241–246, 1978.

Drogfri behandling i öppen vård varierar vad gäller intensitet och vilka insatser som erbjuds. Sådan behandling kostar mindre än institutionsbehandling och passar ofta bättre för patienter som har anställning eller som har ett utvecklat socialt stöd. Lågintensivprogram kan erbjuda något mer än drogutbildning och förmaningar. Andra öppenvårdsmodeller, såsom intensiv dagbehandling, kan vara jämförbara med institutionsbehandlingsprogrammen när det gäller insatser och effektivitet, beroende på den enskilde patientens egenskaper och behov. I många öppenvårdsprogram fokuserar man på grupprådgivning. En del öppenvårdsprogram är utformade för att behandla patienter som utöver sina drogproblem har medicinska eller psykiatriska hälsoproblem

Referenser:

- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. and Badger, G. J. Incentives to improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 51, 568–576, 1994.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. and Etheridge, R. M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4): 291–298, 1998.
- Institute of Medicine. *Treating Drug Problems*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.
- McLellan, A. T., Grisson, G., Durell, J., Alterman, A. I., Brill, P. and O'Brien, C. P. Substance abuse treatment in the private setting: Are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment* 10, 243–254, 1993.
- Simpson, D. D. and Brown, B. S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4): 294–307, 1998.

Långtidsbehandling på institution ger vård 24 timmar om dygnet, vanligtvis i icke sjukhusmiljö. Den bäst kända behandlingsmodellen är TC (Therapeutic Community = terapeutiskt samhälle), men institutionsbehandling kan innehålla andra modeller också, som t ex kognitiv beteendeterapi.

Terapeutiska samhällen är institutionsprogram med planerade behandlingstider på 6 till 12 månader. De fokuserar på resocialisering av den enskilde patienten och använder programmet hela "samhälle", andra klienter, personal och det sociala sammanhanget som aktiva komponenter i behandlingen. Missbruket ses i ett sammanhang med personens sociala och psykologiska brister och behandlingen fokuserar på att utveckla personligt ansvar och socialt produktivt liv. Behandlingen är välstrukturerad och kan ibland vara konfrontativt med aktiviteter som är framtagna för att hjälpa de intagna att undersöka menliga övertygelser, självuppfattningar och beteendemönster och att anta nya, mer harmoniska och konstruktiva sätt att umgås med andra. Många TC program är mycket omfattande och kan inkludera arbetsträning och andra stödinsatser på stället.

Terapeutiska samhällen fokuserar på den enskildes resocialisering och använder programmets hela samhälle som aktiva komponenter i behandlingen.

Jämfört med patienter i andra former av drogbehandling har en typisk deltagare i terapeutiska samhällen allvarigare problem, flera samtidigt problem med sin mentala hälsa och mer omfattande kriminalitet. Forskningen visar att behandling i terapeutiska samhällen kan ändras för att behandla personer med speciella behov, inklusive ungdomar, kvinnor, personer med allvarliga mentala störningar och intagna inom kriminalvården.

Referenser:

- Leukefeld, C., Pickens, R. and Schuster, C. R. Improving drug abuse treatment: Recommendations for research and practice. In: Pickens, R. W., Luekefeld, C. G. and Schuster, C.R. (Eds) Improving Drug Abuse Treatment, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, DHHS Pub No. (ADM) 91-1754, U.S. Government Printing Office, 1991.
- Lewis, B. F., McCusker, J., Hindin, R., Frost, R. and Garfield, F. Four residential drug treatment programs: Project IMPACT. In: Inciardi, J. A., Tims, F. M. and Fletcher, B. W. (Eds) Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse. Westport, CN: Greenwood Press, 1993, pp. 45-60.
- Sacks, S., Sacks, J., DeLeon, G., Bernhardt, A. and Staines, G. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: Background; influences; program description; preliminary findings. Substance Use and Misuse 32(9); 1217-1259, 1998.
- Stevens, S.J. and Glider, P.J. Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women. In: Tims, F.M., De Leon, G. and Jainchill, N., (Eds). Therapeutic Community: Advances in Research and Application, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 144, NIH Pub. No. 94-3633, U.S. Government Printing Office, 1994, pp. 162-180.
- Stevens, S., Arbiter, N. and Glider, P. Women residents: Expanding their role to increase treatment effectiveness in substance abuse programs. International Journal of the Addictions 24(5): 425-434, 1989.

Korttidsbehandling i slutenvård erbjuder en intensiv men relativt kort institutionsbehandling baserad på ett modifierat 12-stepsprogram. Ursprungligen utformades dessa program för att behandla alkoholproblem, men under kokainepidemin i mitten av 1980-talet började många behandla missbruk och beroende av olagliga droger. Den ursprungliga institutionsbehandlingsmodellen bestod av en 3 till 6 veckors sjukhusbaserad behandlingsfas följt av en förlängd öppenvårdsbehandling och deltagande i självhjälpgrupper såsom Anonyma Alkoholister. Sänkta ersättningsnivåer för drogmissbruksbehandling har resulterat i en nedgång i antalet sådana program och den genomsnittliga behandlingstiden är mycket kortare än i de tidiga programmen.

Referenser:

- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P.M., Anderson, J. and Etheridge, R. M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4): 291–298, 1998.
- Miller, M. M. Traditional approaches to the treatment of addiction. In: Graham A. W. and Schultz, T. K. (Eds) *Principles of Addiction Medicine*, 2nd ed. Washington, D.C., American Society of Addiction Medicine, 1998.

Medicinsk avgiftning är en process där patienterna systematiskt avväns från droger under läkarvård antingen i slutenvård eller öppenvård. Avgiftning kallas ibland för en distinkt behandlingsform men det är lämpligare att betrakta den som en inledning till behandling eftersom den är utformad för att behandla de akuta fysiologiska effekterna av att sluta använda droger. Det finns mediciner för avgiftning av opiater, nikotin, bensodiazepiner, alkohol, barbiturater och andra lugnande medel. I vissa fall, speciellt vid de tre sistnämnda drogerna, kan avgiftning vara en medicinsk nödvändighet och en obehandlad avvänsning kan vara medicinskt farlig och till och med dödlig.

Avgiftning är inledningen till behandling

Avgiftning är inte utformad för att ta hand om de psykologiska, sociala och beteendeproblem som hänger samman med missbruk och ger därför generellt inte de bestående beteendeförändringar som är nödvändiga för ett tillfrisknande. Avgiftning är som mest användbart när den omfattar formella processer för bedömning av och remittering till påföljande behandling av drogberoende.

Referenser:

- Kleber, H. D. Outpatient detoxification from opiates. *Primary Psychiatry* 1: 42–52, 1996.

Behandling av drogmissbrukare och drogberoende inom kriminalvården

Forskningen har visat att kombinationen av kriminalvårdssanktioner och drogbehandling kan vara ett effektivt sätt att minska droganvändning och därmed relaterade brott. Personer som kommer in i programmet genom beslut i en tvångssituation tenderar att stanna kvar längre och lyckas lika bra eller bättre än de som inte står under rättslig press. Drogetmissbrukare kommer ofta i kontakt med kriminalvårdssystemet tidigare än med andra sociala system och kriminalvårdens inblandning för att få personen i behandling kan hjälpa till att bryta och förkorta karriären inom droganvändningen. Behandlingen för drogetmissbrukare eller drogberoende inom kriminalvården kan ske före, efter eller under pågående fängelsevistelse.

Att kombinera kriminalvårdssanktioner med drogbehandling kan vara ett effektivt sätt att minska droganvändning och därmed relaterade brott.

Fängelsebaserade behandlingsprogram

Lagöverträdare med drogproblem kan stöta på ett antal olika behandlingsformer under fängelsetiden, i drogutbildningsklasser, självhjälpsprogram och behandling baserad på terapeutiska samhällen eller i institutioner som tillämpar miljöterapi. Behandling i terapeutiska samhällen har studerats i stor utsträckning och den kan vara ganska effektiv när det gäller att minska droganvändning och återfall i kriminellt beteende. De som befinner sig i behandling bör separeras från övriga fångar, så att fängelsekulturen inte tar ut framstegen mot tillfrisknandet. Som man kan vänta sig kan en lyckad behandling gå förlorad om den intagne återförenas med övriga fångar efter behandlingen. Forskningen visar att återfall i droganvändning och i brottslighet är signifikant lägre om behandlingen fortsätter efter återinträde i samhället.

Samhällsbaserad behandling för intagna inom kriminalvården

Kriminalvården har presenterat ett antal alternativ till fängsligt förvar för de lagöverträdare som har drogproblem, inklusive begränsade avledande program, frigivning före rättegången på villkor att man går in i behandling, och villkorlig frigivning med sanktioner. En drogetdomstol framstår som lovande. Drogetdomstolar förordar och arrangerar drogberoende-behandling, övervakar aktivt hur behandlingen framskrider och ordnar annan service vid drogetrelaterad brottslighet. Federalt stöd för planering, implementering och utvidgning av drogetdomstolar ombesörjs av US Department of Justice Drug Courts Program Office.

Som ett väl studerat exempel ger Treatment Accountability and Safer Communities (TASC) (ungefär: Behandlingsansvar och säkrare samhällen) ett alternativ till fängsligt förvar genom att sätta den drogberoende lagöverträdarens olika behov i ett samhälleligt sammanhang. TASC-program kännetecknas av rådgivning, sjukvård, föräldra- och familjerådgivning, skol- och arbetsträning, rättslig service och arbetsförmedling. Till TASC's kännetecken hör 1) samordning av kriminalvård och drogbehandling 2) tidig identifiering, bedömning och remittering av drogetrelaterade lagöverträdare 3) övervakning av lagöverträdare genom drogettest och 4) hot om rättsliga sanktioner som motivation att stanna kvar i behandlingen.

Referenser:

Anglin, M. D. and Hser, Y. Treatment of drug abuse. In: Tonry M. and Wilson J. Q. (Eds). Drugs and crime. Chicago: University of Chicago Press, 1990, pp. 393–460.

- Hiller, M. L., Knight, K., Broome, K. M. and Simpson, D. D. Compulsory community-based substance abuse treatment and the mentally ill criminal offender. *The Prison Journal* 76(2), 180–191, 1996.
- Hubbard, R. L., Collins, J. J., Rachal, J.V. and Cavanaugh, E. R. The criminal justice client in drug abuse treatment. In Leukefeld, C. G. and Tims, F. M. (Eds). *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (NIDA Research Monograph 86). Washington, D.C: U.S. Government Printing Office, 1998.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C.A., Hooper, R. M. and Harrison, L. D. An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues* 27(2): 261–278, 1997.
- Wexler, H. K. The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. *Journal of Psychoactive Drugs* 27(1): 57–66, 1997.
- Wexler, H. K. Therapeutic communities in American prisons. In Cullen, E., Jones, L. and Woodward, R. (Eds). *Therapeutic Communities in American Prisons*. New York: Wiley and Sons, 1997.
- Wexler, H. K., Falkin, G. P. and Lipton, D. S. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior* 17(1): 71–92.

*Varje ansats till drogbehandling
är utformad att rikta uppmärksamheten på vissa
sidor av drogeroendet och
dess konsekvenser för individen,
familjen och samhället*

Vetenskapligt baserade tillvägagångssätt för behandling av drogeroende

Det här avsnittet presenterar flera exempel på behandlingar och behandlingskomponenter vars effektivitet har utvecklats och testats genom forskning som stöds av National Institute on Drug Abuse, NIDA. Varje enskild behandling inriktar sig på någon speciell sida av drogeroendet och dess konsekvenser för individ, familj och samhälle. Behandlingsmetoderna skall användas som ett komplement eller en utvidgning – inte ersättning – av befintliga behandlingsprogram.

Det här avsnittet är inte en komplett förteckning över effektiva vetenskapligt baserade behandlingar. Ytterligare metoder håller på att utvecklas som en del i NIDA's fortlöpande stöd av behandlingsforskning.

Återfallsprevention, en kognitiv beteendeterapi, togs fram för behandling av dryckesproblem och anpassades senare för kokainberoende. Kognitiva beteendeterapier är baserade på teorin att inlärningsprocessen spelar en avgörande roll i utvecklingen av beteendemönster med anpassningsproblem. Personerna lär sig att känna igen och korrigera problematiska beteenden. Återfallsprevention omfattar flera kognitiv beteendestrategier som underlättar avhållsamhet och hjälper vid återfall.

Återfallsprevention vid kokainberoende består av en samling strategier med avsikt att förbättra självkontrollen. Speciella tekniker inkluderar att undersöka positiva och negativa konsekvenser av fortsatt missbruk, självövervakning när det gäller att känna igen drogsuget på ett tidigt stadium och att identifiera högrisksituationer för återfall och att utveckla strategier att klara av och undvika högrisksituationer och sin önskan att använda droger. En central del i denna behandling är att förutse de problem som patienten sannolikt kommer att möta och att hjälpa dem att utveckla effektiva strategier att klara av situationen.

Forskningen visar att de färdigheter som personerna lär sig genom deltagande i återfallsprevention kvarstår efter avslutad behandling. En studie visade att de flesta som tagit del i denna kognitiva beteendeterapi bibehöll de framsteg som de gjort i behandlingen under hela det år som följde på behandlingen.

Referenser:

- Carroll, K., Rounsaville, B. and Keller, D. Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17(3): 249–265, 1991.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. and Gawin, F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry* 51: 989–997, 1994.
- Marlatt, G. and Gordon, J. R. (Eds). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York: Guilford Press, 1985.

Stödjande – uttryckande psykoterapi är en tidsbegränsad, fokuserad psykoterapi som har anpassats till heroin- och kokainberoende personer. Terapin har två huvudkomponenter:

- Stödjande tekniker för att hjälpa patienter att obesvärat kunna diskutera sina personliga erfarenheter
- Uttryckande teknik för att hjälpa patienter att identifiera och bearbeta sina relationer med andra människor.

Speciell uppmärksamhet ägnas åt drogernas roll i relation till problematiska känslor och beteenden och hur problem kan lösas utan droghjälp.

Den individuella stödjande – uttryckande psykoterapins verkan har testats på patienter med psykiatriska problem i metadonprogram. I en jämförelse med patienter som enbart fått drogrådgivning, lyckades båda grupperna lika bra med avseende på opiatanvändning, men gruppen i stödjande – uttryckande psykoterapi hade lägre kokainanvändning och krävde en lägre dos metadon. De patienter som fick stödjande – uttryckande psykoterapi bibehöll också bättre de framsteg de hade gjort. I en tidigare studie visade resultatet av stödjande – uttryckande psykoterapi i tillägg till drogrådgivning förbättrade resultat för opiatberoende personer med medelsvåra psykiatriska problem i metadonprogram.

Referenser:

Luborsky, L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment. New York: Basic Books, 1984.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. and O'Brien, C. P. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. American Journal of Psychiatry 152(9): 1302–1308, 1995.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. and O'Brien, C. P. Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. American Journal of Psychiatry 144: 590–596, 1987.

Individuell drogrådgivning fokuserar direkt på att minska eller stoppa den beroende personens användning av illegala droger. Den riktar sig också till områden relaterade till försämrade funktioner, – som sysselsättningssituation, illegal verksamhet, familje-/sociala relationer – liksom innehållet och strukturen i patientens tillfrisknandeprogram. Genom att lägga tyngdpunkten på kortsiktiga beteendemål, hjälper den individanpassade drogrådgivningen patienten att utveckla strategier att hantera situationen och att utveckla verktyg att avstå från droger och sedan att bibehålla avhållsamheten. Behandlare i beroendefrågor uppmuntrar patienten att delta i 12-stegsgrupper och hänvisar till ytterligare nödvändig medicinsk, psykiatrisk, arbets- eller annan service. Man rekommenderar deltagande i möten en eller två gånger i veckan.

I en studie som jämförde opiatberoende personer som endast fick metadon med personer som fick metadon tillsammans med rådgivning, visade de personer som endast fick metadon minimala förbättringar i fråga om minskad opiatanvändning. Komplettering med rådgivning gav en signifikant större förbättring. Om man lade till medicinsk/psykiatrisk, sysselsättnings- och familjerådgivning på stället förbättrades resultaten ytterligare.

I en annan studie med kokainberoende var individuell drogrådgivning tillsammans med drogrådgivning i grupp ganska effektivt för att minska kokainanvändningen. Det verkar således som att detta tillvägagångssätt har stor användbarhet för både heroin- och kokainberoende patienter i öppen vård.

Referenser:

- McLellan, A. T., Arndt, I., Metzger, D. S., Woody, G. E. and O'Brien, C. P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association* 269(15): 1953–1959, 1993.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L. and O'Brien, C. P. Is the counsellor an 'active ingredient' in substance abuse treatment? *Journal of Nervous and Mental Disease* 176: 423–430, 1988.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I. and Hole, A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40: 639–645, 1983.
- Crits-Cristoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. and Beck, A. Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the NIDA cocaine Collaborative Study. *Archives of General Psychiatry* (in press).

Motivationshöjande terapi är en patientcentrerad rådgivning för att initiera beteendeförändring genom att hjälpa patienten att komma över sin ambivalens när det gäller att gå in i behandling och sluta med droger. Detta behandlingssätt praktiserar strategier för att framkalla en snabb och inre motivationsförändring hos patienten hellre än att leda patienten stegvis genom tillfrisknandeprocessen. Den här terapin består av ett inledande möte med en serie bedömningar, följt av två till fyra individuella behandlingsmöten med en terapeut. Det första behandlingsmötet fokuserar på att ge feedback från den inledande bedömningsserien för att stimulera diskussion om personligt drogbruk och för att utlösa självmotiverande uttalanden. Motiverande samtal används för att stärka motivationen och skapa en plan för förändring. Strategier för att bemästra högrisksituationer föreslås och diskuteras med patienten. I efterföljande möten övervakar terapeuten förändring hos klienten, bedömer de avbrottsstrategier som används och fortsätter att uppmuntra engagemanget att förändra eller vidhålla avhållsamheten. Ibland uppmanas patienterna att ta med sig en närstående (Significant Other) till möten. Denna behandling har använts framgångsrikt i behandling av alkoholister och marijuanaberoende personer.

Referenser:

- Budney, A. J., Kandel, D. B., Cherek, D. R., Martin, B. R., Stephens, R. S. and Roffman, R. College on problems of drug dependence meeting. Puerto Rico (June 1996). Marijuana use and dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 45: 1–11, 1997.
- Miller, W.R. Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors* 61(6): 835–842, 1996.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. and Simpson, E. E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62: 92–99, 1994.

Beteendeterapi för ungdomar omfattar principen att oönskat beteende kan förändras genom en klar demonstration av önskvärt beteende och konsekvent belöning av varje steg på väg att uppnå förändring. Terapeutiska aktiviteter inkluderar att genomföra speciella uppgifter, öva önskvärda beteenden, notera och bedöma framsteg med beröm och premiering när uppsatta mål har nåtts. Urinprov samlas in regelbundet för att övervaka droganvändning. Terapin har som syfte att utrusta patienten med förmåga att behärska följande tre situationer:

Stimulanskontroll hjälper patienten att undvika situationer som har med droganvändning att göra och att lära sig tillbringa mer tid på aktiviteter som är oförenliga med droganvändning.

Kontroll över begäret hjälper patienten att känna igen och förändra tankar, känslor och planer som leder till droganvändning.

Social kontroll involverar familjemedlemmar och andra personer som är viktiga när det gäller att hjälpa patienten att undvika droger. En förälder eller en närstående deltar i behandlingsmöten när så är möjligt och hjälper till med terapeutiska uppgifter och med att förstärka det önskvärda beteendet.

Enligt forskningsstudier hjälper denna terapi ungdomar att bli drogfria och att öka sin förmåga att förbli drogfria efter avslutad behandling. Ungdomarna visar ett förbättrat uppträdande också inom en rad andra områden – närvaro i arbete / skola, familjerelationer, depression, institutionalisering och alkoholanvändning. Dessa framgångsrika resultat beror till stor del på att familjemedlemmar involveras i terapin och på belöning av avhållsamhet från droger, vilket kontrolleras genom urinprov.

Referenser:

- Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E., Donahue, B., Besalel, V. and McMahon, P. T. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research & Therapy* 34(1): 41–46, 1996.
- Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donahue, B., Besalel, V., Lapinski, K. J., Kogan, E., Acierno, R. and Galloway, E. Behavioral therapy for drug abuse; a controlled treatment outcome study. *Behavioral Research & Therapy* 32(8): 857–866, 1994.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S. and Acierno, R. Youth drug abuse treatment; A controlled outcome study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 3(3): 1–16, 1994.

Multidimensionell familjeterapi (MDFT) för ungdomar är en familjebaserad drogmissbruksbehandling för tonåringar i öppen vård. MDFT ser ungdomars droganvändning i termer av ett nätverk av influenser (d v s individ, familj, kamrater, samhälle) och föreslår att minskning av oönskat beteende och ökning av önskvärt beteende sker på många olika sätt i olika sammanhang. Behandlingen omfattar individuella och familjemöten, som hålls på kliniken, hemma eller med familjemedlemmar i familjedomstolen, i skolan eller i andra offentliga lokaler.

Under individuella möten arbetar terapeuten och tonåringen med viktiga utvecklingsuppgifter, såsom att utveckla förmågan att fatta beslut, att förhandla och att lösa problem. Tonåringar får färdigheter i att kommunicera sina tankar och känslor för att bättre kunna hantera livets stressfaktorer och få bättre yrkesmässiga kunskaper. Parallella möten hålls med familjemedlemmar. Föräldrar undersöker sitt speciella sätt att vara förälder och lär sig att urskilja påverkan från kontroll och att ha en positiv och ur utvecklingssynpunkt lämplig påverkan på sina barn.

Referenser:

- Diamond, G. S. and Liddle, H. A. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(3): 481–488, 1996.
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A. and Dakof, G. A. Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse. *Journal of Family Psychology* 10(1): 1–16, 1996.

Multisystemisk terapi (MST) ägnar sig åt de faktorer som hänger samman med allvarligt antisocialt beteende hos barn och ungdomar som använder droger. Dessa faktorer inkluderar den unga människans egenskaper (t ex positiv inställning till droganvändning), familjen (dålig disciplin, familjekonflikter, drogmissbruk hos föräldrarna) kamrater (positiv inställning till droganvändning), skolan (skolk, dåliga studieresultat) och grannskap (kriminell subkultur). Genom att delta i en intensiv behandling i naturliga miljöer (hem, skola och bostadsområde) fullföljer de flesta ungdomar och familjer hela behandlingen. MST minskar signifikant ungdomarnas droganvändning under behandlingen och minst 6 månader efter behandlingen. Det minskade antalet omhändertaganden och placeringar utanför hemmet ersätter kostnaden för denna intensiva service och att upprätthålla en låg arbetsbelastning hos behandlande läkare.

Referenser:

- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J. and Crouch, J. L. Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry* 153: 427–428, 1996.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M, Rowland, M.D. and Cunningham, P.B. *Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. New York: Guilford Press, 1998.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. and Patel, H. MST treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies* 5: 431–444, 1996.

Kombinerad beteende- och nikotinersättningsterapi för nikotinberoende, består av två huvudkomponenter:

- Absorberande nikotinplåster eller nikotintuggummi minskar symtomen vid avvänjning och ger en bättre initial avhållsamhet.
- Beteendekomponenten erbjuder samtidig stöd och förstärkning av förmågan att bemästra situationen, vilket ger bättre resultat på lång sikt.

Genom träning av beteendefärdigheter lär sig patienterna på ett tidigt stadium att undvika högrisksituationer för återfall till rökning och senare att planera strategier för att bemästra sådana situationer. Patienterna övar färdigheter i behandling samt i sociala och arbets-sammanhang. De lär sig andra bemästringsstrategier, som att avstå från cigaretter, att agera bestämt och att styra sin tid. Den kombinerade behandlingen baserar sig på den logiska grund som beteende- och farmakologiska behandlingar arbetar med genom olika men ändå kompletterande mekanismer som ger potentiella tilläggseffekter.

Referenser:

- Fiore, M. C., Kenford, S. L., Jorenby, D. E., Wetter, D. W., Smith, S. S. and Baker, T. B. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counselling treatments. *Chest* 105: 524–533, 1994.
- Hughes, J. R. Combined psychological and nicotine gum treatment for smoking: a critical review. *Journal of Substance Abuse* 3: 337–350, 1991.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. American Psychiatric Association, 1996.

Community Reinforcement Approach (samhällskongruent förändringsarbete), CRA Plus voucher är en intensiv 24-veckorsterapi för behandling av kokainberoende i öppen vård.

Behandlingen har två mål:

- Att uppnå avhållsamhet från kokain under tillräckligt lång tid för att klienterna hinner skaffa sig nya färdigheter för livet som hjälper dem att upprätthålla avhållsamheten.
- Att reducera alkoholkonsumtionen i de fall drickandet hänger samman med kokainanvändningen.

Patienterna går på en eller två individuella rådgivande möten i veckan, där de fokuserar på att förbättra sina familjerelationer, lär sig ett antal olika färdigheter för att minimera drog-användning, får yrkesvägledning och utvecklar nya rekreationsaktiviteter och sociala nätverk. De som också missbrukar alkohol får en klinikövervakad antabusbehandling. Patienterna lämnar urinprov två eller tre gånger i veckan och får en voucher (värdekupong) som bevis på att kokainprovet var negativt. Värdet på vouchern stiger med varje nytt negativt provresultat. Patienterna kan byta sina vouchers mot varor som är förenliga med en kokainfri livsstil.

Denna behandling underlättar deltagande i behandlingen och hjälper klienterna systematiskt till omfattande perioder utan kokain. Metoden har testats i stads- och landsbygdsmiljö och har använts framgångsrikt i avgiftning av opiatberoende vuxna patienter i öppen vård och för innerstadspatienter i metadonprogram med samtidig hög andel intravenöst kokainmissbruk.

Referenser:

- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, H. K., Badger, G., Foerg, F. and Ogden, D. Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence; one-year outcome. *Experimental & Clinical Psychopharmacology* 3(2): 205–212, 1995.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F., Donham, R. and Badger, G. Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 51: 568–576, 1994.
- Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R. and Preston, K. L. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patient through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry* 53: 409–415, 1996.

Voucher-baserad förstärkningsterapi i metadonprogram hjälper patienter att uppnå och upprätthålla avhållsamhet från illegala droger genom att förse dem med en voucher varje gång de presterar ett drogfritt urinprov. Vouchern har ett penningvärde och kan bytas in mot varor och tjänster som är förenliga med behandlingens mål. Till en början är värdet på vouchern lågt, men ökar med antalet konsekutiva drogfria urinprov som personen presterar. Kokain- eller heroinpositiva urinprov återställer värdet på vouchern till det låga ingångsvärdet. Den tänkbara möjligheten att intensifiera incitamentet är speciellt utformad för att förstärka perioder av avhållsamhet från droger.

Studier visar att patienter som får vouchers för drogfria urinprov lyckades uppnå signifikant fler veckors avhållsamhet än de patienter som fick vouchers oavsett urinprovsresultat. I en annan studie minskade de heroinpositiva urinanalyserna signifikant när voucherprogrammet startades och ökade signifikant igen när programmet avbröts.

Referenser:

- Silverman, K., Higgins, S., Brooner, R., Montoya, I., Cone, E., Schuster, E. and preston, K. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry* 53: 409–415, 1996.
- Silverman, K., Wong, C., Higgins, S., Brooner, R., Montoya, I., Contoreggi, C., Umbricht-Schneiter, A., Schuster, C. and Preston, K. Increasing opiate abstinence through voucher-based reinforcement therapy. *Drug and Alcohol Dependence* 41: 157–165, 1996.

Dagvårdsbehandling med möjlighet till avhållsamhetstillfällen och vouchers utvecklades för att behandla hemlösa crackberoende personer. Under de första 2 månaderna måste deltagarna tillbringa 5,5 timmar dagligen i programmet, som ger dem lunch och transport till och från deras härbärgen. Interventionen omfattar individuell bedömning och målsättning, rådgivning individuellt och i grupp, flera psykologisk-pedagogiska grupper (grupper som informeras om samhällsresurser, bostäder, ges förebyggande kokain- HIV/AIDS-information, fastställande och bedömning av personliga rehabiliteringsmål, återfallsprevention, veckoslutsplanering) och patientstyrda gemenskapsträffar under vilka patienterna bedömer uppsatta mål och ger varandra stöd och uppmuntran. Individuell rådgivning sker en gång per vecka, gruppterapimöten tre gånger i veckan. Efter 2 månaders dagbehandling och minst 2 veckors avhållsamhet avancerar deltagarna till en 4-månaders arbetsenhet, som ger lön vilka kan användas till att hyra en billig, drogfri bostad. Det finns också ett vouchersystem som belönar drogfria sociala och fritidsaktiviteter.

Denna innovativa dagbehandling jämfördes med behandling som bestod av grupper som två gånger i veckan fick: individuell rådgivning och 12-stegsprogram, medicinska undersökningar och behandling samt hänvisning till samhällsresurser för bostadssökande och yrkesvägledning. Den innovativa dagbehandlingen följdes av arbete och bostad som var avhängigt av avhållsamhet från droger hade en positivare effekt på alkoholbruk, kokainanvändning och antalet hemlöshetsdagar.

Referenser:

- Milby, J. B., Schumacher, J. E., Raczynski, J. M., Caldwell, E., Engle, M., Michael, M. and Carr, J. Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless. *Drug & Alcohol Dependence* 43: 39–47, 1996.
- Milby, J. B., Schumacher, J. E., McNamara, C., Wallace, D., McGill, T., Stange, D. and Michael, M. Abstinence contingent housing enhances day treatment for homeless cocaine abusers. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series* 174. *Problems of Drug Dependence: Proceedings of the 58th Annual Scientific Meeting*. The College on Problems of Drug Dependence, Inc., 1996.

Matrixmodellen ger en ram för hur drogmissbrukare förmås att gå in i behandling och hjälpa dem att uppnå avhållsamhet. Patienterna får lära sig om kritiska punkter för beroende och återfall, får anvisningar och stöd av en utbildad terapeut, får bekanta sig med självhjälpsprogrammen och övervakas för droganvändning genom urinprov. Programmet inkluderar utbildning för familjemedlemmar som berörs av beroendet.

Terapeuten fungerar samtidigt som lärare och ledare, genom att skapa en positiv, uppmuntrande relation till patienten och genom att använda denna relation till att förstärka en positiv förändring i beteendet. Samspelet mellan terapeut och patient är realistiskt och direkt men icke-konfrontativt uppfostrande. Terapeuterna är utbildade för att hålla i behandlings-sessioner på ett sätt som främjar klientens självaktning, dignitet och egenvärde. Ett positivt förhållande mellan klient och terapeut är avgörande för att klienten skall stanna i behandling.

Behandlingen använder sig av i stor utsträckning andra testade behandlingsmetoder. Denna metod inkluderar således element från återfallsprevention, familje- och gruppterapier, drogutbildning och deltagande i självhjälpsgrupper. Detaljerade behandlingsmanualer innehåller arbetscheman för individuella möten. Andra komponenter inkluderar familjeutbildning i grupp, grupper för utbildning i tidigt tillfrisknande, återfallsprevention, sammanslagna möten, urinprover, 12-stepsprogram, återfallsanalys och grupper för socialt stöd.

Ett antal projekt har demonstrerat att deltagare som behandlats enligt Matrix-modellen visar en statistiskt signifikant minskad drog- och alkoholanvändning, förbättringar vad gäller psykologiska indikatorer och minskat sexuellt riskbeteende för överföring av HIV. Dessa rapporter tillsammans med bevis som tyder på jämförbar behandlingsrespons för meta-amfetaminanvändare och kokainanvändare, och visad effektivitet när det gäller att utöka naltrexonbehandling av opiatberoende, ger en stomme av empiriskt stöd för användning av denna modell.

Referenser:

- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P. and Rawson, R. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16: 41–50, 1997.
- Rawson, R., Shoptaw, S., Obert, J. L., McCann, M., Hansson, A., Marinelli-Casey, P., Brethen, P. and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2): 117–128, 1995.