



# LUND UNIVERSITY

## Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk. Metaanalyser och randomiserade kontrollerade studier.

Fridell, Mats; Hesse, Morten

2005

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Fridell, M., & Hesse, M. (2005). *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk. Metaanalyser och randomiserade kontrollerade studier*. Brottsförebyggande Rådet, BRÅ.

*Total number of authors:*

2

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# PSYKOSOCIALA INTERVENTIONSMETODER VID KRIMINALITET OCH DROGMISBRUK

## - **Meta-analyser och Randomiserade Kontrollerade Studier –**

*Mats Fridell och Morten Hesse*

Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet och Center for  
Rusmiddelsforskning, Århus Universitet/Köpenhamn

Anslagsgivare: Mobilisering mot narkotika 2003, BRÅ och Kriminal-  
vårdsstyrelsen – Ver. 05-01-20

©Fridell & Hesse, 2005

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SYNOPSIS.....</b>                                                               | <b>3</b>  |
| Vad visar forskningen .....                                                        | 3         |
| Vad kan förbättra resultaten.....                                                  | 4         |
| Begränsningar i slutsatserna .....                                                 | 5         |
| <b>INLEDNING .....</b>                                                             | <b>6</b>  |
| <b>SYFTE .....</b>                                                                 | <b>8</b>  |
| <b>LITTERATURSÖKNING .....</b>                                                     | <b>8</b>  |
| Sökstrategier .....                                                                | 8         |
| <b>OM PSYKOSOCIALA BEHANDLINGSMETODER .....</b>                                    | <b>9</b>  |
| <b>DEL I – FORSKNINGSÖVERSIKT .....</b>                                            | <b>9</b>  |
| Stödjande metoder i institution och i frivård/öppenvård .....                      | 9         |
| Fängelset som en potentiell stödjande miljö? .....                                 | 11        |
| Terapeutiskt samhälle med eftervård för drogmissbrukare .....                      | 12        |
| Frivårdsprogram.....                                                               | 16        |
| Omlärande och beteendeterapeutisk behandling .....                                 | 20        |
| <b>DEL II - META-ANALYS AV EFFEKTER PÅ ÅTERFALL<br/>I KRIMINELLT BETEENDE.....</b> | <b>27</b> |
| <b>METOD .....</b>                                                                 | <b>27</b> |
| Representativitet .....                                                            | 27        |
| Rapporteringsbias .....                                                            | 27        |
| Diagram 1. Skorstensplot för de 22 studierna.....                                  | 28        |
| Inklusions- och Exklusionskriterier .....                                          | 28        |
| <i>Inklusionskriterier</i> .....                                                   | 29        |
| <i>Exklusionskriterier</i> .....                                                   | 29        |
| Statistik .....                                                                    | 29        |
| <b>RESULTAT.....</b>                                                               | <b>30</b> |
| Slutsats .....                                                                     | 34        |
| <b>DISKUSSION.....</b>                                                             | <b>34</b> |
| <b>REFERENSER .....</b>                                                            | <b>37</b> |
| <b>Appendix.....</b>                                                               | <b>46</b> |

## SYNOPSIS

Det finns idag relativt få studier av insatser i kriminalvårdens regi för kriminella missbrukare och de studier som anses ge högst evidens, de med randomiserad kontrollerad design (RCT) är ännu mer ovanliga. En ny meta-analys av 22 RCT-studier med effekter på både drogmissbruk och kriminellt beteende kompletterar översikten över aktuell forskning.

### Vad visar forskningen

- Insatser för kriminella visar små effekter på återfall i brott i de flesta studier. Effekterna på drogmissbruk i studier med RCT-design är små men robusta. Dock är ingen enskild metodik effektivare än andra jämförbara metoder. De 22 RCT-studierna med huvudeffekten i minskat drogmissbruk, som också kunnat analyseras med avseende på kriminellt beteende ger motsvarande låga effektnivå som de studier där förändringar i kriminellt beteende varit det primära kriteriet.
- Även en ringa minskning av återfall i brott kan dock innebära stora ekonomiska besparingar. En kalkyl gjorde efter de engelska cost-benefit-analyserna uppskattar att varje satsad krona i behandlingsinsats skulle ge ca fyra kronor tillbaka.
- Frånvaron av effekter i psykosociala interventioner kan ibland tillskrivas tidseffekter, d v s, klienter som ingår i randomiserade undersökningar reducerar kriminellt beteende, oavsett om de ingår i experiment- eller kontrollgruppen.
- Mest konsistenta resultat tycks kombinationen av behandling vara där denna inleds med terapeutiskt samhälle under fängelsetiden med fortsatt behandling under en längre efterföljande tid i frivård. Den miljöterapeutiska modellen inom fängelsets väggar, består främst av påverkan genom massivt grupptryck för att motverka kriminellt beteende och missbruk, i många fall en kombination av 12-stegsbehandling och terapeutiska metoder. Sammanhängande tid i behandling tycks vara den faktor som bäst förklarar förbättringar i både drogmissbruk och minskade återfalls. Den amerikanska TRIAD-modellen anses vara den mest genomarbetade och utprövade. Men även de miljöterapeutiska programmen för låga effekter på återfall i brott och i missbruk.
- Den s k *what works profilen* inom kriminalvården på 1990-talet innebar ett paradigmskifte i synen på behandling i kriminalvården, främst då från tidigare mer psykodynamiskt orienterade teorier i riktning mot kognitivt beteendeterapeutiska inslag som: skills training, etc. Den inledande optimismen har dock inte fått något massivt stöd i utvärderingarna vad gäller de vuxna personerna i kriminalvård. I Sverige befinner sig dock många av programmen i ett inledningsskede och det finns få data.

En öppen fråga är om effekter av behandling i länder som Sverige och England har blivit lägre p g a att programmen genomförts av befintlig men för metoden specialtränad vårdarpersonal jämfört med Canada där utbildade terapeuter varit ansvariga för behandlingen. Detta kan då vara en möjlig förklaring till lägre effekter.

- I motsats till resultatnivåerna för vuxna kriminella förefaller det för gruppen kriminella ungdomar finnas ett antal kognitivt beteendeterapeutiska metoder som aggression replacement training (ART) eller former av familjeterapi som har gett mer lovande och robusta effekter. I flera amerikanska RCT-studier med ungdomar har effekterna varit högre med kompetenta terapeuter som behandlare än med lägre utbildad personal och man har också upptäckt att dåligt genomförda studier ger sämre effekter än att ingen behandling. Kostnadseffektivitetsstudier visar en kostnadsnytarelation där en satsad dollar ger tre dollar tillbaka i minskade kostnader.
- Underhållsbehandling med metadon i fängelser har i RCT-studier med opiatmissbrukare utanför fängelsemiljöer gett konsistenta och robusta effekter på missbruk och kriminalitet visats såväl i placebokontroll som jämfört med farmakologisk kontrollbehandling. Flera översikter har varit pessimistiska, men en ny välgjord RCT-studie visat en stark reduktion av heroinanvändning i MMT-gruppen jämfört med kontrollgruppen, en minskning av injektionsmissbruk för alla typer av droger efter fem månader.
- En anledning till att i andra sammanhang välprövade metoder med effekt på drogbeende och andra problem inte fungerar lika bra i fängelser är sannolikt den kriminogena inverkan från konkurrerande normsystem. Grupprocesser bland medfångarna framtvingar konformitet mot kriminella normsystem snarare än med antikriminella.
- En annan anledning till dåliga resultat är att man i humanistisk anda önskat att *alla* klienter skall erbjudas behandling, vilket sannolikt medför att grupper av behandlingsresistenta personer som deltar i behandlingen inverkar menligt på gruppsammanhållning och på motivationen hos de medintagna. Sannolikt är denna hållning gynnsam betraktat ur ett miljöterapeutiskt perspektiv eftersom hela organisationen påverkas, men samtidigt minimeras skillnaden i effekt mellan experimentinterventionen och kontrollinterventionen.

## Vad kan förbättra resultaten

- En satsning på ett kriminogent mindre belastat urval av klienter i fängelserna skulle kunna öka effekterna. Ett sådant urval skulle kunna prioritera missbrukare där kriminalitet t ex varit en metod att finansiera missbruket framför klienter med en mer kronisk kriminell avvikelse oberoende av droganvändning.
- En ”behandlingstrappa” där tidigare trappsteg innebär mer basal påverkan och senare mer krävande behandlingsmodaliteter skulle kunna ge ett sekventierat urval där motivation ökade med ökande krav och möjligheter till belöningar.
- Terapeutkompetens hos behandlarna kan öka förmågan hos behandlarna att hantera sviktande motivation hos klienterna. *Retentionen i behandling* utanför kriminalvård är högre i modeller med psykoterapeutiska behandlingar än i t ex tränande och stödjande former.
- En mer bestämd satsning på ett *vårdkedjetänkande* med träning av grundläggande färdigheter inom ramen för ett terapeutiskt samhälle redan i fängelset och en fortsatt obruten påverkan i öppenvård borde kunna öka komplians och minska återfall.

- Sannolikt bör belöningssystem av typen contingency management användas mer systematiskt under pågående behandling för öka genomförandegraden i behandlingen
- En systematisk tillämpning av behandlingskontrakt med förstärkande inslag vid god komplians och hård monitoring vid låg komplians kan öka genomförandet av behandlingsinsatserna.
- Utfallsvariablerna i de olika studierna är alltför rigida. Kriterier som återfall i brott eller missbruk i missbruk bör kompletteras med andra kriterier som bättre speglar effekter i själv insatsen under pågående behandling. Vid metoder som Motivational Interviewing t ex borde kanske utfallsmåttet varit av typen minskat våld på avdelningen, mindre rymningar etc – mått som bättre speglar förhållanden under anstaltsvistelsen.

### Begränsningar i slutsatserna

- Medan många av de kanadensiska rapporterna är metodologiskt välgjorda är ett problem att i stort samma forskargrupp som har ekonomiska intressen i programverksamheten också har utvärderat de KBT-baserade programmen.

Samma objektivitetsproblem rör frågan om terapeutkompetensens betydelse. Intrycket är att slutsatserna i de amerikanska och engelska utvärderingarna är mer oberoende och har mindre sammanblandning av olika aktörsroller.

- Mätt i statistisk effekt redovisas generellt nivåer som med en effektstorlek kring  $d=.10$  annars inte betraktas som en tillräckligt hög effektnivå- där en effektnivå kring  $d > .20$  krävs för att tala om en låg effekt. Paradoxen är att mätt i kostnadsreduceringar är effekterna stora och betydelsefulla.
- Det förefaller rimligt att i bedömningen av resultatnivåer i olika studier skilja på klienter med en *primära* kriminella beteendemönster och klienter där de kriminella beteendena delvis kan förklaras av behovet att finansiera t ex drogmissbruk genom kriminellt beteende (*sekundär kriminella beteendemönster*).
- Det förefaller inte som om evalueringarna i högre grad tagit hänsyn till effekter på mindre grova former av brottslighet. Kanske därför att utdelningen blir så mycket högre i relation till grövre brottslighet som narkotikarelaterade brott.
- Avslutningsvis skall också betonas att det finns stora problem förknippade med att *implementera* nya behandlingsmetoder i en organisation som kriminalvårdens där det kan finnas stora lokala traditioner och attityder som arbetar mot ett optimalt nyttiggörande av behandling.

## INLEDNING

Antalet intagna på anstalt inom kriminalvården med narkotikaproblem har varit stabilt högt sedan 1990-talets början, kring 45% av samtliga intagna har bedömts ha gravt narkotikamissbruk (beroende) och någon form av missbruk har förekommit hos ytterligare ca 15%. Även under perioder vid slutet av 1980-talet då drogmissbruket minskade bland skolungdomar (se t e x. CAN:s skolundersökningar), kvarstod nivån av missbruk inom kriminalvården på en stabilt hög nivå. För år 2000 motsvarar detta inom kriminalvården i reella tal 3.217 personer med den tyngsta nivånberoende och 1.178 med den något mildare problemnivån missbruk och 2.957 personer utan känt narkotikaproblem (KOS 2002<sup>85</sup>).

Sambandet mellan drogmissbruk och kriminellt beteende har stimulerat frågan om behandlingsinsatser under anstaltsvistelse och/eller i frivård kan reducera missbruket och de kriminella beteendemönstren också långsiktigt. Mot bakgrund av de stora kostnaderna förenade med drogmissbruk och kriminalitet har Stor-Britannien gjort en mycket stor satsning på behandling av brottsbeteende och missbruk i anstalt såväl som i frivård. Med 281.000 personer beroende av droger år 2000 estimeras de sociala kostnaderna för unga drogmissbrukare till. ca £ 29 miljoner per år och kalkylen per vuxen missbrukare någonstans kring £ 35.500 per år och person. Totalt för England och Wales en kostnad av 100 miljarder årligen. Målsättningen för det engelska Home-Office - att reducera återfallen med 5% - skulle ge en ekonomisk besparing om 5 miljarder pund per år (Godfrey, Eaton, McDougall and Culyer 2002<sup>60</sup>). Detta arbete har utgjort en inspirationskälla för svensk kriminalvård och därutöver har behandlingsprogram har importerats från Canada och USA. Beräkningarna av kostnadseffektivitet och tolkningen av effektstorlekar i föreliggande redogörelse skall ses i ljuset av de stora kostnaderna för drogmissbruk och kriminalitet. Även statistiskt små effektförbättringar kan innebära stora samhällsekonomiska vinster. Kriminalvårdsstyrelsen skattade i ett PM den möjliga kostnadseffektiviteten som att en satsad krona skulle ge fyra kronor tillbaka i minskade kostnader vid en femprocentig reduktion av återfallen motsvarar en effekt om  $d=.02$ .

Den andra och lika viktiga poängen är givetvis den nygamla frågan om straff eller behandling och givetvis om det går att effektivt påverka missbrukande interner att ändra sina beteenden. Huvuddelen av rapporten försöker besvara denna fråga. Vi har gått två vägar i sökandet efter material: a) via forskning om behandling av kriminellt beteende respektive b) genom forskning om psykosocial behandling av narkotikaberoende. Svaret på frågan blir lite mindre klart beroende på vilken ingång vi väljer för att analysera problemet. Rapporten belyser också behandling av *vuxna drogmissbrukare* i första hand inte unga kriminella, trots att flera behandlingsstudier visat mer lovande resultat för de unga kriminella missbrukarna än för de äldre.

Föreliggande arbete baseras på meta-analyser av behandling av kriminalitet och drogmissbruk publicerade av kriminalvårdsmyndigheterna i Canada, England och USA, vidare på relevanta meta-analyser av behandling av drogberoende. Till detta fogas en genomgång av nypublicerade - och i görligaste mån - randomiserade studier kring effekter på kriminellt beteende. Speciella sökningar har gjorts med hjälp av Socialstyrelsens bibliotekarie för detta ändamål. Totalt gav sökningen 89 nya träffar, dock mycket få RCT-studier. Kompletteringen med studier som inte i första hand handlar om effekter på kriminellt beteende utan på drogberoende och drogmissbruk har kom-

pletterat tidigare SBU-databaser (2001<sup>132</sup>; engelsk utgåva 2003<sup>10</sup>). Det totala antalet RCT-studier t o m april 2004 utgör 180 olika undersökningar publicerade i 246 artiklar per juni 2004. Detta jämfört med 104 publicerade artiklar vid tidpunkten för SBU-rapporten 2001<sup>132</sup>. I 51 artiklar med primärt fokus på behandling av drogberoende fanns *utfall för kriminalitet* varav 22 kunnat koda och analyseras med avseende också på effekt på kriminalitet. För 27 studier kunde effektstorlekar inte beräknas och i 2 studier var mått på kriminalitet inte kända. En ny meta-analys presenteras på de 22 artiklarna.

Inledningsvis betonas att det som i den här framställningen diskuteras i termer av *effekter* alltid baseras på en randomiserad kontrollerad studie (RCT) eller en kvasiexperimentell studie medan enkelgruppsdesigner med enbart före-efter-mätning med sina förtjänster som viktiga kvalitetsindikatorer här benämns *resultatstudier*. Medan RCT-studier är den möjligen bästa - och dyraste - designen för att diskutera effekter av en metod så är välgjorda resultatstudier viktiga för att förstå hur en metod tillämpas i praktiken liksom för att följa ett normalförlopp efter en experimentell intervention. Inte minst blir sådana, s k efficiencystudier viktiga för att visa vad organisatoriska modeller som miljöterapi har för resultatnivåer och hur man i uppföljningsstudier kan studera stabiliteten i effekter eller resultat över tid.

Analysarbetet har genomförts med Morten Hesse vid Center for Rusmedelforskning i Köpenhamn som anställd och Mats Fridell som projektansvarig. Materialet har också granskats och kommenterats av representanter för BRÅ och för kriminalvårdsstyrelsen.

Lund den 20 januari 2005

Mats Fridell & Morten Hesse

*Tillkännagivanden:* Föreliggande arbete är ett beställningsuppdrag från BRÅ och Kriminalvårdsstyrelsen, avsett som ett komplement till den uppdatering och inventering av randomiserade kontrollerade behandlingsstudier (RCT) som finansierats av Mobili-sering mot Narkotika. Analysarbetet fortsätter efter denna rapporten.



## SYFTE

Föreliggande rapport belyser forskningen kring behandling av kriminalitet och drogmissbruk med en tonvikt på forskning som i Randomiserade Kontrollerade Studier, eller studier med god kvasiexperimentell design kan visa på effekter eller resultat av behandling. Både behandling på och utom institution har inkluderats.

## LITTERATURSÖKNING

### Sökstrategier

*Databaser* som använts är (1) Alconline (2) Medline, (3) Cochrane Library, (4) reviews, samt (5) genomgång av litteraturlistor. Medline inkluderar arbeten även från det senaste halvåret. Ingen begränsning i tid har satts. De senaste sökningarna gjordes på Socialstyrelsen med rapporterade artiklar upp till maj 2004. *Sökstrategier* är (1) Med -94, (2) Substance abuse disorders, (3) substance abuse, (4) substance dependence, (5) narcotic dependence, (6) 2 eller 3 eller 4 eller 5, (7) 6 och studier efter 1960, samt (8) 7 och RCT. Ovanstående sökstrategier är huvudstrategier. Därutöver har ytterligare sökningar gjorts för att också fånga in RCT-studier inom institutionsvård. *Sökord* har då varit miljöterapi, terapeutiska samhällen, socioenvironmental therapy samt kohortstudies. I identifierade artiklarna har undersökningar kompletterats med litteraturlistor.

Med dessa strategier lokaliserades totalt 6.200 undersökningar varav 199 definierats ha RCT-design i databaserna fram till april 2004. I en förnyad sökning (april 2004) utförd av bibliotekarie vid Socialstyrelsen gjordes en sökning med ovanstående sökbegrepp och tilläggsbegreppen a) criminology, b) criminal behaviour, c) crime behavior, d) prison, and e) arrests. Dessa sökbegrepp gav 89 nya träffar, dock ingen ytterligare RCT-studie. Utöver detta har sökning gjorts med sökorden a) *aftercare*, b) *case-management*, c) *community reinforcement*, alla med utfall i kriminalitet som bryt-begrepp. Totalt återfanns med denna utvidgade sökning tretton träffar, ingen RCT.

Åtta meta-analyser inom drogområdet har identifierats, fyra av dessa har bedömts relevanta att citera i texten ovan: en meta-analys av familjeterapi (Stanton och Shadish 1997<sup>142</sup>) med 15 RCT-studier, Carter et al (1999<sup>26</sup>), som är en studie av cue-reactivity, Griffith et al. (2000<sup>63</sup>), om contingency training, Littell (opubl<sup>94</sup>) om Multi-systemisk familjeterapi, samt Irvin et al. (1999<sup>82</sup>) om relapse-prevention. Meta-analyser från kriminalvårdsforskning har också inkluderats, där RCT-studier ingår är dessa emellertid få..

Utöver utgångspunkten med försöket att analysera utfall i RCT-studier har arbetet för BRÅ och Kriminalvårdsstyrelsen tagit fasta på tidigare publicerade studier och rapporter från Canada, England och USA, varav flera inte återfinns i referégranskade journaler.

## OM PSYKOSOCIALA BEHANDLINGSMETODER

I SBU-rapporten (2001; 2003<sup>132,10</sup>) delas de psykoterapeutiska metoderna in i tre huvudtyper efter Wolberg (1988<sup>153</sup>): (a) *stödjande*, (b) *omlärande* ofta benämnda *re-educativa metoder* samt (c) *rekonstruktiva eller psykodynamiskt orienterade metoder*. I SBU-analysen delades vidare psykoterapier in i tre olika grundmodeller: kognitiv terapi, familjeterapi och dynamisk terapi. På så vis grupperas interventioner mer efter metodens komplexitet, krav på behandlarkompetens och generella målsättningar, alltså utifrån behandlaren *praktiska handlande* i den kliniska situationen snarare än utifrån metodernas teoretiska hemvist. En sådan pragmatisk gruppering har ett solidt empiriskt stöd, såväl i meta-analyser kring psykoterapi i allmänhet (Luborsky<sup>95-97</sup>) som i studier inom missbruksområdet<sup>32-34</sup>.

I praktiken kommer en hel del av de insatser som görs inom kriminalvården i Sverige och utomlands att kunna klassificeras främst inom grupperna "stödjande" respektive "omlärande" metoder, medan metoder som genomförs av utbildade psykoterapeuter snarast hör till undantagen. Ett sådant undantag är det svenska ROS-programmet för sexualbrottslingar. Begreppet "omlärande" omfattar i den här framställningen såväl beteendeterapeutiska metoder med en bakgrund i psykologisk inlärningsteori som manualbaserad 12-stegsbehandling. Det finns stora likheter i det praktiska arbetet trots att 12-stegsbehandling eller Minnesotabehandling har sitt ursprung i erfarenhetsförankrade snarare än i teoribaserade åtgärder. Det är också viktigt att skilja mellan program som syftar till en behandling av *gruppen intagna – miljöterapi* respektive behandling av *individer* i grupp. Den första typen presenteras under de närmast följande rubrikerna medan den senare och förs in under omlärande och beteendeterapeutiska metoder. Egentliga psykoterapeutiska insatser med kriminella berörs först i META-analysen i slutet av rapporten.

## DEL I – FORSKNINGSOVERSIKT

### Stödjande metoder i institution och i frivård/öppenvård

*Stödjande metoder* har som syfte att återföra patienten till emotionellt balans efter kris och sammanbrott och vid missbruk - drogfrihet. Symtomlindring och nya anpassningsstrategier är vitala mål. Metoder som kan inordnas under stödjande ansatser är bl a rådgivning, avslappning, akupunktur, miljöterapeutiska modeller, gestaltande terapi-former, suggestionsbehandling, övertalning och case-management, samt farmakologiska och somatiska behandlingsmetoder (Wolberg 1988<sup>153</sup>). Totalt 36 varianter redovisades.. I SBU-rapporten klassificerades metoder som saknade en tydlig struktur eller ett klart fokus som stödjande, det som i andra kapitel i SBU-rapporten brukade kallas "treatment as usual". Därför klassificerades t ex *counseling utan manualstöd* som en stödjande intervention medan *counseling med manualstöd* klassificerades som en "omlärande" intervention. Manualens struktur och fokus på missbruksbeteende gör att manualbaserad counseling har en större likhet med beteendeterapeutiska och kognitiva interventionsmetoder än med stödjande ospecificerade interventioner (Crits-Cristoph et al 1999<sup>34</sup>).

Stödjande metoder är inbördes olika både teoretiskt och praktiskt. Inom missbrukarvården kan de sägas vara högst pragmatiska, ofta med inslag av egenerfarenhet och personliga idéer som utformats genom praxis. Många av de behandlingshem som används för § 34-placeringar inom kriminalvården har sådana icke evidensbaserade upplägg om än ibland kreativa. Dessa kan som regel inte klassificeras annat än som stödjande inslag. Gemensamt för dessa insatser är att de sällan utgör ett huvudinslag i ett behandlingsupplägg, utan ofta blir ett komplement till andra interventioner. Stödjande behandlingsinterventioner utförs i det praktiska arbetet av en rad yrkesgrupper med sinsemellan olika utbildningar. Någon särskild terapeutkompetens krävs inte, vilket gör att det sannolikt är denna kompetensnivå vi finner hos behandlingspersonal inom kriminalvården och hos missbruksbehandlare i gemen. Därmed är det rimligt att anta att de metoder som utövas av breda grupper av behandlare kan inrymmas under beteckningen ”stödjande” interventioner. Det är viktigt att notera att i det fall behandlare som arbetar med explicit definierade behandlingsmetoder inte följer den manualbaserade strukturen så bör interventionen mer betraktas som en stödjande intervention trots att behandlingen är teoribaserad.

Som exempel på modeller där strukturen i programmen används som en stödjande intervention hör t ex *Case-Management*, det som i Sverige brukar gå under beteckningen *personligt ombud*, en person som samordnar olika insatser snarare än behandlar. Case-management har från 1980-talet använts i ökande utsträckning inom narkomanvården i USA<sup>78,103</sup> och på senare år inom kriminalvård. Case-management är ett sätt att organisera nätverket av vårdare och anhöriga kring den enskilde patienten så att behandlingsmålen uppfylls, mer en organisationsform än en bestämd metodik, inte helt ojämförbart med community reinforcement (nedan). Counseling (rådgivning) kan ingå som en teknik inom ramen för såväl varianter av både case-management och riktad mot problemområden som arbete, risk-prevention mot HIV-smitta, information kring sexualvanor och injektionsvanor eller träning av specifika kapaciteter hos missbrukaren. Att ta bättre hand om sina barn eller bygga upp ett fungerande kontaktnät utgör exempel på sådana kapacitetsförbättringar.

En utvärdering av ett specifikt öppenvårdsprogram – *Assertive Community Treatment (ACT)* studerade effekten av det som inom drogmissbruksstudierna motsvaras s k *intensiv case-management* (Inciardi, et al 1994<sup>78</sup>; och Martin och Inciardi 1997<sup>103</sup>). Modellen hämtades från arbete med psykiskt sjuka patienter och dubbeldiagnospatienter. Fyrahundra villkorligt frigivna klienter randomiserades på ACT-betingelsen respektive på frigivning under ”sedvanlig behandling”. De fyra studier som gjorts fann inga signifikanta skillnader vid 6 månadersuppföljningen avseende återfall i droger, återfall i injektionsmissbruk, sexuellt riskbeteende, eller anhållanden. Negativt var att vid 18 månader fanns det en signifikant ökning av risken för att bli anhållen i behandlingsbetingelsegruppen<sup>1</sup>. Metodens effektivitet i eftervård av kriminella fick därmed inget stöd.

---

<sup>1</sup> En speciell kognitivt orienterad teknik använd som borde kunna appliceras inom kriminalvård är s.k. *node-link-mapping*, där visuell presentation av olika mål och delmål och de strategier används som skall leda fram till måluppfyllelse. Av särskilt intresse har de här teknikerna betraktats för patienter med läs- och skrivsvårigheter, låg verbalitet och uppmärksamhetsstörningar (attention deficit) eftersom patienter med främst de sistnämnda problemen har en begränsad verbal förmåga. RCT-studier med nodelink mapping som experimentbetingelsen och har idag utvärderats för mer än 1500 patienter.

*Metadonunderhållsbehandling i fängelser* har inte använts i Sverige däremot blivit en allt vanligare inslag i behandling av patienter med opiatberoende eller blandberoende i flera andra länder. Metadonunderhållsbehandling har en klar evidens såväl i placebo-kontroll som i jämförelse med andra farmakologiska metoder. Farmakabehandling kräver samtidiga psykosociala insatser och stöd (SBU 2001; Berglund, Thelander, Jonsson 2003<sup>10,132</sup>). Metadon liksom aktuella substanser som Buprenorfin kan användas både vid avgiftning och vid underhållsbehandling. För fängelseprogram finns dock väldigt lite och motsägelsefylld information. Målet i en fängelsemiljö skulle då vara att reducera användning av opiater under pågående fängelsevistelse, att minska riskbeteende med byte av kanyler och därmed minska risken för HIV eller hepatit C smitta. En annan målsättning som beskrivits är att genom fortsatt metadonbehandling under fängelsevistelsen förebygga att klienter som redan är drogfria (sedan länge) återfaller vid frigivningen (Bullock<sup>20</sup>; Mitchell, MacKenzie och Wilson 2002<sup>115</sup>).

En positiv studie är den av Dolan, Shearer, MacDonald et al (2003<sup>40</sup>) som randomiserade 382 intagna på MMT (191) och väntelistekontroll (191). Av dessa följdes 129 behandlade och 124 kontrollpatienter upp fem månader senare (68%). Dosering av metadon var i snitt 60 mg/dag individualiserad upp till 130 mg/dg. Utfallet beräknades enligt intent-to-treat. Positiva heroinanalyser reducerades differentiellt från ca 80% i bägge grupperna till 27% i MMT-gruppen kontra 42% i kontrollgruppen, ( $p < .05$ ). Injektionsmissbruk minskade vidare från ca 64% före interventionen till mellan 34% (ngn drog) i MMT-gruppen versus från 70% till 75% i kontrollgruppen. För heroin var minskningen från 60 – 32% i experiment versus en ökning från 68-74% i kontrollgruppen. Färre i experimentgruppen rapporterade att man delat sprutor med andra intagna, medan man inte fann några skillnader för HIV- eller hepatit-C-smitta. Det senare beroende på en mycket låg incidens av smitta totalt i fängelsesamplet.

## Fängelset som en potentiell stödjande miljö?

Man skulle med lite god vilja kunna anta att en fängelsemiljö i flera avseenden skulle kunna vara en stödjande miljö för individer. Idealt borde den kunna få missbrukare att avstå från missbruk och kriminella att avstå från brott eller bägge delarna. Två meta-analyser rör effekter av fängelsevistelse och bägge som rör fängelsebaserade interventionsmodeller talar mot den tanken. Den största av dessa är en Meta-analys av Smith, Goggin och Gendreau (2004<sup>139</sup>) som jämför a) antal månader av inlåsning med  $n=107.165$  klienter i 26 studier, b) inlåsning resp behandling i öppen kriminalvård med 286.806 klienter i 31 studier, c) intermediära sanktioner vid brott med 66.500 klienter i 74 studier. Totalt en meta-analys omfattande 151 studier och 442.471 klienter. Resultaten replikerar fynd i tidigare studier: a) att inte någon typ av straff/ sanktion reducerade återfall, b) att det inte fanns någon differentiell effekt beroende på effekten mättes vid sanktion mot unga, kvinnor eller minoritetsgrupper och åtgärdsprogram av typen Boot-camps gav ingen eller negativ effekt. Slutligen att ökande längd av inlåsning visade samband med något *ökad* återfallsbenägenhet. Alltså resultat som talar mot *straff som behandlingsmetod*. Samtliga redovisade effektstorlekar är noll eller negativa.

En annan aktuell meta-analys av effekter av fängelse-/institutionellt baserad drogbehandling är den av Mitchell, MacKenzie och Wilson (2002<sup>115</sup>) som analyserade 26

oberoende studier, tre med RCT-design, och 8 med rigorösa kvasi-experimentell design och resten av mer varierande typ. Man visade därvid att a) program med inläsningsbetingelse hade en obefintlig effekt i att reducera återfall i missbruk och kriminalitet, b) att där man gjort en aktiv behandling så talar 79 % av de redovisade effektstorlekarna till fördel för den aktiva interventionen i en jämförelse c) effektstorlekarna varierade signifikant beroende på typ av intervention. De mest ineffektiva var group counseling, boot camp och metadonunderhållsprogram i fängelseprogram medan fängelsebaserade terapeutiska samhällen var mest effektiva i att reducera återfall. Behandling har alltså i motsats till bestraffning effekt. Ett skillnad mellan program inriktade mot att reducera drogmissbruk är att i den aktuella meta-analysen, program med inbyggd eftervårdsstruktur inte var mer effektiva än de utan.

## Terapeutiskt samhälle med eftervård för drogmissbrukare

Historiskt har terapeutiskt samhälle en lång tradition med Synanon i USA som startpunkt. Den idéhistoriska bakgrunden och utvecklingen av terapeutiskt samhälle (TC) i USA och på andra håll i världen beskrivs mer ingående av Fridell (1996<sup>53</sup>). Det finns flera tidiga utvärderingar som fyller höga vetenskapliga krav med bl a korsvalidering, och standardiserade före och eftermätningar, samt i flera fall matchade jämförelsegrupper. Det som saknats tidigare var randomiserade designer. Men resultaten av terapeutiskt samhälle var betydande för de missbrukare som stannade i behandling och Phoenix House i USA räknar med att 70 % av completers var drogfria vid uppföljning och ca 50 % om alla som gick in i behandlingen räknades (s k intention-to-treat-design). Betydande förbättringar rapporterades såväl för drogproblem som för kriminalitet (Condelli & Hubbard 1994<sup>28</sup>; DeLeon 1984<sup>37</sup>; Simpson 1999<sup>137</sup>).

Ett problem är att inom en och samma behandlingsmodell kan lyckat utfall för completers analys variera mellan 30 % - 70 % och mellan 5 % - 50% vid beräkningar gjorda enligt intention-to-treat. Det är här som design-problemet gör sig gällande. Och trots ett empiriskt gott stöd för terapeutiskt samhälle som behandlingsmodell och en resultnivå där i de amerikanska DATOS och TOPS-programmen, dessa ligger på samma nivå som metadonunderhållsbehandling vid uppföljning, har svårigheten att klassificera *terapeutiskt samhälle som metod* och därmed också svårigheten att göra bra randomiserade studier minskat behandlingsmodellens betydelse i jämförelse med väl definierade metoder av typen farmakologiska interventioner som kan ges i öppenvård. Men variationen finns även inom de fängelsebaserade modellerna (DeLeon 2000<sup>37-39</sup>).

DATOS och TOPS-studierna som nämns ovan är observationsstudier och inte effektstudier. Icke-randomiserade studier innebär ofta att de som söker är mer motiverade för behandling. Så är fallet med de som deltagit också i fängelsebaserade program så att redan intagna har fördelats på experiment- och kontrollbetingelser efter s k "informerat samtycke". Men i det avseendet finns få skillnader mot övriga RCT-studier. Däremot kan man inte bortse från att motivationsfaktorer påverkar utfallet gynnsamt. Särskilt blir detta ett problem vid icke-randomiserad design eftersom motivationen här blir ännu mer styrande då klienterna inte har att ta ställning till om de vill acceptera en icke lika effektiv behandling i kontrollgruppen som den experimentgruppen erbjuds.

Medan intresset för och satsningen på frivillig vård på behandlingshem minskat under 1990-talet i Sverige, bl a med hänvisning till kostnader, har utvecklingen tagit en delvis annan riktning inom kriminalvården i USA och Canada. Terapeutiska samhällen inom *fängelsesystemen* är idag ett etablerat inslag. Modellen beskrivs som den kanske mest lovande inom de fängelsebaserade programmen och finns åtminstone institutionaliserad i över hälften av USA's stater med över 15.000 platser (Lipton 2000<sup>93</sup>; Martin, Butzin, Saum och Inciardi 1999<sup>104</sup>; Mitchell, MacKenzie & Wilson 2002<sup>115</sup>; Wexler 1995<sup>147</sup>). I England och Wales finns 40 rehabiliteringsprogram och 7 terapeutiska samhällen i fängelse för intagna med drogproblem (Bullock 2003<sup>20</sup>). Resultaten av behandling i terapeutiskt samhälle i fängelse har varit uppmuntrande<sup>79-81</sup>.

Bland de grundprinciper som utmärker terapeutiskt samhälle är det mest iögonfallande draget både inom och utom fängelsesystemet en hierarkisk struktur, en stark påverkan på den enskilde och gruppen genom grupptechniker, krav på eget engagemang, krav på förändring av destruktivt beteende genom olika metoder, krav på att lära nya och adaptiva beteenden i relationen till andra människor och strikta krav på avhållsamhet från droger och kriminellt beteende. Helt avgörande är att personalen måste förmå *skapa delaktighet hos de intagna* så att klient-/patientgruppen själv tar över och konsoliderar goda normer som motverkar kriminella attityder och beteenden och själva utövar ett tryck mot att följa regler och normer som är gynnsamma för hela gruppen under behandling.

Vi begränsar framställningen till några av de bättre designade utvärderingarna, en med RCT-design och övriga kvasiexperimentella studier med intention-to-treat som beräkningsgrund.

Den evaluering som generellt anses mest tillförlitlig och omsorgsfullt designad är utvärderingen av TRIAD-projektet, ett program som i dagsläget finns vid 39 olika institutioner i USA<sup>48</sup>. Det är två program som används, bägge med utgångspunkt i terapeutiskt samhälle. Det första programmet erbjuder 1000 timmars behandling under 12 månader och har en fördelning av 1:12 i intagna resp. personal. Det alternativa programmet består av 500 timmars behandling över en niomånadersperiod och har 1 intagen per 24 personal. Meningen är att den intagna skall gå in i programmet 2-3 år före frigivning och det är drogmisbrukare med medelsvårt missbruk som är målgruppen. Programmet har 450 timmars standardiserade delar med huvudsakligen beteendeterapeutiska inslag som konfrontation av kriminellt tänkande, cognitive skills building, interpersonal skills training, grupp och individuell counseling också efter frigivningen.

Utvärderingen omfattar 1.866 intagna i tre kohorter: behandlingsgrupp (n=899), de som erbjudits behandling men avböjt (n=530) och en kontrollgrupp som inte fått behandling (n=437). Designen är således kvasiexperimentell och utfallet beräknat enligt intention-to-treat. En preliminär analys av data visar att efter 6 månader i frihet hade bara 3% av completers blivit anhållna jämfört med 12% som inte fått sådan behandling och 21% i behandlingsgruppen använde droger under de sex månaderna efter utskrivningen jämfört med 37% i kontrollgruppen (Federal bureau of Prisons 2000<sup>48</sup>). Det fanns således en låg men signifikant effekt av behandlingen. Kontrollbetingelsen är en svag punkt i det jämförelsegruppen är klienter som inte ville ha behandling och en sådan jämförelse ökar givetvis risken för att effekterna överskattas.

Tabell 1. Tre-årsutfall för behandlade och obehandlade fångar med drogmissbruk i TRIAD evalueringen.

|                 | MÄN                     |                        | KVINNOR                 |                        |
|-----------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| UTFALL          | Utan behandling (n=948) | Med behandling (n=894) | Utan behandling (n=245) | Med behandling (n=228) |
| Anhållanden     | 52,5%                   | 44,3%                  | 29,7%                   | 24,5%                  |
| Återfall droger | 58,5%                   | 49,9%                  | 42,6%                   | 35,0%                  |

Under de tre åren efter frigivning hade 49,9% av behandlade män och 25% av kvinnor som genomgått behandling återfallit i drogmissbruk jämfört med 58,5% av män och 42,6% av kvinnor i kontrollkohorterna.

Multi-stadieprogrammet KEY-CREST, med TC både i fängelse (KEY) och en speciell intensiv övergångsfas inför utskrivning (CREST), (Martin et al 1999<sup>104</sup>) utvärderades i kvasi-experimentell design med fyra grupper: a) de som fick både fängelsebaserat och frivårdsprogram, b) de som fick fängelsebaserad TC enbart. Vidare fördelades de som inte hade genomfört terapeutiskt samhälle i fängelse på c) de som fick intensiv samhällsförberedande träning enbart, d) de som inte alls erhöll behandling.

Genomförandegraden (retentionen) var 65% för bägge programdelarna. Baserat på intent-to-treat-analys hade efter 18 månader de som genomförde de bägge Key-programmen inga anhållanden - 33% jämfört med 43% i Crest-only gruppen, 67% i Key-only och 64% i jämförelsegruppen. Signifikant fler var drogfria efter 18 månader i KeyCrest-gruppen (47% drogfria) jämfört med 31% som fick enbart Crest-betingelsen, 22% som fick Key-delen och 16% som inte fick någon behandling. Vid tre-årsuppföljningen (Martin & Butzin 1999<sup>102</sup>) finns bara en men icke signifikant skillnad kvar. Det fanns alltså en låg effekt av behandlingen som varade upp till 18 månadersuppföljningen.

Ett annat tvåstegsprogram inom terapeutiskt samhälle i Kalifornien, AMITY redovisades av Wexler et al (1995; 1998, 1999<sup>147,148-149</sup>). AMITY är ett 12-månadersprogram som följs upp med behandling i frivård. Totalt 715 fångar har följts upp efter ett år, 2 år och 3 år. Utvärderingarna är räknade enligt intent-to-treat med RCT-design. Utvärderingarna visar att de som fullföljer både fängelse- och frivårdsdelen av programmet (34%) har signifikant lägre nivåer av häkte och fängelse än de som inte fick behandling (43%). Vid tjugofyra månader är differensen 43% mot 67% beräknat enligt intent-to-treat. Vid 36 månader är skillnaden (27% v s 75%). Effekttorleken är medelhög vid 36 månader för recidivism  $d=.50$ . Behandlade patienter hade således signifikant längre tid till återintagning på institution. En kritik mot studien är att i och med att kontrollgruppen utgörs av de som inte vill ha behandling, så överskattas effekten trots RCT-designen.

Ett program för behandling av kvinnor Forever Free Substance Abuse Program med 4 månaders TC i fängelse och 6 månaders behandling i frivård. Designen är kvasiexperimentell (Prendergast et al 1996<sup>126</sup>; Chanhatisilpa, et al 2000<sup>27</sup>). I likhet med tidigare uppföljningar från samma kollektiv bekräftade studien att kvinnor som deltog i både TC och i frivård, hade signifikant färre anhållanden, häktningar eller fängelsestraff än de som inte fick behandling alls eller enbart deltog i fängelseprogrammet. Samma invändningar som ovan kan riktas mot studien.

I en kostnadseffektivitetsstudie av fem av de nio största programmen för institutionell behandling (tyvärr anges inte vilka eller i vilken grad program anknytta till kriminalvård inkluderats) studerades kostnadseffektiviteten av miljöterapeutisk behandling i slutenvårdsprogram i staten Washington (French, Salomé, & Carney (2002<sup>51</sup>). Studien gjordes på ett slumpmässigt urval av klienter och speglar både objektiva och klientens subjektiva uppfattningar om nyttan 6 månader efter utskrivning. Alla ”kostnadsnyttor” värderades i analysen utifrån samhällsperspektivet inte utifrån den enskilda klientens. Den genomsnittliga vårdkostnaden var \$ 4.912 medan den totala nyttan skattades till \$ 21.329 vilket ger ett estimat av \$ 16.418 för genomsnittlig netto nytta och en odds-ratio om \$ 4,34 i nytta/ kostnad.

En ”dos-respons-studie” med RCT-design av Nemes Wish och Messina (1999<sup>117</sup>) jämförde effekten av terapeutiskt samhälle i två frivårdsprogram; ett standard TC med 10 månaders behandling i fängelse och ett program med 6 månaders TC inom ramen för fängelset. Till dessa två betingelser kopplades två frivårdsprogram, ett med två månaders frivårdsbehandling och det andra med 6 månader i frivård (enhanced). Studien var en RCT-studie med 412 intagna. Klienter i bägge betingelserna erhöll individualterapi och gruppterapi, missbruksundervisning, life skills training, counseling kring att söka arbete, och självhjälpsgrupp och 12-stegsmöten under TC-vistelsen i fängelset. Effekterna var att standardbetingelsens klienter hade lägre nivå av återfall och anhölls i mindre utsträckning än enhanced-betingelsen mätt vid sex månader efter frigivning. Forskarna drar slutsatsen att den längre tiden i terapeutiskt samhälle inom fängelset hade en större inverkan på återfall i kriminalitet än den intensivare och längre frivårdsbehandlingen. Nivån av drogmissbruk hade sjunkit från 50% som använde kokain vid intagning till 30% vid follow-up och från 30% till 15% för heroin. Klienter som genomförde bägge behandlingsfaserna var signifikant mer i arbete vid uppföljningen än de som avbröt. Klienter som var försöksutskrivna, eller under övervakning gjorde färdigt behandlingen i högre utsträckning än klienter med mindre tidigare antal påföljder.

Av de ca 40 studier – huvudsakligen före-efter-design - som gjorts av svenska terapeutiska samhällen rör enbart ett fåtal behandling i fängelse. Det svenska Österåkersprojektet utgjorde därvid navet i ett nätverk bestående av 5 olika specialavdelningar med totalt 65 platser. Därutöver tillkom 15 platser på en öppen anstalt, Bogesund och andra anstalter var Hall, Hinseberg, Malmöanstalten och Härlanda som också öppnade drogfria avdelningar. Österåkerprogrammet var i likhet med sina amerikanska förebilder frivilligt för de som var dömda till fängelse. Programmet var klart miljöterapeutiskt präglat<sup>47</sup>. I en första utvärdering (före-efter-design) togs 113 personer in och 70 fullföljde. Under de två åren efter utskrivning avhöll sig 33% från nya brott beräknat på 133 personerna enligt intent-to-treat-definition. Återfallsprocenten var låg bland completters: 16% mot 46% bland de som avbrutit (Pettersson, Sundin-Osborne och Bishop 1986<sup>124</sup>; Rydsjö 1986<sup>131</sup>). Uppföljning av recidiv i kriminellt beteende är gjord på ett minskande antal patienter över de fem åren beroende på att kriminellt beteende avtog i både behandlings- och i jämförelsegrupperna. Den visade att vid fyra år hade 21% och vid fem år 14% färre i behandlingsgruppen återfallit jämfört med kontrollbetingelsen (Farbring<sup>47</sup>).

En senare utvärdering (Berggren och Svärd 1992<sup>8</sup>), omfattade 287 klienter frigivna under tiden juli 1982 – juni 1987. I snitt 75 % av alla som erhöll plats fullföljde programmet. En 12 månadersuppföljning indikerade att 40% varit drogfria som



genomfört terapeutiskt samhälle och för ca hälften förelåg inget känt missbruk. Mer än hälften hade arbete eller bedrev studier. Återfall i kriminell aktivitet var 29% för 12 månader och 42% under två år. Det vanligaste brottet var då narkotikabrott. Completers hade signifikant lägre återfallsnivå (34% över två år) jämfört med dropouts (64%) och 82% av de som fullföljde Österåkerprogrammet mot 59% bland de som avbröt hade dömts till fängelse för andra brott. ”Bara 27% av dem som dömts för narkotikabrott återföll inom 24 månader jämfört med 72% av dem som dömts under annan brottsrubricering. Kritiken mot den sista studien har framför allt siktat in sig på att huvuddelen av analysen är baserad på completersanalys och inte på intent-to-treat-analys. En annan kritisk synpunkt som sällan diskuteras menar författarna, är den om urvalsfaktorn: primär kriminalitet eller primärt missbruk, som tycks ha en betydelse för att förklara differentiellt utfall (Fridell 1996<sup>53</sup>). Det förefaller som intagna i den första gruppen misslyckas i högre grad och de som lyckas finns i den andra gruppen.

Hösten 2003 finns i Sverige totalt 1.339 platser för narkotikamissbrukare fördelade på 28 av landets slutna anstalter (BRÅ 2003<sup>18</sup>). Narkotikaplatserna är fördelade på motivationsavdelningar (690 platser), behandlingsavdelningar (524 platser), Avdelningar för svärmotiverade (167 platser). Tanken är att på Motivationsavdelningarna skall alla klienter kartläggas med ASI/MAPS-instrumenten och erbjudas motiverande samtal. Något urval av klienter görs inte. Behandlingsavdelningarna kräver drogfrihet av de intagna och där går alla intagna igenom något eller flera av de speciella program som används inom svensk kriminalvård.

Medan *12-stepsprogram* har blivit ett av många inslag i de terapeutiska samhällena inom kriminalvården i USA, England och Canada finns få utvärderingar. En av dessa av Martin, Player och Liriano (2003<sup>101</sup>) gäller RAPt-programmet. Studien är inte stor (n=75). Men 20% av de som framgångsrikt gick igenom hela programmet jämfört med 39% av de som inte genomfört hela programmet hade återintagits i fängsligt förvar inom 18 månader från utskrivning. Och inom ett år efter utskrivningen hade 25% av completers och 38% av non-completers återintagits i fängelse. Vid 2 år efter utskrivning var motsvarande nivåer 40% versus 50%. Skillnaderna är således små trots att det är completers som jämförs med dropouts<sup>2</sup>.

Den kanske viktigaste faktorn för framgång i institutionella behandlingsformer är *tid i behandling* (se ovan), något som innebär att inlåsning kan bli en gynnsam faktor upp till i vart fall ett år (Condelli & Hubbard 1994<sup>28</sup>). I icke randomiserade studier framstår tidsfaktorn som en av de viktigaste (DeLeon 1984, 1991, 2000<sup>36-38</sup>; Simpson 1982, 1999<sup>136,137</sup>). Det finns också indikationer på att klienter från kriminalvården har större nytta av långtidsbehandling än de som ansökt frivilligt om behandling i TC. Flera av studierna ovan ger stöd åt den bilden. Men medan icke-randomiserade studier ser ett närmast linjärt samband, har RCT-studier belagt en kortaste vårdtid motsvarande mellan 3 och 6 månader (McCusker et al<sup>106-108</sup>, Nemes et al<sup>117</sup>). Det visade sig också i McCusker's et al studier att för tidiga avbrott där planeringen var lång behandling var prognostiskt mindre gynnsamma än avbrott från planering av kortare vårdtider.

---

<sup>2</sup> Överlag är det empiriska stödet för AA- och NA-behandling i sig mycket ringa om vi beaktar grupper där social eller psykisk avvikelse är markant. En META-analys av Konwalski och Shadish (1999) gav snarast negativa effekter när enbart AA och NA användes. I kombination med strukturerad institutionsbehandling finns evidens för effekter på relativt välfungerande personer med ett långvarigt allkoholberoende eller tablettberoende (Fridell et al 2002<sup>54</sup> Finney, Moos, Humphreys (1999<sup>49,116, 120-122</sup>) och graden av psykopatologi var låg jämfört med drogmissbrukare<sup>56</sup> med eller utan kriminalitet.

En META-analys av RCT-studier av institutionell behandling för drogmissbrukare visar också den låga effekten av *institutionsbehandling* (SBU 2001; 2003<sup>10,132</sup>). Två meta-analyser av 15 institutionsstudier omfattande 1.715 patienter med utfallet återfall i opiatbruk och 723 patienter med utfallet återfall i kokainbruk gav en viktad effektstorlek för institutionell behandling av opiatberoende med Hedge's  $d=.10$  och för kokainberoende  $d=.15$ .

En slutsats som kan dras av ovanstående redovisning är att såväl i RCT-design som i kvasiexperimentell design finns en låg men stabil effekt för välstrukturerade program och att tid i behandling tycks ha betydelse för stabiliteten i resultaten. En reservation mot resultaten är att det även i RCT-programmen finns inslag av självselektion genom att patienterna frivilligt valt att delta, en faktor som kan påverka utfallsnivåerna. De som inte önskar behandling utgör ju i praktiken en annan jämförelsegrupp än patienter som i en RCT-design vill delta men hamnar i en kontrollgrupp.

## Frivårdsprogram

En viktig ambition har varit att skapa en *integrerad vårdkedja mellan fängelsebaserade program och en fortsättning i frivård* som planerats och påbörjats långt före frigivningen från fängelse eller institution. En uppföljningsmodell är *work release* programs där inledande behandling i TC fortsätter i öppenvård med arbete och behandling, finns genomfört i bl a CREST-programmet (Butzin et al 1999<sup>22</sup>; Nielsen, Scarpitti & Inciardi 1996<sup>118</sup>). Modellen beskrivs ofta som en koppling av TC och work-release (Harrison 2001<sup>67</sup>; Inciardi, Martin & Surratt 2001<sup>80</sup>). I de behandlingsverksamheter som återfinns i frivården finns stödande så väl som omlärande/beteendeterapeutiska modeller inbyggda. I Canada finns motsvarande program, dels "The Offender Substance Abuse prerelease Program (OSAPP)", designat för drogmissbrukare med måttligt svåra drogproblem och ett nytt program "High Intensity Substance Abuse Program (HISAP)" fokuserat på de 20% fängelsedömda med tyngst missbruk (Grant et al 2003<sup>64</sup>).

Frågan om kontinuitet i en behandlingsprocess som börjar med terapeutiskt samhälle och fortsätter med kriminalvård i frihet har blivit en allt viktigare fråga eftersom en frigivning alltid innebär ökad risk för återfall. Kombinationen av övervakning och aktivt deltagande i behandlingsprogram är en sådan fråga. I USA räknar man med att 40% av alla frivårdsprogram erbjuder ngn form av intervention mot drogmissbruk (Harrison 2001<sup>67</sup>). *Case-management* har blivit en form för behandling inledd i terapeutiskt samhälle och fortsatt i frivård (Inciardi, Martin och Scarpitti 1994<sup>78</sup>). Inom ramen för begreppet "assertive community treatment programme (ACT) kombineras bägge formerna.

En systematisk syntés av litteraturen kring frivårdsprogram för drogmissbrukare presenterades av Chanhatasilpa, MacKenzie och Hickman (2000<sup>28</sup>) där man bedömer såväl typ av program, kvalitet på programgenomförandet, kvaliteten i evalueringen och av själva effektnivån. Det är totalt 15 undersökningar som analyserades, de flesta med RCT-design. Treatment Alternatives to Street Crimes (TASC) är ett av de största med 320 program i 30 stater i USA. Resultaten visade stor variation mellan olika organisationer, men inga skillnader ifråga om antal anhållanden och återintagningar. Effekterna av intensiv övervakning i frivård studerades i randomiserad design vid ett-

årsuppföljning av villkorligt frigivna och den visade att i jämförelse mellan den grupp som intensiv övervakning och den grupp som slumpvis fick standardövervakning redovisades flest anhållanden och häktningar bland de fångar som var hårdast övervakade. Chanhatasilpa, et al (2000<sup>28</sup>) menar att resultaten i en del program - även i randomiserad design - visar signifikanta förbättringar medan i andra program, samma metoder inte visar någon effekt eller rent av negativ effekt.

New York's Stay'n Out Program har evaluerats i kvasi-experimentell design för 2000 klienter; 1.626 män och 398 kvinnor (Lipton 2000<sup>93</sup>). Kontrollgrupperna var de som anmält intresse för programmen men aldrig deltog eller var placerade på väntelista. Representativitetsanalyser av bakgrundsdata och tidigare kriminalitet gav inga statistiska skillnader mellan grupperna. Nivån anhållna var signifikant lägre för männen i terapeutiskt samhälle än för kontrollgruppen; 35% mot 51%. Skillnaden återfanns också för kvinnorna (8% v s 33%).

CREST-programmet i sin öppenvårdsdel evaluerades i RCT-design av Butzin et al (1999<sup>22</sup>) utifrån 334 TC klienter och 250 kontroller. Återfall i drogmissbruk registrerades vid sex månader och 18-månaders intervju och drogtest. Anhållanden registrerades vid 6 och 18 månader. Jämförelser gjordes mellan completers och non-completers. Också deltagarnas sociala situation belyses utifrån inkomst och anställning där inkomsten av arbete var signifikant högre för completers än för non-completers. Ett intressant fynd är att de klienter som avbröt skiljde sig bara marginellt i de flesta utfallsvariabler från kontrollgruppen som inte fick behandling. I detta hänseendet fanns således ingen effekt av interventionen.

*Stand-Alone aftercare programme* är ett annat kontinuitetsprogram där utvärderingen av eftervård i RCT-design presenterades av Brown et al (2001<sup>17</sup>). Det som skiljer det här programmet är att det arbetar tillsammans med andra drogfria behandlingsprogram så att det närmast har en community reinforcement ansats. Etthundratretton patienter randomiserades enligt ett ovanligt protokoll till något av tre eftervårdsprogram a) eftervård om klienten bodde i upptagningsområdet, b) eftervård fördelad slumpmässigt på om klienten tillhörde mer än ett upptagningsområde och c) ingen eftervård. Effekten av behandlingen under de 6 månaderna efter frigivning var att de två programmen med eftervård hade signifikant lägre nivåer av drogmissbruk (alla typer) och självrapporterad kriminalitet samt dagar med kriminalitet (ASI). Antal anhållanden och illegal inkomst skiljde dock inte mellan grupperna. Vid 12-månaders uppföljningen fanns inga signifikanta skillnader kvar mellan grupperna. En svaghet är att redovisning av huvudeffekt (main effect) inte går att utläsa och att redovisningen av skillnader mellan completers och non-completers tenderar att övervärdera effekterna.

En kostnadseffektivitetsanalys av en av eftervårdsbetingelserna ovan (CREST), visar vid 6 månader, att genom att lägga till eftervård, så undviks i genomsnitt \$ 19 i olika samhällskostnader. Man räknar med att 6-månaders CREST-programmet kostar \$ 1.937 under ett halvår efter utskrivningen. Läggs eftervården till blir kostnaden \$ 2.872 per deltagare. Medan CREST-programmet i sig (TC) sparade \$ 65/deltagardag. Med tillägget för eftervård (en investering av \$ 935 per klient) sparas jmfrt med den genomsnittlige deltagaren i standardprogrammet 49 dagars slutenvård med \$ 3.420, eller \$ 548 per klient. Eller varje satsad dollar ger ca 5,66 dollare tillbaka (Butzin, Martin och Inciardi 1999<sup>22</sup>).

Det kanadensiska programmet ”The Offender Substance Abuse pre-release Program (OSAPP)”, designat för drogmissbrukare med måttligt svåra drogproblem och programmet ”High Intensity Substance Abuse Program (HISAP)” fokuserat på de 20% fängelsedömda med tyngst missbruk ofta med ett fängelsestraff mellan 4 och 10 år (Grant, Kunic, McPherson et al 2003<sup>64</sup>). Hela 77% avtjänade straff för allvarliga brott. Det är ett slutenvårdsprogram med KBT-baserade moduler. Ett första pilotprojekt har evaluerats med betydligt mer avancerad design och mätmetoder än övriga beskrivna program, med skattningar av kriminogena faktorer, personlighetsfaktorer m.m, dynamiska och statiska faktorer<sup>3</sup>. Även om resultaten är måttliga också i detta program visar pilotstudien att för completers så har antal incidenter för misskötsel under anstaltstiden som smuggling, missbruk och vägran att medverka i urinprov minskat med mellan 15 och 10 procentenheter i jämförelse med de som inte fullföljt. Och 12 månader efter utskrivning är antalet positiva drogsvar i urinprov 11% mot 21% i kontrollgruppen och andelen klienter som återintagits 7% lägre (49% v s 42% i matchad kontrollgrupp). Vid sex månader är motsvarande siffror 32% v s 26%. I jämförelse mellan institutionellt omhändertagande v s frivård är besparingen 211 dagar á \$ 182 = \$ 28.696. Ett lyckat program för 200 deltagare skulle alltså spara nära sex miljoner dollar med motsvarande reduktion i återfall. Slutsatsen man drar är att programmet påverkade beteendet både under pågående fängelsestraff och efter frigivning. Också här är jämförelsegruppen fullföljare med icke fullföljare en design som ökar risken för överskattning av effekten, vilket gör att en effektberäkning sannolikt skulle visa en mycket låg eller obefintlig effekt.

Övergången från fängelse till frivård har studerats i en randomiserad studie (Sia, Dansereau & Czuchry 2000<sup>134</sup>; Czuchry, & Dansereau 2000<sup>36</sup>). Klienter som stod inför sin frigivning delades in i tre grupper; låg, mediumhög och hög beredskap för behandling. Ett särskilt uppsättning träningsmetoder sattes in under en 4-månadersperiod och 500 klienter randomiserades till antingen denna speciella ”färdighetsträning” eller ”standardpraktik”. Klienter som skattades högt på förändringsbenägenhet skattade sina counselors, träningssessionerna och fångvårdspersonalen mer positivt, sina sessioner som mer värdefulla och att de arbetade aktivt med programmet i en högre utsträckning än de klienter som enbart deltog i standardprogrammet.

En svensk utvärdering av frivård (Kuhlhorn, Johansson, Lundberg 1979<sup>86</sup>) är av lite äldre datum och rör en utvärdering av en försöksverksamhet i Sundsvall i mitten av 1970-talet med en personellt och resursförstärkt frivård. Förändringen bestod i att klienten själv skulle välja övervakare, att övervakaren skulle svara för behandlingsarbetet och ha en litet antal personer att övervaka – högst tre. Klienterna delades in i tre grupper med avseende på återfallsrisk. Samtliga klienter som skrevs in under försöksperioden följdes under två år. En kontrollgrupp från Karlstad följdes på samma sätt i ett distrikt där resurserna var avsevärt mindre. Bägge grupperna jämfördes (n=1.786) också med situationen inom frivården i hela landet. Kriterierna var a) återfall i kriminalitet, b) alkoholmissbruk och d) arbetslivsanpassning. Experimentverksamheten hade inte någon egentlig effekt på återfall i brott. Snarast ökade brottsligheten, men då mer som en generell trend i frivårdsklientel i hela landet vid denna tidpunkten. De förstärkta resurserna i Sundsvall ledde inte heller till någon minskning

<sup>3</sup> Med *dynamiska faktorer* avses bakgrundsfaktorer som kan variera och som går att påverka, utbildning, erfarenhet, anpassningsstrategier(coping), symtom o s v, medan *statiska* är sådana som är givna; kön, bakgrund, etnicitet o s v.

i alkoholanvändning och inte heller i det tredje kriteriet med arbetsanpassning kunde någon skillnad mellan grupperna urskiljas.

Avslutningsvis sammanfattar Butzin, Martin och Inciardi (2002<sup>22</sup>) en bedömning av effekten av de olika komponenterna i kontinuitetsprogrammen inom kriminalvården och menar att det finns stöd för samtliga delar av behandlingen enskilt, men framför allt att de olika delarna sammantaget har effekter som inte kan bortförklaras av skillnader i demografiska variabler, i tidigare kriminellt beteende eller i drogmissbruk. Men, betonar man, effekterna av programmen *inom ramen för fängelser* är generellt höga och mer varaktiga. Bägge utfallen är känsliga för graden av kontinuitet i behandlingen. Tilläggas kan att det svenska Österåkerprogrammet visar resultat i samma riktning som de amerikanska, men att design och genomförande av studien kanske kunde förbättras. De amerikanska och canadensiska öppenvårdsprogrammen förefaller också fungera bra i motsats till det här beskrivna svenska försöket med resursförstärkning. En kommentar från författarna är att effekterna snarast är låga än höga, men robusta över en rad olika program.

## Omlärande och beteendeterapeutisk behandling

En stor förändring vid behandling av kriminella har skett under de senaste 20 åren från en utbredd behandlingspessimism ("nothing works") till en mer optimistisk syn där den övergripande frågan har varit "what works" (Se Gendreau, Goggin & French 2003<sup>61</sup>). I utvecklingen mot en större behandlingsoptimism på behandlingsområdet har en omorientering gjorts från psykodynamiska behandlingsprinciper till mer beteendeterapeutiska modaliteter<sup>4</sup>. Då interventionerna som regel har varit manualbaserade så har detta medfört att behandlarna haft en strikt behandlingsordning och en bestämd interventionsstil att förhålla sig till (behandlingsintegritet). Detta efter förebild från Canada och England. Till Sverige har de flesta programmen använts i sitt kompletta skick, ofta med krav på att programutbildarna skall ha genomgått utbildning och handledning i upphovslandet.

Dessa behandlingsformer kan i Wolberg's (1988<sup>153</sup>) terminologi betecknas som "*omlärande och tränande terapiformer*", samtliga med beteendemodifierande inslag. Det stora flertalet varianter baseras på inläringsteori. Krav på en adekvat utbildning i teknik hos behandlarna krävs för att metoderna skall komma till sin rätt. Förutom symtomlindring och omlärning av felaktiga beteenden inriktas dessa metoder på aktivt förvärvande av nya och adaptiva beteenden. Wolberg<sup>153</sup> listar 70 varianter i sin översikt. Det finns betydligt fler idag. Vanligast är individuella tekniker, men även gruppbehandling och familjebehandling med omlärande målsättningar har publicerats<sup>42-47</sup>. I genomgången räknas vissa manualbaserade counselingtekniker in. Inom kriminalvården ges en del av de specifikt utvecklade programmen enbart under fängelsetiden, medan andra ges i frivård.

---

<sup>4</sup> Uppfattningen att psykodynamisk behandling dominerade inom kriminalvården före "What works"-epoken är nog överdriven. Sannolikt har väldigt få behandlingar med dynamiskt utbildade behandlare genomförts med kriminella i fängelser fram till 1990-talet och så är sannolikt fallet också idag. Det är nog snarast sätten att *förklara* missbruk och avvikande beteende som ändrats.

En nyare gemensam grund i kognitiv terapi förknippas med metoderna inom kriminalvården. Men begreppet "kognitiv behandling" har blivit ett honörsbegrepp, och som sådant exploaterat och ibland otydligt. Det finns en vanlig föreställning att kognitiva tekniker och beteendeterapi är enklare att applicera än dynamiska behandlingsprinciper. Sannolikt är detta inte korrekt. I praktiken representerar termen kognitiv beteendeterapi flera inbördes ganska olika interventioner. I denna genomgång definieras *kognitiv beteendeterapi (KBT<sup>12,16,83-84,88-89,109,125,127,130</sup>)* som metoder med *fokus på själva missbruksbeteendet* och relaterade tekniker inriktade mot att ändra specifika drogrelaterade beteenden och anpassningsmönster medan *kognitiv terapi* som vi känner den i Sverige omfattar metoder som har både inslag av dynamiskt tänkande och beteendeterapi. Denna senare variant förs till terapimetoderna som kännetecknas av parallella och mer komplexa interventioner med mer omfattande målsättningar som att ändra missbruksbeteende och minska psykiskt lidande, inte sällan genomförda över längre tid.

*Kognitiv beteendeterapi* avviker från klassiska stimulus-responsmodeller i det man utgår från empirisk forskning kring hur tankemönster utlöser eller permanentar psykiska störningar och symtom liksom hur dysfunktionella tankar kan modifieras och utsläckas. Kognitiva terapitekniker söker ersätta avvikande tankemönster med sådana som underlättar anpassning och en mer positiv livssyn. Särskilt har denna senare grupp av tekniker visat sig effektiva i behandling av depressioner och ångest<sup>7,10</sup>, vissa psykosjukdomar liksom vid vissa missbruksproblem<sup>13</sup>. Den höga prevalensen av depression och ångest ofta i kombination med personlighetsstörning i behandlingskohorter av narkotikamissbrukare har gjort kognitiv beteendeterapi till ett naturligt inslag.

Tekniskt tar kognitiva terapiformer fasta på dagliga vane- och föreställningsmönster där irrationella antaganden, destruktiva självuppfattningar och självnedvärderande tankar utlöser och vidmakthåller avvikelser som yttrar sig i en lång rad psykiska störningar eller sjukdomar. Genom detta fokus i förening med terapeuten som modell, konkreta hemuppgifter, och andra aktiviteter som syftar till att ändra individens syn på sig själv, formas en mer realistisk och konstruktiv självuppfattning. En övergripande analys av behandlingseffekter är den genomgång av 34 meta-analyser som redovisades av McGuire (2002<sup>109</sup>) där han hävdar a) att behandlingsprogram reducerar återfall, b) att de som arbetar efter principer från "what works" och c) att de som redovisar utfall i specifika kliniska och psykologiska kriterier har högst effekter. Genomgången känns dock tveksamt konklusiv.

*Förstärkningsbehandling (kontingensförstärkning)* är en grupp metoder där man genom systematiska belöningar gradvis formar missbrukarens beteende i önskad riktning. Metoden kan betecknas som en kombination av enkla belöningssystem och operant betingning. Vanligt är att drogfrihet (negativa urinsvar eller självrapporterade uppgifter) ger belöningar i form av bonus under behandlingen, vilket kan vara i form av teckenekonomi där patienten får vouchers som kan användas för inköp av personliga artiklar och/eller av ökade metadondoser. Begreppet contingency implicerar att belöningarna varieras över tid enligt inlärningspsykologiska principer, för att förstärkningen skall modularas optimalt<sup>19,65,75,76,83,135,151</sup>). I en RCT-studie med familjeterapi kopplades t ex förstärkningen (bonussystemet) till närvaro vid terapisessionerna (Stanton och Todd 1982<sup>143</sup>). Användning av kontingensträning behöver således inte

vara begränsat till enbart beteendeterapeutiska behandlingar. Contingensträning tillhör de metoder som prövats i hög utsträckning under senare år.

En Meta-analys av Griffith et al (2000<sup>65</sup>) med 2.568 patienter med såväl RCT-design som enkelgruppsstudier visar en låg effekt på opiatanvändning under pågående eller vid avslutad behandling. Inte heller bestod effekterna över tid. En uppdatering med 16 nya artiklar i en meta-analys av författarna (kommande) bekräftar att kontingensträning kan vara ett fungerande sätt att systematiskt minska återfall och sidomissbruk under behandling och att metoden har effekt som komplement till annan behandling, men att metoden inte har effekt på kvarstannande (retention) och inte heller har kvarstående effekter efter avslutad behandling. Hittillsvarande forskning lär därför mer om hur vi kan forma beteendet under en intervention, men räcker inte för att åstadkomma drogfrihet. Metoden har inte prövats på återfall i kriminellt beteende i här kända studier.

Den kanske mest omskrivna metoden *social skills training* omfattar en rad interventioner för att systematiskt lära in beteenden som kan ha såväl med drogbeteendet (t ex att lära sig tacka nej) till tekniker för att träna vardagssituationer. Metoden bygger såväl på teori om operant betingning som olika typer av inläring genom systematisk träning eller identifikation med en förebild (*modeling*). Inom drogmissbruksområdet finns närmare 20 studier av effekter på droger (SBU 2001;2003<sup>10,132</sup>) studier av social skills training<sup>5</sup>. En studie av Gendreau och Goggin (1991<sup>60</sup>) som utvärderade 122 olika program är alltför summarisk.

Tre meta-analyser kan med lite god vilja sägas representativa för Social skills training; Två meta-analys från kriminalvårdsområdet har presenterats av Lipsey (1992<sup>90</sup>) och Lipsey, Chapman och Landenberger (2001<sup>92</sup>). En tredje meta-analys är en lokalt publicerad meta-analys av KBT-metoder för behandling av våld i nära relationer (Brenestig och Persson 2002<sup>16</sup>). Den första<sup>90</sup> handlar om effekter av behandling för ungdomar i 443 undersökningar den andra<sup>91</sup> om effekter av KBT-behandling i fjorton studier med både vuxna och ungdomar. Av totalt 443 jämförelser mellan experiment- och kontrollbetingelser, så var 285 av effekterna positiva för experimentbetingelsen (64%) och 131 för kontrollbetingelsen medan 27 var neutrala. Randomiserade studier visade en effekt om  $d = 0,10$  standardavvikelseenheter visavi kontrollgruppen, motsvarande en minskning av återfall från 50% till 45% vid uppföljning. Behandling som gavs av en behandlare i den metod där denne var tränad hade högre effekt än behandling i kontrollgruppen (*allegiancefaktorn*).

Den andra meta-analysen av Lipsey et al (2001<sup>91</sup>) rör både vuxna och unga kriminella. Fjorton studier med olika KBT-metoder som beskrivs nedan ingick: Relapse Prevention, förstärkningsprogram som Reason and Rehabilitation, Aggression Replacement Therapy och Anger Control training, Reason and Rehabilitation ingick. Åtta av fjorton var RCT-studier. Effekttorlekar i de fjorton studierna varierade mellan  $ES = 0.20$  upp till  $ES = .37$ , då viktigt att påpeka att bara 3 av 14 studier hade signifikanta effekter. Och att således endast ett par studier svarar för effekterna. Det viktade medelvärde över de 14 grupperna visade att 26% i KBT-interventionerna återföll i brott jämfört med 38% i kontrollgruppen ( $p < .05$ ).

---

<sup>5</sup> Programmet beskrivs närmare i rapporten "Att lära ut ett nytt sätt att tänka – Utvärdering av Kognitive Skills-programmet i kriminalvården 1995-2000", BRÅ-rapport 2002:1, Se Berman2004<sup>11</sup>).

Tilläggas bör att den första meta-analysen omfattade insatser som var upplagda och övervakade av utvärderarna och insatser som bedrevs i reguljär verksamhet utan sådan övervakning. Den andra meta-analysen exkluderade de verksamheter som var "forskarstyrda". I den första studien bedömdes kognitiva, högstrukturerade program som klart mest effektiva. I den andra meta-analysen talade inte resultaten lika tydligt för att kognitive skills skulle vara överlägsen andra metoder.

Meta-analysen av behandling för våld i nära relationer (Brenestig och Persson 2002<sup>16</sup>) identifierade 17 studier, varav 5 med RCT-design och övriga med kvasi-experimentell design. En av vardera typen av studie har signifikant effekt. Ingen studie hade dock en direkt negativ effekt. Den totala effektnivån för experimentella studier är  $d=.09$  och för de kvasi-experimentella,  $d=.07$ . Således en mycket låg effekt.

En sjätte variant av tekniker slutligen bygger på *träning av sociala färdigheter*, ibland benämnda copingtekniker. *Återfallsprevention* är en lovande och systematisk metod att lära en missbrukare att undvika situationer som leder till återfall. (relapse prevention - RPT<sup>82,84,92,100,125</sup>). Metoden är en blandform av de bägge varianterna där "sug" och återfall förstås som kognitiva processer och förväntningar på positiva drogeffekter som hindrar mer rationella beslut. Dessa beslut påverkas i sin tur av individens förväntningar, den subjektiva betydelsen av dessa förväntningar och upplevelsen av möjliga handlingsalternativ<sup>100</sup>. I behandling av alkoholmissbruk har återfallsprevention (RPT visat sig vara en lovande intervention i studier av drogmissbruk (Berglund et al 2003<sup>10</sup>).

En meta-analys av återfallsprevention vid olika störningar, bl a drogmissbruk redovisas av Irvin et al (1999<sup>82</sup>). Meta-analysen baseras på 26 studier med 9.504 patienter, både RCT-studier och studier med annan design. RPT hade en signifikant men låg effekt på alkohol- och blandmissbruk, men effekten på drogmissbruk (kokain) var  $d=.14$  jämfört med kontrollbetingelserna – alltså en icke säkerställd effektnivå. I jämförelse med lågintensiv s k "uppmärksamhetsplacebo" har RPT effekt på vissa droger, men RPT visar högst effekt omedelbart efter avslutad behandling och effekterna avtar över tid. Inga data redovisas för RPT som behandling av kriminellt beteende. Inte heller i analysen av psykosocial behandling av drogberoende (SBU 2001<sup>132</sup>) hade RPT mycket låga effekter.

*Motivational Interviewing* – MI har i behandlingsstudier av alkoholmissbrukare visat goda resultat (SBU 2001; 2003<sup>10,132</sup>). Meta-analysen av Burke et al (1999<sup>21</sup>) studerade MI som *tilläggsmodalitet* till huvudsakligen andra kognitivt beteendeterapeutiska tekniker i 30 kontrollerade studier med 4.925 patienter. Studien omfattar inte kriminellt beteenden men då MI lanserats starkt inom kriminalvården är det angeläget att visa det aktuella forskningsläget. Effekterna har beräknats enligt intent-to-treat-definition. Av de nästan 5000 patienterna hade 717 i fem studier drogmissbruk. Få uppgifter om differentiella effekter på specifika droger redovisas. Doseringen av AMI-interventionerna varierade från 15 till 240 minuter. Samtidigt pågick parallellt i studierna andra kognitivt beteendeterapeutiska interventioner över längre tid som RPT och Skills training. *Resultat:* Totalt ger AMI en signifikant effekt i 11 av 30 studier. I jämförelse med ingen behandling fanns en medelhög effekt ( $d = .56$ ) medan jämfört med andra aktiva behandlingsinterventioner, AMI inte var signifikant bättre än kontrollbetingelsen ( $d=.02$ ) för droger/alkohol.



En ny RCT-studie av Miller et al (2003<sup>114</sup>) som direkt berör effekter på drogmissbrukare visade inte heller någon effekt på droganvändning av en-sessions MI som komplement till KBT-baserade behandlingar för drogmissbruk. I studien hade 23% av patienterna samtidig metadonunderhållsbehandling. I två nya RCT-studier med psykiskt svårt störda drogmissbrukare<sup>5,6</sup> bedömdes MI som otillräcklig för den här gruppen. En positiv bild ges dock i en alldeles nypublicerad RCT-studie av Bernstein et al (2005<sup>6</sup>) som inte ingår i kohorten av studier bör nämnas. Den omfattade 1.175 patienter randomiserade på kort MI-insats med icke terapeututbildade behandlare versus ingen psykosocial intervention. Studien pekar på en drogfrihet för kokainanvändning med 22,3% i experiment mot 16,9% i kontrollgruppen och för opiatanvändning: 40,2% versus 4%, vilket för bägge drogerna är signifikanta odds-ratios.

*Aggression Replacement Training (ART* <sup>1,41</sup>) har evaluerats av Dowden, Blanchette och Serin (1999<sup>41</sup>) i urval av fängelseintagna klienter i Canada. I studien drogs ett sampel från samtliga 691 klienter som framgångsrikt genomfört program. Klienterna matchades på ålder, brottstyp och risk för återfall. Det slutliga urvalet (n=445) matchades mot ett slumpmässigt urval av klienter på identiska kriterier. Totalt bestod jämförelsen av 348 matchade par men då det utvärderingen gjordes i frivård minskade samplet till 110 matchade par. Återfall i icke våldsamt kriminellt beteende var signifikant högre för kontrollgruppen än för ART-gruppen ( $p < .001$ ). Inom tre års tid efter behandlingen hade 30% av jämförelsegruppen återfallit mot bara 10% i ART-gruppen och skillnaden mellan klienter med låg risk för återfall och hög risk var signifikant enbart i högrisk gruppen. Kostnadseffektivitetsökningen ovan i antal ART-program i Washington State motsvarade en minskning av återfallen med 24% under ett år och en kostnadseffektivitet \$ 11.66 per satsad dollar för kompetenta terapeuter mot \$ 7.89 per satsad dollar igenomsnitt. För ART var motsvarande effekt en sänkning av återfallen med 24% under ett år med en kostnadseffektivitet \$ 11.66 per satsad dollar för kompetenta terapeuter mot \$ 7.89 per satsad dollar i genomsnitt.

Det kanadensiska programmet *Reason and Rehabilitation* bygger på träning sådana områden hos kriminella där de ofta har brister: kognitive skills training, och social träning av kritiskt tänkande, självreflektion, interpersonell problemlösning, socialt perspektivtagande, empati och värderingar (Ross, Fabiano, Ross 1986/2000<sup>130</sup>) Programmet har evaluerats i en meta-analys av Tong och Farrington (2004<sup>145</sup>) som jämför data från utvärderingar i fyra länder. Utvärderingarna hämtades från Canada (3), från USA (12), Sverige (1) och England (10). Sexton olika utvärderingar med 26 jämförelser har evaluerats med någon typ av kontrollgruppsdesign. Åtta av dessa hade egentlig RCT-design. Övergripande påvisas en reduktion av 14% i recidivism för programdeltagare jämfört med kontroller. Det innebär alltså att om hälften av deltagarna i kontrollgruppen återföll så återföll 43% av deltagarna i kognitive-skills-programmen.

*Reason and Rehabilitation* har prövats i Sverige av Berman (akademisk avhandling<sup>11</sup>) och ingår i meta-analysen ovan. Det är ett tremånadersprogram som vänder sig till ungdomsbrottslingar, drogmissbrukare, våldsdömda och sexualförbrytare. Programmet integrerar en rad inslag från andra typer av KBT-program. I den svenska utvärderingen jämförs 372 manliga intagna som deltog i något program mellan 1995 och

---

<sup>6</sup> Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., Hingson, R. (2005<sup>12</sup>). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence* 2005 (77), 449-59.

2000. Kontrollgrupper har rekryterats på två sätt. Den första är frivilliga kontroller från ett av fyra fängelser där 27% av alla tillfrågade fyllde i testformulär och skalor med ca 70% kompletta data. Den andra består av matchade kontroller från en pool av 1.103 dömda efter 1990. Matchning gjordes på relevanta kriterier: antal tidigare domar, ålder, brottstyp och brottspåföljd. Matchningen gjordes vidare i fyra steg. Utfallskriterier var av två typer a) förändringar på en rad test och skalor samt b) återfall i brott. Programmet genomfördes av 77% av deltagarna. De som genomfördes behandlingen (completers) skiljde sig i flera avseenden från de som avbröt (dropouts). Korttidsutfallet mätt med skalor och test pekade på att de som genomförde behandlingen hade signifikanta förbättringar i empati, och i förbättrade prosociala attityder och flera andra skalor. Återfall i brott under en 36-månaders uppföljningstid visade att 48.1% av completters hade återfallit jämfört med 73.4% av dropouts och 60.3% bland kontroller ( $p < .01$ ). Ca. 12% hade således en förbättring som kunde tillkrivas behandlingen baserat på completters analys. I gengäld kunde 13,4% ökad kriminalitet i dropoutgruppen tillskrivas behandlingen. Med kontroll för effekter av ålder, tidigare antal domar, brottstyp och period under vilket programmet gav, fanns en bestående men icke signifikant effekt motsvarande om 14% lägre återfallsrisk i behandlings- än i kontrollgruppen. Det finns alltså ett svagt men ändå stöd för effekter av programmet.

*Dialektisk beteendeterapi* som är en terapi som utprovats för patienter med allvarliga personlighetsstörningar som borderlinediagnos. Modellen prövades för kvinnor med allvarliga psykiska problem i en pilotstudie av Sly, A., & Taylor, K (2003<sup>138</sup>). Både personal (42 personer) och patienter ( $n=23$ ) hade sökt frivilligt till projektet. Enbart deltagarnas attityder till projektet och implementeringsfasen inventeras. Att DBI kan vara en intressant metod beror på att dialektisk beteendeterapi utformats med patienter med personlighetsstörning. Resultat av själva interventionen har inte publicerats och inte heller är i nuläget studier på kriminella publicerade.

Till moderna behandlingsmodeller som borde kunna låta sig förenas med olika frivårdsprojekt hör *community reinforcement*. Det finns stora likheter med case-management med den skillnaden att behandlingsambitionen är högre (Abbott et al 1998<sup>2</sup>).

En annan metod som ingår i flera behandlingsmodeller är *drug counseling*, med syftet att systematiskt träna missbrukaren att undvika situationer som kan leda till återfall och samtidigt skapa nya och mer adaptiva strategier. Counselingmetodik är idag det vanligaste komplementet till annan behandlingsmetodik vid centra i USA alltifrån institutionsbaserade insatser eller öppenvårdsmodeller med och utan metadonunderhållsbehandling till 12-stegsprogram<sup>53</sup> Manualer finns publicerade och counseling i någon form är också den vanligaste kontrollbetingelsen vid jämförelser med andra behandlingsmetoder.

En behandlingsmodell som bör räknas till de omlärande modellerna är *12-stegsmodellen* (twelve-step-enhancement) som med sin utgångspunkt i självhjälpsrörelser som A.A. och N.A. fått en allt starkare ställning inom såväl institutionell som öppenvård av alkoholmissbrukare och under det senaste årtiondet också narkotikamissbrukare samt inom kriminalvård i flera länder. Den kanske viktigaste informationen om 12-stegsprogram får vi från den hittills största naturalistiska studien (en amerikansk multi-centerstudie från USA) där 12-stegs- och återfallsprevention med drygt tre tusen personer, huvudsakligen alkoholberoende patienter<sup>49,116,120-122</sup> studerats. Betonas bör att 12-stegsprogrammet trots sina i *praktiken* stora likheter med beteendeterapeutiska

interventioner *inte* har en egentligen inlärningsteoretisk bas i övrigt utan har utformats utifrån självupplevda erfarenheter hos före detta missbrukare, snarast ett exempel på en ideologiskt/ existentialistiskt eller pragmatiskt formulerad interventionsmodell. Minnesotabehandlingen för alkoholmissbrukare anges som en av flera inspirationskällor<sup>47</sup>. Integrerade inslag kan vara återfallsprevention, 12-stegsmöten i grupp, familjeundervisningsgrupper, och systematisk kontroll av drogfriheten genom urinprov och utandningstest. I fotnoten sidan 15 anges att 12-stegsbehandling i sin mer renodlade form har effekt på främst ganska välanpassade människor med svåra alkohol- och/ eller tablettberoende och att det finns ganska få belägg för effekter för tunga drogmissbrukare eller kriminella. Nu skall samtidigt betonas att 12-stegsprogram ofta är integrerade med andra behandlingsmetoder, inte minst KBT-metoder inom kriminalvården och att det sannolikt är så att de med denna inramning blir ett värdefullt komplement till behandlingsarsenalen.

I området mellan tränande metoder och psykoterapi finns ett antal interventioner för främst unga missbrukare. Ett par meta-analyser har gett ett starkt stöd för familjeintervention, kanske det allra starkaste över huvudtaget för någon behandling vid kriminalitet och drogmissbruk i en meta-analys av Stanton och Shadish (1997<sup>142</sup>). Multisystemisk familjeterapi (MST<sup>70-74,94</sup>), Funktionell familjeterapi (FFT<sup>1</sup>) och beteendeterapeutisk familjeterapi för vuxna (Fals-Stewart et al<sup>42-46,147</sup>) tillhör de typer som har rönt särskilt stor uppmärksamhet under senare år. FFT gav en väsentlig reduktion av återfall i brott med 38% över ett års uppföljning och motsvarande en kostnads-/insatsnivå av \$ 10,69 per satsad dollar för kompetenta terapeuter och \$ 2,77 per satsad dollar i genomsnitt.

Det skall framhållas att de program som används av personal inom svensk kriminalvård som regel används av behandlings- och vårdarpersonal utan psykoterapeutisk kompetens. Detta nödvändiggör att behandlingen är *manualstyrd* för att säkra att insatserna görs på ett systematiskt sätt över tid (*behandlingsintegritet*) och inriktas på observerbara mål som förändring av *avvikande beteende* i första hand. Insatserna måste också ges under kontinuerlig handledning av programansvarig personal för att upprätthålla behandlingsintegriteten. I föreliggande rapport är inte ambitionen att täcka alla de psykoterapeutiska interventionsmetoder som använder tränande eller andra metoder. Men det bör noteras att det finns indikationer från oberoende studier att *terapeutkompetens hos behandlaren* ökar effekten i flera interventioner. Ytterligare en faktor *terapeutkompetens* är en viktig prediktor så att utbildade terapeuter med adekvat interpersonell skicklighet har en betydligt högre effekt ( $r=.27$ ) (French och Gendreau 2004) än programledare med lägre kompetens. Mätt i "undvikna kostnader" för kriminellt beteende, ökar för Funktionell familjeterapi (FT) kostnadseffektiviteten från att en satsad dollar ger 2,77 i besparing för icke utbildad terapeut till 10,69 dollar med kompetent terapeut och för Aggression Replacement Therapy (ART, ovan) från en satsad dollar ger 6,71 dollar i besparing vid icke utbildad terapeut kompetens till 11,66 dollar vid hög terapeutkompetens (Aos et al 2004<sup>1</sup>). Dessutom fann man i nämnda undersökningar att inkompetent levererade program hade en lägre effekt än ingen behandling alls för samtliga program. I FFT ökade återfallen med 16% och i ART med 7% mer än i kontrollgrupperna vid dåligt genomförd behandling. Vid 18-månader noteras att ökningen av negativ nytta var ännu större. Detta kontrollerat för att återfallen stiger i samtliga grupper. De sistnämnda jämförelserna är än så länge unika i terapilitteraturen och förtjänar att lyftas fram av denna anledning.

## DEL II - META-ANALYS AV EFFEKTER PÅ ÅTERFALL I KRIMINELLT BETEENDE

### METOD

I följande avsnitt presenteras en nya meta-analys baserad på tidigare databaser för RCT-studier i psykosocial behandling av drogmissbrukare och kompletterande sökningar under 2004.

#### Representativitet

Kontroll av felaktigt registrerade studier eller saknade studier gjordes vid den första sökningen i juni 1997 där några tidiga studier saknades - totalt fyra arbeten. Bara en av dessa var dock en effektstudie, vilket ger en felprocenten om 1%. Ett mer systematiskt fel i de första sökningarna var att 30% av samtliga psykosociala undersökningar registrerade som RCT-studier, inte var egentliga RCT-studier enligt SBU:s kvalitetskriterier. Dessa har exkluderats. En jämförelse med Cochrane Library (juni 2001) visade dock inga missade arbeten i dittills identifierade artiklar. En del studier som identifierats via litteraturlistor har inte kunnat spåras i litteratursökningarna. Dit hör opublicerade avhandlingsmanuskript, och sådana som publicerats i tidsskrifter (familjeterapistudierna) vilka inte ingår i Medline eller andra databaser.

Litteraturlistorna i de åtta meta-analyserna inom drogområdet har använts för att lokalisera missade studier: Crits-Cristoph (1992<sup>31</sup>), (Stanton och Shadish 1997<sup>142</sup>) (2001<sup>132</sup>); Carter et al (1999<sup>27</sup>), Griffith et al. (2000<sup>65</sup>) samt Irvin et al. (1999<sup>82</sup>). Totalt är det bara 3 artiklar som missats i SBU-arbetet. Det finns dock ingenting som tyder på att senare sökningar på Socialstyrelsen, som använt samma sökbegrepp och databaser skulle avvika i representativitet.

#### Rapporteringsbias

Publiceringsbias har beräknats för de 22 studierna. Plotten visar att det finns en mycket stor studie med viktad effektstorlek något över 0 och en liten studie med hög negativ effektstorlek. Eljest är det en relativt jämn fördelning på ömse sidor om 0-linjen. Risken för systematisk överrapportering av höga effekter är således ringa.

Se diagram 1 på följande sida

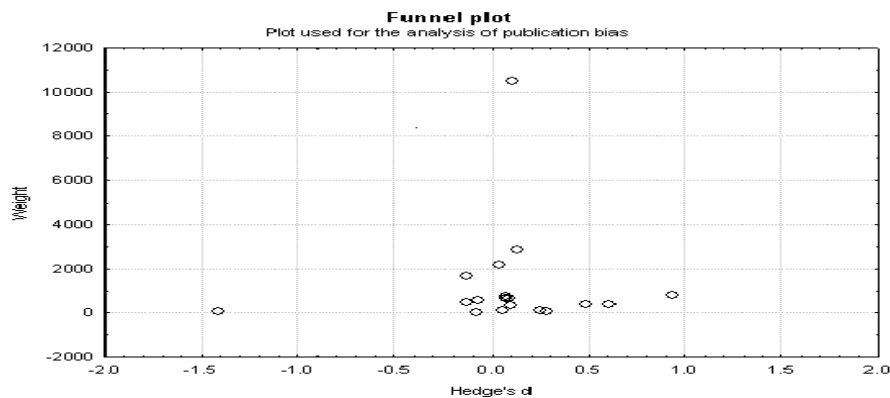


Diagram 1. Skorstensplot för de 22 studierna som kunnat analyseras med avseende på utfallsdata i kriminalitet.

## Inklusions- och Exklusionskriterier

### Inklusionskriterier

- Enbart randomiserade kliniska studier (RCT) av psykosociala interventioner har inkluderats.
- Den experimentella behandlingsinterventionen är en psykosocial intervention: och skillnaden mellan experimentgruppen och kontrollgruppen ligger alltså inte vilken typ av farmaka gruppen behandlas med även om farmaka finns med.
- Undersökningen omfattar åtminstone en behandlingsgrupp med drogmissbruk eller drogberoende där kriminellt beteende finns registrerat och operationaliserat så att ett validt mått kan konstrueras som tillåter beräkningar av effektstorlek (den standardiserade medeldifferensen mellan experiment- och kontrollgruppen vid Follow-up liksom beräkning av spridningar.
- Måttet kan vara antal månader i fängelse, anhållanden, andra påföljder för kriminellt beteende medan måttet på drogproblem kan vara angivet i antal rena urinprover, självrapporterad användning, antal dagar med opiatbruk, andel helt drogfria patienter, andel drogfria under en definierad period, eller som ett alternativt mål: andel intagna doser naltrexon eftersom naltrexonmedicinering utesluter bruk av opiater.
- Måtten kan vara uttryckta som statistiska mått, exempelvis F, Chi-two, t-värde etc. I förekommande fall har den univariata effekten omräknats till effektstorlekar enligt Hedge's d.

### Exklusionskriterier

- Effekten finns rapporterad enbart multivariat (exempelvis som en del av en regressionsanalys eller med baselineförbrukning som covariat), eller där av andra anledningar det blir omöjligt att kalkylera effektstorleken. Avsaknad av antal i experiment och kontrollbetingelserna vid inledande och senare mätning komplicerar.
- Effekter har rapporterats med ofullständiga eller olämpliga data (exempelvis saknas spridningsmått eller frihetsgrader för chi-2, F-test eller t-test.

- Effekter rapporteras i andra utfallskriterier än kriminalitet eller huvuddrog, exempelvis enbart kriminalitet eller överordnade mått på missbrukstygnd, eller utfall i andra droger.
- Det är oklart vari behandlingen består, eller om det alls är tal om en intervention.,
- Effekterna redovisas enbart som sekundärvärden t ex interaktionseffekter mellan psykosocial behandling och medicinsk behandling.

Femtioen (51) av de totalt 199 RCT-studier identifierade per maj 2004 rapporterade någon typ av data för legala problem eller kriminellt beteende som utfall. För 24 av dessa kunde effektstorlekar inte beräknas och för 2 var måttet på kriminellt beteende oklart. Detta ger oss 22 studier att analysera med totalt 2.601 personer. Huvudreferens, droger och antal i varje studie rapporteras i appendixtabell 1. Inspektion av appendixtabell 2 visar att det är en rad olika målgrupper med avseende på drogmissbruk och en ganska stor variation av metoder som ingår i de 22 studierna.

## Statistik

Effektstorlekar har här beräknats enligt Hedges (1994<sup>68,67</sup>) och är medeleffektstorleken för varje grupp av studier minus medeleffektstorleken före behandling dividerat med den gemensamma (poolade) standardavvikelsen (*se nedanstående formel*). Effektstorleken kan på så vis förstås som skillnaden, i standardavvikelseenheter, mellan experimentbetingelsens patienter i genomsnitt och genomsnittliga patienten i kontrollgruppen. En effektnivå om noll innebär att det inte finns någon skillnad mellan betingelserna, en effektstorlek av  $d < 0,20$  indikerar ingen effekt. Effektstorlekar  $d = 0,20 - 0,50$  betecknas som låg effekt,  $d = 0,50 - 0,80$  som medelhöga och effektstorlekar över  $d = 0,80$  som höga. Se Rosenthal (1994<sup>129</sup>).

$$d = \frac{M_{Ee} - M_{ke}}{SD_{(pooled)}}$$

Formeln ovan anger medelvärde för experimentgruppen vid avslutad behandling minus medelvärde för kontrollgruppen vid avslutad behandling dividerat med den gemensamma standardavvikelsen.

Så långt detta låtit sig göras beräknas effekter på patienter enligt "intention-to-treat"-definition, d.v.s. beräkningarna utförs på samtliga i experiment- och i kontrollgruppen vid inledningen av behandlingen. *Viktning av effektstorleken* i respektive gruppering av studier har gjorts dels vid olika tidsintervall dels för de tre nivåerna i tekniker. I avrapporteringsläget finns enbart beräkningar gjorda för effekter vid avslutad behandling. Vid jämförelser på grupp-nivå viktas den enskilda studien med kvadratroten på variansen

För de studier som saknar tabulerade uppgifter om medelvärden och spridningar vid såväl baseline som avslutad behandling eller follow-up har beräkning av differenser gjorts genom att effektstorlekar extraherats ur t ex F-värden, eller korrelationer. Formler för den här typen av beräkningar har hämtats från gängse artiklar (Hedges og Olkin, 1985<sup>67</sup>). Effekter vid avslutad behandling (intent to treat), och vid uppföljningar anges. Där enbart ett värde anges baseras detta alltid på längst uppföljningstid.

## RESULTAT

Nedan redovisas effektstorleken viktad för "grand mean" och oviktad för varje enskild studie med 95%-igt konfidensintervall. Studierna grupperas i tre olika grupper beroende på tidpunkt för mätning. För förklaring av effektstorlek – se faktaruta nedan.

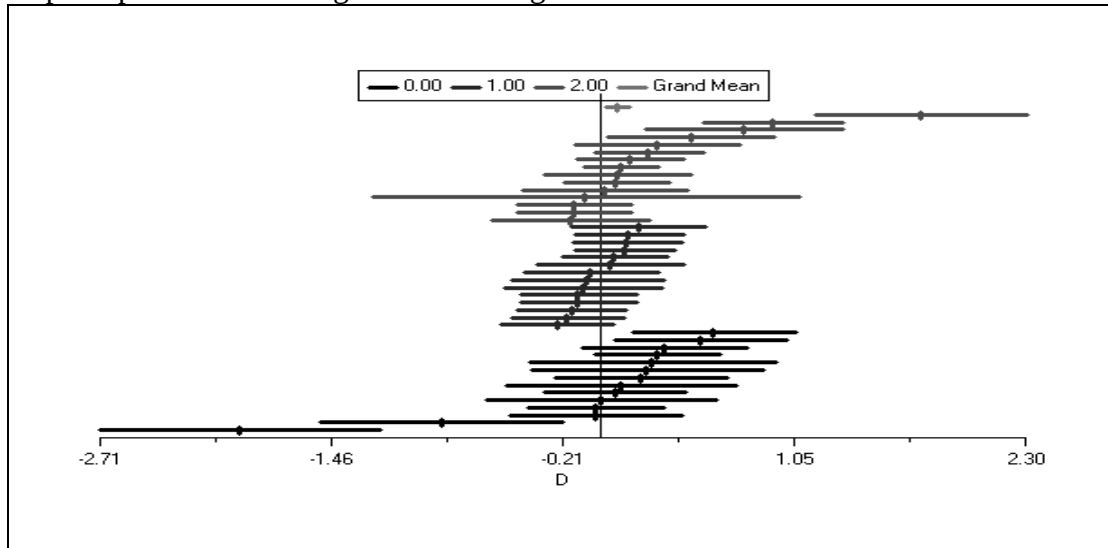


Diagram 2: *Skorstensplot över effektstorlekar för olika psykosociala interventioner i 22 RCT-studier med 95%-iga konfidensintervall. Grupperingarna förklaras i följande figur.*

I diagram 2 finns det fyra studier med signifikanta och medelhöga till höga effektstorlekar (grupp 0 = mätning vid avslutad behandling, 1 = mätning vid 0-6 månader och 2 = mätning vid sju månader eller längre uppföljning (För registrerade effektstorlekar se tabell 4).

I grupp 0 finns ett par studier som vid tidpunkten för avslutad behandling har höga negativa effektstorlekar och två studier med medelhög positiv effekt på kriminalitet. De studier som följts upp vid 0-6 månader efter avslutad behandling visar inga signifikanta effekter och i studier som följts upp vid 7 månader och längre finns fyra studier som har låga till hög positiv effekt på kriminaliteten.

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

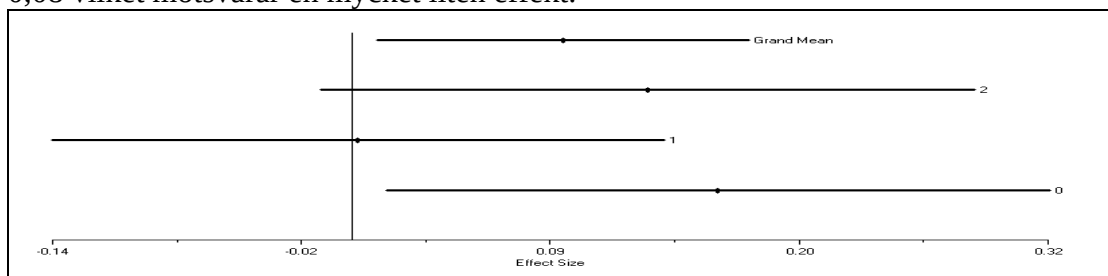


Diagram 3. *Det viktade medelvärde för tre tidsindelningar av de 22 RCT-studierna<sup>7</sup>: 0 = slutet av behandlingen, 1 = 0-6 mån., 2 = 7 och fler månader*

<sup>7</sup> Indelningen av studier ovan återger inte statistiskt klart åtskiljbara kategorier av behandlingar. Heterogeniteten testad med Q-test ger  $Q = 2,84$  mellan grupperna,  $p < .24$  och  $Q=48,39$  mellan grupperna,  $p < .12$ . Studierna har en medeleffektstorlek = 0.960 (CI 0,009 0,182) och en poolad varians av 0,196

Beräkningen inkluderar flera olika effektstorlekar från de 22 studierna. När mer än en jämförelsegrupp användes eller flera olika mätkritierier redovisades, så beräknades medeleffektstorleken för varje studie. Den viktade medeleffektstorleken för studierna blev då  $d=.960$ , (CI, 95%, 0,009, 0,182) fortfarande en mycket liten effekt (Se diagram 4).

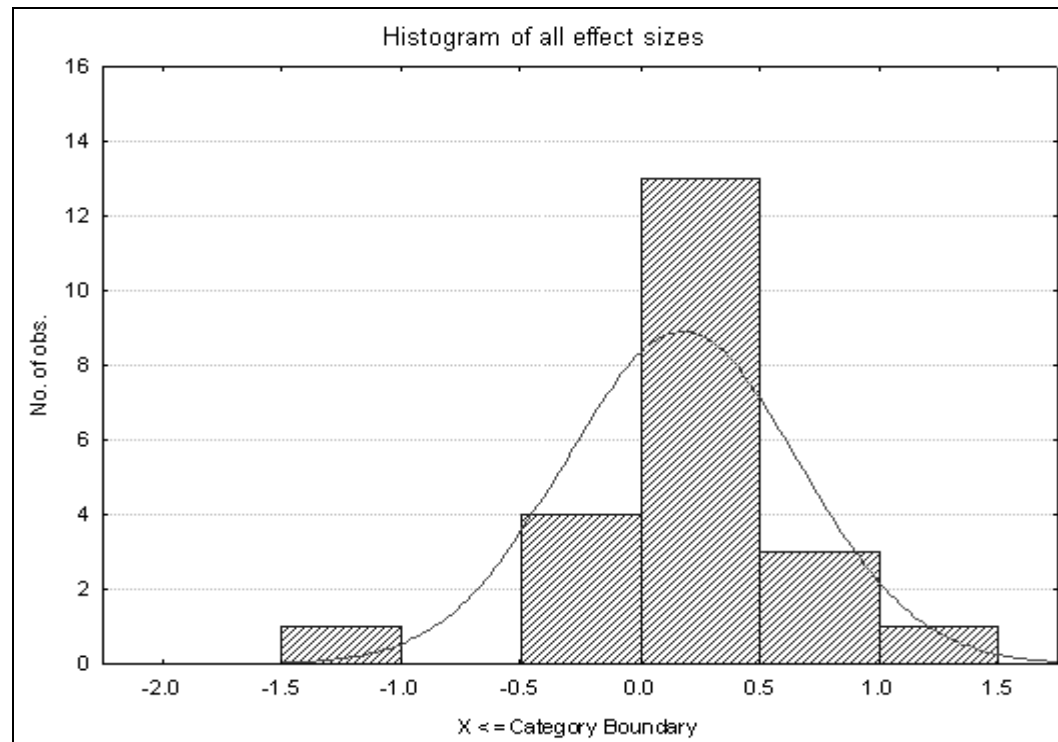


Diagram 4.. Oviktat histogram över effektstorlekar i 22 RCT-studier för drogberoende (n=2.601) där effekter på återfall i brott har kunnat beräknas.

Av diagram 4 framgår att effektstorlekar antar en approximerad normalfördelning, vilket indikerar att effektsstorlekarna som uppmätts i analysen är rimliga och generella för hela analysen. Effektstorlekarna ligger med ett par undantag mellan 0 och 0,5, vilket indikerar små skillnader mellan experiment- och kontrollgruppen vid uppföljningen.

Av tabell 2 nedan framgår att den generella effektstorleken av behandling för drogmissbruk och kriminalitet ganska liten. Vad betyder detta? Är behandling ineffektivt för kriminellt beteende, eller är behandlingar som används som placebo i kontrollbetingelserna i de här studierna kanske effektiva för att behandla kriminellt beteende, på så vis maskerande faktiska behandlingseffekter.



Tabell 2. Effekstorlekar (Hedge's d) och standardavvikelser för tre olika tidpunkter i behandling vid avslutad behandling, vid sex eller fler månader och vid 12 eller fler månader. Studierna presenteras mer ingående i appendixtabell 3.

|                             | Intervention  | End-point |      | 1-6 months |      | 6+months |      | 12+ months |      |
|-----------------------------|---------------|-----------|------|------------|------|----------|------|------------|------|
|                             |               | d         | SE   | d          | SE   | d        | SE   | d          | SE   |
| Abbott et al                | CRA           | 0.31      | 0.17 |            |      |          |      |            |      |
| Azrin et al (1994)          | BT            | 0.34      | 0.22 |            |      |          |      |            |      |
| Baker et al (2001)          | MI            |           |      |            |      | 0.05     | 0.20 | 0.09       | 0.20 |
| Budney et al (2000)         | CBT+vouchers  | -0.87     | 0.33 |            |      |          |      |            |      |
|                             | CBT           | -1.96     | 0.37 |            |      |          |      |            |      |
| Carroll et al (1994)        | CBT           | 0.07      | 0.19 |            |      |          |      |            |      |
| Coviello et al (2001)       | Counselling   |           |      | -0.07      | 0.21 |          |      |            |      |
| Crits-Cristoph et al (1999) | Counselling   |           |      | -0.16      | 0.15 | 0.14     | 0.15 | 0.26       | 0.15 |
| Crits-Cristoph et al (1999) | CBT           |           |      | -0.24      | 0.15 | 0.07     | 0.14 | 0.16       | 0.14 |
| Crits-Cristoph et al (1999) | SE            |           |      | -0.18      | 0.15 | 0.15     | 0.15 | 0.08       | 0.14 |
| Fals-Stewart et al (2003)   | BCT           |           |      |            |      |          |      | 0.49       | 0.23 |
| Fals-Stewart et al (1996)   | BFT           |           |      |            |      |          |      | 0.93       | 0.18 |
| Fals-Stewart et al (2001)   | BCT           | 0.28      | 0.34 |            |      |          |      |            |      |
| Guydish et al (1999)        | Day treatment |           |      |            |      | 0.13     | 0.14 |            |      |
| Henggeler et al (1999)      | MST           | 0.30      | 0.20 |            |      | 0.20     | 0.18 | 0.15       | 0.22 |
| Henggeler et al (1992)      | CM            | 0.25      | 0.32 |            |      |          |      |            |      |
| Kaminer et al (2001)        | BT            |           |      | -0.10      | 0.22 | -0.17    | 0.22 |            |      |
| Kaminer et al (1999)        | BT            |           |      |            |      |          |      | -0.08      | 0.59 |
| Nemes et al (1999)          | TC            |           |      |            |      |          |      | 0.11       | 0.10 |
| Rosenblum (1999)            | Counselling   |           |      |            |      | -0.12    | 0.16 | -0.15      | 0.16 |
| Silverman (2002)            | CM            | 0.00      | 0.32 |            |      |          |      |            |      |
| Winters et al (2002)        | BCT           | 0.54      | 0.23 |            |      |          |      |            |      |
| Woody et al (1995)          | SE            | -0.03     | 0.23 |            |      |          |      |            |      |
| Woody et al (1987)          | SE            |           |      |            |      |          |      | 0.78       | 0.27 |
|                             | CBT           |           |      |            |      |          |      | 1.73       | 0.27 |

För att besvara föregående fråga görs en sambandsanalys av effekter på drogmissbruk mot effekter på kriminellt beteende. Se Diagram 5 nedan.

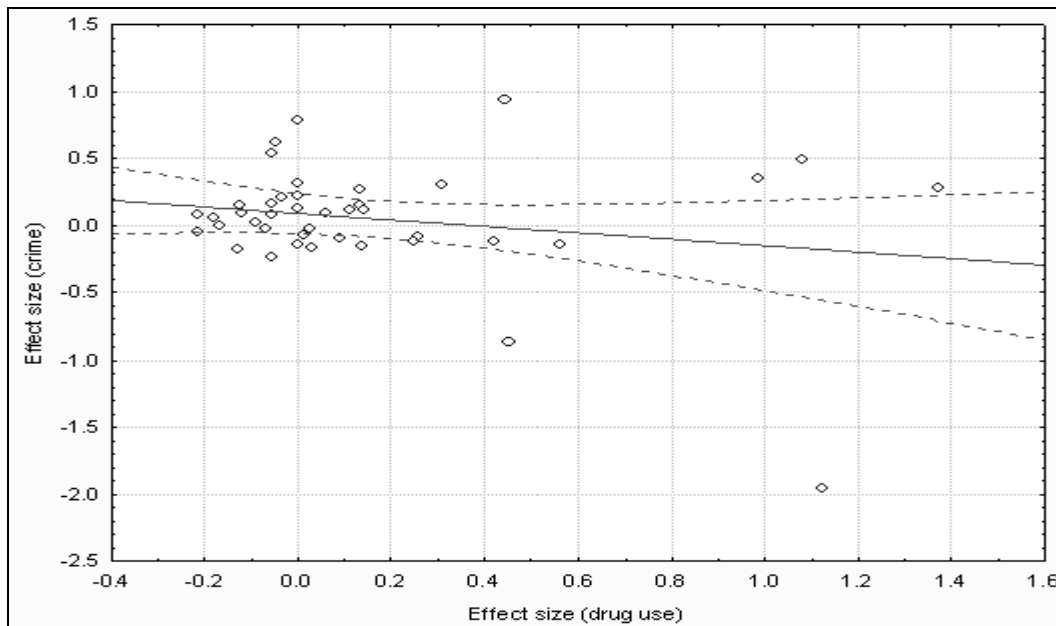


Diagram 5. Scatterplot av effektstorlekar för kriminellt beteende v s drog användning.

I diagram 5 har effektsstorleken för kriminellt beteende plottats mot effekten för drog-användning. Av figuren framgår att det inte finns något klart samband mellan de två, vilket indikerar att frånvaron av effekt i kriminellt beteende är oberoende av effekterna på drogmissbruk i studierna.

En sekundär analys visade vidare att det fanns studier där det finns effekt på kriminellt beteende men att dessa studier primärt karakteriserades av fortsatt kriminalitet i kontrollgruppen. Med andra ord verkar det som om det finns en "takeffekt" i övriga studier där förbättring i kriminellt beteende i kontrollgrupperna har varit så stor att ytterligare effekter inte kan registreras i experimentgruppen.

#### FAKTARUTA – Vad är Effektsstorlek?

**Effektstorlek** är ett mått som är standardiserat till normalfördelningen, vilket innebär att ett  $d=0.10$  motsvarar samma skillnad i fördelningens samtliga delar medan när procent förbättrade i exp-gruppen jmftr med procent förbättrade i kontrollgruppen används, så motsvarar inte en 5%-ig förändring en lika stor effekt i alla delar av fördelningen.

*Exempel 1:* Där den genomsnittliga återfallsnivån är 50% så innebär en minskning av 5%, att 47.5% återfaller i experimentgruppen, mot fortsatt 50% återfall i kontrollgruppen. Om urvalet utgörs av 1000 personer i varje betingelse så ger detta en effektstorlek (Hedge's  $d$ ) på  $d = 0.03$  (CI 95%, -0.05, 0.11). Effekten blir då inte signifikant.

*Exempel 2:* Den normala recidivnivån är 100%. Då innebär en reduktion av 5% att 95% av experimentgruppen återfaller mot 100% i kontrollgruppen. Med 1000 som sampelstorlek i varje betingelse blir effektstorleken  $d = 0.16$  (CI 95%, 0.08, 0.25). Alltså en signifikant om än låg effekt. Men högre än den vi ser i de flesta studierna från kriminalvård.

Det bör betonas igen att den här meta-analysen bygger på studier som primärt rör behandling av drogmissbruk där mått på kriminalitet också finns registrerade och inte personer inom kriminalvården där måhända mer stabilt kriminalitet över tid kan förväntas.

## Slutsats

Föreliggande litteratur inriktad på behandling av drogberoende i första hand och kriminellt beteende i andra hand visar inte klart om behandlingarna är effektiva eller ej för kriminellt beteende. En tolkning som är kompatibel med evidensbaserad forskning är att kriminellt beteende reduceras drastiskt hos drogmissbrukare när de antas till behandling.

Motsvarande minskning behöver inte skönjas om det rör sig om kriminella där kriminaliteten är det primära problemet och missbruket det sekundära.

För att fördjupa kunskapen om effekter av det här slaget bör man framdeles studera grupper där det är sannolikt att kriminaliteten fortsätter över tid. Lämpliga försöksgrupper skulle kunna vara grupper av kriminella i frivård.

## DISKUSSION

I den här genomgången så verkar effekterna vara något högre för terapeutiskt samhälle än för de program som bygger på olika terapeutiska tekniker. Det gäller kanske framförallt när behandlingen pågår under en längre tid (ett år eller längre) redan under fängelse tiden och sedan fortsätter under stukturerade former också efter frigivning. Här finns både RCT-studier och studier som bygger på annan design. Men en genomsnittlig skillnad om 12%-20% och mer mellan experimentbetingelsen och kontrollgrupper är inte ovanliga, motsvarande en låg effektsstorlek. *Tid i behandling* är en faktor som återkommer som en gynnsam komponent här liksom i institutionsbehandling utanför fängelserna<sup>51</sup>. Detta gäller sannolikt både för kriminalvård och behandling av drogmissbrukare. I randomiserade studier av drogbehandling fanns stöd för behandling upp till sex månader<sup>106-108</sup> men inte längre, medan för studier inom kriminalvården och i institutionsstudier från frivilligvård av missbrukare, sambandet mellan tid i behandling och utfall är belagt (Condelli och Hubbard<sup>28</sup>; DeLeon<sup>38,39</sup>; Simpson<sup>136,137</sup>).

Med tanke på att de flesta miljöterapeutiska program inom kriminalvården är multimetodprogram som ofta inrymmer tränande och attitydpåverkande komponenter, så är en rimlig tolkning att bearbetningen av *miljön* i fängelset är viktig för att alls kunna stärka prosociala attityder i en situation där konkurrerande normsystem råder.

Invändningar som kan riktas mot evalueringarna av miljöterapi är bl a att en del av analyserna är jämförelser mellan fullföljare (completers) och dropouts. Vidare att det finns en hög grad av självselektion till den här typen av program.

Den andra nivån representeras av en rad program som arbetar med påverkan på individer – enskilt eller i grupp – ettdera inom ramen för ett pågående fängelsestraff eller som del i ett frivårdsarbete. Utifrån de nya koncepten kring "What Works" har behandlingen orienterats mot beteendeterapeutiska eller kognitivt beteendeterapeutiska modaliteter. På många sätt följer programuppläggen för de KBT-baserade metoderna det som var evidensbaserat i SBU-studien (2001<sup>132</sup>) och dess engelska uppdatering (Berglund, Thelander och Jonsson 2003<sup>10</sup>); en *hög grad av struktur, fokus på själva kärnproblemet* (missbruket, kriminaliteten) och en insats som pågår under till-

*räckligt lång tid.* Begreppet tillräckligt lång tid varierade i SBU-rapporten för alkoholmissbrukare beroende på deras totala problemnivå, medan denna indelning var betydligt lättare att göra för drogmissbrukarna som samtliga bedömdes ha en beroendeproblematik.

Effekterna av institutionsbehandling såväl som av de omlärande metoderna ger låga till mycket låga men robusta effekter. Relativt oberoende av forskarlag så håller sig effektstorleken kring  $d = .08$  –  $d = .15$ , en effektnivå som i generell behandlingsforskning inte betraktas som en egentlig effekt (se metoddelen). Det som gör att man ändå med stöd för sin uppfattning kan se detta som en framgång, är att fängelsestraff i en stor meta-analys (Smith; Goggin, & Gendreau submitted<sup>139</sup>) visats klart ineffektivt för att påverka återfall. Men det finns också kostnadsaspekterna med. En reduktion med 5% av återfallen i populationen kriminella med missbruk skulle i England motsvara en besparing om 50 miljoner pund (Godfrey et al 2002<sup>62</sup>). I ett PM från kriminalvårdsstyrelsen inför satsningen på "What works" kalkylerades med en kostnads-effektivitet av fyra kronor tillbaka på varje spenderad krona enbart i frivården vid en reducering med återfall i brott om 5%. Det skall dock betonas att även en sådan substantiell besparing motsvarar ett Hedge's effektstorlek om  $d = .04$ .

De generellt låga effektnivåerna har sannolikt återspeglats i att flera forskare menar sig ha belägg för att RCT-designade studier har högre effektnivåer än icke RCT-designade. Men i stort sett all forskning utanför kriminalvården, såväl institutionsprogram och vårdkedjeprogram som olika terapeutiska tekniker visar att icke randomiserade program har högre effekter än RCT-designade. Självselektionsfaktorn är en förklaring till detta. Så tillsvidare kvarstår här en oförklarad motsägelse och en något ologisk sådan. Men även i RCT-designade program finns alltid urvalsfaktorn med genom att klienter i både experiment- och kontrollgruppen är frivilliga även om det sker inom ramen för en pågående påföljd.

I den här rapporten har vi veterligt för första gången i litteraturen lyckats få fram ett antal RCT-studier där också effekter i kriminellt beteende fanns registrerade. Det går ju vanligtvis inte att slumpmässigt fördela domar bland de som ställs inför domstolar. Tyvärr gick bara 22 av 51 studier att analysera. Men Meta-analysen visar att effekten på kriminellt beteende i dessa studier ligger kring  $d = 0,08-0,10$ , vilket är ungefär det man kommit fram till i annan forskning. Men skulle med detta kunna uttrycka att det finns tecken på att *effekterna på kriminellt beteende är låga men robusta*.

Behandlargruppen från Canada (French & Salomé & Carney 2002<sup>51</sup>) menar att resultaten för KBT-orienterade program är konsistenta över olika behandlingssystem. Störst effekter anger effektnivåer har program som hjälper förövarna att själva bli varse en händelsekedja som leder fram till återfall. Beteendemodifierande program är därvid mest effektiva ( $r=.26$ ), och om de också visar en hög terapeutisk integritet, så ökar effektstorleken till  $r=.38$ . Motsvarande höga effektnivåer har inte undertecknade kunnat finna i andra översikter och ett problem det vad gäller Canada är forskargruppen också är identisk med den grupp terapeuter som säljer utbildning och handledning kring metoderna. En intressekonflikt som i psykoterapiforskningen brukar benämnas *allegiance*. D.v.s de som bedriver forskning med metoder som man själv prioriterar som experimentintervention, får alltid högre resultat i denna betingelse (Luborsky et al 1999<sup>98</sup>). Allegiance kan svara för över 30% av variansen. Men det är sannolikt också så att de som utvecklar metoderna får en hög skicklighet i att genomföra dem.

Betyder då utbildningsnivån hos terapeuterna något? Detta hävdas av de Candensiska forskarna men har också empiriskt stöd i utvärderingar från Washington State i USA, där man kunnat jämföra effekterna vid olika kompetensnivåer hos behandlarna. Det är rimligt att utbildade terapeuter påverkar och det finns evidens för att kvarstannandet i behandling var *högre med utbildade psykoterapeuter* än när behandlingen gavs av personal "på golvet" även om dessa var specialtränade i vissa tekniker (SBU 2001; 2003<sup>10,132</sup>). Detta gällde oberoende av preparattypen hos de patienter som behandlades. En tolkning är att erfarna psykoterapeuter vet bättre hur man handskas med vissa motstånd och hinder hos de som behandlas. Det finns dock alternativa uppfattningar om detta.

Är detta något som är väldigt typiskt för kriminalvård. Med risk att kanske göra en del förenklingar i framställningen, så kan vi snegla på den mer allmänna psykoterapiforskningen. En anledning till att effekstudier med inriktning på metoder med KBT- och beteendeterapeutisk inriktning som kontingensträning ökat exponentiellt under de senaste 10 åren är att forskningsråden satsat mer medel på denna forskningsgren. Samtidigt visar de flesta meta-analyser än så länge på skillnader mellan t ex dynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi. I stort sett alla meta-analyser av psykoterapi ger detta för många oväntade resultat (Crits-Cristoph 1992<sup>31</sup>, Leichsenring & Leibing 2002<sup>87</sup>; Luborsky 2001<sup>96</sup>, 2003<sup>97</sup>) för att nämna några av de som inte presenterats i översikten. Familjeterapi förefaller i så fall representera en grupp psykoterapier som faktiskt ibland visats överlägsna andra terapimetoder (Stanton & Shadish 1997<sup>142</sup>). Jämförs terapimetoder med placebokontroll så blir effektstorlekarna höga - över  $d = .80$  och jämförs en aktiv behandlingsmetoder med en annan så sjunker ev. effektskillnader till mellan  $d = .20 - .30$ , alltså små men signifikanta effektskillnader.

Ett annat problem som kommenteras av bl a är att viktiga och beroende variabler som anti-sociala attityder och tankemönster, kriminogena behov och personlighetsfaktorer sällan inkluderas som kovariat trots att de visats vara viktiga prediktorer för återfall. Kriminogena behov har en robust effekt om  $r = .20$ . En faktor som sällan beaktas är t ex den om *anti-social personlighet* som i studier både i och utanför kriminalvården ger en entydigt negativ prognos både med och utan behandling (Fridell 1996<sup>53,54</sup>).

Sedan finns en rad problem förenat med olika typer av designer och som utgör ett hot mot de slutsatser som forskarna drar. Metodens bidrag till den totala variansen i en behandling brukar uppskattas till ca 12-15%. Men behandlarens förmåga till kontakt och *behandlingsallians* liksom respektive *forskarens allegiance* (trohet mot den egna metoden) svarar också för stora delar av variansen. I Meta-analysen av alliansmätning hävdar Luborsky (1999<sup>98</sup>) att forskarens allegiance kan förklara upp till 70% av variansen i vissa terapistudier. Lipsey menar för behandling inom kriminalvården att *allegiance*-faktorn kan förklara lika mycket som metoden (Lipsey 1992<sup>90</sup>).

Det som presenteras i den här rapporten är som all vetenskaplig litteratur bara ett steg på vägen som väntar på att motsägas, revideras och preciseras. Kanske man inte skall glömma bort att valet av utfallskriterier är endimensionellt och sällan speglar variabler från andra och lika viktiga livsområden. På samma sätt kan implementeringen av en behandling i ett system som kriminalvårdens påverka viktiga organisationsdimensioner och attityder som på kort sikt inte låter sig mätas men på längre sikt kan innebära viktiga miljöfaktorer som skapar gynnsamma attityder i verksamheten och därmed i ett andra led kanske påverkar också effekterna av behandling.

## 9. REFERENSER

1. Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (2001). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Washington State Institute for Public
2. Abbott, P.J., Weller, S.B., Delaney, H.D., Moore, B.A.: Community Reinforcement Approach in the Treatment of Opiate Addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1998, 24(1):17-30.
3. Azrin, N.H.; McMahon, P.T.; Donohue, B.; Besalel, V.A.; Lapinski, K.J.; Kogan, E.S.; Acierno, R.E. & Galloway, E.: Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behavioral Research Therapy* 1994, 32(8):857-866.
4. Azrin, N.H., Acierno, E.S., Kogan, B., Donahue, V.A., Besalel, V.A., McMahon, P.T.: Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behavior Research in Therapy*, 1996, 34(1): p. 41-6.
5. Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002, 97, 1329-1337.
6. Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002, 106; 233-240.
7. Beck, A T., Wright, F D., Newman, C F , & Liese, B S.: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York 1993.
8. Berggren, O. & Svärd, H. (1992). Österåkerprojektet. Uppföljning av budgetåren 1982/83 t o m 1986/87. *Kriminalvårdsstyrelsens Forsknings- och Utvecklingsgrupp*, Rapport no 2.
9. Bergmark A., Björling, B., Grönblad, L., Olsson, B., Oscarsson, L. & Segraeus, V. (1989). *Klienter i Institutionell Narkomanvård - Analyser av bakgrund, behandling och utfall*. Pedagogisk Forskning i Uppsala No 89, Pedagogiska Institutionen, Uppsala Universitet, Uppsala.
10. Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse – An Evidence Based Review*. Weinheim, Wiley VCH GmbH & Co. KGaA.
11. Berman, A.H. (in press). The reason & Rehabilitation program for Swedish Male Prisoners: Short- and Long-term Outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation (in press 2004)*.
12. Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence* 2005 (77), 449-59.
13. Blankenship, J., Dansereau, D., & Simpson, D.D. (1999). *Cognitive enhancements of readiness for corrections-based treatment for drug abuse*. The Prison Journal 79 (4), 431-445.
14. Blomberg, J., Lazar, A., Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research* 11(4), 361-382.
15. Bozormeyi-Nagy, I. (1997). *Foundations of Contextual Therapy*. Brunner & Mazel, New York 1997.
16. Brenestig, B., & Persson, B. (2002). *Individ-intervention – En meta-analys av Effektstudier inom området våld i nära relationer*. Psykologexamensuppsats IV (2002); 28.
17. Brown, B.A., O' Grady, K.E., Battjes, R.J., Farrel, E.V., Smith, N.P., Nurco, D.N. (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 185-192.
18. Brottsförebyggande Rådet – BRÅ (2003). *Vård av missbrukare i anstalt – En utvärde-*

ring av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning. Stockholm, BRÅ.

19. Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J. & Novy, P.L. (2000). Adding Voucher-based incentives to Coping Skills and Motivational Enhancement Improves Outcomes During Treatment for Marijuana Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(6), 1051-1061.
20. Bullock, T. (2003). Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison. I M. Ramsey (ed.) *Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies*. Home office Research study 267, 71-95. Home office Research, Development
21. Burke, B.L. & Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(5), 843-861.
22. Butzin, C.A., Martin, S.S., Inciardi (2002): Evaluating component effects of a prison-based treatment continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22, 63-69.
23. Butzin, C.A., Scarpitti, F.R., Nielsen, A.L., Martin, S.S. & Inciardi, J.A. (1999). Measuring the impact of drug treatment: beyond relapse and recidivism. *Corrections Management Quarterly* 3(4), 1-7.
24. Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Gordon, L.T.; Nich, C.; Jatlow, P.; Bisighini, R.M. & Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 1994, 51(3):177-87.
25. Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Nich, C.; Gordon, L.T.; Wirtz, P.W. & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry* 1994, 51(12):989-97.
26. Carter, B.L., Tiffany, S.T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction* 1999, 94, 327-340, 1999.
27. Chanhatisilpa, C., MacKenzie, D.L., Hickman, L.J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders – A review and assessment of research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 383-393.
28. Condelli, W.S. and R.L. Hubbard, (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1994, 11(1): p. 25-33.
29. Coviello, D.M., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., McKay, J.R., & Zanis, D.A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 61, 145-154.
30. Craig, J R.: Reducing the Treatment Dropout in Drug Abuse Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1985, (2):209-219.
31. Crits-Christoph, P.,(1992). The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry* 1992, 149(2):151-158, 1992.
32. Crits-Christoph, P., & Siqueland, L: Psychosocial treatment for Drug Abuse: Selected Review and Recommendations for National Health Care. *Archives of General Psychiatry* 1996, (53):749-756.
33. Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Simon Onken, L., Muenz, L., Thase, M.E., Weiss, R., Gastfriend, D.R., Woody, G., Barber, J.P., Butler, S F., Daley, D., Bishop, S., Najavis, L.M., Lis, J., Griffin, M.L., Moras, K., Beck, A.T.: The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods . *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54(8): p. 721-726. 12
34. Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L., S. Muenz, L.R., Thase, M.E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K., Beck, A.T.: Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. – National Institute on drug Abuse Collaborative Treatment Study. *Archives of General*

*Psychiatry* 1999, 56, 493-502.

35. Culyer, A., Eaton, G., Godfrey, Ch., & McDougall, C. (2002). The economic and social costs of class A drug use in England and Wales, 2000. *Report. Home office Research, Development and Statistics directorate.*
36. Czuchry, M.L., & Dansereau, D.F. (2000). Drug Abuse Treatment in Criminal Justice SettingsL Enhancing Community Engagement and Helpfulness. *Am Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26(4), 537-552.
37. De Leon *The Therapeutic Community: Study of Effectiveness*. NIDA Research Report no 37, Rockville, Maryland 1984.
38. DeLeon, G.: *Retention in Drug-free Therapeutic Communities*. NIDA Research Monograph no 106, 218-244, 1991.
39. DeLéon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H.K. (2000). Motivation for Treatment in a Prison-based Therapeutic Community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26(1), 33-46.
40. Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R.P., Hall, W., Wodak, A.D. (2003). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 72, 2003, 59-65.
41. Dowden, C., Blanchette, K. & Serin . R (1999). *Anger management programming for federal male inmates: An effective intervention*. Research Branch, Correctional Services, Canada.
42. Fals-Stewart,. W. O, & O´ Farrell,. T. J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients.
43. Fals-Stewart, W., O´ Farrell, T J., Birchler, G.R. (1997). Behavioural Couples Therapy for Male Substance-Abusing Patients: A Cost Outcomes Analysis, *Journal of Consulting and Clinical Pscychology* 1997, 65(5):789-802.
44. Fals-Stewart, W, Birchler, G.R., & O`Farrell, T.O. (1996). Behavioral Couples Therapy for male substance-abusing Patients: Effects on Relationship Adjustment and Drug-Using Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996, 64(5):959-972.
45. Fals-Stewart, W., O´ Farrell, T.J. & Birchler, G.R. (1999). Behavioral Couples Therapy for Male Methadone Maintenance Patients: Effects on Drug-Using Behavior and Relationship Adjustment. *Behavior Therapy* 2001, 32, 391-411.
46. Fals-Stewart, W., O´ Farrell, T.J., Feehan, M., Birchler, G.R., Tiller, S., McFarlin, S.K. (2000). Behavioural couples therapy versus individualbased treatment for male substance-abusing patients. As an evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, 18, 249.
47. Farbring, C., A., (2000). The Drug Treatment Programmet at Österåker Prison – Experience from a Therapeutic Community during the Years 1978-1998. *American Jails*, 2000 (85), 86-96.
48. Federal Bureau of Prisons (2000). TRIAD Drug Treatment Evaluation Project: Final Report of Three-Year Offenders. *Federal Probation* 53, 51-56.
49. Finney, J.W., Moos, R.H., Humphreys, K.: A Comparative Evaluation of Substance Abuse Treatment: II. Linking outcomes of 12-step and Cognitive-Behavioural Treatment to Substance Abuse Outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 1999, 23(3):537-544.
50. Fleiss, J.L.: *Measures of effect size for categorical data*. I Cooper H., & Hedges, E.V. (Eds.): *The handbook of Research Synthesis*. New York, Russel Sage Foundations. 1994:245-260.
51. French, M.T., & Salomé, H.J., & Carney, M. (2002). Using the DATCAP and ASI to estimate the sosti and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Social Science & Medicine* 55(12), 2267-2282.



52. Fridell, M: *Kvalitetsstyrning i Psykiatrisk Narkomanvård - Effekter på personal och patienter*. Akad. Avhandl., Almqvist & Wiksell International., Stockholm 1990.
53. Fridell, M.; *Institutionella Behandlingsformer vid Missbruk - Organisation, Ideologi och Resultat*. Natur och Kultur, Stockholm 1996.
54. Fridell, M. (1996a). Psykisk störning hos drogmissbrukare. I SoS (1996:14). *Psykiskt störda missbrukare*. Stockholm; Socialstyrelsen 1996, Pp. 34-56
55. Fridell, M. (2001). Psykosocial behandling av drogberoende. I SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad översikt*. Stockholm, SB U, Sid 11-122.
56. Fridell, M., Al-Obaidy, S., Brefelt Lövdén, S. Skoogh E-L., Hellström I., (2002). *Nämndemansgården två till fyra år efter behandling*. Slutrapport, Institutionen för Psykologi. Lunds Universitet.
57. Fridell, M. (2003). Psychosocial treatment for Drug Dependence. In Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (Eds.). *Treating Alcohol and Drug Abuse – An Evidence Based Review 2003*, 325-415. Weinheim, Wiley VCH GmbH & Co., KgaA,
58. Fridell, M., & Hesse. M. (Kommande publikation). *Psykosocial behandling av drogmissbruk – en uppdatering av SBU-materialet*. Rapport till Socialstyrelsens grupp för riktlinjer av behandling av drogbehandling. Rapport, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Lund.,
59. Fridell, M., & Hesse. M. (2004a). *Psykosocial behandling av opiatmissbruk*. Rapport till Socialstyrelsens grupp för riktlinjer av behandling av drogbehandling. Rapport, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Lund.,
60. Gendreau, P., Goggin, C., (1991). *Evaluation of Correctional Service of Canada Substance Abuse Programs – research and Statistic Branch*. Addictions Research Centre – Research Branch, Policy planning and coordination – Correctional service Canada
61. Gendreau, P., Goggin, C., & French, S (2003). Practicing Psychology in correctional settings. In A.K. Hess, and I.B. Weiner. (Eds.). *The Handbook of Forensic Psychology (3rd ed.)*.
62. Godfrey, Ch., Eaton, G., McDougall, C., & Culyer, A. (2002). *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Home office Research, Development and Statistics Directorate.
63. Gossop, J., Edwards, C., Stewart, D., Wilson, A., Segar, G., Lehman, P. & Marsden, J.). (NTORS): *Two Year Outcomes - The National Treatment Outcome Research Study - Changes in Substance use, Health and Crime*. Department of Health, London 1999.
64. Grant, B.A., Kunim D., MacPherson, P., McKeown, Ch., Hansen, E. (2003). *The high intensity substance abuse program (HISAP): results from the pilot programs*. Addictions Research Centre – Research Branch, Policy planning and coordination – Correctional service Canada
65. Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R., Simpson, D.D.: Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence 2000*, 58:55-66.
66. Gwydys, J., Werdegard, D., Sorensen, J.L., Clark, W., & Acampora, A. (1998). Drug Abuse day treatment - A randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66, 280-289.
67. Harrison, L.D. (2001). The revolving Prison door for drug-involved offenders: Challenges and opportunities. *Crime & Delinquency 47(2)*, 462-484.
68. Hedges, L.V.: *Fixed Effects Models*. I Cooper H., & Hedges, E.V. (Eds.): *The handbook of Research Synthesis*. New York, Russell Sage Foundations. 1994:285-299.
69. Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for metaanalysis*. Orlando FL. ; Academic Press

70. Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Melton, G.B., Mann, B.J., Smith, L.A., Hall, J.A., Cone, L. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly* 1991, 1(3):40-51.
71. Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-Year Follow-up of a Multisystemic Therapy With Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7), 868-874.
72. Henggeler, S.W., Melton, G.B., Smith, L.A.: Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992, 60 (5):953-961.
73. Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., Brondino, M. J., Crouch, J.L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1996. 153(3): p. 427-428.
74. Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic Treatment of Substance-Abusing and Dependent Delinquents: outcomes, Treatment, Fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research* 1(3), 171-184.
75. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Foerg, F.E.; Donham, R. & Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 1994, 51(7):568-576.
76. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Hughes, J.R.; Foerg, F. & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry* 1993, 150(5):763-769.
77. Hiller, M., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal* 79 (4), 411-430.
78. Inciardi, J.A., Martin, S.S., & Scarpitti, F.R. (1994). Appropriateness of assertive case management for drug-involved prison releasees. *Journal of Case Management* 3(4), 145-149.
79. Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, & Harrison, L-D. (1997). Effective Treatment for Drug involved offenders (lost paper).
80. Inciardi, J.A., Martin, S.S., & Surratt, H.L. (2001). Therapeutic communities in prisons and work release: effective modalities for drug-involved offenders. I. B. Rawlings and R. Yeates (Eds.). *Therapeutic Communities for the treatment of drug users*. London, Jessica Kingsley Publishers, Pp 241-256.
81. Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.F., Hooper, R.M., & Harrison, L.D. (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues* 27, 261,278.
82. Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., & Wang, M.C.: Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999, 65:563-570.
83. Kaminer, Y., Burleson, J.A., Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse.
84. Kaminer, Y., & Burleson, J.A. (1999). Psychotherapies for Adolescent Substance Abusers: 15-Month Follow-up of a Pilot Study. *The American Journal on Addictions* 1999, 8, 114-119.
85. Kriminalvårdens Officiella Statistik – KOS (2002). Kriminalvårdsstyrelsen, Stockholm
86. Kuhlhorn, E., Johansson, L, Lundberg, I. (1979). *Frivård och rehabilitering – En empirisk utvärdering av ett experiment inom kriminalvården*. Stockholm, Brottsförebyggande Rådet – BRÅ, Rapport 1979:3.
87. Leichsenring, F. & Leibing, M.E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic Therapy

- and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2003, 160, 1223-1232.
88. Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder.
  89. Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, C.J., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions*, 2002, 8:279-292.
  90. Lipsey, M.W. (1992). Juvenile Delinquency Treatment: A meta-analytic Inquiry into the Variability of Effects. In T.D. Cook, H. Cooper, D.S. Cordray, L.V. Hartman, L. Hedges, et al. (eds.). *Meta-analysis for explanation – A casebook*. New York, Russell Sage Pp 83-127.
  91. Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of Psychological, Educational, and Behavioral Treatment – Confirmation from Meta-analysis. *American Psychologist* 48(12), 1181-1209.
  92. Lipsey, M.W., Chapman, G.L., Landenberger, N.A. (2001). Cognitive-behavioral programs for offenders. *The annals of the American Academy of Political and Social science* 578(11), 144-157.
  93. Lipton, D.S. (2000). Therapeutic community treatment programming in corrections. In C.R. Hollin (2000). *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. John Wiley & Sons, Ltd.
  94. Littell, J.H. (2004). *Systematic and Nonsystematic reviews of Effects of Multisystemic Therapy (META-analysis)*. Graduate School of Social Work and Social research, Washington DC.
  95. Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerback, A. (1988). *Who will benefit from Psychotherapy - Predicting Therapeutic Outcome*. Basic Books, New York 1988.
  96. Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., Berman, J.S., & Krause, E.D. (2001). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2001.
  97. Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., Berman, J.S., & Krause, E.D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies* 2003, 5(4), 455-460.
  98. Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., & Schweitzer, E., (1999). The researcher's own allegiances – A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-132.
  99. Lundberg, K., & Johnsson, H., Sandén, L. (2003). *Teorimanual Brotts-Brytet*. Kriminalvårdsstyrelsen, Norrköping.
  100. Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). *Relapse Prevention*. New York, Guilford Press. 1985.
  101. Martin, C., Player, E., & Liriano, S. (2003). Results of evaluations of the RAPt drug treatment programme. I M. Ramsey (ed.) *Prisoners' drug use and treatment: Seven Research studies*. Home Office Research Study 267, 97-112.
  102. Martin, S.S., & Butzin, C.A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware. *Prison Journal* 79(3), 294-321.
  103. Martin, S.S., & Inciardi, J.A. (1997). Case-management outcomes for drug-involved offenders. *Prison Journal* 77(2), 168.
  104. Martin, S.S., Butzin, C.A., Saum, C.A., & Inciardi, J.A. (1999). Wexler, H.K., & Melnick, G. (1999). Three-year Reincarceration Outcomes for Amity In-Prison Therapeutic Community and Aftercare. *Prison Journal*, 79 (Suppl, 99:3), 321 – 337.

105. McCollister, K.E., & French, M.T., Inciardi, J.A., Butzin, C.A., Martin, S.S. & Hooper, R.M. (2003). Post-release substance abuse treatment for criminal offenders: A cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Quantitative Criminology* 19(4), 389-407.
106. McCusker, J.; Vickers-Lahti, M.; Stoddard, A.; Hindin, R.; Bigelow, C.; Zorn, M.; Garfield, F.; Frost, R.; Love, C. & Lewis, B.: The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health* 1995, 85(10):1426-1429.
107. McCusker, J.; Bigelow, C.; Vickers-Lahti, M.; Spotts, D., Garfield, F.; Frost, R.; Planned duration of residential drug abuse treatment: Efficacy versus Effectiveness. *Addiction* 1997, 92(11):1467-1478.
108. McCusker, J.; Bigelow, C.; Frost, R.; Garfield, F.; Hindin, R.; Vickers-Lahti, M.; & Lewis, B.: The Effects of Planned Duration of Residential Drug Abuse Treatment on Recovery and HIV Risk Behavior. *American Journal of Public Health* 1997, 87(10): 1637-1644.
109. McGuire, J. (Ed.). *What works: Reducing Reoffending. Guideleines from Research and Practice*, London Wiley, 1992.
110. McLellan, A T., Arndt, I O., Metzger, D S., Woody, G E., O'Brien, C P (1993). The effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. *Journal of the American Medical Association*, 1993, (269):1953-1959.
111. Messina, N., Wish, E., & Nemes, S. (2000). Predictors of Treatment outcomes in men and Women Admitted to a Therapeutic Community. *American Journal of Alcohol Abuse* 26(2), 207-227.
112. Messina, N.P., Wish, E.D., Nemes, S. (1999). Therapeutic Community Treatment for Substance Abusers With Antisocial Personality Disorder. *Journal of Substance abuse Treatment* 17(1-2), 121-128.
113. Messina, NP., Hoffman, J A., Nemes, (2002). Anti-Social Personality Disorder and TC treatment Outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2002, 28(2), 197-212.
114. Miller, W.R., Yahne, C.E., Tonigan, J.C. (2003). Motivational Interviewing in Drug Abuse Services: A Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4), 754-763.
115. Mitchell, O., MacKenzie, D.L., Wilson, D.B. (2002). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on offending and drug use: An empirical synthesis of the research*. (Submitted for publication).
116. Moos, R.H., Finney, J.W., Oimette, P.C., & Suchinsky, R.T.(1999). A Comparative Evaluation of Substance Abuse Treatment: 1. Treatment Orientation, Amount of Care and 1-Year Outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 1999, 23(3):529-536.
117. Nemes,, S. Wish, ED,. & Messina, N (1999) Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community, *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999, 17 (4), 339-347.
118. Nielsen, A.L., Scarpitti, F.R., & Inciardi (1996). Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders – The CREST program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13(4), 349-358.
119. O'Brien, CP, Woody, G.E., and McLellan, A.T.: Enhancing the effectiveness of methadone using psychotherapeutic interventions. *NIDA Research Monograph*, 1995. (150): p. 5-1.
120. Oimette, P C., Finney, J W., Moos, R H.: Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Treatment Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997, 65(2):230-240.
121. Ouimette, P C., Finney, J W., Gima, K., Moos, R H.: A Comparative Evaluation of Substance Abuse Treatment III. Examining Mechanisms Underlying Patient-Treatment Matching Hypotheses for 12-step and Cognitive-Behavioral Treatments for Substance

- Abuse. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 1999, 23(3):545-551.
122. Oimette, P C., Gima, K., Moos, R H., Finney, J W.: A Comparative Evaluation of Substance Abuse Treatment IV. The Effect of Comorbid Psychiatric Diagnoses on Amount of Treatment, Continuing Care and 1-Year Outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 1999, 23(3):552-557.
  123. Pearson, F.S. & Lipton, D.S. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatments for drug abuse. *Prison Journal* (12),384-410.
  124. Pettersson, T., Sundin-Osborne A., & Bishop, N. (1986). Uppföljning av intagna i narkomanvårdsprojektet vid kriminalvårdsanstalten Österåker. *Kriminalvårdsstyrelsen, Rapport no 1*.
  125. Porporino, F.J., Fanbiano, E.A., & Robinson, D. (1991). *Focusing on Successful reintegration: Cognitive Skills Training for offenders*. Addictions Research Centre – Research Branch, Pilot planning and coordination – Correctional service Canada.
  126. Prendergast, M.L., Wellisch, J., & Wong, M.M. (1996). Residential treatment for women parolees following prison-based drug treatment: treatment experiences, needs and service outcomes. *The Prison Journal*, 76, 253-274.
  127. Ramsay, M. (2003). *Prisoner's drug use and treatment – seven research studies* Home Office Research Study 267, 71-96.
  128. Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handelsman, L., & Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence* 54, 207-218.
  129. Rosenthal, R. (1994). *Parametric Measures of effect Size*. I Cooper H., & Hedges, E.V. (Eds.): *The handbook of Research Synthesis*. New York, Russell Sage Foundations. Pp. 231-244.
  130. Ross, Fabiano, & Ross (1986/2000). *Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills*. Ottawa, T 3 Associates.
  131. Rydsjö, B. (1986). Österåkerprojektet – Intagna som fullföljer behandling klarar sig bättre i frihet. *Alkohol och Narkotika* 3-4:47-49.
  132. SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad översikt*. Vol I och Vol II. Stockholm, SBU.
  133. Shadish, W.R. & Haddock, K.C.(1994). Combining estimates of effect size. I Cooper H., & Hedges, E.V. (Eds.): *The handbook of Research Synthesis*. New York, Russell Sage Foundations. 1994:261-281.
  134. Sia, T.L., Dansereau, D.F., & Czuchry, M.L. (2000). Treatment readiness training and probationer's evaluation of substance abuse treatment in a criminal justice setting. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 459-467.
  135. Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L., & Bigelow, G.E. (2002). A Reinforcement-based Therapeutic Workplace for the Treatment of drug Abuse: Three-year Abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 10(3), 228-240..
  136. Simpson, D D., Joe, G W., & Bracy, S A. (1982). Six-year follow-up of opioid addicts after admission to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39:1318-1323.
  137. Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L., Angling, M.D. (1999). A National Evaluation of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry* 56(6):507-514, 1999.
  138. Sly, A., & Taylor, K. (2003). *Preliminary Evaluation of Dialectical Behaviour Therapy within a Women's structured Living Environment*. Addictions Research Centre – Research Branch, Pilot planning and coordination – Correctional service Canada
  139. Smith, P, Goggin, C., & Gendreau (submitted). *The effects of Prison sentences and intermediate sanctions on recidivism: General effects and individual differences*. Rapport, Centre for Criminal Justice Studies, University of Brunswick, 2004.

140. Stanton, M.D. (2004). Getting Reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy* 30(2), 165-182.
141. Stanton, M.D., & Heath, A.W. (1997). Family and Marital Therapy. I Lowinson, J.H., & Ruiz, P., Millman, R.B., & Langrod, J.G. (eds.). *Substance Abuse: A comprehensive textbook*, 3rd Ed., Baltimore, Williams & Wilkins, Pp 448-454.
142. Stanton, M.D., & Shadish, W.R.: Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-analysis and review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 1997, 122(2):170-191
143. Stanton, M.D., Todd, T.C., Steier, F., Deusen, J M., Cook, L.(1982). Treatment Outcome . I Stanton, M.D., & Todd, T C. (eds.): *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Kap 17: 403 - 418. Guilford Press, New York 1982..
144. Swartz, M.S., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Burns, B.J., Hiday, V.A., & Borum, R. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely ill individuals.
145. Tong, L.S.J., Farrington, D.P. (2004). How effective is the "reasoning and rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Report: Institute of Criminology, Cambridge University, Cambridge*.
146. Vaglum, P.: *Unge Stoffmissbrukere i et Terapeutisk Samfunn*. Akad. Avhandl., Universitetsforlaget, Oslo 1979.
147. Wexler, H.K. (1995). The success of Therapeutic communities for substance abusers sin American prisons. *Journal of Psychoactive drugs* 27(1), 57-66.
148. Wexler, H.K. Melnick, G. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity In-Prison Therapeutic Community and Aftercare. *Prison Journal* 79(3), 321-333.
149. Wexler, H.K., DeLeon, G.T., Kressel, D. & Peters J. (1999). The Amity prison TV evaluation: Reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior* 26, 147-167.
150. Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2), 344-355.
151. Wickler, Ch.:Dynamics of Drug Dependence: Implications of a Conditioning Theory for Research and Treatment. *Archives of General Psychiatry* 1973, 28:611-616.
152. Wolberg, L.R. (Ed.): *Short-Term Psychotherapy*. Grune & Stratton, New York 1965.
153. Wolberg, L.R.: *The Technique of Psychotherapy Vol 1*: Grune & Stratton, New York 1988.
154. Woody, G.E.; Luborsky, L , McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J. & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: does it help ? *Archives of General Psychiatry* 1983, (40):639-645.
155. Woody, G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L. & CP, O.B. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence : *American Journal of Psychiatry* 1987, 144(5):590-596.
156. Woody, G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L. & CP, O.B. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry* 1995, 152(9):1302-1308.
157. Woody, G.E., Metzger, D., Navaline., McLellan, A.T., O'Brien, C.P.(1997). *Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection*. NIDA Research Monograph, 1997, (172): 156-170.
158. Yalom, I.: *The Theory and Practice of Group Psycho-therapy*. Basic Books, New York, (3<sup>rd</sup> Ed.),198

*Appendixtabell 1. Översikt över studier som kunnat inkluderas i meta-analysen*

| <b>Reference</b>                                         | <b>Study ID</b> |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Baker, Lewin, et al 2002                                 | 7               |
| Budney, Higgins, et al (2000)                            | 19              |
| Coviello et al (2000)                                    | 38              |
| Crits-Cristoph et al (2001)                              | 9               |
| Fals-Stewart, W. O'Farrell, T. J. (2003)                 | 51              |
| Fals-Stewart W, Birchler GR, et al (1996)                | 49              |
| Guydish J, Sorensen JL, et al (1999)                     | 58              |
| Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R. (2002)             | 80              |
| Kaminer Y, Burleson JA. (2002)                           | 81              |
| Rosenblum A, Magura S, et al (1999)                      | 139             |
| Silverman K, Svikis D, et al (2002)                      | 153             |
| Woody GE, McLellan AT, et al. (1995)                     | 181             |
| Henggeler, S.W., Melton, G.B., Smith, L.A. (1992)        | NY              |
| Carroll, K.M.; Rounsaville, et al (1994)                 | 25              |
| Fals-Stewart, W. O'Farrell, T. J., Birchler, G.R. (2001) | 52              |
| Nemes, Wish and Messina (1999)                           | 119             |
| Higgins ST, Budney AJ, et al (1994)                      | 68              |
| Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. (1999)            | 64              |
| Winters J, Fals-Stewart et al (2002)                     | 179             |
| Woody GE, McLellan et al. (1987)                         | 180             |
| Abbott, PJ, Weller et al (1998)                          | 1               |
| Azrin et al (1994)                                       | 4               |

Appendixtabell 2. Mätpunkter för uppföljning i respektive studie.

| Reference                                                                                           | End-point | 1-5 months | 6-11 months | 12+ months | Totals |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-------------|------------|--------|
| Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K, Devir H, Terry M.                 | 0         | 1          | 1           | 0          | 2      |
| Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL.                                                      | 2         | 0          | 0           | 0          | 2      |
| Coviello et al                                                                                      | 0         | 1          | 0           | 0          | 1      |
| Crits-Cristoph et al                                                                                | 0         | 3          | 3           | 3          | 9      |
| Fals-Stewart, W. O'Farrell, T. J.                                                                   | 0         | 0          | 0           | 1          | 1      |
| Fals-Stewart W, Birchler GR, O'Farrell TJ.                                                          | 0         | 0          | 0           | 1          | 1      |
| Guydish J, Sorensen JL, Chan M, Werdegard D, Bostrom A, Acampora A.                                 | 0         | 0          | 1           | 0          | 1      |
| Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R.                                                               | 0         | 1          | 1           | 0          | 2      |
| Kaminer Y, Burleson JA.                                                                             | 0         | 0          | 0           | 1          | 1      |
| Rosenblum A, Magura S, Palij M, Foote J, Handelsman L, Stimmel B.                                   | 0         | 0          | 1           | 1          | 2      |
| Silverman K, Svikis D, Wong CJ, Hampton J, Stitzer ML, Bigelow GE.                                  | 2         | 0          | 0           | 0          | 2      |
| Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP.                                                      | 2         | 0          | 0           | 0          | 2      |
| Henggeler, S.W., Melton, G.B., Smith, L.A.                                                          | 1         | 0          | 0           | 0          | 1      |
| Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Gordon, L.T.; Nich, C.; Jatlow, P.; Bisighini, R.M. & Gawin, F.H. | 1         | 0          | 0           | 0          | 1      |
| Fals-Stewart, W. O'Farrell, T. J., Birchler, G.R.                                                   | 1         | 0          | 0           | 0          | 1      |
| Nemes, Wish and Messina                                                                             | 0         | 0          | 0           | 1          | 1      |
| Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ.                                    | 1         | 0          | 0           | 0          | 1      |
| Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ.                                                              | 1         | 0          | 2           | 0          | 3      |
| Henggeler. SW,. Clingempeel. WG,. Brondino. MJ,. & Pickrel. SG.                                     | 0         | 0          | 0           | 2          | 2      |
| All Grps                                                                                            | 11        | 6          | 9           | 10         | 36     |



Appendixtabell 3.. *Characteristics of studies with outcome measures for criminal and drug use behaviour*

|                             | <b>Number of effect sizes for criminal behaviour<sup>1</sup></b> | <b>Outcome measure</b>           | <b>Experimental treatments</b>               | <b>Main drug</b>       | <b>Number of subjects in analysis</b> |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Abbott et al (1998)         | 1                                                                | ASI                              | Community reinforcement                      | Opiates/poly-drug      | 151                                   |
| Azrin et al (1994)          | 1                                                                | Other                            | Behaviour therapy                            | Mixed                  | 82                                    |
| Baker et al (1993)          | 2                                                                | OTI                              | Motivational interviewing                    | Mixed                  | 102                                   |
| Budney et al (2000)         | 2                                                                | ASI                              | Cognitive therapy and contingency management | Cannabis               | 60                                    |
| Coviello et al (2001)       | 1                                                                | ASI                              | Multi-facetted counselling                   | Cocaine                | 94                                    |
| Crits-Cristoph et al (1998) | 9                                                                | ASI                              | Psychotherapies and counselling              | Cocaine                | 198                                   |
| Fals-Stewart et al (2003)   | 1                                                                | ASI                              | Behavioural family counselling               | Opiates                | 124                                   |
| Fals-Stewart et al (1996)   | 1                                                                | Fiscal costs of crim just. Serv. | Behavioural couples therapy                  | Mixed, mainly cocaine  | 80                                    |
| Guydish et al (1999)        | 1                                                                | ASI                              | Therapeutic community vs. day treatment      | Mixed, mainly cocaine  | 216                                   |
| Kaminer et al (2002)        | 2                                                                | Teen-ASI                         | Behaviour therapy                            | Cannabis               | 88                                    |
| Kaminer et al (1999)        | 1                                                                | Teen-ASI                         | Behaviour therapy                            | Cannabis               | 12                                    |
| Rosenblum et al (1999)      | 2                                                                | Other                            | Intensive outpatient treatment               | Opiates/poly-drug      | 198                                   |
| Silverman et al (2001)      | 2                                                                | Other                            | Contingency management                       | Opiates/poly-drug      | 40                                    |
| Woody et al (1995)          | 2                                                                | ASI                              | Interpersonal psychotherapy                  | Opiates/poly-drug      | 84                                    |
| Woody et al (1987)          | 2                                                                | ASI                              | Cognitive and interpersonal psychotherapy    | Opiates/poly-drug      | 93                                    |
| Henggeler et al (1992)      | 1                                                                | Other                            | Multisystemic therapy                        | Mainly opiates         | 84                                    |
| Carroll et al (1994)        | 1                                                                | ASI                              | Relapse prevention                           | Cocaine                | 110                                   |
| Fals-Stewart et al (2001)   | 1                                                                | ASI                              | Behavioural couples therapy                  | Opiates/poly-drug      | 36                                    |
| Nemes et al (1999)          | 1                                                                | Other                            | Therapeutic community                        | Mixed, mainly cocaine  | 412                                   |
| Higgins et al (1994)        | 1                                                                | ASI                              | Contingency management                       | Opiates/poly-drug      | 40                                    |
| Henggeler et al (1999)      | 3                                                                | Other                            | Multisystemic therapy                        | Mixed, mainly cannabis | 118                                   |
| Winters et al (2002)        | 1                                                                | ASI                              | Behavioural couples therapy                  | Mixed                  | 179                                   |
| Total:                      |                                                                  |                                  |                                              |                        | <u>2601</u>                           |

<sup>1</sup> Depending on number of assessments (not including intake), and number of different experimental conditions.

Appendixtabell 4. Effekter på kriminellt beteende i de 22 RCT-studierna

| Reference                          | N   |     | Intervention                     | Endpoint          |         | 1-5 mån |         | 6+11 mån |         | 12+< mån |         |
|------------------------------------|-----|-----|----------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|
|                                    | con | Exp |                                  | D                 | SE of D | D       | SE of D | D        | SE of D | D        | SE of D |
| Abbott et al (1998)                | 63  | 103 | Community reinforcement          | 0.31              | 0.16    |         |         |          |         |          |         |
| Azrin et al (1994)                 | 46  | 36  | Behavior therapy                 | 0.98              | 0.23    |         |         |          |         |          |         |
| Baker et al (2001)                 | 57  | 55  | MI                               |                   |         | -0.18   | 0.19    | 0.06     | 0.20    |          |         |
|                                    | 50  | 52  | MI                               |                   |         |         |         |          |         |          |         |
| Budney et al (2000)                |     |     | Motivational interview+cognitive |                   |         |         |         |          |         |          |         |
|                                    | 20  | 20  | therapy                          | 0.45              | 0.32    |         |         |          |         |          |         |
|                                    | 20  | 20  | Motivational Interview+Vouchers  | 1.12              | 0.33    |         |         |          |         |          |         |
| Carroll et al (1994)               | 52  | 58  | Cognitive therapy                | -0.21             | 0.19    |         |         |          |         |          |         |
| Coviello et al (2000)              | 48  | 46  | 12-timer                         |                   |         | 0.02    | 0.21    |          |         |          |         |
| Crits-Cristoph et al (2001)        | 90  | 95  | Individual drug counseling       |                   |         | 0.14    | 0.15    | 0.14     | 0.15    | 0.14     | 0.15    |
|                                    | 90  | 86  | Cognitive therapy                |                   |         | -0.06   | 0.15    | -0.05    | 0.14    | -0.05    | 0.14    |
|                                    | 90  | 88  | Supportive-expressive therapy    |                   |         | -0.13   | 0.15    | -0.13    | 0.15    | -0.12    | 0.14    |
| Fals-Stewart et al (1996)          | 40  | 40  | Behavioral couples therapy       |                   |         |         |         |          |         | 1.08     | 0.23    |
| Fals-Stewart, og O'Farrell, (2003) | 62  | 62  | Behavioral family counseling     |                   |         |         |         |          |         | 0.44     | 0.18    |
| Fals-Stewart et al (2001)          | 17  | 19  | Behavioral couples therapy       | 1.37              | 0.36    |         |         |          |         |          |         |
| Guydish et al (1999)               | 101 | 115 | Residential treatment            |                   |         |         |         | 0.00     | 0.14    |          |         |
| Henggeler et al (1999)             | 57  | 27  | Multisystemic therapy            | -0.13             | 0.18    |         |         | -0.05    | 0.18    | 0.25     | 0.22    |
| Henggeler et al (1992)             | 43  | 41  | Multisystemic therapy            | Kan ikke Beregnes |         |         |         |          |         |          |         |
| Higgins et al (1994)               | 20  | 20  | Contingency management           | 0.25              | 0.32    |         |         |          |         |          |         |
| Kaminer et al (2002)               | 37  | 51  | Cognitive therapy                |                   |         | 0.42    | 0.22    | 0.00     | 0.22    |          |         |
| Kaminer og Burleson (1999)         | 7   | 5   | Cognitive therapy                | 0.56              | 0.60    |         |         |          |         |          |         |
| Nemes et al (1999)                 | 194 | 218 | Therapeutic community            |                   |         |         |         |          |         | 0.11     | 0.10    |
| Rosenblum (1999)                   | 140 | 58  | Intensive outpatient             |                   |         |         |         | -0.17    | 0.16    | 0.00     | 0.16    |
| Silverman et al (2002)             | 20  | 20  | Therapeutic workplace            | 0.00              | 0.32    |         |         |          |         |          |         |
| Winters et al (2002)               | 38  | 37  | Behavioral couples therapy       | 1.97              | 0.26    |         |         |          |         |          |         |
| Woody et al (1995)                 | 57  | 27  | Supportive-expressive therapy    | -0.45             | 0.23    |         |         |          |         |          |         |

Appendixtabell 5. Effekter på drogmissbruk i de 22 RCT-studierna

|                                                      | Modalitet        | n   | Endpoint |      | 0-6 mån |      | 7< mån |      |
|------------------------------------------------------|------------------|-----|----------|------|---------|------|--------|------|
|                                                      |                  |     | d        | SE   | d       | SE   | d      | SE   |
| Abbott, PJ, Weller, S.B., Delaney, H.D., Moore, B.A. | CRA              | 166 | 0.31     | 0.16 |         |      |        |      |
| Azrin et al (1994)                                   | BT               | 82  | 0.98     | 0.23 |         |      |        |      |
| Baker et al.                                         | MI               | 112 | -0.18    | 0.19 | 0.06    | 0.20 |        |      |
| Budney et al                                         | CBT              | 40  | 0.45     | 0.32 |         |      |        |      |
|                                                      | CM               | 40  | 1.12     | 0.33 |         |      |        |      |
| Carroll et al                                        | CBT              | 110 | -0.21    | 0.19 |         |      |        |      |
| Coviello et al                                       | Other            | 94  | 0.01     | 0.21 |         |      |        |      |
| Crits-Cristoph et al                                 | Drug counselling | 185 | 0.14     | 0.15 | 0.14    | 0.15 | 0.13   | 0.15 |
|                                                      | CBT              | 176 | -0.06    | 0.15 | -0.05   | 0.14 | -0.05  | 0.14 |
|                                                      | SE               | 178 | -0.13    | 0.15 | -0.13   | 0.15 | -0.12  | 0.14 |
| Fals-Stewart et al 1996                              | BCT              | 80  |          |      |         |      | 1.08   | 0.23 |
| Fals-Stewart et al 2003                              | BFT              | 124 |          |      |         |      | 0.44   | 0.18 |
| Fals-Stewart et al, 2001                             | BCT              | 36  | 1.37     | 0.36 |         |      |        |      |
| Guydish et al                                        | Res.             | 216 |          |      | 0.00    | 0.14 |        |      |
| Henggeller et al (1999)                              | MST              | 64  | -0.08    | 0.18 | -0.07   | 0.18 | 0.13   | 0.20 |
| Higgins et al (1994)                                 | CM               | 40  | 0.25     | 0.32 |         |      |        |      |
| Kaminer et al (2002)                                 | CBT              | 88  |          |      | 0.42    | 0.22 | 0.00   | 0.22 |
| Kaminer et al (1999)                                 | CBT              | 12  |          |      |         |      | 0.56   | 0.60 |
| Nemes et al (1999)                                   | Res.             | 412 |          |      |         |      | 0.11   | 0.10 |
| Rosenblum et al (1999)                               | Intensive OP     | 198 |          |      | -0.11   | 0.16 | 0.01   | 0.16 |
| Silverman et al (2001)                               | CM               | 40  | 0.00     | 0.32 |         |      |        |      |
| Winters et al (2002)                                 | BCT              | 75  | 1.97     | 0.26 |         |      |        |      |
| Woody et al (1995)                                   | SE               | 84  | -0.45    | 0.23 |         |      |        |      |

**Notes:** BCT: Behavioral Couples Therapy. BFT: Behavioral Family Therapy. CBT: Cognitive Behavioral therapy. CM: Contingency Management. CRA: Contingency Reinforcment Approach. MST: Multisystemic Therapy. OP: Outpatient. Res: Residential