

Kourosch Bador

# Integrerad intensiv KBT-behandling

Utvärdering av en mottagning inom beroendevården

Integrated intensive CBT treatment  
Evaluation of a substance use care unit

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet  
i kognitiv och beteendearbetad terapi  
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6  
Handledare: Torsten Norlander  
Examinator: Anders Hammarberg

### **Sammanfattning**

Studien hade två syften, nämligen att utvärdera en integrerad intensiv KBT gruppbehandling för personer med substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom inom öppenvården; samt att studera eventuella skillnader i avseende på kön. Deltagarna i studien var 29 inskrivna patienter, 14 män och 15 kvinnor, i en öppenvårdsbehandling i Västra Sverige. Alla deltagare hade genomgått ett komplett fyra månaders intensiv gruppbehandling samt vid inskrivning och vid utskrivning deltagit i materialinsamling. Behandlingens fokus utgick från hur individen vill leva sitt liv, hur han/hon lever idag samt på relationen mellan personen och hans/hennes inre upplevelser. Resultaten visade positiva effekter för samtliga uppmätta variabler, det vill säga, ångest, depression, självkänsla samt upplevelser av hopplöshet respektive hopp. Det förelåg inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor med undantag för att kvinnorna hade högre grad av depression jämfört med männen både före och efter gruppbehandlingen. Slutsatser som drogs på grund av den aktuella studiens resultat var att det är angeläget att det tillförs resurser med syfte att implementera nya evidensbaserade metoder inom området vård och behandling av missbrukare liksom till forskning som fortsätter att utvärdera integrerad intensiv öppenvårdsbehandling.

*Nyckelord:* Integrerad intensiv KBT, öppenvård, beroendesyndrom, psykisk ohälsa, kön

### **Abstract**

The current study had two aims, i.e., to evaluate an integrated intensive CBT group treatment for people with substance-related syndrome and dependency syndrome in outpatient care; and to study possible differences in terms of gender. Participants in the study were 29 enrolled patients, 14 men and 15 women, in a clinic for outpatient treatment in Western Sweden. All participants had undergone a complete four-month intensive group therapy and also participated in data collection both at admission and discharge. The treatment focus was on how the individual wants to live his/her life, how he/she lives today as well as the relationship between the person and his/her inner experiences. The results showed positive effects for all measured variables, i.e., anxiety, depression, self-esteem and perceptions of hopelessness and hope. There were no significant differences between men and women except that women had higher levels of depression than men, both before and after the group treatments. Conclusions drawn on the basis of the current study's findings was that it is important to allocate resources in order to implement new evidence-based practices in the area of care and treatment of addicts as well as the importance of continued research to evaluate integrated intensive outpatient treatment.

*Key words:* Integrated intensive CBT, outpatient, dependency syndrome, mental disorder, gender

### **Förord**

Jag vill i första hand tacka alla mina patienter för deras deltagande. Deras bidrag är ovärderligt för utveckling av ny kunskap. Sedan vill jag framföra hjärtligt tack till min handledare professor Torsten Norlander som tålmodigt väglett mig genom uppsatsarbetet och generös delat med sig av sin kompetens, kunskap och tid. Jag vill även tacka Dr. Nora Kerekes för våra vetenskapliga diskussioner i ämnet.

## Inledning

Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där individen har insikt om sina egna potentialer, kan möta livets normala uppmaningar och påfrestningar, arbeta produktivt och kreativt samt kan konstruktivt medverka till sitt samhälle (Världshälsoorganisationen, 2005). Det innefattar fysisk, psykisk och social välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder. Psykisk hälsa syftar till flera aspekter av mental välbefinnande såsom självkänsla, hopp, ångest, depression, glädje och livstillfredsställelse (WHO, 2005). Enligt Goldman och Grob (2006) en individ med god psykisk hälsa har välfungerande mental funktion som resulterar i att personen har goda interpersonella färdigheter och kan hantera, påfrestningar och motgångar på ett gynnsamt sätt. Psykisk ohälsa på andra sidan, innefattar alla de tillstånd som yttrar sig i förändringar av tänkande, sinnesstämningar och beteende, eller en kombination av dessa (WHO, 2005). Dessa manifestationer är oftast subjektiva. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2005) begreppet psykisk ohälsa inkluderar allt från psykiska sjukdomar, som psykos och depression, till mildare grad av problematik såsom oro, ångest och sömnrubbingar. De tre faktorer som påverkar psykiska tillståndet är biologi, kognition samt miljön. Förhållandet mellan dessa faktorer är avgörande för individens sårbarhet för att hantera livets påfrestningar som i sin tur kan leda till psykisk ohälsa. Alla människor kommer i kontakt med psykisk ohälsa genom anhöriga, arbetskamrater och en fjärde del av befolkningen kommer någon gång även personligen uppleva psykisk ohälsa (Gray, 2002).

Användningen av psykoaktiva ämnen, såsom alkohol, cannabis, kokain, opiater med flera, går tillbaka nästan lika långt som civilisationen själv (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003). I många samhällen används olika substanser för ceremonier, humörhöjande fester eller i syfte att skapa normativa beteenden. Även missbrukens historia av psykoaktiva ämnen är nästan lika lång som civilisationen själv. ICD-10 definierar missbruk/beroende som en grupp fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där missbruk av en eller flera substanser tar mycket högre prioritet för individen jämfört med andra beteenden och aktiviteter som tidigare hade högre värde (World Health Organization, 1992). Beroende beskrivs som en stark, ibland dominerande, önskan att ta psykofarmaka (som kanske eller kanske inte har medicinskt ordinerat), alkohol eller tobak, med flera. När en individ med missbruksproblem får återfall efter en period av avhållsamhet leder det till en snabbare utveckling av negativa konsekvenser i olika livsområden än hos individer som inte har haft tidigare missbruksproblem (WHO, 1992). Nedan finns

diagnoskriterier enligt ICD-10 (WHO, 1992). Det krävs att minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda under det senaste året:

- Ett starkt behov eller tvång att inta substansen
- Svårigheter att kontrollera konsumtionen
- Förekomst av karakteristiska abstinenssymtom
- Toleransökning
- Tilltagande ointresse för andra saker än att inta substansen
- Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador

Internationellt uppskattas det att nästan en kvarts miljard (246 miljoner) människor i åldrarna 15 och 64 år (som motsvarar en global prevalens av 5,2 procent) använt en olaglig drog under 2013 (UNODC, 2015). Det finns i Sverige cirka 500.000 personer som lider av missbruk och/eller beroendeproblematik (Statens offentliga utredningar 2011:6, 2011). Av dessa är det endast en femtedel som är kända inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och dem har en mångdimensionell problematik som oftast innebär psykisk ohälsa samt social problem.

Litteratur om könsskillnader publicerats under de senaste tre decennier har visat att kvinnor börjar vanligtvis senare än män med drog missbruk och att kvinnor påverkas starkt av sexualpartner som också använda droger (UNODC, 2015). Kvinnor generellt sett kan vara mindre benägna än män att utveckla narkotikamissbruk och beroende. Jämfört med narkotikamissbruk bland män, övergripande droganvändning förblir låg bland kvinnor. På global nivå är män tre gånger större risk än kvinnor att använda cannabis, kokain eller amfetamin. Ändå, när de har inlett missbruks, kvinnor tenderar att öka sin hastighet av alkoholkonsumtion, cannabis, opiater och kokain mer snabbt än män (Backer & Hu, 2008) och kan utveckla beroende snabbare än män (Green, 2006; Grella, 2008). Kvinnor är mer benägna än män att missbruka receptbelagda läkemedel, särskilt opiater och sedativa medel (Grella, 2008; UNODC, 2015). Detta huvudsakligen speglar skillnader i möjligheterna att använda läkemedel på grund av inverkan av sociala eller kulturella miljön snarare än inneboende kön sårbarhet (van Etten & Anthony, 2001). En stor mängd evidens har visat att initiering av drog användning, sociala faktorer och egenskaper, biologiska reaktioner och progression till beroende varierar avsevärt mellan män och kvinnor (Tuchman, 2010). Kvinnor med substansmissbruk tenderar att ha en historia av överdrivna/ojämnt fördelad/för mycket ansvar och mera konflikter i sina familjer,

oftare rapporterar problem som rör föräldraskap, exponering till barndomen och även vuxen trauma än sina manliga motsvarigheter. Många kvinnor identifierar relation problem som en orsak till deras missbruk. Figur 1 visar könsskillnader i val av olika droger. Figuren är en kopia av figur 11 på sida 14 i UNODC, 2015 rapport.

---

Infoga Figur 1 ungefär här

---

Enligt Statens Folkhälsoinstitutet (2010) hade omkring 23 % av männen och 12 % av kvinnorna i den svenska befolkningen använt illegal narkotika någon gång i sitt liv. Fyra procent av männen och åtta procent av kvinnorna hade någon gång använt narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel utan läkarordination, eller i större omfattning än ordinerat (Folkhälsoinstitutet, 2010). Fördelningen i avseende på kön speglar tidigare presenterade skillnader i användning av receptbelagda läkemedel. Två procent av männen och mindre än en procent av kvinnorna uppger att de hade använt någon typ av narkotika de senaste 30 dagarna (Folkhälsoinstitutet, 2010), som är en mått på regelbundet narkotikamissbruk. Den svenska nationella mätningen påpekar också viktiga skillnader för olika livsvillkor för manliga respektive kvinnliga narkotikamissbrukare. Kvinnor med frekvent narkotikamissbruk framstår som betydligt mer utsatta än män, med mindre socialt stöd och större psykisk samsjuklighet. Resultaten väcker också frågor om narkotikautvecklingen bland de yngsta kvinnorna, som i vissa fall använder mer narkotika än jämnåriga män (Folkhälsoinstitutet, 2010). Bilden är dock inte entydig och ytterligare studier krävs för att klargöra läget båda vad gäller könsspecifika riskfaktorer och eventuella behandlingsmetoder.

Direkt skadliga hälsoeffekter är kopplade till missbruk generellt men mest uppenbara är dem som är kopplade till injektion missbruk. Globalt sätt varannan injektion missbrukare har hepatit C och 13.5% av dem har HIV (UNODC, 2015). Förebyggande interventioner och preventionen resultat förblir fortfarande låg. Överdoser är den främsta orsaken till narkotikarelaterade dödsfall i hela världen och opioider (heroin och icke-medicinsk användning av receptbelagda opiater) är den främsta drogen som förekommer i dessa dödsfall. Drogöverdoser med opioider (som förekommer i omkring tre fjärdedelar av fallen) beräknas stå för 3.5 procent av alla dödsfall bland européer i åldern 15-39 (Europeisk narkotikarapport, 2014). I Europa, den

högsta narkotikarelaterade dödligheten finns i de nordligaste länderna (inklusive Sverige) med dödligheten hos över 70 narkotikarelaterade (främst opioid) dödsfall per miljon av befolkningen i åldern 15-64 år (UNODC, 2015). Studier tyder på att mellan 30 och 80 procent av alla missbrukare har upplevt en överdos under sin aktiva droganvändning (Darke, Ross, & Hall, 1996; Karbakhsh & Salehian Zandi, 2007). Det är uppskattat att en i 20 eller 25 fall av överdosering är dödlig, med en kumulativ risk för död som ökar med varje successiv överdos (Darke, Mattick, & Degenhardt, 2003; Tokar & Andreeva, 2012). De icke-fatala överdoserna har fortfarande stor betydelse för folkhälsan på grund av dess närstående sjuklighet och allvarliga konsekvenser, inklusive lungödem, bronkopneumoni, perifer neuropati, njursvikt, kognitiv försämring och traumatiska skador under överdos (Warner-Smith, Darke, & Day, 2002). Upprepade överdoser orsakar också större risk för långtids fysiska och kognitiva skador (Darke, Williamson, Ross, Mills, Havard, & Teesson, 2007). De problem som kvinnor upplever som en följd av substansbruk kan manifesteras i flera områden i livet än i männens. Och igen, svårighetsgraden av de medicinska konsekvenserna av droganvändning och psykiatriska samsjukligheter är också enligt uppgift högre bland kvinnor.

Individer med beroende/missbruksproblematik lider samtidigt ofta av olika former av psykisk ohälsa och personer som lider av psykisk ohälsa drabbas oftare av olika former av missbruk/beroendeproblematik än andra (Alborn, 2012). En rapport gällande den rättspsykiatriska vården (Socialstyrelsen, 2005) visade att fem procent av inneliggande LRV-patienter hade missbruk/beroende som huvuddiagnos och att 35 procent hade missbruk som sekundär diagnos. Rapporten visade vidare att under 2005 missbrukade i någon form 43 procent av rättspsykiatriska patienterna under vårdtiden.

Generellt, psykiatriska samsjukligheter, i synnerhet affektiva syndrom, rapporteras vara högre bland kvinnor (Stewart, Gossop, Marsden, Kidd & Treacy, 2003) och dessa syndrom föregår vanligen uppkomst av problem gällande användning av substanser (Brady & Randall, 1999). Det är att mindre troligt att kvinnor med missbrukssyndrom söker behandling för sin problematik än männen, eftersom kvinnor är mer benägna att möta hinder som påverkar deras tillgång till droger än att söka behandling för sitt missbruk (Greenfield, Brooks, Gordon, Green, Kropp, McHugh, Lincoln, Hien, & Mieleh, 2007). Globalt sett är en av tre narkotikamissbrukare kvinna, ändå är det bara en av fem narkotikamissbrukare i behandling som är kvinna. Män hänvisas ofta till behandling av familjen, en arbetsgivare eller det straffrättsliga systemet, medan



kvinnor förknippas med andra problem, såsom personlighetsyndrom diagnoser, prostitution, etc., snarare än enbart på grund av substansmissbruk (Tuchman, 2010).

Eftersom det befintliga informationen är begränsad vad gäller kvinnor med missbruksproblem finns det fortfarande en stor brist på lämpliga evidensbaserade behandlingsmodeller för kvinnor (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004). I många samhällen är droganvändning bland kvinnor kraftigt stigmatiserande och kulturella normer kan göra det svårt för kvinnor att erkänna sådana problem eller lämna hem och familjer för att genomgå behandling. En växande mängd bevis tyder på att missbrukarvården som sköta sociala och könsspecifika behov kan bidra till engagemang, kvarstannande i behandling och förbättrade behandlingsutfall (Grella, 2008; National Treatment Agency for Substance Misuse, 2010).

Mueser och kollegor (2003) beskriver att traditionellt har de vanligaste förhållningssätten för att behandla individer med samsjuklighet varit att identifiera en sjukdom som "primär" och den andra som "sekundär". Sedan riktades uppmärksamheten först på att behandla den primära sjukdomen. Behandling av den andra diagnosen skedde endast om/när den primära sjukdomen troddes vara färdigbehandlad. Det är vad man kallar *sekventiell behandling*. Problem kan uppstå i form av oenighet mellan behandlarna – vad ska prioriteras först? Det kan även bli otydligt när en behandling anses klar och när nästa kan startas. Alternativet var att individer med samsjuklighet hänvisades till olika mottagningar eller institutioner (och olika myndigheter) för att samtidigt få behandling för missbruket och den psykiska ohälsan. Det var (är) inte så ovanligt att patienten själv behövde samordna de olika behandlingsinsatserna, trots att de ofta inte hade förmåga att göra det. De olika behandlingsinstanserna har oftast olika behandlingsinriktningar eller behandlingsideologier. Ett annat förhållningssätt som har visat sig vara skonsammare och effektivare för patientgruppen är *integrerad behandling*. I detta förhållningssätt behövs ingen samordning av olika behandlingsinsatser. Utan behandling av både substansrelaterade syndrom och psykisk ohälsa sker hos en och samma vårdgivare eller behandlingsinstans. Behandlingen påverkas hellre inte av olika ideologier och splittring, jämfört med de andra uppläggen (Mueser, et al., 2003).

Flera randomiserade studier och naturalistiska analyser som jämfört intensiv öppenvårdsbehandling med slutenvårds- eller institutionsvård har funnit liknande resultat (se review av McCarty, Braude, Lyman, Dougherty, Daniels, Ghose, & Delphin-Rittmon, 2014). McCarty och medarbetare (2014) konstaterade att *intensiv öppenvårdsbehandling* är en effektiv

behandlingsform. Samtliga (12) granskade studier har rapporterat minskningar av alkohol och droganvändning. Resultatet av denna behandlingsform var uppenbar. Intensiv öppenvårdsbehandling inom beroendevård är en behandlingsform för personer med enbart substansrelaterade syndrom eller med substansrelaterade syndrom och samsjuklighet av psykisk ohälsa, som inte behöver medicinsk avgiftning eller dygnet runt övervakning. Enligt McCarty och medarbetare (2014) intensiv öppenvårdsbehandling är en viktig del av vårdkedjan för substansrelaterade syndrom. De är lika effektiva som slutenvården eller institutionsvård för de flesta individer. Enligt deras rekommendation, offentliga och privata vårdgivare bör överväga intensiv öppenvårdsbehandling som en del av vård som erbjuds för att befrämja bättre hälsa.

I Socialstyrelsens rekommendation står det att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda Kognitiv beteendeterapi (KBT) till personer med missbruk eller beroende (Socialstyrelsen, 2015). Detta på grund av att KBT är en av de få behandlingsmetoder som har stark evidens inom beroendevård, enligt SOU (2011). Kognitiv beteendeterapi, är en psykoterapeutisk behandlingsmetod som fokuserar primärt på att direkt angripa dysfunktionellt beteende och tänkande för att sedan även åstadkomma känslomässig förändring (Cully & Teten, 2008). Utifrån patientens problematik väljs behandlingsmetoder som är mest adekvat för patienten. Med flexibiliteten som finns i behandlingsformen är det inte ovanligt att man använder flera metoder parallellt för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt. De vanligaste psykoterapimetoder som ingår i ramen av KBT (Bannink, 2012) är följande:

- Psykoedukation
- Kognitiv bearbetning
- Modulering
- Aktivitetsinplanering
- Exponering och beteendexperiment
- Beteendeaktivering
- Avslappningsövningar och medveten närvaro
- Färdighetsträning
- Hemuppgifter

## Syfte

Studien hade två syften, nämligen (a) att utvärdera en integrerat intensiv KBT gruppbehandling för personer med substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom i en öppenvårdsregi; samt (b) att studera eventuella skillnader i avseende på kön.

## Metod

### Deltagare

Deltagarna i studien var 29 inskrivna patienter (14 män och 15 kvinnor) i en öppenvårdsbehandling i Västra Sverige. Ingen av deltagarna hade pågående substansmissbruk. Alla deltagare hade genomgått ett komplett fyra månaders behandlingsprogram samt vid två tillfällen (vid inskrivning och utskrivning) deltagit i materialinsamling. Deltagarnas medelålder var 46.48 år ( $SD = 11.28$ ,  $range = 24 - 65$ ). Av deltagarna levde 10 i ett förhållande och 19 var singlar. Vad gäller barn var 22 av deltagarna föräldrar, medan 7 hade inga barn. Samtliga deltagare har varit kända inom beroendevård och socialtjänsten sedan tidigare. Innan inskrivning har samtliga deltagare genomgått utredning inom socialtjänstens regi och missbruk- och beroende statusen hade konstaterats.

### Design

Undersökningen genomfördes på en mottagning i västra Sverige som praktiserade en strukturerad integrerat intensiv öppenvårdsbehandling. Mottagningen vänder sig till vuxna personer som har kommit till insikt om att alkohol/droger har blivit ett problem för dem och deras omgivning. Behandlingen bygger på KBT-principer och terapiformen ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Behandlingen kännetecknas av fokus på de psykologiska fenomenens funktion och kontexten det sker i. Fokus för behandlingen ligger på hur individen vill leva sitt liv, hur han/hon lever idag samt på relationen mellan personen och hans/hennes inre upplevelser. I denna behandlingsform betraktar man lidandet som en del av livet (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Behandlingen sträcker sig över ett år, där de inledande fyra månaderna är schemalagt till fem dagar i veckan. De resterande åtta månaderna träffas man en gång i veckan i en så kallad eftervårdsbehandlingsgrupp. Under de första inledande fyra månaderna är behandlingens omfattning är enligt följande:

- Psykoedukation (patient utbildning) 51 timmar

- Mindfulness (medveten närvaro) 70 tillfällen
- Grupsittning (Modulering) 70 timmar
- Gruppintervention (Exponering/affektreglering) 51 tillfällen
- Livskompassen(Exponering/beteendexperiment) 10 områden
- Psykoterapeutiska samtal 17 timmar
- Gemensamaktivitet 17 tillfällen  
(Socialfärdighetsträning/ Exponering/beteendexperiment)
- Akupunktur (Sömnreglering och smärta reducering) 17 tillfällen

Vid inskrivning får varje patient information om verksamhetens dagliga rutiner och dess struktur. Vid detta tillfälle underrättas patienterna om regler under behandlingstiden samt information om de etiska kraven. Tillfälle gavs för eventuella frågor före inskrivning.

### **Instrument**

**Demografiska frågor.** Enkäten inleddes med demografiska frågor, vilka utgjordes av kön, ålder och civilstånd. Ålder fick fyllas i utan förvalda kategoriska alternativ.

**Beck Depression Inventory (BDI).** BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) är en självskattningsskala som består av 21 frågor med vardera fyra svarsalternativ mellan 0-4 och mäter depressiva symtom under den senaste sju dagarperiod. BDI har god intern konsistens, medelvärde för Crobachs  $\alpha$  uppgår till 0.86 i psykiatriska sample (Beck, Steer & Garbin, 1988). Det har också adekvat validitet i jämförelse med både klinikers bedömningar och andra självskattningsskalaer. För ingen till minimal depression krävs < 13 poäng; för lindrig krävs mellan 14-19 poäng; för moderat depression mellan 20-28 poäng och för svår krävs 29-63 poäng (Beck, et al., 1988). Medelpoäng vid T1 var för detta sample 22.10 (SD = 12.43).

**Beck Anxiety Inventory (BAI).** BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) är en självskattningsskala som består av 21 frågor som mäter graden av självrapporterad ångest. Den består av ångestsymtom beskrivningar som rankas efter en 4-gradig skala: Inte alls (0 poäng), lite, har inte besvärat mig mycket. (1), delvis, har varit väldigt obehagligt men jag kunde uthärda det. (2), och mycket, har knappt stå ut (3). BAI totala poäng är summan av värderingarna för de 21 symptomen. Högsta poäng är 63. Ett resultat mellan 0 - 7 indikerar

som minimalnivå av oro, mellan 8 - 15 som mild upplevelse av ångest, mellan 16 - 25 som moderat upplevelse av ångest och 26 - 63 indikerar svår upplevelse av ångest (Beck, et al., 1988).

**The Hopelessness Scale (HS).** HS (Beck, Weissman & Trexler, 1974) avser att mäta graden av upplevd hopplöshet och dysterhet över framtida förväntningar, samt indirekt benägenhet för självmord; hopplöshet är även ett av de vanligaste kännetecknen för depression (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Skalan består av 20 påståenden som testpersonen får bedöma som sanna eller falska. Det finns elva omvända påståenden och nio sanna, som kan graderas som 0 eller 1. Det värde man kan få är mellan 0-20, där ju högre värden tyder på att personen upplever hopplöshet och att det finns risk för suicidalitet. Normvärden brukar indelas följande: 0-3 ingen/minimal hopplöshet, 4-8 mild upplevelse av hopplöshet, 9-14 moderat hopplöshet upplevelse och 15-20 hög upplevelse av hopplöshet med definitiv självmordsrisk (Jansson, 1986). Reliabiliteten för HS-skalan var Cronbachs  $\alpha = 0.93$

**Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).** Skalan konstruerades av Rosenberg (1965) som översatts till svenska av Jonson (1997). Skalan innehåller 10 olika påståenden vilka tillsammans mäter deltagarnas globala självkänsla. Av de 10 påståendena är fem positiva och fem är negativa påståenden. Svarsalternativen anges på en fyrgradig Likert-skala från 3 (*instämmer helt*) till 0 (*avvisar helt*). Höga värden indikerar hög Självkänsla vilket ger totalskalan 0-30. Poäng mellan 15-25 indikerar normal självkänsla. Poäng under 15 indikerar låg självkänsla och poäng över 25 indikerar hög självkänsla (Rosenberg, 1989).

Tafarodi och Swann (1995) har visat att det vanligaste måttet på global självkänsla (RSES) mäter egentligen två distinkta men relaterade dimensioner, nämligen självkompetens och självuppskattning. Självkompetens definieras som en upplevelse av att vara kapabel. Denna upplevelse grundar sig på erfarenhet av att vara framgångsrik i att uppnå sina mål. Självuppskattning definieras som en rent subjektiv bedömning av sitt egna personliga värde, inte nödvändigtvis prestationsförmåga, utan enligt en internaliserade kriterier för socialt värde såsom moral eller attraktionsförmåga. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach's alpha) för testet i aktuell studie för global självkänsla räknades ut till 0.81. När det gäller underkategorierna så var  $\alpha$  för självkompetens 0.70 och 0.63 för självuppskattning.

**The Hope Scale (THS).** THS-skalan (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, & Harney 1991) med en svensk version av Andersson och Assmund (2009) används för

att mäta upplevelsen av hopp hos deltagarna. Skalan mäter en global upplevelse av hopp samtidigt som man kan dela skalan i två kategorier, nämligen Pathway och Agency. Hoppskalan består av 12 beskrivande påståenden som exempelvis ”Jag vet hur jag ska ta mig ur knepiga situationer” (Pathway) och ” Jag når de mål som jag själv ställt upp” (Agency). Av 12 påståenden är fyra distraktionsfrågor som inte används därför exkluderades de vid databearbetningen. Snyder rekommenderar i en senare artikel (Snyder, 2002) att en åttagradig skala bör användas för att få en rikare nyansering. Deltagarna besvarade påståendena på en Likertskala från 1 (*stämmer inte alls*) till 8 (*stämmer helt*). Värdena från alla 8 påståenden summeras för att få fram värden av den globala Hopp upplevelsen. Värdena för Agency och Pathway summeras med vardera fyra frågor i varje delskala. Det värde man kan få är mellan 8 till 64 varvid höga värden indikerar hög upplevelse av hopp. I aktuell studie var den interna konsistensen  $\alpha$  0.80. När det gäller underkategorierna så var  $\alpha$  för Pathway 0.65 och 0.73 för Agency.

### **Genomförande**

Patienter kommer genom socialtjänsten, då mottagningen har avtal med flera kommuner. Socialtjänst handläggare kontaktar föreståndare och berättar om klinten och omfattningen om dennas problematik. Efter en dialog med handläggaren och när parterna är överens om att behandlingsformen som skall erbjudas är ett adekvat behandlingsalternativ, träffar behandlingspersonalen, handläggaren samt den tilltänkta klienten. Syftet med det är att informera klinten om behandlingsprogrammets olika delar samt svara på eventuella frågor. Efter mötet ges ett par dagars betänketid. Efter betänketiden om samtliga parter – patienten, handläggaren samt behandlingspersonalen – är positivt inställda skrivs patienten in. Figuren 2 visar denna process. Efter inskrivningen får patienten ett inskrivningshäfte som innehåller de olika skattningsskalorna. Denna process tar mellan 30-40 minuter och en behandlare är alltid närvarande för att svara på de eventuella frågorna som kan uppstå. Andra datainsamlingstillfället sker under sista veckan av behandlingen då patienten får ett utskrivningshäfte, även vid denna tillfälle är en behandlare tillgänglig.

---

Infoga Figur 2 ungefär här

---

### **Bortfall**

Under studietiden sökte totalt 43 patienter sig till mottagningen för beroendebehandling. Av dessa genomgick 29 individer hela behandlingsprogrammet på 4 månader.

### **Reliabilitet och validitet**

Samtliga skalor i denna studie har validerats i ett flertal studier under flera decennier och har visat sig att ha goda psykometriska egenskaper.

### **Databearbetning**

SPSS användes för databearbetning. De analysmetoder som användes var multivariat variansanalys (MANOVA) men också deskriptiv analys som underlag till tabeller och figurer. Vidare beräknades effektstorlek dels med  $\eta^2$  och dels med Cohen's  $d$ . Enligt Cohen (1988) definieras en effektstorlek på 0.20 som en liten effekt, 0.50 som en medelstor effekt, och från 0.80 som en stor effekt.

### **Etiska överväganden.**

Hänsyn togs till de etiska kraven genom att i behandlingskontrakten tydligt beskriva de fyra etiska huvudkraven. De är avsedda för att skydda deltagaren mot fysisk och psykisk skada, kränkning eller förödmjukelse samt skydda deras integritet mot otillbörlig insyn (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa är enligt följande: 1) individskyddskravet 2) Informationskrav 3) Samtyckekravet 4) Konfidentialitetskravet. Patienterna blev informerade om att deltagandet i studien var frivilligt och att det gick att avbryta medverkan om man så kände, utan någon som helst konsekvens. Alla patienter fick information om syftet med datainsamlingen både skriftligt och muntligt. Vidare tydliggjordes att svaren kommer att publiceras i form av ett examensarbete på sådant sätt att enskilda individers svar inte kan utläsas och all data hanteras konfidentiellt. I enlighet med Vetenskapsrådets (2002) rekommendation ges patienterna också möjlighet att ta del av den färdiga studien. Vad gäller informationen till patienterna se bilaga 1.

## Resultat

### Jämförelser före och efter behandling och i avseende på kön

En Pillai's mixed MANOVA (2 x 2 faktoriell design) genomfördes med Kön (Män, Kvinnor) och Behandling (Före, Efter) som oberoende variabler och med RSES, THS, BDI, BAI och HS som beroende variabler. Analysen visade signifikanta effekter för Behandling ( $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.77$ ,  $power > 0.99$ ), och för interaktion Behandling x Kön ( $p = 0.039$ ,  $Eta^2 = 0.38$ ,  $power = 0.73$ ), men inte för Kön ( $p = 0.187$ ,  $Eta^2 = 0.26$ ,  $power = 0.47$ ). Univariata F-tester visade signifikanta behandlingseffekter för samtliga beroendevariabler: RSES [ $F(1, 27) = 44.03$ ,  $p < 0.001$ ], THS [ $F(1, 27) = 28.62$ ,  $p < 0.001$ ], BDI [ $F(1, 27) = 41.49$ ,  $p < 0.001$ ], BAI [ $F(1, 27) = 37.08$ ,  $p < 0.001$ ], HS [ $F(1, 27) = 6.62$ ,  $p = 0.016$ ]. Vad gäller interaktionseffekten Behandling x Kön visade de univariata F-testerna inga signifikanta interaktioner ( $ps > 0.05$ ). Däremot framkom en signifikant skillnad [ $F(1, 27) = 7.91$ ,  $p = 0.009$ ] mellan könen i avseende på BDI där kvinnorna hade högre poäng, både före och efter behandling, på BDI (Före:  $M = 27.27$ ,  $SD = 10.26$ ; Efter:  $M = 9.93$ ,  $SD = 8.33$ ) jämfört med männen (Före:  $M = 16.57$ ,  $SD = 12.49$ ; Efter:  $M = 5.79$ ,  $SD = 2.91$ ). För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 1.

---

Infoga Tabell 1 ungefär här

---

### Deskriptiv analys.

De ovan beskrivna resultaten har illustrerats genom figurerna 3

---

Infoga Figur 3

---

## Diskussion

Denna studie hade två syften, nämligen (a) att utvärdera en integrerat intensiv KBT gruppbehandling för personer med substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom i en öppenvårdsregi; samt (b) att studera eventuella skillnader i avseende på kön.



De statistiska analyserna visade positiva behandlingsresultat för samtliga uppmätta variabler, det vill säga, ångest (BAI), depression (BDI), självkänsla (RSES) samt upplevelser av hopplöshet (HS) respektive hopp (THS). Att integrerad intensiv KBT-behandling ger signifikant och positiv effekt för patienter med Substance Use Disorder (SUD) är ett fynd som ligger i linje med tidigare forskning (Baker, Kavanagh, Kay, Lambkin, Hunt, Lewin, Carr, & Connolly, 2010; McCarty, et al., 2014; Mueser, et al., 2003). Den aktuella studien hade hög effektstorlek för samtliga ingående variabler mätt både med *Eta*<sup>2</sup> och Cohens' *d*.

De vanligaste, med SUD samexisterande, psykiatriska sjukdomstillstånd är depression och ångest (Dom & Moggi, 2015; Stewart, et al., 2003). Den aktuella studien visade att fyra månader integrerad intensiv KBT-behandling i grupp med stor effektstorlek förbättrade de affektiva symptomen hos samtliga patienter. Det är välkänt att affektiva symtom, upplevelse av depression och ångestsyndrom, leder ofta till användning av olika substanser (Alborn, 2012). Genom substansbruk försöker man höja stämningläget, reducera depressiva symtom och ångest. Att använda olika substanser för att förbättra sinnesstämningen i vardagen är en så vanlig förekomst att man till och med har ett namn för fenomenet, självmedicinering. Begreppet antyder just att man lider av en åkomma som man själv försöker lindra. Att studien kunde mäta signifikanta minskningar i upplevelse av ångest och depression efter fyra månader integrerad intensiv KBT-behandling är ytterst viktigt. Reduktion av depressiva symtom och ångest fungerar som skyddande faktorer mot återfall (Baker et al., 2010; May, Hunter, Ferrari, Noel, & Jason, 2015).

De andra utvalda variabler som användes i denna studie för att utvärdera förändringen av psykisk hälsa hos patienter med SUD till följd av behandling, var självkänsla, hopp och hopplöshet. Självkänslan har avgörande betydelse för individens upplevelse av att kunna hantera livet utmaningar (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Den globala självkänslan kan fördelas på två dimensioner: självkompetens och självuppskattning. Självkompetens handlar om individen kan förlita på sin egen förmåga att kunna uppnå önskade utfall genom att använda viljan (Tafarodi & Swann, 1995). Självuppskattning är individens upplevelse av om han eller hon är en bra eller dålig person i ett socialt sammanhang (Tafarodi & Swann, 1995). Den globala självkänslan liksom dess två dimensioner visade i den aktuella studien signifikant förbättring efter integrerad intensiv KBT-behandling. Genom att få bättre självkänsla (självuppskattning och självkompetens) kan man möta livets olika utmaningar och

ha bättre copingstrategier än tidigare. Betydelsen av ökning av upplevelse av självkänslan för att förebygga återfall i missbruk är ovärderlig (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Självkänsla - och känslor i största allmänhet – är beroende av individens upplevelse av hopp (Snyder et al. 1991). Med en hoppfull inställning kan individen sätta upp nya mål och en sådan inställning underlättar också möjligheterna att uppnå målen (Snyder, 2000). Som en följd av uppnådda mål ökar upplevelsen av hopp och samtidigt av stärks självkänslan. Känsla av hopp, är också en indikator av psykisk välbefinnande, en viktig komponent i den positiva psykologin (Seligman, 2002). I denna gren av psykologin vilar fokus på individens styrka och tillgångar med förutsättningen att dessa skapar ett skydd och reglerar inverkan av stressfulla livshändelser som oundvikligen följer i livet (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Konceptet hopp kan också delas i två dimensioner: ”agency” och ”pathway” (Snyder et al. 1991). Snyder och kollegor (1991) definierar ”agency” som tilltron på att kunna omsätta sina beslut i verk och ”pathway” som vägfinnande tänkande. ”Agency” har visat sig var den enda medverkande faktorn i hopp som är av praktisk signifikans. Inom beroendevårdsbehandling är det av vikt att höja patienternas hoppfulla inställning inför framtiden men även deras självkänsla. Genom att gör detta arbetar behandlare med en förstärkning av personens ”agency” som direkt ökar patientens självkänsla. Dessa samverkande komponenter så som självkänsla, självkompetens, självvupsfattning, hopp, ”agency” och ”patway” förstärker varandra i förlängningen (Snyder, 2002). Ökning av samtliga hälsokomponenter som nämnds sist kunde mätas i studien efter slutförd KBT öppenvårdsbehandling. Att SUD patienter efter denna specifika behandling fick högre upplevelse av hopp, signalerar en förbättring av problemlösningsförmågan, samt tron på egen förmåga, vilket indikerar starkare hanteringsförmåga vid framtida utmaningar och påfrestelser som skulle kunna leda till återfall. Hos individen samtidigt uppmätta förhöjda nivåer av hopp och självkänsla kunde kopplas till en signifikant minskat upplevelse av hopplöshet. Minskningen i hopplöshet är ett viktigt resultat eftersom hopplöshetskänslan ofta samvarierar med depression och självskada/suicidal beteende (Beck, Weissman & Trexler, 1974).

Vad gäller studiens andra syfte var det lite förvånande att det i stort inte förekom några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor vilket kan betraktas som en ny information, eftersom forskning inom beroendevård har efterfrågat mer kunskap om eventuella könsspecifika effekter och eventuell utveckling av könsspecifika behandlingar. Den föreliggande studien visade

att även i blandad grupp (grupp som inkluderade samtidigt män och kvinnor) fick båda könen lika stora effekt av behandlingen.

Den enda signifikant skillnad som kunde mätas mellan könen var i avseende på depression där kvinnorna hade högre poäng på BDI jämfört med männen både före och efter gruppbehandlingen. Tidigare internationella och nationella publikationer har visat att psykiatriska samsjukligheter är högre och allvarigare bland kvinnor med missbruk problematik (Europeisk narkotikarapport, 2014; Folkhälsoinstitutet, 2010; UNODC, 2015). I enighet med detta, kvinnorna i den föreliggande studien rapporterade fler depressiva även fler (dock inte signifikant) ångest symptom än män. Samtidigt visade den aktuella studien vid inskrivningstillfället, enligt tidigare validerade gränsvärden (Rosenberg, 1965; Rosenberg, 1989) männen hade låg självkänsla och kvinnorna hade även lägre självkänsla, men vid utskrivningen rapporterade båda könen normal självkänsla. Därmed var det en kliniskt större förändring hos kvinnorna men skillnaden nådde inte den statistiska signifikansnivån. En möjlig förklaring för den lägre självkänslan som kvinnor rapporterade vid inskrivningen kan vara den tidigare beskrivna faktorn att kvinnor med missbruk har mindre socialt stöd och större psykisk sjuklighet (Folkhälsoinstitutet, 2010).

En intressant observation var att i studiepopulationen var kvinnor yngre (dock inte signifikant) än män, vilket var oväntat eftersom tidigare mätningar visar att kvinnor generellt söker hjälp senare i livet (Folkhälsoinstitutet, 2010). Könsfördelningen i studiepopulationen var jämn (15 kvinnor och 14 män) vilket kan vara ett lokalt fenomen eller en ny vårdsökande tendens hos kvinnor som i så fall kan tolkas väldigt positivt. Nationella och internationella utredningar visar nämligen att ca tre gånger fler män än kvinnor söker och får behandling för substansrelaterade problem (SOU, 2011; UNODC, 2015).

Det hade varit önskvärt att ha större studiepopulation i den aktuella studien och den begränsningen kunde inte överkommas på grund av tidsaspekten samt verksamhetens kapacitet. En annan begränsning är den subjektiva självrapportering av olika upplevelser som ligger till grund för studien. Men dessa brister är överkomliga mot bakgrund av att den aktuella studien tycks vara den första i Sverige som utvärderar en KBT-baserad integrerad intensiv öppenvårdsbehandling inom beroendevården. Även om verksamheten är unik i sitt slag är den troligen inte den enda i Sverige. Anledningen att det saknas studier av detta slag kan bero på brist på resurser för att samla utvärderingsdata i liknande kliniska verksamheter. Den kliniska

verksamheten erbjöd en fantastisk möjlighet att observera och följa patienterna under fyra månader i en klinisk vardag utan att behöva modifiera eller konstruera ett fiktivt experiment. Även den jämnt fördelade könsfördelningen var en av studiens styrkor, då inget av könen var under- eller överrepresenterad.

Studiens resultat visar att alla utfallsmått förändrades i önskad riktning hos SUD-patienter, vilket indikerar att den integrerade intensiva KBT behandlingen ger positiva effekter hos båda könen. Detta är i enlighet med tidigare forskning (Baker et al., 2010; Mueser 2003). Även om det finns mer och mer evidens om nya effektiva behandlings-metoder, följer beroendevården idag fortfarande i stor utsträckning gamla metoder (Mueser 2003). Att denna nyare evidens inte har hunnit etablera sig inom praktiken kan möjligen förklaras med att psykiatri- och missbruksbehandling har länge varit skilda, även organisatoriskt, från varandra. Missbruksbehandlingen bör etablera de nya evidensbaserade metoderna, och vidare forskning behövs som fokuserar på att fortsätta arbetet med att utvärdera den integrerade intensiva behandlingsformen inom öppenvården.

### Referenser

- Alborn, S.E. (2012). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. In Fahlke, C. (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. (244-288). Malmö: Liber AB.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: Short-term outcome. *Addiction*, *105*, 87-99.
- Bannink, F. (2012). *Practicing positive CBT: From reducing distress to building success*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, *4*(1), 1-44.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Backer, J. B., & Hu, M., (2008). Sex differences in drug abuse, *Frontiers in Neuroendocrinology*, *29*(1), 36-47.
- Brady, K. T., & Randall, C. L., (1999). Gender differences in substance use disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, *22*, 241-252.
- Cully, J. A., Teten, A. L., (2008). A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. *Department of Veterans Affairs, South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC)*. Hämtad 10 november, 2016, från: [http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists\\_guide\\_to\\_brief\\_cbtmanual.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf)
- Darke, S., Mattick, R. P., and Degenhardt, L. (2003). The ratio of non-fatal to fatal overdose, *Addiction*, *98*(8), 1169-1170.
- Darke, S., Ross, J., & Hall, W. (1996). Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose, *Addiction*, *91*, 405-411.

- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Mills, K. L., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: findings from the Australian Treatment Outcome Study, *Journal of Urban Health*, 84, 283- 291.
- Dom, G., & Moggi, F. (2015). *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective*, Heidelberg: Springer
- Europeisk narkotikarapport, Trender och utveckling (2014). (EMCDDA publication). Hämtad 21 oktober, 2016, från <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001SVN.pdf>
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In: M. B. Sperling, & W.H. Berman *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, 128-151, New York, Guilford Press
- Gray, A.J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services, *Alcohol Research and Health*, 29, 55-62.
- Greenfield, F. S., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Carla A. Green, C, A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Mieleh, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature, *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1-21.
- Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 327-343.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson K. G., (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experimental approach to behavior change*. New York, Guilford Press
- Karbakhsh, M., & Salehian Zandi, N. (2007). Acute opiate overdose in Tehran: the forgotten role of opium, *Addictive Behaviors*, 32(9), 1835-1842.
- May, E., Hunter, B. A., Ferrari, J., Noel, N. & Jason, L. A. (2015). Hope and abstinence self-efficacy: Positive predictors of negative affect in substance abuse recovery. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 695-700.
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Substance abuse intensive outpatient programs: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*. 65(6), 718-726.

- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., and Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, Guilford Press
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2010). Women in drug treatment: what the latest figures reveal. National Treatment Agency for Substance Misuse, London. Hämtad 16.10.09 från:  
<http://www.nta.nhs.uk/uploads/ntawomenintreatment22march2010.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. (rev. ed.). Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 141-156.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon and Schuster.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Socialstyrelsen (2005). *Den rättspsykiatriska vården. Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005*, Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 9 oktober, 2016, från  
[https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81\\_200912681.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf)
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*, Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 21 september, 2016, från  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>
- Statens offentliga utredningar 2011:6 (2011), Missbruket, kunskapen, vården : missbruksutredningens forskningsbilaga : delbetänkande av. Stockholm : Fritzes. Hämtad

23 oktober, 2016, från

<http://www.regeringen.se/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>

Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J., Kidd, T., & Treacy, S. (2003). Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: Results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS), *Drug and Alcohol Review*, 22(1), 35-41.

Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322–342.

Tokar, A., & Andreeva, T. (2012). Estimate of the extent of opiate overdose in Ukraine, *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*, 2(3), 57-58

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research, *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138.

United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2015* (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6). United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.  
Hämtad 14 september, 2016, från

[https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned. United Nations publication, Sales No. E.04.XI.24. Vienna, Austria: UN.

Hämtad 10 oktober, 2016, från: [https://www.unodc.org/pdf/report\\_2004-08-30\\_1.pdf](https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf)

Van Etten, M. L., & Anthony, J. C. (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status, *Journal of Women Health and Gender Based Medicine*, 10(8), 797-804.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 9 september, 2016, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Warner-Smith, M., Darke, S., & Day, C. (2002). Morbidity associated with non-fatal heroin overdose. *Addiction*, 97, 963–967.

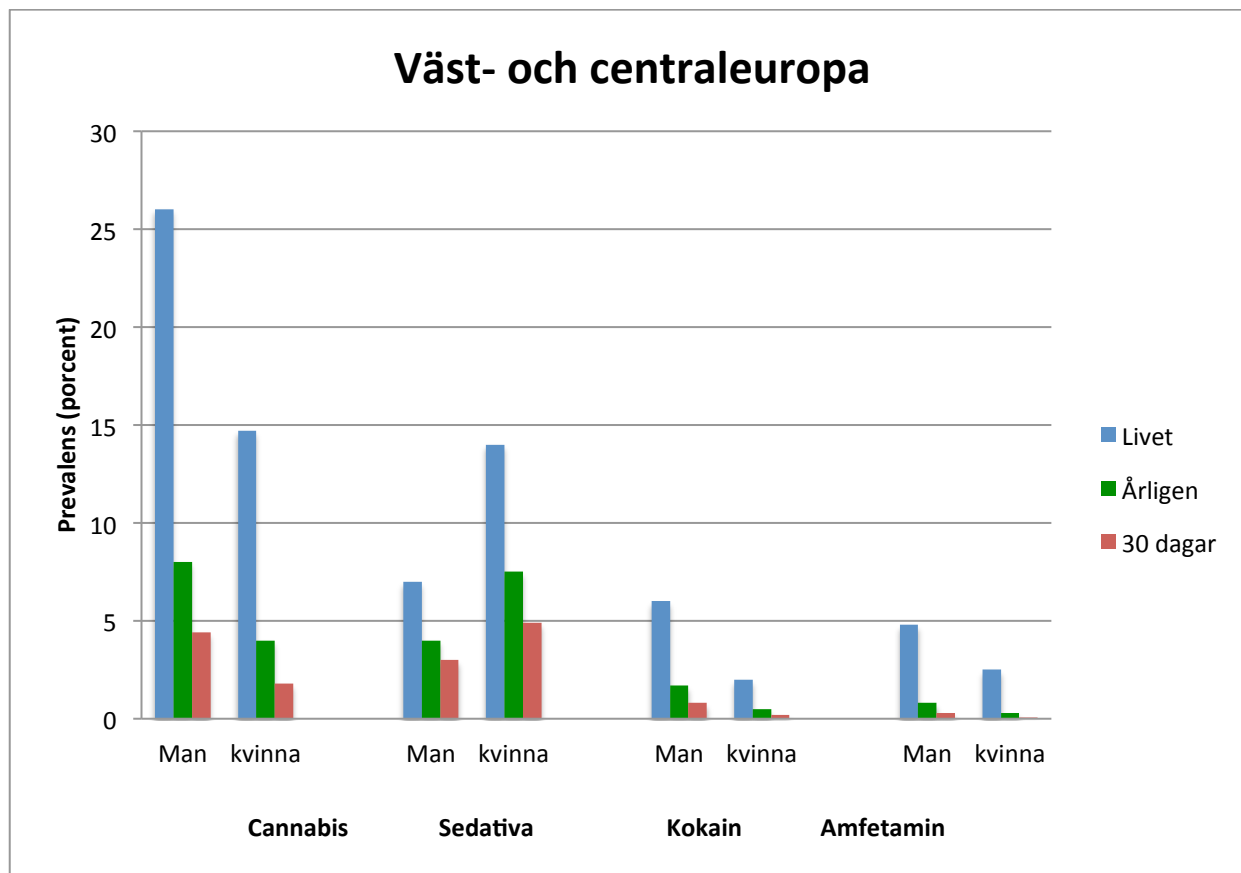
World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.



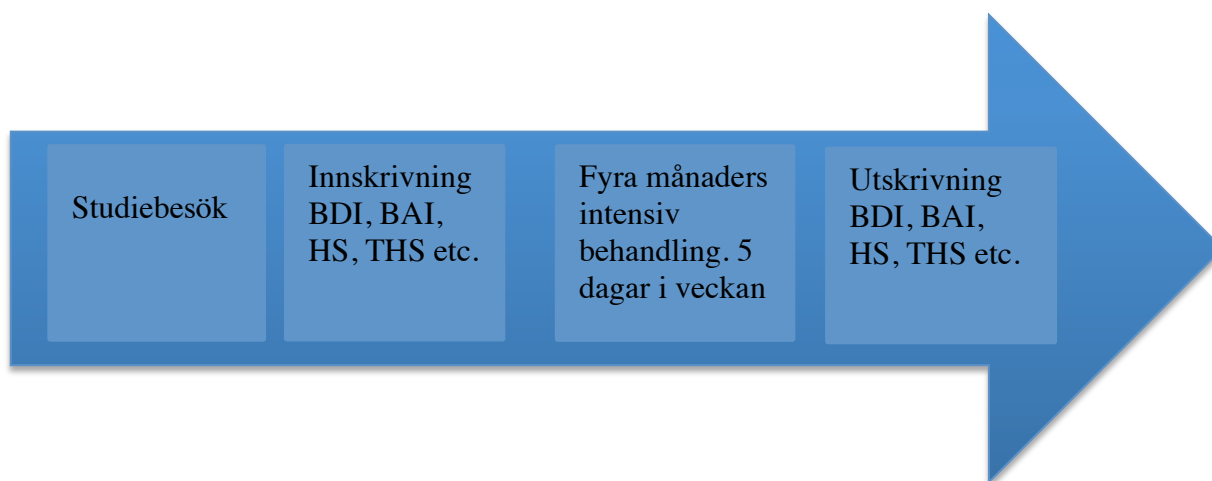
World Health Organisation. (2005). Promoting Mental Health. World Health Organization:  
Geneva. Hämtad 9 oktober, 2016, från  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)

Tabell 1. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) i avseende på beroendevariablerna före (1) respektive efter (2) behandling fördelat på kön (Män, Kvinnor) samt för alla deltagare (Alla).

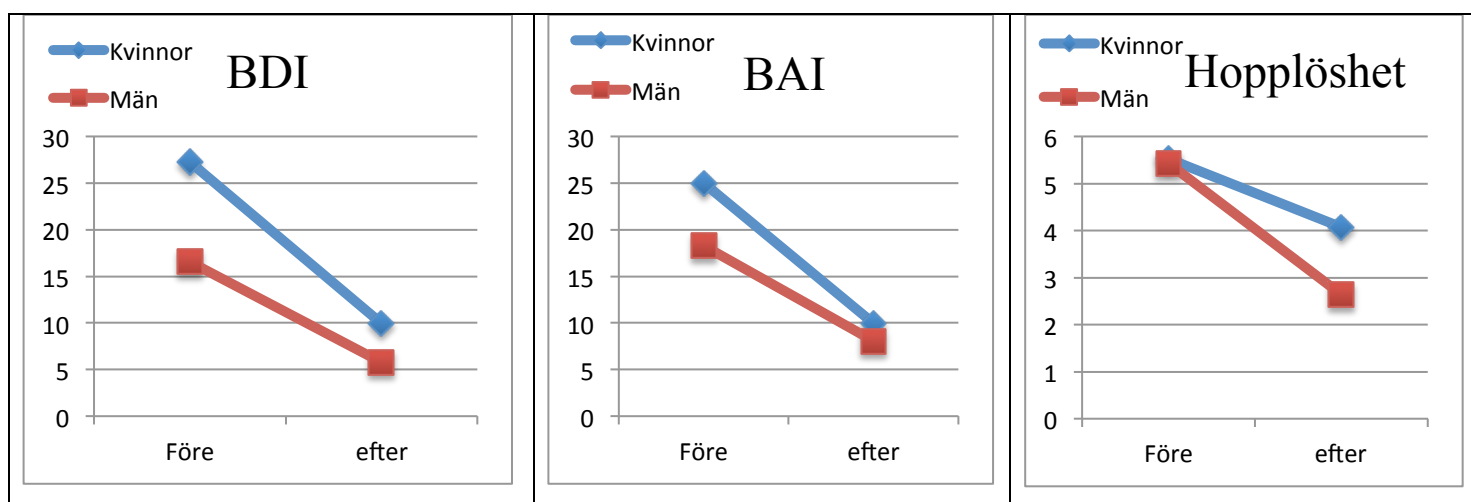
|       | Kvinnor ( $n = 15$ ) |           | Män ( $n = 14$ ) |           | Alla ( $N = 29$ ) |           |
|-------|----------------------|-----------|------------------|-----------|-------------------|-----------|
|       | <i>M</i>             | <i>SD</i> | <i>M</i>         | <i>SD</i> | <i>M</i>          | <i>SD</i> |
| RSE 1 | 12.27                | 5.11      | 14.07            | 7.60      | 13.14             | 6.38      |
| RSE 2 | 20.60                | 6.52      | 21.00            | 5.29      | 20.79             | 5.86      |
| THS 1 | 41.27                | 11.59     | 42.86            | 9.51      | 42.03             | 10.48     |
| THS 2 | 52.00                | 9.06      | 52.43            | 5.58      | 52.21             | 7.45      |
| BDI 1 | 27.27                | 10.26     | 16.57            | 12.49     | 22.10             | 12.44     |
| BDI 2 | 9.93                 | 8.33      | 5.79             | 2.91      | 7.93              | 6.56      |
| BAI 1 | 25.00                | 8.16      | 18.29            | 11.78     | 21.76             | 10.46     |
| BAI 2 | 8.80                 | 5.54      | 8.07             | 6.12      | 8.45              | 5.74      |
| HS 1  | 5.53                 | 2.95      | 5.43             | 4.78      | 5.48              | 3.87      |
| HS 2  | 4.07                 | 3.75      | 2.64             | 2.24      | 3.38              | 3.14      |



Figur 1. Könsskillnader i val av olika droger



Figur 2. Behandlingsprocessens samt datainsamlingens olika faser



Figur 3. Könsskillnader i upplevelse av depression, ångest och hopplöshet