

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom

Kommentarer från en expertgrupp

2009-06-05

Siv Boalt Boëthius

Professor em., leg psykolog, leg psykoterapeut
Stockholms universitet

Gunnar Bohman

Univ. lektor, leg psykolog, leg psykoterapeut
Stockholms universitet

Gunnar Carlberg

Docent, leg psykolog, leg psykoterapeut
Ericastiftelsen, Stockholm

Stephan Hau,

Docent, leg psykolog, leg psykoterapeut
Linköpings universitet

Björn Philips

Fil. Dr. leg psykolog
Karolinska Institutet, Stockholm

Christer Sandahl

Professor, leg psykolog, leg psykoterapeut
Karolinska Institutet, Stockholm

Johan Schubert

Professor, leg läkare, leg psykoterapeut
Karolinska Institutet, Stockholm

Bo Sigrell

Professor em., leg psykolog, leg psykoterapeut
Stockholms universitet

Andrzej Werbart

Docent, leg psykolog, leg psykoterapeut
Karolinska Institutet, Stockholm

Alexander Wilczek

Med. Dr. leg läkare, leg psykoterapeut
Karolinska Institutet, Stockholm

Marie-Louise Ögren

Docent, leg psykolog, leg psykoterapeut
Stockholms universitet

Genom:

Gunnar Bohman
Psykologiska institutionen
Stockholms universitet
Stockholm

e-mail: gbn@psychology.su.se
Tel. 08/162010, 0709-600406

Bakgrund

Socialstyrelsen har nyligen utfärdat preliminära rekommendationer för behandling vid depression och ångest (Socialstyrelsens riktlinjer, **SR**, Socialstyrelsen 2009a; Vetenskapligt underlag för Socialstyrelsens riktlinjer, **VSR**, Socialstyrelsen 2009b)

Eftersom vårdbehovet är stort är det angeläget att lyfta fram den samlade kunskapen om utfall av psykoterapi för dessa patientgrupper. Kunskapsområdet har en tvärvetenskaplig prägel, vilket ställer krav på en bred och kvalificerad behandlingsöversikt.

Med anledning av att Socialstyrelsen önskat kommentarer och förslag till komplettering av SR/VSR har vi, forskare inom kunskapsområdet (klinisk psykologi, psykiatri och psykoterapi), granskat SR och VSR avseende dess vetenskaplighet och empiriska förankring. Därvid har vi använt etablerade principer för behandlingsöversikter av psykiatrisk och psykologisk behandling. Vi har också redovisat de mest etablerade empiriska resultaten från aktuell behandlingsforskning. Slutligen har vi granskat givna rekommendationer ur ett bredare konsekvensperspektiv.

Principer för kunskapsöversikter

Psykologisk behandling vid depression och ångest är ett komplext och mångfasetterat område. Olika traditioner har utvecklats parallellt. Tre kunskapsområden kan sägas vara särskilt framträdande: en med tyngdpunkt i biologiska förklaringar, en inlärningsteoretisk med stark akademisk förankring och en psykodynamisk som snarare har sina rötter i klinisk psykiatrisk praktik. Var och en av dessa har olika teoretisk grund, empiri och klinik. Det torde emellertid stå helt klart att synsätten i klinisk praxis är mer kompletterande än konkurrerande, vilket visat sig vara både teoretiskt välmotiverat och empiriskt framgångsrikt (Lambert, 2004).

En grundförutsättning för att åstadkomma vetenskapligt baserade rekommendationer inom ett behandlingsområde är att all relevant kunskap beaktas. Därmed krävs en samlad bild av kvalitén på och omfattningen av teoriutveckling, teoretisk förankring, empiriskt stöd samt klinisk erfarenhet/utprovning, inom var och en av de tre kunskapstraditionerna.

Inom behandlingsforskning i allmänhet, och inom psykodynamisk och kognitiv beteendeterapeutisk forskning i synnerhet, finns sedan lång tid tillbaka en väletablerad och omfattande effekt- och processforskning. En rad forskningsöversikter beskriver det samlade resultatet och påvisar därmed empiriskt stöd (evidens) för olika aspekter av tillämpad behandling (Lambert, 2004; Connolly-Gibbons, Crits-Christoph & Hearon, 2008; Philips & Holmqvist, 2008; Leichsenring, 2009). Man kan även urskilja en tydlig utveckling mot alltmer sofistikerade metoder och kriterier för forskningsvärdering. Ett dilemma i psykoterapiforskningen har varit svårigheten att nå hög intern och extern validitet samtidigt i kontrollerade studier. Behovet att lösa detta problem och att göra forskningen kliniskt relevant har varit styrande för denna senare utveckling.

EST

Under 1990-talet influerades psykoterapeutisk effektforskning av den modell som utarbetades för effektmätning av främst läkemedelsbehandling, s.k. evidence-based medicine (EBM).

Inom APA (American Psychological Association) tillsattes 1993 en arbetsgrupp för att i linje med modellen EBM formulera effektkriterier för psykoterapi, s.k. *empirically supported treatments* (EST; Chambless & Hollon, 1998).

Denna arbetsgrupp valde att definiera EST utifrån likartade kriterier som för EBM: visad effekt (efficacy) i form av symtomreduktion i minst två oberoende RCT (randomiserade-kontrollerade experimentella studier) vid manualiserad och tidsbestämd behandling av en homogen diagnosgrupp. Det blev dock snart uppenbart att dessa kriterier hade stora begränsningar för att identifiera effektiva och verksamma psykoterapimetoder i klinisk praxis. Skälen till detta var flera:

1. Det finns en risk att kraven på studiers egenskaper sammanblandas med egenskaperna hos den studerade behandlingen. Standardiserade, experimentellt utvecklade behandlingsmetoder gynnas i allmänhet av studier med en design som liknar dem som används just i experimentell forskning, varvid evidens lätt kan påvisas (i efficacy-studier). Kliniskt utprovade terapimetoder som tillämpas i en komplex och variationsrik kontext låter sig svårligen inordnas (även om det vore önskvärt) i experimentell design. Ett vanligt problem är t.ex. hur man ska förhålla sig till kontrollgruppen, som av etiska skäl sällan kan lämnas obehandlad. Det vore olyckligt om man i det ännu mycket osäkra forskningsläget drog slutsatsen att metoderna i sig skulle "sakna evidens" eller "sakna vetenskapligt stöd" på grund av att man ännu inte har lyckats lösa den forskningsmetodologiska problematiken. Detta motsägs naturligtvis också av det faktum att kliniskt utprovad psykodynamisk behandling i upprepade effektstudier (effectiveness-studier) visat imponerande resultat (varaktig symtomreduktion och ökad adaptiv kapacitet hos verkliga patienter) medan resultaten från de förra ofta varit kortsiktiga och mediokra då de generaliserats till klinisk praxis, (Lambert, 1992; Wampold, 2001; Westen & Morrison, 2001; Norcross & Lambert, 2006; Levy & Ablon, 2009). I strikt mening kan resultaten från efficacy studier bara generaliseras till en kontext som är exakt lik den där studien genomfördes, ett faktum som ofta förbises. Begränsningen med att tillämpa snäva kriterier i enlighet med EST för att påvisa evidens för psykiatrisk och psykoterapeutisk behandling visade sig alltså vara att hög intern validitet uppnåddes på bekostnad av låg extern validitet/generaliserbarhet (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004; Rothwell, 2005).

2. Patienter är sällan homogena med avseende på diagnos. Forskningsresultat rörande små diagnostiskt avgränsade patientgrupper kan därför inte generaliseras, varken till större diagnosgrupper eller till de patienter man möter i den kliniska vardagen som inte sällan uppvisar omfattande komorbiditet, (Lambert, 2004). Förutom att flera psykiatriska diagnoser ofta förekommer samtidigt (eller avlöser varandra), förbises ofta en bakomliggande personlighetsstörning, särskilt i klinisk praxis. Dessutom visar forskning att patienter är olika, avseende en rad för behandlingen betydelsefulla egenskaper, såsom funktionell förmåga och anknytningsmönster, där skilda behandlingar kan antas passa olika patienter olika väl (Beutler, Harwood, Alimohamed & Malik, 2002).

3. Aktuell psykoterapiforskning har påvisat ytterligare en avgörande begränsning med EST och antagandet att en viss behandlingsmetod eller teknik generellt kan prioriteras för en viss psykiatrisk patientkategori. I en rad studier och metastudier där man har jämfört olika psykoterapimetoder har man fått lika goda resultat av de olika modellerna för behandling. Utfallet av psykoterapi, oavsett metod eller skolbildning, har en avsevärd gemensam varians, som förefaller att ha sitt ursprung i terapeutiska interventioner och förhållningssätt som inte är metods specifika utan återfinns i större eller mindre utsträckning i all terapi (Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004;). Resultat med denna innebörd har nyligen publicerats i en omfattande översikt (Cuijpers, van Staten, Oppen & Andersson, 2008).

Dessa begränsningar med EST resulterade i att man från olika håll kom att efterlysa mer kliniskt relevanta effektkriterier som hade större mening för patienter och vårdfinansiärer. Exempelvis efterlyste USA:s National Institute for Mental Health fler naturalistiska studier vid behandlingsforskning (Krupnick et al., 1996).

EBPP

Resultatet av denna kritik, tillsammans med resultaten från senare års psykoterapiforskning, fick till följd att APA 2005 tillsatte en arbetsgrupp för att utveckla nya kriterier, benämnd Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP; American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice) (Levant, et al., 2006). I en anda av att stärka kliniskt relevant forskning inkluderades både efficacy-studier (RCT) och effectiveness-studier (naturalistiska studier). Avsikten var att uppnå bästa möjliga forskningsevidens med både intern och extern validitet. Dessutom vidgades kriterierna till att inkludera både homogena och heterogena diagnosgrupper samt behandling med flexibla patientanpassade metoder och behandlingslängder. Man underströk att evidens alltid innebär att patientens behov och preferenser vägs in i valet mellan flera, var för sig vetenskapligt förankrade, behandlingsmetoder.

GRADE

Denna utveckling inom internationell forskningsvärdering har också fått inflytande på SBU:s arbete. SBU har nyligen omvärderat sitt tidigare system, och istället inlett en övergång till ett internationellt värderingssystem, s.k. GRADE-system, med vidgade kriterier som involverar observationsstudier. SBU motiverar detta med:

I det befintliga graderingssystemet blir studiedesignen ofta avgörande vid värderingen av studiekvaliten. Randomiserade studier får en avgörande betydelse för slutsatserna, medan andra typer av studier eller bevis kanske inte beaktas i tillräcklig utsträckning. Detta kan vara begränsande i utvärderingen av en metod. I en del situationer kan det vara omöjligt att göra randomiserade försök. I andra fall kan sådana studier helt saknas, av olika skäl. Det är därför viktigt att ha möjlighet att bedöma bästa befintliga underlag baserat även på andra typer av studier, till exempel observationsstudier, och ta reda på ifall underlaget är tillräckligt för att dra någon slutsats. (SBU:s hemsida, 090515, Evidensbedömning GRADE)

SR/VSR

Vad vi har kunnat finna bygger SR/VSR i allt väsentligt på SBU:s äldre urvalskriterier från 2004 respektive 2005 (SBU, 2004; SBU, 2005). SR/VSR utgår från ett antal angivna s.k. tillstånds- och åtgärdspar (320 st). För varje sådant par har sedan ”vetenskapligt meriterade experter gått igenom det vetenskapliga stödet för åtgärdens effekt och summerat kunskapen genom evidensgraderade slutsatser” (SRV, s. 3). Det har inte gått att värdera SR/VSR sammanställning närmare då metod för urval och värdering (val av åtgärdspar, databaser, urvalskriterier, värderingskriterier, värderingsmetod, slutsatsbedömning etc) inte redovisats, annat än mycket schematiskt (SR, s. 63-64, samt i bilaga 6: *Metod för arbetet med Nationella riktlinjer*).

Principen, att utifrån ett antal publicerade studier söka binda samman viss metod med viss diagnos, och därifrån generalisera till ett komplext kliniskt sammanhang, är diskutabel. Förutom de invändningar som refererats ovan (angående grad av relevans och validitet i funna studier, grad av komorbiditet hos psykiatriska patienter, grad av komplexitet i varje behandlingssituation) har kritik framförts av flera forskare inom området (Lambert & Ogles, 2004; Fonagy, Roth & Higgitt, 2005; Kazdin, 2008; Miller, et al., 2008).

I välrenommerade forskningsöversikter, som *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004), tar man tydligt avstånd från idén att, för viss angiven diagnos, söka ”lista behandlingsmetoder” som (utifrån forskningsresultat) skulle vara mer lämpliga än andra:

The current interest in generating lists of ”empirically supported” therapies for specific disorders is controversial and misguided. To advocate empirically supported therapies as preferable or superior to other treatments would be premature. Not only is this endeavour impractical, but research support is lacking. Advocacy at this level is not supported by past or current research evidence. (s.180, Lambert & Ogles, 2004)

Utvecklingen inom kunskapsområdet har på grund av goda skäl lämnat frågan: ”vilken psykologisk behandling eller terapimetod som är bäst” för att istället utforska *hur* olika terapier har effekt och *vilka* mekanismer som bidrar till förändring (Philips & Holmqvist, 2008). Faran med att utan reflektion betrakta *patienter*, *behandlingsmetoder* och *behandlingsutfall* som homogena enheter, (”*the uniformity myth*”), har sedan länge påtalats (Kieser, 1995). Inom forskningen ser man det inte längre som meningsfullt att söka anpassa patienter till en viss standardiserad teknik utan istället söka kunskap kring hur behandling på ett flexibelt sätt kan tillmötesgå varje specifik patients egna karaktäristika och behov (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005; Jiménez, 2007; Kazdin, 2008). Förutsättningen för detta är självfallet ett väl fastställt och med god validitet visat empiriskt stöd för ett flertal olika behandlingsalternativ.

Forskningsresultat

Psykotterapi, i dess olika former (psykodynamisk, kognitiv beteendeterapeutisk, systemisk, gruppterapi m.fl.), tillhör ett väl utforskat område inom psykiatrin. Få behandlingsmetoder torde kunna uppvisa en så omfattande forskning och ett så stort vetenskapligt stöd med avseende på bredd och djup. Behandlingsformernas generella effekter liksom betydelsen av skilda egenskaper hos patient (patientvariabler), terapeut (terapeutvariabler) och behandling (processvariabler) studeras numera med alltmer sofistikerad metodik. Resultatet från denna forskning kan i korthet sammanfattas i följande punkter avseende senaste rön:

Kraftfull effekt av psykotterapi

Den samlade forskningen visar att psykotterapi är en av de mest effektiva behandlingsformerna med en robust och varaktig effektstorlek (ES: 0,6-0,8), väl i linje med de mest effektiva somatiska behandlingarna (Lambert, 2004). Resultatet gäller för psykotterapi generellt, där effekten av behandling jämförts med obehandlade patienter.

Olika etablerade psykotterapi metoder är lika effektiva

Vid jämförelser mellan olika psykotterapiers effekt har man i upprepade studier och metastudier funnit att etablerade och utprovade terapier, som psykodynamisk terapi, interpersonell terapi, kognitiv beteendeterapi, gruppterapi m.fl. visat sig vara lika effektiva (Luborsky, 1975, 1995; Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, et al., 2002; Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004). Samma resultat har nyligen påvisats, i en omfattande översikt baserad på 53 RCT (2 757 patienter) vid depression hos vuxna, där sju olika typer av etablerade psykotterapi metoder visade lika stor effekt vid jämförelse (Cuijpers, van Staten, Oppen & Andersson, 2008).

Evidens för psykodynamisk terapi vid olika psykiatriska diagnoser

I en aktuell genomgång av psykodynamisk terapi (Short Term Psychodynamic Psychotherapy, STPP och Long Term Psychodynamic Psychotherapy, LTPP) presenteras 31 RCT (2 433 patienter), som ger psykodynamisk terapi empirisk evidens vid en rad olika psykiatriska diagnoser. Evidens har påvisats för depression (5 RCT) och ångestsyndrom (5 RCT) samt för psykosomatiskt syndrom, anorexia nervosa, bulimia nervosa, borderline personlighetsstörning, cluster C personlighetsstörning och missbruksproblematik. Resultaten visar att psykodynamisk terapi (STPP och LTPP) ger signifikanta och goda effekter på specifika problem vid avslutad terapi och förbättras ytterligare vid uppföljning. Översikten är baserad på stränga inklusionskriterier enligt Chambless & Hollon (1998). Av de 31 studierna var 17 publicerade efter år 2000 (Leichsenring, 2009).

I en annan aktuell metaanalys av studier publicerade mellan 1996 och 2006 avseende STPP fann forskarna ytterligare 10 studier (853 patienter), utöver studier ingående i Leichsenring's metastudie från 2009, som visade ett vetenskapligt stöd för STPP:s effekter vid depression (3 RCT och 3 open trials) och vid ångestsyndrom (1 RCT och 3 open trials). Översikten är baserad på stränga inklusionskriterier enligt Roth & Fonagy (1996), 8 av de 10 studierna är publicerade efter år 2002 (Lewis, Dennerstein & Gibbs, 2008).

Psykodynamisk terapi är särskilt effektiv vid svårare problematik

För en av de största och mest vårdkrävande patientgrupperna, komplex problematik med personlighetsstörning och komplexa, kroniska tillstånd med depressiva och/eller ångestsyndrom, har flera studier visat att olika former av psykodynamisk terapi (STPP och LTPP) är påfallande effektiva. I en aktuell metaanalys av undersökningar publicerade mellan 1960 och 2008 avseende psykodynamisk långtidsterapi (LTPP) vid svårare problematik identifierades 18 studier (1 005 patienter), 6 RCT och 12 observationsstudier (utöver studier ingående i Leichsenring's metastudie från 2009).

Översikten visar en övertygande evidens för längre psykodynamisk terapi vid behandling av både komplex problematik/ personlighetsstörning (11 studier) och svårare depressiva och/eller ångestsyndrom (7 studier). Effektstorleken var påfallande hög i jämförelse med annan behandling. Översikten var baserad på stränga inklusionskriterier, flertalet av studierna var manualiserade och 10 av 18 publicerades efter år 2004 (Leichsenring & Rabung 2008).

Evidens för psykodynamisk terapi vid behandling av barn och ungdomar

Effektstorleken vid barn- och ungdomspsykoterapi ligger runt 0.7, vilket är jämförbart med effekten vid psykoterapi med vuxna (Kazdin, 2004). I studier, där olika psykoterapimetoder för barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom direkt jämförts, har inga skillnader i effekt framkommit (Spielmanns, Pasek & McFall, in press). Detta resultat bekräftas i en nyligen genomförd forskningsöversikt av studier mellan 1980 och 2005 avseende olika psykoterapimetoder för olika diagnoser hos barn och ungdomar (Miller, et al., 2008). När resultaten korrigerades för *allegiancy* (d.v.s. forskarens egen anknytning/lojalitet till studerad psykoterapiinriktning) fann man inga skillnader i behandlingsresultat mellan de ingående terapimetoderna.

Översikten sammanfattas med:

...currents attempts aimed at identifying and codifying a list of best practices for treatment of children and adolescents can at best be viewed as premature and at worst misleading. At a minimum, much more research comparing two or more bona fide treatments needs to be done before professional organizations, payers, and regulators deem specific approaches as "best" .(Miller, et al., 2008, s.12).

Ett problem med undersökningar av psykoterapi med barn och ungdomar är att man ofta generaliserar gruppen som om den vore enhetlig. Studier som redovisas rör huvudsakligen barn som är 7 år och uppåt eller ungdomar. I den kliniska verkligheten möter behandlaren också barn som är betydligt yngre. Behandling av barn måste alltid anpassas efter barnets ålder, mognad och problem, liksom till faktorer omkring barnet. Obehandlad kontrollgrupp kan av etiska skäl i allmänhet inte tillämpas, varför observationsstudier dominerar forskningsområdet.

Flera studier har påvisat god effekt av psykodynamisk terapi vid depression hos barn och ungdomar (Fonagy and Target, 1996; Horn, et al., 2005; Trowell, et al., 2007) liksom vid ångeststörningar (Target & Fonagy, 1994; Kronmüller et al., 2005). Ytterligare studier visar att goda effekter av psykodynamisk psykoterapi kvarstår och förstärks efter avslutad behandling, vilket tyder på en "sleeper effect" (Muratori, 2002, 2003; Trowell, et al., 2002, 2007). Nya översikter har publicerats gällande både effekt- och processforskning (Kennedy, 2004; Kennedy et al, 2007). I en systematisk genomgång av 32 forskningsrapporter (varav 6 RCT) påvisades goda resultat av psykodynamisk terapi för barn och ungdomar (Kennedy, 2004).

Majoriteten av studierna rörde kliniska grupper snarare än rekryterade försökspersoner och i 20 av studierna hade uppföljningar gjorts med goda resultat. Översikten sammanfattas med att resultaten:

... indicates that there is a small, but growing, body of evidence that suggests that a preliminary assertion can be made that child and adolescent psychotherapy is effective and that the beneficial outcomes for a range of children and young people have been independently verified. (Kennedy, 2004)

Sammanfattning

Till vår förvåning har vi funnit att ingen av de ovan beskrivna metastudierna finns omnämnda i SR/VSR. Dessa studier (Leichsenring, 2009: 31 RCT, 2 433 patienter; Lewis, Dennerstein & Gibbs, 2008: 4 RCT, 6 open trials, 853 patienter; Leichsenring & Rabung, 2008: 6 RCT, 12 open trials, 1 005 patienter; Kennedy et al, 2007: 6 RCT, 26 open trials) omfattar sammantaget 91 originalstudier (varav 47 RCT). Den övervägande delen av studierna är publicerade efter år 2000, med totalt över 5 000 patienter, där signifikanta behandlingseffekter av psykodynamisk terapi påvisats. För en mer detaljerad redovisning, avseende specifika depression- och ångestsyndrom, se Appendix.

SR/VSR refererar enbart till ett fåtal av dessa originalstudier och inte till någon metastudie angående mer komplex problematik eller personlighetsstörningar (trots att dessa patientgrupper dominerar depressions- och ångestpatienterna i psykiatrisk vård) och heller ingen metastudie över direkta jämförelser mellan olika psykoterapimodeller.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att psykodynamisk terapi, utifrån senare års studier och nämnda metastudier, väl uppfyller kraven på empiriskt validerad och evidensbaserad behandling. Aktuell empirisk forskning har också visat att psykodynamisk terapi har varaktig effekt vid olika psykiatriska diagnoser. Behandlingsmetodens inriktning på förändring av patienters specifika strategier och förhållningssätt, bakom olika (ofta flera) former av svårigheter och symptom utgör en påtaglig styrka i klinisk praxis.

Konsekvenser

Psykodynamisk psykoterapi utgör, liksom all annan psykologisk behandling som t.ex. kognitiv beteendeterapi, inte en enhetlig behandlingsmetod, utan består av flera olika inriktningar med en avsevärd variation i synen på teknik. Gemensamt för psykodynamisk behandling är emellertid fokus på de lösningar eller strategier (ibland omedvetna) som patienten utvecklat i relation till omvärlden, ofta i syfte att skydda sig mot överväldigande affektiva upplevelser. Dessa utlöser symptom, relationsproblem och andra psykiska besvär. I samarbetet mellan patient och terapeut (där en god arbetsallians alltid eftersträvas) kan patientens aktuella maladaptiva lösningar eller upprepningsmönster synliggöras och modifieras. I varje behandling ingår både stödjande och medvetandegörande och kognitiva moment avpassade efter den enskilde patientens behov och resurser. Förutom symptomreduktion syftar behandlingen till att patienten ska kunna överge fastlåsta och stereotypa föreställningar om sig själv och andra, få tillgång till och acceptera egna affekter samt adaptivt relatera till andra i aktuella och framtida relationer.

I allmänhet skiljer man mellan två typer av psykodynamisk terapi, korttidsterapi (7-30 sessioner) och långtidsterapi (> 30 sessioner). Under senare år har olika behandlingsmodeller utvecklats, däribland korttidsterapi (Coughlin Della Selva, 2004; McCullough, et al., 2003; Milrod, et al. 2004, 2008), relationell terapi (Safran, 2002; Wachtel, 2008) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT) (Bateman & Fonagy, 2004). Även psykodynamiska korttidsmetoder anpassade för grupp har visat lika goda resultat som dem som uppnåtts i individuell terapi, vilket f.ö. även gäller kognitiv beteendeterapi i grupp (Burlingame et al., 2004).

Kunskap från aktuell psykoterapiforskning och neurovetenskap har även drivit på utvecklingen av diagnostiska modeller. Centralt för dessa är en ökad betoning på patientens personliga resurser och mentala funktion för individuell avpassning av behandlingsmodell och mål (PDM Task Force 2006; Dahlbender, et al., 2006).

Mot bakgrund av ovanstående menar vi att det är nödvändigt med en bred, representativ och oberoende expertgrupp i samband med granskning av forskning, i synnerhet då avsikten är att formulera nationella riktlinjer för behandling. Vi vill understryka att hela forskningsområdet, med dess olika delområden och inriktningar, behöver ges en aktuell och initierad beskrivning.

Syftet med denna rapport är att komplettera SR/VSR avseende forskning och aktuell empiri gällande psykodynamisk terapi vid depression och ångestsyndrom. Vi har fått intrycket att enbart kunskap om biologisk och kognitiv beteendeterapeutisk behandling är representerad i expertgruppen bakom SR/VSR. Kunskap om forskning avseende psykodynamisk psykoterapi tycks inte finnas representerad i denna grupp (Bland de 27 experterna bakom SR/VSR finns enbart 3 legitimerade psykoterapeuter som alla har kognitiv beteendeterapeutisk inriktning).

Rekommendationer

I SR/VSR används olika värderingsprinciper och olika begrepp för forskningsvärdering. För studier som ingår i SBU's översikter från 2004 och 2005 (SBU, 2004; SBU, 2005) används SBU's dåvarande kriterier, beskrivna i termer av *evidensstyrka 1, 2, 3*. För senare studier och studier som utelämnats i SBU's översikter, används andra begrepp och nivåer: *mycket gott, gott, visst vetenskapligt stöd/vetenskapligt underlag* samt *otillräckligt vetenskapligt underlag*.

Vi föreslår att ett enhetligt system tillämpas, med tre definierade nivåer:

- *Gott vetenskapligt underlag*: flera publicerade studier identifierade, både efficacy-studier (RCT) och effectiveness-studier (observationsstudier), där effekt påvisas för angiven behandlingsmetod och tillstånd.
- *Visst vetenskapligt underlag*: minst en publicerad studie identifierad, antingen efficacy-studie (RCT) eller effectiveness-studie (observationsstudie), där effekt påvisas för angiven behandlingsmetod och tillstånd.
- *Otillräckligt vetenskapligt underlag*: Ingen publicerad studie identifierad där effekt påvisas för angiven behandlingsmetod och tillstånd.

Förutom värdet av ett enhetligt system, ser vi flera skäl till att anamma aktuella begreppsdefinitioner. De ger tydligare information om kvalitén i studier och forskning och riskerar inte att sammanblandas med en beskrivning av egenskaper hos behandlingsmetoden. Begrepp som t.ex. *grad av evidensstyrka*, *grad av effekt*, *grad av effektstyrka* etc kan lätt missuppfattas som beskrivningar av styrka eller effekt hos en behandlingsmetod, när de istället avser studiers vetenskapliga kvalitet.

Ett annat skäl är att vi ser SBU's rapporter från 2004, 2005 som *exempel* på forskningsöversikter, vid sidan av andra tillgängliga översikter. Därutöver är SBU's rapporter i huvudsak begränsade till studier publicerade före år 2000, vilket gör att de inte baseras på aktuell forskning inom området.

Ett tredje skäl är att internationell standard för forskningsvärderingar, särskilt avseende psykoterapi och psykologisk behandling, numera inkluderar både efficacy- (RCT) som effectiveness-studier (EBPP; American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Tyska Vetenskapsrådet för Psykoterapi, 2007). Då även SBU numera omfattar dessa kriterier förespråkar vi att detta också skall gälla som standard för SR/SRV, se vidare Appendix nedan.

Vi stödjer Socialstyrelsen i ambitionen att skapa rekommendationer för behandling vid depression - och ångestproblematik och rekommenderar att all behandling ska ske utifrån ett brett och mångsidigt perspektiv, där både patientens behov och preferenser vägs in i valet mellan flera, var för sig vetenskapligt förankrade, behandlingsmetoder. Patientens valfrihet, att välja mellan olika vetenskapligt utprovade behandlingsalternativ, bör garanteras och vara i linje med internationell vårdstandard.

Inom EU pågår ett vetenskapligt samarbete för utveckling av psykoterapi, där både psykodynamiska och kognitiva beteendeterapeutiska behandlingsmodeller ses som likvärdiga och vetenskapligt förankrade metoder. Vi har inte funnit något vetenskapligt stöd, eller något annat skäl, för att Sverige skall avvika från övriga EU i denna ståndpunkt och därmed riskera att stå utanför samarbete och gemensam utveckling.

Vi utgår från att denna översikt av aktuellt forskningsläge inom psykoterapiområdet leder till uppdatering av Socialstyrelsens riktlinjer och kommer till gagn för framtida kvalitet inom psykiatrisk och psykoterapeutisk verksamhet.

Referenser

Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., Kisely, S., (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: Art No CD004687.

Bateman, A & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 145-170). New York: Oxford University Press.

Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57: 607-612.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert, M. J. (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.

Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 7-18.

Connolly-Gibbons, Crits-Christoph & Hearon (2008), The empirical status of psychodynamic therapies, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 4, 93-108.

Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). A controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182: 412-419.

Coughlin Della Selva, P. (2004). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149: 151-158.

Crits-Christoph, P., Wolf-Palacio, D., Ficher, M., & Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In Barber, J. P. & P. Crits-Christoph. (Eds.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. New York: Basic Books.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 76. No. 6, 909-922.

Dahlbender, R. W., Rudolf, G., & OPD Task Force. (2006). Psychic structure and mental functioning: Current research on the reliable measurement and clinical validity of Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) System. In PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. (pp. 615-662). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Fonagy, P. och Target, M. (1994). The efficacy of child psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33:45-55.

Fonagy, P. & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77

Fonagy, P., Roth, A & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69: 1-58.

Fonagy, P. & Target, M. (2005). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In: A. Roth & P. Fonagy. (Eds.), *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 385-424). New York: Guilford Press.

- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., *et al.* (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*, 323: 135–138.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefini, A., Victor, D., Winkelmann, K. & Kronmüller, K-T. (2005). Zur wirksamkeit psychodynamische kurzzeit-psychotherapie bei kindern und jugendlichen mit depression. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 578-597.
- Jiménez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis* 88: 661-679.
- Kazdin, A. E. (2000). Encyclopedia of psychology, Vol 6, New York: American Psychological Association; Oxford University Press, 65-69.
- Kazdin, A.E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M.J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fifth edition, 543-589. New York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63 (3), 146–159.
- Kiesler, D. J. (1995). Research Classic: “Some Myths” of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm: Revisited. *Psychotherapy Research*, 5(2), 91-101.
- Kennedy, E. (2004). *Child and Adolescent psychotherapy: A Systematic Review of Psychoanalytic Approaches*. London: North Central London Strategic Health Authority
- Kennedy, E. & Midgley, N. (2007). *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: A thematic review*. London: North Central London Strategic Health Authority
- Krupnick, J. L., Sotsk, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Ein, I., Watkins, J. & Pilkonis P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 532-539.
- Kronmüller, K-T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Horn, H. & Winkelmann, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 559-577.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, vol. 21, no 5, 401-419.
- Leichsenring, F., Leibing, 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, vol. 160, 1223-1232.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 300, no 13, 1551-1565.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: A review of Efficacy and Effectiveness Studies. In R. A, Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. New York: Humana Press.

- Levy, R. A., Ablon, J. S. (Eds.) (2009). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. New York: Humana Press.
- Lewis, J. L., Dennerstein, M., Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:445-455.
- Levant R. F., et al. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61 (4): 271-285.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "everybody has won so all shall have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Maina, G., Forner, F. & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74: 43-50.
- McCullough, L., Kuhn, A., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C. F. (2003). *Treating affect phobia – a manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford press, New York.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1): 5-14.
- Milrod, B., Busch, F. & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic approaches to the adolescent with panic disorder*. Krieger Publishing Company: Malabar, Florida.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapiro, T. (2008). *Psykyodynamisk behandling vid panikstörning*. Studentlitteratur.
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R. Milone, A. & Patarnello, M. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 71, 28-38.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalising disorders in children. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.
- Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Nordcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In J. C. Nordcross, L. B. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Philips, B., Holmqvist, R. (red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006). *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guildford Press.
- Rothwell, P. (2005). External validity of randomized controlled trials: To whom do the results of this trial apply? *Lancets* 365: 82-92.
- Safran, J. D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 171-196.
- SBU's hemsida. (www.sbu.se)
- SBU. (2004). *Behandling av depressionsjukdomar*. (www.sbu.se)

SBU. (2005). *Behandling av ångestsyndrom*. (www.sbu.se)

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Socialstyrelsen (2009a). *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar, Preliminär version*. (www.socialstyrelsen.se)

(Socialstyrelsen 2009b). *Depressionssjukdom och ångestsyndrom. Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer 2009, Preliminär version*. (www.socialstyrelsen.se)

Spielmann, G., Pasek, L., & McFall, J. (in press). What are the active ingredients in cognitive and behavioural therapy for anxious and depressed children? A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.

Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33:361-371.

Tyska Vetenskapsrådet för Psykoterapi. (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. <http://www.wbpsychotherapie.de/>

Trowell, J. et al. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls, psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*. 180. 234-247.

Trowell, J., Joffe, I., Campell, J. Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J., & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 16:157-167.

Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate, Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68:159-65.

Westen, D., & Morrison, K. (2001) A multi-dimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 875-899.

Western, D., Novotny, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin* 130: 631-663.