

Till
Avdelningen för kunskapsstyrning
Socialstyrelsen

Remissvar avseende Socialstyrelsens Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, Remissversion, 081216.

Psykotericentrum är den terapeutförening som organiserar flest legitimerade psykoterapeuter i Sverige. Legitimation som psykoteraapeut erhålls efter en högskoleutbildning och vidareutbildning på avancerad nivå (psykoterapeutexamen), för främst läkare, psykologer och socionomer. Psykotericentrum har för närvarande cirka 1150 medlemmar. Föreningens medlemmar är en stor resurs inom vården, med omfattande utbildning och erfarenhet.

Vi inkommer härmed med vårt remissvar avseende Socialstyrelsens Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, Remissversion, 081216.

Vi tycker det är glädjande att initiativ tagits till att revidera tidigare riktlinjer och att anpassa dessa till aktuell forskning inom området.

Sammanfattning

Vård vid depression och ångest är ett angeläget område som idag involverar en rad olika kunskapsområden, inom ramen för ett bio-psyko-socialt synsätt. Vi finner att de nu föreslagna Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, Remissversion, 081216, saknar denna breda förankring, då i huvudsak enbart ett biologiskt synsätt, med vissa inslag av inlärningsteoretiska interventioner, givits utrymme. Särskilt anmärkningsvärt är att psykodynamisk terapi inte alls ingår i riktlinjerna. Denna brist på kunskapsbredd avspeglas både i arbetsprocess och i slutprodukt, som därmed belastas av allvarliga kunskapsluckor. Därutöver karaktäriseras riktlinjerna av brist på bred representation och dialog med kunskapsområdet som helhet, samt brist på transparens i arbets- och beslutsprocess, vilket ytterligare begränsar dess tillförlitlighet och värde.

Utifrån dessa begränsningar är det inte förvånande att riktlinjerna förordar en ensidig prioritet av främst biologiska (ECT, psykofarmaka) och inlärningsteoretiska metoder (KBT) och utesluter andra, vetenskapligt förankrade och etablerade psykoteraپier. Att ensidigt prioritera en viss metod och utesluta andra vetenskapligt förankrade behandlingsmetoder, står i direkt motsats till aktuell forskning. Det framgår inte minst av aktuella och mer kvalificerat genomförda riktlinjer i andra länder, där psykodynamisk terapi och KBT likställs och ges samma höga prioritet.

Förslaget har, om möjligt, en ännu större likriktning och ensidighet än tidigare riktlinjer. Därmed fördjupas skillnaden mellan svensk vård och vård i motsvarande länder. Konsekvensen torde bli en än mer begränsad vård, med fördjupad oförmåga att minska den psykiska ohälsan i Sverige.

Vår samlade bedömning är att detta förslag till riktlinjer måste omarbetas i sin helhet med annan projektledning och med erfarna forskare inom hela kunskapsområdet för att kunna uppfylla kravet på oberoende, saklighet och objektivitet. Genom sin brist på oberoende och objektivitet och brist på vetenskaplig förankring är förslaget både otillförlitligt och direkt och skadlig för patienter.

Bakgrund

Trots en massiv kritik från vården, liksom från en rad forskare inom området, antog Socialstyrelsen 2010 *Riktlinjer för vård vid depression och ångest* (1). Kritik riktades främst mot följande förhållanden (2, 3):

1. **Föråldrad syn på vård vid psykisk ohälsa.** Ett faktum är att ett flertal behandlingar sedan länge kan uppvisa ett robust stöd i vetenskap och beprövade erfarenhet. Det är dock först då de tillåts komplettera varandra, och därmed ge möjlighet till behandling utifrån patienters specifika behov, kontext och preferenser, som effektiv vård kan uppnås (4). Att organisera vård och skapa prioriteringslistor (treatment-for-disorder-lists), där viss behandling ges en generell prioritet framför annan behandling, anses idag av forskningen som direkt felaktigt inom ett så pass heterogent område som psykisk ohälsa (5).
2. **Föråldrad forskning och värderingsprinciper.** Förutom att riktlinjerna utgick från mestadels äldre forskningsöversikter (SBU, 2004, 2005), som varken metod- eller resultatmässigt var fullt uppdaterade till aktuell kunskapsnivå, så användes föråldrade evidenskriterier, vilka SBU och APA (Amerikanska Psykologförbundet) sedan länge sett som vilseledande (6,7,8). Man blandade samman ”antalet funna studier” med värdering av en methods effekt, det vill säga evidensstyrka visavi effektstyrka, (3,9,10,11,12), samt beaktades inte begränsningen i att söka tillämpa gruppdata på en, oftast komplex, individnivå. Utvecklingen idag går istället mer mot att söka anpassa behandling utifrån varje patients specifika problematik, preferenser, kontext och erfarenheter, liksom att värdera behandlingsresultat utifrån dess varaktighet och nettoeffekt (effekt minus biverkan) (13,14).

Riktlinjerna från 2010 prioriterade främst KBT och psykofarmaka, vilket fick omfattande konsekvenser för svensk sjukvård.

Ensidigare vård – utan effekt på psykisk ohälsa

En konsekvens var den så kallade rehabiliteringsgarantin, vars syfte var att minska sjukskrivningar vid psykisk ohälsa. Med utgångspunkt från SoS:s riktlinjer ges årligen ett statligt bidrag, med mellan en halv till en miljard/år, specifikt till kbt-behandling. Detta har lett till en snabb förändring av svensk psykvård, avseende framför allt minskad bredd, kvalitet och kompetens.

Karolinska institutet visade i sin utvärdering av rehabiliteringsgarantin (2011):

- att KBT, riktat mot sjukskrivna, *inte i någon grad* påverkat patienternas sjukfrånvaro
- att för de patienter som innan behandlingsstart inte var sjukskrivna *blev 6 - 8% långtidssjukskrivna* efter KBT

- att närmare en fjärdedel (23 %) av patienterna beräknas ha *avbrutit* KBT direkt eller tidigt i behandlingen (bidrag för behandling betalades ändå ut till vårdgivaren/vårdbolagen under fler år) (15).

Därutöver har ytterligare utvärderingar, av IFAU och ISF (16) samt Riksrevisionens rapport: *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner* (17), verifierat KI:s resultat. Garantins ensidighet och brist på patientanpassning kritiserades särskilt, liksom dess brist på kostnadseffektivitet.

Under den period som riktlinjerna från 2010 verkat (2010-2015) har det skett en markant ökning av psykofarmaka i vården, främst bland barn och ungdomar: neuroleptika: +12 %, för barn +67%, lugnande: +11%, för barn +70%, antidepressiva: +21%, för barn +100% (18). Denna medicinkonsumtion utgör idag bland den högsta i världen (20).

Ytterligare en konsekvens av riktlinjernas prioritering blev att tillgängligheten av psykodynamisk terapi (ofta med hög kompetens) minskat inom alla sektorer av svensk sjukvård. Riktlinjerna påverkade också rekrytering, utbildning och forskning inom samtliga terapiformer, förutom KBT (psykodynamisk terapi, familjeterapi, affektfokuserad psykoterapi, MBT, andra socialpsykiatriska vårdprogram, etcetera). Därmed har Sverige halkat efter den internationella kunskapsutvecklingen, som i övrigt visat en kraftig expansion och utveckling, med nya och förbättrade metoder för olika typer av psykisk problematik. Under den period som de tidigare riktlinjerna verkat (2010-2015) *ökade den psykiska ohälsan* i Sverige med 100 % för kvinnor och med 60 % för män, och utgör idag den största andelen av de samlade sjukförsäkringskostnaderna (19, 20).

Någon utvärdering av konsekvenserna av riktlinjerna från 2010 har aldrig skett (förutom en rapport från projektledningen, avseende i vilken grad riktlinjerna har lyckats implementeras i vården). Dock har Riksrevisionen (21), i en rapport, riktat kritik mot att riktlinjer, som alltför snäva och utan möjlighet till individanpassning.

Mest anmärkningsvärt är dock att riktlinjerna från 2010, vilka som direkt konsekvens fick en minskad valmöjlighet och tillgänglighet till olika vetenskapligt utprovade metoder och en ensidig inriktning på medicinering och KBT, även innebar att vården kom att bryta mot Hälso- och sjukvårdslagen:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar”. (SFS 1982:763:§ 3 a).

Patientens valfrihet har idag ytterligare förstärkts genom Patientlagen 2014: 821.

Värdering av Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, Remissversion, 081216

Inledningsvis kan vi konstatera att detta förslag till riktlinjer (2016) till stora delar följer samma utformning och tankebanor som de tidigare, starkt kritiserade, riktlinjerna. Detta är anmärkningsvärt, då idén att organisera vård efter snäva prioriteringslistor sen länge anses föråldrad (5).

Det bör också påpekas att grundtanken i det nuvarande förslaget (liksom i tidigare riktlinjer, från 2010), att sjukvården endast skall tillhandahålla vissa, och inte andra, av etablerade och

utprövade metoder som är i överensstämmelse med internationell vetenskap och beprövad erfarenhet, är direkt lagstridig och inte förenligt med Patientlagen 2014:821.

Kritik av arbetsprocessen

Vi anser inte att god myndighetsutövning och gängse regelverk tillämpats i arbetsprocessen som ligger bakom riktlinjerna. Kritiken omfattar följande punkter:

Bristande och ojämn representation

I Sverige, liksom internationellt, används tre väletablerade huvudinriktningar eller perspektiv vid vård av depression och ångest. Dessa är *biologiskt perspektiv*, *inlärningsteoretiskt perspektiv* och *psykodynamiskt perspektiv*. Vi har kunnat konstatera att dessa tre perspektiv bara delvis är representerade i Socialstyrelsens arbete med att ta fram riktlinjerna (22).

I projektledningsgruppen dominerar *det biologiska perspektivet*. *Det inlärningsteoretiska perspektivet* har en representant medan *det psykodynamiska perspektivet* saknas helt. I faktagruppen finns alla tre perspektiv representerade men majoriteten av experterna representerar *det biologiska* respektive och *det inlärningsteoretiska perspektivet*. Likaså i prioriteringsgruppen dominerar *biologiskt* och *inlärningsteoretiskt perspektiv* starkt. Enbart två av tjugosex deltagare representerar *psykodynamiskt perspektiv*.

Trots denna ojämn fördelning har beslut avseende prioriteringar mellan olika metoder från respektive perspektiv fattats genom bland annat omröstning.

Förutfattade meningar, inkonsekvens och partiska ställningstaganden

Faktagruppens experter och deltagare i prioriteringsgruppen har rapporterat om återkommande svårigheter i arbetet med att ta fram riktlinjerna.

Förutfattade meningar och partiska ställningstaganden har tillåtits få utrymme. Det har visats genom inkonsekvent användning av bedömningskriterier, lägre krav på biologiska metoders vetenskaplighet (se nedan s. 6), högsta prioritet för samtliga inlärningsteoretiska metoder (vilka bedömts som samlad grupp) - trots bristande vetenskapligt stöd för flera metoder (internet-KBT, Mindfulness-KBT, ACT) (se nedan s. 7).

Brist på transparens genom toppstyrning och överprövning av expertutlåtanden

Dialogen mellan experter och ledning har beskrivits som otillfredsställande. Kritik har riktats mot brist på transparens och öppen dialog. Toppstyrning rapporteras, där projektledningen exklusivt utformat arbetsformer, tolkat expertutlåtanden och formulerat riktlinjer på egen hand. I vissa fall har detta skett i direkt motsats mot expertutlåtanden, vilket inte har framgått i formulerade riktlinjer.

Brist på förankring och konsensusförfarande genom färdigställda och antagna riktlinjer - utan oberoende remissprövning

Riktlinjerna, som idag är en remissversion, har redan fått ersätta tidigare riktlinjer. De har dessutom spridits till andra myndigheter (Läkemedelsverket) och till vården och beskrivits som antagna och gällande. Därmed har den remissprövning som normalt sker satts ur spel och givits en underordnad betydelse. Det framstår som egenartat att projektledningen, förutom uppgiften att göra utredning och formulerar riktlinjer, även

aktivt medverkar i implementering och värdering av det egna förslaget, genom remisshantering och slutlig utformning.

Som framgår ovan är det uppenbart att det finns en rad oklarheter utifrån rättsliga aspekter på arbetet med riktlinjerna. Med största sannolikhet strider arbetsprocessen mot både Förvaltningslagen och Socialstyrelsens egna etiska regler för myndigheten, se vidare rättsutlåtande från Wiweka Warnling-Nerep, professor och sakkunnig i Offentlig rätt, Stockholms universitet (23). Helhetsintrycket är att kraven på oberoende, saklighet och objektivitet åsidosatts, vilket medför att riktlinjerna förlorar i både relevans, trovärdighet och giltighet.

Vi finner dessa förhållanden ytterst allvarliga. Behandling av patienter med depression och ångest är ett omfattande område och en angelägen uppgift för sjukvården. Det är av största vikt att kunskapsunderlag och riktlinjer tas fram på ett seriöst och noggrant sätt. Ideologiska, fackliga eller andra särintressen ska självfallet inte tillåtas vara styrande eller ges inflytande i detta arbete.

Evidens för psykologisk behandling

För att förstå och värdera innehållet i riktlinjerna, dess prioriteringar och slutsatser, behöver man dels se till kunskapsunderlaget och *vilka studier som beaktats, hur* dessa har tolkats, *vilka studier som inte beaktats* och *varför* de har uteslutits. Man behöver också se till *konsekvensen i användning av värderingsmetoder* samt *jämföra resultatet med motsvarande forskningsöversikter och riktlinjer* i andra länder (vilka otvivelaktigt haft att utgå från samma forskning inom området).

Inledningsvis kan konstateras en märkbar brist på transparens. Brist på transparens och dialog har till stora delar präglat det interna arbetet, se kritik av arbetsprocessen, ovan.

Bristen på transparens är även uppenbar vid en extern bedömning. Det är svårt att förstå och följa varför vissa studier beaktats - men inte andra, varför studier tolkats inkonsekvent och ofta med systematisk över- eller underskattning (i allmänhet till nackdel för psykodynamisk terapi och till fördel för kbt och/eller biologiska metoder) samt varför olika värderingsprinciper använts vid prioritering.

Behandling vid depression

Aktuella forskningsöversikter visar genomgående, lika stor effekt då PDT och KBT jämförs (24, 25). Detta är ett mycket robust resultat, vilket har dokumenterats i ett flertal välgjorda och aktuella studier (Henrich et al., 2012, Driessen et al., 2013), metastudier (Cuijpers et al., 2008; Gerber, et al., 2011; Driessen et al., 2010; Abbas et al., 2006; 2011) och internationella forskningsöversikter (APA resolution 2012; Lambert, 2013), (8, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

Forskningsunderlaget har ökat dramatiskt på senare tid, antalet patienter har sedan 2010 blivit tre gånger så många (Driessen et al., 2015). Vidare har två större "non-inferiority-studier" publicerats (Driessen et al., 2013; Connolly-Gibbons et al., 2016) som åter påvisar lika hög effekt hos psykodynamisk terapi och KBT (27, 33, 34).

I välrenommerade och uppdaterade forskningsöversikter, som *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2013) (35) formuleras denna slutsats:

We found that DTs (= psychodynamic therapy) are as therapeutically effective as alternative treatments (both psychosocial and pharmacological) in the treatment of depression at the end of active treatment and at short- and long term follow-up. DT was also found to be more effective than control conditions. We

further found that combined DT and pharmacotherapy may be more efficacious than pharmacotherapy alone, a finding that has not often been confirmed in the literature (p.449).

Samma slutsats drar 17 nordiska forskare i en aktuell kommentar till riktlinjerna (36). I de nyligen publicerade riktlinjerna från Danmark, Finland och Tyskland jämförs effekten hos psykodynamisk terapi och KBT. I samtliga av dessa länder ges både KBT och Psykodynamisk terapi högsta prioritet, 1. (37).

Vi kan konstatera att Socialstyrelsens riktlinjer avviker radikalt från framträdande studier, forskningsöversikter och riktlinjer, vilka samstämt jämför psykodynamisk terapi och KBT. Genom att bortse från en rad väl ansedda studier, felolka resultat från andra (är svårt att se som annat än ren cherry picking) samt göra direkt inkonsekventa bedömningar (samma jämförelser bedöms olika beroende på vilken rad man läser) motiveras en egenartad slutsats, att kbt skall ges högsta prioritet medan psykodynamisk terapi ges lägre (till och med lägre än riktlinjer 2010, trots ökad evidens). För detta finns inget vetenskapligt stöd (vilket framgår med önskvärd tydlighet av andra, mer kvalificerade och transparenta riktlinjer). Detta ger tyvärr varken ett trovärdigt eller särskilt seriöst intryck av Socialstyrelsens riktlinjer.

På liknande sätt avviker Socialstyrelsen riktlinjer från övriga riktlinjer när det gäller prioritet av psykoterapi och läkemedel vid svår depression, där övriga länder ger prioritet 1-2 medan Socialstyrelsen ger prioritet 10. En intressant notering är att en högintrig studie (Bastos, Guimaraes, & Trentini, 2014) (38) nämns men resultatet redovisas inte. Studien visade att psykodynamisk långtidsterapi (LTPP), använd som behandling för måttligt deprimerade patienter, antingen som ensam behandling eller i kombination med fluoxetin, utklassade farmakologisk behandling - Varför redovisas inte detta?

Samma mönster uppvisas när det gäller behandling av barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. Här visar t ex Goodyer et al., (2016), lika hög effekt hos psykodynamisk korttidsterapi och KBT, i en av de största psykoterapistudierna någonsin och den största som genomförts på deprimerade ungdomar (39). Studien finns inte med i kunskapsunderlaget och psykodynamisk terapi ges i riktlinjerna prioritet FoU medan KBT ges prioritet 2.

Ytterligare exempel på inkonsekvens och att olika metoder bedöms med olika måttstock är ECT till ungdomar vid svår depression, vilket i riktlinjerna ges prioritet 1. Motivet är "klinisk erfarenhet" samtidigt som studier helt saknas. Det är därmed uppenbart att olika värderingsprinciper används för olika metoder.

Behandling vid Ångestsyndrom

Senare internationella översikter visar så gott som genomgående likvärdiga resultat då PDT och KBT jämförs. Även detta resultat har påvisats i en rad aktuella studier (t ex Leichsenring et al., 2009; Salzer et al., 2011; Andersson et al., 2012; Beutler et al., 2013; Leichsenring et al., 2013) i metastudier (Leichsenring, et al., 2011, Gerber, et al., 2011) och i internationella forskningsöversikter (Abbas, et al., 2006, APA resolution 2012, Lambert, 2013). (8, 25, 32, 40, 41, 42, 43).

I Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2013) sammanfattas forskningsläget:

Despite common beliefs to the contrary (cf. Chambless, 2002; Tolin, 2010), the evidence from RCTs suggest that DT (= psychodynamic therapy) is largely neither better nor worse for treatment of anxiety disorders than other active treatments (predominantly CBTs), a finding carried into short-term follow-up. We also found evidence that DT may have a medium-to-large ES advantage over minimal-to-null treatment controls on primary outcome, although among a small number of older studies (p. 451) (25).

Det finns en rad exempel i riktlinjerna på att ansedda studier utelämnats utan motivering: Ett exempel är Keefe et al., 2014, en metaanalys på PDT vid ångeststörningar, omfattande 14 RCTs (social ångest 5 studier, GAD 4 studier, Panik 2, PTSD 1, blandat 2). I studien finner man en signifikant fördel för PDT jämfört med inaktiva kontrollgrupper samt ingen skillnad jämfört med aktiv kontroll (primärt KBT) (44).

Ett annat exempel är världens största psykoterapistudie på vuxna, Leichsenring et al., 2014, som visar försumbara skillnader mellan KBT och PDT vid avslutning, och vid uppföljning inga skillnader mellan behandlingarna (45).

Trots detta ger riktlinjerna psykodynamisk terapi vid ångeststörning prioritet 10 och kbt prioritet 2, något som framstår som minst sagt underligt.

Gruppterapi och familjeterapi

Förslaget till riktlinjer tar inte upp olika förmedlingssätt av psykologisk behandling, som till exempel i grupp, i familj eller via internet. Argumentet för detta beslut är att e-hälsa utvecklas snabbt, och att digitala förmedlingssätt kan förändras på kort tid. Som om detta hade något med grupp- eller familjeterapi att göra. Familjeterapi förekommer sällan som intervention vid depression hos vuxna, men det finns välgjorda studier av systemisk familjeterapi och anknytningsbaserad familjeterapi för barn och ungdomar med lindrig till medelsvår depression. I underlaget till riktlinjerna ges dessa metoder på mycket oklara grunder, prioritet *Icke göra* respektive *Endast i forskning och utveckling*.

Gruppterapi, däremot, nämns inte över huvud taget i vare sig riktlinjerna eller kunskapsunderlaget trots att det finns en omfattande forskning på området. Inom detta område har man kunnat fastställa så kallad formatekvivalens mellan individualterapi och gruppterapi i ett antal metastudier där olika patientgrupper med olika diagnoser, inklusive depression, har ingått (Burlingame et al., 2013; Burlingame et al., 2004; Knauss, 2005; Mc Roberts et al., 1998; Tschuschke, 1996; Tillitski, 1990). I två metastudier av behandling vid förstämningssyndrom (McDermut et al., 2001; Oei & Dingle, 2008) där man sammanfattat forskningen före 2000 ingick 28 RCT (de flesta med KBT-inriktning) som uppvisade effektstorlekar på 1.03 respektive 1.10 för gruppterapi jämfört med obehandlade kontroller. Tio av dessa RCT gällde behandling av egentlig depression och alla dessa redovisade signifikant bättre resultat för den aktiva komponenten jämfört med kontrollen i mått på depression och depressivt tänkande. I några uppföljningsstudier har man analyserat den aktiva komponenten ingående och då kommit att ifrågasätta den kognitiva aspekten som primär förändringsagent. Alternativa förklaringar som utbytet av erfarenheter och interaktionen mellan gruppdeltagare har föreslagits (Burlingame et al., 2013). Bland gruppterapiforskare råder konsensus om att närvaron av de andra gruppdeltagarna och vad de gör och säger skapar unika möjligheterna till lärande och förändring. Gruppterapi erbjuder därför en unik situation som uppskattas av många patienter och som är ett tilltalande alternativ då många patienter behöver erbjudas behandling (49-56).

Behandlingsmetoder som riktlinjerna ger högsta prioritet (prioritet 1) - samtidigt som de saknar vetenskapligt stöd och beprövad erfarenhet.

Inom området psykologisk behandling i riktlinjerna (vilket mestadels gäller KBT) har man angett att olika metoder, så som individualterapi, gruppterapi, parterapi, familjeterapi, internet-terapi, terapi via appar et cetera kan värderas som "grupp" då de har samma teoretiska bas men skiljer sig i "förmedlingssätt". Då riktlinjerna har att pröva olika faktiska metoder och åtgärder, inte teorier låter minst sagt märkligt, av flera skäl:

Dels är det svårt att se hur man skulle kunna värdera den praktiska behandlingsnyttan, enbart på basis av en teori eller vissa teoretiska begrepp, dels blir det konstigt att en metod, som vid prövning visat ett värde, skulle kunna så att säga ”exportera detta värde” till andra metoder, vilka *inte* prövats (eller prövats men inte visat värde). Detta innebär ju faktiskt att riktlinjerna frångår sin grundprincip om vetenskaplig prövning och istället ger *carte blanche* till samtliga metoder – kända som okända – bara de har ett visst prefix. Med ett sådant resonemang skulle man lämna fritt fram för vilken ”hitta-på-terapi” som helst, bara den har ett visst prefix (vilket de självfallet kommer att ha). Det är svårt att se detta som seriöst. Riktlinjerna verkar här mer styrda av att gynna ett affärstänkande – än en verklig och objektiv forskningsvärdering.

Behovet av psykoterapeuter

Ett stort problem i svensk sjukvård är bristen på välutbildade psykoterapeuter. Tyvärr torde riktlinjernas ensidighet ytterligare bidra till detta. En styrning mot enbart en metod (KBT), inom ett ansvarskrävande vårdområde som förutsätter *hög kompetens inom flera, komplementära metoder*, har visat sig ge mest snabbutbildad personal och därmed fördjupad kompetensbrist i vården. Förslaget i riktlinjerna, att utbilda än fler i en enda metod (KBT), visar tyvärr att man inte förstått varken vårdens eller patienters behov. Betydligt mer kostnadseffektivt är att satsa på mångfald och kompletterade resurser, vilka dessutom till stor del redan finns, i form av välutbildade och erfarna psykoterapeuter.

Sammanfattning av evidens för psykologisk behandling

Forskningen idag visar att både PDT och KBT, avseende både kortare och längre behandlingar, har en kraftfull och likvärdig effekt. Att effektstyrkan är lika stor *i medeltal* betyder att för vissa patienter fungerar PDT bäst, för andra passar istället KBT bättre. En rimlig slutsats är därför att de båda behandlingsmetoderna får störst effekt då de tillåts komplettera varandra som behandlingsalternativ, än då enbart ett alternativ finns att välja på. Riktlinjernas tolkning av forskningsfältet strävar åt ett helt annat håll. Uppenbart är att man, närmast till varje pris, vill föra i bevis att enbart biologiska behandlingar och/eller KBT ska utgöra det enda vårdalternativet i svensk vård. Förutom att denna slutsats saknar vetenskapligt stöd (liksom logiska, etiska och juridiska argument) finns en hel del forskning som även visar på motsatsen.

I en aktuell metaanalys påvisas till exempel att 75 % av alla patienter föredrar psykoterapi före psykofarmaka (46). Ett annat exempel är rehabiliteringsgarantin som i form av ett fullskaligt experiment (till en kostnad som närmar sig 10 miljarder) visat att enbart en typ av psykologisk behandling (KBT) inte ger tillräcklig effekt. Då forskningen har visat att andelen som avbryter KBT är 30-40%, är det givet att den samlade effekten blir ganska liten med enbart en metod (48). Att flera olika terapier, avpassade till olika patienter, sammantaget har större effekt än enbart en typ av behandlingsmetod, torde vara givet.

Det är uppenbart att föreslagna riktlinjer, på en rad väsentliga punkter, inte håller den nivå man kan förvänta av riktlinjer av detta slag. Det är självfallet ytterst allvarligt och något som bör få en egen uppmärksamhet inom myndigheten. Hur är det möjligt att vetenskaplighet, oberoende och objektivitet, kan åsidosättas? Man frågar sig i vems intresse man i Sverige idag

förordar (mot bättre vetande) en snävare och ensidigare vård, där motsvarande länder istället ökar tillgänglighet och valfrihet? Det som torde vara klart är dock att det varken gagnar samhället eller den enskilda, hjälpsökande patienten.

Stockholm den 17 mars 2017

Eva Mari Eneroth-Säll

Leg psykoterapeut
Handledare o lärare i psykoterapi
Ordförande Psykoterapicentrum
c/o Föreningshuset
Virkesvägen 26
12030 Stockholm

Stephan Hau

Leg psykoterapeut
Professor för klinisk
psykologi
Stockholms universitet

Gunnar Bohman

Leg psykoterapeut
Med. Dr. f.d. univ. lektor.
Stockholms universitet

Referenser

1. *Nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom* (2010). Socialstyrelsen.
2. *Inkomna synpunkter. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom. preliminär version* (2009). Socialstyrelsen.
3. *Kommentarer från en expertgrupp. Remissvar: Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom, 2009-06-05*
4. Levant, R. et al. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
5. 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.
6. SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. (www.sbu.se)
7. SBU. (2005). *Behandling av ångestsyndrom*. (www.sbu.se)
8. *Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. (2012). American Psychological Association
9. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate, Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
10. 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.
11. 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.
12. Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In J. C. Norcross, 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.
13. Miller, S. D, et al. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy*, Vol. 50, No. 1, 88–97.

14. Wampold, B. & Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate, The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. NY. Routledge.
15. *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. (2011). Slutrapport Del I och Del II. Karolinska institutet.
16. *Rehabiliteringsgarantin*. Rapport 2012:17, Inspektionen för Socialförsäkringen.
17. *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner*. Riksrevisionen, 2015:19.
18. Statistik om läkemedel 2015. Socialstyrelsen 2016.
19. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Socialförsäkringsrapport 2016:7.
20. *Mental health and work: Sweden*, OECD-rapport, 2013.
21. *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* Riksrevisionen, 2013:4.
22. *Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri*. SvD. 160217.
23. *Rättslig bedömning med anledning av Socialstyrelsens förslag till "Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom"*. Wiveka Warnling-Nerep, professor i offentlig rätt. SU.
24. Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
25. Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). New York: Wiley.
26. Henrich, G., Gastner, J. & Klug, G. (2012). Must All Have Prizes? The Munich Psychotherapy Study. In K. N. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (red). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. (pp.51-71). Humana Press.
27. Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., et al. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 170, 1041–1050.
28. 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*, 76, 6, 909-922.
29. Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Roose, S. P., Barber, J. P. et al. (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.
30. Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C., Abbass, A.A., de Jonghe, F., & Dekker, J.J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30, 25–36.
31. Abbass, A., Town, J. & Driessen, E. (2011). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry*, 74(1), 58-71.
32. Abbass, A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kiesly, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (a Cochrane review). In the *Cochrane Library* (issue 4). Chichester: UK: John Wiley & Sons.
33. Driessen, E., et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1–15.
34. Connolly-Gibbons, et al. Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: a randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73: 904–911.

35. Barber, J., Muran, J., McCarthy, K., & Keefe, J. (2013): Research on Dynamic Therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) (pp. 443-494). New York: Wiley.
36. Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression. *DN-Debatt*. 17.01.17.
37. Socialstyrelsen har fel om depression och ångest. *Läkartidningen*, 27.01.17.
38. Bastos, A. G., Guimaraes, et al. (2014). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, (August 2014), 1–13. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.935519>
39. Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., ... & Midgley, N. (2016). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superior. *The Lancet Psychiatry*, 366(16), 1–11.
40. Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., et al. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 166(8), 875-81.
41. Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E., & Leichsenring, F. (2011). Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month followup. *Can J Psychiatry*, 56(8), 503-8.
42. Beutel, M. E., Scheurich, V., Knebel, A., Michal, M., et al. (2013). Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *Canadian journal of psychiatry*, 58(6), 326–34.
43. Leichsenring F, Salzer S, Beutel M, Herpertz S, Hiller W, et al. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized control trial. *Am J Psychiatry*, 170(7), 759-767
44. Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 309–323. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>
45. Leichsenring, F, et al. (2014). Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, (6), 1–9. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>
46. McHugh, K.R. et al. (2013). Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders. A Meta-Analytic Review. *J Clin Psychiatry*, 74, (6), 595-602.
47. Wampold, B. et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 1, 14–32, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>.
48. Psychological Therapies, Annual Report of the use of IAPT Services. England 2014/2015. Health and Social Care Information Centre. <http://www.hscic.gov.uk/pubs/psycther1415>.
49. Burlingame G.M., Strauss, B, & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatment. I: Lambert MJ (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons; 2013.
50. Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. I: M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.

51. Knauss, W. (2005). Group psychotherapy. In G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Eds.) *Oxford textbook of psychotherapy*, Oxford: Oxford University Press.
52. Mc Dermut, W., Miller, I., & Brown, R. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 1, 98-116.
53. McRoberts, C., Burlingame, G.M., & Hoag, M.J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics*, 2(2), 101-117.
54. Oei, T. & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3), 5-21.
55. Tschuschke, V. (1996). Gruppentherapie versus Einzeltherapie – gleich wirksam? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35, 257-274
56. Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40 (2), 215-224.