

Alv A Dahl, professor, forskningsrådgivare, Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF, Oslo, Norge; extern granskare av SBU-rapporten »Behandling av ångestsyndrom« *alvd@ulrik.uio.no*

»Ångest, ångest är min arvedel . . .«

... och så lär det förbli – SBU-rapport når inte klinisk praxis

»Ångest, ångest är min arvedel, min strupes sår, mitt hjärtas skri i världen«, skriver Pär Lagerkvist i sin lyrikdebut »Ångest« från 1916. Dessvärre är Lagerkvist inte den enda svensken med ångest, snarare tvärtom. Ångestsyndrom utgör den största gruppen bland de psykiska sjukdomarna i befolkningen och svarar för en tredjedel av de totala kostnaderna för psykisk ohälsa. Det är också vanligt att ångestsyndrom uppkommer vid somatiska sjukdomar som astma [1] och cancer, även lång tid efter det att cancer har botats [2]. Ångestsyndrom medför också en ökning av antalet vårddygn på sjukhus för somatiska sjukdomar liksom många onödiga somatiska utredningar [3]. Ångestsyndrom leder till nedsatt arbetsförmåga och minskat deltagande i arbetslivet [4], och i alla fall i Norge tycks ångestsyndrom öka möjligheten att få sjuk- eller förtidspension på somatiska grunder [5].

När det gäller ångestsyndrom är problemet att patienterna inte söker vård [6] och att allmänläkarna, som träffar flest patienter, varken klarar av att diagnostisera ångestsjukdomar [7] eller att ge rätt typ av behandling [8].

Imponerande, men passar bäst som referens-/uppslagsverk

Mot denna bakgrund är det mycket lovvärt av SBU att ge ut rapporten »Behandling av ångestsyndrom«. Bakom detta imponerande verk i två volymer på sammanlagt 776 sidor ligger ett långvarigt och omfattande arbete utfört av svenska experter. SBU, med projektledaren Sten Thelander och hans medarbetare, förtjänar stort erkännande för detta arbete, som håller samma höga standard i fråga om granskning och syntes som de tidigare rapporterna om behandling av psykoser och depressionssjukdomar.

Här finns en mycket saklig bedömning av alla relevanta studier av farmakoterapi och psykoterapi vid paniksyndrom, specifik fobi, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Dessutom finns särskilda kapitel om diagnostik och behandling av ångestsyndrom inom primärvården och hos barn och unga samt ett kapitel om hälsoekonomiska aspekter.

Ja, här är det »ordning och reda« på ett sätt som inger respekt och som nog aldrig skulle ha varit möjligt att åstadkomma hos oss »norrbaggar«, som är mer lagda åt kortare kraftprestationer. Vi kan i stället ta upp några funderingar som väcks vid läsningen av detta stora arbete.

När SBUs rapport »Behandling av depressionssjukdomar« kom år 2004 hade den externa granskaren Per Bech [9] en from önskan: »Måtte den bli läst!« Jag kan naturligtvis säga detsamma om ångestrapporten, men vem är den egentligen skriven för? Varken allmänläkare, psykiater eller kliniska psykologer kommer att läsa detta stora verk, som passar bättre som referens- och uppslagsverk. Intresserade yrkespersoner kommer kanske att läsa de 24 sidor med sammanfattning och slutsatser som utgör essensen av de 776 sidorna. Här får de som inte redan känner till det veta att det finns läkeme-



Nej, SBUs rapport »Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt« lär knappast förändra situationen för de många patienter som lider av ångestsyndrom, eftersom den inte kommer att nå ut i klinisk praxis – varken allmänläkare, psykiater eller kliniska psykologer kommer att läsa rapportens 776 sidor. Bäst passar rapporten som referens- eller uppslagsverk.

ILLUSTRATION: DAVID NICHOLLS/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Se även artikeln på sidan 3561 i detta nummer.

del och psykoterapimetoder som är verksamma vid ångestsyndrom. De som inte känner till detta är kanske en del allmänläkare och de av specialisterna som är psykodynamiskt/psykoanalytiskt inriktade. De senare har svårt att få gehör för sin terapi, främst därför att det här finns så få studier av ångestsyndrom. Att den evidensbaserade medicinen värderar den psykodynamiska skolan lågt är väl känt [10].

Ovisst hur budskapet skall kunna nå dem som behöver det
Frågan är ju om behandlingsmanualer, kliniska riktlinjer och

offentliga rapporter kan förändra praxis hos dem som behöver det mest? Dessvärre ingick det inte i projektgruppens uppdrag att ge några rekommendationer för klinisk implementering av fynden i rapporten. Debatten om vad den här typen av publikationer betyder för praxis bland specialister har varit omfattande, men få empiriska studier har genomförts.

Den som, såvitt jag vet, kommer närmast är studien av Addis och medarbetare [11]. Med hjälp av ett frågeformulär undersökte de inställningen till manualer i psykoterapi hos ett representativt urval bestående av 891 amerikanska kliniska psykologer. Det första mötet med manualer angavs som positivt av 34 procent, negativt av 21 procent och neutralt av 45 procent av de tillfrågade. Bruket av manualer var begränsat, och endast 47 procent hade någon gång använt en manual i sitt kliniska arbete; 53 procent av de tillfrågade hade aldrig tänkt på att använda manualer i sitt arbete. Psykoterapimanualer har utvecklats inom forskningen i kognitiv beteendeterapi, och det är därför förståeligt att psykologer med denna bakgrund var de som var mest positiva till manualer. Psykodynamiskt och psykoanalytiskt inriktade psykologer hade däremot en långt mera negativ inställning. Intressant nog anses ångestsyndrom och beteendestörningar som bäst lämpade för manualer.

När det gäller implementering av psykiatriska kunskaper och färdigheter bland allmänläkarna innehåller de empiriska undersökningarna betydligt fler reservationer än den optimistiska Gotlandsstudien [12]. Psykiaterbaserad undervisning av allmänläkare i diagnostik och behandling tycks enligt nyare studier ha liten och kortvarig effekt [13-15]. Det är alltså ett stort och olöst problem hur den psykiatriska kompetensen bland allmänläkarna skall kunna förbättras, och det är ovisst hur ångestrapportens budskap skall kunna nå fram till dem.

Den omfattande debatten om evidensparadigmet tas inte upp
Arbetet med denna ångestrapport påbörjades år 1995, medan entusiasmen för den evidensbaserade medicinen ännu var stor. Det är en historiens ironi att Seligman [16] samma år kom med sitt skarpa angrepp på »efficacy studies« i psykoterapi (»efficacy« är resultatet av en terapi i en randomiserad, kontrollerad studiedesign, i motsats till »effectiveness« som är resultatet i klinisk rutinpraxis). Denna kritik har senare utvecklats och innefattar nu också det faktum att man i »efficacy«-studier offrar den externa validiteten till förmån för den interna [17, 18].

Allra tydligast i sin kritik av evidensparadigmet är kanske Haugaard [19], som för fram sju invändningar:

1. Den empiriska forskningen är för begränsad för att kunna vara vägledande för psykoterapiens praxis.
2. Den kontrollerade forskningen saknar extern validitet.
3. Skillnaderna i resultat mellan välrenommerade och väl utförda psykoterapiformer har befunnits vara små.
4. Terapeutens yrkesskicklighet och personliga kompetens är viktigare än valet av metod.
5. Psykiatriska diagnoser är mindre relevanta för psykoterapi.
6. Manualer utgör ett övergrepp på terapeutens spontanitet och kreativitet.
7. Evidenslogiken bygger på en förenklad vetenskapsmodell och uppfattning om förhållandet mellan vetenskap och praxis.

Det är beklagligt att rapporten inte förhåller sig till den omfattande debatt om evidensparadigmet som har förts bland psykoterapeuter och psykoterapiforskare. Det är osäkert om rapporten, så som den ser ut, kommer att kunna minska den

klyfta mellan forskning och praktiskt utövande som har varit så uppenbar inom psykoterapi.

Ifrånsprungen av utvecklingen

Projektgruppen hade till uppgift att granska olika behandlingsmetoder, och det är både förståeligt och beklagligt att den inte har gått in mera på egenbehandling via självhjälpgrupper, dataprogram eller Internet. I synnerhet kognitiv beteendeterapi tycks lämpa sig för den typen av egenbehandling. Nyligen publicerades en sammanfattning av tio randomiserade, kontrollerade studier [20], varav två svenska, men bara en finns nämnd i rapporten [21]. Min uppfattning är att en handlingskraftig hälso- och sjukvårdsminister snarast och i statlig regi bör göra den här typen av program tillgängliga för alla på Internet och varuhus, i stället för att överlämna det hela åt privata aktörer.

Som läsaren antagligen har förstått har SBU:s rapport om ångestsyndrom försatt mig i ett tillstånd av inte obetydlig ambivalens. Å ena sidan beundran och uppskattning för att någon har utfört arbetet med att sammanfatta och värdera allt detta. Å andra sidan känslan av att utvecklingen på fältet sprang ifrån rapportens design redan när den utformades.

Mitt råd blir därför: Läs själv och bilda dig en egen uppfattning!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Översättning: Mia Ruthman Edström.

Referenser

10. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:505-10.
11. Addis ME, Krasnow AD. A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:331-9.
12. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports study. Am Psychol* 1995;50:965-74.
13. Hougaard E. *Psykoterapi: Teori og forskning*. København: Dansk psykologisk forlag; 2004.
14. Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, Jones FR, Fisher A. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:272-85.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista