

SBU presenterar tveksamt underbyggda slutsatser om ångestbehandling

Det urval av vetenskapliga studier som gjorts i SBUs rapport om behandling av ångestsyndrom leder till en underskattning av värdet av psykodynamisk psykoterapi. Effekten av antidepressiva mediciner överskattas delvis beroende på tät läkarkontakt vid medicinering.



PETER ANKARBERG
leg psykolog, leg psykoterapeut, Samtalscentrum Unga Vuxna, Nyköping
peter.ankarberg@dll.se

I rapporten »Behandling av ångestsyndrom« [1] redovisar Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) slutsatser som inte stämmer med en aktuell bild av forskningsläget. Sammantaget finns ett starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi vid ångestsyndrom då hänsyn tas även till studier som inte finns med i SBU-rapporten.

En striktare tolkning av litteraturen kring farmakologisk behandling visar dessutom att vetenskapligt stöd saknas för huvuddelen av all behandling med antidepressiva. SBUs slutsatser är de omvända men saknar delvis stöd i aktuell forskning.

Finsk studie negligerad

Det är förvånande att SBU inte refererar en finsk studie där patienter med ångest och/eller depressionsdiagnoser slumpmässigt fördelades till psykodynamisk långtidsterapi (N=128), psykodynamisk korttidsterapi (N=101) eller lösningsfokuserad korttidsterapi (N=97) [2]. Den sistnämnda terapiformen definierar SBU som KBT. 82 procent av patienterna hade depressionsdiagnos, 48 procent ångestdiagnos och 18 procent personlighetsstörningsdiagnos. Patienterna rekryterades från vanlig öppenvård och är kliniskt representativa.

Resultaten från långtidsterapidelen presenteras först 2006, men korttidsterapiresultaten publicerades 2004. Psykodynamisk korttidsterapi (PDKT) visar goda resultat avseende depression och ångest. 56 procent hade förlorat sin ångestdiagnos efter avslutad behandling, vilket ökade till 62 procent vid tolv månadersuppföljningen. Det saknades signifikanta skillnader mellan korttidsterapierna med undantag för personlighetsstörda patienter, där PDKT var signifikant bättre.

Även för enskilda ångestdiagnoser

finns det större stöd för PDKT än i SBU-rapporten. För paniksyndrom redovisar SBU en studie där patienter som får PDKT i kombination med imipramin återfaller i väsentligt mindre omfattning än de som enbart fått imipramin. SBU redovisar inte den finska studien [2] där 10 procent av patienterna som fått PDKT hade diagnosen paniksyndrom. Dessa förbättrades i liknande omfattning som övriga patienter med ångestsyndrom.

Fler studier saknas

För social fobi redovisar SBU en studie där PDKT visat god effekt. En studie där PDKT jämförs med KBT redovisas inte. Både PDKT och KBT uppnådde goda resultat, och det saknades signifikanta skillnader mellan behandlingarna [3 citerat ur 4].

För generaliserat ångestsyndrom redovisar SBU ingen randomiserad kontrollerad studie av PDKT. Sedan SBU slutförde sitt arbete har en studie publicerats där PDKT jämförs med stödterapi [5]. Andelen patienter som uppnådde en kliniskt signifikant förbättring med PDKT var 46 procent jämfört med 12,5 procent för stödterapi, vilket var en signifikant skillnad. Patienterna i denna studie hade en hög grad av samsjuklighet. Drygt 60 procent hade egentlig depression och 47 procent någon personlighetsstörning.

För posttraumatiskt stressyndrom redovisar SBU två studier där PDKT visar bättre resultat än kontrollgrupp. I en av dessa visar PDKT lika goda resultat som beteendeterapi. SBU redovisar inte en studie av PDKT för sexuellt utnyttjade kvinnor där flertalet hade PTSD [6 citerat ur 7]. Jämfört med väntelista var PDKT signifikant bättre. Efter avslutad behandling uppfyllde 39 procent kriterierna för PTSD jämfört med 83 procent i kontrollgruppen.

För barn och ungdomar redovisar SBU två studier där PDKT jämförs med kontrollgrupp. En studie jämförde PDKT med psykopedagogisk gruppbehandling vid PTSD. PDKT var signifikant bättre. SBU redovisar dessutom en

studie där PDKT jämfördes med sedvanlig behandling för barn i åldrarna sex till tio år med depressions eller ångestdiagnoser, där PDKT gav signifikant bättre resultat som kvarstod efter två år.

Sedan SBU-rapporten färdigställdes har det tillkommit en studie där PDKT gav signifikant bättre resultat än väntelista för barn och ungdomar med ångestdiagnoser [8]. 62 procent i behandlingsgruppen uppnådde kliniskt signifikanta förbättringar jämfört med 8 procent i kontrollgruppen.

Starkt vetenskapligt stöd för psykoterapi

Samttaget finns det nu ett starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi vid ångestsyndrom. För vuxna motsvarar stödet evidensstyrka 1 enligt SBUs kriterier. För barn är stödet mindre men motsvarar ändå SBUs krav för evidensstyrka 3.

SBUs slutsatser om antidepressiva mediciners effekt vid ångestsyndrom och denna effekt jämfört med effekten av psykoterapi bygger på en tveksam tolkning av forskningsresultat. En liknande kritik har tidigare riktats mot SBUs depressionsrapport [9]. SBU tar inte hänsyn till att det vid behandling av depression och ångest inte är medicinen i sig som står för huvuddelen av effekten.

Viktigare för utfallet är patientens tro på behandlingen, läkarkontaktens kvalitet och den mängd stöd som patienten får. Patienter i studier av antidepressiva får regelmässigt träffa läkare varje till varannan vecka under åtminstone de två första månaderna [9-13]. Som tidigare visats [9] förbättras patienter som får så mycket stöd mer relativt patienter som får en glesare kontakt än patienter som får antidepressiva förbättras relativt dem som får placebo.

Noggranna symtomskattningar, vilket är huvudinslaget i läkarsamtalen i kliniska prövningar, minskar i sig ångest- och depressionssymtom [14]. Hur kontakten med läkaren fungerar spelar större roll för behandlingseffekten än om patienten får antidepressiva eller placebo [15].

Mer stöd än vanligt

När SBU menar att antidepressiva har god effekt vid ångestsyndrom, och att effekten oftast är lika bra som för psykoterapi, gäller detta endast om läkemedlen kombineras med mer omfattande stöd än vad som vanligen är fallet. Antidepressiva

va med den glesa läkarkontakt som är vanlig i sedvanlig sjukvård ger sannolikt en blygsam effekt. En sådan läkemedelsbehandling saknar vetenskapligt stöd med de kriterier SBU tillämpar, eftersom det saknas randomiserade kontrollerade studier av en sådan behandling.

Sammanfattningsvis bygger SBU:s slutsatser på en ofullständig och nu delvis inaktuell forskningsgenomgång samt en tveksam tolkning av resultaten från farmakologiska studier. Den forskningsgenomgång som redovisats här leder till slutsatser som skiljer sig från SBU:s.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi vid ångestsyndrom undantaget specifika fobier och tvångssyndrom. Det saknas vetenskapligt stöd för behandling med antidepressiva i kombination med gles läkarkontakt.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt. Volym 1 & 2. Stockholm: Statens beredning för medicins utvärdering; 2005. SBU-rapport 171/1+2.
2. Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsingfors: Kela, Studies in social security and health vol. 77; 2004.
3. Bögels S, Wijts P, Sallaerts S. Analytic psychotherapy versus cognitive-behavioral therapy for social phobia. Paper presented at: European Congress for Cognitive and Behavioural Therapies, Prag; 2003.
4. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005;86:841-68.
5. Crits-Christoph P, Connolly MB, Gibbons MB, Narducci J, Scambler M, Gallop R. Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* 2005;42:211-24.
6. Scarvalone P, Cloitre M, Difede J. Interpersonal process therapy for incest survivors: Preliminary outcome data. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research Conference, Vancouver, British Columbia; 1995.
8. Kronmuller KT, Postelnicu I, Hartmann M, Stefani A, Geiser-Elze A, Gerhold M, et al. Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeitpsychoterapie bei kindern und jugendliche mit angststörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54:559-77.
9. Ankarberg P. SBU presenterar tveksamt underbyggda slutsatser om depressionsbehandling. *Läkartidningen* 2004;101:4251-2.
14. Scarvalone Pa, Cloitre M, Spielman LA, Jacobsberg L, Fishman B, Perry SW. Distress reduction during the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Psychiatry Res* 1996;59:245-9.
15. Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(6):1276-84.

Replik:

Slutsatserna kvarstår om psykodynamiska metoder vid ångest

Peter Ankarberg refererar till fem studier som av olika skäl inte har granskats av SBU. Men dessa kommer inte att förändra SBU:s utvärdering. Slutsatsen kvarstår: Det finns alltför få publicerade studier för att man ska kunna bedöma effekten av psykodynamiska metoder vid de enskilda ångestsyndromen.



LARS VON KNORRING
professor, institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala



MATS FREDRIKSON
professor, institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala



AGNETA PETERSSON
projektledare, SBU
petersson@sbu.se

|| Till att börja med vill vi betona att SBU:s rapport om ångestsyndrom har granskats utifrån specifika ångestsyndrom. Studier på patienter med en mer odefinierad ångestdiagnos har alltså inte ingått.

Vi kan konstatera att Peter Ankarberg ställer väsentligt lägre krav på dokumentation för att en metod ska anses ha »ett starkt vetenskapligt stöd«. För en beskrivning av SBU:s metodik hänvisar vi till rapporten om ångestsyndrom eller till vår webbplats (www.sbu.se).

Fem studier

Peter Ankarberg refererar till fem studier som inte har granskats av SBU. Två av studierna har inte publicerats annat än som kongressbidrag och citat i översiktsartiklar, och det går därför inte att dra några slutsatser om kvaliteten på dem.

Två studier, Crits-Cristoph 2005 och Kronmuller 2005, har publicerats under de senaste månaderna och har därmed inte ingått i granskningen. Vi kan dock notera att Crits-Cristophs studie om psykodynamisk korttidsterapi vid generaliserat ångestsyndrom är svår att värdera. Den redovisar en sammanslagning av resultaten från två studier, varav den ena är en tidigare publicerad öppen studie utan kontrollgrupp [1]. I den andra studien

randomiserades 31 patienter till endera psykodynamisk korttidsterapi eller stödterapi. Kronmullers studie avser barn och ungdom med icke specificerade ångesttillstånd och omfattar endast 26 patienter.

I den femte, finska studien slutligen föreligger paniksyndrom hos endast 10 procent av de 101 patienter som behandlas med psykodynamisk korttidsterapi, vilket får sägas vara alltför lite för att medge långtgående slutsatser.

Bedömningsunderlaget bättre på sikt

Av det sagda framgår att de fem studierna inte kommer att förändra SBU:s slutsatser. Det finns fortfarande alltför få publicerade studier för att kunna bedöma effekten av psykodynamiska metoder vid de enskilda ångestsyndromen. SBU hälsar dock med tillfredsställelse att de psykodynamiska terapierna börjar studeras under mer kontrollerade förhållanden, och att underlaget för att bedöma effekten kommer att förbättras på sikt.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Crits-Christoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Christoph K, Shapell S. An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy* 1996;3: 418-30.



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