

# Psykoterapi och psykoterapibedömning

## – lokal instruktion

2012-08-02

Björn Philips, processledare (red.)

Jenny Knutsson, skribent

Arbetsgrupp: Peter Comstedt, Lars Forsberg, Ulla Kahn, Eila Lundberg, Eva Rosenlund, Maria Anter Dahlqvist, Henrik Josephson.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. EVIDENSBASERAD PRAKTIK – EN INTRODUKTION</b> .....                              | <b>4</b>  |
| 1.1. EBPP .....   | 6         |
| <b>2. KUNSKAPSÖVERSIKT</b> .....  | <b>7</b>  |
| 2.1. FORSKNINGSSTÖD FÖR PSYKOTERAPIBEDÖMNING .....                                    | 7         |
| Val av terapimetod baserat på diagnos .....   | 7         |
| Patientegenskaper .....   | 7         |
| Olika betydelse för olika terapiformer .....  | 9         |
| Individuellt anpassad psykoterapi .....   | 9         |
| Anpassa strategi efter personlighetsorganisation .....                                | 9         |
| 2.2. BEDÖMNINGSMETODER.....   | 10        |
| Psykodynamisk personlighetsbedömning enligt KAPP .....                                | 10        |
| KBT-bedömning.....  | 10        |
| 2.3. PSYKOTERAPIMETODERS FORSKNINGSEVIDENS .....                                      | 11        |
| 2.4. PSYKOTERAPI MOT SUBSTANSBEROENDE .....   | 12        |
| 2.4.1 Evidens för psykoterapier vid alkohol- och drogmissbruk/beroende .....          | 12        |
| Kategorier av empiriskt stöd .....  | 12        |
| 2.4.2 Behandlingsrekommendationer.....  | 15        |
| Rekommendationer för patienter med alkoholproblem.....                                | 15        |
| Generella rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av narkotika .....     | 16        |
| Rekommendationer för patienter med långvarigt missbruk/beroende av opiater .....      | 16        |
| Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av cannabis .....                | 17        |
| Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av kokain .....                  | 17        |
| Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av amfetamin .....               | 17        |
| Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av hallucinogener .....          | 17        |
| 2.5. MISSBRUK AV ANNAT ÄN SUBSTANSER .....  | 18        |
| Spelmani .....  | 18        |
| 2.6. SAMSJUKLIGHET – MISSBRUK/PSYKISK SJUKDOM .....                                   | 18        |
| Huvudprinciper för integrerad behandling av patienter med samsjuklighet.....          | 19        |
| Rekommendationer för patienter med samsjuklighet - missbruk/psykisk sjukdom .....     | 19        |
| Psykoterapi för patienter med samsjuklighet .....                                     | 21        |
| 2.7. PSYKOTERAPI MOT ÖVRIG PSYKIATRISK PROBLEMATIK.....                               | 21        |
| 2.7.1 Översikt: Forskningsstöd för psykoterapi vid övrig psykiatrisk problematik..... | 22        |
| 2.7.2 Evidens för olika terapiformer .....  | 24        |
| Evidens för kognitiv beteendeterapi (KBT).....  | 24        |
| Evidens för psykodynamisk terapi (PDT) – individuellt och i grupp.....                | 30        |
| Evidens för gruppsykoterapi (PDT i grupp).....  | 35        |
| Evidens för systemisk familjeterapi .....   | 37        |
| Evidens för övriga psykoterapiformer .....  | 40        |
| 2.8. KLINISK EXPERTIS .....   | 41        |
| 2.9. PATIENTENS KARAKTÄRISTIKA, KULTUR OCH PREFERENSER .....                          | 42        |
| 2.10. RISKGRUPPER.....  | 43        |
| <b>3. AKTUELL LÄGESBESKRIVNING</b> .....  | <b>44</b> |
| 3.1. MULTIBEHANDLING .....  | 44        |
| Ramar och specifika förutsättningar .....   | 44        |
| 3.2. HUR GÅR EN PSYKOTERAPI TILL? – PSYKOTERAPIMETODERS ANVÄNDNING INOM BCS IDAG..... | 45        |
| Kognitiv beteendeterapi (KBT) .....   | 45        |
| Kognitiv terapi (KPT).....  | 47        |
| Psykodynamisk psykoterapi (PDT) .....   | 48        |
| Gruppsykoterapi (PDT i grupp).....  | 49        |
| Systemisk familjeterapi.....  | 50        |
| <b>4. ORGANISATION OCH ANSVAR</b> .....   | <b>52</b> |
| <b>5. FÖRKORTNINGAR</b> .....   | <b>52</b> |
| <b>6. REFERENSER</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>7. BILAGOR</b> .....   | <b>61</b> |
| Bilaga 1. Checklista Processflöde för psykoterapier .....                             | 61        |

|   |    |
|---|----|
| <i>Bilaga 2. Checklista för psykoterapi</i> .....                     | 62 |
| <i>Bilaga 3. Checklista för psykoterapibedömning</i> .....            | 63 |
| <i>Bilaga 4. Psykodynamisk personlighetsbedömning enl. KAPP</i> ..... | 64 |

# 1. EVIDENSBASERAD PRAKTIK – EN INTRODUKTION

Inom medicinsk forskning har modellen för evidensbaserad medicin (evidence-based medicine), EBM, länge varit aktuell främst som riktlinje för användning av bevisat effektiva medicinska behandlingar. Under 1990-talet influerade detta tänkande psykoterapiforskningen, vilket ledde till att APA (American Psychological Association), med EBM som utgångspunkt, formulerade kriterier för effektforskning inom psykoterapeutisk behandling. Dessa kriterier benämndes empirically supported treatments, EST, och definierades som ”visad effekt (efficacy) i form av symtomreduktion i minst två oberoende randomiserade kontrollerade studier (RCT) vid manualiserad och tidsbestämd behandling av en homogen diagnosgrupp” (Chambless & Hollon, 1998).

Randomiserade kontrollerade studier som forskningsstrategi är välkänt från medicinsk forskning, exempelvis läkemedelsprövningar. Detta sätt att undersöka behandlingseffekter följer principerna för experimentell metodik och ger därför förutsättningar för hög intern validitet, det vill säga att i en välgjord RCT går det att dra slutsatsen att signifikanta skillnader i effekt mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp beror på behandlingen och inte på någon felkälla. En stor del av forskar- och terapeutvärlden framhåller EST som bästa möjliga princip för att avgöra forskningsstödet för olika slags psykoterapier. Det är vidare motsvarande definition på evidensbaserad praktik som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, använt i sina tidigare översikter av behandling för alkohol- och drogberoende, samt för olika psykiatriska tillstånd. En modell för utveckling av kunskap om psykoterapi, som är förenlig med detta perspektiv, kan vara följande:

1. Om ingen tidigare forskning finns om en viss terapimetod för en viss patientgrupp, görs först en experimentell fallstudie. Utifrån resultaten och erfarenheterna från denna fallstudie, görs ytterligare några fallstudier, för att lära sig mer, formulera en detaljerad beskrivning av terapimetoden och bilda hypoteser om dess användbarhet.
2. Om fallstudierna ger lovande resultat, görs ett antal randomiserade kontrollerade prövningar enligt principerna för EST. Det innebär att om en första studie visar på signifikant effekt för terapimetoden (”efficacy”), så ska en replikationsstudie genomföras av en annan forskargrupp. Signifikanta effekter i både dessa studier, innebär att terapimetoden tillerkänns stark evidens.
3. Nästa steg blir att studera hur effektiv behandlingsmetoden är i ett vanligt, kliniskt sammanhang i en större, naturalistisk studie (”effectiveness”).
4. Ett vidare steg är göra process-studier för att sortera ut vilka faktorer i behandlingspaketet som bidrar till dess effektivitet. Exempelvis kan terapeut- och relationsvariabler studeras.
5. Variabler som på detta sätt sorterats ut som möjliga verksamma mekanismer, kan studeras vidare för att fastställa orsakssamband med ”dismantling”-strategi eller konstruktiv strategi.
6. Ytterligare aspekter att undersöka är kostnadseffektivitet, det vill säga studier där kostnaden för en viss intervention vägs mot nyttan av den, samt implementering, det vill säga studier över hur man bör gå till väga för att på bästa sätt etablera behandlingsmetoden i reguljärt, kliniskt arbete.

Det finns dock många andra inom forskar- och terapeutvärlden som framfört kritik mot att använda EST som princip för att avgöra evidensen för olika psykoterapimetoder. Några av de viktigaste,

kritiska synpunkterna följer nedan (Westen et al., 2004):

- EST:s fokus på hela, manualiserade behandlingspaket innebär nackdelar. Även om det kan konstateras att ett visst behandlingspaket är effektivare än en kontrollbetingelse, så är det ändå inte tydligt *exakt vad* i behandlingspaketet som åstadkommer dess effekter. Många EST-kritiker önskar i stället en ökad fokusering på studier rörande verksamma mekanismer eller principer, vilka därefter kan kombineras på ett mer kreativt och patientanpassat sätt än om en terapimanual följs i detalj.
- Forskningsevidensen från RCT-studier har hittills visat att många psykoterapimetoder *i genomsnitt* är effektiva för en viss patientgrupp. Men bakom dessa medelvärden brukar alltid döljas en stor variation i behandlingsutfall mellan olika patienter och terapeuter. Många EST-kritiker vill se ett ökat forskningsfokus på hur det på bästa sätt går att skraddarsy psykoterapi till patienter med olika egenskaper och förutsättningar samt hur differentieringen mellan mer eller mindre effektiva terapeuter ska ske.
- RCT är en genial forskningsdesign för läkemedelsstudier, men strategin är inte lika perfekt för psykoterapistudier då det inte går att utföra dubbelblinda test på detta område. Det vill säga, det är svårt att hålla patienten ovetande om vilken terapimetod han/hon går i och omöjligt att hålla terapeuten ovetande om vilken terapimetod han/hon utövar. Praktiska problem kan uppstå i randomiserade kontrollerade psykoterapistudier, då många patienter i vårt moderna samhälle har god kunskap om olika behandlingsmetoder. De blir därmed inte sällan besvikna när de lottas till kontrollgruppen eller till ett annat behandlingsalternativ än det de föredrar. Många av dessa patienter hoppar därför av studien eller ser till att få den psykoterapi de vill ha utanför forskningsprojektet, vilket försvårar möjligheten att få tillförlitliga resultat från studien. Många EST-kritiker hävdar därför att RCT inte ensamt ska vara guldstandarden för att mäta effekt av olika psykoterapimetoder. Det finns andra forskningsdesigner som undviker de problem som randomisering medför, men som ändå utvärderar psykoterapimetoder på ett tillförlitligt och generaliserbart sätt. Exempel på detta är kvasi-experimentella designers där effekten av en viss terapimetod sätts i relation till en matchad jämförelsegrupp eller till en så kallad 'benchmark' (en uppskattning av hur stor spontanförbättringen är för den aktuella patientpopulationen för den aktuella tidsperioden, baserad på ackumulerade data från longitudinella studier).
- Det är lättare att genomföra randomiserade kontrollerade studier för att pröva kortvariga och i hög grad standardiserade terapimetoder, än att med RCT-design studera effekten av terapimetoder som är långvariga och i mindre grad standardiserade. Forskares karriärer gynnas dessutom mer av att genomföra många studier av kortvariga terapimetoder än några få studier av långtidsterapier. Följden av detta är att det finns många fler studier som visar effekten av kortvariga, standardiserade terapimetoder än av långvariga, mindre standardiserade metoder. Detta medför dock inte att de förstnämnda är mer effektiva än de sistnämnda. För att dra sådana slutsatser måste de olika metoderna jämföras direkt med varandra.
- I vissa sammanhang glöms det bort att "stark evidens" för en viss terapimetod *inte* behöver betyda "stor effekt", utan bara att minst två välgjorda RCT-studier har gjorts av minst två oberoende forskargrupper, och att studierna visar att terapin har någon effekt. En annan terapimetod med "måttlig evidens" eller "svag evidens" kan ha visat en lika stor eller till och med större effekt i den eller de studier som terapimetoden har prövats i. Även terapimetoder

som helt saknar evidens, för att de inte har prövats i någon forskningsstudie, kan visa sig vara effektiva när de småningom utforskas.

För en mer utvecklad diskussion om argument för och emot EST-principerna, se exempelvis Norcross, Beutler och Levant (2005). Kunskapsöversikten i denna lokala instruktion försöker göra dessa olika perspektiv på psykoterapiforskning rättvisa, genom att redovisa både forskningsstödet för olika terapimetoder baserat på RCT-studier och relevanta forskningsfynd baserade på andra undersökningsstrategier, exempelvis "effectiveness"-forskning samt studier gällande patient-, terapeut- och relationsfaktorers inverkan.

Under senare år har ytterligare definitioner av evidens och nya effektkriterier växt fram inom området för psykologi och psykoterapi. Evidensbaserad Psykologisk Praktik, EBPP, är ett exempel på ett sådant alternativ och en något bredare definition av "bästa möjliga forskningsevidens". En definition som även är relevant för föreliggande lokala instruktion.

## 1.1. EBPP

Evidens-Baserad Praktik i Psykologi, EBPP, definieras enligt APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) som en integration av:

- bästa tillgängliga forskningsevidens
- klinisk expertis
- patientens kultur, etnicitet, karaktäristika och preferenser.

Termen EBPP myntades av APA år 2005 och har därefter börjat användas i Sverige av bland annat Socialstyrelsen och Psykologförbundet. EBPP utgår från patientens preferenser och behov och undersöker därefter vilken forskningsevidens som kan vara psykologen till hjälp för att uppnå bästa möjliga behandlingsresultat. Detta innefattar en möjlighet till behandling med olika metoder och inom olika tidsramar. Vidare inkluderar dessa kriterier både homogena och heterogena patientgrupper. Denna definition skiljer sig därmed från EST som istället utgår från en specifik behandlingsmetod och undersöker huruvida den är funktionell för en specifik diagnos under noga specificerade omständigheter.

Parallellt med utvecklingen av EBPP har även SBU omvärderat sitt tidigare system, och istället inlett en övergång till ett internationellt värderingssystem, det så kallade GRADE-systemet. Motiveringen för införandet av detta nya system är att det möjligen läggs för lite vikt vid bevis som kommer från ickerandomiserade studier och att detta därför kan leda till begränsningar och bristande underlag vid utvärdering av metoder. De understryker vidare vikten av att kunna använda bästa befintliga underlag, vilket även innefattar andra typer av studier än de randomiserade, för att kunna göra bedömningar angående lämpliga behandlingsmetoder i enskilda fall.

## 2. KUNSKAPSÖVERSIKT

### 2.1. Forskningsstöd för psykoterapibedömning

Innan en psykoterapi tar sin början genomförs, inom de flesta terapiinriktningar, en psykoterapibedömning. Nedan följer flera faktorer som förklarar varför en sådan bedömning i många fall är viktig att genomföra och när forskning faktiskt visat på det omvända.

#### Val av terapimetod baserat på diagnos

Enligt principerna för evidensbaserad, den så kallade EST-rörelsen i USA, går forskning ut på att fastställa vilka behandlingar som är effektiva för vilka specifika psykiatriska diagnoser. I och med detta spelar psykoterapibedömningen en viktig roll, då den fördjupar patientens psykiatriska diagnos och på så sätt utgör grundvalen för val av terapimetod. Genom en grundlig psykoterapibedömning, där patientens psykiatriska diagnos - m.fl. faktorer (se nedan) - fördjupas på ett reliabelt sätt, kan patienten garanteras den psykoterapi som uppvisat fullgott forskningsstöd för den aktuella problematiken.

#### Patientegenskaper

Det finns flera patientvariabler än den psykiatriska diagnosen som har inverkan på vilken terapiform som är lämplig för en viss patient. Forskning inom Aptitude by Treatment Interaction (ATI), där fokus ligger på att studera interaktioner mellan behandlings- och patientegenskaper, har identifierat sex viktiga patientegenskaper att ta hänsyn till vid bedömningen. Dessa egenskaper, som följer i texten nedan, hänger samman med patientens problembild, patientens karaktäristiska problemhanteringsstrategier samt med hur patientens interpersonella kontext ser ut. Viktigt att understryka är att forskningsresultaten inom detta område inte är entydiga, och att texten nedan endast redogör för de övervägande tendenserna.

#### Problembild

- *Funktionsnivå*  
Denna patientegenskap beskriver hur väl patienten fungerar i vardagen, och om det finns områden där patienten fungerar mindre bra. Forskning visar att graden av funktionsnedsättning har ett negativt samband med prognosen för bland annat depression och substansberoende (Clarkin & Levy, 2004). Svåra funktionsnedsättningar i form av störda objektrelationer och komorbida personlighetsstörningar bland substansberoende har även visat sig leda till negativa behandlingsutfall vid användning av psykodynamisk terapi. En låg funktionsnivå är därmed vanligen en indikation på att en intensivare behandling samt eventuell medicinering krävs (Sandell, 2008).
- *Problemetets komplexitet och/eller kronicitet*  
Denna patientegenskap relaterar direkt till patientens psykopatologi och beskriver då graden av komplexitet, det vill säga om samsjuklighet eller multipla diagnoser föreligger, samt kronicitet, symtomens varaktighet (Clarkin & Levy, 2004). Ju mer komplex eller kronisk störning patienten uppvisar, desto mer komplex och omfattande bör behandlingen vara (Sandell, 2008). Vid situationsspecifika problem, vilket kan sägas vara motsatsen till



kroniska och återkommande problem, har beteendefokuserad behandling istället visat sig vara att föredra (Clarkin & Levy, 2004).

### ***Patientens karaktäristiska problemlösningsstrategier***

– *Subjektivt lidande/emotionell belastning*

Detta handlar om patientens interna tillstånd, det vill säga hur patienten själv upplever och känner för sin problematik. Det finns forskning som pekar på att subjektivt lidande kan vara en motivationsfaktor för terapi, samt att det är de patienter som uppvisar måttliga till höga nivåer av subjektivt lidande som har bäst nytta av psykosocial behandling (Clarkin & Levy, 2004). Det subjektiva lidandet och den emotionella belastningen bör användas som indikation på om behandlingen bör inriktas mot stödjande eller konfrontativa interventioner. Patienter med en hög grad av subjektivt lidande reagerar vanligen bäst på stödjande behandling, medan patienter med lägre grad subjektivt lidande svarar bra på mer konfrontativa interventioner (Sandell, 2008).

– *Reaktans*

Reaktans beskriver patientens motstånd och motvilja mot att få sin fria vilja begränsad genom att låta sig påverkas eller styras. Denna faktor kan leda till en mängd olika beteenden i behandlingssituationen, såsom bristande följsamhet, fördröjd följsamhet eller direkt motsatt beteende, när patienten ställs inför terapeutens auktoritet. Därför är reaktans en viktig faktor att ta hänsyn till vid valet mellan direktiv, icke-direktiv eller paradoxal terapeutisk ansats (Sandell, 2008). För patienter med låg reaktans rekommenderas direkta metoder, medan patienter med hög reaktans vanligen svarar bättre på icke-direktiva metoder. Två studier har vidare funnit bevis för att patienter med hög reaktans även gynnas av paradoxala interventioner (Clarkin & Levy, 2004).

– *Copingstil*

Copingstil kan sammanfattas som de medvetna och omedvetna beteenden som ökar en persons förmåga att anpassa sig till sin omgivning och undvika de negativa effekterna av ångest (Clarkin & Levy, 2004). Copingstilar kan vidare grovt delas in i två grupper, externalisering och internalisering. Externalisering kännetecknas av handlingsorientering, tendens att förlägga problem utanför sig själv samt utagerande och utåtriktat beteende. Personer som använder sig av dessa copingstilar kan antas vara mer mottagliga för beteendeterapeutisk eller kognitivt inriktad terapi. Personer vars copingstil istället är att internalisera, det vill säga personer som är inåtvända, introspektiva, ibland också hämmade och med tendens att förlägga problem till sin egen person, kan istället antas passa bättre för psykodynamisk eller interpersonell terapi (Sandell, 2008).

### ***Kontext***

– *Social support*

Social support är individens interpersonella kontext och innefattar familj, vänner, arbetskamrater och andra relationer. Den sociala supporten kan delas upp i två delar, där den ena delen är en objektiv närhet av andra människor i omgivningen, och den andra är en subjektiv upplevelse av stöd. Båda dessa variabler, men särskilt den subjektiva upplevelsen av stöd, har visat sig vara viktiga för behandlingens utfall. Den subjektiva upplevelsen av stöd har även visat sig fungera som en buffert mot återfall (Clarkin & Levy, 2004).

Det som tydliggörs ovan är att forskningen på området lyfter fram separata rekommendationer för varje patientegenskap, vad gäller vilken form av behandling som fungerar bäst. Det är dock mycket troligt att alla ovannämnda patientvariabler interagerar med varandra, likväl som med



behandlingsmetoden i fråga, och att även detta är en faktor att ta hänsyn till vid val av behandlingsmetod (Sandell, 2008).

### Olika betydelse för olika terapiformer

En nyligen publicerad studie visar att ett systematiskt terapival, baserat främst på patientens målformulering och diagnos, tycks vara speciellt viktigt inför behandling med psykodynamisk terapi (Watzke et al., 2010). De patienter som i denna studie systematiskt valdes ut för PDT (psykodynamisk terapi) uppvisade, 6 månader efter behandling, en signifikant större reduktion vad gällde de aktuella symtomens svårighetsgrad, jämfört med de patienter som randomiserats in i PDT. Dessa forskningsfynd stärker tidigare teoretiska diskussioner där PDT och psykoanalys förmodats fungera bättre bland människor med vissa specifika egenskaper, däribland god reflektionsförmåga.

När samma systematiska urval utfördes inför behandling med kognitiv beteendeterapi fann forskarna dock helt skilda resultat. Det systematiska terapivalet tycktes inte ha någon betydelse för utfallet av KBT (kognitiv beteendeterapi) och denna terapiform verkade inte heller passa bättre eller sämre för patienter med särskilda egenskaper. Dessa resultat tyder på att KBT går att använda på en större och mer heterogen patientgrupp än PDT, samt att inget urval till denna terapi är nödvändig. Emellertid behövs fler studier för att säkerställa detta resultat. Den aktuella studiens resultat lyfter dock även upp frågan om hur väl randomiserade kontrollerade studier, som är ett krav för att en terapiform skall uppnå evidens, fungerar för psykodynamiska terapier, då urvalsprocessen i PDT ter sig så viktig för utfallet (Watzke et al., 2010).

### Individuellt anpassad psykoterapi

Det råder enighet mellan de olika etablerade terapiformerna att psykoterapi för den enskilda patienten ska vara individuellt anpassad. Det vill säga att behandlingsupplägget inte innebär att terapeuten mekaniskt applicerar ett behandlingspaket utformat för den diagnos patienten har. I stället skall en individuellt anpassad "case formulation" göras, det vill säga en klinisk bedömning där individens aktuella problematik ses i ljuset av individens livshistoria och kontext. Denna case formulation styr sedermera behandlingsupplägget. I KBT görs detta genom beteendeanalys, i KPT genom konceptualisering, i systemisk familjeterapi genom familjebedömning och i PDT genom en bedömning på psykodynamisk grund. De olika terapimetodernas bedömningsstrategier finns kortfattat beskrivna i avsnitt 2 som följer nedan.

### Anpassa strategi efter personlighetsorganisation

Valbak (2004) har i sin översikt rörande lämplighet för psykoanalytisk terapi funnit vissa personlighetsvariabler som tycks hänga samman med ett positivt behandlingsutfall. Dessa variabler är att patienten har goda objektrelationer, har god förmåga till inre psykologiskt arbete samt är motiverad att skapa förändring. Detta hänger till viss del samman med de observationer som tidigare gjorts inom PDT vilka tyder på att de terapeutiska strategier som används bör vara anpassade efter svårighetsgraden på patienternas personlighetsproblematik, vilket innefattas i det som inom PDT kallas personlighetsorganisation. Patienter med mer mogen och stabil personlighetsstruktur, det vill säga en neurotisk personlighetsorganisation (NPO) som bland annat inkluderar ovanstående personlighetsvariabler, både klarar och är mer hjälpta av en mer avtäckande, insiktsorienterad och ångestprovocerande strategi. Patienter med skörare och mer instabil personlighetsstruktur, såsom borderline personlighetsorganisation (BPO) eller psykotisk personlighetsorganisation (PPO), är dock inte hjälpta av sådana strategier, utan kan tvärtom fara illa av dem. Dessa patienter behöver i stället en stödjande, bekräftande och aktiv terapeutisk hållning

med syfte att stärka patientens jagfunktioner (McWilliams, 2005). Principer för val av ångestprovocerande eller stödjande terapistrategier bör logiskt sätt även vara möjliga att översätta till andra terapiinriktningar.

## 2.2. Bedömningsmetoder

### Psykodynamisk personlighetsbedömning enligt KAPP

Inom Beroendecentrum Stockholms (BCS) Psykoterapiverksamhet används KAPP (the Karolinska Psychodynamic Profile) som bedömningsinstrument för patienter som remitteras till psykodynamisk terapi (individuellt eller grupp) eller kognitiv terapi. Dessa terapimetoder kräver motivation och förmåga till ett inre psykologiskt arbete samt beredskap till att gå in i en nära, känsloladdad relation till terapeuten. Därför behöver de föregås av en noggrann bedömning av patientens personliga förutsättningar.

KAPP är ett bedömningsinstrument baserat på psykoanalytisk teori. Med det psykodynamiska instrumentet bedöms karaktärsdrag som är relativt stabila över tid. Den profil som erhålls består av 18 variabler, som avser att tillsammans ge en bild av väsentliga personlighetsdrag så som de framträder i patientens självbild och i relationer till andra. Variablerna och deras skattningssteg är försedda med detaljerad beskrivning vilken är nära förknippad med kliniskt observerbara fenomen. Informationen som krävs för att kunna göra bedömningarna erhålls genom en semistrukturerad intervju.

I psykoanalytisk teori betyder personlighetsmönster en reglerande struktur som gör det möjligt att anpassa inre behov till den yttre verkligheten. Om denna anpassning misslyckas leder det till symtom och dysfunktionella relationer. I detta synsätt finns således ett nära samband mellan symtom, sätt att relatera och underliggande personlighetsmönster. I psykoanalytisk teori ses vidare symtomminskning och mer adaptiva relationer som en konsekvens av förändringar i personlighetsmönster. Det finns speciella problem med att bedöma personlighetsmönster. Personlighetsdrag som i personens liv innebär svårigheter kan för personen i fråga vara helt självklara och rapporteras därför inte vid en intervju. Bedömningen måste därför huvudsakligen göras utifrån iakttagelser av utredaren. Detta skiljer sig från psykiatriska besvär, såsom fobier, nedstämdhet eller hallucinationer, som personen lider av, är medveten om och kan rapportera.

KAPP konstruerades av Robert Weinryb och Robert Rössel (1991a). Weinryb, Rössel och Åsberg (1991b) visade vidare att KAPP har hög reliabilitet utan mer omfattande träning av bedömarna. I en följande studie av Weinryb, Rössel och Åsberg (1991c) visades att validiteten är tillfredsställande. Weinryb, Åsberg och Rössel (1992a) visade även att KAPP bedömer karaktärsdrag som är relativt stabila över tid. För en mer utförlig beskrivning av KAPP som bedömningsmetod, se Bilaga 4.

### KBT-bedömning

När patienter remitteras till kognitiv beteendeterapi är den normala rutinen inom BCS att remissen skickas direkt till den KBT-terapeut som är tänkt att utföra behandlingen. Terapeuten gör sedan en beteendeanalys (Öst, 2006). Det finns två undantag från denna rutin. Det ena undantaget är när behandlingen är planerad att utföras av en extern, privatpraktiserande KBT-terapeut med landstingsavtal, och det andra är när en psykoterapeutstudent planeras utföra behandlingen under början av sin kliniska placering vid BCS. I dessa fall behöver psykoterapibedömningen först utföras

av en psykoterapeut inom BCS. Dessa bedömningar följer principer formulerade av Philips (2010) och kräver 1-2 samtal. Riktlinjerna för bedömning följer nedan.

KBT-bedömning görs genom intervju med patienten. Denna intervju bör undersöka:

1. patientens problem
2. anamnes
3. förväntningar om vad terapin ska innehålla och gå ut på
4. patientens egen målsättning med terapin.

Bedömningen undersöker patientens lämplighet för KBT. Detta avgörs utifrån följande lämplighetskriterier:

- a. Patienten beskriver ett avgränsat problem som han/hon vill arbeta med. Detta problem skall gå att formulera i beteendetermer. Om patienten har multiproblematik, går det ändå att hitta ett avgränsat problem som är tillräckligt viktigt och rimligt att arbeta med först, för att göra det möjligt att sedan börja arbeta med de andra problemen.
- b. Patienten är inställd på att arbeta aktivt i terapin för att få bukt med problemen, till exempel genom att utmana rädslor, göra hemuppgifter.
- c. Patienten önskar en tydlig struktur för terapin, där terapeuten är ganska direktiv och undervisande.
- d. Patienten kan, ensam eller tillsammans med bedömaren, formulera en tydlig, avgränsad och realistisk målsättning för terapin.
- e. Patienten behöver inte ha varit nykter och drogfri någon längre tid före bedömning, men ska ha en egen önskan om att leva nykter och drogfri. Det kan således vara möjligt att inom KBT arbeta med både missbruksproblematik och en problematik som hänger samman med missbruket.
- f. Patienten bedöms kunna hålla de yttre ramarna för ett terapeutiskt kontrakt, det vill säga kunna komma på regelbundna samtal vid rätt tid och rätt plats.

### 2.3. Psykoterapimetoders forskningsevidens

Bland patienter inom specialiserad beroendevården är det mycket vanligt med komplexa vårdbehov, det vill säga att patienten samtidigt som en missbruks-/beroendediagnos exempelvis har en eller flera psykiatriska diagnoser. Den vanligast förekommande psykiatriska diagnosen bland patienter med narkotikamissbruk/beroende är personlighetsstörning (50-90 %) där antisocial, borderline och paranoid personlighetsstörning är de diagnoser som uppvisar högst prevalens. Ytterligare psykiatriska diagnoser som är vanligt förekommande i denna patientgrupp är depressions- och ångesttillstånd (30-60 %) samt psykosstörningar (15-20 %), (Fridell, 1991).

Förekomsten av psykisk störning hos patienter med alkoholmissbruk/beroende har undersökts i stora amerikanska prevalensstudier. Dessa studier har bland annat visat att 29 procent av patienterna med alkoholberoende även har förstämningssyndrom och att 37 procent av patienterna har ångestsyndrom. Bland patienter med alkoholmissbruk fann studierna att cirka 12 procent av patienterna har förstämningssyndrom och 29 procent har ångestsyndrom (Petrakis et al., 2002). Forskning från senare år visar att det, bland patienter med missbruk/beroende av alkohol eller narkotika, även finns en överrepresentation av diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). För patienter med alkoholmissbruk /beroende uppskattas förekomsten av en samtidig

ADHD-diagnos till 33-71 procent, för patienter med kokainmissbruk/beroende 10-35 procent och för patienter med opiatmissbruk/beroende 5-22 procent (Rudnick Levin, 2007).

Inom beroendevården kan psykoterapi riktas antingen mot missbruket/beroendet eller mot de eventuella psykiatriska problemen. Ytterligare ett alternativ är en integrerad behandling där både missbruk/beroende och psykiska problem behandlas samtidigt. Trots den höga förekomsten av multipla diagnoser som beskrivs ovan finns det dock ytterst få studier på sådana integrerade behandlingar, vilket även medför att det saknas stark evidens för psykoterapeutiska behandlingsformer vid samsjuklighet. Däremot finns det stark evidens för olika psykoterapimetoder avseende de psykiatriska patientgrupper, utan missbruk/beroende, som har de diagnoser som är vanligast bland beroendevårdens patienter, det vill säga personlighetsstörningar, depression och ångest. Därmed kommer denna lokala instruktion att överföra evidens från enskilda evidensbaserade psykoterapier för specifika psykiska problem, till att gälla även psykoterapier för psykiska problem vid missbruks-/beroendediagnoser. Ett avsnitt om integrerad behandling kommer även att lyftas fram i programmet.

## 2.4. Psykoterapi mot substansberoende

Nedan följer en översikt över evidensen för olika former av psykoterapi vid substansberoende, samt förslag till rekommendationer. Detta avsnitt baseras på fyra internationella forskningsöversikter samt två gällande svenska riktlinjer för psykosocial behandling inom beroendevården.

### 2.4.1 Evidens för psykoterapier vid alkohol- och drogmissbruk/beroende

#### Kategorier av empiriskt stöd

Inom vetenskaplig forskning delas det vetenskapliga underlaget många gånger in i kategorier av empiriskt stöd, något som även kallas för grad av evidens. Dessa kategorier baseras på hur många och vilken sorts studier som utförts inom respektive forskningsområde. För att uppnå kategori I, som är den allra högsta evidensgraden, måste åtminstone två rigorösa randomiserade kontrollerade studier av minst två av varandra oberoende forskargrupper ha genomförts, vilka vidare visar terapins överlägsenhet mot placebokontroll eller annan verksam behandling. För kategori II ska åtminstone en RCT-studie ha genomförts, vilken visar terapins överlägsenhet mot en kontrollbetingelse eller annan verksam behandling. För att uppnå kategori III krävs slutligen endast att behandlingen ska vara lovande, vilket innebär att det finns annat forskningsstöd, exempelvis från observationsstudier.

Nedan följer en tabell där olika former av psykoterapier delas upp både efter diagnos och efter vilken kategori av empiriskt stöd respektive terapimetod uppfyller.

**Roth & Fonagy (2005):**

| <i>Diagnos</i>         | <i>Empiriskt stöd</i>   |  |
|------------------------|---|--|
|                        | I   | II   |
| <i>Alkoholmissbruk</i> | Community reinforcement approach<br>Motiverande samtal<br>Social färdighetsträning<br>Återfallsprevention<br>Signalexponering<br>Coping skills training<br>Contingency management | 12-stegsbehandling<br>(möjligtvis I)   |
| <i>Opiatberoende</i>   |   | Beteendeterapi (operanta metoder)<br>Kognitiv terapi<br>Psykodynamisk terapi |
| <i>Kokainberoende</i>  | Beteendeterapi<br>Community reinforcement approach  | KBT med återfallsprevention<br>Beteendeterapeutisk äktenskapsterapi          |
| <i>Nikotinberoende</i> | Multikomponent KBT  | KBT i grupp<br>Schemalagd reducerad rökning med beteendeterapi               |

*Kommentar:* Den största översikten som har gjorts på området publicerades år 2003 och innefattade 381 RCT-studier med totalt 75 000 patienter. Denna översikt visade att 2/3 av de metoder som gav positiva resultat för patienter med alkoholmissbruk var olika former av KBT. En metaanalys av 56 studier, publicerad år 2002, påvisade att metoden kort intervention, jämfört med kontrollbetingelsen, hade en signifikant effekt för måttet alkoholkonsumtion vid tre månaders uppföljning. Denna effekt sjönk dock något vid 6-12 månaders uppföljning men var fortfarande signifikant. Vid jämförelse mellan kort intervention och lång behandling uppvisade mätningar vid behandlingsavslut ingen skillnad gällande effekt. Vid uppföljningsmätningar efter 6-12 månader fanns fortfarande ingen skillnad. År 2000 publicerades vidare en metaanalys av 17 studier vilken undersökte självkontrollträning. Denna metaanalys visade en signifikant kontrollerad effekt för självkontrollträning och fann även bevis för att detta självhjälpsprogram var lika effektivt för ”problemdrickare” som för alkoholberoende (Öst, 2006).

Som nämnt ovan baseras kategorierna av empiriskt stöd på hur många och vilken sorts studier som utförts inom respektive forskningsområde, samt på vilket resultat den studerade terapiformen uppvisat gentemot placebo eller kontrollbetingelser. Vissa terapiformer hamnar utanför denna kategorisering alternativt hamnar i en låg kategori. Detta innebär dock inte automatiskt att dessa terapiformer är mindre effektiva utan kan istället vara ett tecken på att det saknas RCT-studier rörande just dessa terapiformer. I följande stycken redovisas därför de terapiformer där kategorisering ej varit möjlig, men där studier har påvisat god effekt för respektive terapiform.

Nedan följer en tabell över de beroende- och missbruksdiagnoser där PDT visat bättre, likvärdig eller sämre effekt än andra aktiva behandlingar. Tabellen är baserad på en översikt av Gerber et al. (2010).

| <b>Diagnoser där PDT har visat bättre effekt än annan aktiv/inaktiv behandling (Gerber et al., 2010):</b>                 |  |   |
|---|--|---|
| <i>Diagnos:</i>   | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i>   |
| Opiatberoende   | a.[Supportive-expressive & drogrådgivning] b.[Supportive-expressive & rehabiliteringsrådgivning & Metadon] | a.[Drogrådgivning]<br><br>b.[Kompletterande drogrådgivning & rehabiliteringsrådgivning & metadon] |
| <b>Diagnoser där det inte har påvisats någon skillnad mellan PDT och andra aktiva behandlingar (Gerber et al., 2010):</b> |  |   |
| <i>Diagnos:</i>   | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i>   |
| Opiatberoende   | Supportive-expressive & drogrådgivning   | KBT & drogrådgivning  |
| <b>Diagnoser där PDT har visat sämre effekt än annan aktiv behandling (Gerber et al., 2010):</b>                          |  |   |
| <i>Diagnos:</i>   | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i>   |
| Kokainmissbruk  | Supportive-expressive psykodynamisk terapi   | Individuell drogrådgivning  |

*Kommentar:* I studien med kokainmissbrukare ingår en jämförelse mellan supportive-expressive psykodynamisk terapi, kognitiv terapi och individuell drogrådgivning. Både supportive-expressive och kognitiv terapi uppvisar sämre effekt än individuell drogrådgivning. Det sker dock en viss förbättring bland patienterna i alla aktiva behandlingar (Crits-Cristoph et al., 1999).

Även gruppterapi och systemisk familjeterapi har visat god effekt vid alkohol- och drogberoende. Vad gäller gruppterapi lyfter en översikt av Burlingame et al. (2004) fram forskning som tyder på att patienter med missbruks- och beroendeproblematik, generellt sätt, uppvisar större förbättring om behandlingen innefattar gruppterapi än om den inte gör det. Vilken teoretisk inriktning dessa terapier har verkar dock vara underordnat det faktum att just gruppterapi används (Burtscheidt et al. cit. i Burlingame et al., 2004). Asen (2002) hänvisar vidare till ett flertal metaanalyser som finner bevis för att systemisk familjeterapi ensamt eller i kombination med annan behandling har god effekt vid alkohol- och drogmissbruk. I en systematisk kvantitativ översikt över 381 kliniska studier placerar sig vidare två olika systemiska interventioner bland de sju effektivaste behandlingsmetoderna för denna patientgrupp (Miller et al., 2003, cit. i Carr, 2009). En systematisk narrativ översikt av 38 kontrollerade studier tyder även på att systemisk familjeterapi är en effektiv behandlingsmetod vad gäller att skapa engagemang bland familjemedlemmarna och därmed hjälpa patienten att få stöd i behandlingsprocessen.



## 2.4.2 Behandlingsrekommendationer

### Rekommendationer för patienter med alkoholproblem

| <b>Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:</b>   | <b>SBU-rapport, 2001:</b>   |
|--|---|
| <i>Psykosocial behandling för alkoholmissbruk/beroende:</i>  | <i>Psykosocial behandling för alkoholberoende:</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Motivationshöjande behandling</li><li>- Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Motiverande samtal (MI)/Kort motivationshöjande behandling som tillägg till annan behandling (höjer behandlingseffekten)</li><li>- Kognitiv beteendeterapi</li></ul>                              |
| <i>Psykosocial behandling för alkoholmissbruk/beroende:</i>  | <i>Psykosocial behandling för alkoholberoende:</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Community Reinforcement Approach (CRA)</li><li>- Kort rådgivning (Brief intervention)</li><li>- Familjeterapi med fokus på missbruk/beroende</li><li>- Självkontrollträning</li><li>- Psykodynamisk terapi</li><li>- 12-stepsprogram</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Community Reinforcement Approach (CRA)</li><li>- Parterapi och anhöringsatser</li><li>- Signalexponering</li><li>- Psykodynamisk terapi</li><li>- 12-stepsprogram</li></ul>                       |
| <i>Psykosocial behandling för patienter med begränsade alkoholproblem:</i>   | <i>Psykosocial behandling för patienter med begränsade alkoholproblem:</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Ingen tillgänglig information</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- KBT-inriktad självkontrollträning</li><li>- Biblioterapi</li></ul>  |
| <i>Farmakologisk behandling i kombination med psykosocial behandling vid alkoholberoende:</i>  | <i>Farmakologisk behandling i kombination med psykosocial behandling vid alkoholberoende:</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Läkemedelsbehandling med naltrexon (Revia) i kombination med psykosocial behandling</li><li>- Läkemedelsbehandling med en kombination av akamprosats (Campral) och naltrexon (Revia) i kombination med psykosocial behandling</li></ul>        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Läkemedelsbehandling med naltrexon (Revia) i kombination med psykosocial behandling</li><li>- Läkemedelsbehandling med en disulfiram (Antabus) i kombination med psykosocial behandling</li></ul> |
| <i>Behandling för patienter med alkoholmissbruk/ alkoholberoende i kombination med svår social problematik, såsom exempelvis hemlöshet:</i>  | <i>Behandling för patienter med alkoholmissbruk/ alkoholberoende i kombination med svår social problematik, såsom exempelvis hemlöshet:</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat, samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser så kallat "Case management"</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat, samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser så kallat "Case management"</li></ul>                        |



## Generella rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av narkotika

---

### Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:

---

#### Psykosocial behandling i form av:

---

- Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk
  - Kort rådgivning
  - Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende
  - Dynamisk terapi
  - Motiverande samtal (MI)
  - Community Reinforcement Approach (CRA)
- 

*Kommentar:* Familjeterapi med fokus på missbruk/beroende nämns i Nationella Riktlinjer (Socialstyrelsen, 2007) som en rekommenderad psykosocialbehandling både vid alkohol- och narkotikamissbruk/beroende. Ett exempel på en familjeterapiform med sådan fokus är CRAFT, Community reinforcement and family training. Roozen et al. (2010) redovisar i sin översikt totalt 4 RCT-studier där CRAFT visat sig överlägsen en mer traditionell behandling i form av AA (Anonyma Alkoholister) och NA (Narcotics Anonymous). Översikten visar vidare att CRAFT bidrar till att höja patientens engagemang i behandlingen samt förbättra familjens funktionsförmåga genom att bidra till bättre familjesammanhållning, ökad glädje i relationerna samt minskad ilska och depression.

## Rekommendationer för patienter med långvarigt missbruk/beroende av opiater

---

### Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:

---

#### Psykosocial behandling:

---

- Kontingensträning
  - Motiverande samtal (MI)
  - Familjeterapi
  - Kognitiv beteendeterapi
  - Psykodynamisk terapi
  - Farmakologisk underhållsbehandling med läkemedlen metadon och subutex i kombination med psykosocial behandling enligt föreskrifter SOSFS 2004:8
- 

---

### SBU-rapport, 2001:

---

#### Farmakologisk underhållsbehandling i kombination med psykosocial behandling i form av:

---

- Kontingensträning
  - Counseling som tillägg till annan behandling (höjer behandlingseffekten)
  - Familjeterapi
  - Kognitiv beteendeterapi
  - Psykodynamisk terapi
  - Omlärande behandling i form av beteendeterapi med fokus på missbruk och beroende
- 

*Kommentar:* Vid behandling av opiatmissbruk och beroende finns det ett stort forskningsstöd för farmakologisk behandling i kombination med psykosocial behandling. I SBU-rapporten från 2001 är det även denna kombinationsbehandling som rekommenderas. Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer från 2007 lyfter dock fram sex randomiserade kontrollerade studier som framlägger stöd för att psykosocial behandling ensamt har effekt vid opiatmissbruk och beroende, det vill säga oberoende av samtidig farmakologisk behandling.

## Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av cannabis

| <b>Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:</b>   | <b>SBU-rapport, 2001:</b>  |
|--|--|
| <i>Behandlingen ska inriktas på:</i>   | <i>Psykosocial behandling i form av:</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Omedelbar avhållsamhet med regelbundna övervakade urinprov</li><li>- Störningar i kognitiva funktioner</li><li>- Stödinsatser i form av träning i psykologisk och social kompetens</li><li>- En systematisk undersökning av det s.k. drogrelaterade episodiska minnet som sedan kan utnyttjas för att utveckla nya kognitiva strategier</li><li>- Stödinsatser för familj eller närstående</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Inga säkra effekter har dokumenterats för någon psykosocial behandling</li></ul> |

## Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av kokain

| <b>Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:</b>  | <b>SBU-rapport, 2001:</b>  |
|---|--|
| <i>Farmakologisk underhållsbehandling i kombination med psykosocial behandling i form av:</i>                                 | <i>Psykosocial behandling i form av:</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Läkemedlet disulfiram (Antabus ®) i kombination med kognitiv beteendeterapi</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Omlärande behandling i form av beteendeterapi med fokus på missbruk och beroende</li><li>- Multimodala insatser med familjeterapi (god effekt på retention/kvarstannande i behandling)</li></ul> |

## Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av amfetamin

| <b>Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:</b>                    | <b>SBU-rapport, 2001:</b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Inga riktlinjer finns</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Inga studier har genomförts</li></ul> |

## Rekommendationer för patienter med missbruk/beroende av hallucinogener

| <b>Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, 2007:</b>                    | <b>SBU-rapport, 2001:</b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Inga riktlinjer finns</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Inga studier har genomförts</li></ul> |

## 2.5. Missbruk av annat än substanser

### Spelmani

År 2006 sammanfattade Öst forskningsläget och nämnde då att det fanns ett flertal studier vad gällde spelmissbruk, men att de flesta av dessa uppvisade någon form av metodproblem vilket medförde att säker vetenskaplig kunskap saknades. Bland de studier som hade genomförts hade dock flera funnit faktorer som tydde på att KBT-metoder hade det starkaste empiriska stödet för denna patientgrupp (Öst, 2006). Roth och Fonagy (2005) redovisade i sin sammanställning även ett empiriskt stöd motsvarande kategori II för KBT vid denna diagnos.

RCT-studier genomförda efter 2006 visar dock betydligt mer positiva resultat för olika interventioner vid denna diagnos:

---

#### **RCT-studier där olika former av KBT-interventioner har uppvisat bättre effekt än andra aktiva/inaktiva behandlingar för diagnosen spelmani:**

---

| <i>RCT-studie:</i>                                     | <i>Använd KBT-intervention:</i>           | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv/inaktiv behandling</i> |
|--|---|---|
| Carlbring, Jonsson, Josephson & Forsberg (2010)        | MI  | Väntelista (inaktiv)  |
|  | KBT                                       | Väntelista (inaktiv)  |
| Diskin & Hodgins (2009)<br>Doiron & Nicki (2007)       | MI (en session)                           | Kontrollintervju  |
|  | KBT-program som prevention                | Väntelista (inaktiv)  |
| Grant, Donahue, Odlaug, Kim, Miller & Petry            | Föreställningsmässig desensitisering & MI | Anonyma Spelmissbrukare                                       |
| Hodgins, Toneatto, Makarchuk, Skinner & Vincent (2007) | KBT som självhjälp för anhöriga           | Självhjälpsbok  |
|  | KBT som självhjälp för anhöriga           | Arbetsbok och telefonsupport                                  |
| Oei, Raylu & Casey (2010)                              | KBT & MI individuellt                     | Väntelista (inaktiv)  |
|  | KBT & MI i grupp                          | Väntelista (inaktiv)  |

---

## 2.6. Samsjuklighet – missbruk/psykisk sjukdom

Epidemiologisk data pekar på att det, bland människor som aktivt missbrukar, finns en hög förekomst av samsjuklighet. Detta innebär med andra ord att det är mycket vanligt att människor som missbrukar även lider av en eller flera psykiska sjukdomar. Vidare finns studier som visar att missbruk i kombination med psykisk sjukdom är förknippat med både medicinska och sociala komplikationer såsom ett mer långvarigt missbruk, återfall, depression, självmordsbenägenhet, hiv-infektioner, återintagning på sjukhus, hemlöshet, våld, fängelsevistelser och ökad familjerelaterad problematik. Den traditionella behandlingen för patienter med samsjuklighet fokuserar vanligen enbart på det ena av de två tillstånden, alternativt utför behandling efter en viss turordning. Ytterligare ett traditionellt alternativ är att behandla de två tillstånden parallellt med två separata behandlingsteam. Båda dessa behandlingsformer har visat sig vara problematiska och uppvisar sällan positiva behandlingsresultat. Detta har lett till en utveckling av mer integrerade behandlingsmodeller där interventioner mot den psykiska sjukdomen och åtgärder mot missbruket

integreras till ett kliniskt program. Nedan följer en tabell med huvudprinciper för integrerad behandling vid multipla diagnoser och komplexa vårdbehov samt en tabell med förslag på kliniska åtgärder baserat på olika behandlingsstadier. De båda tabellerna bygger på tabeller ur boken *Dubbel Diagnos: Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk*, en forskningsöversikt av Meuser K.T. (2005), och avser främst psykossjukdomar såsom schizofreni.

### Huvudprinciper för integrerad behandling av patienter med samsjuklighet

- Patienten deltar i ett program som behandlar två sjukdomstillstånd: svår psykisk sjukdom och missbruk.
- Patientens psykiska sjukdom och missbruk behandlas av samma personal.
- Personalen är utbildad i psykopatologi, bedömning och behandlingsstrategier för både den psykiska sjukdomen och missbruket.
- Personalen erbjuder en missbruksvård som är anpassad till individer med svår psykisk sjukdom:
  - Fokus på att förebygga ökad ångest snarare än att slå hål på förnekandet.
  - Tonvikt på tillit, förståelse och inläring snarare än konfrontation, kritik och negativa kommentarer.
  - Tonvikt på att minska skador av droganvändningen snarare än omedelbar avhållsamhet.
  - Långsam takt och långsiktigt perspektiv snarare än snabbt utsättande och kortvarig behandling.
  - Stödande personal som finns till hands på oregelbundna tider och i vanliga miljöer snarare än personal som bara kan nås under kontorstid och på kliniker.

### Rekommendationer för patienter med samsjuklighet - missbruk/psykisk sjukdom

**Meuser, K.T. (2005):**

*Behandlingsstadier:*

| Stadium            | Definition   | Målsättning  | Exempel på kliniska åtgärder   |
|--------------------|--|--|--|
| <i>Engagemang</i>  | Patienten har ingen regelbunden kontakt med behandlaren (som har dubbelkompetens)                  | Att etablera en fungerande allians med patienten   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppsökande verksamhet</li> <li>- Praktisk hjälp (t ex med boende, sociala förmåner, transporter, medicinsk vård)</li> <li>- Krisåtgärder</li> <li>- Stöd och assistans till det sociala nätverket</li> <li>- Stabilisering av psykiatriska symtom</li> </ul>  |
| <i>Övertalning</i> | Patienten har regelbunden kontakt med behandlaren men vill inte arbeta på att minska sitt missbruk | Att göra patienten medveten om att droganvändning en är ett problem och att skapa motivation till förändring | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuell- och anhörigutbildning</li> <li>- Motivationshöjande intervjuer (t ex MI)</li> <li>- Kamratstödjargrupper (t ex övertalningsgrupper)</li> <li>- Social färdighetsträning som inte omfattar missbruksrelaterade situationer</li> <li>- Strukturerade aktiviteter</li> <li>- Konkreta exempel på konstruktiva sociala aktiviteter och fritidssysselsättningar</li> <li>- Psykologisk förberedelse för de förändringar av livsstil som är nödvändiga för remission.</li> </ul> |

---

*Behandlingsstadier:*

| <i>Stadium</i>                | <i>Definition</i>  | <i>Målsättning</i>  | <i>Exempel på kliniska åtgärder</i>  |
|-------------------------------|--|---|--|
| <i>Övertalning</i>            |  |   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tryggt men inte helt "rent" boende (dvs. tolerans av visst missbruk)</li><li>- Selektiva läkemedel för den psykiska sjukdomen som har sekundär effekt på begär/beroende (t ex selektiva serotoninåterupptagshämmare tricykliska antidepressiva, atypiska neuroleptika, buspiron, bupropion)</li></ul>  |
| <i>Aktiv Behandling</i>       | Patienten är motiverad till att skära ned på sitt missbruk, vilket yttrar sig i reducerad droganvändning under minst 1 månad men mindre än 6 månader | Att hjälpa patienten att ytterligare minska sin droganvändning och, om möjligt, bli drogfri   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Kamratstödgrupper (ex "aktiva behandlingsgrupper")</li><li>- Särskild missbruksbedömning</li><li>- Case management</li><li>- Motivationsinriktad individuell rådgivning i form av kognitiv beteendeterapi</li><li>- Omsorg om boende</li><li>- Social färdighetsträning inriktad på missbruksrelaterade situationer</li><li>- Psykosocial rehabilitering</li><li>- Träning i att hantera mediciner och medicinering</li><li>- Anhörigutbildning och anhörigstöd</li><li>- Självhjälpsgrupper (AA, NA)</li><li>- Ersättande drogfria aktiviteter (t ex arbete, sport)</li><li>- Farmakoterapi som stärker avhållsamheten (t ex disulfiram, naltrexon)</li><li>- Avgiftning på sjukhus</li><li>- Tillfälliga beteendestärkande strategier t ex i form av ekonomisk belöning vid avhållsamhet</li></ul> |
| <i>Återfalls-förebyggande</i> | Patienten har inte upplevt problem förknippade med droganvändning under minst 6 månader (eller är drogfri)   | Att bibehålla medvetenheten om att återfall kan inträffa och att vidga förbättringen till att gälla andra områden (t ex sociala relationer, arbete) | <ul style="list-style-type: none"><li>- Understödd eller självständig anställning</li><li>- Kamratstödgrupper (ex "aktiva behandlingsgrupper")</li><li>- Självhjälpsgrupper (AA, NA)</li><li>- Social färdighetsträning som inriktar sig på andra funktionsområden</li><li>- Lösning av familjeproblem</li><li>- Förbättringar av livsstilen (t ex rökavvänjning, hälsosammare kost, regelbunden motion, stresshanteringstekniker)</li><li>- Självständigt boende</li></ul>  |

## Psykoterafi för patienter med samsjuklighet

Totalt fem RCT-studier har kunnat lokaliserats på området psykoterafi vid dubbeldiagnoser, varav fyra studier fokuserar på borderline personlighetsstörning (BPS) och olika typer av substansberoende.

Den första av dessa RCT-studier, i vilken patienterna har olika former av drogberoende, finner stöd för att DBT-S (Dialektisk beteendeterapi för substansmissbruk) i jämförelse med rutinbehandling medför signifikant lägre avhopp/bortfallsfrekvens och ett signifikant minskat drogmissbruk både under behandling och vid 16-månadersuppföljning. Dock finns ingen signifikant skillnad i suicidförsök eller användning av sjukhusvård mellan behandlings- och kontrollgruppen (Linehan et al., 1999).

Den andra av dessa RCT-studier, rörande opiatberoende patienter med BPS, jämför DBT-S med Comprehensive Validation Therapy administrerat i ett 12-stegsprogram. Båda behandlingsmetoderna leder till reducerad opiatanvändning och förbättrad global anpassningsförmåga, men lyckas ej förbättra den sociala anpassningsförmågan eller minska antalet självmordsförsök (Linehan et al., 2002).

I den tredje RCT-studien för BPS och opiatberoende under metadonbehandling uppvisar schematerapi med dubbelt fokus (DSFT), i jämförelse med 12-stegsbehandling, en god effekt vad gäller att snabbt reducera droganvändningen och skapa en stark terapeutisk allians (Ball, 2007).

Den fjärde RCT-studien på detta område, vilken undersöker BPS och alkoholberoende, finner stöd för att dynamisk dekonstruktiv psykoterafi (DDP), jämfört med rutinbehandling, medför en signifikant förbättring vad gäller suicidförsök, alkoholintag, hospitalisering, depression, dissociation och andra dominerande symtom vid BPS (Gregory et al., 2008).

Den femte RCT-studien för dubbeldiagnoser fokuserar istället på patienter med bipolär störning och olika typer av substansberoende, vilka medicinerar med stämningsstabiliserande medel. Denna studie finner att tidsbegränsad integrerad gruppterapi, i jämförelse med drogrådgivning i grupp, vid upprepade mätningar visar signifikanta resultat vad gäller total avhållsamhet från missbruk samt en kortare process till den första månaden i avhållsamhet. Integrerad gruppterapi visar även tendenser till minskad droganvändning och färre maniska och depressiva episoder samt i det stora hela ett signifikant bättre behandlingsresultat både vad gäller substansberoendet och den bipolära störningen (Weiss et al., 2009).

## 2.7. Psykoterafi mot övrig psykiatrisk problematik

Som tidigare nämnts har många patienter inom den specialiserad beroendevården även annan psykiatrisk problematik och det är ofta den som står i förgrunden när patienter remitteras för psykoterafi inom Beroendecentrum Stockholm. Därför behöver den lokala instruktionen även redovisa forskningsstödet för psykoterafi metoder för andra psykiatriska diagnoser än beroende/missbruk. För att kunna presentera uppdaterade och utförliga beskrivningar av forskningsstödet för olika psykoterafi metoder har ett antal olika forskningsöversikter och metaanalyser använts. Samtliga är av god kvalitet och publicerade i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter. Det finns dock vissa problem med att jämföra slutsatserna från de olika översiktsartiklarna då de inte använder sig av exakt samma inklusionskriterier, kvalitetskriterier,

effektmått et cetera. Detta medför att det tyvärr inte går att använda samma tabellformat för att redovisa forskningsläget för alla terapimetoder.

## 2.7.1 Översikt: Forskningsstöd för psykoterapi vid övrig psykiatrisk problematik

Nedan följer en översikt över vilka psykoterapier som har uppnått starkt till måttligt forskningsstöd för andra diagnoser än missbruk och beroende. Översikten är tänkt att vara ett verktyg för att i största möjliga mån garantera patientens rätt att välja mellan de olika psykoterapiformer som uppvisar starkt till måttligt forskningsstöd för respektive diagnos. I tabellen anges psykoterapiform enligt kategori, inte enligt exakt terapimetod. Information om vilken specifik terapimetod som rekommenderas för vilken diagnos följer därefter i separata avsnitt (se sidhänvisning i tabell).

### Översikt över psykoterapier med starkt till måttligt forskningsstöd vid övrig psykiatrisk problematik:

| <i>Diagnos</i>  | <i>Psykoterapier med starkt till måttligt forskningsstöd</i>   | <i>Sidhänvisning</i>  |
|---|--|---|
| <b>Schizofreni</b>  | KBT<br>Kognitiv terapi<br>Systemisk familjeterapi<br>Stödterapi i grupp                                | s. 24-30<br>s. 24-30<br>s. 37-39<br>s. 40                         |
| <b>Förstämningssyndrom</b><br><i>Egentlig depression</i>  | KBT<br>Kognitiv terapi<br>PDT<br>PDT i grupp<br>Systemisk familjeterapi<br>IPT (Interpersonell terapi) | s. 24-30<br>s. 24-30<br>s. 30-35<br>s. 36-38<br>s. 37-39<br>s. 40 |
| <b>Specifika typer av depression</b><br><i>Subklinisk depression, postpartum depression, depression och barndomstrauma hos kvinnor, geriatrisk depression</i> | PDT  | s. 30-35  |
| <i>Sorg, komplicerad &amp; okomplicerad</i>   | PDT i grupp  | s. 35-37  |
| <i>Bipolär störning</i>   | KBT<br>Systemisk familjeterapi<br>IPT  | s. 24-30<br>s. 37-39<br>s. 40                                     |
| <b>Ångestsyndrom</b><br><i>Paniksyndrom med eller utan agorafobi</i>  | KBT<br>PDT<br>Systemisk familjeterapi  | s. 24-30<br>s. 30-35<br>s. 37-39                                  |
| <i>Agorafobi</i>  | KBT  | s. 24-30  |
| <i>Specifik fobi</i>  | KBT  | s. 24-30  |
| <i>Social fobi</i>  | KBT<br>PDT   | s. 24-30<br>s. 30-35  |



| <i>Diagnos</i>                                   | <i>Psykoteraier med starkt till<br/>måttligt forskningsstöd</i> | <i>Sidhänvisning</i> |
|--|---|----------------------|
| <i>Tvångssyndrom</i>                             | KBT   | s. 24-30             |
|  | Kognitiv terapi   | s. 24-30             |
|  | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39             |
| <i>Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)</i>      | KBT   | s. 24-30             |
|  | PDT   | s. 30-35             |
|  | EMDR  | s. 40                |
| <i>Generaliserat ångestsyndrom</i>               | KBT   | s. 24-30             |
|  | PDT   | s. 30-35             |
| <i>Ångest</i>                                    | KBT   | s. 24-30             |
|  | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39             |
| <b>Somatisk sjukdom</b>                          |   |                      |
| <i>Kronisk fysisk sjukdom och kronisk smärta</i> | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39             |
| <i>Irritable Bowel Syndrome (IBS)</i>            | PDT   | s. 30-35             |
| <i>Kronisk funktionell dyspepsi</i>              | PDT   | s. 30-35             |
| <b>Sexuella dysfunktioner</b>                    |   |                      |
| <i>Hypoaktiv sexuell behovsstörning</i>          | KBT   | s. 24-30             |
| <i>Impotens</i>                                  | KBT   | s. 24-30             |
| <i>Orgasmstörning hos kvinnor</i>                | KBT   | s. 24-30             |
| <i>Prematur ejakulation</i>                      | KBT   | s. 24-30             |
| <i>Vaginism</i>                                  | KBT   | s. 24-30             |
| <i>Psykosexuella svårigheter</i>                 | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39             |
| <b>Ätstörningar</b>                              |   |                      |
| <i>Anorexia nervosa</i>                          | PDT   | s. 30-35             |
|  | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39             |
| <i>Bulimia nervosa</i>                           | KBT   | s. 24-30             |
|  | PDT   | s. 30-35             |
|  | IPT   | s. 40                |
| <i>Hetsätning</i>                                | KBT   | s. 24-30             |
|  | PDT i grupp   | s. 35-37             |
| <i>Obesitas</i>                                  | KBT   | s. 24-30             |
|  | PDT   | s. 30-35             |
| <b>Sömnstörningar</b>                            | KBT   | s. 24-30             |
| <b>Impulskontroll-störningar</b>                 |   |                      |
| <i>Spelmani</i>                                  | KBT   | s. 24-30             |

| <i>Diagnos</i>                           | <i>Psykoteraier med starkt till<br/>måttligt forskningsstöd</i> | <i>Sidhänvisning</i>                         |
|--|---|--|
| <b>Personlighetsstörningar</b>           |   |  |
| <i>Kluster C personlighetsstörningar</i> | KBT<br>PDT  | s. 24-30<br>s. 30-35                         |
| <i>Fobisk personlighetsstörning</i>      | KBT   | s. 24-30                                     |
| <i>Borderline personlighetsstörning</i>  | KBT<br>Kognitiv terapi<br>PDT<br>PDT i grupp                    | s. 24-30<br>s. 24-30<br>s. 30-35<br>s. 35-37 |
| <i>Avsiktligt självskadande beteende</i> | KBT   | s. 24-30                                     |
| <i>Självmondsbenägenhet</i>              | PDT   | s. 30-35                                     |
| <b>Relationsproblem</b>                  | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39                                     |
| <b>Fysisk misshandel av vuxen</b>        | Systemisk familjeterapi   | s. 37-39                                     |

## 2.7.2 Evidens för olika terapiformer

### Evidens för kognitiv beteendeterapi (KBT)

I många länder har kognitiv beteendeterapi och kognitiv psykoterapi sedan länge räknats in under paraplybegreppet KBT. Fram tills nyligen gjordes det dock i Sverige åtskillnad mellan de två metoderna. I tabellerna och i texten nedan finns därför denna uppdelning kvar, och därmed anges för vilka diagnoser kognitiv beteendeterapi respektive kognitiv psykoterapi har empiriskt stöd. I avsnitt 3.2 (*Hur går en psykoterapi till? – Psykoteraimetodens användning inom BCS idag*) finns sedan en mer ingående beskrivning av de båda metodernas likheter och skillnader, samt en beskrivning av hur de praktiseras i den kliniska verkligheten.

Nedan följer en tabell där olika former av kognitiva beteendeterapier delas upp både efter diagnos och efter kategori av empiriskt stöd (se avsnitt 2.4.1.) respektive terapimetod uppfyller. Efter tabellen följer sedan en genomgång av det vetenskapliga stödet för samtliga diagnoser baserat på efficacy-studier och därefter en kortare översikt av effectiveness-studier.

#### Empiriskt stöd för KBT-terapi (Roth & Fonagy, 2005):

| <i>Diagnos</i>     | <i>Empiriskt stöd</i>  |                                       |     |
|--------------------|--|---------------------------------------|-----|
|                    | I  | II                                    | III |
| <b>Schizofreni</b> | Tecken-ekonomiprogram<br>Beteendeterapeutisk familjeterapi<br>Kognitiv terapi för vanföreställningar/hallucinationer | Social färdighetsträning (möjligen I) |     |

| <i>Diagnos</i>                              | <i>Empiriskt stöd</i>  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | I  | II  | III  |
| <b>Förstämmningssyndrom</b>                 |  |   |  |
| <i>Egentlig depression</i>                  | KBT<br>Kognitiv terapi<br>Beteendeterapi<br>Beteendeaktivering |   |  |
| <i>Bipolär störning</i>                     | KBT  | Psykoedukation<br>Beteendeterapeutisk familjeterapi                 |  |
| <b>Ångestsyndrom</b>                        |  |   |  |
| <i>Paniksyndrom</i>                         | KBT<br>Panikkontrollträning                                    |   |  |
| <i>Agorafobi</i>                            | KBT<br>Exponering in-vivo                                      |   |  |
| <i>Specifik fobi</i>                        | Exponering in-vivo<br>Tillämpad spänning för blodfobi          | Systematisk desensibilisering                                       |  |
| <i>Social fobi</i>                          | KBT<br>Exponering in-vivo                                      | Systematisk desensibilisering<br>Tillämpad avslappning (möjligen I) |  |
| <i>Tvångssyndrom</i>                        | Exponering och responsprevention                               | Kognitiv terapi + exponering  | Rationell-emotiv beteendeterapi + exponering |
| <i>Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)</i> | KBT<br>Föreställningsmässig exponering                         |   |  |
| <i>Generaliserat ångestsyndrom</i>          | KBT<br>Tillämpad avslappning                                   |   |  |
| <b>Sexuella dysfunktioner</b>               |  |   |  |
| <i>Impotens</i>                             | Beteendeterapi/KBT för ångest reducering                       |   |  |
| <i>Prematur ejakulation</i>                 |  | Beteendeterapi  |  |
| <i>Hypoaktiv sexuell behovsstörning</i>     |  | Kombinerad sex- och äktenskapsterapi                                |  |

| <i>Diagnos</i>                           | <i>Empiriskt stöd</i>             |   |     |
|--|-----------------------------------|---|-----|
|  | I                                 | II  | III |
| <i>Vaginism</i>                          | Exponeringsbaserad beteendeterapi |   |     |
| <i>Orgasmstörning hos kvinnor</i>        |                                   | Beteendeterapeutisk äktenskapsterapi + sexterapi<br>Sexuell färdighetsträning |     |
| <i>Sexuella avvikelser</i>               |                                   | Beteendeterapi  | KBT |
| <b>Ätstörningar</b>                      |                                   |   |     |
| <i>Anorexia nervosa</i>                  |                                   | KBT<br>Familjeterapi  |     |
| <i>Bulimia nervosa</i>                   | KBT                               |   |     |
| <i>Hetsätning</i>                        |                                   | KBT   |     |
| <i>Obesitas</i>                          | Beteendeterapi                    | KBT   |     |
| <b>Sömnstörningar</b>                    |                                   |   |     |
|  | Stimuluskontroll                  | Progressiv avslappning (möjligen I)   |     |
| <b>Impulskontrollstörningar</b>          |                                   |   |     |
| <i>Trichotillomani</i>                   |                                   | Habit reversal training   |     |
| <b>Personlighetsstörningar</b>           |                                   |   |     |
| <i>Borderline personlighetsstörning</i>  |                                   | Dialektisk beteendeterapi (DBT) (möjligen I)                                  |     |
| <i>Fobisk personlighetsstörning</i>      |                                   | Social färdighetsträning<br>Exponering in-vivo                                |     |
| <i>Avsiktligt självskadande beteende</i> |                                   | Problemlösningsterapi och DBT   |     |
| <b>Diverse störningar</b>                |                                   |   |     |
| <i>Tics och Tourette's syndrom</i>       | Habit reversal training           |   |     |
| <b>Störningar hos äldre</b>              |                                   |   |     |
| <i>Ångestsyndrom</i>                     |                                   | KBT<br>Avslappning  |     |

| Diagnos                                       | Empiriskt stöd        |                      |     |
|---|-----------------------|----------------------|-----|
|   | I                     | II                   | III |
| Depression                                    | Beteendeterapi<br>KBT |                      |     |
| Sömnstörningar                                |                       | KBT                  |     |
| Demenser                                      |                       | Realitetsorientering |     |
| Stress hos anhöriga till<br>dementa patienter |                       | Psykoedukation       |     |

### Schizofreni

År 2001 och 2002 publicerades två metaanalyser för KBT som behandling för psykotiska problem hos patienter med schizofreni. Båda metaanalyserna innefattade 7 studier och visade en positiv effekt av KBT för denna diagnosgrupp. Jämfört med kontrollbetingelserna visade sig KBT i den senare metaanalysen leda till signifikant större förbättring i patienternas mentala tillstånd både under och efter behandling samt vid 18 månaders uppföljning. Även beteendeterapeutisk familjeterapi visade sig, i en metaanalys av 18 studier, vara signifikant bättre än kontrollbetingelsen vad gällde att reducera återfall och återintagning upp till två år efter behandlingen. Familjeterapin ledde här även till en större följsamhet både vad gällde behandling och medicinering, jämfört med kontrollbetingelserna (Öst, 2006). Det finns dock även metaanalyser som ej finner någon, eller liten, effekt för KBT-metoder vid behandling av schizofreni. En metaanalys publicerad år 2010, vilken innefattar nio RCT-studier, finner exempelvis inte några indikationer på att KBT skulle vara en effektiv behandling vid schizofreni. Denna metaanalys finner ej heller några bevis för att KBT skulle vara funktionellt som prevention mot återfall (Lynch et al., 2010).

### Förstämmningssyndrom

*Egentlig depression:* Cuijpers et al. (2008) genomförde en metaanalys av 53 studier som jämförde sju olika sorters psykologisk behandling vid depression, varav fyra var KBT-metoder (KBT, beteendeaktiverande behandling, problemlösningsterapi och social färdighetsträning). Denna metaanalys fann goda effekter för alla behandlingsmetoder, men ingen signifikant skillnad i effekt mellan de olika behandlingsmetoderna vid denna diagnos. En senare metaanalys, publicerad 2010, redovisar också att KBT är en effektiv behandlingsmetod för egentlig depression, både när det gäller akuta symtom och när det gäller återfallsprevention (Lynch et al., 2010).

*Bipolär störning:* En litteraturöversikt av 14 studier, varav 4 KBT-studier, redovisar effekter som anses lovande för KBT, psykoedukation, familjefokuserad terapi med psykoedukation samt kombinerad interpersonell terapi och social rytmtterapi för patienter med bipolär störning. Dock saknar alla dessa studier oberoende replikationer vilket leder till att det inte går att säkerställa metodernas effektivitet. I den mest omfattande KBT-studien som genomförts på området påvisade Lamm och medarbetare en signifikant minskning av antalet depressiva, maniska och hypomana episoder under det första året efter behandling (Öst, 2006). En metaanalys som publicerats år 2010, vilken innefattar totalt nio RCT-studier, drar dock slutsatsen att det fortfarande saknas forskning kring KBT vid akut maniska eller hypomana episoder, och nämner vidare att tre av fyra studier inte har funnit några belägg för att KBT skulle vara effektivt för att förhindra återfall i bipolära störningar (Lynch et al., 2010).

## **Ångestsyndrom**

*Paniksyndrom med eller utan agorafobi:* År 1997 publicerades en metaanalys av farmakologiska behandlingar och KBT-metoder vid panikstörning med eller utan agorafobi. Denna innefattade totalt 106 studier och fann ingen signifikant skillnad mellan olika former av KBT eller farmaka gällande panikstörningen. Däremot var exponering i kombination med antidepressiva farmaka bättre än övriga metoder vid behandling av agorafobi. Detta gällde både vid eftermätningar och vid uppföljningsmätningar. Ytterligare två studier har gjorts på området, där en nyare form av kognitiv terapi utvecklad av Clark och medarbetare uppvisat betydligt större effekter än KBT gjort i de tidigare metaanalyserna. I båda studierna visade terapimetoden stor effekt jämfört med kontrollbetingelserna Imipramin respektive tillämpad avslappning och effekten var stabil till ettårsuppföljningen (Öst, 2006).

*Specifika fobier:* År 2002 utfördes en metaanalys av 48 studier, med totalt 2 227 patienter, inom området specifik fobi. Denna analys innefattade de aktiva KBT-metoderna; ensessionsbehandling, copingtekniker, självexponering, exponering, deltagande modellering, tillämpad spänning och tillämpad avslappning, och fann att alla dessa metoder gav signifikant bättre effekt än kontrollbetingelsen samt att denna effekt stod sig eller förbättrades över tid. (Öst, 2006)

*Social fobi:* En metaanalys publicerad år 2001 innefattade 33 studier vilka undersökte olika former av KBT vid social fobi. Analysen visade att alla aktiva behandlingsmetoder hade liten till måttlig effekt vid denna diagnos, men att alla var signifikant bättre än väntelistekontroll. Kognitiv terapi i kombination med exponering visade sig vara den enda metoden som var signifikant bättre än placebobetingselsen. Två senare studier som genomförts på området, vilka inkluderat en nyare form av KBT för social fobi utvecklad av Clark och medarbetare, har kommit fram till mer än dubbelt så stora effekter som i de tidigare metaanalyserna (Öst, 2006).

*Generaliserat ångestsyndrom:* Två metaanalyser har publicerats på området generaliserat ångestsyndrom. Den ena metaanalysen, som publicerades år 2001, innehöll sammanlagt 13 RCT-studier och visade att KBT var signifikant bättre än alternativa terapier, placebo, ingen behandling och väntelistekontroll, men endast marginellt bättre än enbart beteendeterapi och kognitiv terapi. Den andra metaanalysen innefattade 16 RCT-studier och fann måttlig till stark effekt för de flesta kombinationer av KBT som ingick i analysen. Bäst effekt hade en kombination av beteendeterapi och kognitiv terapi samt ångestkontrollträning. Effekterna stod sig även vid uppföljning. Det fanns inga skillnader mellan grupp- och individualterapi (Öst, 2006).

*Tvångssyndrom:* År 2004 publicerades en metaanalys över KBT och farmakoterapi vid tvångssyndrom. Totalt 15 RCT-studier ingick i analysen. Alla KBT-metoder uppvisade signifikant bättre effekt än placebobetingselserna, men det fanns ingen skillnad i effekt mellan de olika metoderna exponering och responsprevention (ERP), kognitiv terapi och KBT. Störst effekt hade kombinationen farmaka och ERP följt av de olika KBT-metoderna, enbart farmakoterapi och slutligen placebo (Öst, 2006). Kombinationen farmaka och exponering med responsprevention var signifikant bättre än både farmakoterapi och placebobetingselse medan KBT utan farmaka inte skilde sig signifikant från de andra aktiva behandlingarna (Öst, 2006).

*Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD):* År 2005 publicerades en metaanalys som inkluderade totalt 26 studier. I denna fann man inga signifikanta skillnader i effekt mellan de fyra aktiva metoderna: exponering, KBT, exponering och kognitiv intervention samt EMDR, vilka inkluderades i studien. Alla dessa metoder gav dock bättre effekt än väntelistekontroll och stödterapikontroll. Detta resultat återfanns även gällande andelen patienter som efter behandlingen inte längre uppfyllde DSM-IV-kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom. Tio av ovannämnda 26 studier visade vid uppföljning

att effekten stod sig både 6 och 12 månader efteråt. En RCT-studie publicerad 2005 uppvisar för denna patientgrupp en ännu starkare effekt för en specifik form av kognitiv terapi utvecklad av Ehlers och medarbetare (Öst, 2006).

### **Ätstörningar**

*Anorexia nervosa:* Det finns ett mycket litet antal RCT-studier, och därmed inte heller några publicerade metaanalyser, vad gäller behandlingsmetoder för anorexia nervosa. Däremot finns bland annat en översikt publicerad 2003 som dragit den preliminära slutsatsen att ingen specifik behandling är överlägsen någon annan för denna diagnosgrupp. Vidare finns ett fåtal RCT-studier på området, vilka har visat lovande resultat för KBT vid behandling av unga vuxna såväl som för tonåringar. Fler RCT-studier krävs dock för att några slutsatser skall kunna dras gällande KBT-metoders effektivitet vid anorexia nervosa (Öst, 2006).

*Bulimia nervosa:* I en metaanalys av 26 studier, publicerad 2003, fann forskarna en måttlig effekt för KBT och en stark effekt för beteendeterapi vid behandling av hetsätning. En något större effekt för de båda metoderna återfanns vid laxering/kräkning. Dessa effekter stod sig, eller förbättrades, vidare vid uppföljningsmätningar efter 12 månader. Individuell terapi visade även generellt bättre effekt än grupperapi i denna metaanalys och andelen patienter som bedömdes vara återställda efter individuell behandling var 48 procent för KBT och 58 procent för beteendeterapeutisk behandling (Öst, 2006).

*Hetsätning:* Metaanalyser saknas på detta forskningsområde. Däremot finns ett fåtal kontrollerade studier som påvisar goda resultat efter att hetsätningsspatienterna deltagit i en behandling med KBT i grupp (Öst, 2006).

### **Sömnstörningar**

Vid sömnstörningar och mer specifikt insomni tyder en metaanalys av 66 studier, publicerad 1995, på att stimuluskontroll är den mest effektiva metoden jämfört med sömnrestriktion, progressiv avslappning, paradoxal intervention, kombinationsbehandlingar och andra avslappningsmetoder. Någon statistisk prövning har dock ej utförts mellan metoderna. Ytterligare en metaanalys av 21 studier, utförd år 2002, påvisade att stimuluskontroll var lika bra som psykofarmaka vad gällde måtten: antal uppvaknanden, vaken tid efter insomnandet, total sömntid och skattning av sömnkvalitet. Stimuluskontroll visade sig även vara signifikant bättre än psykofarmaka vad gällde den tid det tog för patienten att somna, det vill säga ett av de viktigaste måtten vid insomni (Öst, 2006).

### **Personlighetsstörningar**

*Borderline personlighetsstörning (BPS):* Öst (2006) återger en metaanalys av 7 RCT-studier vilken visar måttliga till stora effekter för DBT vid behandling av BPS (Öst, 2006). DBT har vidare undersökts i ett flertal olika studier och har konstant visat signifikant bättre resultat än sedvanlig behandling (TAU, Treatment as usual), men främst begränsat till effekter på självmords- och självskadebeteenden (t.ex. Linehan et al., 1999; 2002). RCT-studier har även funnit empiriskt stöd för schematerapi, en modern och integrativ kognitiv terapi, i denna patientgrupp. En av dessa studier har jämfört schematerapi och överföringsfokuserad psykoterapi och visat att båda terapiformerna är effektiva behandlingar för BPS, men att schematerapi leder till signifikant bättre kvarstående i behandling (Giesen-Bloo et al., 2006).



*Avsiktligt självskadande beteende*: En metaanalys från 1998, vilken bland annat inkluderade 6 kontrollerade KBT-studier, uppvisade en signifikant effekt för metoden problemlösning vid självskadande beteende. En uppföljande metaanalys 2001 påvisade, även den, signifikanta effekter av problemlösning, vilka var särskilt starka när det gällde att förbättra problembilden och minska känslor av hopplöshet (Öst, 2006).

### **Övriga diagnoser**

Översikten (Öst, 2006) går ej närmare in på det empiriska stödet för obesitas, sexuella dysfunktioner, sexuella avvikelser, tics, Tourette's syndrom, trichotillomani, undvikande personlighetsstörning, drogberoende, eller störningar hos äldre. Detta stöd redovisas dock i tabellen ovan, samt i forskningsöversikten av Roth och Fonagy (2005).

### **Effectiveness-studier**

En stor mängd effectiveness-studier har genomförts för att undersöka hur väl KBT fungerar i den kliniska verkligheten. Öst (2006) genomförde en metaanalys över cirka hundra effectiveness-studier för de flesta av de diagnoser som nämns ovan. Alla dessa studier innefattade patienter och terapeuter ute på psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Med undantag för bulimia nervosa var inomgruppseffektstorlekarna lika stora som de som rapporterats i metaanalyser över efficacy-studier. Den slutsats som kan dras är därmed att KBT fungerar även i den kliniska verkligheten (Öst, 2006).

## **Evidens för psykodynamisk terapi (PDT) – individuellt och i grupp**

### **Efficacy-studier**

Nedan följer en sammanställning av forskningsstödet för psykodynamisk terapi vid olika diagnoser. Denna sammanställning bygger på den senast publicerade grundliga översikten av randomiserade kontrollerade studier, skriven av Gerber et al. (2010), där olika former av PDT ställs emot andra psykoterapiformer eller kontrollbetingelser. I denna översikt av 94 publicerade studier rankas även den forskningsmässiga kvaliteten på varje studie och i tabellerna nedan nämns endast de studier som uppnått godkänd kvalitet. Den första tabellen nedan innehåller en fullständig lista på diagnoser där PDT visat sig vara bättre än kontrollbetingelsen. Den andra tabellen visar de diagnoser där det inte påvisats någon skillnad mellan PDT och andra aktiva behandlingar. Den tredje tabellen tar slutligen upp diagnoser där PDT har uppvisat sämre effekt än annan aktiv behandling.

---

#### **Diagnoser där PDT har visat bättre effekt än annan aktiv/inaktiv behandling (Gerber et al., 2010):**

---

| <i>Diagnos:</i>                           | <i>Använd form av PDT:</i>            | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv/inaktiv behandling</i> |
|---|---------------------------------------|---|
| <b>Förstämningssyndrom</b>                |                                       |   |
| Depression                                | Psykodynamisk terapi & Clomipramine   | Clomipramine (aktiv)  |
| Postpartum depression                     | Psykodynamisk terapi                  | Primärvård (inaktiv)  |
| Depression och barndomstrauma hos kvinnor | Psykodynamisk korttidsterapi          | TAU (inaktiv)   |
| Sorg                                      | Psykoanalytisk korttidsterapi i grupp | Väntelista (inaktiv)  |

| <i>Diagnos:</i>  | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv/inaktiv behandling</i>  |
|--|--|--|
| Självmondsbenägenhet   | Mycket kort psykodynamisk-<br>interpersonell terapi  | TAU (inaktiv)  |
| <b>Ångestsyndrom</b><br>Paniksyndrom   | Panikfokuserad psykodynamisk<br>korttidsterapi   | Tillämpad avslappning (aktiv)  |
| Social fobi/ångest   | Psykodynamisk gruppterapi &<br>Clonazepam  | Clonazepam (aktiv)   |
| Post traumatiskt stressyndrom<br>(PTSD)  | Kort eklektisk dynamisk terapi   | Väntelista (inaktiv)   |
| <b>Somatisk sjukdom</b><br>Irritable Bowel Syndrome<br>(IBS)<br>Kronisk funktionell Dyspepsi | Kort psykodynamisk-<br>interpersonell terapi<br>Kort psykodynamisk-<br>interpersonell terapi                             | TAU (inaktiv)<br>Stödjande kontroll (inaktiv)  |
| <b>Ätstörningar</b><br>Anorexia nervosa (2 RCT)  | a.[Självpsykologi]<br>b.[Fokal psykoanalytisk terapi]  | a.[Kognitivt orientering (inaktiv)/<br>Näringsrådgivning (inaktiv)]<br>b.[TAU (inaktiv)]   |
| Bulimia nervosa  | Självpsykologi   | Kognitiv orientering (inaktiv)/<br>Näringsrådgivning (inaktiv)   |
| Hetsätning   | Psykodynamisk-interpersonell<br>gruppterapi  | Väntelista (inaktiv)   |
| Fetma  | Psykodynamisk terapi   | Beteendeterapi (aktiv)   |
| <b>Personlighetsstörningar</b><br>Personlighetsstörningar                                    | Intensiv Short-term Dynamic<br>Psychotherapy (ISTDP)   | Fördröjd behandlingskontroll<br>(inaktiv)  |
| Borderline<br>personlighetsstörning<br>(3 RCT)   | a.b.[Mentaliseringsbaserad<br>terapi (MBT) individuellt och i<br>grupp]<br>c.[Överföringsfokuserad<br>psykoterapi (TFP)] | a.[TAU]<br>b.[Strukturerad psykiatrisk stödjande<br>behandling individuellt och i grupp<br>(aktiv)]<br>c.[TAU utförd av erfarna terapeuter<br>(aktiv)] |
| <b>Diverse störningar</b><br>Mångbesökare inom den<br>psykiatriska vården                    | Kort psykodynamisk-<br>interpersonell terapi   | TAU (inaktiv)  |
| Latinamerikanska pojkar med<br>beteendemässiga och<br>emotionella problem                    | Individuell psykodynamisk<br>terapi  | Fritidsaktiviteter (inaktiv)   |
| Blandade diagnoser (2RCT)  | a.[Psykodynamisk<br>korttidsterapi] b.[Tidsbegränsad<br>psykodynamisk terapi]  | a.b.[Väntelista (inaktiv)]   |

*Kommentar:* Enligt de traditionella definitionerna av evidensbaserad praktik har psykodynamisk terapi uppvisat måttlig evidens (efficacy) för ovanstående diagnoser. Detta innebär att kravet på två RCT genomförda av oberoende forskarteam, med samma upplägg och utförande, ej är uppfyllt. Däremot har minst en RCT, där psykodynamisk terapi uppvisat efficacy, genomförts inom varje diagnosgrupp. För vissa av de ovanstående diagnoserna, närmare bestämt borderline och anorexia nervosa, har fler än en RCT genomförts. Dock innefattar dessa RCT olika varianter av psykodynamisk terapi och bidrar därför enligt traditionella evidensdefinitioner inte till att uppfylla kriterierna för stark evidens vid den specifika diagnosen. Detta sätt att tolka forskningsevidensen kan dock ifrågasättas, eftersom de olika PDT-varianterna huvudsakligen grundas på samma teori och behandlingsprinciper. På senare år har även, som tidigare nämnts, den definitionen av evidens som enbart grundas på randomiserade kontrollerade prövningar ifrågasatts, vilket avspeglas i framväxten av EBPP och GRADE.

Det finns många diagnoser där det inte har påvisats någon skillnad mellan psykodynamisk terapi och andra aktiva behandlingar, vilket även redovisas i översiktsartikeln av Gerber et al. (2010). Nedan följer en tabell som sammanställer just dessa.

---

**Diagnoser där det inte har påvisats någon skillnad mellan PDT och andra aktiva behandlingar (Gerber et al., 2010):**

---

| <i>Diagnos:</i>             | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i>  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Schizofreni</b>          | Explorativ, insiktsorienterad terapi   | Realitetsanpassad stödjande terapi   |
| <b>Förstämmningssyndrom</b> |  |  |
| Egentlig depression         | Psykodynamisk korttidsterapi   | Fluoxetine   |
| Depression (4 RCT)          | a.b.[Psykodynamisk-interpersonell terapi (PI) 8 sessioner]<br>c.[Kort psykodynamisk terapi]<br>d.[Psykodynamisk gruppterapi] | a.b. [PI 16 sessioner/KBT 8 sessioner/KBT 16 sessioner]<br>c.[KBT]<br>d.[Träningsgrupp i självförstärkning/<br>Träningsgrupp i självkontroll/<br>Edukativ träningsgrupp] |
| Subklinisk depression       | Mycket kort psykodynamisk-interpersonell terapi  | KBT  |
| Postpartum depression       | Psykodynamisk terapi   | KBT/Ickedirektiv rådgivning  |
| Geriatrisk depression       | Kort relationell terapi  | Kognitiv terapi/Beteendeterapi   |
| Komplicerad sorg            | Tolkande korttidsterapi i grupp  | Stödjande korttidsterapi i grupp   |
| Depression eller ångest     | Psykodynamisk korttidsterapi   | Lösningfokuserad terapi  |

---

| <i>Diagnos:</i>   | <i>Använd form av PDT:</i>   | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i>            |
|---|--|--|
| <b>Ångestsyndrom</b>  |  |  |
| Paniksyndrom  | Kort psykodynamisk terapi & clomipramine   | Clomipramine   |
| Generaliserad ångest  | Psykodynamisk korttidsterapi   | KBT  |
| Ångest  | Ångestprovocerande korttidsterapi  | Ickedirektiv ickedynamisk terapi                                 |
| <b>Somatisk sjukdom</b>   |  |  |
| Irritable Bowel Syndrome (IBS)                                      | Kort psykodynamisk-interpersonell terapi   | SSRI   |
| <b>Ätstörningar</b>   |  |  |
| Anorexia nervosa  | Fokal psykoanalytisk terapi  | Familjeterapi  |
| Bulimia nervosa   | Supportive-expressive terapi   | KBT  |
| Hetsätning  | Psykodynamisk-interpersonell gruppeterapi  | KBT gruppeterapi   |
| <b>Personlighetsstörningar</b>                                      |  |  |
| Kluster C personlighetsstörningar (2 RCT)                           | a.[Psykodynamisk korttidsterapi]<br>b.[Affektfobiterapi]                               | a.[Kort stödjande terapi]<br>b.[Kognitiv terapi]                 |
| Borderline personlighetsstörningar                                  | a.[Överföringsfokuserad psykoterapi (TFP)]<br>b.[Psykodynamisk psykiatrisk behandling] | a.[DBT (Dialektiskt beteendeterapi/Stödjande terapi)]<br>b.[DBT] |
| <b>Diverse störningar</b>   |  |  |
| Flickor som har utsatts för sexuella övergrepp                      | Fokuserad individualterapi   | Psykoedukation i grupp   |
| Latinamerikanska pojkar med beteendemässiga och emotionella problem | Individuell psykodynamisk terapi   | Strukturell familjeterapi  |

*Kommentar:* Flera av de studier som inkluderas i Gerber et als (2010) översikt ingår även i tre viktiga metaanalyser som publicerats under det senaste decenniet. Två av dessa metaanalyser jämför olika psykoterapimetoder för depression för att undersöka om någon behandlingsform är signifikant bättre än någon annan. Den ena av de två studierna (Leichsenring, 2001) har jämfört KBT och PDT och den andra studien (Cuijpers et al., 2008) har jämfört sju olika sorters

psykologisk behandling (KBT, PDT, beteendeaktiverande behandling, stödjande behandling, problemlösningsterapi, interpersonell terapi och social färdighetsträning).

Ingen av studierna har funnit någon signifikant skillnad mellan de olika behandlingsformerna vid denna diagnos. Alla behandlingsformer uppvisar god effekt. Den sistnämnda studien har dock funnit att interpersonell terapi visar en något högre effekt och stödjande behandling en något lägre effekt jämfört med resterande psykologiska behandlingar. Vidare finns en metaanalys genomförd av Leichsenring och Leibing (2003), vilken jämför KBT och PDT vid behandling av personlighetsstörningar. Denna metaanalys uppvisar resultat liknande de två ovanstående metaanalyserna, det vill säga att det inte står att finna någon signifikant skillnad mellan de olika terapiformerna. Båda är effektiva behandlingsmetoder vid personlighetsstörning.

Det finns även diagnoser där PDT uppvisar sämre effekt än annan aktiv behandling. Nedan följer en tabell över dessa diagnoser utifrån översiktsartikeln av Gerber et al. (2010).

| <b>Diagnoser där PDT har visat sämre effekt än annan aktiv behandling (Gerber et al., 2010):</b> |  |   |
|--|--|---|
| <i>Diagnos:</i>  | <i>Använd form av PDT:</i>             | <i>Kontrollbetingelse:<br/>Annan aktiv behandling</i> |
| <b>Ångestsyndrom</b>   |  |   |
| Generaliserat ångestsyndrom (GAD)  | Psykoanalytisk terapi                  | Kognitiv terapi                                       |
| <b>Somatisk sjukdom</b>  |  |   |
| Hypokondri   | Psykodynamisk korttidsterapi           | KBT   |
| <b>Personlighetsstörningar</b>   |  |   |
| Borderline PS  | Överföringsfokuserad psykoterapi (TFP) | Schemafokuserad psykoterapi                           |
| Fobisk PS  | Kort psykodynamisk terapi              | KBT   |

*Kommentar:* Vid en närmare undersökning av utfallet för dessa fyra ovanstående studier finns det i vissa fall flera förklaringar till varför PDT här uppvisar sämre effekt än andra aktiva behandlingar. Som exempel går att nämna att det i studien avseende GAD används en väl utprovad manual för den kognitiva terapin, medan den analytiska terapin baseras på principer för psykoanalytisk långtidsterapi i formatet för korttidsterapi. Vidare ingår endast två kognitiva respektive två analytiska terapeuter i studien. Därmed går det inte helt att utesluta att skillnaden mellan behandlingsgrupperna kan bero på terapeuteffekter likväl som specifika behandlingseffekter (Durham et al., 1994).

I studien som avser hypokondri deltar fortsättningsvis sex erfarna KBT-terapeuter som använder ett speciellt utformat KBT-program för hypokondri, medan endast en terapeut bedriver psykodynamisk korttidsterapi (STPP), som beskrivs ha ett individualiserat fokus enligt en relationell approach. Studien ger ett starkt stöd för KBT-programmet, vilket visar en signifikant bättre effekt än väntelista. Det är dock omöjligt att avgöra om det svaga resultatet för STPP, som inte visar någon signifikant skillnad mot väntelista, beror på terapeuteffekt eller specifik behandlingseffekt (Sørensen et al., 2010).

I studien avseende borderline personlighetsstörning beror skillnaden mellan överföringsfokuserad psykoterapi och schemafokuserad psykoterapi på att det är ett större antal tidiga avhoppare i överföringsfokuserad psykoterapi. Då utfallsanalysen görs på patienter som har fullgjort hela sin terapi påvisas ingen skillnad mellan terapiformerna, och i båda terapierna förbättras patienterna avsevärt (Giesen-Bloo et al., 2006). Slutligen, i studien avseende fobisk personlighetsstörning, sker förbättringar i båda behandlingsgrupperna, men de är signifikant större i KBT än i PDT (Emmelkamp et al., 2006).

### ***Efficacy- och effectiveness-studier***

Den forskning som redovisats hittills har endast innefattat efficacy-studier, det vill säga studier med RCT-design. Dessa studiers styrka ligger i att de kontrollerar för externa faktorer som ej ingår i behandlingen men som ändå kan påverka behandlingsutfallet. Detta leder till en hög intern validitet. En svaghet med efficacy-studierna är dock att det kan vara svårt att överföra resultatet från den strikt kontrollerade miljö där studierna utförs till den kliniska verklighet där motsvarande kontroll saknas. Detta faktum leder till låg extern validitet. Därför finns det en poäng i att även ta hänsyn till effectiveness-studier, såsom observationsstudier, vilka genomförs under de förhållanden och villkor som kännetecknar klinisk praktik. Detta medför en hög klinisk representativitet vad gäller utfallet, det vill säga hög extern validitet, men innebär, på grund av bristande kontroll av externa faktorer, en hotad eller låg intern validitet. Den lista som följer nedan är därför hämtad ur en metaanalys som bygger på både efficacy- och effectiveness-studier (Leichsenring & Rabung, 2008). Listan redovisar olika typer av psykiska problem för vilka psykodynamisk långtidsterapi visat signifikant högre effekt jämfört med andra kortare psykoterapiformer såsom KBT, kognitiv-analytisk terapi, familjeterapi, stödjande terapi och psykodynamisk korttidsterapi.

### ***Psykiska problem för vilka långtids-PDT visat signifikant högre effekt än kortare psykoterapier:***

- personlighetsstörningar
- kroniska störningar
- multipla störningar
- komplexa depressioner
- komplexa ångeststörningar.

*Kommentar:* Forskningsstödet för psykodynamisk terapi vid ovanstående psykiska problem är, som nämnt ovan, hämtad ur en metaanalys av Leichsenring & Rabung (2008), vilken innefattar 11 RCT och 12 observationsstudier. I denna metaanalys visar psykodynamisk långtidsterapi höga och stabila effektstorlekar för ovanstående diagnoser. Vidare visar metaanalysen på att effektstorlekarna vid RCT inte skiljer sig signifikant från effektstorlekarna vid observationsstudier, vilket pekar på att en slutsats om både god effectiveness och efficacy kan dras vad gäller psykodynamisk terapi för dessa diagnoser.

### **Evidens för gruppsykoterapi (PDT i grupp)**

Övervägande antal publicerade gruppterapistudier har KBT som teoretisk utgångspunkt. Dock har de flesta av dessa studier inte lagt något större fokus på att terapin sker i grupp, utan har mer eller mindre sett detta terapiformat som en ekonomisk och administrativ fråga (Sandahl, 2008). Fortsättningsvis har gruppprocesser och deltagarinteraktioner i vissa av dessa studier inte erkänts någon betydelse för utfallet av terapin (Sandahl, 2008), något som senare har kritiserats och i vissa fall även motbevisats (Burlingame et al., 2004). Flera studier, där KBT jämförs med annan behandling, har vidare fått likartat goda resultat för både KBT- och kontrollgruppen, något som i



efterhand konstateras bero på att kontrollgruppen oavsiktligt innefattat gruppprocessprinciper (Burlingame et al., 2004). Då detta resultat har återkommit vid flera studier, utförda av olika forskningsteam och på olika patientgrupper, talar det för att processgruppfaktorer är av stor betydelse för utfallet av en terapi (Burlingame et al., 2004).

Vidare indikerar fyra studier (Bright et al., 1999; Burlingame & Barlow, 1996; Fuhriman & Burlingame, 1994; Yalom, 1995 cit. i Burlingame et al., 2004) att förutsättningarna för förändring hos patienten kan härstamma just från gruppprocesser i det terapeutiska gruppklimatet, oberoende av formell bakomliggande teori (Burlingame et al., 2004). Ett möjligt antagande är därmed att terapi i grupp ger mest nytta för patienten om den tillvaratar de terapeutiska faktorer som är specifika för ett arbete i grupp, snarare än att fokusera på terapins formella teoretiska utgångspunkt (Sandahl, 2008).

Två metaanalyser som även bör nämnas i detta sammanhang är McRoberts, Burlingame och Hoag (1998) samt Tschuschke (1999). Båda dessa metaanalyser har som fokus att jämföra gruppterapi med individuell terapi, utan att lägga någon särskild vikt vid den specifika formella teoretiska inriktningen hos de olika terapiformerna. Den förstnämnda av de två metaanalyserna (McRoberts et al., 1998) innefattar 23 studier som alla jämför effektiviteten hos individuell och gruppterapi. Denna analys framlägger bevis som tyder på att individuell terapi och gruppterapi är lika effektiva och därmed jämförbara med varandra vad gäller behandlingsutfall.

Den andra metaanalysen (Tschuschke, 1999) sammanställer 22 kontrollerade studier vilka även de jämför effekten av individuell och gruppterapi utan fokus på teoretisk inriktning. Hälften av dessa studier finner inga signifikanta skillnader mellan de två terapiformerna, fem studier framlägger bevis för att individuell terapi är mer effektiv än gruppterapi och sex studier visar det omvända, det vill säga att gruppterapi är mer effektivt än individuell terapi. De två ovanstående metaanalyserna tyder tillsammans på att individuell terapi och gruppterapi har likvärdig effekt. Det skulle dock behövas fler studier där just psykodynamisk grupp och individualterapi jämförs, så att antalet studier därmed blir tillräckligt stort för att möjliggöra en metaanalys.

Som går att utläsa i tabellerna i avsnittet om PDT ovan räknas den psykodynamiska gruppterapin in under paraplybegreppet psykodynamisk terapi. Några av studierna i översikten av Gerber et al. (2010) rör därmed psykodynamisk gruppterapi. Enligt denna översikt finns måttlig evidens för psykodynamisk gruppterapi vid behandling av bland annat sorg, depression, hetsätning och social ångest. I ytterligare en aktuell översikt av behandlingar för personlighetsstörningar (Piper & Ogrodniczuk, 2009) nämns två RCT-studier som visar effekt för psykodynamisk gruppterapi. Den ena RCT-studien, som undersöker behandling av patienter med affektiva störningar samt osjälvständig och borderline personlighetsstörning (Piper et al. 1993), framlägger bevis för att de patienter som genomgått psykodynamisk gruppterapi uppvisar större förbättring vid behandlingsavslut i jämförelse med kontrollgruppen. Den andra RCT, beträffande behandling av borderlinepatienter (Bateman & Fonagy, 1999), påvisar vidare att de patienter som behandlas med psykodynamisk gruppterapi, i kombination med individuell terapi, uppvisar en signifikant förbättring som tydligt överstiger kontrollgruppens.

Bateman och Fonagy (2009) har sedermera genomfört ytterligare en RCT, rörande behandling av borderlinepatienter, vilken uppvisar liknande resultat. Ännu en RCT, utförd av Sandahl et al. (2010), visar att både psykodynamisk och kognitiv gruppterapi medför en förbättring över tid för patienter med utbrändhet. Det finns emellertid inga signifikanta skillnader vare sig mellan psykodynamisk och kognitiv gruppterapi eller mellan de båda psykoterapiinriktningarna och jämförelsegruppen. Cirka 85 procent av patienterna i jämförelsegruppen hade i denna studie dock på eget initiativ uppsökt och deltagit i individuella terapier (Sandahl et al., 2010).



Både analytisk och systemisk gruppterapi har, i en RCT-studie, vidare visat sig leda till en signifikant förbättring, jämfört med kontrollgruppen, vid behandling av kvinnor som blivit sexuellt utnyttjade i sin barndom. Systemisk gruppterapi uppvisar dock bättre utfallsresultat än analytisk gruppterapi för denna patientgrupp (Lau & Kristensen, 2007). Ytterligare en RCT-studie har funnit indikationer på att psykodynamisk gruppterapi tillsammans med clonazepam är en lovande behandlingskombination för generaliserad social ångest, och att denna kombination medför en större förbättring i patientens globala funktion jämfört med en behandling med enbart clonazepam. Ingen skillnad återfanns dock vad gäller specifika förändringar i social ångest mellan de två behandlingsmetoderna (Knijnik et al., 2008).

Då psykodynamisk gruppterapi även kan sägas vara en processinriktad terapi finns det även en poäng med att ta upp ytterligare en översikt gällande psykoterapier och beteendeförändring (Burlingame et al., 2004). Denna översikt redovisar bland annat en metaanalys av Robinson, Berman och Neimeyer (1990, cit. i Burlingame et al., 2004)) som tyder på att det inte finns någon påvisbar skillnad mellan KBT i grupp, ömsesidiga stödgrupper och processinriktad interaktionell gruppterapi när det gäller behandling av affektiva störningar, främst depression. Alla dessa behandlingar har vidare visat bättre effekt än väntelistgruppen. I samma översikt lyfts även en effectiveness-studie fram, som visar en reliabel tillförlitlig förbättring hos patienter med paniksyndrom, när en modell som betonar principer för gruppprocesser används (Sheibe et al., 1993 cit. i Burlingame et al., 2004). Dock behövs flera studier för att säkerställa den mest effektiva behandlingsformen för denna patientgrupp.

### Evidens för systemisk familjeterapi

Enligt en översikt av Stratton (2005) gällande evidens för systemisk familjeterapi har familjeterapi i upprepade metaanalyser visat både efficacy och effectiveness inom en lång rad problemområden. I familjeterapi likväl som i psykodynamisk terapi diskuteras dock det faktum att resultat från efficacy-studier inte alltid går att överföra till hur det faktiskt ser ut i den kliniska verkligheten. Bland annat saknas ofta en tydligt avgränsad diagnos hos patienter som söker familjeterapi. Vidare kombineras vanligen familjeterapi med andra behandlingar, vilket gör det svårt att urskilja effektiviteten hos respektive behandlingsmetod. Trots detta har par- och familjefokuserade interventioner, genom efficacy-studier, visat sig påtagligt effektiva i jämförelse med ingen behandling alls. De har även visat sig likvärdiga, och ibland bättre än, andra behandlingsmetoder såsom individuell terapi (Pinsof et al., 1995 cit. i Stratton, 2005). Detta gäller bland annat vid svårigheter såsom äktenskaplig problematik. Vidare nämner översikten att familjeterapi, vid svårare diagnoser och problembilder, för bästa effekt bör kombineras med andra behandlingsformer såsom medicin alternativt social, psykoedukativ eller individuell terapi (Stratton, 2005).

Nedan följer en sammanställning av de diagnoser där systemisk familjeterapi har uppvisat god effekt för vuxna patienter. Det finns vidare ett flertal diagnoser där systemisk familjeterapi har visat sig verksamt för barn och ungdomar, men dessa diagnoser berörs dock ej i följande sammanställning. Den första listan baseras på en översiktsartikel av Asen (2002), och redovisar enbart efficacy-studier. Därefter följer en lista baserad på en nyligen publicerad översiktsartikel av Carr (2009), vilken väger samman evidensen från både efficacy- och effectiveness-studier. Efter sammanställningen följer sedan en genomgång av det vetenskapliga stödet för samtliga diagnoser.

Asen (2002)

- **Psykotiska störningar**
  - Schizofreni
- **Förstämmningssyndrom**
  - *Egentlig depression*
  - *Bipolära störningar*
- **Ätstörningar**
  - *Anorexia nervosa*
- **Relationsproblem**

Carr (2009)

- **Förstämmningssyndrom**
  - *Egentlig depression*
  - *Bipolära störningar*
- **Ångestsyndrom**
  - *Paniksyndrom med agorafobi*
  - *Tvångssyndrom (OCD)*
- **Somatisk sjukdom**
  - *Kronisk fysisk sjukdom och kronisk smärta*
- **Relationsproblem**
  - *Psykosexuella svårigheter*
  - *Våld i hemmet*

### **Psykotiska störningar**

*Schizofreni:* I Asens (2002) översikt gällande systemisk familjeterapi nämns totalt 19 RCT-studier på patienter med schizofreni. En sammanställning av 13 av dessa studier visar att familjeterapi inte har någon effekt vad gäller hur många patienter som begår självmord under uppföljningsperioden. Däremot påvisar dessa studier att familjeterapi signifikant minskar återfallsfrekvensen vid både 12 och 24 månaders uppföljning. Vidare pekar studierna på att familjeterapi ökar följsamheten vid medicinerings hos de patienter vars närstående får familjeinterventioner. Även patientens förmåga att leva och sköta sig själv tycks öka i och med familjeterapeutisk behandling. Det sistnämnda resultatet saknar dock statistisk signifikans (Asen, 2002). En metaanalys, vilken inkluderar de 31 mest omfattande och metodologiskt robusta RCT-studierna på patienter med schizofreni, påvisar vidare att behandling med multimodala program som innehåller psykoedukativ familjeterapi och antipsykotisk medicin leder till färre återfall, färre sjukhusinläggningar och mer regelbunden medicinföljsamhet jämfört med behandling med enbart medicin (Pfammatter et al., 2006 cit. i Carr, 2009).

### **Förstämmningssyndrom**

*Egentlig Depression:* Asen (2002) nämner, i sin översikt, totalt 9 RCT-studier rörande familjeterapi vid depression. I samtliga studier uppvisar systemisk familjeterapi goda effekter för denna diagnosgrupp. En av RCT-studierna visar exempelvis att deprimerade patienter som lever i parförhållanden mår signifikant bättre av behandling med systemisk familjeterapi än av behandling med antidepressiva mediciner. Andelen avhopp är även lägre i den grupp som får familjeterapi.

*Bipolär störning:* Två av de ovannämnda 9 RCT-studierna finner även bevis för att familjeterapi, i kombination med rutinbehandling, signifikant minskar risken för återfall vid bipolär störning (Asen, 2002). Även metaanalyser gjorda på patienter med bipolär störning uppvisar liknande resultat, där

systemisk familjeterapi som ett inslag i ett multimodalt behandlingsprogram med bland annat humörstabiliserande medicin och olika former av individuell terapi, signifikant minskar risken för återfall (Carr, 2009).

### **Ångestsyndrom**

*Paniksyndrom med agorafobi:* Carr (2009) lyfter fram en översikt som innefattar totalt tolv studier med systemisk familjeterapi vid behandling av patienter med panikstörning och agorafobi. Denna översikt finner att systemisk familjeterapi leder till en signifikant förbättring vad gäller både agorafobi och paniksymtom för mellan 54 och 86 procent av patienterna.

*Tvångssyndrom (OCD):* I en sammanställning av fem studier, där systemisk familjeterapi används som behandling för tvångssyndrom, uppvisas tendenser till att denna behandlingsform är lika effektiv, och ibland mer effektiv, än individuell kognitiv beteendeterapi (Carr, 2009).

### **Ätstörningar**

*Anorexia nervosa:* Översikten (Asen, 2002) lyfter fram två RCT-studier rörande systemisk familjeterapi för vuxna patienter med anorexia nervosa. I den ena av dessa studier har systemisk familjeterapi signifikant bättre effekt än både kognitiv analytisk terapi och rutinbehandling. I den andra studien finns ingen signifikant skillnad mellan familjeterapi och individuell terapi.

### **Somatisk sjukdom**

*Kronisk fysisk sjukdom och kronisk smärta (Carr, 2009):* I en metaanalys som innefattar 70 studier har systemisk familjeterapi visat sig mer effektiv än rutinbehandling när den presenterats som en del i en multimodal behandling vid kroniska fysiska sjukdomar såsom hjärtsjukdomar, cancer och kronisk smärta. Systemisk parterapi har även visat sig särskilt effektivt för denna diagnosgrupp när det gäller att mildra depression.

### **Relationsproblem**

När det gäller relationsproblem hänvisar Asen (2002) till ett flertal metaanalyser som alla funnit bevis för att systemisk familjeterapi, ensamt eller i kombination med annan behandling, är en effektiv behandlingsform.

*Psykosexuella svårigheter:* Systemisk familjeterapi har enligt Carr (2009) visat sig mer eller mindre verksamt för hypoaktiv sexuell behovsstörning, kvinnlig orgasmstörning, kvinnlig sexuell dysfunktion, manliga erektionsproblem och manlig prematur ejakulation.

*Våld i hemmet:* En narrativ översikt av sex studier finner bevis för att systemisk parterapi kan vara effektiv när det gäller att reducera våld i hemmet. Detta gäller dock enbart om paret har bestämt sig för att stanna tillsammans samt då den våldsamma partnern gått med på att skriva på ett kontrakt om att inte skada sin partner. Det finns även en studie som tyder på att parterapi med flera par samtidigt är mer effektivt än parterapi med ett par i taget när det gäller denna patientgrupp (Carr, 2009).

## Evidens för övriga psykoterapiformer

Tabellen nedan är en sammanställning av det empiriska stödet för ett urval av terapiformer som inte tidigare har berörts i genomgångarna ovan. Terapiformerna delas upp både efter diagnos och efter kategori av empiriskt stöd (se avsnitt också 2.4.1.).

| <b>Empiriskt stöd för övriga terapiformer (Roth &amp; Fonagy, 2005):</b> |                             |                                       |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| <i>Diagnos</i>   | <i>Empiriskt stöd</i>       |                                       |
|  | I                           | II                                    |
| <b>Schizofreni</b>   |                             | Stödterapi i grupp                    |
| <b>Förstämningssyndrom</b>   |                             |                                       |
| <i>Egentlig depression</i>   | Interpersonell terapi (IPT) |                                       |
| <i>Diagnos</i>   | <i>Empiriskt stöd</i>       |                                       |
|  | I                           | II                                    |
| <i>Bipolär störning</i>  |                             | Interpersonell och social rytm terapi |
| <b>Ångestsyndrom</b>   |                             |                                       |
| <i>Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)</i>                              |                             | EMDR (möjligen I)                     |
| <b>Ätstörningar</b>  |                             |                                       |
| <i>Bulimia nervosa</i>   |                             | Interpersonell terapi (möjligen I)    |
| <i>Hetsätning</i>  |                             | Interpersonell terapi                 |
| <b>Störningar hos äldre</b>  |                             |                                       |
| <i>Depression</i>  |                             | Interpersonell terapi                 |

*Kommentar:* Interpersonell terapi (IPT) fokuserar på hur problem i mänskliga relationer medverkar till psykiska besvär och vice versa, hur psykologiska problem påverkar våra relationer till andra. Terapin ges ofta som korttidsbehandling till exempel för att ge hjälp att bearbeta kriser, såsom ständiga gräl, nya livsfaser eller svår sorg. Metoden utarbetades i början av 80-talet av Klerman, Weissman och medarbetare (1984) för behandling av depression. Sedan dess har den anpassats även till andra diagnoser. Utformandet av terapimetoden bygger på klinisk erfarenhet snarare än teori, men viss inspiration har även kommit från den interpersonella psykoanalytiska skolbildningen med Sullivan och medarbetare. Utvecklingen av teori och praktik i IPT följer dock en egen, självständig fåra, vilket medför att metoden inte kan inordnas i något av paraplybegreppen PDT eller KBT.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) är inriktad på att minska besvär efter trauman såsom exempelvis överfall, övergrepp, olyckshändelser eller naturkatastrofer. Under bearbetningsfasen i EMDR används ögonrörelser eller annan uppmärksamhets-stimulering för att aktivera minnen och upplevelser förknippade med traumat (Allen et al., 1999).

## 2.8. Klinisk expertis

Det finns flera terapeutegenskaper av bevisad betydelse för behandlingsutfallet i psykoterapi. En terapeut med stor tilltro till den egna terapiformen uppnår i regel bättre behandlingsutfall. Terapeutens emotionella och mentala välbefinnande har vidare visat ganska starka samband med behandlingsutfallet (Sandell, 2008). Detta tyder på att det är av vikt att organisationer som arbetar inom det psykoterapeutiska området är uppmärksamma på de anställdas hälsa och att de satsar på god personalvård.

Ytterligare en terapeutfaktor, och den kanske viktigaste faktorn för ett bra alliansskapande (det vill säga en verksam behandlingsrelation) och ett gott behandlingsutfall, är terapeutens interpersonella stil. Terapeuten måste klara av att skapa en tydlig och öppen kommunikation med patienten, vara sympatisk, engagerad, sätta sig in i och respektera patientens perspektiv och behov, vara naturlig (genuin) samt ha god empatisk förmåga. Empatisk förmåga betyder i detta sammanhang en vilja och förmåga att förstå patientens problem, känslor och tankar utifrån patientens perspektiv och referensramar (Sandell, 2008). Det motsatta, det vill säga empatibrist, samt underskattande av problemets svårighetsgrad och negativ motöverföring är alla faktorer som istället har identifierats som bidragande orsaker till försämring hos patienten (Lambert & Ogles, 2004).

När det gäller terapeuters utbildningsnivå och kliniska erfarenhet visar internationella forskningsöversikter blandade resultat. Det finns inga entydiga belegg för att terapeuter med hög utbildningsnivå och lång erfarenhet generellt når bättre behandlingsresultat än mindre erfarna kollegor. Det svenska STOPP-projektet (Sandell, 2008) fann dock, bland psykodynamiska terapeuter och psykoanalytiker på 90-talet, att det finns olika typer av erfarenhet. Den erfarenhet som betecknas senioritet, det vill säga lång terapierfarenhet efter legitimationen, handledarutbildning och verksamhet som handledare, visade positivt samband med behandlingsresultat. Detta projekt påvisade också ett negativt samband mellan längden på terapeutens egenerapi och behandlingsframgång, vilket hängde samman med förekomsten av en del extremt långa egenerapier. Den optimala längden på egenerapi tycktes ligga vid sju till åtta år, medan längre terapier istället möjligen kunde tolkas som försök att komma till rätta med egna mentala problem. Ytterligare ett fynd från detta projekt var att terapeutens attityd och föreställningar hade betydelse, på så sätt att behandlingsresultaten blev bättre för de terapeuter som uppfattade vänlighet, värme och omsorg som viktigt i psykoterapi, och som betraktade psykoterapi som en slags konststart snarare än vetenskap eller hantverk (ibid).

Förutom terapeutfaktorer har även flera relationsfaktorer, viktiga för behandlingsutfallet, identifierats. Bland de relationsfaktorer som är säkerställt effektiva för behandlingsutfallet räknas bland annat förmågan till empati samt den terapeutiska alliansen, det vill säga två faktorer som redan nämnts i texten ovan. Förutom dessa lyfts även samförstånd om mål och samarbete samt gruppsammanhållning i gruppterapi fram. Det finns även ett flertal relationsfaktorer som bedöms vara lovande och sannolikt effektiva för behandlingsutfallet. Dessa är, utan inbördes ordning, positiv respekt, kongruens, feedback, arbete med alliansproblem, att terapeuten delger sina egna tankar och reaktioner, hantering av motöverföring samt kvalitet på relationella tolkningar (Holmqvist, 2008).

Ett steg i att försöka säkerställa att terapeuten faktiskt uppvisar de egenskaper som enligt studier hänger samman med ett positivt behandlingsutfall är terapeututbildningen, främst den legitimationsgrundande påbyggnadsutbildningen men i viss mån även den grundläggande psykoterapiutbildningen. Denna utbildning innefattar en bedömning av terapeutens lämplighet, samt praktiska inslag där terapeuten under handledning och uppsikt utövar sitt yrke. Utöver utbildningen

finns vanligen även en löpande uppföljning och kvalitetssäkring i form av yrkeshandledning och fortbildning. Möjligen skulle dock denna form av uppföljning och kvalitetssäkring kunna bli mer standardiserad och ännu effektivare.

## 2.9. Patientens karaktäristika, kultur och preferenser

Ett av kriterierna för Evidensbaserad Psykologisk Praktik är att psykologiska interventioner genomförs med största möjliga hänsyn till patientens karaktäristika, kultur och preferenser. Beaktandet av patientens preferenser är också fastslaget i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763):

3 a § 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. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patientens preferens för och tilltro till en viss behandlingsmetod har dessutom visat sig vara en faktor som bidrar till att förbättra utfallet av behandlingen. Detta är en typ av placeboeffekt som har visat sig vara mycket betydelsefull både i somatisk och i psykologisk behandling. Vissa metaanalyser tyder på att placebofaktorn står för nästan hälften av effekten av psykoterapi. På senare tid har även flera amerikanska studier visat att patientens tro på en specifik behandling har betydelse för behandlingsresultatet (Sandell, 2008).

Att patientens karaktäristika är viktiga att ta hänsyn till har visat sig både i forskningen om hur olika patientegenskaper generellt predicerar behandlingsutfall och i forskningen om vilka personliga egenskaper som gör att en viss patient är lämplig för en viss behandling. Huvudresultaten och slutsatserna från denna forskning redovisas i avsnitt 2.1. Forskningsstöd för psykoterapibedömning.

En av de kanske mest kritiska förutsättningarna för en framgångsrik behandling är patientens behandlingsmotivation. Behandlingsmotivation är dock ett tämligen brett begrepp som kan definieras på många olika sätt, bland annat som en vilja att må bättre, en önskan att få bekräftelse och acceptans, en strävan efter upprättelse eller en vilja att förändras och utvecklas som människa. Det finns dock en typ av motivation som har visat sig vara en betydelsefull prediktor för behandlingsframgång. Denna kallas autonom motivation och innebär att patienten av egen fri vilja väljer att uppsöka och delta i psykoterapi, oberoende av påtryckningar eller önskemål från familj eller samhälle (Zuroff, 2007, cit. i Sandell, 2008). Det finns även en teori som beskriver behandlingsmotivation som en process med ett flertal distinkta steg, en definition som är användbar exempelvis vid behandling av patienter med missbruk- eller beroendeproblematik (Prochaska & Di Clemente, 1983, cit. i Sandell, 2008). Denna teori betonar vikten av att behandlingsinterventionerna anpassas till det motivationsstadium patienten befinner sig i.

Ett särskilt problem när det gäller psykoterapi är tidiga behandlingsavbrott. Resultat från flera amerikanska studier tyder på att vissa patienter är mer benägna att hoppa av än andra. Detta gäller bland annat patienter som tillhör grupper med lägre socioekonomisk status samt underprivilegerade minoritetsgrupper såsom afro- och latinamerikaner. En jämförelse mellan män och kvinnor visar även att män som grupp är mindre benägna att påbörja terapi och också mer benägna att hoppa av när de väl börjar. När fokus istället riktas på de terapier som faktiskt fullföljs finns det dock inget som tyder på att dessa grupper överlag får sämre behandlingsutfall än de grupper som uppvisar lägre avhopsfrekvens. Detta visar att även de grupper som har hög avhopsfrekvens har nytta av



psykoterapi och understryker därmed vikten av att arbeta med att informera och motivera patienten före terapin för att försöka minska avhoppsriskerna för dessa grupper i framtiden (Sandell, 2008).

Det finns flera studier som undersöker huruvida en matchning mellan patient och terapeut, vad gäller variabler såsom kön, ålder, religion och etnicitet, har inverkan på behandlingsutfallet. Dessa studier har dock hittills gett mycket varierande resultat, som inte leder till några entydiga slutsatser (Sandell, 2008). Då vi inom BCS möter patienter av olika etnicitet och ursprung samt olika modersmål behöver dock möjligheten att möta dessa olika kulturer och språk ses över. Att en terapeut flytande kan prata samma språk som sin patient, samt har förståelse för och inblick i kulturella likheter och skillnader mellan sig själv och patienten, underlättar det terapeutiska arbetet.

## 2.10. Riskgrupper

Ett återkommande fynd i psykoterapistudier är att en liten andel patienter, cirka 5-10 procent, försämras under pågående terapi. För vissa av dessa patienter kan det röra sig om en fortlöpande spontanförvärring som psykoterapin inte lyckas hejda, men för andra kan det handla om att själva terapin är skadlig för patienten. Det vill säga att en mismatchning mellan patient och behandlingsform har skett. En studie har vidare funnit indikationer på att patientegenskaper såsom hög grad av komplexitet och stora interpersonella svårigheter är nära sammankopplade med negativa utfall i terapi. Samma studie har även funnit bevis för att negativa utfall är vanligare bland patienter som lider av borderline personlighetsstörning eller tvångssyndrom.

För att en terapi skall göra nytta och inte skada är därför psykoterapibedömningen en viktig del av behandlingsprocessen. Det är mycket viktigt att, med hjälp av bedömningen, identifiera potentiellt riskabla mismatchningar, så att patienten inte sätts i en terapi eller terapirelation som är skadlig för honom/henne. Studier har även visat att en förvärring hos patienten kan undvikas om det finns en medvetenhet om denna problematik samt om terapeuten lär sig att känna igen tecknen på förvärring tidigt i en terapi (Lambert & Ogles, 2004). Ett exempel på potentiellt skadlig behandling är överföringsbaserad psykoterapi för de patienter med borderline personlighetsstörning som har traumabakgrund och otryggt anknytningsmönster (Fonagy & Luyten, 2009).



## 3. AKTUELL LÄGESBESKRIVNING

### 3.1. Multibehandling

#### Ramar och specifika förutsättningar

Då majoriteten av verksamhetens patienter har komplexa vårdbehov visar sig enskilda behandlingstekniker ofta otillräckliga. Dessa patienter behöver istället ett multidisciplinärt förhållningssätt, det vill säga en kombination av behandlingstekniker, där exempelvis medicinering, nykterhetsstöd och inläggning vid suicidrisk finns att tillgå under pågående psykoterapi. Förutom psykoterapeutiskt arbete kombinerat med missbruks- och beroendeariktade interventioner, vilket är en av de vanligaste så kallade multibehandlingarna inom BCS, finns även möjlighet att kombinera flera olika terapiformer, såsom grupp- och individualterapi, eller individual- och familjeterapi. Skörare patienter svarar vanligen bra på en kombination av grupp- och individualterapi i behandlingens inledningskede och för vissa patienter kan det även vara fruktbart att kombinera dessa terapiformer även senare i behandlingen.

Under inledningsfasen till en psykoterapi ska terapeuten och patienten komma överens om hur ramarna ska se ut för kommunikation mellan terapeut och patientens övriga behandlingskontakter inom BCS: behandlingsansvarig läkare, kontaktperson, eventuell annan terapeut, med flera. Terapeuten ska informera patienten om att journalanteckningar görs i en sammanhållen datajournal, där terapeutens anteckningar kan läsas av behörig BCS-personal och vice versa. Vidare ska terapeuten informera patienten vilken slags information som nedtecknas i journalen. Utgångspunkten är att journalanteckningarna rör psykiatriskt relevant information, exempelvis förändringar i psykisk status, och inte bör ge detaljerade beskrivningar av samtalsinnehållet. Var tredje månad görs en något längre journalanteckning, där terapins förlopp utvärderas.

I de flesta fall sker ingen övrig kommunikation mellan terapeut och övriga behandlare under pågående terapi. Under inledningsfasen ska dock terapeuten göra tydligt när undantag från ovanstående ska göras, det vill säga situationer när terapeuten kommer att kontakta behandlingsansvarig läkare eller annan BCS-personal. Detta rör situationer när patientens eller andras liv och hälsa hotas, det vill säga suicidrisk, våldsrisk, farligt återfall i missbruk, psykosgenombrott eller dylikt. Vid dessa riskfyllda situationer ska terapeuten omedelbart ringa patientens behandlingsansvariga läkare, för skyndsamt psykiatrisk bedömning. Om den behandlingsansvariga läkaren inte finns tillgänglig för detta, ska terapeuten åka med patienten till Beroendeakuten för att ordna en sådan bedömning och adekvata medicinska åtgärder. Den överenskommelse om terapins ramar som görs i inledningsfasen mellan patient och terapeut, och eventuellt i samråd med patientens övriga BCS-kontakter, ska formuleras i ett behandlingskontrakt. Detta behandlingskontrakt ska skrivas in i journalen under rubriken Vårdplan.

Stor erfarenhet och väl utarbetade rutiner för multibehandling, finns hos Psykoterapiteamet, BCS:s enhet för gruppterapi. Nedan följer en kort beskrivning av Psykoterapiteamets rutiner för hur samarbete mellan en patients olika behandlare initieras och utformas:

Efter att patienten, med stöd av sin beroendemottagning, lyckats bryta sitt missbruk kan patienten remitteras vidare för psykoterapi. Gäller remissen gruppterapi görs psykoterapibedömning av psykoterapeut vid Psykoterapiteamet. Patienten genomgår sedvanlig bedömning för psykoterapi med KAPP (se avsnitt 2.2.), vilken leder till ställningstagande till vilken form av terapi patienten bör ha mest hjälp av. Är gruppterapi den aktuella formen så kommer behandlingen att ske hos

Psykoterapeutteamet. Här görs, tillsammans med patienten en noggrann genomgång av patientens livsmönster. Utifrån detta riggas "ett hållande kontaktnät" utformat för varje patients speciella behov.

Om anamnesen indikerar risk för destruktivt utagerande där egen eller andras hälsa eller att terapin kan spolieras, ansvarar gruppterapeuten för att upprätta ett skriftligt kontrakt. Här formuleras hur patienten ska agera vid kris och vilken hjälp patienten ansvarar för att ta. Patienten kontaktar de stödpersoner/institutioner som just hon kan behöva och gör upp med dessa om hur en eventuell kris ska hanteras. Allt förs samman i en skriftlig överenskommelse, som skrivs in i patientens journal. Patienten är mycket involverad i detta arbete och ansvarig för att fullfölja sin del av avtalet. Gruppterapeuten har det yttersta ansvaret för att så sker. Terapeuten klargör också nödvändigheten av att kunna kommunicera med de andra vårdgivarna vid behov, vilket patienten måste godkänna.

I detta förberedande nätverksarbete får patient och terapeut en möjlighet att förhandla sig fram till ett kontrakt, där båda är eniga om behandlingens innehåll, innan själva behandlingen påbörjas. Erfarenheten säger att ett ordentligt förarbete före behandlingsstart, där patienten känner sig involverad och betydelsefull, leder till mindre problem under behandlingens gång, både vad gäller kontakten mellan terapeut och patient och kontakten mellan de olika behandlingsinstanserna. Även då gruppsykoterapi är igång kan behov av kompletterande insatser uppstå. Initiativet till dessa insatser kan komma från patient, gruppterapeut, behandlingsansvarig läkare eller andra som befinner sig i patientens stödjande nätverk. Det kan handla om familjeterapi, KBT för att få tillgång till strategier i problematiska situationer eller individuell terapi vid kris, parallellt med gruppterapi. Avgörande är att dessa erfarenheter också arbetas med i gruppen. Det är här det betydelsefulla integrationsarbetet sker.

Vissa fall av multipel psykoterapi bygger på ett integrerat teamarbete mellan olika terapeuter, där terapeuterna har en fri och öppen kommunikation med varandra om vad som händer i behandlingen av enskilda patienter. Så är exempelvis fallet i mentaliseringsbaserad terapi (MBT), där patienten går i både individuell och gruppterapi, med en öppen kommunikation mellan terapeuterna i MBT-teamet. Patienten måste i dessa fall få tydlig information om behandlingsupplägget och samtycka till det, innan terapin påbörjas.

### **3.2. Hur går en psykoterapi till? – Psykoterapimetodens användning inom BCS idag**

#### **Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsbegrepp som innefattar många interventioner vilka syftar till att påverka psykiatrisk, psykologisk eller somatisk problematik. Totalt finns ett 70-tal olika tekniker som kan tillämpas i terapin (O'Donohue, 2003). KBT vilar på en teoretisk grund av inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Grundtanken är att förändring sker när patienten motiveras till att pröva nya tankar och beteenden och då dessa i sin tur leder till nya erfarenheter. Behandlingen kan ske i terapirummet men också i den miljö där patientens problem förekommer.

Antal sessioner i en behandling varierar med vilket problem som behandlas. KBT vid ångest brukar exempelvis innefatta mellan 10 och 20 sessioner, medan KBT vid depression vanligen är längre och innefattar mellan 20 och 30 sessioner, i vissa fall även mer än så. Det finns vissa specifika

behandlingar, i synnerhet behandlingar vid alkoholberoende, som bör tidsbestämmas för att uppnå bästa möjliga behandlingsutfall. Detta gäller exempelvis CRA (12 gånger), återfallsprevention (8-10 gånger) och MI (4 gånger). Vanligen sker samtalen en gång i veckan, 50 minuter per gång, men det finns även undantagsfall där sessionerna istället varar två till tre timmar, exempelvis i samband med exponering utanför terapirummet. Det är även vanligt att ha tätare samtal än en gång per vecka i början av behandlingen respektive glesare när behandlingen närmar sig slutet.

Varje session inleds med att en agenda, en planering för vad sessionen ska innehålla, upprättas. Denna är till för att skapa trygghet och fokus i behandlingen samt för att skapa en röd tråd mellan sessionerna (Kåver, 2006). Terapin påbörjas sedan med att patient och terapeut tillsammans gör en problemanalys. Syftet är att samla information om vilken funktion ett problembeteende fyller för patienten och hur beteendet vidmakthålls och förstärks. Analysen fokuserar också på att vaska fram alternativa konkurrerande beteenden som redan finns eller som kan utvecklas och börja konkurrera med problembeteendet. De alternativa beteendena måste kännas attraktiva och lättillgängliga för patienten för att vara konkurrenskraftiga. Analysen omfattar också individens kompetenskänsla att kunna avstå från sitt problembeteende, att känna sig kompetent att utveckla alternativ och att våga experimentera med att förändra sig. Sådan kompetenskänsla behöver stärkas i samband med förändring av sig själv. Förutom analys av beteendets funktioner och konsekvenser görs en kartläggning av vilka så kallade respondent betingningar som kan finnas med koppling till problembeteendet. En respondent betingning kan t.ex. vara en stark rädsla, ångest, som förknippats med något föremål, en orm, eller egna stressymptom, panikångest (Sundel & Sundel, 2004).

Om det vid analysen går att formulera patientens problem i termer av beteenden och tankar som förekommer i för stor respektive för liten omfattning så kan KBT-interventioner sannolikt användas (se avsnitt 2 angående evidens för KBT). Efter den inledande problemanalysen, som egentligen är en uppsättning hypoteser om hur ett problem uppstår och vidmakthålls, diskuterar patient och terapeut vilken eller vilka åtgärder som ska prövas. Terapin innehåller pedagogiska inslag då terapeuten förklarar och ger information om den aktuella problematiken. Patient och terapeut samarbetar under sessionerna. De formulerar bland annat kortsiktiga, realistiska och mätbara mål som känns attraktiva för patienten, samt upprättar vanligen flera delmål, särskilt i komplexa fall när flera diagnoser ska behandlas. Patient och terapeut kan även utföra tanke- och beteendexperiment, träna på färdigheter som patienten saknar och arbeta med att hantera olika situationer utan att få ångest. Ett annat viktigt inslag under terapin är att patienten får hemuppgifter för att aktivt testa och träna in nya beteenden och få nya erfarenheter utanför terapirummet, i naturliga situationer (Kazantzis, 2004).

Det är viktigt att patient och terapeut utvärderar de uppsatta målen inom en rimlig tid, det vill säga inom cirka tre till sex månader. Det betyder inte att alla problem antas ha lösts vid utvärderingstillfället men att framgång i terapin då ska kunna bedömas. Framgång ska helst utvärderas och uppmärksammas så tidigt som möjligt eftersom det sannolikt förstärker patientens tilltro att lyckas och ökar patientens egen aktivitet i förändringsarbetet. En bonuseffekt av sådan målformulering och uppföljning kan vara att behandling kan avslutas tidigare än vad som initialt bedömts vara möjligt, genom att de uppnådda målen i sin tur ändrar patientens situation så att hon själv fortsätter förändringsarbetet utan terapeutstöd eller med ett marginellt sådant. Ett utvärderingstillfälle kan innebära att terapins aktiva fas avslutas, och patienten kommer tillsammans med terapeuten överens om ytterligare ett eller flera utvärderingstillfällen medan patienten fortsätter arbetet på egen hand. Återträffarna används till att berömma och förstärka patientens framgångar samt lyfta fram de lärdomar som kan dras av eventuella återfall. Återfall innebär även att den gjorda analysen kan behöva kompletteras, nya mål formuleras och ytterligare interventioner prövas.

## Kognitiv terapi (KPT)

Den kognitiva terapin utformades av Aaron Beck i hans arbete med patienter med depression. Terapiformen har sedan vidareutvecklats genom att delar av John Bowlbys anknytningsteori (Bolwby, 1969, 1973, 1980), Mary Ainsworths begrepp ”trygg bas” (Perris, 1996), Jean Piagets observationer av barnets kognitiva utveckling (Elkind, 1978) och George Kellys begrepp ”personliga konstrukter” (Perris, 1996) har införlivats. På senare år har även schematerapi genom Jeffrey Young inkluderats som behandlingsmetod. Idag används den kognitiva terapiformen som behandling vid de flesta psykiska problemområden (Perris, 1996).

Den kognitiva terapin utgår ifrån att människan alltid *tolkar* verkligheten och därmed skapar sig en personlig bild av den. Denna tolkning styr sedan hur människan upplever sig själv, andra människor och omvärlden. Förespråkare för terapiformen menar att ”det inte är tingen i sig som människan lider av utan sitt sätt att uppfatta dem”, det vill säga det är sättet att tänka som påverkar våra känslor och handlingar. Inom terapiinriktningen ses människor även som olika sårbara utifrån ett biologiskt och ärftligt perspektiv såväl som utifrån erfarenheter gjorda under uppväxten. Symtom av olika slag ses vidare som ett personligt sätt att hantera sin sårbarhet när påfrestningar i livet blir för stora (Perris, 1996).

Kognitiv psykoterapi finns både som kort- och långtidsbehandling. Oavsett behandlingens längd sker samtalen vanligen en gång i veckan, cirka 45-60 minuter per gång. Korttidsterapin varar cirka 5-25 sessioner och målet med denna terapi kan exempelvis vara att minska ångest eller förhindra återfall i depression. Detta kan uppnås genom att terapeuten och patienten arbetar aktivt med att förändra det tankesätt som är förknippat med ångesten eller depressionen. Långtidsterapin, som innefattar 25 eller fler sessioner, kan ha som mål att få bättre självkänsla eller att lära sig knyta an till viktiga personer och skapa nära relationer. Här blir syftet en förändring av grundläggande personliga föreställningar som patienten har om sig själv eller om andra och som formats under uppväxten (Beck, 1995).

Kognitiv psykoterapi är strukturerad och börjar med en systematisk undersökning av konkreta situationer där problem uppstår. Detta kallas med ett annat ord för konceptualisering, där terapeuten genom samtal försöker skapa sig en sammanfattande bild och en teoretisk förståelse av problembilden. Terapin berör sedermera de negativa automatiska tankar, uppfattningar och beteenden som hänger ihop med smärtsamma känslor. Dessa automatiska tankar härstammar från mer generella grundläggande personliga uppfattningar och tolkningar av verkligheten. Terapeuten undersöker tillsammans med patienten även vilka livsregler/scheman och grundantaganden som är kopplade till negativa tankar och känslor och hur patienten kompenserar för dessa för att kunna hantera sin livssituation (Beck, 1995).

Under psykoterapins gång får patienten hjälp med att få klarhet i vad som hänt och med att bearbeta och ersätta negativa automatiska tankar, känslor och beteenden med nya och mer konstruktiva sätt att reagera och relatera. Detta ökar möjligheten att långsiktigt bryta de tanke- och beteendemönster som ställer till problem för patienten själv och för patienten i relation till andra. Terapeuten och patienten bestämmer tillsammans mål för terapin. I början av varje session görs även en agenda för dagens session. Tillsammans med terapeuten utforskar patienten olika problemområden där terapeuten bidrar genom att ställa frågor (så kallad sokratisk frågemetodik) och vägleder patienten till egna upptäckter. Hemuppgifter är en viktig del av terapin och medför att terapiarbetet fortsätter även mellan sessionerna (Beck, 1993).

Inför en avslutning gör patienten och terapeuten en utvärdering av terapin och efter avslut genomförs ett till tre så kallade booster-samtal för att följa upp hur väl patienten använder sig av de nya teknikerna (Beck, 1995).

### Psykodynamisk psykoterapi (PDT)

Psykodynamisk psykoterapi syftar till ökad självkunskap. Detta nås genom en ökad medvetenhet om egna önskningar och behov samt en förståelse för deras samspel med den yttre verkligheten. I terapin kan patienten bli varse sina känslö- och reaktionsmönster och därmed få en bättre förståelse för sina svårigheter och en större möjlighet att kunna fatta beslut som överensstämmer med den person han/hon faktiskt är. Detta kan bland annat innebära en förbättring av möjligheten att leva fri från missbruk.

Vanligen sker samtalen en gång i veckan och psykoterapin brukar vara i cirka 2 år men finns både i kortare och i längre format. Terapisessionerna pågår i 45 minuter, om inte annat har beslutats, och en viktig del av behandlingen är just att dessa tidsramar hålls (Greenson, 1981). Bara genom att terapeuten avslutar varje session vid samma tid medför en trygghet för patienten som därmed kan börja våga närma sig även svåra samtalsområden.

Grundläggande i psykodynamisk teori är att vi har ett omedvetet och att det i vår inre värld pågår en ständig dragkamp mellan behov, önskningar och verklighetens krav. Vi försöker hålla borta psykisk smärta med hjälp av olika försvarsmanövrer. Dessa försvar kräver psykisk energi för att upprätthållas. Symtom ses i detta perspektiv som lösningen på ett problem snarare än problem i sig. Under vår uppväxt har vi i vårt inre samlat på oss lager på lager med känslomässiga erfarenheter som vi upplevt i relation till viktiga andra. Relationer i nuet kan så att säga "haka i" minnet av relationer från långt tillbaka i tiden, vilket för med sig att vi i en aktuell relation kan reagera som om det var relationen från tidigare som fortfarande gällde (Greenson, 1981).

Den terapeutiska relationen ger tillsammans med ramarna det område där det terapeutiska arbetet äger rum. Ramarna är tydliga och innefattar regelbundenhet och konstans vad gäller tid, plats och terapeutens hållning, för att eftersträva en så trygg upplevelse som möjligt. Den terapeutiska hållningen innebär att terapeuten eftersträvar att vara både känslomässigt närvarande i terapin och att se terapin utifrån, med terapins metod och ramar i tankarna (Greenson, 1981). Den trygghet som skapas av dessa tydliga ramar medför gynnsamma möjligheter att arbeta med de överföringar och motöverföringar som uppstår mellan patient och terapeut. Med detta menas, mycket förenklat, att patientens svårigheter utanför terapin blir tillgängliga och möjliga att bearbeta i terapirummet. I det tillåtande klimat som utvecklas i terapin stimuleras patienten att bli mer spontan med vad han eller hon känner och tänker.

Närheten i relationen gör att terapeuten kan konfrontera patienten utan att kränka och såra, vilket minskar risken att de vanliga försvaren slås på. Terapin ger patienten hjälp att komma ifrån sitt förnekande och börja reflektera över sin situation, sina mönster, reaktioner, relationer och val. Tillsammans med terapeuten upptäcker patienten nya sidor hos sig själv och vågar tänka och handla mer självständigt. Terapins uppgift är att undanröja det som hindrar en person från att använda sig av sina resurser och komma vidare i sin egen utveckling. Inte sällan upplever patienten att det som han/hon varit med om i livet blir mer verkligt när någon annan lyssnar. Bearbetandet av det som var och som skulle ha varit annorlunda får sitt utrymme. Det blir då möjligt att sörja för att sedan kunna lägga saker bakom sig i stället för att öda energi på att hålla borta smärtsamma känslor. Den energin har man själv mer glädje av om den får finnas med i relation till omvärlden.



Avslutningen tar lång tid, kanske ½ år. Symtom, vånda och hjälplöshet kommer vanligen tillbaka under denna period. Under avslut jämförs vad som uppnåtts i terapin med patientens förväntningar. Både patient och terapeut får möjlighet att reflektera över vad de tycker har varit mer eller mindre bra. Separationen från terapeuten medför även ett sorgarbete, en erfarenhet vi alla behöver ha med oss i livet.

Under de senaste 10-20 åren har det skett en betydande utveckling av både teori och praktik inom den psykodynamiska psykoterapin. En nutida inriktning är den relationella terapin, där fokus ligger på det som händer i relationen mellan patient och terapeut, med utgångspunkt i en två-personers-psykologi. Det innebär att terapeuten är öppen för hur både han/hon själv och patienten bidrar till de relationsmönster som utvecklas i terapin. I det relationella tänkandet betonas arbetet att etablera en stark terapeutisk allians och att försöka hitta lösningar på ev. sammanbrott i alliansen (Safran & Muran, 2000). En variant av relationell terapi är mentaliseringsbaserad terapi (MBT) som är speciellt anpassad till patienter med borderline personlighetsstörning. I MBT kombineras individuell terapi och gruppterapi. Terapin fokuserar på att förbättra patientens mentaliseringsförmåga, det vill säga förmågan att reflektera kring mentala tillstånd hos en själv och andra (Bateman & Fonagy, 2004).

För patienter med en mer begränsad problematik kan psykodynamisk korttidsterapi, på cirka 10-25 sessioner, vara en lämplig behandling. En variant är affektfokuserad korttidsterapi, som fokuserar på att lösa patientens dominerande inre konflikter genom att hjälpa patienten att komma i kontakt med de grundaffekter som tidigare avväjts. Ytterligare en variant är intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) vars fokus istället ligger på att snabbt hjälpa patienten uppleva de omedvetna känslor som ligger till grund för ångest, symtom och försvar. Den vanligaste tekniken är att uppmuntra patienten att medvetandegöra och uppleva sina känslor, samtidigt som terapeuten och patienten tillsammans utmanar patientens försvar (Abbass et al., 2008).

### Gruppsykoterapi (PDT i grupp)

Gruppsykoterapi bygger på psykodynamisk, anknytningsteoretisk och gruppanalytisk teori i modifierad form samtidigt som det inkluderar ett intersubjektivt förhållningssätt. Tanken är att människors svårigheter har uppstått i mötet med andra människor, främst i mötet med anknytningspersonen, och att de sedan gestaltas i relation till andra. Bateson (1982) formulerar detta som att "känslor är kroppsliga reaktioner och är resultatet av en räckta relationella kontexter vi mött på genom åren".

Varje psykoterapigrupp består av 6-8 deltagare. Gruppen träffas under skolterminerna, en gång i veckan, 1½ timme per gång. Gruppterapi kan beskrivas som en form av långtidsterapi. Grupperna inom BCS är "halvöppna" vilket betyder att om någon slutar så kan en ny deltagare beredas plats. Det är som regel en terapeut i varje grupp, men det händer att terapeuter under fortbildning deltar som co-terapeut.

För att bli aktuell för gruppterapi ska patienten ha varit drogfri tre till sex månader. Därefter kan patienten remitteras till gruppsykoterapiteamet som då gör en noggrann psykoterapiutredning av personlighetsstrukturen, samt undersöker patientens symtombild, med bedömningsinstrument såsom KAPP, BDI (Beck Depression Inventory) med flera. Efter återkoppling och diskussion med patienten om vilka svårigheter som finns, görs en överenskommelse om mål och delmål under tiden för gruppsykoterapin. När patienten tackar ja till erbjudandet om gruppsykoterapi förbinder han eller hon sig att stanna i gruppen i minst sex månader och därefter delta i minst sex avslutande grupptillfällen. Den totala tiden i gruppen anpassas efter individens specifika svårigheter vilket

innebär att behandlingstiden är individualiserad trots gruppformatet. Genomsnittlig behandlingstid är för närvarande tre till fyra år.

För att skapa nödvändig trygghet i gruppen måste samtliga patienter förbinda sig att hålla ett tystnads- och anonymitetslöfte. Detta innebär att endast förnamn används i gruppen, att patienterna ej träffas utanför psykoterapin och att patienterna prioriterar gruppen framför annat. Även rekommendationen att alla patienter bör avstå från alkohol och droger under hela psykoterapitiden är mycket viktig. Vid återfall ansvarar patienten för att omgående avbryta återfallet, berätta om återfallet i gruppen, samt vid behov ta hjälp av behandlingsansvarig läkare för att få adekvat behandling parallellt med psykoterapin. Då patienterna ofta har mycket komplexa vårdbehov är det viktigt att arbeta utifrån ett multidisciplinärt förhållningssätt. Det noggranna bedömningsarbetet ligger till grund för att skapa ett hållbart kontaktnät utifrån patientens speciella svårigheter, innan patienten tas in i psykoterapi. Det kan handla om medicinering, nykterhetsstöd, och inläggning vid suicidrisk eller annan kris. Patienten är självklart involverad och också ansvarig för att vid behov ta denna hjälp. Även då gruppsykoterapi är i gång kan behov av kompletterande insatser uppstå. Det kan handla om familjeterapi, KBT (för att få tillgång till strategier i problematiska situationer) eller individuell terapi vid kris, parallellt med arbetet i gruppen. Avgörande är att dessa erfarenheter också bearbetas i psykoterapigruppen då det är där integrationsarbetet sker.

De svårigheter som patienten stött på och inte kunnat bearbeta tidigare i livet gestaltar sig relativt omgående i terapigruppen då de omedvetna svårigheterna blir tydliga för andra. Detta ger en förutsättning för patienten att i lugn och ro undersöka sina föreställningar om sig själv och andra, förstå andras tankar och känslor samt förstå vad patienten själv omedvetet skapar i samspelet med andra. Att höra andra berätta om sitt liv, om sina känslor och tankar, innebär även att patienten får nya perspektiv på sig själv och det han/hon har i sitt "bagage". Att dela sin oro och sina farhågor med andra kan ofta innebära att både problem och lösningar förtydligas och förändras. I gruppen kan patienten få stöd, spegling av sin person och få nya uppslag när det gäller sin livssituation. Gruppterapi blir på så sätt en träning i att förstå sig själv utifrån och andra inifrån. Samtidigt som förmågan till reflektion ökar, växer den egna tryggheten och tilliten, vilket ger en möjlighet både till bearbetning och till att prova på nya, mer funktionella, sätt att relatera.

Terapeutens uppgift är att hålla i struktur och ramar samt att underlätta kommunikationen mellan gruppdeltagarna så att trygghet och kohesion (gruppsammanhållning) kommer till stånd (Lorenzen, 2008). En viktig del av detta arbete handlar om att vara observant på den terapeutiska alliansen så att denna skapas och vidmakthålls, samt att observera och motverka destruktiva processer. Gruppsykoterapi avslutas på patientens begäran då han/hon känner sig redo och då patienten har deltagit i de 6 sista avslutande gångerna.

## Systemisk familjeterapi

Familjeterapi är ett samlingsbegrepp för terapi med viktiga närstående personer runt en individ. Det kan vara partner, familjemedlemmar, släkt eller andra närstående. Familjeterapins teori och metod började utvecklas på 1950-talet och byggde då som nu huvudsakligen på systemteori. Genom åren har sedan många andra teoribildningar influerat och integrerats i familjeterapins olika skolbildningar och metoder (Lundsby et al., 2010).

Centrala arbetsområden i familjeterapi är vanligen kommunikation och språkteori, samspel, roller, mönster, berättelser och lösningar. Familjeterapi lägger också stort fokus vid salutogena (hälsobringande) faktorer och har som mål att förstärka och utveckla familjens egna resurser (Hansson, 2001). Samtal kan föras i olika konstellationer vid olika tillfällen och samtalen kan ledas



av en, två (co-terapi) eller flera terapeuter (team). Respektive samtal kan också indelas i olika faser och konstellationer såsom exempelvis talande och reflekterande (Andersen, 2003). Ibland används videoinspelning och envägsspegel som hjälpmedel. Längden på ett terapisaamtal är vanligen 1-1½ timme och en vanlig frekvens mellan samtalen är varannan vecka. Familjeterapi är att se som en korttidsterapi i den bemärkelsen att antalet samtal ofta ligger mellan 5 och 10. Det finns dock stora variationer med allt från 1 samtal till, mer sällan, över 20. Oavsett antalet samtal kan tiden för en familjeterapi sträcka sig över en längre tidsperiod, då vanligen med utglesad samtalsfrekvens.

Såväl den identifierade patienten som partner eller familjemedlemmar kan ta initiativ till att söka par- eller familjeterapi. Genom att motivationen för att söka och genomgå hela terapin fördelas mellan familjemedlemmarna minskas avsevärt risken för avbrutna terapier (Stanton & Shadish, 1997). Därmed integreras förändring i hela familjen och varaktigheten förstärks. I parterapi, som är vanligt inom missbruksvård, präglas ofta parets dynamik av svek, anklagelse, skuld och skam. Paret är låst i sina konfliktmönster. Målet för en parterapi kan vara att paret skapar enighet om nya strategier och samspel som behövs för att kunna hjälpa varandra att upprätthålla nykterhet och tillit.

Första samtalet brukar beskrivas som förutsättningslöst, där tanken är att parterna ska försöka enas om beskrivningar av problem och tillgångar samt enas om de områden som terapin ska fokusera på och vilka mål man vill uppnå. Stor vikt läggs på begrepp som samgående, allians och familjens sammanhang (kontext) ur sociala, kulturella och etniska perspektiv. Ur familjens beskrivning av sig själv, familjens observerbara samspel i rummet samt terapeutens observationer av sig själv hämtar terapeuten sin förståelse av familjen och hur den fungerar. Samtalsprocessen präglas sedan av ett samspel mellan alliansskapande samgåendetekniker och förändringsfrämjande interventioner, där återkoppling är ett centralt styrmedel. Även hemuppgifter och liknande förekommer. Samtalsprocessen utvärderas löpande och genomskinligheten i arbetssättet är hög. Likaså möjliggör metoden insyn och granskning med hjälp av exempelvis videoinspelning och direkthandledning (Lundsbye et al., 2010).

Syftet med terapin är att öka individens och familjens möjlighet att utforska, förstå och utveckla sina förmågor att hantera relationer och svårigheter i tillvaron. När familjen drabbas av missbruk/beroende eller psykisk sjukdom påverkas alla i familjen, vanligen under längre tid. Det är inte ovanligt att närstående utvecklar ett så kallat medberoende, vilket innebär att den närstående utvecklar ett samspelsmönster som kan medverka till att upprätthålla missbruket. Familjen behöver då skapa förändringar i sitt samspel som gynnar frihet från beroendet, eller lindring av sjukdomen, och samtidigt skapa förändringar som gynnar familjens nätverk och relationen till samhället i stort (Lundsbye et al., 2010). Terapeutens eller terapeuternas uppgift är att tillsammans med familjen utforma det arbetssätt och de metoder som passar bäst för familjen och dess sammanhang och sedan fortlöpande anpassa metoden till den förändringsprocess som familjen genomgår.

Terapin avslutas när familj och terapeut är överens om att målen uppnåtts och förändringen är stabil. Det förekommer ganska ofta att man beslutar om uppföljningssamtal för att säkerställa att förändringen bibehålls.

## 4. ORGANISATION OCH ANSVAR

BCS:s Psykoterapiverksamhet är organiserad under Sektionen för högspecialiserad öppenvård, men tar emot patienter via intern remiss från samtliga öppenvårdsenheter (Processmanual för Sektionen för högspecialiserad öppenvård) De psykoterapeuter som är knutna till verksamheten är anställda vid olika sektioner inom BCS. Den administrativa kärnan i Psykoterapiverksamheten, Psykoterapikansliet, leds av en psykoterapisamordnare och består i övrigt av en medicinskt ansvarig läkare samt en administratör. Detta kansli knyter ihop två nätverk och ett team av psykoterapeuter, närmare bestämt *Nätverket för individuell psykoterapi*, *Familjeterapinätverket* samt *Psykoterapiteamet* (gruppsykoterapi) (Philips, 2010). Psykoterapikansliet ansvarar bland annat för att diarieföra, handlägga och bedöma remisser på remisskonferenser samt att komplettera remisser då detta behov uppkommer. Kansliet ansvarar även för att bedöma vilken terapiform som lämpar sig bäst för respektive patient, registrera patienten på väntelista, kontrollera att vårdgarantin upprätthålls, samt förmedla patientkontakter till psykoterapeuter för bedömning och behandling.

När patienten påbörjat en psykoterapi har psykoterapeuten ansvar att, utifrån sin yrkesroll och sin legitimation, bedriva en fullgod psykoterapeutisk behandling efter aktuella regler och bestämmelser. Detta innefattar bland annat att upprätta ett behandlingskontrakt med patienten, journalföra varje psykoterapibesök samt rapportera medicinskt relevant information, såsom våld- och suicidhot, till medicinskt ansvarig läkare och övrig personal som deltar i behandlingen av patienten. Psykoterapeuten är även ansvarig att meddela administratören om psykoterapin avslutas, aldrig påbörjas eller om avhopp sker. Yttersta patientansvaret ligger hos remitterande instans, närmare bestämt medicinskt ansvarig läkare på respektive patients mottagning. Under tiden patienten går i terapi skall denne därför även vara aktuell på sin beroendemottagning. För mer ingående information om vilka rutiner som gäller för Psykoterapiverksamheten inom Beroendecentrum, se aktuell *Processmanual för Sektionen för högspecialiserad öppenvård*, som återfinns under G:/ i klinikens gemensamma nätverk. Där finns även rutiner för allt det som sker från det att Psykoterapiverksamheten tagit emot en remiss till det att patienten slutfört en behandling och avslutas.

## 5. FÖRKORTNINGAR

|       |  |
|-------|--|
| AA    | Anonyma Alkoholister                           |
| ADHD  | Attention Deficit Hyperactivity Disorder       |
| APA   | American Psychological Association             |
| ATI   | Aptitude by Treatment Interaction              |
| BCS   | Beroendecentrum Stockholm                      |
| BDI   | Beck Depression Inventory                      |
| BPO   | Borderline Personlighetsorganisation           |
| BPS   | Borderline Personlighetsstörning               |
| CRA   | Community Reinforcement Approach               |
| CRAFT | Community Reinforcement And Family Training    |
| DBT   | Dialektisk beteendeterapi                      |
| DBT-S | Dialektisk beteendeterapi för substansmissbruk |
| DDP   | Dekonstruktiv terapi                           |
| DSFT  | Schematerapi med dubbelt fokus                 |

|        |   |
|--------|---|
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version IV)      |
| EBM    | Evidens Based Medicine  |
| EBPP   | Evidens-Based Practice in Psychology/Evidensbaserad Psykologisk Praktik |
| EMDR   | Eye Movement Desensitisation and Reprocessing                           |
| ERP    | Exponering och Responsprevention  |
| EST    | Empirically Supported Treatments  |
| GAD    | Generaliserat Ängestsyndrom   |
| GRADE  | Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation       |
| hiv    | Humant immunbristvirus  |
| IBS    | Irritable Bowel Syndrome  |
| IPT    | Interpersonell terapi   |
| ISTDP  | Intensiv Short-term Dynamic Psychotherapy                               |
| KAPP   | the Karolinska Psychodynamic Profile                                    |
| KBT    | Kognitiv beteendeterapi   |
| KPT    | Kognitiv terapi   |
| MBT    | Mentaliseringsbaserad terapi  |
| MI     | Motivational Interviewing/Motiverande samtal                            |
| NA     | Narcotics Anonymous (anonyma narkomaner)                                |
| NPO    | Neurotisk Personlighetsorganisation                                     |
| OCD    | Obsessive–Compulsive Disorder/Tvångssyndrom                             |
| PDT    | Psykodynamisk terapi  |
| PI     | Psykodynamisk-Interpersonell terapi                                     |
| PPO    | Psykotisk Personlighetsorganisation                                     |
| PTSD   | Posttraumatiskt Stressyndrom  |
| RCT    | Randomized Controlled Trial/Randomiserad Kontrollerad Studie            |
| SBU    | Statens beredning för medicinsk utvärdering                             |
| SSRI   | Selektiva Serotoninåterupptagshämmare                                   |
| STOPP  | Stockholm Obesity Prevention Project                                    |
| STPP   | Short Term Psychodynamic Psychotherapy/Psykodynamisk Korttidsterapi     |
| TAU    | Treatment As Usual/Sedvanlig behandling                                 |
| TFP    | Transference-Focused Psychotherapy/Överföringsfokuserad terapi          |

## 6. REFERENSER

- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J. & Kalpin, A. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 211-216.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist* 61(4), 271-285.
- Andersen, T. (2003). *Reflekterande Processer. Samtal och Samtal om Samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Allen, J. G., Keller, M. W. & Console, D. A. (1999). *EMDR: A Closer Look - Video Manual*. Guilford Press.
- Asen, E. (2002). Outcome Research in Family Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8:230-238.
- Ball, S. A. (2007). Comparing Individual Therapies for Personality Disordered Opioid Dependent Patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-21.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry* 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateson, G. (1982). *The Legacy of a scientist*. Boston: Beacon Press.
- Beck, A. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Publications.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Publications.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss (Volume 1) Attachment*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss (Volume 2) Separation*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss (Volume 3) Loss, Sadness and Depression*. London: Hogarth.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2004). Chapter 14. Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. I: Lambert, M.J. (red.) (2004). *Bergin and*

Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5<sup>th</sup> edition). (sid. 651-667) New York: John Wiley & Sons.

Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., Forsberg, L. (2010). Motivational Interviewing versus Cognitive Behavioral Group Therapy in the Treatment of Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 92-103.

Carr, A. (2009). The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Adult-Focused Problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.

Chambless, D. L. & Hollon, S.D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004) The Influence of Client Variables on Psychotherapy. I Lambert, M. J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5<sup>th</sup> edition). (s. 211-213) New York: John Wiley & Sons.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. & Beck, A. T. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 493-502.

Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P. & Andersson, G. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.

Diskin, K.M. & Hodgins, D.C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 382-388.

Doiron, J. & Nicki, R. (2007). Prevention of problem gambling: A randomized control trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 74-84.

Durham, R. C., Murphy, T., Richard, A. K., Treiving, L. R. & Fenton, G. W. (1994). Cognitive Therapy, Analytic Psychotherapy and Anxiety Management Training for Generalized Anxiety Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

Elkind, D. (1978). *The child's reality: Three developmental themes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of Brief Dynamic and Cognitive-Behaviour Therapies in the Treatment of Avoidant Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64.

Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.

Fridell, M. (1991). *Personlighet och Drogmisbruk*. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol och Narkotikaupplysning.

Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Roose, S. P., Barber, J. P., Thase, M. E., Perkins, P. & Leon, A. C. (2010). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. (Publicerad online: 15 sep., 2010: doi: 10.1176/appi.ajp.2010.08060843).

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J. & Petry, N. M. (2009). Imaginal Desensitisation Plus Motivational Interviewing for Pathological Gambling: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 195(3), 266-267.

Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J. & Virk, S. (2008). A Controlled Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Co-Occurring Borderline Personality Disorder and Alcohol use Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 28-41.

Greenson R. R. (1981). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. The Hogart Press.

Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på Goda Grunder. En Forskningsbaserad Översikt*. Stockholm: Gothia.

Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W. & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23(2), 215–230.

Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I: Philips, B. & Holmqvist, R. (red.) (2008). *Vad är Verksam i Psykoterapi?* (sid. 211-228) Stockholm: Liber.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O.F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), s. 169-195.

Kazantzis, N. (2004). *Using homework assignments in cognitive behavioral therapy*. London: Routledge.

Knijnik, D. Z., Blanco, C., Salum, G. A., Moraes, C. U., Mombach, C., Almeida, E., Pereira, M., Strapasson, A., Manfro, G. G. & Eizirik, C. L. (2008). A Pilot Study of Clonazepam versus Psychodynamic Group Therapy plus Clonazepam in the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder. *European Psychiatry*, 23(8), 567-74. E-publication.

Klerman, G. L., Weissman, M.M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, London.



Kåver, A. (2006): *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur och Kultur. Stockholm

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I: Lambert, M. J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5<sup>th</sup> edition). (ss 157-158, 178-179) New York: John Wiley & Sons.

Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of Systemic and Analytic Group Psychotherapy for Adult Women With History of Intrafamilial Childhood Sexual Abuse: A Randomized Controlled Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 96-104.

Leichsenring, F. (2001). Comparative Effects of Short-term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression: A Meta-Analytic Approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 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*, 160, 7.

Leichsenring, F. & Rabung S. (2008): Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551-1565.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical Behavior Therapy versus Comprehensive Validation Therapy Plus 12-step for the Treatment of Opioid Dependent Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 67(1), 13-26.

Linehan, M. M., Schmidt, H. 3rd, Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal of Addictions*, 8(4), 279-92.

Loretzen, S. (2008). Commentary: Cohesion, Alliance and Outcome in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(3).

Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T. & Holmberg, B. (2010). *Familjeterapins grunder* (s.79- 111) Stockholm: Natur och Kultur.

Lynch, D., Laws, K. R. & McKenna, P. J. (2010). Cognitive Behavioural Therapy for Major Psychiatric Disorder: Does it Really Work? A Meta-Analytical Review of Well-Controlled Trials. *Psychological Medicine* 40, 9-24.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Lanza Hurley, C. (2003). *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

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.

McWilliams, N. (2005). *Psykoanalytisk diagnostik: att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Meuser, K. T. (red.) (2005) *Dubbel Diagnos. Allvarlig Psykisk Sjukdom och Missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m. fl.* (sid. 33-68) Stiftelsen Ett Helt Liv Förlag: Karlskrona.

Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (Eds.) (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington DC: American Psychological Association.

Oei T. P. & Raylu N., Casey, L.M. (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2):233-8.

O'Donohue, W., Fisher, J. E. & Hayes, S. C. (2003): *Cognitive Behavior Therapy. Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New Jersey: Wiley.

Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders – An overview. *Alcohol Research and Health*, 26, 81-89.

Philips, B. (2010). *Psykoteraimanual*. Internt dokument. Beroendecentrum Stockholm, 2010-09-16, (sid. 1-8).

Philips, B., Kahn, U. & Bateman, A. W. (in press) Mentalizing and Drug Addiction. I A. W. Bateman och P. Fonagy (red.). *Handbook of Mentalising in Mental Health Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Piper W. E. & Ogrodniczuk, J. S. (2009). Group Treatment. I: Oldham, J. M., Skodol A. E., & Bender D. S. (2009). *Essentials of Personality Disorders* (sid. 253-266) American Psychiatric Publishing.

Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F. & Joyce, A. S. (1993). A Randomized Trial of Psychiatric Day Treatment for Patients with Affective and Personality Disorders. *Hospital & Community Psychiatry* 44(8), 757-63.

Roozen, H. G., De Waart, R. and Van Der Kroft, P. (2010), Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729–1738.

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. (2nd edition). Guilford Press, NY.

Rudnick Levin, F. (2007). Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Patients With Substance Use Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 68.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press.

Sandahl, C. (2008). Gruppens terapeutiska potential. I: Philips, B. & Holmqvist, R. (red.) (2008). *Vad är Verksam i Psykoterapi?* (sid. 99-119) Stockholm: Liber.

Sandahl, C., Lundberg, U. E., Lindgren, A., Rylander, G., Herlofson, J., Nygren, Å. & Åsberg, M. (2010). *Two Forms of Group Therapy and Individual Treatment of Work Related Depression – A One Year Follow Up Study*. Ej publicerad.

Sandell, R. (2008). Patienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I: Philips, B. & Holmqvist, R. (red.) (2008). *Vad är Verksam i Psykoterapi?* (s.193-194) Stockholm: Liber.

SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslag.

Socialstyrelsen (2007). *Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för Missbruks- och Beroendevård*. Remissversion 2007-02-01.

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, SBU. (2001). *Rapport: Behandling av Alkohol- och Narkotikaproblem. En Evidensbaserad Kunskapsmanställning*. Volym I och II. Stockholm.

Stanton, M. D. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, Attrition and Family-Couples Treatment for Drug Abuse. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191.

Stratton, P (2005). *Report On The Evidence Base Of Systemic Family Therapy*. Association for Family Therapy.

Sundel, S. & Sundel, M. (2004). *Behavior change in the human services*. London: Sage.

Sørensen, P., Birket-Smith, M., Wattar, U., Buemann, I. & Salkovskis, P. (2010). A Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioural Therapy versus Short-Term Psychodynamic Psychotherapy versus no Intervention for Patients with Hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 12, 1-11.

Tschuschke, V. (1999). Gruppentherapie versus Einzeltherapie – Gleich Wirksam? [Group Psychotherapy versus Individual Therapy – Equally Effective?]. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35, 257-276.

Valbak, K. (2004). Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy: A Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 164-178.

Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. & Shulz, H. (2010). Effectiveness of Systematic Treatment Selection for Psychodynamic and Cognitive-Behavioural Therapy: Randomised Controlled Trial in Routine Mental Healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 196, 96-105.

Weinryb, R. & Rössel R. (1991a). Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(363), 1-23.

Weinryb, R., Rössel, R. & Åsberg, M. (1991b). I. The Karolinska Psychodynamic Profile. II. Interdisciplinary and Cross-cultural Reliability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 73-76.

Weinryb, R., Rössel, R. & Åsberg, M. (1991c). The Karolinska Psychodynamic Profile. I. Validity and Dimensionality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 64-72.

Weinryb, R., Gustavsson J., Åsberg, M. & Rössel R. (1992a). *Character Assessments Using a Psychodynamic Instrument and Personality Inventories – Stabilities over Time*. The Department of

Internal Medicine and the Department of Psychiatry and Psychology, Karolinska Institute.  
Stockholm, Sweden.

Weiss R. D., Griffin M. L., Jaffee W. B., Bender R. E., Graff F. S., Gallop R. J. & Fitzmaurice G. M. (2009). A "Community-Friendly" Version of Integrated Group Therapy for Patients with Bipolar Disorder and Substance Dependence: A Randomized Controlled Trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(3), 212-219.

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

Öst, L.-G. (red.) (2006). *Kognitiv Beteendeterapi inom Psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

## 7. BILAGOR

### Bilaga 1. Checklista Processflöde för psykoterapier

Denna checklista riktar sig till medicinskt ansvarig läkare samt administrativ personal inom Psykoterapikansliet. Sätt ett kryss i vänsterkolumnen om svaret på frågan är Ja. Varje fråga kräver att föregående fråga är besvarad med Ja.

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Svar:</b> | <b>Grundläggande frågor avseende nyremitterade patienter:</b>  |
|              | Är remissen skriven av specialistläkare inom BCS öppenvård och skickad via TakeCare?                     |
|              | Följer remissen den särskilda remissmallen för psykoterapi och är den fullständigt och korrekt ifylld?   |
|              | Kommer patienten att vara aktuell på den remitterande mottagningen under tiden för psykoterapin?         |
|              | Är remissen granskad och godkänd på remisskonferens?   |
|              | Är bekräftelse på mottagen remiss skickad via TakeCare till remitterande läkare?                         |
|              | Har remissen fått ett remissnummer, som sätts i ordning efter remissdatum?                               |
|              | Är remissen skickad till det psykoterapinätverk som är adekvat utifrån remissens önskemål om terapiform? |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Svar:</b> | <b>Frågor avseende patienter till PDT, KPT eller gruppterapi hos BCS- eller extern terapeut samt till KBT hos extern terapeut/student:</b>   |
|              | Är patienten kallad till separat psykoterapibedömning? (Notera om kallelse sker inom 90 dagar från remissdatum eller ej)   |
|              | Är psykoterapibedömning slutförd?  |
|              | Är psykoterapibedömningen presenterad på Psykoterapiverksamhetens möte inför den medicinskt ansvariga läkaren? (För gruppterapi: Är bedömningen presenterad på Psykoterapiteamets interna möte?) |
|              | Finns indikation för psykoterapi som sjukvårdande behandling och är det adekvat att psykoterapi erbjuds genom BCS:s försorg?   |
|              | Fattas ett beslut om vilken terapiform som patienten ska erbjudas?   |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Svar:</b> | <b>Frågor avseende patienter till familjeterapi eller KBT hos BCS-terapeut:</b>  |
|              | Har ett beslut fattats om att patienten/familjen ska kallas direkt till terapeut, där de första samtalen ska utgöra bedömningsamtal? |
|              |  |
| <b>Svar:</b> | <b>Frågor avseende alla patienter:</b>   |
|              | Är patienten kallad till första samtal hos terapeut? (Notera om kallelse sker inom 90 dagar från beslut om psykoterapi)              |

## Bilaga 2. Checklista för psykoterapi

Denna checklista riktar sig till ansvarig psykoterapeut. Sätt ett kryss i vänsterkolumnen om svaret på frågan är Ja. Varje fråga kräver att föregående fråga är besvarad med Ja.

| Svar: |  |
|-------|--|
|       | Är psykoterapibedömning slutförd?  |
|       | Är psykoterapibedömningen presenterad på Psykoterapiverksamhetens möte inför den medicinskt ansvariga läkaren? (För gruppterapi: Är bedömningen presenterad på Psykoterapiteamets interna möte?) |
|       | Har terapeut och patient formulerat ett behandlingskontrakt efter de inledande, orienterande samtalen och är detta journalfört i TakeCare?   |
|       | Journalför terapeuten varje samtal i TakeCare?   |
|       | Gör terapeuten en längre journalanteckning var tredje månad, som innehåller en utvärdering av de senaste tre månadernas terapi?  |
|       | Vid återfall, överdosering av ordinerad medicin, suicidrisk, våldshot, misstanke om somatisk sjukdom, barn som far illa samt avhopp, har terapeuten rapporterat till behandlingsansvarig läkare? |
|       | Om terapin behöver förlängas utöver beslutad kontraktstid, sker det efter att terapeuten har presenterat ärendet på Psykoterapiverksamhetens möte med medicinskt ansvarig läkare?                |
|       | Är terapin avslutad?   |
|       | Finns en slutanteckning i TakeCare?  |



### Bilaga 3. Checklista för psykoterapibedömning

Frågor som bör tas i beaktande vid en psykoterapibedömning och val av terapimetod, med hänvisning till motsvarande avsnitt i *Psykoterapi och psykoterapibedömning – lokal instruktion*. Checklistan riktar sig till bedömningsansvarig psykoterapeut samt medicinskt ansvarig läkare.

| Fråga  | Avsnitt                    |
|--|----------------------------|
| Är det en individ, ett par eller en familj som söker terapi?   | 2.4.1.<br>2.4.2.<br>2.7.2. |
| Har patienten en klar preferens för en viss terapimetod?   | 2.9.                       |
| Hur pass motiverad är patienten till att skapa förändring?   | 2.9.                       |
| Har patienten ett huvudproblem eller en huvuddiagnos? Finns det någon terapimetod med evidens för den problemtypen?  | 2.4.1.<br>2.4.2.<br>2.7.2. |
| Har patienten en komplex problematik med kronicitet eller multipla diagnoser?  | 2.1.<br>2.6.<br>2.7.2.     |
| Vilken funktionsnivå har patienten?  | 2.1.                       |
| Hur starkt är patientens subjektiva lidande och emotionella belastning?  | 2.1.                       |
| Har patienten en hög grad av reaktans, dvs. motvilja att låta sig styras eller påverkas?   | 2.1.                       |
| Har patienten en externaliserande eller internaliserande copingstil? Externalisering innebär handlingsorientering och tendens att förlägga problem utanför sig själv. Internalisering innebär introspektion och tendens att förlägga problem till sin egen person. | 2.1.                       |
| Har patienten socialt stöd? Hur starkt?  | 2.1.                       |
| Finns det risk för negativt terapiutfall om fel terapimetod väljs?   | 2.1.                       |
| Hurdant är patientens sätt att relatera till andra människor, till det yttre och i sitt inre?  | 2.1.                       |
| Hurdan är patientens förmåga till reflektion och inre psykologiskt arbete?   | 2.1.                       |
| Hur pass mogen och stabil är personligheten, eller omvänt, hur pass skör och instabil är personligheten? (Personlighetsorganisation)   | 2.1.                       |
| Finns det några andra faktorer hos patienten att ta hänsyn till, t ex språk?   | 2.9.                       |
| Finns det en terapeut med adekvat utbildning och tillräcklig kompetens?  | 2.8.                       |

## Bilaga 4. Psykodynamisk personlighetsbedömning enl. KAPP

KAPP är ett bedömningsinstrument baserat på psykoanalytisk teori. Med det psykodynamiska instrumentet bedöms karaktärsdrag som är relativt stabila över tid. Den profil som erhålls består av 18 variabler, som avser att tillsammans ge en bild av väsentliga personlighetsdrag så som de framträder i patientens självbild och i relationer till andra. Variablerna och deras skattningssteg är försedda med detaljerad beskrivning vilken är nära förknippad med kliniskt observerbara fenomen. Att beskriva en verklighet i termer av olika variabler blir mycket begränsat och konstruerat. Det är givetvis så att det som variablerna beskriver inte är speciella mentala funktioner med ett självständigt existerande. KAPP är ett redskap för att försöka åskådliggöra den komplexa verklighet en människas personlighetsmönster utgör. Variablerna är konstruktioner, skapade av forskare utifrån teori och tidigare observationer. Till varje variabel finns en beskrivning av området som skall observeras i anslutning till variabeln.

Den information som ligger till grund för att göra skattningar i KAPP:s variabler erhålls i en semistrukturerad intervju som har utvecklats utifrån Kernbergs strukturella intervju (Kernberg, 1981; 1984). Intervjun sker i form av ett fritt samtal där intervjuarens uppgift är att belysa de aspekter som behövs för att kunna skatta alla variabler. Kunskap i psykoanalytisk teori och klinisk erfarenhet av psykodynamiska processer är en förutsättning för att kunna använda KAPP. Intervjuaren använder tydliggöranden, konfrontationer och ibland även tolkningar i samtalet med patienten. En patient med huvudsakligen neurotisk personlighetsorganisation kommer under intervjuerna att förmedla flera självreflektioner och det går att förvänta sig att samtalet kommer att förlöpa smidigt. Med en mer störd patient behöver frågor, tydliggöranden och konfrontationer användas i större utsträckning för att få tillräcklig information för en bedömning. Intervjun tar vanligen några timmar men ibland betydligt längre tid. Bedömningen baseras på tolkning inte bara av vad som har sagts, utan också vad som uttryckts via kroppsspråk och i samspelet mellan patient och intervjuare. Intervjuaren undersöker hur det patienten säger överensstämmer med samspelet i övrigt. Intervjuarens motöverföring är viktig eftersom den kan visa på sådant som inte uttrycks verbalt.

Nedan följer en lista över de 18 ingående variablerna där några av de mer centrala variablerna även beskrivs kortfattat. Skalan för varje variabel går från 1 – 3 med 2 mellansteg, 1,5 och 2,5. 1 representerar det mest normala och 3 motsvarar det minst normala. Av de 18 variablerna är de första 17 nära förknippade med kliniskt iakttagbara fenomen och varje variabel beskriver ett speciellt karaktärsdrag. Den 18:e variabeln är mer abstrakt, där skattas personlighetsorganisation ur ett psykodynamiskt perspektiv.

KAPP-profilens 18 variabler:

1) *Närhet och ömsesidighet*: Handlar om förmågan att uppleva den andra personen som en separat person med speciella önskingar och behov. Innefattar även förmågan att vara omtänksam mot sin partner även om det på något sätt innebär en frustration för en själv, samt en förmåga att verkligen bry sig om den andra personen.

2) *Beroende och separation*: Avser förmågan att vara känslomässigt beroende och förmågan att separera. En förutsättning för känslomässigt beroende är tillit till den andra och en föreställning att man kommer att bli väl behandlad av den andra personen. Vidare krävs tillit till sig själv för att klara sig på egen hand om det blir nödvändigt.

- 3) *Kontrollerande personlighetsdrag*: Bedömer förmågan att vara flexibel vad gäller kontroll över andra. Om man är adaptiv i denna förmåga utifrån den situation man befinner sig i betyder det att man ibland också kan släppa kontrollen och överlåta den till andra.
- 4) *Frustrationstolerans*: Här skattas förmågan att uthärda besvikelse och motgångar. Det är mycket vanligt att patienter med missbruks- och beroendeproblematik har svårigheter i detta avseende. Det kan leda till jaginskränkning, det vill säga att man undviker att satsa, för att inte riskera att misslyckas. Personen avstår från positiva förväntningar, för om personen får det bättre blir det svårt att undvika besvikelser.
- 5) *Impulskontroll*: Här bedöms förmågan att förmedla egna önskingar och behov, ställa krav och sätta gränser på ett sätt anpassat till den aktuella situationen. Här har många av patienterna med missbruks- och beroendeproblematik svårigheter. Skattningen blir vanligen nivån 2, vilket innebär att önskingar och behov ej förmedlas till omvärlden utan istället förnekas eller bortträngs med risk att de i stället kanaliseras i missbruk. Nivå 3 skattas vid påtagligt impulsivt agerande.
- 6) *Regression i jagets tjänst*: Här bedöms förmågan att njuta. Det vill säga att i en situation som tillåter det kunna ge upp sina rationella ”vuxna” sidor och vara spontant närvarande och njuta i nuet. Det kan vara något kreativt, snickra, sy, måla, eller något annat såsom upplevelser i naturen, spela fotboll, lyssna på musik, dagdrömma, läsa.
- 7) *Hantering av aggressiva känslor*: Här skattas förmågan att uppleva och differentiera mellan olika aggressiva känslor samt förmågan att uttrycka och förmedla dessa känslor i ett för situationen anpassat och målinriktat handlande. För patienter med missbruks- och beroendeproblematik blir skattningen ofta 2, vilket innebär en hämning av aggressiva känslor. Det tar sig ofta uttryck i undvikande av konflikter. Detta undvikande resulterar vanligen i att något till slut ”blir droppen som får bägaren att rinna över”, och att patienten får ett aggressivt utbrott som inte alls står i proportion till den aktuella situationen. Nivå 3 skattas när aggressiva känslor uttrycks ohämmat, odifferentierat och oselektivt.
- 8) *Alexitymi*: Här bedöms patientens förmåga att förmedla sin inre belägenhet, vilket rör betydligt mer än patientens verbala förmåga. Alexitymi betyder bokstavligen ”Inga ord för känslor”. För patienter med missbruks- och beroendeproblematik är det vanligt att ha svårigheter på detta område.
- 9) *Normopati*: Detta begrepp avser en överdriven anpassning till den sociala eller kulturella grupp som personen identifierar sig med på bekostnad av det personliga.
- 10) *Föreställningar om kroppens utseende och dess betydelse för självkänslan.*
- 11) *Föreställningar om kroppens funktion och dess betydelse för självkänslan.*
- 12) *Aktuell kroppsuppfattning.*
- 13) *Sexuellt fungerande.*
- 14) *Sexuell tillfredsställelse.*
- 15) *Upplevelse av gruppmedlemskap.*
- 16) *Upplevelse av att behövas.*

17) *Tillgång till råd och hjälp.*

18) *Personlighetsorganisation:* En mer teoretisk variabel, som skall beskriva personlighetsstrukturen, det vill säga det mentala fungerandet och karaktärsdrag som i psykodynamisk teori utgör stommen i personligheten. Här gäller bedömningen patientens kapacitet att differentiera och integrera, som leder till bedömningen om patienten har en neurotisk, borderline eller psykotisk personlighetsorganisation. Under intervjuens gång prövas återkommande patientens förmåga till realitetstestning. Som svar på tydliggöranden och konfrontationer kommer primitiva försvar, som projicering, nedvärdering, förnekande, idealisering och splitting visa sig, om sådana försvar har en dominerande roll hos patienten. Vid neurotisk personlighetsstruktur skattas 1 på denna variabel, vid borderline personlighetsorganisation skattas 2 och vid psykotisk personlighetsorganisation skattas 3. Vid nivå 3 har en bristande förmåga till verklighetsbedömning blivit tydlig och patienten kan inte skilja inre fantasi från yttre verklighet.