

# Nya riktlinjer raderar ut den dynamiska psykoterapin

Framtidens läkare och psykoterapeuter måste kunna välja och anpassa tillvägagångssättet i terapin till varje patients unika förutsättningar. Socialstyrelsens rekommendationer måste därför anpassas till dagens kunskapsläge.

**P**sykoterapin respekteras i dag som ett väsentligt och nödvändigt inslag i den psykiatriska behandlingsarsenalen. Som ett uttryck för det satsade Stockholm läns landsting (SLL) under flera år på utbildningsenheter för psykoterapi, och Karolinska institutet (KI) utlyste en professur i psykoterapi.

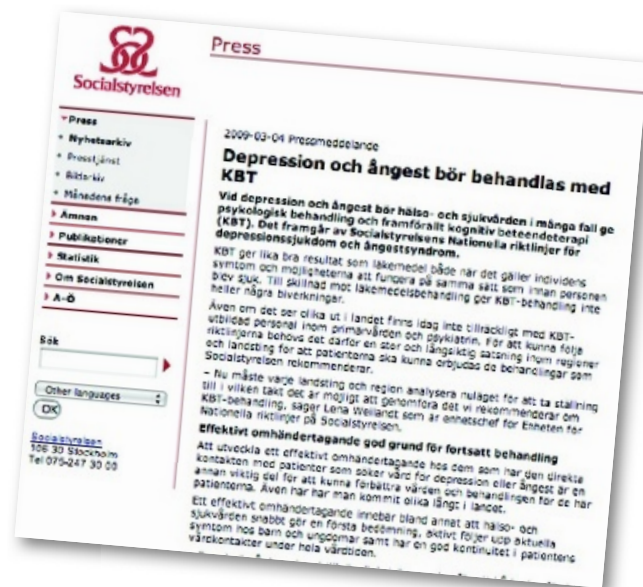
I dagarna väntas nya riktlinjer från Socialstyrelsen för hur depressions- och ångesttillstånd ska behandlas. Enligt den preliminära nätupplagan ska lätta och måttliga besvär i första hand behandlas psykoterapeutiskt och inte farmakoterapeutiskt. Detta framstår som klokt och framsynt. Men av de olika psykoterapeutiska tillväga-

gångssätt som finns, och som prövats, lyfter man fram endast en metod – kognitiv beteendeterapi (KBT). Rekommendationen kommer att få starkt styrande effekter på hur kommuner och landsting handlar upp kompetenser och utbildningar. Den än så länge vanliga dynamiska psykoterapin kommer i princip att raderas ut från den offentliga sektorn.

För några månader sedan beslöt SLL att lägga ned Psykoterapiinstitutet i Stockholm, Sveriges största institution för utbildning i psykodynamisk psykoterapi (PDT). I samma anda beslutade man på KI att ersätta utbildningen i psykodynamisk psykoterapi med utbildning endast i KBT.

Hur motiveras detta? Med argument från SBU-utredningarna om behandling av ångest- respektive depressionstillstånd fastslår man att det finns forskning som visar god effekt av KBT vid dessa tillstånd, medan effekten av dynamisk psykoterapi är osäker på grund av att det finns för lite forskning. Detta var visserligen riktigt för ett decennium sedan, men i dag är kunskapsläget ett annat.

Även om kontrollerade studier av KBT visat god genomsnittlig ef-



Den 4 mars publicerades en preliminär version av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom. Den slutgiltiga versionen ska publiceras i oktober 2009.

fekt i homogena grupper med avgränsade ångestdiagnoser, tyder färskare studier av depressionsbehandling på att ingen terapiform, vare sig KBT eller PDT, är bättre än den andra [1].

Vad beträffar behandling av de komplexa tillstånd som är typiska i psykiatrien finns både experimentella, det vill säga randomiserade, och kvasiexperimentella studier som visat god effekt av PDT [2]. Utredarna förefaller dåligt informerade om detta och styrda av dagens ideologiska synsätt inom den akademiska

psykiatrien. Där visar man en okunighet om dynamisk psykoterapi samtidigt som man ensidigt förordar metoder byggda på KBT.

**Hur ska vi förstå denna utveckling?** I Sverige har den akademiska synen

på psykologiska och psykoterapeutiska synsätt växlat med cykler på ungefär trettio år. Under efterkrigsåren hade vi en skälgien mekanistisk psykiatri med stark motvilja, för att inte säga förbud, mot att hämta kunskap från humanistiska centraleuropeiska strömningar som psykoanalys, existentialism, fenomenologi – tanketraditioner som i hög grad inspirerat våra nordiska grannländer.

**Naturligtvis kunde** den svenska akademiska isoleringen inte upprätthållas i längden. Under sextioalet bröt en psykoanalytiskt inspirerad psykoterapeutisk rörelse med kraft in i psykiatrien.

De närmaste två decennierna fick en nymodnad dynamisk psykoterapi en stark dominans tillsammans med socialpsykologiska och sociologiska modeller för psykisk ohälsa.

Den psykiatriska organisationen omformades i grunden

»I Sverige har den akademiska synen på psykologiska och psykoterapeutiska synsätt växlat med cykler på ungefär trettio år.«



**JOHAN CULLBERG**  
gästprofessor i psykiatri, Ersta Sköndals högskola  
j.cullberg@swipnet.se



**ROLF SANDELL**  
professor emeritus i klinisk psykologi, Linköpings universitet



**JOHAN SCHUBERT**  
professor i psykoterapi, Karolinska institutet



**ANDRZEJ WERBART**  
docent i psykologi, Stockholms universitet





– den moderniserades, och tillgängligheten ökade för allmänheten. Mycket innebar bra och nödvändiga förändringar. Samtidigt kunde man på sina håll märka en nedvärdering av psykiatrisk diagnostik, läkemedel och fysikaliska behandlingar.

Det medicinskt biologiska tänkandet misstänkliggjordes i tongivande kretsar, framförallt utanför psykiatrin. Detta gällde också de nya beteendemodifierande psykoterapiformer som var grundade på inlärningspsykologi. Det fanns en övertro på de dynamiska metodernas förmåga att bota eller lindra de flesta psykiska sjukdomstillstånd.

**Den dynamiska psykoterapin** hävdar att människans bild av sig själv i hög grad är färgad av hennes uppväxtmiljö, tidigare erfarenheter och kulturella värld. Hur hon bearbetar och förhåller sig till upplevelser av maktlöshet och separation, till tidiga övergrepp eller försummelser och andra traumatiseringar, otrygghet i relationer, till livskriser och identitetsstörningar.

Vi vet i dag att dåligt bearbetade negativa erfarenheter får olika effekter beroende på vår genetiska sårbarhet och att de kommer att spela in för både vår fysiska och psykiska hälsa.

**Psykiska symtom** uttrycker enligt den dynamiska psykologin inte enbart »sjuka» föreställningar som ska ersättas med »friska». Deras bakgrund har också en meningsfullhet som individen kan få hjälp att förstå, ta ställning till och skapa förändring.

**»Vi behöver fortfarande en mångfald av behandlingsmetoder för att kunna matcha patienter till den behandling som passar dem bäst.»**

Att det finns en historisk kritik mot dynamiskt tänkande är inte svårt att förstå. Många av företrädarna underskattade hur psykiska symtom också kan uttrycka ett inlärt reaktionssätt.

En ångslan eller en depressiv självosäkerhet, som från början har en dynamiskt förståelig bakgrund, kan fastna i ett ångestpräglad eller depressivt beteende, som lever sitt eget destruktiva liv inom personen.

Motsatt tenderade KBT-behandlingen att fästa avseende företrädesvis vid symtom och att mindre beakta betydelsen av tidiga personlighetspräglade faktorer, av positiva eller negativa identifikationer liksom betydelsen av dåligt lösta utvecklingskriser.

**Psykoterapiforskningen** i dag fokuserar på ena sidan på effekter av specifika behandlingstekniker vid specifika tillstånd/diagnoser, på andra sidan på sådana gemensamma faktorer i den psykoterapeutiska processen som är oberoende av den teoretiska orienteringen och specifika diagnoser, till exempel relationsfaktorer.

Det finns också studier som visar att i den kliniska verkligheten arbetar både PDT- och KBT-terapeuter med patienter med multipla diagnoser. Behandlingstiderna är då jämförbart långa, och terapeuterna använder sig av tekniker som i viss utsträckning integrerar interventioner typiska för både PDT och KBT [3].

**En central fråga**, som kommit i skymundan i forskningen men som är påträngande i kliniken, är vilka kombinationer av behandlingsfaktorer och patientfaktorer som är optimala. Vi behöver fortfarande en mångfald av behandlingsmetoder för att kunna matcha patienter till den behandling som passar dem bäst.

Inte minst behövs det möjligheter för en patient att bör-

ja i PDT och fortsätta i KBT eller tvärtom, börja med symptomfokus och fortsätta med fokus på insikt och hela personligheten.

**Ingen informerad** kan i dag påstå att effekten av PDT är sämre än effekten av KBT. Däremot vet vi att vissa patienter, och vissa behandlare, »passar» bättre för det ena synsättet än för det andra. Rimligen borde dessa båda riktningar ha mycket att lära av varandra.

Behandlare med en dynamisk utbildning arbetar ofta med kognitiva inslag i terapin liksom moderna KBT-terapeuter intresserar sig för hur den känslomässiga och tidiga anknytningen sett ut.

Det förefaller emellertid som om en föråldrad antingen-eller-syn lever kvar bland beslutsfattarna på KI och Socialstyrelsen.

Man förstår inte att försöken att effektivisera utbildningen genom att eliminera den ena traditionen får lika ödesdigra effekter som att försöka få ihop en för liten resväska genom att klippa av de kläder som hänger utanför.

**Besluten kommer**, om de inte omprövas, att få till följd att den dynamiska psykoterapin pressas ut på den privata marknaden, eftersom många som har råd kommer att vilja söka dessa samtalsformer. Det som den offentliga sektorn kommer att erbjuda i form av utbildning och behandling i KBT kommer att bli alltför ensidigt och komprometteras av bristfällig utvecklingspsykologisk och dynamisk kunskap.

**Vi får inte upprepa** sjuttioalets ideologiska misstag att bara en tankemodell ska gälla eller att nivellera de kompetenser som utvecklats. Båda synsätten är omistliga och måste få komplettera, utveckla och befrukta varandra. Detta är lika grundläggande som att säga att infektionsbämstring sker inte

**»Besluten kommer, om de inte omprövas, att få till följd att den dynamiska psykoterapin pressas ut på den privata marknaden...«**

bara genom antibiotika utan också genom kunskap om hygien. Områdena har olika teorier och förutsättningar men är inte desto mindre lika nödvändiga.

Utbildningarna måste fortsätta att ske i nära samarbete men utan administrativa försök att reducera de komplexa teoribildningar som de bygger på.

Människan är samtidigt en biologisk organism och en meningssökande individ.

**Vi vill att framtidens** läkare och psykoterapeuter ska få redskapen att samtidigt hålla dessa skenbara motsättningar i sina händer.

Vi vill också att de ska kunna utveckla sin förmåga att välja och anpassa tillvägagångssättet i terapin till varje patients unika förutsättningar.

Uppgiften är svår men inte omöjlig, det vet vi av erfarenhet. Därför måste också Socialstyrelsens rekommendationer anpassas till dagens kunskapsläge.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Con Clin Psychol*. 2008; 76:909-22.
2. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300:1551-65.
3. Morrison KH, Bradley R, Westen D. The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychol Psychother*. 2003;76:109-32.