

Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi: En kontinuerligt uppdaterad översikt av forskningsläget senast uppdaterad 070729

Under det senaste årtiondet har begreppen vetenskapligt stöd och evidensbaserad behandling fått allt större utrymme i diskussioner kring behandling av psykisk ohälsa. Syftet är att säkerställa att patienter med psykiska problem får en behandling med god effekt. På sikt kommer sannolikt behandlingar som inte kan visa ett vetenskapligt stöd att marginaliseras.

Mot denna bakgrund är det glädjande att kunna konstatera att det vetenskapliga stödet för psykodynamisk psykoterapi är starkt och växande. Att sammanfatta och kontinuerligt uppdatera all forskning om psykodynamisk psykoterapi i en artikel är inte möjligt. Fokus i denna genomgång av forskningsstödet är studier där patienter med specifika diagnoser slumpvis fördelats till psykodynamisk psykoterapi eller någon form av kontrollbehandling/väntelista, så kallade randomiserade kontrollerade studier. I dagsläget finns det omkring 80 sådana studier av psykodynamisk psykoterapi. Ursprungsversionen av denna artikel publicerades i *Insikten* 2005 [Ankarberg, 2005]. Sedan dessa har ett antal uppdaterade versioner publicerats på www.rpc.nu. Uppdateringar sker kontinuerligt.

Ett viktigt skäl till genomgångens fokus på randomiserade kontrollerade studier är att flera organisationer som har som uppdrag att fastställa det vetenskapliga stödet för olika behandlingar inom psykiatri endast godtar resultat från denna typ av studier. Detta är till exempel fallet i Sverige och Storbritannien. [SBU, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 2004].

Kritik mot ett snävt evidensbegrepp

Det finns många argument mot att definiera vetenskapligt stöd för psykoterapi så snävt att endast randomiserade kontrollerade studier på patientgrupper med samma diagnos kan ligga till grund för ett sådant stöd. Framförallt om man dessutom hävdar att det vetenskapliga stödet endast gäller psykoterapier som är lika långa och följer de manualer som visat effekt i randomiserade studier. Denna snäva definition av evidens används bland annat av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i Sverige.

En grundläggande invändning mot den snäva evidensdefinitionen är att den inte speglar de övergripande resultaten av ett halvt sekels psykoterapiforskning. Sammantaget visar denna forskning att psykoterapi har god effekt vid psykiska problem inom samtliga större diagnoskategorier och att det överlag saknas skillnader mellan olika etablerade psykoterapiformer [Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001; Leichsenring et al, 2004; Wilczek, 2006]. Dessutom är det visat att psykoterapier som bedrivs utan manual är lika effektiva som de manualbaserade forskningsterapierna [Shadish et al, 2000, Duncan & Miller, 2006]. Det finns således inget stöd för att hävda att psykoterapier som bedrivs precis som psykoterapier i randomiserade kontrollerade studier skulle vara särskilt bra eller effektiva.

Med den snäva evidensdefinitionen följer ett starkt fokus på teknik i en snäv mening. Detta eftersom en evidensbaserad terapi enligt detta synsätt måste använda exakt samma tekniker på samma sätt som i de kontrollerade studierna. Detta teknikfokuserade synsätt stämmer dåligt med att det är visat att huvuddelen av effekten av psykoterapi utgörs av faktorer som inte på ett enkelt sätt har med teknik eller behandlingsinriktning att göra [Lambert & Ogles, 2004]. Istället är skillnaden mellan psykoterapeuter som använder samma terapimetod väsentligt större än skillnaden mellan olika etablerade metoder, som överlag är försumbar [Luborsky et

al, 1986; Blatt et al, 1996]. En rimlig uppskattning är att endast 1% av skillnaden i effekt mellan olika etablerade terapiformer beror på metoden i sig, 9% på den enskilda terapeutens förmåga och 3,5% på det sammanhang psykoterapien bedrivs inom [Duncan & Miller, 2006].

När man försökt förstå dessa fynd har en del mönster hittats. Två viktiga faktorer som förklarar en stor del av skillnaden i utfall är terapeutens personlighet [Lambert & Ogles, 2004; Beutler et al, 2004] och kvaliteten på alliansen mellan terapeut och patient [Safran & Muran, 2000]. Sannolikt är det så att terapeuter som följer samma metod ändå tillämpar den på olika sätt. Generellt tycks en bra terapeut vara den som förmår att följa en metod i rimlig utsträckning men också kan anpassa den till den unika patienten. Både rigid metodföljsamhet och avsaknad av metod tycks ge sämre resultat. Detta får stöd av studier som visar att terapeuter som fortsätter använda manualens tekniker då alliansen sviktar får sämre resultat än de terapeuter som då istället fokuserar på relationen [Vocisano et al, 2004; Barber et al, 2006]. En annan viktig faktor för att säkerställa en effektiv psykoterapi är att intensitet och längd anpassas till den unika patienten [Orlinsky et al, 2004]. Dessutom är påtvingade tidsbegränsningar av administrativa eller ekonomiska skäl kopplade till sämre utfall [Seligman, 1995]. Frågan om teknik, terapilängd, personlighet och relation är således komplex vilket inte vägs in i den snäva evidensdefinitionen.

En annan invändning mot den snäva evidensdefinitionen är att den enbart utgår från DSM-IV systemets diagnoskategorier. Det som blir evidensbaserat är därmed behandlingar som prövats på patienter med en specifik diagnos. Problemen med detta är många, inte minst att det i praktiken inte är genomförbart att utarbeta manualer för alla enskilda diagnoser och tänkbara kombinationer av diagnoser. Detta skulle kräva hundratals manualer vilket ingen psykoterapeut skulle kunna lära sig [Westen et al, 2004; Luyten et al, 2006]. Ett påtagligt problem med att utgå enbart från symtomdiagnosen är att denna i sig predicerar behandlingsutfallet dåligt. Två personer med samma depressionssymtom som behandlas av samma psykoterapeut enligt samma manual blir oftast hjälpta i helt olika utsträckning. Tre exempel på andra patientfaktorer som betyder minst lika mycket för behandlingsutfallet som graden av depression är barndomstrauman, jagstyrka och grad av perfektionism [Nemeroff et al, 2003; Knekt & Lindfors i Eresund & Falkenström, 2006; Blatt et al, 1995]. På motsvarande sätt har samma behandling oftast lika god effekt vid flera olika symtomdiagnoser. Ett exempel är att psykodynamisk korttidsterapi med liknande upplägg har goda resultat vid både paniksyndrom och depression. Ett stelbent fasthållande vid symtomdiagnoser som enda utgångspunkt medför därför trubbiga behandlingar som inte leder till bästa möjliga vård.

Sammantaget skulle en psykiatri där enbart behandlingar som är evidensbaserade enligt en snäv definition används i praktiken bli ovetenskaplig. I bästa fall skulle behandlingsresultaten förbli oförändrade men sannolikt skulle de försämrats, åtminstone om de "evidensbaserade" manualerna följs strikt. Skälet är att patienter då skulle behandlas standardiserat utifrån symtomdiagnoser trots att forskning visar att andra faktorer än symtomdiagnoser är minst lika viktiga och att en bra psykoterapi förutsätter anpassning till den unika patienten.

Ett rimligare alternativ vore att definiera psykoterapi med vetenskapligt stöd som en komplex process som kräver en välutbildad utövare. Psykoterapeuten utgår från den unika person som söker hjälp och använder sig av en kombination av klinisk expertis och relevant forskning för att välja behandlingsmetod och teknik. Metoder som används behöver då ha ett forskningsstöd men tillämpningen i relation till en unik patient kräver att metoden kombineras med klinisk erfarenhet. Den mer komplexa synen på evidens överensstämmer med det synsätt som präglar

den evidensbaserade medicinen generellt och stöds bland annat av det amerikanska psykologförbundet som då talar om en evidensbaserad praktik [APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006].

Lambert och Ogles (2004) sammanfattar kunskapsläget inom psykoterapiforskningen med att först konstatera att flera decenniers psykoterapiforskning generellt visar att psykoterapi är en effektiv behandling för psykisk ohälsa. Samtidigt saknas det, trots decenniers forskning, säkra belägg för att någon etablerad psykoterapiform är bättre än någon annan. Deras slutsats blir att det är alldeles för tidigt att utse vissa psykoterapier (manualbaserade terapier som visat god effekt i minst två randomiserade kontrollerade studier) som evidensbaserade och andra inte. Vi vet helt enkelt för lite för att på ett meningsfullt sätt dra sådana slutsatser. Lambert och Ogles skriver: "To advocate empirically supported therapies as preferable or superior to other treatments would be premature. Not only is this endeavour impractical, but research support is lacking. Avocation at this level is not supported by past or current research evidence." [Lambert & Ogles, 2004, s. 180].

Det är mot denna bakgrund denna sammanställning av randomiserade kontrollerade studier över psykodynamisk psykoterapi, liksom liknande sammanställningar kring andra terapiformer, måste läsas. Syfte med sammanställningen är att visa att det finns många randomiserade kontrollerade studier där psykodynamisk psykoterapi visat god effekt vilket ger stöd åt att psykodynamisk psykoterapi generellt är en effektiv behandlingsform. Detta är inte det samma som att hävda att det vetenskapliga stödet för psykodynamisk psykoterapi begränsas till de diagnosgrupper som ingår i studierna eller de specifika former av psykodynamisk psykoterapi som använts. Mot bakgrund av nuvarande kunskapsläge är slutsatser på denna nivå inte rimliga.

Psykodynamisk psykoterapi är effektiv vid många psykiatriska diagnoser

Det vetenskapliga stödet för psykodynamisk psykoterapi är starkt. I augusti 2006 gjorde the Cochran Collaboration en genomgång av alla hittills publicerade, och många opublicerade, randomiserade kontrollerade studier av psykodynamisk individuell korttidsterapi för vuxna [Abbas et al, 2006]. De fann då sammanlagt 57 sådana studier. I denna sammanställning ingår förutom korttidsterapi även långtidsterapistudier, grupperapistudier samt studier som avser barn och ungdomar. Sammantaget är en rimlig uppskattning att det för närvarande finns omkring 80 randomiserade kontrollerade studier av psykodynamisk psykoterapi.

I en översikt av effekten av psykodynamisk psykoterapi vid specifika psykiatriska diagnoser ingick femton studier med slumpmässig fördelning till psykodynamisk korttidsterapi (PDKT), annan psykoterapi eller sedvanlig behandling/väntelista [Leichsenring et al, 2004]. Endast studier där terapeuterna varit ungefär lika erfarna, terapimanualer använts och terapeuternas följsamhet till manualerna kontrollerats ingick. De diagnosgrupper som ingick var: egentlig depression, post partum depression, PTSD, anorexi, bulimi, kokainberoende, opiatberoende, kluster C personlighetsstörningar, borderline personlighetsstörning, somatoformt smärtsyndrom och social fobi. PDKT:s genomsnittliga effektstorlek jämfört med väntelista/sedvanlig behandling var 1,17 vilket innebär att den genomsnittliga PDKT-patienten förbättrats mer än cirka 90 procent av kontrollgruppernas patienter. Det saknades signifikanta skillnader mellan PDKT och andra former av korttidsterapi.

I den ovan nämnda Cochrane rapporten [Abbas et al, 2006] analyserades resultaten från de 23 av totalt 57 funna studier som avsåg jämförelser mellan PDKT och sedvanlig

behandling/väntelista. Urvalet studier blev därmed till stora delar ett annat än Leichsenring et als. Slutsatsen blev dock ungefär densamma. PDKT har god effekt och den är bestående även vid långtidsuppföljningar efter avslutad behandling. Abbas et al påpekar att över hälften av studierna avsåg svårbehandlade patientgrupper med multipla problem. De menar att studierna därmed sannolikt säger mer om användbarheten av PDKT i sedvanlig vård än studier som avser patienter med en diagnos och inga försvårande problem i övrigt. Detta eftersom patienterna i PDKT studierna påminner mer om de patienter som vanligen söker psykoterapi.

I en naturalistisk studie som jämförde 1309 patienter inom den offentliga sjukvården i Storbritannien som fått antingen PDKT, KBT eller klientcentrerad terapi visades liknade resultat. Patienterna uppnådde stora förbättringar med effektstorlekar på i genomsnitt 1,36 vid före – efter mätningar. Samtliga psykoterapiformer gav jämförbara resultat [Stiles et al, 2006]. I en stor svensk naturalistisk studie av 11966 patienter som vårdats i öppenvårdspsykiatri i Dalarna visades att patienter som fått psykoterapi förbättrades mer än andra patienter samt att det saknades skillnader i effekt mellan PDT och KBT [Söderberg & Tungström, 2007].

Det förtjänar dessutom att nämnas att psykodynamisk psykoterapi i upp till hundra timmar av det tyska vetenskapsrådet för psykoterapi godkänts som en vetenskapligt grundad behandling vi samtliga typer av psykisk ohälsa hos vuxna. Den enda andra psykoterapiform som fått ett så omfattande godkännande i Tyskland är kognitiv beteendeterapi (KBT). En engelskspråkig översättning av det faktaunderlag som låg till grund för vetenskapsrådets beslut [Hau & Leuzinge-Bohleber, 2006] finns att ladda ner från www.dgpt.de.

Generellt har således psykodynamisk psykoterapi god effekt och det saknas skillnader i symtomförbättring mellan olika etablerade psykoterapiformer då dessa bedrivs under liknande förutsättningar. Ett viktigt undantag från detta är dock tvångssyndrom och specifika fobier. Här är underlaget alltför bristfälligt för att hävda att PDT har effekt samtidigt som mycket talar för att specifika KBT-tekniker har en tilläggseffekt. Mot denna bakgrund följer en genomgång av kontrollerade randomiserade studier av psykodynamisk psykoterapi vid flera psykiatriska diagnoser. Detta kompletteras med avsnitt om självskadande/självordsförsök respektive barn och ungdomar.

För de diagnosområden som finns med i översikten ges troligen en relativt rättvisande bild även om enskilda studier sannolikt saknas. Artikeln ger dock inte någon fullständig bild av alla randomiserade kontrollerade studier av psykodynamisk psykoterapi då flera studier inte ryms inom artikelns kategorier. I några fall refereras även till andra typer av studier än randomiserade kontrollerade. Detta anges då särskilt.

Depression

För egentlig depression finns ett flertal studier av psykodynamisk korttidspsykoterapi (PDKT) som är sammanfattade i metaanalyser. Metaanalyserna visar att PDKT är en effektiv behandling vid depression och att det inte finns några skillnader i effekt mellan PDKT och andra etablerade psykoterapiformer [Wampold et al, 2002; Leichsenring, 2001].

Sedan metaanalyserna publicerades har flera andra studier om PDKT vid egentlig depression publicerats. En intressant studie är de Jonghe med fleras (2004) som jämför patienter som slumpvis fördelats till enbart sexton gångers PDKT eller till PDKT kombinerat med antidepressiv medicinering och åtta samtal med psykiater. Båda behandlingarna gav goda resultat men tillägg av antidepressiva och åtta samtal med psykiater till PDKT gav relativt

blygsam extra effekt. Värt att notera är dessutom att 16 av de 101 som fördelats till kombinationsbehandlingen avstod från att påbörja behandlingen då de inte ville ta antidepressiva. Bland de 107 som fördelats till enbart PDKT var det en enda patient som avstod från att påbörja behandlingen. Samma forskargrupp gjorde ett par år tidigare en liknande studie där deprimerade patienter randomiserades till antingen antidepressiva eller antidepressiva kombinerat med PDKT [de Jonghe et al, 2001]. Kombinationsbehandlingen var signifikant bättre med 60,9 procent som uppnådde en signifikant symtomreduktion jämfört med 41,2 procent för de som enbart fick antidepressiva. Hela 32 procent av patienterna avstod från att påbörja behandling med enbart antidepressiva jämfört med 13 procent för kombinationsbehandlingen. Andra studier som visat att kombinationen PDKT och antidepressiva är signifikant bättre än enbart antidepressiva är Burnand et al (2002) och Molenaar et al (2006).

En kliniskt representativ finsk studie [Knekt & Lindfors, 2004] är också värd att redovisa närmare. 326 patienter som remitterats från öppenvårdsmottagningar med depressionsdiagnos (82 procent) och/eller ångestdiagnos fördelades slumpmässigt till PDKT (101), lösningsfokuserad korttidsterapi (97) eller psykodynamisk långtidsterapi (128). Drygt 18 procent hade någon personlighetsstörningsdiagnos. De två korttidsterapierna var huvudsakligen lika effektiva och uppvisade lika stora effekter som korttidsterapier generellt visar vid depression. Omkring 30 procent uppfyllde inte längre kriterierna för en depressionsdiagnos efter avslutad behandling, BDI (Beck Depression Inventory) minskade från 18 till 10 och GAF (Global Assessment of Functioning Scale, DSM axel 5) ökade från 55 till 65. Resultaten var stabila vid uppföljning efter 12 månader. En signifikant skillnad fanns mellan metoderna. Bland de personlighetsstörda patienter som fått PDKT uppfyllde 46 procent inte längre kriterierna för någon personlighetsstörning vid uppföljningen efter 12 månader. För de som fått lösningsfokuserad terapi var motsvarande andel 21 procent.

De första resultaten från långtidsterapierna är nu presenterade på Society for Psychotherapy Research konferens 2006 [Eresund och Falkenström, 2006]. De två korttidsterapigrupperna förbättrades snabbare än patienterna i långtidsterapi under de första sju månaderna av studien, dvs. så länge som korttidsterapierna pågick. Efter två år började patienterna i långtidsterapi förbättras mer och vid treårsmätningen var långtidsterapipatienterna signifikant bättre än patienterna i korttidsterapi. Studien ger dessutom empiriskt stöd åt det psykodynamiska antagandet att patienter med dålig jagstyrka behöver längre behandlingstider för att förbättras. I studien förbättrades patienter med god jagstyrka lika mycket i både kort- och långtidsterapi men patienter med dålig jagstyrka förbättrades mer i långtidsterapi.

Den andel av 30 procent stabilt förbättrade deprimerade patienter som uppnåddes av PDKT och lösningsfokuserad psykoterapi i Knekt och Lindfors (2004) studie är ungefär den andel som uppnåtts i större välgjorda psykoterapistudier oavsett psykoterapimetod. Detta gäller till exempel både för den stora jämförande studie av KBT och interpersonell psykoterapi som National Institute of Mental Health genomförde under 1980-talet [Elkin et al, 1989], och för den stora Sheffield studien där PDKT jämfördes med KBT [Shapiro et al, 1995].

En kliniskt representativ studie som inte inkluderats i metaanalyserna då den inte utgår primärt från patienternas DSM-diagnoser är också värd att presentera närmare. 110 patienter med icke-psykotiska störningar som i minst sex månader vårdats i sedvanlig psykiatrisk vård utan att förbättras fördelades till åtta gångers PDKT eller fortsatt sedvanlig vård. 50 procent hade en måttlig eller svår depressionsepisod och 12 procent en lindrig. Dessutom hade 9 procent en dystymi diagnos. Sammantaget hade 63 procent någon ångeststörning där den

vanligaste var panikångest som 36 procent hade. Dessutom hade 9 procent någon somatoform störning. Vid uppföljning sex månader efter avslutad behandling hade PDKT gruppen förbättras signifikant mer än kontrollgruppen avseende både psykiatriska symtom och socialt fungerande. Dessutom hade PDKT gruppen signifikant mindre slutenvård och färre läkarbesök i öppenvård. De hade färre mediciner och behövde mindre vård av sina anhöriga [Guthrie et al, 1999].

Dessutom finns randomiserade kontrollerade studier av PDT vid andra depressiva tillstånd som post partum depression [Cooper et al, 2003] och dystymi/depression av mindre svårighetsgrad [Maina et al, 2005] där PDKT visat god effekt. PDT har även använts som komplement till medicinsk behandling vid somatiska sjukdomar där många patienter sekundärt drabbas av depression. En sådan studie är Kissane et al från 2007 där 227 kvinnor med bröstcancer slumpmässigt fördelades till PDT-grupp eller kontroll. Det primära utfallsmåttet var överlevnad och de sekundära psykosociala variabler inklusive depression. PDT påverkade inte överlevnadsgraden men gav goda resultat avseende depression. Efter sex månaders behandling hade totalt 18 procent av PDT-patienterna en depressionsdiagnos jämfört med 40 procent av kontrollpatienterna vilket var en signifikant skillnad. Skillnaden berodde både på att fler som haft depression vid behandlingens början tillfrisknade med PDT och att färre insjuknade i depression bland PDT-patienterna.

I den granskning av det vetenskapliga stödet för olika psykologiska depressionsbehandlingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjort [SBU, 2004] presenterades slutsatser som delvis skiljer sig från de som redovisats här. Den främsta skillnaden är att SBU menar att PDKT sannolikt är mindre effektiv än interpersonell psykoterapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). I en tidigare artikel har SBU:s slutsatser granskats mer i detalj [Ankarberg, 2004] och här sammanfattas den artikelns slutsatser. Som grund för slutsatsen hänvisar SBU till att 11 av 26 studier där PDKT jämförs med KBT visar på något bättre effekt för KBT. Två av dessa elva avser dock inte PDKT utan en form av minnesterapi för äldre, en jämför individuell KBT med grupp PDKT, tre studier är av låg kvalitet och en avser gruppterapi där PDKT är med som kontroll med tveksam kvalitet. Därmed återstår fyra studier av hög eller medelhög kvalitet där PDKT är mindre effektiv än KBT. Två av dessa studier är uppföljningsstudier av de två andra och alla är gjorda av samma forskargrupp. Totalt ingick 157 patienter i dessa studier och den skillnad till KBTs fördel som fanns gällde enbart de patienter som fick åtta gångers terapi. För de som fick sexton gånger fanns ingen skillnad. Samtidigt redovisade SBU fem studier av god kvalitet med totalt 513 patienter där PDKT var lika effektivt som KBT. Sammanfattningsvis visade därmed de studier av god kvalitet som SBU refererade till överlag att PDKT gav lika goda resultat som KBT. Det enda undantaget var i två studier av samma forskargrupp där KBT visade något bättre resultat för omkring 80 patienter som fick åtta gångers psykoterapi. Att som SBU mot denna bakgrund anse att PDKT sannolikt är mindre effektiv än andra psykoterapiformer är en felaktig slutsats vilket även stöds av de ovan refererade metaanalyserna.

Här kan tilläggas att de ovan refererade studierna publicerade 2004 eller senare inte fanns med i SBU:s genomgång. Stödet för PDKT är således än starkare nu än då SBU:s genomgång gjordes. För långtids-PDT finns nu dessutom de första resultaten från den finska studien av Knekt och Lindfors redovisade [Eresund och Falkenström, 2006]. Då dessa resultat är goda finns det anledning för SBU att ändra sin slutsats avseende långtids-PDT till att det finns ett visst vetenskapligt stöd för metoden vid depression.

Ångeststörningar

För flertalet ångeststörningar är det vanligt i svensk sjukvård att rekommendera kognitiv beteendeterapi (KBT). Därför är det intressant att granska vad forskning kring PDKT vid ångeststörningar visar. Särskilt intressant är detta mot bakgrund av SBU:s rapport om behandling vid ångestsjukdomar [SBU, 2005]. SBU hävdar att det nästan helt saknas studier kring psykodynamisk psykoterapi vid ångestsyndrom. I SBU:s forsknings-sammanställning saknas dock flera av de här redovisade randomiserade kontrollerade studierna: Siassi (1978), Klein et al (1983), Cloitre & Koenen (2001), Knekt & Lindfors (2004), Bögels et al (2003), Crits-Christoph et al (2005), Scarvalone et al (1995), Kronmuller et al (2005), Lieberman et al (2005) och Milrod et al (2007). Två av studierna, Kronmuller et al (2005) och Lieberman et al (2005), avser barn och ungdomar och finns redovisad under denna rubrik nedan. Om även dessa studier tas med blir slutsatsen en annan än den SBU redovisar. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att psykodynamisk psykoterapi har effekt vid ångestsyndrom. Detta med undantag för tvångssyndrom och specifika fobier där underlaget är alltför bristfälligt för att hävda att det är visat att PDT har effekt.

I den ovan nämnda finska studien [Knekt & Lindfors, 2004] hade 48 procent av patienterna någon ångestdiagnos. Efter avslutade PDKT hade 56 procent av dessa förlorat sin diagnos. Vid uppföljning efter tolv månader hade denna siffra ökat till 62 procent. Dessa resultat stämmer väl med de resultat som visats vid studier av PDKT som fokuserat på enskilda ångestdiagnoser.

För paniksyndrom finns åtminstone fyra randomiserade kontrollerade studier och en välgjord pilotstudie av PDKT. Sammantaget uppvisar PDKT goda resultat vid paniksyndrom. I en randomiserad studie fördelades 49 patienter med diagnosen paniksyndrom till antingen 24 gånger PDKT under tre månader eller 24 gånger tillämpad avslappning under tre månader. De enda exklusionskriterierna var psykos, bipolär sjukdom och pågående missbruk. Detta innebär att patienterna som grupp påminner mer om de patienter med paniksyndrom man möter i klinisk vardag och att de hade en mer omfattande problematik än vad som är fallet med tidigare studier av andra psykoterapimetoder vid paniksyndrom. Alla psykoterapeuter var erfarna och välutbildade på sin metod och erhöll lika omfattande handledning. Det primära utfallsmåttet var paniksymtom och kriteriet för adekvat behandlingseffekt sattes på förhand till en minst 40 procentig symtomreduktion. Med detta mått uppnådde 73 % av patienterna som fick PDKT en adekvat behandlingseffekt jämfört med 39 % av de som fick tillämpad avslappning. Skillnaden var signifikant. Även funktionsnivån förbättrades signifikant mer för PDKT patienterna. Dessutom var avhoppet signifikant färre för PDKT, 7 % jämfört med 34 % för tillämpad avslappning [Milrod et al, 2007]. I en pilotstudie av samma forskargrupp [Milrod et al, 2000, 2001] behandlades 21 patienter med PDKT under tre månader. Sexton av dessa patienter uppnådde minst en 50-procentig symtomreduktion och betraktades som återställda. Förbättringen bestod huvudsakligen vid uppföljningen efter 40 veckor. I den ovan nämnda finska studien hade drygt 10 procent av PDKT-patienterna diagnosen paniksyndrom. Dessa förbättrades i liknande utsträckning som övriga ångestpatienter. I en dansk studie [Wiborg & Dahl, 1996] randomiserades patienter med paniksyndrom till nio månader av enbart klomipramin eller klomipramin och PDKT. Huvuddelen av patienterna i båda grupperna var symptomfria vid behandlingstidens slut. Under nio månader efter behandlingen återfick 75 procent av patienterna med enbart klomipramin symtom i en sådan grad att de uppfyllde kriterierna för paniksyndrom. Motsvarande andel patienter i PDKT gruppen var 20 procent. Av de patienter som behandlats med enbart klomipramin hade 70 procent återupptagit sin medicinering vid uppföljningen jämfört med 20 procent av dem som fått både klomipramin och PDKT. I en äldre studie som påbörjade i mitten av 1970-talet fick patienter

med olika ångestdiagnoser antingen antidepressiv medicinering plus PDKT, antidepressiv medicinering plus KBT eller placebomedicinering plus KBT [Zitrin et al, 1978; Klein et al, 1983]. Studien använde inte DSM-diagnoser utan ett äldre diagnossystem där patienterna delades in i grupperna agorafobi, enkel fobi eller blandad fobi. Av diagnosbeskrivningarna framgår att flertalet patienter i agorafobigruppen hade panikångest och att detta även var fallet för flertalet patienter i gruppen med blandade fobier. Både PDKT och KBT behandlingarna utfördes av samma terapeuter men till skillnad från vad som oftast är fallet var terapeuterna välutbildade och erfarna i användandet av båda terapimetoderna. Under dessa förutsättningar gav PDKT goda resultat för patienter med panikångest och var lika bra som KBT.

För social fobi finns det åtminstone två randomiserad kontrollerade studier som uppvisar goda resultat för PDKT. En studie jämför PDKT med KBT [Bögels et al, 2003, citerat från Leichsenring, 2005] och en jämför PDKT-grupp med en psykopedagogisk stödgrupp [Knijnik, 2004] PDKT visar i båda studierna goda behandlingsresultat och är signifikant bättre än psykopedagogisk grupp och lika bra som KBT.

För generaliserat ångestsyndrom finns det en randomiserad kontrollerad studie som jämför PDKT med stödterapi [Crits-Christoph et al, 2005]. PDKT är signifikant bättre än stödterapi avseende andel patienter som uppnår klinisk signifikant förbättring (46% för PDKT jämfört med 12,5% för stödterapi). Patienterna i studien hade en hög grad av samsjuklighet. Drygt 60% hade egentlig depression och 47% någon personlighetsstörning. Liknande goda resultat har samma forskargrupp uppvisat i pilotstudier av PDKT vid generaliserat ångestsyndrom. Dessutom är sannolikt resultaten från de patienter med ångestdiagnoser i den tidigare nämnda finska studien relevanta även för de patienter som har generaliserat ångestsyndrom.

I en studie som avsåg patienter som primärt sökte för ångestsymtom utgick man från ett äldre diagnossystem. De vanligaste diagnoserna var ångestneuros (70 %), situationsbetingade svårigheter (13 %) och tvångsneuros (7 %). Totalt ingick 54 patienter. 28 randomiserades till tidsobegränsad PDT som för flertalet (59 %) blev kortare än två år. Endast 20 % hade en behandlingstid som understeg sex månader. 26 patienter randomiserades till annan psykoterapi där 12 fick någon beteendeterapi och resterande andra typer av psykoterapi (9), dagavdelning (1) eller socioterapi (4). Här var behandlingstiderna överlag kortare. 38 % hade kortare behandlingstid än sex månader, bara en patient (4 %) hade längre behandlingstid än två år. Studien utgör således inte en jämförelse mellan olika psykoterapimetoder på lika villkor utan är mer att betrakta som en jämförelse mellan långtidsterapi och kortare behandlingar. För samtliga patienter inleddes behandlingen med sex månaders medicinering med bensodiazepiner. När denna medicinering avslutats var patienterna som fått PDT signifikant bättre än övriga patienter på det primära utfallsmåttet som var ångestnivå enligt Hamilton skalan. Efter två år var skillnaden större. PDT-gruppen hade då minskat från 32,41 poäng till 15,78. Motsvarande resultat för kontrollgruppen var 31,56 respektive 24,36 [Siassi, 1978].

För patienter med specifik fobi finns en studie av PDKT där PDKT visar goda resultat och är lika bra som KBT. Studien har refererats ovan avseende resultaten för de patienter med panikångest som ingick i studien. För specifik fobi visade studien att både PDKT och KBT uppnådde goda resultat, omkring 90 % av patienterna var mycket eller ganska mycket förbättrade vid avslutning. Resultatet var det samma oavsett om psykoterapin kombinerades med placebo eller med antidepressiva. Det saknades signifikanta skillnader mellan PDKT och KBT [Klein et al, 1983; Zitrin et al, 1978].

För posttraumatisk stress (PTSD) visar randomiserad kontrollerade studier på god effekt av PDKT. Brom et al (1989) jämförde PDKT med hypnoterapi, beteendeterapi och väntelista. Alla tre aktiva behandlingarna var signifikant bättre än väntelista och det saknades signifikanta skillnader dem emellan. Alexander et al (1989) jämförde en traditionell PDKT-grupp med en fokuserad variant av PDKT-grupp och väntelista för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen. Patienterna i båda grupperna förbättrades signifikant vilket inte patienterna på väntelista gjorde. Det saknades signifikanta skillnader mellan de två gruppbehandlingarna. Scarvalone et al (1995, citerad från Fonagy et al, 2005) jämförde PDKT-grupp med väntelista för patienter som varit sexuellt utnyttjade av vilka huvuddelen uppfyllde kriterierna för PTSD. Efter avslutad behandling uppfyllde 39% av PDKT patienterna kriterierna för PTSD jämfört med 83% av patienterna i kontrollgruppen, vilket var en signifikant skillnad. Cloitre och Koenen (2001) jämförde PDKT-grupp med väntelista för patienter som varit sexuellt utnyttjade i barndomen och uppfyllde kriterierna för PTSD. PDKT var signifikant bättre än väntelista avseende både PTSD-symtom och andra psykiatriska symtom. Detta gällde dock enbart för de grupper där ingen patient hade diagnosen borderline personlighetsstörning. I grupper där minst en av deltagarna hade denna diagnos skedde ingen symtomminskning men istället en ökning av nivån av ilska.

Ätstörningar

Psykodynamisk psykoterapi (PDT) visar goda resultat vid anorexi, bulimi, hetsätning och kraftig övervikt.

För patienter med anorexi ger PDT lika goda resultat som andra etablerade psykoterapiformer och är väsentligt bättre än väntelista [Dare et al, 2001; Crisp et al, 1991; Gowers et al, 1994; Robin et al, 1999]. I den hittills största studien av PDT vid anorexi randomiserades 84 patienter till antingen ett års PDT eller ett års systemisk familjeterapi eller en kortare behandling med kognitiv analytisk terapi eller sedvanlig behandling. Cirka en tredjedel av de patienter som fått PDT eller familjeterapi uppfyllde inte längre kriterierna för anorexi efter ett år jämfört med fem procent hos dem som fått sedvanlig behandling, vilket var en signifikant skillnad [Dare et al, 2001].

Psykodynamisk korttidsterapi (PDKT) har visat sig vara en effektiv behandling vid bulimi. I två studier gav KBT på kort sikt större effekt än PDKT på andra psykiatriska symtom än det som är direkt relaterat till ätandet hos bulimiska patienter [Fairburn et al, 1986; Garner et al, 1993]. Endast i Fairburn et al (1986) var dock den form av PDKT som användes en etablerad form av PDKT och i denna försvann skillnaderna vid längre uppföljningstider [Fairburn et al, 1995]. I ytterligare en studie visade PDKT goda resultat som var signifikant bättre än både KBT och sedvanlig behandling. Den form av KBT som användes i denna studie avviker dock på många sätt från sedvanlig KBT [Bachar et al; 1999].

Förutom dessa öppenvårdsstudier har även psykodynamisk inriktad slutenvård visat goda effekter vid bulimi. 27 bulimiska patienter som fick två månaders psykodynamisk slutenvård jämfördes med 11 patienter på väntelista för denna vård. Den huvudsakliga behandlingsinsatsen bestod av PDKT i grupp fyra gånger i veckan dvs totalt 32 tillfällen. Efter avslutad behandling var PDT gruppen signifikant bättre än väntelistgruppen avseende både bulimiproblematik och depression. Antalet hetsätningsepisoder var i genomsnitt 12 per vecka innan behandling. För gruppen som fick PDT sjönk antalet episoder till i genomsnitt 3 per vecka. För gruppen på väntelista skedde ingen minskning i antal hetsätningsepisoder [Liedtke et al, 1991].

Psykodynamisk gruppterapi har visat goda resultat för patienter som hetsäter. 135 patienter fördelades slumpmässigt till PDKT-grupp, KBT-grupp eller kontrollgrupp. Patienterna i de två gruppterapierna förbättrades signifikant mer än kontrollgruppen avseende både hetsätande och andra psykiatriska symtom. Resultaten kvarstod vid uppföljning efter 12 månader. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan PDKT och KBT [Tasca et al; 2006].

För kraftigt överviktiga patienter (BMI 36-74) finns en studie där PDKT jämförs med KBT där båda behandlingarna sker inom ramen för slutenvård i sex veckor. Båda behandlingarna gav goda resultat med en genomsnittlig viktnedgång på omkring 4,5 procent. Även allmänt välbefinnande, matvanor och kroppsuppfattning förbättrades. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan PDT och KBT [Beutel et al, 2001].

Ett intressant komplement till ovan refererade randomiserade kontrollerade studier vid bulimi är en naturalistisk studie där ett slumpmässigt urval psykoterapeuter tillfrågades om hur de behandlat bulimiska patienter. Studien visade att de bulimiska patienter som behandlas i sedvanlig vård har en mycket högre grad av samsjuklighet än de som behandlas i kontrollerade studier. 57% hade någon personlighetsstörning och 91% någon ytterligare symtomdiagnos. Som exempel på enskilda diagnoser hade 46% egentlig depression, 20% PTSD och 23% tvångssyndrom. Omkring 40% hade exkluderats från en vanlig kontrollerad studie av detta skäl. Behandlingstiderna var väsentligt längre än i kontrollerade studier. Den genomsnittliga KBT behandlingen varade i 69 veckor och den genomsnittliga PDT behandlingen i 116 veckor. PDT och KBT gav samma mått av förbättring för bulimiska symtom men förbättringarna tenderade att komma något snabbare med KBT. För mer bestående och globala förbättringar av samtliga psykiatriska symtom var dock psykodynamiska tekniker och behandlingens längd avgörande. En renodlad kort KBT behandling gav således relativt snabb effekt på de bulimiska symtomen men liten effekt på övergripande symtom och funktionsnivå. En psykodynamisk behandling tog något längre tid för att normalisera ätandet men gav större och mer hållbara förbättringar överlag [Thompson-Brenner & Westen, 2005 a & b].

Somatoforma tillstånd

Vid colon irritable har PDKT givit signifikant bättre effekt än sedvanlig behandling och lika bra på kort sikt som medicinering med antidepressiva. Den goda effekten av PDKT ökar vid uppföljning efter ett år. På längre sikt tycks PDKT ge bättre effekt än antidepressiv medicin, eftersom endast PDKT ledde till att vårdkostnaderna minskade signifikant mer än vid sedvanlig behandling [Guthrie et al, 1991; Creed et al, 2003, Svedlund et al, 1983].

Även för patienter med kronisk smärta [Monsen & Monsen, 2000] och svårbehandlad funktionell dyspepsi (matsmältningsrubbingar) [Hamilton et al, 2000] har PDKT visat sig signifikant mer effektiv än sedvanlig behandling. För båda dessa tillstånd gäller att resultaten var stabila eller bättre vid uppföljning efter tolv månader.

Patienter med kroniskt magsår som fått medicinsk behandling i kombination med PDKT eller enbart medicinsk behandling förbättras i samma utsträckning under behandlingstiden. Vid uppföljning efter 15 månader kvarstår förbättringarna för de patienter som fått PDKT medan kontrollgruppen istället försämrats [Sjödén et al, 1986].

Substansberoende

Opiatberoende patienter i metadonprogram som får PDT eller KBT i tillägg till övrig missbruksfokuserad behandling förbättras signifikant mer än de som får enbart missbruksfokuserad behandling. Detta gäller både drogmissbruk och allmänna psykiatriska symtom. Det finns inga signifikanta skillnader mellan PDT och KBT och resultaten kvarstår i huvudsak vid halvårsuppföljningar [Woody et al, 1983, 1990, 1995]. Vid uppföljning efter 12 månader hade 44 procent av PDT patienterna kunnat upphöra med metadon jämfört med 26 procent av de som fick KBT och 18 procent av de som enbart fått missbruksrådgivning [Woody et al, 1987].

För kokainberoende patienter är PDT och KBT lika effektiva men båda psykoterapiformerna mindre effektiva än individuell missbruksrådgivning vad gäller att minska missbruket [Crits-Christoph et al, 2001].

I en svensk studie av alkoholberoende patienter randomiserades 49 patienter som genomgått slutenvårdsbehandling till antingen PDT i grupp eller KBT i grupp. Båda grupperna förbättrades både efter behandling och vid 15 månaders uppföljningen. PDT och KBT var lika effektiva. [Sandahl et al, 1998].

Sammantaget har således PDT visat god effekt som tilläggsbehandling till mer direkt missbruksrelaterad behandling för opiatberoende men även i en studie för alkoholberoende.

Schizofreni

Det finns ett tiotal randomiserade, kontrollerade studier av PDT vid schizofreni där huvuddelen är sammanfattade i en metaanalys där även icke-randomiserade studier ingår. I flertalet studier gavs PDT i kombination med antipsykotisk medicinering. Den genomsnittliga effektstorleken för PDT var 0.39, vilket räknas som en måttlig effekt. Effekten av PDT var ungefär den samma som för KBT [Gottdiener & Haslam, 2002]. Sammanfattningsvis har således PDT i kombination med antipsykotisk medicinering god effekt och lika god som andra etablerade psykoterapiformer.

Sedan metaanalysen har en stor dansk studie av 562 nyinsjuknade psykopatienter publicerats där PDT jämfördes med KBT och sedvanlig behandling. PDT innebar psykoterapiterapi en till två gånger i veckan under ett till två år. KBT innebar ett omfattande behandlingspaket under två år med socialt stöd, social färdighetsträning och psykopedagogisk familjebehandling. Sedvanlig behandling skiljde sig förstås från fall till fall men var i regel relativt omfattande och kunde inkludera såväl individualterapi, familjebehandling som gruppbehandling med olika teoretiska inriktningar. Att kontrollgruppen fick så pass omfattande behandlingsinsatser försvårar självklart tolkningen av studiens resultat eftersom många i kontrollgruppen fick liknande behandling som i interventionsgrupperna. I samtliga tre behandlingsgrupper fick flertalet patienter under någon period också neuroleptika [Rosenbaum et al, 2005].

Efter ett års behandling var båda interventionsgrupperna bättre än kontrollgruppen och då man kontrollerade för drogmissbruk var skillnaderna signifikanta. Efter två år kvarstod skillnaderna till interventionsgruppernas fördel men nu var resultatet för KBT-paketet något bättre än för PDT. KBT-paketet var signifikant bättre än sedvanlig behandling men inte signifikant bättre än PDT. Den slutsats som kan dras av studien är att en större grad av strukturerad psykosocial behandling leder till bättre resultat och att PDT uppnår lika goda resultat som KBT [Rosenbaum et al, 2006].

En mer kontroversiell fråga är om PDT har god effekt även utan antipsykotisk medicinering och om effekten av PDT kan vara större än effekten av sådan medicinering. Här pekar resultaten åt olika håll där det finns studier där PDT visat bättre effekt än en kombination av neuroleptika och stöd [Karon & VandenBos, 1981] medan andra visar det motsatta [May, 1968]. Några säkra slutsatser kan därför inte dras.

Personlighetsstörningar

Psykodynamisk psykoterapi har visat sig vara en effektiv behandling för patienter med personlighetsstörningar. I en metaanalys som publicerades 2003 ingick 22 studier av psykoterapi vid personlighetsstörning. Av dessa avsåg 11 PDT, 8 KBT och 3 var jämförelser mellan PDT och KBT. De fem kontrollerade randomiserade studier av PDT som ingick avsåg borderline personlighetsstörning, antisocial personlighetsstörning och kluster C-störningar, dvs fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning. I de naturalistiska studier som ingick i metaanalysen behandlades även andra personlighetsstörningar. Den genomsnittliga effektstorleken för PDT var 1,46 och för KBT 1,0 vilket visar att båda psykoterapiformerna uppnådde stora förändringar. Siffrorna säger dock inget om att den ena formen är bättre eller sämre än den andra då de inte kommer från studier som direkt jämför olika psykoterapiformer. Den genomsnittliga uppföljningstiden för PDT var 78 veckor och för KBT 13 veckor. Stödet är således starkare för att psykodynamisk psykoterapi ger upphov till bestående förbättringar än för att KBT gör det [Leichsenring & Leibling, 2003].

I en studie som publicerats efter metaanalysen jämfördes 40 gånger PDT med 40 gånger KBT för patienter med kluster C-personlighetsstörningar. Patienterna i både PDT och KBT gruppen var förbättrade efter behandlingen och hade förbättrats ytterligare vid tvåårsuppföljningen. Vid tvåårsuppföljningen hade omkring 50 procent av PDT-patienterna och 40 procent av KBT-patienterna förbättrats så mycket avseende psykiatriska symtom och interpersonellt fungerande att de fungerade i nivå med normalpopulationen. 16 procent av PDT-patienterna och 12 procent av KBT-patienterna var symtomfria avseende psykiatriska symtom direkt efter behandlingen. Vid tvåårsuppföljningen hade detta ökat till 38 procent för PDT och 17 procent för KBT. Ingen av skillnaderna mellan grupperna var signifikant [Svartberg et al, 2004].

I en svensk studie fördelades 156 patienter med olika personlighetsstörningsdiagnoser slumpmässigt till antingen en 40 gånger manualbaserad PDT under ett år eller sedvanlig behandling. Den behandling patienterna i sedvanlig behandling fick blev dock i genomsnitt 21 gånger icke-manualbaserad PDT av erfarna kliniker under samma år. Studien kom därför att bli en jämförelse mellan två olika former av PDT. Båda behandlingarna var i huvudsak lika effektiva. Efter ett års behandling uppfyllde 33% av de personlighetsstörda patienterna inte längre kriterierna för någon sådan diagnos. Förbättringarna fortsatte vid uppföljning ett år senare. Dessa siffror kan jämföras med naturalistiska uppföljningsstudier där mellan 4% och 12% tillfrisknar per år utan psykoterapi. Patienterna i terapi förbättrades även avseende psykiatriska symtom generellt [Vinnars et al, 2005].

För att en behandling skall hjälpa en personlighetsstörd person behöver den leda till både minskad symtomnivå och mer bestående förändringar av bland annat förmågan att hantera känslor och relatera till andra människor. För psykodynamisk långtidspsykoterapi finns det en stor mängd uppföljningsstudier som visar att både symtom och personlighetsvariabler förändras under psykoterapin och att denna förändring är bestående även vid uppföljningar

flera år efter avslutad psykoterapi. En sammanfattning av sådana studier som sammanlagt omfattar många hundra patienter gjordes 2002 [Fonagy et al, 2002]. Sedan dess har ytterligare studier tillkommit [Beutel et al, 2004; Leichsenring et al, 2005; Bond & Perry, 2004]. I studierna ingår patienter med en stor mängd olika psykiatriska diagnoser där några exempel är schizofreni, personlighetsstörningar samt ångest och depressionstillstånd. Många studier har inriktat sig på patienter med flera olika diagnoser och en stor social belastning.

Den personlighetsstörning det forskats mest kring är borderline personlighetsstörning. Under de senaste tio till femton åren har flera intressanta studier av PDT vid borderline publicerats och det finns nu åtminstone fyra randomiserade kontrollerade studier och ett flertal naturalistiska där olika former av PDT visat god effekt.

Bateman och Fonagy (2001) redovisar resultaten från en studie där patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning slumpmässigt fördelades till psykoanalytisk dagbehandling i upp till arton månader eller till sedvanlig behandling. I behandlingen ingick PDT (Mentalisation based treatment, MBT) både individuellt- och i grupp. Både direkt efter behandlingen och vid uppföljningen efter 18 månader var PDT gruppen signifikant bättre än kontrollgruppen. Exempel på signifikanta skillnader till PDT gruppens fördel är självskadande, självmordsförsök, slutenvård, öppen psykiatrisk vård, medicinering, depression, ångest och psykiatriska symtom generellt. Dessa resultat har visat sig bestående flera år efter avslutad behandling [Fonagy & Bateman, 2007]. Samma forskargrupp har nu slutfört en studie där cirka 130 borderlinepatienter fördelades slumpvis mellan PDT bestående en timme enskild PDT och en timme PDT i grupp eller en kontrollbehandling av samma omfattning. Båda behandlingarna bedrevs i öppenvård. PDT var signifikant bättre än kontrollbehandlingen avseende bland annat självmordsförsök, självskadande och psykiatriska symtom generellt [Fonagy & Bateman, 2007]. Liknande goda resultat har visats i naturalistiska studier av PDT [Lopez et al, 2004; Clarkin et al, 2001; Monsen et al, 1995; Stevenson & Meares, 1992; Korner et al, 2006]. Förbättringarna består fem år efter avslutad psykoterapi [Meares et al, 1999].

Förutom MBT så har även en annan PDT form, överföringsfokuserad psykoterapi (TFP), prövats för borderline i randomiserade kontrollerade studier. I en studie jämfördes TFP med Youngs schemafokuserade terapi (SFT). Sammanlagt randomiserades 88 patienter till antingen SFT eller TFP. Ett problem med studien är att resultaten huvudsakligen bygger på patienter som fortfarande efter tre år är kvar i psykoterapi. Det är därmed oklart om resultaten står sig även efter avslutad behandling. Sammantaget gav båda terapiformerna goda resultat. Vi mätningar tre år efter påbörjad psykoterapi hade SFT-patienterna signifikant mindre symtom än TFP-patienterna. För livskvalité saknades signifikanta skillnader efter tre år. Skillnaderna i resultat kan till stor del förklaras av att fler TFP än SFT-patienter avbröt behandlingen under det första året. När detta räknades in i analysen blev skillnaden mellan grupperna inte längre signifikant. För de patienter som stannade längre än ett år i terapi var således behandlingsresultaten likvärdiga oavsett metod [Giesen-Bloo et al, 2006]. I en annan studie randomiserades 90 patienter till TFP, dialektisk beteendeterapi (DBT) eller stödjande PDT. Överlag uppvisade alla tre behandlingarna goda resultat men TFP-patienterna uppvisade förändringar inom fler områden än de två övriga behandlingarna. Värt att notera är att stödjande PDT med en frekvens av en gång per vecka var lika bra som DBT med en frekvens av två gånger i veckan och endast något sämre än TFP med en frekvens av två gånger per vecka. En svaghet med denna studie är att samtliga behandlingar varade under ett år vilket är kortare behandlingstid än den normala för samtliga metoder [Clarkin et al, 2007].

Självskadande och självmordsförsök

Det finns ett starkt forskningsstöd för att psykodynamisk psykoterapi minskar risken för självskadande och självmordsförsök hos både vuxna och ungdomar.

I en viktig studie fördelades 119 patienter som vårdats på en akutmottagning efter att ha förgiftat sig själva slumpmässigt till fyra gångers PDKT eller sedvanlig behandling. Av patienterna uppgav 47 procent en önskan att dö. Under uppföljningstiden sex månader efter avslutad PDKT gjorde 9 procent av de som fått PDKT ett nytt försök jämfört med 28 procent av de som fått sedvanlig behandling. [Guthrie et al, 2001]. Även längre psykodynamisk psykoterapi för självmordsnära bordelinepatienter har visat signifikant färre självmordsförsök och episoder av självskadande i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen [Bateman & Fonagy, 2001]. En form av gruppterapi, där behandlingen inleddes med sex gruppsamtal med tekniker från psykodynamisk psykoterapi, KBT och dialektisk beteendeterapi följt av gruppsamtal på psykodynamisk grund, har för ungdomar minskat andelen upprepade nya självskadehandlingar i signifikant högre grad än sedvanlig behandling [Wood et al, 2001].

Barn och ungdomar

De ovan nämnda studierna avser huvudsakligen vuxna men det finns flera kontrollerade studier med slumpmässig fördelning till PDT eller annan behandling även för barn och ungdomar.

Barn och ungdomar i skolådern

För flickor mellan elva och tjugo år med diagnosen anorexi är PDT under tolv till arton månader lika effektivt som en lika lång beteendeoriktad familjeterapi [Robin et al, 1999].

För barn och ungdomar med depressions och/eller ångeststörningar har PDKT visat goda resultat i åtminstone fyra studier. Barn i åldrarna sex till tio med depressions- eller ångestdiagnos enligt DSM-IV som fick PDKT förbättrades signifikant mer än de som fick sedvanlig behandling och förbättringarna bestod två år efter avslutad behandling [Muratori et al, 2003]. Barn och tonåringar med egentlig depression eller dystymi som behandlats med 25 gångers PDKT förbättras signifikant mer än de som stått på väntelista. Effektstorleken var 1,3 [Horn et al, 2005]. Barn och ungdomar med ångeststörningar som fick 25 gångers PDKT förbättrades signifikant mer än kontrollgruppen. 62% i behandlingsgruppen uppnådde kliniskt signifikanta förbättringar jämfört med 8% i kontrollgruppen [Kronmuller et al, 2005]. I en studie som jämförde individuell PDKT med familjeterapi ingick 72 barn och ungdomar i åldrarna 9-15 med diagnosen egentlig depression, dystymi eller båda diagnoserna. Efter avslutad behandling uppfyllde omkring 75% av patienterna inte längre kriterierna för någon depressionsdiagnos. Efter ett år var motsvarande siffra 100% för PDKT och 81% för familjeterapi [Trowell et al, 2007].

Även för traumatiserade barn och tonåringar har PDT visat god effekt. För flickor i åldrarna sex till fjorton år som utsatts för sexuella övergrepp gav PDKT signifikant bättre effekt än psykopedagogisk gruppbehandling på PTSD-symtom [Trowell et al, 2002]. För barn (medelålder 11,5 år) som ett och ett halvt år efter en omfattande jordbävning hade en hög nivå av traumarelaterade symtom har en traumafokuserad PDKT som kombinerar fyra gruppsamtal och i snitt två individuella samtal visat god effekt. Innan behandling uppfyllde 60% av de som fick PDKT kriterierna för PTSD jämfört med 52% i kontrollgruppen. Vid uppföljning 1,5 år

efter behandling var motsvarande siffror 28% för PDKT-gruppen och 69% för kontrollgruppen (Goenjian et al, 1997). Skillnaderna till traumafokuserad PDKT:s fördel bestod även 3,5 år efter avslutad behandling (Goenjian et al, 2005).

Barn och ungdomar med olika typer av beteendestörningar som fick 25 gångers PDKT förbättrades signifikant mer än de som stod på väntelista. 31% i behandlingsgruppen uppnådde kliniskt signifikant förbättring jämfört med 8% i kontrollgruppen. Effektstorlekarna varierade mellan 0,8 och 1,4 för olika förändringsmått [Winkelmann et al, 2005].

För självdestruktiva ungdomar har en form av gruppterapi, där behandlingen inleddes med sex gruppsamtal med tekniker från psykodynamisk psykoterapi, KBT och DBT följt av gruppsamtal på psykodynamisk grund minskat andelen upprepade nya självskadehandlingar i signifikant högre grad än sedvanlig behandling [Wood et al, 2001].

Spädbarn och barn i förskoleåldern

Det finns flera randomiserade kontrollerade studier av PDT för spädbarn och barn i förskoleåldern. Gemensamt för dessa studier är att man behandlat barn och förälder (oftast mamman) tillsammans. Här redovisas sex sådana studier, vilket troligen inte är en fullständig redovisning. Gemensamt för studierna är att PDT uppvisar goda resultat.

En känd riskfaktor för barns framtida utveckling är om mamman har en egentlig depression eller drabbas av en sådan under barnets första levnadsår. Barn till deprimerade mammor uppvisa oftare än andra barn ett mönster av otrygg anknytning, får en sämre kognitiv utveckling och löper en ökad risk att själva drabbas av psykisk ohälsa i vuxen ålder. I tre randomiserade kontrollerade studier har mödrar med diagnosen egentlig depression slumpvis fördelats till PDT eller kontrollgrupp. Dessutom har alla tre studier haft en jämförelsegrupp med mamma-barn par där mammorna inte lidit av någon påtaglig psykisk ohälsa. Barnen har varit omkring 20 månader då behandlingarna inletts och i alla tre studier har mamma och barn behandlats tillsammans.

Toth et al (2006) studerade 130 mor-barn par där mödrarna hade diagnosen egentlig depression. Ungefär hälften fördelades till PDT och hälften fungerade som kontroll. Innan behandlingen hade en majoritet av barnen ett mönster av otrygg anknytning. Vid uppföljning då barnen var 36 månader hade flertalet av de barn som fått PDT ett mönster av trygg anknytning. Som grupp uppvisade dessa barn till och med något högre nivåer av trygg anknytning än barn till mödrar utan påtaglig psykisk ohälsa. Barnen i kontrollgruppen hade fortsatt höga nivåer av otrygg anknytning. Samma forskargrupp gjorde tidigare en liknande studie [Cicchetti et al, 1999] där 63 mor-barn par där mödrarna hade diagnosen egentlig depression ingick. Ungefär hälften fördelades till PDT och hälften fungerade som kontroll. Innan behandlingen hade en majoritet av barnen ett mönster av otrygg anknytning. Efter behandlingen hade flertalet av de barn som fått PDT ett mönster av trygg anknytning och skiljde sig inte från barn till mödrar utan påtaglig psykisk ohälsa. Barnen i kontrollgruppen hade fortsatt höga nivåer av otrygg anknytning.

Samma forskargrupp [Cicchetti et al 2000] har också studerat hur den kognitiva utvecklingen påverkas av mammors depression och hur PDT i sin tur påverkar den. De fördelade slumpvis 97 mor-barn par till PDT eller kontrollgrupp. Samtliga mammor hade diagnosen egentlig depression. När studien påbörjades var barnen 20 månader och deras kognitiva utveckling var då jämförbar med den hos barn till mödrar utan påtaglig psykisk ohälsa. Barnens kognitiva

utveckling bedömdes åter då de var 36 månader. Omkring hälften hade då fått PDT tillsammans med sina mammor. De barn som fått PDT hade fortsatt en kognitiv utvecklingsnivå jämförbar med barn till mammor utan påtaglig psykisk ohälsa. Barnen i kontrollgruppen hade nu halkat efter och deras kognitiva utveckling var påtagligt sämre än både PDT barnens och barnen till mammor utan påtaglig psykisk ohälsa. Allra sämst gick det för de barn i kontrollgruppen vars mammor åter blivit deprimerade.

PDT för mor-barn par har studerats även för andra grupper än mammor med egentlig depression. Här presenteras tre studier där PDT visat goda resultat för vanvårdade barn, barn med mönster av otrygg anknytning samt barn som bevittnat våld inom familjen.

65 förskolebarn som bevittnat våld inom familjen fick behandling tillsammans med sina mammor. Mor-barn paren fördelades slumpmässigt till ett års (50 gånger) psykodynamisk psykoterapi eller sedvanlig behandling med tillägg av kontakt med en "case-manager" som bestod av minst ett telefonsamtal i månaden samt möjlighet till personliga möten vid behov. Efter avslutad behandling hade PDT-gruppens genomsnittliga PTSD symtom gått ner från 8 till 4,4 enligt en halvstrukturerad diagnostisk intervju. För kontrollgruppen hade PTSD-symtomen minskat från 7,1 till 6,7. Skillnaden var signifikant. Även för mer allmänna symtom förbättrades PDT-gruppen signifikant mer än kontrollgruppen [Lieberman et al, 2005].

En grupp av 87 förskolebarn, medelålder 4 år, som upplevt olika former av vanvård fördelades slumpmässigt till PDT där mor och barn behandlades tillsammans eller till en KBT behandling där mor och barn behandlades tillsammans eller till sedvanlig behandling. De två aktiva behandlingarna pågick under ungefär ett år med omkring 30 behandlingssessioner. Barnen i KBT-gruppen gick dessutom i en förskola med fokus på att lära sig kamratrelationsfärdigheter. Efter avslutad behandling hade barnen som fått PDT signifikant bättre självbild och relation till modern än de som fått antingen KBT eller sedvanlig behandling [Toth et al, 2002].

En grupp av 59 ettåringar med ett mönster av otrygg anknytning till sina mödrar fördelades slumpmässigt till ettårig PDT tillsammans med sina mödrar eller till sedvanlig behandling. Mödrarna hade invandrat till USA från Latinamerika för mindre än fem år och utgjorde generellt en socialt belastad grupp. Efter avslutad behandling var barnen som fått PDT mindre undvikande, motståndsinriktade och arga samt mer i samverkan med mamman än barnen som fått sedvanlig behandling. Mödrarna som fått PDT var mer empatiska i relation till sina barn och interagerade mer med dem än mödrar som fått sedvanlig behandling. Efter avslutad behandling fanns inga signifikanta skillnader mellan de mor-barn par som fått PDT och en jämförelsegrupp av mor-barn par som redan från början haft ett mönster av trygg anknytning [Lieberman et al 1991].

Avslutande kommentar

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att psykodynamisk psykoterapi är en effektiv behandlingsform vid ett stort antal psykiatriska diagnoser. Detta gäller för vuxna, tonåringar och barn även om antalet studier avseende barn och tonåringar ännu är väsentligt färre än för vuxna. Jämförelser med andra psykoterapiformer visar överlag att psykodynamisk psykoterapi minskar symtomnivån i samma utsträckning och inom samma tidsrymd som andra etablerade psykoterapiformer. Dessa jämförelser gäller huvudsakligen korttidsterapier.

Psykodynamisk psykoterapi leder till dessutom till relativt bestående förbättringar av mer stabila personlighetsvariabler som användande av mer adaptiva försvar och bättre förmåga till mellanmänniskt relaterande. Dessa förändringar har visats vara stabila eller ökande även flera år efter avslutad behandling. Detta gäller främst psykodynamiska psykoterapier som pågår under ett år eller längre men liknande effekter finns även för kortare psykodynamiska terapier.

Peter Ankarberg
leg. psykolog, leg. psykoterapeut

Referenser

- Abbas AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *The Cochrane Library*, issue 4.
- Alexander PC, Neimeyer RA, Follette VM et al (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Ankarberg P (2004). Korttidsterapi överlägset antidepressiva. *Psykologtidningen*, nr 13, 4-6.
- Ankarberg P (2005). Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi. *Insikten*, nr 4, 26-30.
- Ankarberg P, Falkenström F (2006). Piller eller psykoterapi: en fråga mer om ideologi än vetenskap. *Insikten*, 15(3), 13-19.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry E (1999). Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 115-128
- Barber J, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD et al (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counselling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Bateman A, Fonagy P (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beutel M, Thiede R, Wiltink J, Sobez I (2001). Effectiveness of behavioural and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity – first results from a randomized study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, Suppl. 1, s96-98.
- Beutel ME, Rasting M, Stuhr U, et al (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilizations and costs. *Psychotherapy Research*, 14, 146-160.

Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, et. Al (2004). *Therapist variables*. I: Lambert MJ (ed.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 227-306.

Blatt SJ, Quinlan DM, Pilkonis PA, Shea MT (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.

Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA (1996). Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.

Bond M, Perry JC (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.

Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E et al (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services*, 53, 585-590.

Bögels S, Wijts P, Sallaerts S (2003). Analytic psychotherapy versus cognitive-behavioral therapy for social phobia. Paper presented at: *European Congress for Cognitive and Behavioural Therapies*, Prag.

Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development*, 1(1), 34-66.

Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 135-140.

Clarkin JF, Foelsch P, Levy K et al (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioural change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Cloitre M, Koenen KC (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 379-398.

Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H (2003). Controlled trial of the short- and long-term effects of psychological treatment of post partum depression: impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.

Creed F, Fernandes L, Guthrie E et al (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124, 303-317.

Crisp AH, Norton K, Gowers S et al (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family pathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 169, 325-333.

Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Narducci J, Scamberger M, Gallop R (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 42(2): 211-224.

Crits-Christoph P, Siqueland L, McCalmont E et al (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 825-830.

Dare C, Eisler I, Russell G et al (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 179, 216-221.

Duncan, BL, Miller SD (2006). Treatment manuals do not improve outcomes. I: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (red.) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, American Psychological Association, p. 140-149.

de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 217-229.

de Jonghe F, Hendriksen M, van Aalst G et al (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 185, 37-45.

Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 4, 971-82.

Eresund P, Falkenström F (2006). Från SPR-konferensen i Edinburgh. *Insikten*, nr 4, 31-36.

Fairburn C, Kirk J, O'Connor M, Cooper P (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 24, 629-643.

Fairburn C, Norman P, Welch S et al (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Fonagy P, Bateman A (2007). Föreläsning, Sigmund Freud Institut, Frankfurt, 2007-06-08.

Fonagy P, Clarkin J, Gerber A et al (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, International Psychoanalytical Association.

Fonagy P, Roth A, Higgitt A (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(1), 1-58.

Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MD (1993). A comparison between CBT and supportive expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T et al (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Goenjian AK, Karayan I, Pynoos RS, Minassian D, Najarian LM, Steinberg AM, Fairbanks LA (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536-542.

Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM, Karayan I, Najarian LM, Pynoos RS (2005). A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2302-2308.

Gottdiener WH, Haslam N (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(3), 163-187.

Gowers S, Norton K, Halek C, Crisp A (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.

Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomeson B (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100, 450-457.

Guthrie E, Moorey J, Margison F et al (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 56, 519-526.

Guthrie E, Kapur N, Mackaway-Jones K, et al (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323, 135-137.

Hamilton J, Guthrie E, Creed F et al (2000). A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119, 661-669.

Hau S, Leuzinge-Bohleber M (red.) (2005). *Position paper on psychoanalytic psychotherapy*. www.dgpt.de/dokumente/Position%20paper%20on%20psychoanalytic%20therapy.pdf.

- Horn H, Geiser-Elze A, Reck C, Hartmann M, Stefini A, Victor D, Winkelmann K, Kronmuller KT (2005). Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeitpsychoterapie bei kindern und jugendliche mit depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 54(7):578-597.
- Karon BP, VandenBos GR (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S, Snyder RD, Li Y (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16, 277-286.
- Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC (1983). Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? *Archives of General Psychiatry*, 40, 139-145.
- Knekt P, Lindfors O (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Kela, Studies in social security and health vol. 77, Helsingfors.
- Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL (2004). Psicoterapia psicodinamica em grupo para fobia social generalizada. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(2): 77-81.
- Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 406-411.
- Kronmuller KT, Postelnicu I, Hartmann M, Stefini A, Geiser-Elze A, Gerhold M, Hildegard H, Winkelmann K (2005). Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeitpsychoterapie bei kindern und jugendliche mit angsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 54(7):559-577.
- Lambert MJ, Ogles BM (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I: Lambert MJ (red.) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York, Wiley, p. 139-93.
- Lambert MJ (red.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York, Wiley.
- Leichsenring F (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Leichsenring F (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.

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, 1223-1232

Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Leichsenring F, Biskup J, Kreiche R, Staats H (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433-455.

Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 199-209.

Lieberman AF, Van Horn P, Ghosh Ippen C (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.

Liedtke R, Jäger B, Lempa W, Kunseback HW, Gröne M, Freyberger H (1991). Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: Preliminary results of a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 56-63.

Lopez D, Cuevas P, Gomez A, Mendoza J (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno limite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.

Luborsky L, Crits-Cristoph P, McLellan T, Woody G, Piper W, Liverman B et al (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.

Luyten P, Blatt SJ, Boudewijn VH, Corveleyn J (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*,

Maina G, Forner F, Bogetto F (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 43-50.

May PRA (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York, Science House.

Meares R, Stevenson J, Comerford A (1999) Psychotherapy with borderline patients: A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472.

Milrod B, Busch F, Leon A et al (2000). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1878-1880.

Milrod B, Busch F, Leon A et al (2001). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10, 239-245.

Milrod B, Leon A, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J et al (2007). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.

Monsen JT, Odland T, Faugli A et al (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, 33-48.

Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Henriksen M (2006). Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depression and Anxiety*, nov 27.

Monsen K, Monsen JT (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37, 257-269.

Muratori F, Picci L, Bruni G et al (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 331-339.

National Institute for Clinical Excellence (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23*. London, NICE, [citerad 05-03-05] www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf

Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush JA, Schazberg AF et al (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 14239-14296.

Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (red.) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, American Psychological Association.

Orlinsky DE, Rönnefeldt MH, Willutzki U (2004). *Fifty years of process-outcome research: Continuity and change*. I: Lambert MJ (Red.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York, Wiley; p.307-389

Robin AL, Siegel PT, Moye AW et al (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.

Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Köster A, Lajer M et al (2005). The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186, 394-399.

Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Köster A, Lajer M et al (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry*, 5, 100-103.

Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York, Guilford.

Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G, Ronnberg S (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8, 361-378.

SBU (2004) *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Volym 3.* SBU-rapport 166/3. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU (2005) *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt. Volym 1 & 2.* SBU-rapport 171/1+2, Stockholm, Statens beredning för medicins utvärdering

Scarvalone P, Cloitre M, Difede J (1995). *Interpersonal process therapy for incest survivors: Preliminary outcome data.* Paper presented at the Society for Psychotherapy Research Conference, Vancouver, British Columbia.

Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Phillips G (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.

Shapiro DA, Rees A, Barkham M, Hardy G, Reynolds S, Startup M (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 378-387.

Siassi I (1978). A comparison of open-ended psychoanalytically-oriented psychotherapy with other therapies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 25-32.

Sjödin I, Svedlund J, Ottosson JO, Dotevall G (1986). Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 27, 187-200.

Stevenson J, Meares R (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.

Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.

Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.

Svedlund J, Sjödin I, Ottosson JO, Dotevall G (1983). Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2(8350), 589-592.

Söderberg P, Tungström S (2007). *Outcome in psychiatric outpatient services. Reliability, validity and outcome based on routine assessments with the GAF-scale.* Umeå, Department of Psychology, Umeå University.

Tasca GA, Ritchie K, Conrad G et al (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106-121.

Thompson-Brenner H, Westen D (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 1. Comorbidity and therapeutic outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 573-584.

Thompson-Brenner H, Westen D (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 2. Therapeutic interventions in the community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 585-595.

Toth SL, Maughan A, Todd Manly J, Spagnola M, Cicchetti D (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 14, 877-908.

Toth SL, Rogosh FA, Manly JT, Cicchetti D (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomised preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006-1016.

Trowell J, Kolvin I, Weeramanthri T, et al (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180, 234-247.

Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M et al (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, XX, XX.

Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Winryb RM (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1933-1940.

Vocisano C, Klein DN, Arnow B, Rivera C, Blalock JA, Rothbaum B et al (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 255-265.

Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Tierney SC (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.

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

Wiborg I, Dahl A (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53, 689-694

- Wilczek A (2006). Evidensläget: Psykoterapi har effekt, men flera frågor är obesvarade. *Läkartidningen*, 103, 3191-3193.
- Winkelmann K, Stefini A, Hartmann M, Geiser-Elze A, Kronmuller A, Schenkenbach C, Hildegard H, Kronmuller KT (2005). Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeitpsychotherapie bei kindern und jugendliche mit verhaltenstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7):598-614.
- Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246-1253.
- Woody GE, Luborsky L, McLellan T et al (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645.
- Woody GE, Luborsky L, McLellan T, O'Brien CP (1990). Correctons and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 788-789.
- Woody GE, Luborsky L, McLellan T, O'Brien CP (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302-1308.
- Woody GE, McLellan, Luborsky L, O'Brien CP (1987). Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 590-596.
- Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG (1978). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry*, 35, 307-316.