

Psykolog TIDNINGEN

nr 2/2009 ♦ PSYKOLOGERNAS TIDNING

DEBATT:
**BUP lär ut
skamvråmetoder**

**Många med
ångestsyndrom
lider i onödan**

TEMA

DEN PRIVATISERADE
PSYKIATRIN

ANNA WIKLUND, VD PRIMA AB:

**”Det handlar om att
ge barn och unga det
de behöver”**

innehåll nr 2/2009

ledare: 3
Örjan Salling

DEN PRIVATISERADE PSYKIATRIN:
Nu privatiseras delar av
stockholmspsykiatri 4
Psykologföretag tar över i
Helsingborg och Bjuv 7
Psykologer kritiska till
bristande information 8

aktuellt:
Förbundet prioriterar
offentlig finansiering 11
Psykologenhet läggs ned 12
Psykodynamiker bemöter
HSVs kritik av utbildningar 13
Lagstiftning som kan hota
patientens integritet 14

**EVIDENSBASERAD
PSYKOLOGISK PRAKTIK:**
Många med ångestsyndrom
lider i onödan 16
Av Per Carlbring

nytt om test:
ABAS – metod som kartlägger
adaptiva färdigheter 20
Av Eva Tideman

konferensrapport:
Mentala bilder 22

debatt:
BUP lär ut skamvråmetoder 24
Psykodynamiker – vakna! 25
Klas Guettler svarar
Christer Forsberg 26

förbundsnytt 28



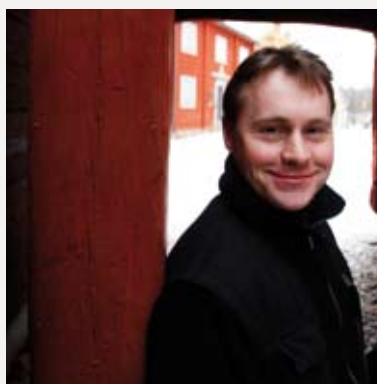
Marie Kindstedt, psykolog Prima AB.

FOTO: ULRICA ZWENGER



Anna Wiklund, VD, Prima AB

FOTO: ULRICA ZWENGER



Per Carlbring, docent vid Linköpings universitet.

FOTO: PETER JIGERSTRÖM



ILL: GUNILLA KVARNSTRÖM

Psykologtidningen



2/09 ♦ 2/2–22/2 ♦ Årgång 55
Utgiven av Sveriges Psykologförbund

chefredaktör och ansvarig utgivare:
Eva Brita Järnefors, 08-567 06 451
evabrita.jarnefors@psykologforbundet.se

redaktionssekreterare och stf ansvarig utgivare:
Carin Waldenström, 08-567 06 453
carin.waldenstrom@psykologforbundet.se

redaktör: Peter Örn, 08-567 06 452
peter.orn@psykologforbundet.se

vik redaktör: Kajsa Heinemann, 08-567 06 403
kajsa.heinemann@psykologforbundet.se

Box 3287, 103 65 Stockholm
Fax 08-567 06 490.
e-post: tidningen@psykologforbundet.se
www.psykologtidningen.se
ISSN 0280-9702.

annonser: Newsfactory,
Säljare: Anita Rosén 08-587 86 532
anita.rosen@newsfactory.se
Annonsmaterial: Johan Kjellström 08-545 03 994
johan.kjellstrom@newsfactory.se

prenumerationer och adressändringar:
Lagern Akademienservice
Tel 08-567 06 430 • Fax 08-567 06 090
msc@akademikerservice.se
Pris: 550 kr inkl moms helår, 14 nr, 2009.
Lösnummer 35 kr.
postgiro: 29 77 01-5 bankgiro: 5675-9202

Telefonnummer/e-post till serviceområden,
kanslipersonal, förbundsstyrelse m fl hittar du
på näst sista sidan.

psykologtidningen på nätet:
Som medlem har du också tillgång till de
senaste numren av tidningen som PDF-fil.
All redaktionell text lagras elektroniskt för
att kunna publiceras som PDF-filer på webben.
Författare som inte accepterar detta måste
meddela förbehåll. I princip publicerar vi inte
artiklar med sådana förbehåll.

**SVERIGES
TIDSKRIFTER**



Medlem Förening
Sveriges Tidskrifter

Fackpressupplaga
9600 ex 2007



Tryck:
Wallin & Dalholm Boktryckeri AB,
Lund 2009.

Grafisk form: Marianne Tan.
marianne@tanproduktion.se

Nummer	3/09	4/09	5/09
Distributionsdag	23/2	16/3	6/4
Manusstopp för psykolog- och yrkesföreningar	3/2	24/2	17/3

Omslag: Maria Kindstedt och Anna Wiklund
Foto: Ulrica Zwenger



GERHARD ANDERSSON, professor i klinisk psykologi vid Linköpings Universitet och Karolinska Institutet är gästredaktör för Psykologtidningens artikelserie om evidensbaserad psykologisk praktik. I det här numret skriver Per Carlbring, psykolog, docent i klinisk psykologi, lärare samt biträdande mottagningsföreståndare vid psykologmottagningen vid institutionen för beteendevetenskap vid Linköpings universitet, om paniksyndrom och dess behandlingsformer.

Evidensbaserad psykologisk praktik

Psykologisk behandling är evidensbaserad för flera problemområden inom hälso- och sjukvården. Evidensbaserade behandlingar kräver omfattande kunskaper och kan vara svåra att tillämpa utan utbildning. I denna artikelserie lyfter författarna fram områden där psykologisk behandling prövats med gott resultat. Inte minst är detta viktigt då det ofta glöms bort att särskilt kognitiv beteendeterapi har ett omfattande forskningsstöd och att kunskapsläget i dag starkt talar för att psykologisk behandling kan vara verksamt både i forskning och i den kliniska verkligheten. I Sverige genomförs också flera forskningsprojekt där psykologisk behandling evidensbaseras.

Gerhard Andersson



Tänk dig att du just har ätit en bit god mat på en restaurang. När du kliver ut på gatan väntar någon med en kniv framför dig och stämningen blir snabbt hotfull. Utan att du medvetet behöver tänka larmar din hjärna kroppen, som svarar med att sätta i gång kamp/flykt-responsen. Du får en rad snabba fysiologiska förändringar, men även obehagskänslor och en stark önskan att vilja komma bort från situationen.

I sådana här situationer är det normalt att uppleva ångest. Det är en naturlig reaktion på fara eller hot. Men för en del personer kommer dessa upplevelser

helt oväntat, och livet blir genast svårt då ångesten riskerar att ta över.

Vad är paniksyndrom?

Även om ångest har en mycket negativ klang, är dess huvuduppgift att skydda mot fara. När våra förfäder bodde i grottor och utsattes för hot var det många gånger livsavgörande att den automatiska kamp/flykt-responsen snabbt kunde slås på.

Även för oss människor i dag finns det tillfällen när den responsen är livsviktig. Tänk vad som skulle hända om du stod mitt i gatan och det kom en bil i hög fart rakt emot dig och du inte kände

Många med ångestsyndrom lider i onödan

Psykologisk behandling vid paniksyndrom fungerar väl. Den viktigaste utmaningen är att fler med paniksyndrom ska få tillgång till evidensbaserad psykologisk behandling, skriver Per Carlbring, psykolog, docent och författare.

Psykolog och docent Per Carlbring blev som barn rejält skrämmd av hundar. I dag har han övervunnit rädslan och har två egna hundar.

ångest, utan lugnt stod kvar. Så länge man kan attribuera de kroppsliga förändringarna, så som ökad hjärtfrekvens och svettningar, och obehagskänslorna till något verkligt och konkret är det inga problem. Om man däremot skulle uppleva samma känslor som en blytt från klar himmel, utan att förstå varför, blir det genast obehagligt. Det spelar ingen roll om hotet är verkligt eller inbillat, det är upplevelsen av fara som sätter i gång ångesten.

För att få kontroll, och om möjligt undvika detta hemska igen, ligger det nära till hands att försöka gissa vad som orsakar symtomen. Vissa tänker att det

är hjärtat som håller på att gå sönder, andra tolkar frånvaron av objektiva bevis som att man håller på att bli galen.

Det finns en rad olika katastroftolkningar. Gemensamt är att det visserligen finns tydliga kroppssymtom i form av hjärtklappning, svettning, darrning och så vidare, men orsaken är ett falsklarm. Det finns ingen objektiv fara, men man reagerar på precis samma sätt.

Återkommande panikattacker

Därför är det svårt för den som drabbas att förstå varför man reagerar som man gör. Om du däremot fick andnöd, hjärtklappning och blev yr efter att i

sista minuten ha kastat dig undan ett framrusande tåg skulle du dock säkert se det som fullt normalt.

För att få diagnosen paniksyndrom krävs återkommande panikattacker med plötsliga upplevelser av intensiv rädsla eller obehag utan att det finns någon tydlig yttre orsak. Attackerna ska sedan ha lett till en stark oro för ytterligare attacker, eller en förändring av vanor på grund av attackerna.

Det kan handla om att undvika vissa platser eller att inte gå ut ensam. Det kan också vara rädslan över att tappa kontrollen, att det är något allvarligt fel på hjärtat eller rädslan att bli galen. ►

FOTO: PETER JIGERSTRÖM

En panikattack skiljer sig från annan ångest genom att den kommer så plötsligt och oväntat och sedan växer för att inom tio minuter bli mycket stark ångest. För att räknas som paniksyndrom ska panikattacken uppkomma trots att det inte, objektivt sett, finns något livshotande i situationen.

Här finns det en del förvirring, särskilt på Internet, där man ibland tänker att om man haft en panikattack, har man automatiskt diagnosen paniksyndrom. Så är det emellertid inte, eftersom panikattack inte är en diagnos enligt DSM-IV, utan en komponent som kan förekomma vid en rad olika problem. En panikattack behöver således inte uteslutande tyda på paniksyndrom. En person med spindelfobi kan till exempel få en panikattack om han eller hon går ner i matkällaren. Det ska dock inte utan vidare tolkas som ett tecken på paniksyndrom. Visserligen var det oväntat att träffa på en spindel, men givet att man möter en spindel, och har spindelfobi, är det inte oväntat att få en panikattack.

I våra behandlingsstudier kring paniksyndrom är det vanligare att de som söker vård snarare har social fobi, än paniksyndrom. Visserligen har personen panikattacker, men de förklaras bättre av rädsla för att bli kritiskt granskad av andra under till exempel ett offentligt anförande.

Det finns ett antal olika prevalensstudier kring paniksyndrom. De visar att det finns vissa skillnader i frekvens länder emellan, men genomgående är att kvinnor oftare är drabbade än män. Ibland rapporteras det att det går fem kvinnor på varje man med paniksyndrom. Forskarna är inte enade kring en förklaringsmodell. I stället konkurrerar biologiska teorier med tankar om socialt arv och genusaspekter. Klart är emellertid att det går att få ett bättre liv genom psykologiska metoder, och att prognosen är god vid adekvat behandling.

Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapeutisk behandling (KBT) av paniksyndrom med eller utan agorafobi brukar rekommenderas som förstahandsval vid behandling av

paniksyndrom. Den består vanligen av 12 till 15 sessioner, men inleds först med en ordentlig kartläggning. Utredningen består dels av direkta frågor kring panikattackerna, till exempel: ”Har du någonsin råkat ut för en panikattack när du inte alls väntat dig det?”, dels av symtomskattningsinstrument.

Därefter kan man använda sig av andningsträning som en copingteknik. Detta används dock sparsamt numera, då det kan vara kontraindicerat. Det finns en artikel av Schmidt (2000) som jämfört sedvanlig KBT med andningsträning med samma upplägg utan andningsträning. Det fanns ingen signifikant skillnad vilket då kan ifrågasätta nyttan av detta tillägg. Man identifierade dock en trend, och det var att det gick sämre för dem som också fick andningsträning. Teorin bakom detta är att om man ser paniksyndrom som en fobi för kroppens egna symptom och skrämmande tankar, ska man lära sig möta dessa. Om man i stället flyr genom att använda andningsträning som en copingteknik missar man chansen att lära sig att symtomen – i och för sig tydliga och skrämmande – faktiskt är ofarliga. Vissa menar dock att andningsträning har sin plats i behandlingen om man använder det med måtta, och på ett tidigt stadium problematiserar detta med flykt och undvikande (Taylor, 2001).

Huvudkomponenterna vid paniksyndromsbehandling är exponering tillsammans med de kognitiva inslagen. Tidigare skiljde man mer på dessa två, men numera är de mer sammanflätade och integreras ofta i så kallade beteendeeexperiment. Man börjar med att gemensamt fokusera på en central katastroftolkning. Därefter identifierar man utlösande stimuli och säkerhetsbeteenden. I dialog med patienten genererar man ett lämpligt experiment som han/hon sedan utför. Efter att ha noterat utfallet är det viktigt att reflektera kring hur det gick – gärna väglett upptäckande.

Det kan behövas fler experiment för att totalt omvärdera symtomens farlighet, så det sista steget är att planera nya experiment. Hjälpen kan behövas för att strukturera upp experimenten och minska risken för negativa snedvridningar.

Då många personer med paniksyndrom lider i det tysta, eller står på långa väntelistor, beslöt vi oss för att testa om ren självhjälp kunde fungera för denna patientgrupp. Efter en diagnostisk intervju-randomiserade vi 40 personer till antingen behandling helt på egen hand utifrån en numera publicerad behandlingsmanual (Carlbring & Hanell, 2007), eller till en väntelista för senare behandling. Personerna som skulle behandla sig själva fick instruktionen att de skulle arbeta med ett bokkapitel i veckan under sammanlagt 10 veckor. Innehållet i kapitlen var samma som skulle tas upp i en traditionell KBT-behandling mellan fyra ögon. I stället för att redovisa hemuppgifterna för en terapeut blev man instruerad att skriva ner svaren på uppgifterna i ett personligt behandlingshäfte. Detta häfte skulle man inte redovisa utan det var självhjälp i ordets egentliga mening. Tio veckor efter att boken dimpt ner i brevlådan uppmanades man att besvara ett antal frågeformulär.

Självhjälp ger resultat

I jämförelse med kontrollgruppen fanns det klara signifikanta skillnader. Utan att ha fått något stöd upplevde denna grupp sig mindre ångestfyllda och mindre nedstämda. Detta trots att de börjat utsätta sig för fler situationer – situationer de tidigare undvikit till stor del på grund av ångest.

Vad som är ännu mer upplyftande är att livskvaliteten också höjdes markant. Det tycks alltså inte handla om symtomsubstitution. För att komplettera bilden som formulären målade upp gjordes även en diagnostisk intervju av en oberoende person blind för grupp-tillhörighet, där även grad av förbättring bedömdes. Resultaten var upplyftande såväl direkt efter behandlingen, som vid 3-månadersuppföljningen. Totalt var 80 procent fria från sin diagnos. Detta efter att ha haft sitt problem under flera år. Resultaten var goda och i linje med flera, men inte alla, studier. Dock är det viktigt att inte dra för stora växlar. För det första är ”fri från sin diagnos” inte liktydigt med att man är fullständigt harmonisk. Snarare kan det ju vara så

att en person inte uppfyller diagnoskriterierna, men ändå har kvarvarande problem. Sedan är det viktigt att komma ihåg att detta var personer som självmant sökt denna form av hjälp. Visserligen hade flera avsevärda problem med isolering och hög daglig ångest, men likafullt hade de själva sökt denna behandling. Det borde göra dem mer positiva och i högre grad svara väl på behandling än någon som verkligen vill träffa en psykoterapeut.

Slutligen, och detta tror jag kan vara det allra viktigaste, personerna som ingick i studien hade diagnostiserats och visste alltså att de hade det problem som boken var utformad för. Det gav dem sannolikt en motivationshöjning, särskilt i kombination med att en auktoritetsperson uttalar sig hoppfullt inför utsikterna att nå behandlingsframgång. Det går alltså inte utan vidare att generalisera de goda resultaten från studien till vem som helst som köper en bok.

Evidensläget

Det finns en rad olika behandlingar mot paniksyndrom – vissa har dokumenterad effekt i flera oberoende studier, medan andra har ett mer begränsat stöd i den vetenskapliga litteraturen (Westen & Morrison, 2001).

Allt ifrån medicin till olika former av psykologisk behandling har testats. Starkast stöd har kognitiv beteendeterapi och antidepressiva mediciner (SBU, 2005). Vad som är bäst i akutskedet kan man tvista om, men oftast är slutsatsen att effekten av evidensbaserad psykologisk behandling är mer bestående än effekten av psykofarmaka (SBU, 2005). Ett problem med mediciner är att det enligt FASS är ”mycket vanligt” med vissa biverkningar. Det är olyckligt eftersom personer med paniksyndrom ibland är vad man kanske skulle kunna kalla psykologiskt allergiska emot biverkningarna. Om man är rädd för att svimma, och läkemedlet ger yrsel blir det ju mer vatten på kvarnen.

Andra vanliga biverkningar är just det som ingår i en panikattack, till exempel värmevallningar, bröstsmärtor, hjärtklappning, onormala känsselförnimmelser, ångest och synstörningar. Medicin

fungerar dock relativt bra. För vissa passar till och med medicin bättre än psykologisk behandling, och givet den dåliga tillgången på psykoterapeuter i Sverige är medicin den absolut vanligaste behandlingsformen. På senare tid har man även prövat psykodynamisk korttidsterapi i en mindre kontrollerad studie (Mildrod et al., 2007). Denna visar på lovande resultat och om de replikeras av oberoende forskare innebär detta att två former av psykologisk behandling kan anses vara evidensbaserade. Dock återstår att ta reda på om dynamisk korttidsterapi är lika kostnadseffektiv som KBT.

Vad gäller just KBT är stödet omfattande, och behandlingen har visat sig fungera även via Internet (Richards et al., 2003). Ett faktum kvarstår dock, nämligen att det är få personer som söker, samt får adekvat hjälp för paniksyndrom. Detta är förstås beklagligt eftersom behandlingsresultaten är så pass goda, även för personer som har personlighetsproblematik (till exempel personlighetsstörningar). Forskning visar även att psykologisk behandling för paniksyndrom fungerar i den kliniska vardagen, vilket visats i så kallade effectiveness-studier (Hunsley & Lee, 2007).

Trender inför framtiden

Psykologisk behandling vid paniksyndrom är väl etablerat i forskning. Panikattacker förekommer dock inte bara hos personer med paniksyndrom utan är vanligt vid många psykiatriska diagnoser. Framtida forskning kommer säkert att inriktas mot bredare grupper och det finns ett behov av att undersöka om psykologisk behandling fungerar lika bra för mindre väldiagnosticerade patienter som kanske inte uppfyller alla kriterierna för paniksyndrom. Kombinationsbehandling är mycket vanligt i den kliniska vardagen, men sällan undersökt. Därför vet vi exempelvis

FOTO: PETER JIGERSTRÖM



Per Carlbring ser behov av forskning om långtidseffekter.

mycket litet om huruvida moderna antidepressiva plus psykologisk behandling fungerar lika bra som behandlingarna var för sig. Långtidseffekter är också viktiga att undersöka, inte minst vad gäller alternativa behandlingsformer så som Internet-baserad terapi.

Den viktigaste utmaningen är dock att ge fler personer med paniksyndrom tillgång till evidensbaserad psykologisk behandling.

PER CARLBRING

Docent och psykolog

REFERENSER:

Carlbring, P & Hanell, Å (2007). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur. www.ingenpanik.se

Hunsley, J & Lee, C M (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33.

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom*. Stockholm: SBU.

Schmidt, N B, Woolaway Bickel, K, Trakowski, J, Santiago, H, Storey, J, Koselka, M, et al. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 417-424.

Taylor, S (2001). Breathing retraining in the treatment of panic disorder: Efficacy, caveats and indications. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 49-56.

Westen, D & Morrison, K (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.