

Är 269 studier mycket?

Dan Katz, legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning, lyssnar på en föreläsning om evidensen för psykodynamisk terapi, gör en historisk tillbakablick och tar del av alla de 269 randomiserade kontrollerade studier som redovisas.

Historisk tillbakablick

De senaste trettio åren har statusen i Sverige för psykologiska behandlingsformer genomgått en mindre revolution. Även om psykologer och psykoterapeuter sedan länge har funnits som ett alternativ till medicinsk behandling av psykiatriska störningar, levde den kliniska verksamheten länge i ett ingenmansland. Psykologiska behandlare var

visserligen formellt accepterade inom vården, legitimerade av Socialstyrelsen, men huruvida de behandlingsmetoder de använde verkligen gjorde nytta, var omdiskuterat. Den fram till nyligen nästan totalt dominerande psykoterapiformen, psykodynamisk terapi (PDT) hade sin bas i gamla psykoanalytiska läror där intresset för att utföra, eller i alla fall ta del av experimentell grundforskning var svagt, och viljan att pröva sina behandlingsmetoder med de mer metodmässigt rigorösa metoder som var standard inom somatiken, var näst intill obefintlig. Den forskning som presenterades var till största delen del av hermeneutiskt slag, baserat på forskarens personliga reflektioner utifrån observationer eller fallstudier.

Men parallellt med att psykoanalysen, och dess efterföljare den psykodynamiska terapin kom att bli 1900-talets dominerande behandlingsform, pågick experimentell grundforskning som pekade i en helt annan riktning. Här gjordes banbrytande forskning inom inlärningspsykologi, informationsprocessteori (hur vår hjärna tar in och bearbetar information), samt socialpsykologi. Under andra halvan av förra seklet började man experimentellt testa dessa forskningsmässiga principer i behandlingsstudier, och efter hand började man designa sina studier så att de levde upp till de krav som ställdes inom medicinsk forskning: den randomiserade kontrollerade studien, RCT.

RCT

Enkelt beskrivet är en RCT en jämförelsestudie mellan två eller fler behandlingstyper där man försöker minimera risken för att subjektiva bedömningar och metodmässiga misstag ger felaktiga resultat. Man fördelar slumpmässigt



in sina försökspersoner i olika grupper, där en får den behandling man vill utvärdera, och jämförs med en annan eller flera andra grupper som antingen får vänta på behandling eller behandlas med en annan metod. Denna andra metod är ofta det som är den redan etablerade behandlingsformen för patientgruppen (TAU – Treatment As Usual) eller en "placebobehandling" – en insats som kan uppfattas som en behandling för patienterna, t.ex. att få prata av sig om sina bekymmer med en snäll person. Vidare använder man företrädesvis så objektiva variabler som möjligt att mäta resultatet med. Det räcker inte med att en patient blir nöjd med behandlingen eller att vederbörande – eller behandlaren - anser sig se en förbättring. Behandlar man en fobi mäter man hur mycket en spindelfobiker kan interagera med en spindel, behandlar man tvångssyndrom kan ett av utfallsmåtten vara hur ofta, länge och intensivt någon tvättar händerna. Oftast används även standardiserade och nogra beforskade bedöm-

ningsformulär. När man sedan jämför resultaten använder man sig av statistiska metoder för att bedöma hur stor risk det är att eventuella skillnader i behandlingsutfall kan bero på ren slump. Man kan också göra en bedömning av hur kraftig effekten av behandlingen är.

Evidensbaserade metoder gör sitt intåg, men inte utan motstånd

Redan under 60-talet kunde man redovisa lovande resultat rörande specifika fobier och tvångssyndrom och under 70- och 80-talen kom ett försvarligt antal studier som visade goda, ibland mycket goda, behandlingsresultat för de flesta ångestsyndrom, lätta- och medelsvåra depressioner och en del beteendestörningar. Dessa behandlingar, som från början kallades "beteendeterapi" respektive "kognitiv terapi", samlades efterhand under paraplybegreppet kognitiv beteendeterapi (KBT). Det som tidigare hade erbjudits som behandling för dessa störningar hade varit medicinering, som hade evidens, men som för vissa patienter innebar oönskade biverkningar. Många patienter medicinerades också med olika lugnande preparat, som om de användes under längre perioder, kunde innebära missbruksrisker. Vidare kunde man visa att effekterna av de moderna psykologiska behandlingsmetoderna satt i efter behandling, medan risken var betydligt större för att återinsjukna om man satte ut medicineringen. Man hade alltså ett alternativ som för vissa patientgrupper t.o.m. gav bättre resultat än den medicinska, och i andra fall blev ett värdefullt komplement.

Trots det ganska uppenbara forskningsstödet för KBT var motståndet massivt mot att använda dessa nya me-

toder inom vården och det var enbart på några få ställen i Sverige som psykologer och psykoterapeuter kunde utbildas i behandlingsformen. Intensivast var motståndet från de som utbildats i de gamla psykodynamiska lärorens, vars teorigrund och metodik var väsensskild från KBT. Acceptansen för de nya evidensbaserade metoderna var ofta större bland läkare än bland psykologer. Psykiatriker var mer vana vid den medicinska modellen och med läkarens naturvetenskapliga teoribas uppfattades nog de mest spekulativa psykoanalytiska idéerna som just - vilda spekulationer.

Efterhand blev dock trycket, som inte bara handlade om ett uppenbart forskningsstöd, utan även att många patienter hade hört talas om fungerande metoder mot problem som tidigare hade ansetts som nästan obehandlingsbara, så stort att fler psykolog- och psykoterapeututbildningar erbjöd utbildning i KBT. 2004 och 2005 publicerades statliga utredningar (SBU) som bekräftade det goda forskningsstödet för KBT, och 2010 kom slutligen Socialstyrelsen med mycket tydliga instruktioner som angav KBT som förstahandsval för de flesta ångeststörningar och lätt- till medelsvåra depressioner. Dessa rekom-

Man hade alltså ett alternativ som för vissa patientgrupper t.o.m. gav bättre resultat än den medicinska, och i andra fall blev ett värdefullt komplement.

mendationer har uppdaterats, men står i skrivande stund i stort oförändrade. Andra behandlingar som bedöms ha gott stöd är medicinering, och för de mindre svåra depressionerna även interpersonell terapi (IPT) som hade börjat som en placeboterapi, men visat så pass lovande resultat att man utvecklat den (IPT är en problemlösande terapi som arbetar med att ta upp och lära sig hantera konflikter med personer i patientens närhet). PDT rekommenderas bara som ett lägre prioriterat alternativ för en halv diagnos - mindre allvarliga depressioner. Psykoanalys rekommenderas inte alls.

Reaktionen från psykodynamiskt håll blev mycket stark. Redan på 80-talet avfärdades de goda resultaten för KBT med att "man bara botade symtomen", inte den bakomliggande orsaken som enligt psykodynamiskt/psykoanalytisk teori låg i olösta konflikter eller trauman i barndomen. Man ansåg att problemen skulle återkomma i ny skepnad, något som dock motsades av att de goda resultaten av KBT höll i sig över tid. Det fanns också en stor ovilja att forska under kontrollerade former då man ansåg att själva forskningsprocessen, med tydliga behandlingsriktlinjer, inspelning av terapisessioner m.m. skulle störa själva terapiprocessen. När de statliga rekommendationerna publicerades gick efterhand kritiken över till konspiratoriska teorier om att utredarna var korrumperade eller i alla fall jäviga. En annan vanlig bortförklaring var att egentligen alla terapier var verksamma och att ett positivt resultat främst handlade om en god allians mellan behandlare och patient, medan metoden var av mindre betydelse. Att internetförmedlad terapi, där interaktionen mellan behandlare och patient är minimal och fokus är



på metoden, hade goda resultat, ignorerades (Carlbring et al., 2018).

Det är dock viktigt att påpeka att det inte helt saknades RCT på psykodynamiska behandlingar. De var inte många, men modernare psykodynamiker hade en betydligt öppnare inställning till experimentell forskningsmetodik. Det fanns också nya mindre långgrandiga psykodynamiska metoder som lämpade sig bättre för utvärderingar. Dessa metoder vilade fortfarande teoretiskt på psykodynamisk grund, men hade mer gemensamt med KBT så till vida att terapeuten kunde ha en mer aktiv roll och att det fanns en tydlig struktur.

När Socialstyrelsen 2018 publicerade uppdaterade riktlinjer utan någon nämnvärd förändring reagerade psykodynamiska organisationer mycket ilsket. De accepterade att KBT rekommenderades för alla ångestsyndrom, men

ansåg att PDT skulle få samma prioriteringsgrad som KBT och IPT för behandling av lätta- till medelsvåra depressioner - d.v.s., rekommendationen skulle uppgraderas från "kan utföras" till "bör utföras". Utifrån sett kan man undra varför det blev en sådan diskussion rörande en marginell uppgradering för en halv diagnos. Man kan spekulera i att detta var det enda behandlingsområde som de PDT-utbildade, som fortfarande utgör en stor del av psykolog- och psykoterapeutkåren, kunde få ett kliniskt berättigande. En annan anledning var att det vid flera metaanalyser hade framkommit lovande resultat för PDT vid denna diagnosundergrupp. Socialstyrelsens expertgrupp hade dock använt sig av det internationellt vedertagna GRADE - systemet för att bedöma kvaliteten på studierna, och dess kriterier var strängare än många metaanalyser. Socialstyrelsen anklagades för att vara "ovetenskaplig" och den psykodynamiska organisationen Riksförbundet Psykoterapicentrum (RPC) lämnade t.o.m. in en stämning, då de ansåg att jäv hade förekommit, eftersom en person i utvärderingsgruppen hade ett kliniskt verksamt företag som använde sig av KBT. Med samma logik skulle alltså alla läkare som i sin verksamhet använder sig av evidensbaserade metoder anses jäviga i utvärderingen av medicinska behandlingar. Men, ett annat argument från PDT - håll var att de nu fanns över 250 RCT rörande psykodynamisk terapi, underförstått att detta var en diger forskningsbas (DN, 2020). Det var därför oerhört välkommet, när den psykodynamiske behandlingsforskaren Peter Lilliengren i våras annonserade att han skulle hålla en dragning om detta och också publicerade vilka dessa studier, som han hade räknat till 269 stycken, var.



Inte de faktiska studierna.

Är 269 RCT ett omfattande forskningsunderlag?

För en lekman kan 269 studier låta som ett starkt forskningsunderlag. Man bör dock hålla i åtanke att antalet studier säger inget om vare sig deras kvalitet eller resultat. Som jämförelse sökte man 2013 (Mathie et al.) igenom databaserna för att hitta RCT på homeopati, och fann 263 stycken. Som bekant är forskningsstödet för homeopati extremt dåligt. Vidare sträcker sig databaserna så långt bak som femtio år. Det blir i genomsnitt bara drygt fem publicerade studier per år.

När SBU och Socialstyrelsen gjorde sina genomgångar lär man ha hittat över 8.000 RCT på psykologisk behandling i diverse databaser. Eftersom KBT har varit extremt dominerande inom experimentell behandlingsforskning är det nog lågt räknat att anta att minst hälften av dessa

8.000 var på KBT. En sökning på PubMed, den största och mest etablerade databasen, gav 2583 träffar för KBT, och 45 på PDT i januari detta år. Peter Lilliengren är i sin föreläsning mycket tydlig med att det är väldigt många fler studier rörande KBT än PDT. Han gissar på 2000 KBT-studier, vilket alltså tycks vara en rejäl underskattning, trots att det är ett storleksförhållande av 1 till 8 till KBT:s fördel. En rimligare, och ändå försiktig uppskattning ligger alltså förmodligen i häraden 1 till 20. Men, som tidigare nämnts är det ju kvaliteten på studien och huruvida den faktiskt ger stöd för en viss form av behandlingsinterventioner som är det väsentliga.

En fördel med att det är relativt sett få studier på PDT är att det faktiskt är möjligt att få en inblick i alla de RCT på terapiformen som enligt Lilliengren har publicerats. Att läsa alla abstracts tar ett par dagar, och har man ytterligare några dagar på sig kan man läsa de fullständiga artiklarna på många av de studier som fångar ens intresse.

Bred sökning ger en hel del skräp

En så bred sökning som Lilliengren har gjort innebär naturligtvis att en hel del "skräp" kommer med, oberoende av vilken behandlingsform man undersöker. Så även här. Vissa studier är nästan komiska. Bl.a. hittar man en koreansk studie med enbart nio deltagare där invandrade kvinnor får behandling mot sin sociala fobi genom att leka i en sandlåda (Jang & Kim, 2012). En annan koreansk studie har tio deltagande som också får leka i sandlåda, denna gång för depression (Kim, 2014.) Ytterligare en sandlåde-terapi med fortfarande ett litet urval, 24 personer, återfinns också (Lee & Kowen, 2016). Andra studier tycks bara ha



halkat med för att de gett träff på sökord av typen "PDT" och "RCT". Zwerenz et al. (2017) mäter överhuvudtaget inte effekten av terapi, utan hur bra deltagare är på att följa ett internetprogram. Det finns också ett antal studier som snarare kan anses vara pilotstudier, d.v.s. små studier där man undersöker om det kan vara värt att göra en "riktig studie", samt några mycket gamla artiklar, den äldsta är från 1967. Undertecknad hittade också två artiklar, publicerade i olika tidskrifter som av allt att döma handlade om samma studie, men med lite olika vinkel. Många studier har också som upplägg att behandlingen enbart jämförs med att man inte får någon behandling alls, vilket anses vara mindre tillförlitligt av flera anledningar. Obehandlade kan, beroende på problematik, både försämrans eller förbättras över tid, och för dem som behandlas kan en placeboeffekt misstas för en genuin behandlingseffekt.

Relativt bra resultat vid depression

Flest studier med positiva resultat hittar man rörande lätta och medelsvåra depressioner. Det är inte helt oväntat,

då det redan är fastställt i många forskningsöversikter att psykodynamisk terapi har en viss effekt här. Detta återspeglas också i de rekommendationer som Socialstyrelsen gett. Varför flera olika, ibland väsensskilda psykologiska behandlingsmetoder tycks ge en viss moderat effekt (ingen behandling har riktigt starka resultat) på denna patientgrupp kan verka förvirrande, men mindre allvarliga depressioner är oftast utlösta av besvärliga livssituationer. Att möta en inkännande behandlare som ser till att patienten inte ställer till det i sitt liv p.g.a. lägre energinivå och ökad oro är säkert värdefullt, oberoende av vilken teoribas behandlaren har. En annan förklaring kan vara att de olika metoderna adresserar skilda, men relevanta problemområden.

Intressanta resultat för några ångeststörningar

Intressantare läsning blir ett antal studier där man testat PDT på några av de vanliga ångeststörningarna; paniksyndrom, generell ångest (GAD) och social fobi. Dessa diagnoser har ett mycket stort forskningsstöd för gynnsam behandling med KBT. Principerna för en typisk KBT-behandling är inte svåra att förstå, ens för en oiniterad. Rädslan för att få panikattacker behandlas med information om att de inte är farliga, exponering för de situationer man var rädd att få panik i, frivilligt utsättande för panikkänslor utan att använda onödiga tricks för att slippa dem och strategier för att minska allmän stressnivå. Social fobi behandlas med att gradvis utsätta sig för sociala situationer som man tidigare undvikit och öka sina färdigheter i dessa situationer. GAD (extremt handikappande oroande) behandlas bl.a. genom att känna igen när

oroandet är fruktlös onödig problemlösning och ökad färdighet i att fokusera på annat, mer väsentligt. Läser man det som beskrivs i PDT-studierna är det lite svårare att förstå vad man de facto gör i behandlingen. De hänvisar gärna till att man påverkar ”anknytning”, penetrerar tidiga trauman, synliggör intrapsykiska konflikter och att detta görs med den delvis omedvetna interaktionen i terapin mellan behandlare och patient som kallas ”överföring”. Rent konkret är det lite dunkelt för en utomstående att få en bild av hur detta sker i praktiken. Detta konstaterat finns likväl flera studier som visar på goda resultat. Jag väljer att lyfta fram några exempel:

Fyra till synes välgjorda studier på paniksyndrom visar lovande effekter (Beutel et al., 2013, Milrod et al., 2007 och 2015, samt Svensson et al., 2020). I tre av dessa jämför man med varianter av KBT och får likvärdiga, eller näst intill lika goda resultat. I den sistnämnda, Svensson et al., är exempelvis KBT-metoden lite bättre än PDT direkt efter avslutad behandling, men två år senare har PDT-behandlingen bättre resultat. PDT-behandlingen är dock 50-80% längre. Ytterligare intressanta data från denna studie är att man undersökt om patienternas egna preferenser för behandlingsmetod påverkat resultatet. Det förespråkas ibland att vårdskänkande skall kunna välja från ett ”smörgåsbord” av terapimetoder då patientens egna önsknings tros påverka behand-

Principerna för en typisk KBT-behandling är inte svåra att förstå, ens för en oinitierad.

lingsutfallet. Denna studie visar dock att patientens egna preferenser är av underordnad betydelse.

För social fobi kan man hitta några bra studier. Lechsenring et al. (2013) jämför PDT med KBT där den sistnämnda har bättre effekt, men även PDT presterar bra. Johanson et al. (2017) kommer i en stor internetbaserad behandlingsstudie fram till liknande resultat: KBT bättre än PDT, men båda bra. Bögels et al. (2014) får likvärdiga resultat mellan terapimetoderna.

Även för generaliserad ångest, GAD, har Leichsenring et al. (2009) gjort en studie där KBT och PDT jämförts, med liknande resultat: KBT något bättre, men båda har effekt.

Vidare hittar man några intressanta studier på olika personlighetsstörningar och andra besvär.

Som jag återkommer till senare i denna artikel är det inom psykologisk forskning mycket vanskligt att dra slutsatser baserat på några få studier. Men PDT-studierna på paniksyndrom och social fobi väcker ändå nyfikenhet. Behandling av dessa diagnoser är en av KBT:s paradnummer och att en alternativ metod med så väsensskild teoribas ändå har några lovande resultat måste undersökas vidare. Kan behandlingarna till exempel vara mer lika än vad man tror? Moderna psykodynamiska metoder har flera likheter med KBT så till vida att terapeuten är mer aktiv, behandlingarna är strukturerade och att man ibland uttryckligen inte skyggar för att väcka obehag hos klienten. En annan tanke som slår mig är att aktiva psykologiska behandlingsmetoder kan vara mycket bättre på att ge en stor placeboeffekt. Gemensamt för KBT och de PDT - behandlingar som visat lovande resultat är att det är tydligt för patienten



att man tänker ta tag i patientens problem, att man har en tydlig plan och att det verkligen händer saker i terapin. Det blir alltså lite av samma placeboeffekt som när man ger placebopiller som ger vissa biverkningar - patienten märker att något händer. Dessutom visar man tydligt som behandlare att man inte skyggar för ångest. I många fall orsakas det största lidandet inte av själva ångesten, utan av patientens uppfattning om att ångesten kan vara farlig och bör undvikas. En behandling som då aktivt provocerar fram obehag skickar tydliga signaler om att obehaget kan vara acceptabelt och hanterbart. Men, det kan lika gärna vara så att de nya moderna PDT-behandlingarna är något annat på spåret. Fortsätter man leverera goda resultat kan detta ge ett värdefullt tillskott till de redan etablerade be-

handlingsmetoderna. Och det skulle inte förvåna mig om Socialstyrelsen i kommande rekommendationer kommer fram till att PDT kan vara ett tänkbart alternativ även för några ångeststörningar.

Problem med all psykologisk behandlingsforskning

När man bedömer psykologiska behandlingsmetoder måste man dock vara extra försiktig innan man drar definitiva slutsatser. Inom psykologin är det inte ovanligt att man misslyckas med att replikera lovande resultat. Vidare finns det uppenbara inbyggda problem med att utföra RCT. Det ideala upplägget för en studie är att den är "dubbelblind". Det innebär att både försöksledare och försökspersoner under hela processen är ovetande om vem som fått den verksamma behandlingen. Detta går helt enkelt inte att genomföra rörande psykologisk behandling. Den som administrerar en terapi vet självklart vilken form av behandling som ges, och detta är tämligen lätt även för patienten att urskilja. Ett annat problem är att psykologiska behandlingsstudier sällan når upp i det deltagarantal som medicinska gör. Det är mycket kostsamt att avlöna ett stort antal terapeuter för att sitta i 12-15 sessioner, och dessutom ha observatörer som kontrollerar att terapeuterna håller sig till behandlingsmanualen. Att distribuera piller till flera hundra, eller ibland flera tusen patienter är betydligt mindre resurskrävande. Dessutom är det i princip omöjligt att ta patent på en psykologisk behandlingsmetod, vilket innebär att de studier som görs får finansieras av universiteten, som av naturliga skäl inte har samma finansiella muskler eller incitament som läkemedelsföretag har. En ytterligare faktor är problemet med



”publication bias”- att studier som ger önskade resultat tenderar att stanna i byrålådan. Allt detta gör att man måste ha ett stort antal välgjorda studier i ryggen innan man kan dra definitiva slutsatser.

Vad är egentligen KBT och PDT?

Ett ännu större problem är de extremt ostringenta benämningarna KBT respektive PDT. När man läser Socialstyrelsens rapporter specificerar man ofta inte vilka behandlingsinterventioner som har evidens, utan anger bara samlingsnamnet på terapiformen. Vare sig KBT eller PDT är en enda metod, utan ett stort antal olika metoder som kan vara mycket olika och i flera fall kan överlappa. Instruktionsvärdet i att rekommendera KBT för en störning skulle motsvara att man i medicinska rekommendationer rekommenderar ”en tablett” för depression utan att precisera vad tablettens skall innehålla. Det skapar också ett patientsäkerhetsproblem. Hur skall inspektionen för

vård och omsorg (IVO) kunna bedöma om en behandling utförts korrekt om man inte vet vad en evidensbaserad behandling skall innefatta? Det är inte ovanligt att kliniker möter patienter som uppger att de fått KBT, men där det visar sig att behandlingen mestadels har varit lite snälla ord, samt att patienten har uppmanats att meditera och låtsas att dess tankar är som löv som flyter i en bäck.

Slutord

Så vad skall man säga om de 269 studierna? När man säljar bort allt brus finns några, men ännu allt för få studier för att säga något definitivt. Om man undantar lätta och medelsvåra depressioner där PDT redan är etablerat, är antalet väl utförda studier fördelat på de olika ångestdiagnoserna bara en handfull. Men om resultaten håller i sig kan det mycket väl vara så att PDT kan berika de redan evidensbaserade behandlingarna. Det förutsätter att man fokuserar mer på vilka specifika interventioner som tycks göra skillnad och i så fall, för vilken underproblematik inom en diagnos, och för vilken typ av patient. Här in-finner sig också en stark förhoppning om att psykologisk behandling slutar upp med sin polarisering i teoretiska läger. Psykodynamiken har tyvärr en lång historia av att ignorera de överväldigande resultaten för de mer evidensbaserade metoderna. Vi får hoppas att samma faktaresistens inte visar sig bland dem som är förtrogna med KBT. Kanske kan man enas under en fana: de evidensbaserade metoderna.

Referenser

- Bögels, S., Wijts, P., Oort, F., & Sallaerts, S. J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder: An efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, *31*(5), 363–373.
- Beutel, M. E., Scheurich, V., Knebel, A., Michal, M., Wiltink, J., Graf-Morgenstern, M., ... Subic- Wrana, C. (2013). Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *58* (6), 326– 34.
- <https://www.dn.se/debatt/tankefel-att-dra-slutsatser-uti-fran-enskilda-fall/>
- https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions/link/5fdcace6299bf14088225d84/download
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, h., & Hedman-Lagerlöf, E., (2018) Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis, *Cognitive Behaviour Therapy*, *47:1*, 1-18,
- Jang, M., & Kim, Y. hee. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Arts in Psychotherapy*, *39* (1), 38–41.
- Johansson, R., Hesslow, T., Ljótsson, B., Jansson, A., Jonsson, L., Färdig, S., Karlsson, J., Hesser, H., Frederik, R. J., Lilliengren, P., Carlbring, P., & Andersson, G. (2017). Internet-based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2-year follow-up. *Psychotherapy*, *54* (4)
- Kim, S. (2014). The Effects of Sandplay Therapy on Improving the Self-Differentiation, Depression, and Mother-Child Relationship of Mothers with Teenage Children. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, *5* (1), 1–6.
- Lee, J., & Kowen, M. (2016). on Anxiety and Defense Style of

- Mother of Disabled Children. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, 7 (1), 77–95.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., & Leweke, F., et al. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 166, 875–881.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... Leibing, E. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 170 (7), 759–767.
- Mathie, R. T., Hacke, D., Clausen, J., Nicolai, T., Riley, D. S., Fisher, P.,
Randomised controlled trials of homeopathy in humans: characterising the research journal literature for systematic review. *Homeopathy*. 2013 Jan;102(1):3–24
- 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. *Am J Psychiatry*, 164, 265–272.
- Milrod, B., Chambless, D. L., Gallop, R., Busch, F. N., Schwalberg, M., McCarthy, K. S., Gross, C., Sharpless, B.A., Leon, A.C., & Barber, J. P. (2015). Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 10065, 1–9.
- Socialstyrelsen (2018)<https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-depression-och-angestsyndrom>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). *Behandling av ångestsyndrom*
- Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., Falkenström, F., & Sandell, R. (2020). The Effect of Patient's Choice of Cognitive Behavioural or Psychodynamic Therapy on Outcomes for Panic Disorder: A Doubly Randomised

Controlled Preference Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (September 2020), 1–12.

Sökning PubMed, 2021-01-17

Zwerenz, R., Becker, J., Johansson, R., Frederick, R. J., Anderson, G., & Beutel, M. E. (2017). Transdiagnostic, Psychodynamic Web- Based Self-Help Intervention Following Inpatient Psychotherapy: Results of a Feasibility Study and Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 4 (4), e41.