

ORGAN FÖR VETENSKAP & FOLKBILDNING
NUMMER 2 2021

folkvett.



Temanummer psykologi

folkvett.

ORGAN FÖR VETENSKAP OCH FOLKBILDNING

Folkvett är organ för Föreningen Vetenskap och Folkbildning (VoF), som har till uppgift att främja folkbildning om vetenskapens metoder och resultat. Särskilt tar föreningen som sin uppgift att i fri opinionsbildning bekämpa de felaktiga föreställningar som förekommer i frågor som kan avgöras vetenskapligt.

Folkvett utkommer sedan 1983 med 4 nr/år. ISSN 0283-0795.

Adress: c/o Föreningshuset Sedab AB, Virkesvägen 26, 120 30 Stockholm.

E-post: folkvett@vof.se

Prenumeration: Ingår i medlemsavgiften till VoF, 250 kr/år. Prenumeration utan medlemskap: 250 kr/år.

Redaktörer: Sven Ove Hansson (ansvarig utgivare) sven-ove.hansson@vof.se, Pontus Bockman pontus.bockman@vof.se, Dan Katz dan.katz@vof.se och Aija Šadurskis aija.sadurskis@vof.se. Redaktionen bistås av en redaktionskommitté, där VoF:s styrelse ingår.

Grafisk form: Elvy & Mikael Nyberg.

Skriftliga bidrag till *Folkvett* – artiklar, debattinlägg, recensioner, notiser – är alltid välkomna. Angivande av litteraturreferenser uppmuntras, däremot uppmanas till försiktighet med noter. Alla bidrag granskas av redaktionen. Eftersom VoF drivs ideellt kan skribenter inte arvoderas. Om inget annat överenskommits kan publicerat material komma att läggas ut på internet. *Folkvett* indexeras i Artikelsök.

Manusstopp för nr 3/2021 är 31/8 2021.

Ett temanummer om psykologi

Välkommen att ta del av årets andra nummer av Folkvett. De sista raderna skrivs dagen efter att 2020 års folkbildare, Åsa Wikforss och Fri Tanke förlag tagit emot sina välförtjänta hyllningar vid en direktstreamad ceremoni i samband med VoF:s årsmöte. Detta arrangemang var också början på ett mer högtidligt förhållningssätt till utmärkelser. Folkbildarpriset är mycket uppskattat och når stor massmedial spridning. Vi har därför höjt våra ambitioner att ge prisutdelningen den värdiga inramning som pristagarna förtjänar.

Detta Folkvett har fått en tydlig vinkling mot psykologi. Föreningen har de senaste åren vid flera tillfällen uppmärksammat att detta är ett område där pseudovetenskap och kvacksalveri frodas. Vi har skrivit debattartiklar om en reglering av psykologisk behandling och vi har bidragit till att rena skojare avslöjats.

Denna gång har vi riktat ljuset mot vad som sker inom den etablerade vården, i detta fall psykiatri i Göteborg. Vetenskapsjournalisten och författaren Charlotta Sjöstedt kom förra året ut med en uppmärksamrad bok – ”Freuds



sista suck” – där hon kunde visa att man på Göteborgs Universitet utbildade blivande psykologer och psykoterapeuter i mycket gamla, förlegade psykoanalytiska teorier. Hon konstaterade också att det tycktes vara oerhört svårt för många vårdsökande i Västra Götalandsregionen att få tillgång till den evidensbaserade psykologiska behandling som Socialstyrelsen sedan länge rekommenderat.

I detta nummer har Charlotta Sjöstedt bidragit med en artikel som är lite ovanlig för vår tidning: ett grävande reportage. Genom idog research visar hon att avsevärda delar av ledningen inom en av Göteborgspsykiatris största enheter ingår, eller har ingått i ett psykoanalytiskt nätverk och att detta kan förklara varför man har en frapperande brist på psykologer och psykoterapeuter som kan evidensbaserade behandlingar. Det är rimligt att anta att man av ideologiska skäl har underlåtit att anställa personal som har god kompetens. Vad detta kan ha inneburit i mänskligt lidande för tusentals patienter är plågsamt att tänka på.

Hon kan också visa att detta nätverk har en tydlig

koppling till en psykoanalytisk idéhistoriker och psykolog som trots mager kompetens i modern evidensbaserad behandling, har haft ett avsevärt inflytande över både chefer och utbildningar inom psykiatin.

I sammanhanget är det viktigt att påpeka att situationen i Göteborg har varit bekant för VoF under lång tid. Vi har också kännedom om modiga visseblåsare som flera gånger förgäves försökt uppmärksamma bristerna, både internt och externt.

I Sjöstedts artikel intervjuas chefen för den berörda enheten och bekräftar utan omsvep de missförhållanden som påpekas. Han aviserar också stora förändringar inom organisationen med en omställning till evidensbaserad vård. Detta är, om det verkligen genomförs, utmärkt. Samtidigt kommer vi noggrant att följa utvecklingen. Att förändra en hel organisations kultur låter sig inte göras i en handvändning. Det är också tydligt att denne chef, trots att han i flera år känt till situationen, inte agerat tillräckligt på varningssignalerna.

Förutom detta grävande reportage hittar ni också en intressant artikel av psykologen Filip Bromberg om forskningen på psykedeliska preparat mot psykiska störningar, ett område som tidigare ansetts tabu. Sektspecialisten och psykologen Håkan Järvå, som nyligen utkom med boken "Radikalisering: vägen in i och ut ur extremism och fundamentalism", ger oss tips om hur man kan hantera de som verkar helt oemottagliga för resonemang. Vi presenterar också en lång genomgång av i princip alla experimentella studier som gjorts på psykodynamisk terapi.

Freuds pseudovetenskap levande i Göteborgs psykiatri

Charlotta Sjöstedt, vetenskapsjournalist och författare, avslöjar missförhållanden som hindrat tusentals patienter från att få rätt behandling. På en av de största psykiatriska klinikerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg har Freuds pseudovetenskapliga lära stort inflytande. Patienter får inte den evidensbaserade psykoterapi som de borde få. Kliniken ger en utbildning i psykoterapi där man undervisar i Freuds psykoanalys. Chefer får handledning av en psykoanalytiker och ingår i ett psykoanalytiskt nätverk.

Kliniken kallas verksamhetsområde Psykiatri Affektiva och den utgör mer än en tredjedel av psykiatrin i Göteborg. Det finns över 350 anställda utspridda på olika enheter i Göteborg och några kranskommuner. Både öppen-

och slutenvård ingår. Depression och ångestsyndrom är stora diagnosgrupper. Man ansvarar för de patienter med depression och ångestsyndrom som har så pass allvarlig sjukdom att de inte kan tas omhand i primärvården. Också neuropsykiatriska funktionshinder, bipolär sjukdom, ätstörningar och personlighetssyndrom behandlas på enheter som tillhör verksamhetsområdet.

Psykodynamisk terapi har en mycket stark ställning i Göteborg generellt, men kanske särskilt inom Psykiatri Affektiva. Många patienter på kliniken får traditionell psykodynamisk terapi med rötter i den freudianska läran i stället för sådan psykoterapi de bör ha enligt nationella och regionala riktlinjer. Hur många patienter det rör sig om finns det inga siffror på, men chefen för Psykiatri Affektiva, Mathias Alvidius, medger att verksamheten behöver ställas om. Det har uppenbarligen inte skett under hans företrädares tid och när han talar om en omställning våren 2021 är kliniken väldigt sent ute.

Redan 2004 och 2005 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, forskningsöversikter om behandling för depression respektive ångestsyndrom. Rapporterna visade att det fanns forskningsstöd för att behandla depression med beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa. Vid ångestsyndrom fanns det evidens för kognitiv beteendeterapi och exponering, det vill säga professionellt ledd träning där patienterna utsätter sig för de ångestframkallande situationerna.

2010 utfärdade Socialstyrelsen för första gången riktlinjer för vård av patienter med depression och ångestsyn-

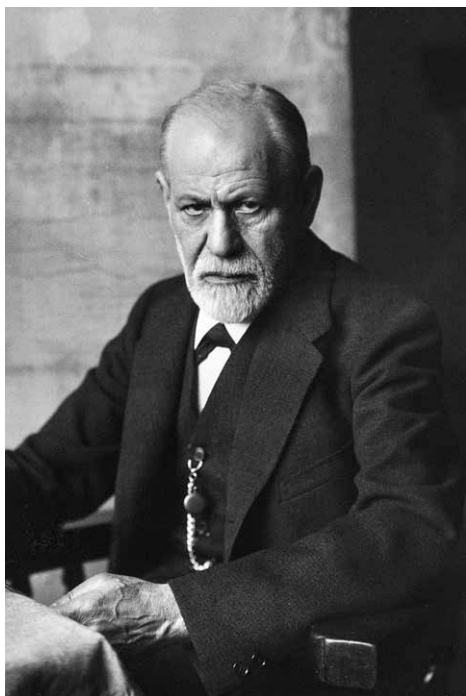
Bild, höger: Charlotta Sjöstedt, fotad av Alve Henricson.



drom. I riktlinjerna slogs fast att kognitiv beteendeterapi, KBT, skulle vara ett förstahandsalternativ för stora patientgrupper. 2017 gav Socialstyrelsen ut reviderade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. De starka rekommendationerna för KBT kvarstod. Västra Götalandsregionens egna riktlinjer är samstämmiga med de nationella. Även när det gäller andra diagnoser än depression och ångestsyndrom är forskningsstödet för psykodynamisk terapi svagt.

Låt oss ett ögonblick begrunda vad det betyder att patienter inte får den psykoterapi med forskningsstöd som nationella riktlinjer rekommenderar. För att behandlingen ska hjälpa måste rätt patient få rätt behandling, men inte ens då fungerar psykoterapi för alla patienter. Dock är det fler patienter som blir hjälpta av terapier med pålitligt forskningsstöd. För den enskilda patienten kan det till exempel betyda skillnaden mellan ett liv med ångest som är fullständigt ödeläggande och ett liv med ångest som går att hantera, det vill säga ett liv med arbete och gemenskap med andra människor.

Det finns nyare former av psykodynamisk terapi som har fjärmat sig från det freudianska arvet och som i allmänhet har något bättre evidens än den ursprungliga formen. Men traditionell psykodynamisk terapi är i grund och botten en variant av psykoanalys. Både psykoanalys och traditionell psykodynamisk terapi går ut på att göra omedvetet material medvetet. Företrädarna anser att det är omedvetna föreställningar som genererar patienternas symtom och att när dessa föreställningar blir medvetna kommer symtomen att försvinna. Insikterna i det omedvetna förväntas patienterna få genom tolkningar



Sigmund Freud

som terapeuten för fram. Det finns vissa formmässiga skillnader mellan psykoanalys och psykodynamisk terapi. En psykoanalys är till exempel längre och behandlarens förhållningssätt mer passivt och neutralt iakttagande än i psykodynamisk terapi.

Freud ansåg att orsakerna till psykisk sjukdom nästan uteslutande var av sexuell natur. Betoningen på sexualitet är mindre i dagens psykoanalys och psykodynamiska terapi. I stället är ett huvudtema att psykisk sjukdom uppstår

på grund av brister i föräldrars omsorger och uppfostran. Men de grundläggande idéerna om verkningmekanismer via det omedvetna är fortfarande freudianska.

Det empiriska stöd som Freud publicerade som grund för sin behandlingsmetod var fallbeskrivningar. De uppfyller inte några av dagens krav på pålitliga forskningsresultat. Dessutom har den kritiska granskningen av hans fallbeskrivningar skadat hans trovärdighet svårt. Det han påstod om patienter är i flera fall inte med sanningen överensstämmande. Ändå undervisar man fortfarande idag i hans lära inom Göteborgs psykiatri.

Den här artikeln har en lång bakgrundshistoria. Från hösten 2018 till våren 2020 arbetade jag med boken *Freuds sista suck* som till stor del handlar om vilken typ av psykoterapi som har forskningsstöd. Under arbetet fick jag flera gånger från oberoende källor höra att det fanns en gruppering trogna anhängare runt psykoanalytikern Per Magnus Johansson i Göteborg. Anhängarna sades ha inflytelserika positioner inom psykiatrin och de verkade för att gynna psykodynamisk terapi. Problemet för mig var att ingen ville berätta i en intervju om det här, inte ens anonymt. Det ansågs ha vissa risker att öppet dela information som kunde vara negativ för Per Magnus Johansson och hans nätverk. Det jag hörde var bara rykten. Men när boken väl hade kommit ut hösten 2020 fick jag information som ledde mig framåt. Nu stod det klart att nätverket består av chefer och personer på andra positioner inom verksamhetsområde Psykiatri Affektiva. Flera får chefshandledning av Per Magnus Johansson och de är på sin fritid aktiva i redaktionen för den psykoanalytiska tidskriften Arche där Per Magnus Johansson är redaktör

och ansvarig utgivare. Jag började göra research om Freudianska Föreningen i Göteborg som ger ut Arche och jag begärde ut allmänna handlingar från Västra Götalandsregionen för att få upplysningar.

Freudiansk lära på utbildning i psykoterapi

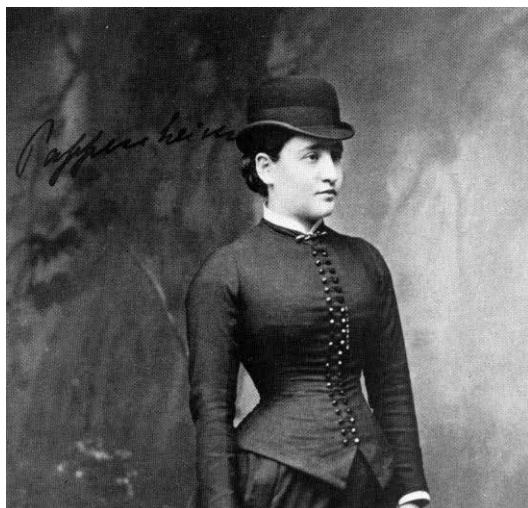
Verksamhetsområde Psykiatri Affektiva ger grundläggande psykoterapiutbildningar. Framför allt är det läkare som håller på att specialisera sig i psykiatri som går dem. 2019-2020 gavs en sådan utbildning över tre terminer. Under samma period gavs en utbildning över fyra terminer för andra yrkeskategorier inom psykiatrin som sjuksköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. 2021 har en ny utbildning för läkare som specialiserar sig börjat och ytterligare en utbildning för sjuksköterskor med flera planeras. Utbildningarna har en KBT-del och en del som gäller psykodynamisk terapi.

En viss förnyelse av litteratur och föreläsningar sker med tiden. De följande reflektionerna är baserade på litteraturlistan för utbildningen för sjuksköterskor med flera 2019-2020 och det som gäller psykodynamisk terapi. Här är det som om modern psykoterapiforskning inte existerar.

Det han påstod om patienter är i flera fall inte med sanningen överensstämmande. Ändå undervisar man fortfarande idag i hans lära inom Göteborgs psykiatri.

Psykoanalytikern Per Magnus Johansson är lärare på utbildningarna. Det är också psykologen Mats Leffler som är chef på Psykiatrimottagning Gamlestaden, en av enheterna inom Psykiatri Affektiva. Mats Lefflers hän- givna intresse för psykoanalys är tydligt på flera sätt. På sin fritid är han biträdande redaktör för den psykoana- lytiska tidskriften Arche. (<https://www.arche.se/> 2021- 05-09.) Mats Leffler är också en av flera regionanställda psykiatrichtefer som får skattefinansierad handledning av Per Magnus Johansson. Bland de psykologer som Mats Leffler chefar över råder en massiv övervikt av dem med traditionell psykodynamisk inriktning.

Mats Lefflers tänkande kommer till tydligt uttryck i ett kompendium som han är författare till och som används i undervisningen på de grundläggande psykoterapiut- bildningarna som ges av Psykiatri Affektiva. Kompendi- et heter *Den psykoanalytiska tekniken*. Mats Leffler börjar med att slå fast att "den psykodynamiska tekniken har sin grund i den metod Freud utarbetade". Han fortsätter med en redogörelse för fallet Anna O, en 21-årig kvinna som Freuds kollega Josef Breuer behandlade 1880-1882. Anna O har gått till medicinhistorien som den patient vars behandling utgör psykoanalysens födelse. Hon led av en rik flora av symtom, bland annat språk- och synstör- ningar, förflamningar, hallucinationer och sömnproblem. Josef Breuer utvecklade en samtalskur när han behandlade Anna O och denna metod använde sedan Freud som ut- gångspunkt för att skapa psykoanalysen. Breuer ansåg att Anna O:s symtom hade en form av symboliska innebörder relaterade till specifika minnen. Hon berättade för honom om sina hallucinationer och var och en av dem härled-



"Anna O", Bertha Pappenheim år 1882

de Breuer till en ursprungssituation. Mats Leffler skriver: "Genom att patienten i tur och ordning kunde gå igenom varje minne under en temporär försämringsperiod kunde hon till slut befrias helt från sina neurotiska symptom." Detta är inte sant. Anna O hette i verkligheten Bertha Pappenheim och omkring 1970 lyckades forskaren Henri Ellenberger genom ihärdigt detektivarbete uppdaga vad som faktiskt hände henne. Han fick fram dokument som visade att några av de symtom hon enligt Breuer hade haft visserligen hade försvunnit, men många av dem kvarstod. Hon var fortfarande svårt sjuk efter Breuers samtalskur. Hon var också beroende av morfin och sömnmedlet kloralhydrat som bland andra Breuer hade gett henne. Det finns bevarade brev som visar att både Breuer och Freud

var fullt medvetna om hur sjuk Bertha Pappenheim var efter Breuers behandling. Ändå påstod de båda läkarna i boken *Studier i hysteri* från 1895 att Breuers samtalskur hade botat henne.

Det här är inte enda gången Freud far med osanning. Det finns flera dokumenterade fall som gäller hans egna patienter. Mest känd är Vargmannen som Freud påstod att han botat med psykoanalys, men som var psykiskt sjuk under hela sitt liv. (För utförliga beskrivningar av fallen Anna O, Vargmannen och andra av Freuds patienter se min bok *Freuds sista suck* från 2020.)

Det finns ingen evidens bakom påståendena om att patienten Anna O blev frisk genom en samtalskur. Även mycket annat i kurslitteraturen på Psykiatri Affektivas psykoterapiutbildningar saknar evidensbas och har ålderdomlig karaktär. Ett exempel är Freuds text *Sorg och melankoli* från 1917. Ett annat exempel är en spekulativ artikel från 1942 av psykoanalytikern Helene Deutsch med titeln *Några former av känslomässig störning och deras förbindelse till schizofreni*. I en introduktion till artikeln skriver Mats Leffler att den kvinnliga naturen enligt Deutsch utmärks av masochism, narcissism och passivitet. "Passiviteten ska här uppfattas snarast som en receptivitet knuten till de kvinnliga könsorganen och det heterosexuella samlaget. Masochismen är huvudsakligen associerad till det lidande som kvinnan på grund av sin biologi måste utstå för att vinna lust – menstruationen, deflorationen, barnafödandet ..."

På litteraturlistan finns också flera artiklar av Per Magnus Johansson publicerade i *Arche*. En heter *Postmodern kärlek* och har idéhistorisk karaktär. Det finns ingen

anknytning till psykiatri i denna text. En annan artikel av liknande karaktär heter *Psykoanalys och exil*.

Psykoanalytikern Per Magnus Johansson

I det psykoanalytiska nätverket av chefer och andra personer inom Göteborgs psykiatri är Per Magnus Johansson centralfigur. Nätverket runt honom har existerat i många år. Personer i nätverket har bytts ut efter hand och några har bytt roller, men själva nätverket har bestått och Per Magnus Johansson har hela tiden stått i centrum. För att få en bild av hans verksamhet kan man gå till webbplatsen permagnusjohansson.com och ladda ner hans CV på 49 sidor. Den första noteringen i CV:t om att Per Magnus Johansson handleder chefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är från 2009, men redan 1997 bildade han Freudianska föreningen i Göteborg. Här är han själv ordförande. Han föreläser ofta själv på föreningens arrangemang, introducerar andra föreläsare och leder anslutande diskussioner. Han är som nämnts redaktör för föreningens psykoanalytiska tidskrift *Arche*. Föreningen håller ett söndagsseminarium som man kan få delta i om man anmäler sig till Per Magnus Johansson

**Personer i
nätverket har bytts
ut efter hand och
några har bytt
roller, men själva
nätverket har
bestått och Per
Magnus Johansson
har hela tiden stått i
centrum.**

som också är seminarieledare. Seminariedeltagare måste förbinda sig att ha åtminstone en 75-procentig närvaro.

Per Magnus Johanssons är legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, docent i idé- och lärdoms historia och utbildad i psykoanalys i Paris under åren 1980-2020. Han har varit privatpraktiserande psykoanalytiker i 30 år. Meriterna är imponerande på det psykoanalytiska och idéhistoriska området, men för uppdragen inom psykiatri och som lärare på psykoterapiutbildningar är Per Magnus Johansson undermeriterad. Han har ingen utbildning för chefshandledning och inte heller någon formell utbildning i att handleda psykoterapeuter. På Göteborgs universitet är han lärare med kursansvar för kurser i psykoterapi. Det är brukligt att lärare med kursansvar är disputerade inom området, men Per Magnus Johansson har inga meriter i psykoterapiforskning. Psykoanalysen som han har förkovrat sig i tillhör inte de metoder som har vetenskapligt stöd och kan tillämpas inom sjukvården.

Genom sina uppdrag sedan 1990-talet på Göteborgs universitet har Per Magnus Johansson stort inflytande inom psykiatri. Han är lärare på utbildningarna för psykologer och psykoterapeuter och har en tongivande roll när det gäller undervisning i psykodynamisk terapi. Han har kursansvar för flera delmoment, bland annat Freudkurser, specialkurser i psykoanalytisk teknik och en kurs om fransk psykoanalys.

Det finns tydligt ovetenskapligt psykoanalytiskt innehåll på psykoterapeututbildningen med psykodynamisk inriktning på Göteborgs universitet. (För en ingående granskning se *Freuds sista suck*.) Man skulle kunna tänka sig att universitetet kastade ut det ovetenskapliga ut-



bildningsinnehållet och att den freudianska läran därmed efter hand växlades ut från psykiatrin. Men detta har hittills inte hänt. I stället utbildas ständigt nya generationer i Freuds pseudovetenskap.

Per Magnus Johanssons aktivitet som föreläsare och skribent är omfattande och ämnena är mångfaldiga. Han föreläser inom sjukvården och syns och hörs också i en mängd kulturella sammanhang. Detta redogör han för in i minsta detalj i sitt CV, vilket gör att det blir ett extremt långt dokument.

Svar från ansvarig chef

Mathias Alvidius är chef för verksamhetsområde Psykiatri Affektiva och har därmed ett övergripande ansvar för de behandlingar som ges, för utbildningarna i grundläggande psykoterapi och för att chefer får handledning av Per Magnus Johansson. Mathias Alvidius ingår själv i kretsen kring den psykoanalytiska tidskriften Arche, han är

medlem av redaktionskommittén (<https://www.arche.se/2021-05-09>) och han får också själv handledning av Per Magnus Johansson.

Vid en intervju den 28 april 2021 och i en efterföljande mailväxling får jag möjlighet att ställa frågor om behandlingar, utbildningar och handledning. Mathias Alvidius framhåller att han visserligen formellt fortfarande ingår i redaktionen för Arche, men han har inte utfört något aktivt arbete i redaktionen eller bidragit innehållsligt till tidskriften på flera år. Han menar också att Arche huvudsakligen är en kulturtidskrift även om den har psykoanalytiska inslag.

Mathias Alvidius säger att det behövs en omställning inom verksamhetsområde Psykiatri Affektiva mot att i högre grad ge insatser med evidens. Han nämner att man behöver vara följsam till de riktlinjer som finns nationellt och regionalt. Han hänvisar också till det omfattande generella arbete som pågår för att svensk sjukvård i högre grad ska arbeta evidensbaserat. Det kallas nationellt system för kunskapsstyrning. Jag frågar vad han själv gör som chef för att en omställning ska komma till stånd.

– Jag har tillsatt en arbetsgrupp med ett antal personer som har utbildning i eller intresse för KBT. Jag har bett dem förse mig med goda idéer och uppslag om hur vi kan göra för att åstadkomma den här kulturresan, säger Mathias Alvidius.

Han har också uppmanat chefer att vid rekrytering söka efter personer med i första hand KBT-utbildning och KBT-erfarenhet och i andra hand med intresse för KBT. Han framhåller också att delar av verksamheten redan har ställt om. Ett exempel är vården för ätstörningar.



Mathias Alvidius, fotad av Johanna Ewald St Michaels.

Men han är medveten om att omställningen kan stöta på motstånd.

– Jag kan ha respekt för att vissa chefer kan uppleva det som jag kallar en kulturrese som utmanande, men det är ju mitt ansvar att se till att vi gör den resan och vill man absolut inte vara med, vilket jag har respekt för, då kanske man ska närma sig slutsatsen att man yrkesmässigt inte är på rätt plats, säger Mathias Alvidius.

Jag frågar om det kan bli aktuellt att omskola terapeuter med psykodynamisk inriktning.

– Ska man långsiktigt ha en framtid som medarbetare hos oss så måste man kunna ge vårdinsatser som verksamheten är i behov av för att kunna ge god vård till patienterna. Om man inte kan göra det så behöver vi ju utbilda personer och om man inte vill utbilda sig, så är det naturligtvis en fråga för oss som arbetsgivare att fortlöpande ha

en dialog med den medarbetaren. Men det är inte och kan aldrig vara i en offentligt finansierad verksamhet fritt valt arbete, utan det är ju till syvende och sist verksamheten som måste bestämma vilken vård vi ska ge, säger Mathias Alvidius.

På det här området förutser Mathias Alvidius svårigheter. Han menar att det kanske inte är så svårt att skicka folk på utbildning. Det svåra är att se till att nya kunskaper får genomslag i det arbete med patienter som de omskolade ska utföra.

Säkert finns det de som tvivlar på att en omställning kommer till stånd inom Psykiatri Affektiva. Varför skulle det hända nu när det inte hänt på så länge? Framtiden kommer att utvisa hur det går med förändringsarbetet och det finns anledning för mig att återkomma till ämnet.

I den psykodynamiska delen av verksamhetsområdets grundläggande utbildningar i psykoterapi ligger stor tonvikt på Freuds lära. Jag frågar Mathias Alvidius varför. Han påpekar att utbildningsdelen inte exklusivt fokuserar på Freuds originallära, men i den mån den finns med menar han att det är motiverat.

– För att förstå senare utveckling inom samma teori finns det en vetenskapshistorisk poäng att se varifrån den emanerar. Sedan tänker jag mig också att relativt stora delar av det tankegods som kännetecknar psykodynamisk psykoterapi på många sätt är konsistent över tid, säger Mathias Alvidius.

Det osanna påståendet att Anna O skulle ha blivit frisk genom Breuers behandling anser Mathias Alvidius ska rättas till.

– Är det inte sant så ska det naturligtvis korrigeras. Det

ska naturligtvis vara korrekt information som ges på en utbildning.

Han vill också framhålla att det inte är ett huvudsyfte med utbildningen att de som går den själva ska ge psyko-terapi. Den ska ge en orientering i psyko-terapi och göra det möjligt för kursdeltagarna att genomföra vanliga samtal med patienter med högre kvalitet.

Mathias Alvidius säger som nämnts att Psykiatri Affektiva behöver ställa om verksamheten för att i högre grad börja ge evidensbaserade behandlingar. Jag frågar om det då inte vore lämpligt att kursinnehållet på den grundläggande psyko-terapiutbildningen också genomgående hade forskningsstöd.

– Jag är inte alls främmande för att man kan och kanske ska se över innehållet i de här utbildningarna utifrån hur evidensläget ser ut. Om man skall vara rättfram finns det ju, med några undantag, klen evidens för psykodynamisk psyko-terapi om man tittar på de kunskapsöversikter som finns, säger Mathias Alvidius. Mina sista frågor rör Per Magnus Johanssons handledning. Mathias Alvidius uppger att det för närvarande är fem eller sex chefer inom verksamhetsområdet som får sådan handledning.

– Man uppfattar att Per Magnus Johansson i chefsfrågor är en omdömesgill person som man har utbyte av att ha ett samtal

”Är det inte sant så ska det naturligtvis korrigeras. Det ska naturligtvis vara korrekt information som ges på en utbildning.”

med kring de frågor som är aktuella i chefsrollen, säger Mathias Alvidius.

Jag frågar vad som är poängen för honom själv med handledningen hos Per Magnus Johansson.

– Jag uppfattar att jag tillsammans med honom kan reflektera över frågor och utmaningar som jag har i egenskap av chef. Sedan är det självfallet jag själv som bestämmer vad jag ska tänka och vad jag ska göra, svarar Mathias Alvidius.

Han framhåller att psykoanalys inte har någon plats i svensk psykiatri, dels för att den inte har någon evidens och dels för att det är en mycket kostsam behandling.

När Per Magnus Johansson handleder chefer inom Psykiatri Affektiva gör han det genom sitt aktiebolag och jag har några specifika frågor som gäller hans fakturering för chefshandledningen. Det förefaller mig som att verksamhetsområde Psykiatri Affektiva är iögonfallande toleranta mot Per Magnus Johansson. Har tar mer betalt än han ska enligt avtal, fakturor kommer för sent och hans företag är inte upphandlat för chefshandledning, bara för handledning av psykoterapeuter. Eftersom frågorna är på detaljnivå kommer vi överens om att Mathias Alvidius ska besvara dem per e-mail. Han behöver kolla upp några saker.

Det dröjer ett tag, men den 10 maj kommer Mathias Alvidius svar. Den första frågan gäller att Per Magnus Johansson fakturerar 1540 kronor per timme för handledning fast det ska vara 1400 enligt hans avtal med Västra Götalandsregionen. Den lägre summan gäller eftersom han inte har formell handledarutbildning. Mathias Alvidius svarar att det här är ett fel som verkar ha uppstått i

samband med att en medarbetare som skötte administration av handledning gick i pension. Alvidius skriver: "För din kännedom kommer vi framgent tillse att arvoderad summa är i överensstämmelse med avtal."

Nästa fråga rör att vissa fakturor är väldigt försenade. Enligt Västra Götalandsregionens regler ska de inte betalas om de kommer mer än ett halvår i efterskott. Denna tidsgräns håller inte Per Magnus Johansson. Även detta ska rättas till skriver Alvidius: "Sena fakturor har varit uppe för diskussion tidigare och den återkoppling som verksamheten har erhållit av sjukhusets ekonomifunktion är att dessa fakturor ska betalas. För att säkerställa att inga fel begås här har frågan åter aktualiserats med ekonomifunktionen på sjukhuset."

Sista frågan handlar om att Per Magnus Johansson inte har något avtal med Västra Götalandsregionen för chefshandledning. Att det krävs ett särskilt avtal för detta kände Alvidius inte till innan jag upplyste honom om det. Han skriver: "Det har historiskt inte varit känt att det finns en separat lista med upphandlade handledare för chefer." Men hädanefter kommer verksamhetsområdet att anlita rätt personer för chefshandledning. Jag ber om ett förtydligande. Vad betyder det här för Per Magnus Johanssons del? Svaret är att hans kontrakt med verksamhetsområdet inte kommer att förnyas. 2022 är det, enligt Mathias Alvidius, slut med Per Magnus Johanssons handledning av chefer inom Psykiatri Affektiva. Det är tydligt att min granskning har fått följder. En väsentlig del av det psykoanalytiska nätverkets aktiviteter ska inte längre bedrivas, i alla fall inte på skattebetalarnas bekostnad.

Källor

- Intervju med Mathias Alvidius, chef för verksamhetsområde Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Behandling av depressionssjukdomar, volym 1-3. En systematisk litteraturoversikt, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1-3
- Behandling av ångestsyndrom, volym 1-2. En systematisk litteraturoversikt, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/1-2
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen, 2010
- Nationella riktlinjer – Vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen, 2017
- Freuds sista suck – Idétrider och andra hinder för psykiatrins utveckling, Charlotta Sjöstedt, 2020
- Litteraturlista och andra handlingar kopplade till en grundläggande utbildning i psykoterapi som gavs av verksamhetsområde Psykiatri Affektiva 2019-2020
- Per Magnus Johansson AB:s avtal med Västra Götalandsregionen och andra handlingar kopplade till upphandling av handledning för psykoterapeuter och handledning av chefer
- Fakturor för handledning från Per Magnus Johansson AB till Västra Götalandsregionen
- Hemsidan <https://www.arche.se/> 2021-05-09
- Hemsidan <https://permagnusjohansson.com/> och Per Magnus Johanssons CV från 2020-12-05

Hur kan man få fundamentalister att ändra åsikt?*

Håkan Järvå, legitimerad psykolog, författare och sektexpert, ger oss råd om hur man handskas med fundamentalister och extremister

Alla som pratat med en person som är starkt troende i någon fråga vet hur svårt, för att inte säga omöjligt, det är att föra en diskussion där logiska argument får råda. Jag sökte länge efter det där perfekta argumentet som skulle få den andre att inse att hen har "fel", men varje ny, i mitt tycke,

* Med fundamentalist menas bokstavstrogen, dvs. någon som är fullt och fast övertygad om korrektheten i den ideologi hen är anhängare av. Ideologin måste inte nödvändigtvis vara av religiös karaktär. Homeopatianhängare, anti-vaxxers och konspirations-teoretiker är exempel på anhängare av icke-religiösa fundamentalistiska ideologier.

geniala idé slog slint. Trots det fortsatte jag länge att tänka att det måste finnas argument som kan rasera muren. Det var lite som att söka "the holy grail". Till slut tvingades jag dock motvilligt acceptera att det troligtvis inte går att resonera med fundamentalister. Jag insåg också att jag själv varit lite väl fundamentalistisk ifråga om att hitta det perfekta argumentet. Det är lätt att se hur andra är fundamentalistiska, men vi har ofta en blind fläck när det gäller vårt eget fundamentalistiska tänkande och beteende.

Ett argument jag ofta får höra när jag diskuterar det här problemet med andra är att man inte egentligen argumenterar för att övertyga motståndaren, utan publiken som ser på. Det är möjligt att det kan vara sant i någon mån, men återigen – om åskådarna är fundamentalister har argumenten troligtvis ingen påverkan. Argumentet jag brukar få höra är att det är de tveksamma man vill påverka. Och det är möjligt att man kan lyckas påverka någon. Men det är samtidigt en högst tveksam metod och den kan slå tillbaka. Man ska inte underskatta många människors instinkt att skynda till försvar för någon man upplever blir trakasserad och mobbad, vilket ofta är åskådarnas upplevelse när de ser en tillspetsad diskussion på nätet eller i TV-studion. Det kan likaväl vara så att för varje åskådare man lyckas övertyga med sina argument driver man en annan åskådare till att försvara den utsatte. Jag har egentligen aldrig hittat någon övertygande forskning som stöder idén om att argumentation mot en fundamentalistisk meningsmotståndare skulle kunna skifta balansen bland åskådarna åt något håll.

På sociala media, inte minst Twitter, har tonen blivit allt hårdare och meningsmotståndare döms snabbt ut som



idioter utan att det egentligen skett något utbyte av idéer. Kanske är det ett resultat av att man gett upp att försöka resonera sakligt, då det uppenbarligen inte har någon effekt på många meningsmotståndare. Typexemplet är väl Facebook-användaren som yttrade de bevingade orden: "ja skiter i att det är fejk, det är förjävligt ändå". Det är lätt att tänka att det inte är någon idé att slösa sakliga argument på en sådan "idiot". Men handlar det verkligen om bristande intellektuella förmågor?

Det finns rejält med forskning och teorier som utmanar idén om att människan i första hand skulle vara en rationell varelse. Hugo Mercier och Dan Sperber (2011) menar att människans i första hand använder sin logiskt resonerande förmåga i sociala syften. Daniel Kahneman och hans teams (2011) forskning visar att vi sällan använder logik utan oftast går på magkänsla när vi fattar beslut. Idén om att tonåringars riskbenägenhet skulle bero på bristande kunskap om faror har inte heller visat sig stäm-

ma (Luna, et al., 2001, Steinberg, 2004, Ellis, 2018). Och alla som haft med missbrukare att göra vet att det inte är bristande medvetenhet om farorna som gör att missbrukare inte slutar med sitt missbruk. Om du själv någonsin försökt sluta med en dålig vana eller börja med en nyttig vana förstår du troligtvis problemet. Det handlar inte om bristande information, det är andra krafter som styr.

Jag tänker inte slösa argument på att övertyga någon som är av en annan uppfattning. Den här artikeln vänder sig i första hand till personer som är beredda att prova att närma sig fundamentalister på ett annorlunda sätt.

Om man vill förändra människors beteenden måste man vara medveten om vad som faktiskt går att påverka och förändra. Vissa förändringar, hur önskvärda de än kan vara, är faktiskt orimliga att tänka sig, medan andra ligger inom rimlighetens gränser.

Jag brukar använda giraffen som metafor för att förtydliga just detta. I princip alla däggdjur har sju halskotor, det gäller även giraffen. Grundkonstruktionen med sju halskotor är relativt robust bland däggdjur, men de enskilda halskotorna är uppenbarligen formbara. Och precis så är det med människors egenskaper och beteenden. Vissa egenskaper, funktioner eller beteenden är robusta medan andra är mer formbara. Eller för att använda metaforen med halskotor: om du vill förlänga halsen på någon har du större chanser att lyckas om du försöker förändra storleken på halskotorna i stället för att försöka lägga till ytterligare en. Varför jobba i motvind om det finns andra vägar att ta?

Människan är i huvudsak ett flockdjur och engagemang i religiösa sekter och ideologiska fundamentalistiska



och extrema rörelser är typexempel på flockbeteende. Det är inte rimligt att vädja till människors ”sunda förnuft” eller rationalitet om man vill förändra flockbeteenden. Det spelar ingen roll vad som är sant eller riktigt. Om flocken dikterar beteendet eller värderingarna kommer de flesta i flocken att lyda, oavsett vad vetenskapen eller det sunda förnuftet säger. Sunt förnuft och logik kan vara effektivt under vissa omständigheter, men mot flockbeteende hjälper de sällan. Där krävs andra verktyg.

I min nyutkomna bok *Radikalisering* föreslår jag ett annat sätt att närma sig fundamentalister – en kombination av samtalsmetoden MI - motiverande samtal (Miller & Rollnick, 2013) och terapimetoden ACT - acceptance and commitment therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Det är naturligtvis omöjligt att i detalj gå in på alla delar i dessa metoder här, men det finns några grundprinciper som om du anammar dem, kan göra stor skillnad för

hur stor påverkan du kan ha på en fundamentalist. Detta förutsätter att du har en önskan om att få en fundamentalist att förändra sina åsikter och beteenden.

Motiverande samtal utvecklades inom missbruksvården när man började förstå att missbrukares motstånd till förändring förstärktes av vårdpersonalens övertalningsförsök i stället för tvärtom. Enkelt uttryckt, ju mer man försökte övertyga missbrukare om att de borde sluta med sitt missbruk, desto starkare blev deras motstånd. William Millner, som är en av grundarna av metoden, började då i stället utforska olika sätt att locka fram personens egen motivation till att sluta. Detta utvecklades sedan till samtalsmetoden MI, som är en evidensbaserad metod för att förändra beteenden.

En av de första saker man får lära sig när man går en MI-utbildning är att hejda "rättningsreflexen". Dvs. impulsen att korrigera fel hos andra. Det är mänskligt att vilja korrigera felaktigheter och det är inte nödvändigtvis något fel i det, men när man har med missbrukare och fundamentalister att göra motverkar rättandet sitt syfte. Det väcker bara mer motstånd. Därför måste man lära sig hejda rättningsreflexen. När det gäller fundamentalister och speciellt de som uttrycker obehagliga åsikter är det lättare sagt än gjort. Därför brukar jag använda mig av metaforen "hejda kräkreflexen" när man har med fundamentalister och extremister att göra.

Och det är den första viktiga principen. Om du lyckas hejda rättningsreflexen eller "kräkreflexen" och kan börja skapa en relation med en fundamentalist, kommer du att märka att det finns ambivalens där. De flesta fundamentalister hyser tvivel kring korrektheten i läran, men dessa



tvivel kommer du aldrig att få höra om du går till attack. Det är först när vederbörande känner förtroende för dig som du möjligen kan få höra tvivlen. Då öppnar sig också möjligheter för dig att påverka. Men tänk på att motivationen måste komma från personen själv. Så fort du börjar lägga ord i munnen på den andre och bli alltför styrande kommer motståndet att öka. Det finns naturligtvis mycket mer att lära om det här, men enbart genom att lära sig hejda kräkreflexen och lyssna på den andre kan man komma väldigt långt.

Den andra principen, som är minst lika viktig, är att det är våra erfarenheter som i hög utsträckning styr över vårt beteende och våra värderingar. Man brukar säga att "barn inte gör som man säger, de gör som man gör". Terapimetoden ACT utgår i hög grad från den principen. Även om det är en samtalsmetod, så syftar samtalet till att styra klienten mot viktiga erfarenheter som man vet ökar chanserna till en hållbar förändring.

Jag har under åren pratat med många avhoppare från politiska och religiösa extremist rörelser. Det som lett till avhopp för de allra flesta är just olika typer av erfarenheter som man lite grovt kan sortera in i tre kategorier. En kategori kan du som utomstående inte göra så mycket åt, den handlar om att man har utsatts för olika former av övergrepp inom rörelsen. Men de andra två kan du som utomstående faktiskt hjälpa fundamentalisten med.

Den första av dessa erfarenheter, som väldigt många avhoppare vittnar om har varit en vändpunkt, är att någon utomstående visat dem vänlighet i stället för hat eller förakt. Anledningen till att det är så kraftfullt, är att du genom att visa vänlighet faktiskt motbevisar en grundtes i ideologin – den om den onda omvärlden, ett stående inslag i alla fundamentalistiska och extrema rörelser. Så enbart genom att lära sig hejda kräkreflexen kan man faktiskt motbevisa läran. Det är ett mycket starkare bevis för en fundamentalist än vilket logiskt argument som helst.

Den andra kategorin erfarenheter som leder till avhopp är egna intressen och behov som läran och rörelsen förbjuder. I fundamentalistiska rörelser är det mesta som vi människor tycker är roligt och givande förbjudet. Man får inte ha egna intressen eller ägna sig åt världsliga nöjen som kan locka en bort från kampen mot det onda. Om du hejdat kräkreflexen och skapat en relation med personen, är det den här typen av aktiviteter du kan börja motivera fundamentalisten att ta del av – sådant som kan väcka ett intresse eller locka bort från rörelsen. Då kommer motivationen från individen själv och det är en mycket starkare drivkraft än vilka argument du än kan ha. Som en parentes kan jag nämna att ett av de främsta skälen till att någon

lämnar nynazismen är att de blir kära i någon utanför rörelsen. SÄPO skämtade vid ett tillfälle om att de borde starta en dejtingservice för nynazister. Det är naturligtvis inte etiskt försvarbart men det säger något om vad det är som krävs för att få personer att lämna den typen av destruktiva miljöer.

Till sist vill jag bara säga att precis som för fundamentalister och missbrukare är det viktigt att motivationen kommer från personen själv, det gäller även dig som läser det här. Du måste själv vilja hjälpa en annan person att förändra sig, annars är det bättre att låta bli.

Referenser och vidare läsning

- Ellis, J. (2018). The evolutionary basis of risky adolescent Behavior. I: D. S. Wilson & S. Hayes (red.), *Evolution & contextual behavior science*. Oakland, CA: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. C. (2014). *ACT i teori och tillämpning: vägen till psykologisk flexibilitet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Järvå, H. (2021). *Radikalisering: Vägar in i och ut ur extremism och fundamentalism*. Lund: Studentlitteratur.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. London: Allen Lane.
- Luna, B., Thulborn, K.R., Munoz, D.P., Merriam, E.P., Garver, K.E., Minshew, N.J. m.fl. (2001). Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *Neuroimage*, 13(5), 786–793.
- Mercier, H. & Sperber, D. (2011). Why do Humans Reason? Arguments for an Argumentative Theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 34(2), 57–111.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51–58.

Steinberg, L. (2007). Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current direction in psychological science*, 16(2), 55–59.

Psilocybin-assisterad psykoterapi – ett nytt psykiatriskt paradigm

Filip Bromberg, legitimerad psykolog, ordförande i Osmond Foundation och generalsekreterare i Nätverket för psykedelisk vetenskap, berättar om forskningen på psykoterapi kombinerat med psykedeliska preparat

Det pågår någonting nytt, och potentiellt stort inom psykiatriforskning idag. En behandlingsmodell som bygger på synergi mellan farmakologi och psykoterapi, visar lovande resultat vid psykiatriska tillstånd hos individer där ingen behandling tidigare haft effekt. Det handlar om psykoterapi med psilocybin, den aktiva ingrediensen i narkotikaklassade psykedeliska svampar.

Studierna är små, men förhoppningarna stora. Forskningsdeltagare vittnar om omvälvande effekter och rankar behandlingen som en av de mest meningsfulla upplevelserna i deras liv (Griffiths et al., 2006). Att samma in-

tervention fungerar vid olika tillstånd - som depression, beroendeproblematik och ångest i livets slutskede - indikerar att behandlingen angriper en gemensam underliggande mekanism (Johnson et al., 2019). En gemensam mekanism för flera olika diagnoser skapar möjligheter för en ny förståelse av psykisk ohälsa, bortom det allmänt vedertagna och symptombaserade DSM-systemet.

Medicinsk behandling med psilocybin framställs ibland som något helt nytt. Men idén är verkligen inte ny; människor har använt växter och svampar med psykedeliska egenskaper i tusentals år. Vissa av dessa uråldriga traditioner lever än idag, bl.a. i Mexiko. Dessa traditioner inspirerade den första vågen av psykedelika-assisterade behandlingar, som utvecklades under 50- och 60-talet av ledande psykiatriker. Man såg hur substanserna framkallade andliga upplevelser likt de som förekommer inom olika religiösa sammanhang. Genom att manipulera variabler som rummets inredning eller musik, lärde sig dåtidens pionjärer skapa förutsättningar för ofta utmanande, men läkande upplevelser, som satte djupa spår hos deras patienter (Dyck, 2008).

Under denna tid betraktades behandling med LSD och psilocybin som psykiatrins viktigaste framtidslöfte, fram tills substanserna anammades av hippierörelsen i USA på 60-talet. En olycklig blandning av politisk hysteri, bristande forskningsmetodik och det kommande biomedicinska forskningsparadigmet innebar slutet för den första vågen av psykedelisk psykiatri. Psilocybin-assisterad psykoterapi som den ser ut idag bygger dock på det arbete som gjordes under 50- och 60-talet. Den moderna forskning som görs idag, understödd av teknisk utveckling, replikerar till stor



del den tidigare rudimentära forskningen med förbättrad vetenskaplig metodik.

Psilocybin-assisterad terapi i praktiken

Psilocybin-interventioner utgår ifrån dem kraftfulla effekt som substansen kan ha på medvetandet. Den subjektiva upplevelsen är svår att förutsäga eftersom den kraftigt påverkas av faktorer kopplade till kontext och personlighet. Psilocybin tycks fungera som en generell förstärkare av känslor och sinnesintryck (Johnson et al., 2019). Normala tankeprocesser bryts ned, och med dem även psykologiska mekanismer som individen utvecklat som svar på livsomständigheter. För många innebär upplevelsen en omfattande kontrollförlust och en konfrontation med minnesbilder eller känslor som individen försökt undvika. Vid en tillräckligt hög dos upplever många att "jaget" löses upp på ett sätt som möjligen påminner om nära döden-upplevelser (Lebedev et al., 2015). Rädsla är vanligt och patienten uppmanas i behandlingen att släppa taget och ge sig hän

åt vad som än dyker upp. Att ge sig hän har i dataanalyser förknippats med vad som kommit att kallas en “mystisk upplevelse”, skattat i det validerade frågeformuläret Mystical Experiences Questionnaire (MEQ30). Detta inkluderar exempelvis transcendens av tid och rum, en känsla av enhet, helighet, glädje och obeskrivbarhet (Maclean et al., 2012).

Psilocybin-upplevelsen kräver ett omfattande terapeutiskt ramverk, både för att minska de psykologiska riskerna och för att göra behandlingen så lärorik som möjligt. Vanligtvis följer två terapeuter deltagaren genom förberedelse, en eller två doseringar och efterföljande integrationsbehandling. Ett gott samarbete med terapeuterna är avgörande och behöver etableras under förberedelsefasen, då patienten också får dela sin berättelse och formulera en intention utifrån sin egen process. Själva doseringen genomförs i ett behagligt inrett rum, med särskild utvald musik i hörlurar och en ögonbindel för att uppmuntra patienten att vända uppmärksamheten inåt. De två terapeuterna har en tillbakadragen roll under psilocybinresan, med fokus på att förmedla trygghet och hjälpa deltagaren att ge sig hän. Under uppföljande sessioner lyssnar terapeuterna på deltagarens upplevelse och inbjuder till reflektion kring deltagarens egen berättelse och intention utifrån upplevelsen. Syftet är att hjälpa deltagaren att integrera insikter från det förändrade medvetandetillståndet i sin identitet och vardag.

Nytt hopp för patienter

En randomiserad studie på psilocybin-assisterad psykoterapi för depression visade att 71% av patienterna upplevde



över 50% minskning av symptomen efter fyra veckor, och hälften av deltagarna uppfyllde inte längre kriterierna för depression (Davis et al., 2020). Ett antal uppföljningsstudier efter behandling har visat på bestående effekter (Agin-Liebes et al 2020, Carhart-Harris et al 2018). Vid universitet som Imperial College London och Johns Hopkins University har små studier visat dramatisk effekt vid svårbehandlade tillstånd som ångest i livets slutskede, behandlingsresistent depression, alkohol- och tobaksberoende (Johnson et al., 2019). Bieffekterna är små jämfört med vanlig psykofarmaka, och försöksdeltagare talar om transformativa, djupgående upplevelser. Dessa upplevelser tycks vara associerade med positiva effekter bortom symptomlindring, t.ex. viktiga förändringar i nära rela-

tioner eller en ny upplevelse av naturen (Noorani et al., 2018). Mätningar av personlighet enligt Big 5-teorin visar på en tydlig ökning inom personlighetsdraget Öppenhet (Erritzoe et al., 2018).

Psilocybin-assisterad psykoterapi och hjärnan

Data från studier med hjärnavbildning indikerar att psilocybin leder till ökad psykologisk flexibilitet. Det sker genom att "skaka om" systemet och ge personen ett nytt perspektiv på antaganden och tankemönster (Carhart & Friston, 2019). En studie vid Imperial College London fann att psilocybin radikalt minskade aktiviteten i centrala nätverk i hjärnan som tidigare visat sig vara överaktiva vid t ex depression (Carhart-Harris et al., 2012). När samma forskarlag behandlade svårt deprimerade patienter med psilocybin-assisterad psykoterapi fann de att psilocybin "återställde" aktiviteten till normala nivåer inom dessa nätverk. Man såg också en korrelation mellan den subjektiva upplevelsen under påverkan av psilocybin och en förändrad kommunikation mellan vissa funktionella nätverk i hjärnan efter behandling (Carhart-Harris et al., 2017).

Ett nytt paradigm

Kommer psilocybin-assisterad psykoterapi att bli en del av psykiatrin? Behovet av innovation är stort - det biomedicinska paradigm som dominerat fältet sedan 60-talet har inte infriat förhoppningarna om biologiska förklaringar för psykiatriska tillstånd (Venkatasubramanian & Keshavan, 2016). Inom psykiatrin fortsätter man att ställa diagnoser baserade på enbart symptom. Inga betydande farmakologiska genombrott har gjorts sedan SSRI-prepa-

ratens ankomst för 30 år sedan, och den psykiska ohälsan i samhället fortsätter att öka (Hyman, 2013).

Samtidigt är det mycket som har förändrats sedan den psykedeliska psykiatrien var en del av den etablerade vården. Idag finns ett standardiserat regelverk för utvärdering av läkemedel. Om psilocybin-assisterad psykoterapi ska bli godkänd som behandling måste metoden utvärderas precis på samma sätt som annan psykofarmaka: i randomiserade, placebokontrollerade studier.

Det psykedeliska medvetandetillståndet är dock så distinkt att man kan ifrågasätta huruvida det är möjligt att bibehålla blindningen av deltagare eller behandlare inom studierna (Hendy, 2018). Fenomenet "breaking blind" är väl känt inom den klassiska farmakologiska forskningsramen för psykofarmaka, och syftar till de fall då försöksparticipanterna kan gissa sitt testförhållande. Detta ökar risken för bias på grund av social önskvärdhet. Psykedelisk forskning är särskilt sårbar för bias med tanke på den stora påverkan på medvetandet, kombinerat med de stora förhoppningarna om effekt som finns i samhället. Denna inneboende risk kommer alltid att

Inga betydande farmakologiska genombrott har gjorts sedan SSRI-preparatens ankomst för 30 år sedan, och den psykiska ohälsan i samhället fortsätter att öka

väcka den kritiska frågan ifall de subjektiva effekterna av psilocybin bestäms av social önskvärdhet eller förväntanseffekter.

Ytterligare en utmaning rör den kultur av mysticism och New Age tätt sammankopplad med psykedelisk kultur. I artikeln *Consciousness, Religion, and Gurus: Pitfalls of Psychedelic Medicine* (2020) varnar Matthew W. Johnson, professor vid Johns Hopkins University, för risken att forskare och vårdpersonal introducerar sina egna metafysiska antaganden för deltagare. Andra argumenterar för att begreppet "mystisk upplevelse" används alltför lättvindigt inom forskningen (Sanders & Zijlmans 2021).

Behandlingar med psykedeliska substanser utgör outforskad mark för myndigheter. De flesta läkemedel som behandlar depression och ångest kan hämtas ut på apotek. Psilocybin-assisterad psykoterapi involverar en kraftfull substans i en terapeutisk miljö under noggrann övervakning av utbildade psykoterapeuter. Även om behandlingen visar sig vara överlägset effektiv jämfört med existerande behandlingar, kommer den sannolikt att bli dyr på kort sikt. Dagens hälso- och sjukvård är inte utformad för dagslånga psilocybinresor.

I media beskrivs psykedeliska substanser ofta som mirakelkurer, vilket har bidragit till en ökande kommersialisering. Hittills har den mesta forskningen finansierats av filantropi, men nu har stora investeringar skapat en begynnande psykedelisk läkemedelsindustri. Läkemedelsutveckling i både USA och Europa innebär att psilocybin-assisterad terapi kan bli godkänd som behandling vid svårbehandlad depression inom 5 år. När marknadsekonomiska krafter träder in finns dock alltid en risk för att

privata vinstintressen värderas högre än patienters välbefinnande. Det finns en utbredd oro över nya aktörer som inte agerar i samma anda av transparens och samarbete som har karaktäriserat fältet under dess framväxt (Noorani 2020).

För att balansera privata initiativ krävs mer satsningar på skattefinansierad och oberoende forskning. De hittills publicerade studierna är fortfarande generellt små och begränsade. Mer forskning behövs för att bättre förstå hur psilocybin-assisterad psykoterapi fungerar, vilka patienter som kan bli hjälpta, och hur man kan bibehålla säkerhet och uppnå effekt i större skala. Det råder ingen brist på utmaningar och obesvarade frågor kring psilocybin-assisterad terapi. Men samtidigt finns det starka skäl att tro att ett nytt psykiatriskt paradigm är i sikte.

Referenser

- Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., ... & Nutt, D. J. (2017). Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific reports*, 7(1), 1-11.
- Carhart-Harris, R. L., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J. M., Reed, L. J., Colasanti, A., ... & Nutt, D. J. (2012). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(6), 2138-2143.
- Dyck, E. (2008). *Psychedelic psychiatry: LSD from clinic to campus*. JHU Press.
- Erritzoe, D., Roseman, L., Nour, M. M., MacLean, K., Kaelen, M., Nutt, D. J., & Carhart-Harris, R. L. (2018). Effects of psilocybin therapy on personality structure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(5), 368-378.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences

- having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268-283.
- Hendy, K. (2018). Placebo problems: Boundary work in the psychedelic science renaissance. In *Plant Medicines, Healing and Psychedelic Science* (pp. 151-166). Springer, Cham.
- Hyman, S. E. (2013, March). Psychiatric drug development: diagnosing a crisis. In *Cerebrum: the Dana forum on brain science* (Vol. 2013). Dana Foundation.
- Johnson, M. W., Hendricks, P. S., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2019). Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacology & therapeutics*, 197, 83-102.
- Johnson, M. W. (2020). Consciousness, Religion, and Gurus: Pitfalls of Psychedelic Medicine. *ACS Pharmacology & Translational Science*.
- Lebedev, A. V., Lövdén, M., Rosenthal, G., Feilding, A., Nutt, D. J., & Carhart-Harris, R. L. (2015). Finding the self by losing the self: Neural correlates of ego-dissolution under psilocybin. *Human brain mapping*, 36(8), 3137-3153.
- MacLean, K. A., Leoutsakos, J. M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2012). Factor analysis of the mystical experience questionnaire: A study of experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin. *Journal for the scientific study of religion*, 51(4), 721-737.
- Noorani, T., Garcia-Romeu, A., Swift, T. C., Griffiths, R. R., & Johnson, M. W. (2018). Psychedelic therapy for smoking cessation: qualitative analysis of participant accounts. *Journal of Psychopharmacology*, 32(7), 756-769.
- Noorani, T. (2020). Making psychedelics into medicines: The politics and paradoxes of medicalization. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(1), 34-39.
- Sanders, J. W., & Zijlmans, J. (2021). Moving Past Mysticism in Psychedelic Science. *ACS Pharmacology & Translational Science*.
- Venkatasubramanian, G., & Keshavan, M. S. (2016). Biomarkers in psychiatry-a critique. *Annals of neurosciences*, 23(1), 3.

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 noga 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 utbilda sig i behandlingsformen. Intensivast var motståndet från de som utbildats i de gamla psykodynamiska lärorna, 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 lätta- 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 försämrats 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 digert forskningsstöd för gynnsam behandling med KBT. Principerna för en typisk KBT-behandling är inte svåra att förstå, ens för en oinitierad. 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 vårdskande skall kunna välja från ett ”smörgåsbord” av terapimetoder då patientens egna önskningar 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 tabletten 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/5fdca6299bf14088225d84/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-varld-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., Andersson, 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.

NOTISER

Årsmötet 2021

Vetenskap och Folkbildnings årsmöte genomfördes även i år digitalt, den 29 maj. Ett trettiootal medlemmar deltog på själva årsmötesförhandlingarna och följande funktionärer utsågs:

Till styrelsen: Pontus Böckman (ordförande), Lina Tebbela (vice ordförande), Staffan Lückander, Lotten Kalenius, Adrian Lozano, Dan Katz, Wolfgang Schröder, Per Johan Råsmark, Kristina Almby.

Till revisorer: Aija Saldurskis och Roland Uhrberg, med suppleanterna Sven Ove Hansson och Kristian Björnberg.

Ny valberedning: Linda Strand Lundberg (sammankallande), Peter Möller och Magnus Timmerby, med Xzenu Cronström Beskow som suppleant.

På eftermiddagen live-sändes en prisutdelning med Årets folkbildare 2020, med efterföljande samtal under ledning av föreningens Dan Katz. Detta spelades in och finns tillgängligt på föreningens hemsida (vof.se) under fliken "Aktuellt" / "VoF TV



– video” samt på föreningens YouTube-kanal, VoFTV.

PB

European Skeptics Congress 2019 och 2022

Vetenskap och Folkbildning är en av medlemmarna i ECSO (European Council of Skeptical Organisations) som är en paraplyorganisation för skeptiska organisationer i Europa. ECSO:s utåt mest synliga verksamhet är att arrang-

NOTISER



era evenemanget European Skeptics Congress, vanligtvis vartannat år. 2019 år kongress (den 18:e i ordningen) tog plats i universitetsstaden Gent i Belgien. Alla föredrag filmades och lades nyligen upp som en spellista på YouTube. Det enklaste sättet att hitta spellistan är att via länken <https://www.ecso.org/news/>

remember-the-18th-esc/ på ECSO:s blogg.

På grund av pandemin har nästa kongress skjutits upp till 2022. Plats och exakt datum har i skrivande stund inte offentliggjorts.

PB

IN MEMORIAM

Bengt Göransson

Bengt Göransson avled den 16 juni 2021 vid 88 års ålder. Han var aktiv folkbildare, bl a som ordförande i ABF. Han var också under 1980-talet skolminister, kulturminister och utbildningsminister. Han var en av de tio medlemmarna i "Organisationskommittén för en förening för vetenskap och folkbildning", som bildades i maj 1982. Därmed var han också en av undertecknarna av det upprop som ledde till att föreningen bildades. Stödet från en erfaren folkbildare var viktigt för oss som drog igång föreningen. När föreningen bildades den 4 december 1982 var han nybliven skolminister, och vi såg därför inte av honom i föreningsarbetet. Icke desto mindre har vi anledning att vara tacksamma för hans insatser vid föreningens bildande.

Sven Ove Hansson



MEDVERKANDE I DETTA NUMMER

I varje nummer av Folkvett deltar en rad olika skribenter med bidrag. Här följer en kort presentation av skribenterna i Folkvett 2/2021:

Filip Bromberg är legitimerad psykolog och ordförande i Osmond Foundation och generalsekreterare i Nätverket för psykodelisk vetenskap.

Pontus Böckman är civilekonom och ordförande i VoF:s riksstyrelse. Han är också co-host i den engelskspråkiga podcasten theESP, the European Skeptic Podcast, och ledamot i styrelsen för ECSO, the European Council of Skeptical Organisations.

Sven Ove Hansson är författare och professor i filosofi vid KTH. Han är redaktör för den filosofiska tidskriften Theoria och ansvarig utgivare för Folkvett. Han var VoF:s förste ordförande (1982-1987) och var medlem i riksstyrelsen 1982-2013.

Håkan Järvå är legitimerad psykolog och författare till flera böcker om sekter och extremism. Han kom nyligen ut med boken "Radikalisering: vägen in i och ut ur extremism och fundamentalism". Han har en bakgrund som avhoppare från Scien-tologerna.

Dan Katz är legitimerad psykolog och psykoterapeut, psykoterapihandledare och författare. Han är ledamot i VoF:s riksstyrelse sedan 2015.

Charlotta Sjöstedt är vetenskapsjournalist och författare. Hon kom förra året ut med boken "Freuds sista suck" som uppmärksammade det psykoanalytiska inflytandet på Göteborgs universitet.

INNEHÅLL

- 4 Ledare: Ett temanummer om psykologi
- 7 Charlotta Sjöstedt: Freuds pseudovetenskap
levande i Göteborgs psykiatri
- 27 Håkan Järvå: Hur kan man få fundamentalister
att ändra åsikt?
- 37 Filip Bromberg: Psilocybin-assisterad psykoterapi
- ett nytt psykiatriskt paradig
- 47 Dan Katz: Är 269 studier mycket?
- 68 Notiser
- 70 In memoriam: Bengt Göransson