

Remissvar till Socialstyrelsen avseende förslaget till riktlinjer för behandling av depression och ångest.

Vi inom Svenska Förening för Gruppsykoterapi och Grupputveckling anser att de föreslagna riktlinjerna är otillräckliga och missvisande, vilket inte gör dem användbara som behandlingsriktlinjer:

1. Av kunskapsteoretiska skäl.

Förslaget beaktar endast kroppsliga och naturvetenskapliga infallsvinklar på förment isolerade individer. Människan som helhet består av såväl kropp som själ och är oskiljbar från sina relationer och sitt sociala, samhälleliga sammanhang.

2. Av vetenskapsteoretiska skäl.

Förslaget bygger på föregivet vetenskapliga grunder som består av Socialstyrelsens ensidiga, icke problematiserade fasthållande vid slumpvis fördelade kontrollerade experimentella studier sammanfattade i metastudier. Detta som kan fungera väl i fråga om industriellt massproducerade varor som bilar eller hushållsmaskiner, blir förödande då det okritiskt tillämpas på människor, därför att

- a. Verkliga kontrollgrupper med hög grad av överensstämmelse mellan probanter och kontroller sällan eller aldrig kan åstadkommas i psykoterapiforskning och/eller i sociologisk och annan samhällsforskning.
- b. Metastudier skulle i bästa fall kunna ange vilken metodik som, stelt, mekaniskt, modulstyrt använd, skulle kunna, statistiskt sett, vara överlägsen andra behandlingar för stora mängder människor. Metastudier sammanför grupper och kategorier av människor, som vanligen inte har något direkt samband med varandra, inte ingår i samma sociala struktur, samhälle, klass etc. Den ofrånkomliga individuella analysen och diagnostiken av den enskilda, i sig unika, hjälpsökande människan står i direkt motsättning till vad metastudierna anger.
- c. Svenskt, av SBU omhuldat, *evidens-begrepp*, det som i kvantitativa statistiska mått betecknar vad som anses vetenskapligt bevisat, innebär en förvanskning och inskränkning av det, som internationellt, är innehållet i vetenskaplig *evidens*. Hos SBU och i Socialstyrelsens förslag till riktlinjer för depressionsbehandling beaktas inte vad som utgör *beprövad erfarenhet* hos professionerna, som i praktiken behandlar depression och ångest, och inte heller *erfarenheter och preferenser hos hjälpsökande med depressioner och ångest som i 75 % begär psykoterapeutisk hjälp i vid bemärkelse*.
- d. Få personer/patienter har endast *en* svårighet, diagnos, om man så vill, vilket gör att mycket av den forskning som finns, inte tar hänsyn till en mer komplicerad diagnosbild, vilket är den kliniska verklighet vi arbetar med.

3. Av professionella skäl:

Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet för legitimerade yrkesutövare: legitimerade psykoterapeuter, legitimerade psykologer, legitimerade läkare med flera, fäster i det aktuella förslaget endast avseende vid läkare och deras farmakologiska och kemiskt-fysikaliska behandlingsmetoder (inte vid *läkekonst* i någon vidare och djupare mening).

Förslaget förutsätter att tillsynsmyndigheter **bortser från psykoterapeuters och psykologers yrkeskompetens och kunnande** och blir till sin innebörd en direkt stridshandling mot dessa yrkesgruppers varande och professionella förhållanden. Att Socialstyrelsen så skulle hantera sitt tillsynsansvar, är uppenbart orimligt. Kommer det i förlängningen att bli så att vi förlorar vår legitimation om vi använder andra behandlingsformer och metoder än de som tas upp i de svenska riktlinjerna?!

4. Av behandlingsskäl.

Ingen hjälpsökande person är oberoende av sina relationer, sitt sociala sammanhang och tillgångar eller belastningar i dem. De nödvändiga behandlingsmetoderna av psykoterapeutiskt slag beträffande nätverk och relationer omfattar **individuell terapi, gruppterapi samt familjeterapi**, utformade och valda efter den hjälpsökandes person, situation och motivation. Här måste särskilt framhållas att den nuvarande utbildningssituationen i universitetens psykoterapiutbildningar har mycket allvarliga brister i sina utbildningsprogram. Legitimationsgrundande gruppterapeututbildning saknas helt sedan 2010, legitimationsgrundande familjeterapeututbildning prioriteras inte. Forskningsmässigt inom internationell psykoterapiforskning råder konsensus om att dessa etablerade psykoterapiformer alla **är verksamma på god och helt jämförbar effektnivå**. Förslaget till riktlinjer för depressionsbehandling bortser från detta, trots att det måste antas att de som skrivit förslaget har insikt i forskningsläget.

De personer som söker hjälp från sjukvården är olika. De behöver, önskar och tillgodoser sina behov av hjälp på olika sätt. **Det är av största vikt att vi kan bemöta detta genom att ha ett gott utbud av behandlingsformer att erbjuda.** Om vi ska återgå till jämförelsen med den somatiska vården så sker det även där. Det står i Hälso- och sjukvårdslagen att vården ska:

- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Detta framgår även av Patientlagen 7 kap 1§: När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och **beprövad erfarenhet** ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Vi kan undra hur detta blir då vi i Sverige begränsar behandlingsutbudet på det sätt som de föreslagna riktlinjerna kommer innebära. Socialstyrelsens arbetsgrupp kanske gömmer sig bakom att påtala att det är riktlinjer, jämfört med skall-krav. Men i den hårt pressade sjukvård vi har kommer riktlinjerna sannolikt att få just det genomslaget, vilket vore katastrofalt.

Att som i det första svaret på debattartikeln i DN, insinuera att personal inom Hälso- och sjukvården endast är rädda för att förlora sina (våra) arbeten är ingenting annat än oförskämt och visar på den ovetenskapliga, icke utforskande ståndpunkt som arbetsgruppen intagit. Hur kan vi komma vidare i utforskandet av behandlingar med en sådan attityd? Mer forskning behövs, men vi kan inte glömma bort att det också behöver ske inom den verklighet vi har, med stor nyfikenhet på och respekt för den enskilde individen i relation till hans livssituation.

5. Svenska Föreningen för Gruppsykoterapi och Grupputveckling, SFGG, är sedan 1974 den riksgemensamma intresseorganisationen för utbildning, metodutveckling och behandling inom området–Vi vill betona vikten av att **gruppsykoterapi** i vid mening och med olika utformningar, **har stora behandlingsmässiga, sociala och ekonomiska fördelar** i behandling av depressioner och ångesttillstånd. En gruppsspecifik terapeutisk faktor är coesion (gruppsammanhållning), väl beforskad som verksam i psykoterapi. Låt oss använda den för att hjälpa lidande människor.

Gruppsykoterapi måste ingå i rekommendationer för behandling av symptom på depression och ångest.

Styrelsen för Svenska Föreningen för Gruppsykoterapi och Grupputveckling:

Göran Ahlin, docent i psykoterapi, leg psykoterapeut, leg.läkare. spec. allm.psykiatri.

Maria Anter, socionom, leg. psykoterapeut, gruppsykoterapeut, handledare och lärare i psykoterapi.

Paul Benér, leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare psykoterapi, gruppanalytiker.

Jonas Hall, civ. ing., leg. psykolog.

Claes-Otto Hammarlund, T.K., F.M., leg.psykoterapeut, handledare.

Christina Lloyd, PhD cand, MA, leg. psykoterapeut, gruppterapeut.

Anita Lövberg, leg.distriktsköterska, leg. psykoterapeut.

Maret Pella Eliasson, socionom, leg. psykoterapeut.