



Interpersonell terapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna

SBU KOMMENTERAR | SAMMANFATTNING OCH KOMMENTAR AV ANDRA AKTÖRERS KUNSKAPSÖVERSIKTER

JUNI 2018 | WWW.SBU.SE/2018_05

Depression utgör i ett globalt perspektiv en av de viktigaste orsakerna till ohälsa. Det medför en tung börda för de drabbade och deras anhöriga såväl som för hälso- och sjukvårdssystemet. Ungefär en fjärdedel av befolkningen insjuknar någon gång i livet i en depression och kvinnor drabbas i högre utsträckning än män [1]. Depressioner kan variera i svårighetsgrad, orsak och varaktighet. Även mindre allvarliga depressionsepisoder kan innebära stort lidande för individen i form av emotionella och sociala problem samt i funktionsbortfall. Personer med en depression har fyra gånger större risk att begå självmord än befolkningen i allmänhet [2]. Det är därför viktigt att lämplig behandling sätts in tidigt för att förhindra sjukdomsprogression och onödigt lidande.

I samband med att Socialstyrelsens publicerade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2017) har val mellan olika former av psykologiska behandlingar vid depression diskuterats. Socialstyrelsen önskade därför att SBU skulle klarlägga det vetenskapliga underlaget gällande effekterna av psykologisk behandling. De behandlingar som skulle undersökas var interpersonell terapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) vid lindrig och medelsvår egentlig depression ([Faktaruta 1](#)). Socialstyrelsen har inte deltagit i arbetet med denna SBU-kommentar. IPT, KBT och tidsbegränsad PDT har jämförbara behandlingstid och tillhör de mest studerade psykologiska behandlingarna för denna patientgrupp. Som underlag har SBU valt att sammanfatta och kommentera det vetenskapliga underlaget till de engelska riktlinjerna för behandling av depression, som utarbetats av National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Det finns ett flertal andra behandlingsalternativ i riktlinjerna från NICE, såsom antidepressiva läkemedel eller en kombination av psykoterapi och läkemedel. Dessa metoder tas dock inte upp i vår SBU-kommentar. Vi har inte granskat de enskilda studier som utgör underlaget för NICE:s riktlinjer. Vidare tar vi endast upp den del av NICE:s vetenskapliga under-

lag som bygger på en population av vuxna personer med en ny episod av lindrig till medelsvår depression. För behandling av personer som inte svarar på förstahandsbehandling, som har kronisk eller svår depression hänvisas till NICE:s originalrapport. Det bör också understrykas att SBU inte kommenterar NICE:s behandlingsrekommendationer.

Kommenterad rapport

NICE (2017). [Depression in adults: treatment and management. Draft for consultation](#). National Institute for health and community settings, London.

Publicerad: 2017-07-18 • Senaste sökning: Maj 2016

Observera att SBU-kommentaren är baserad på en remissversion. Resultat och slutsatser kan ändras vid den slutgiltiga versionen av NICE:s riktlinjer.

SBU:s sammanfattning

I NICE:s vetenskapliga underlag har man med hjälp av en nätverksmetaanalys ([Faktaruta 3](#)) undersökt effekter av olika behandlingar hos personer med en ny episod av lätt till medelsvår depression. Resultaten visar att KBT har effekt på depressionssymtom och remission (dvs. tillfrisknande från depressionssymtom enligt fastställda kriterier), jämfört med kontrollbehandlingar (placebotabletter, sedvanlig behandling och väntelista). IPT uppvisar ingen statistiskt säkerställd effekt på depressionssymtom jämfört med kontrollbehandlingar men för utfallet remission har IPT effekt jämfört med väntelista. Tidsbegränsad PDT uppvisar inga statistiskt säkerställda effekter på varken depressionssymtom eller remission jämfört med kontrollbehandlingar. Nätverksmetaanalysen kunde inte heller påvisa någon skillnad i behandlingseffekt vid jämförelse mellan terapiformerna. Större patienturval och analys av mer homogena klasser av terapiformer skulle öka sannolikheten för statistiskt säkerställda effekter om det finns skillnad i behandlingseffekt.

Resultaten bör tolkas med viss försiktighet eftersom resultat av nätverksmetaanalyser generellt sett är mer osäkra än resultat av traditionella metaanalyser. En brist i NICE:s vetenskapliga underlag är att det saknas rapportering av och diskussion kring långtidseffekter av psykologisk behandling. Vidare har resultaten en begränsad överförbarhet till personer som är över 65 år eller som lider av en komplex depression som även innefattar annan psykisk sjukdom. För framtida forskning är det önskvärt att undersöka vilka faktorer som kan påverka behandlingseffekten (så kallade moderatorer) och lägga fokus på att klarlägga vilka som är de grundläggande verksamma mekanismerna i psykologiska behandlingar. Genom att identifiera dessa kan nya, mer effektiva behandlingar skapas.

SBU:s kommentarer

- ▶ Resultaten från NICE:s vetenskapliga underlag bygger på en nätverksmetaanalys. En nätverksmetaanalys är en avancerad statistisk metod som indirekt jämför behandlingar som kanske aldrig prövats sida vid sida i samma studie ([Faktaruta 3](#)). Resultat från en sådan analysmodell bör tolkas med försiktighet. För de indirekta jämförelserna kan det finnas betydelsefulla skillnader mellan ingående studier i nätverksmetaanalysen som kan påverka resultatet (t.ex. behandlingstid eller patienters sjukdomshistorik, ålder och inställning till olika behandlingsalternativ). Bland de slutsatser som NICE drar kring klinisk effekt av psykologisk behandling på mild till medelsvår depression, är det enbart KBT-behandlingar som bygger på direkta jämförelser mot placebotabletter. IPT och tidsbegränsad PDT bygger dock enbart på indirekta jämförelser. Osäkerheten i indirekta jämförelser diskuteras inte i NICE:s rapport.
- ▶ Vi har valt att presentera resultaten i NICE:s vetenskapliga underlag på två sätt: jämförelser av psykoterapier mot kontrollbehandlingar (placebotabletter, sedvanlig behandling och väntelista) samt jämförelser av psykoterapi-metoderna sinsemellan. NICE:s nätverksmetaanalys visade på en statistiskt säkerställd effekt för KBT på depressionssymtom jämfört med kontrollbehandlingar vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna. Varken IPT eller tidsbegränsad PDT visade på någon effekt på depressionssymtom jämfört med kontrollbehandlingar. Det går dock inte att utesluta att det finns en effekt, vilket innebär att det inte går att avgöra vilken effekt dessa psykoterapier har.

För utfallet remission hade KBT en statistisk tsäkerställd effekt jämfört med alla tre kontrollbehandlingar. Behandlingsmetoden IPT hade endast en påvisad effekt jämfört med väntelista. Tidsbegränsad PDT kunde inte uppvisa någon statistiskt säkerställd effekt mot någon av de tre kontrollbehandlingarna. Det bör tas i beaktande att det totala antalet personer i de ingående studierna som behandlades med KBT var mer än fem gånger större än antalet personer som behandlades med IPT eller med tidsbegränsad PDT. Ett större antal studiedeltagare ökar sannolikheten att påvisa eventuella skillnader i jämförelse med kontrollbehandlingar. Ett flertal jämförelser (kontroller) och utfallsmått ökar också risken för att en statistiskt säkerställd effekt kan bero på slumpen. Nätverksmetaanalysen visade inte på någon statistiskt säkerställd skillnad i behandlingsresultat vid jämförelser mellan KBT, IPT och tidsbegränsad PDT. Det kan dock inte uteslutas att det finns faktiska skillnader mellan terapiformer som skulle kunna upptäckas vid studier med större och mer homogena urval. Vidare kan avsaknad av uppmätt skillnad mellan terapierna inte indirekt demonstrera effekt för IPT eller PDT mot kontrollbehandlingar.

- ▶ Resultaten från NICE:s vetenskapliga underlag bygger på en population som var 18 år och äldre. Det bör uppmärksammas att NICE endast identifierat ett litet antal studier på personer över 65 år vilket skapar ett begränsat underlag för att uttala sig om effekter av psykoterapi på lindrig till medelsvår depression hos äldre personer.
- ▶ En brist i NICE:s underlag är att de enbart analyserar förändring i depressionssymtom från behandlingens början till behandlingens slut. Det finns inga analyser gjorda på behandlingseffekter vid längre uppföljningstid. Vidare förs det inte någon diskussion om hur behandlingseffekter ska relateras till uppföljningstid.
- ▶ Vid tolkning av resultaten bör det beaktas att NICE:s rapportförfattare har delat in psykoterapibehandlingarna i klasser baserade på deras teoretiska och metodologiska bas. Rapportförfattarna redovisar därför evidensen för klasser av terapimetoder. Det går därmed inte att utvärdera effekter för enskilda behandlingsformer inom varje klass. Vidare kan antalet behandlingar och behandlingsmötenas längd variera för de olika psykoterapiklasserna. Dessa faktorer kan påverka behandlingsresultatet.

- ▶ Den del av NICE:s underlag som SBU kommenterar är avgränsad till personer med en ny episod av lindrig till medelsvår depression och utan andra psykiska diagnoser. Det innebär att man bör vara försiktig med att överföra resultaten på personer som inte svarar på behandling eller har en samsjuklighet med annan psykisk sjukdom (komplex depression). NICE har även granskat behandling av personer som inte svarar på förstahandsbehandlingen samt för personer med komplex depression, men det vetenskapliga underlaget var otillräckligt och inga slutsatser kunde dras. Patienterna i de ingående studierna kommer både från primärvård och specialistvård. I Sverige varierar vårdutbud och förstavalsbehandling beroende på landsting och vilken vårdcentral patienten väljer att uppsöka. Ofta förekommer denna patientgrupp i primärvården, i allmänhet hos allmänläkarna där de får information om sjukdomen och erbjudande om läkemedelsbehandling. De patienter som remitteras till samtalsbehandling inom primärvården eller till specialistpsykiatri har vanligtvis återkommande psykiatriska problem och/eller samsjuklighet med annan psykiatrisk problematik.
- ▶ Effekten av enbart psykologisk behandling för mild till medelsvår depression hos vuxna är begränsad enligt NICE:s rapportförfattare. För att öka kunskapen om behandlingarna skulle det sannolikt vara mer givande att leta efter verk samma mekanismer i samtliga psykoterapier, istället för att ställa klasser av terapimetoder mot varandra. En önskvärd inriktning för framtida forskning skulle därför vara att undersöka vilka faktorer som kan påverka behandlingseffekten av psykoterapi (så kallade moderatorer) och vilka de aktiva komponenterna är i psykologisk behandling av depression. Sådan forskning skulle kunna bidra till att skapa effektivare psykoterapibehandlingar.

Sammanfattning av originalrapporten

Studierna i NICE:s vetenskapliga underlag

NICE:s vetenskapliga underlag för behandling av depressionssjukdomar hos vuxna [2] täcker ett flertal olika interventioner, bland annat läkemedel, fysisk träning och psykoterapi. SBU har avgränsat till att kommentera behandlingseffekterna av interpersonell psykoterapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) för lindrig till medelsvår depression hos vuxna (terapiformerna beskrivs i [Faktaruta 2](#)).

Resultaten i NICE:s vetenskapliga underlag bygger på en så kallad nätverksmetaanalys ([Faktaruta 3](#)). I analysen har författarna inkluderat 205 randomiserade kontrollerade studier, publicerade innan maj 2016. Drygt 28 000 studiedeltagare ingick i den totala analysen. Av dessa behandlades drygt 3 000 med IPT, KBT eller tidsbegränsad PDT. Samtliga var vuxna personer (18 år och äldre) som var nyinsjuknade i lindrig till medelsvår egentlig depression enligt fastställda kliniska kriterier från DSM-IV-TR, ICD-10 ([Faktaruta 1](#)) eller liknande kriterier eller utifrån depressionssymtom som var uppmätta från en skattningsskala vid studiens baslinjemätning.

Det vetenskapliga underlaget från NICE analyserade studier med personer med lindrig till medelsvår depression separat från studier med personer med svår depression. Det fanns två syften med detta. Det var dels för att effekten av olika behandlingar kan variera beroende på svårighetsgrad i depressionsepisoden, dels på grund av likhetsantagandet för nätverksmetaanalysen ([Faktaruta 3](#)). Svårighetsgraden på depressionsepisoden bestämdes, enligt en särskild formel utvecklad av NICE, utifrån poäng på den skattningsskala som mätte depressionssymtomen i studien. Här redovisas endast resultat för lindrig till medelsvår depression.

Klassindelningen av psykoterapier baserades på om behandlingarna delade liknande teoretiska och metodologiska utgångspunkter. I vår SBU-kommentar redovisas resultaten som rör följande behandlingar:

KBT

I denna klass ingår problemlösning, rationell emotiv beteendeterapi, kognitiv terapi, beteendeaktivering, varianter av tredje vågens KBT (som dialektisk beteendeterapi och acceptance and commitment therapy) individuellt eller i grupp (både över och under 15 sessioner). I denna klass ingår inte KBT-behandling via internet.

Tidsbegränsad PDT

I denna klass ingår olika varianter av traditionell och modern (affektfokuserad, mentaliseringsinriktad, relationell) psykodynamisk terapi, både individuell terapi och gruppterapi, men inte psykodynamisk långtidsterapi.

IPT

I denna klass ingår IPT både individuellt och i grupp.

Olika former av kontroller inkluderades i nätverksmetaanalysen: Väntelista och sedvanlig behandling klassades som bristfälliga kontroller då dessa ansågs av NICE:s rapportförfattare vara passiva interventioner

som brukar ha ytterst liten effekt. Placebotabletter betraktades av NICE:s rapportförfattare vara en aktiv kontroll som gav mer rimlig jämförelse av en klinisk effekt då placebotabletter kunde ge liknande behandlingsförväntningar som vid psykoterapibehandling. Placebotabletter är dock generellt sett en ovanlig kontroll i studier kring psykologisk behandling men förekommer i studier med flera behandlingsarmar. För tydlighet och transparens inkluderas kontrollbehandling i form av placebotabletter, sedvanlig vård och väntelista i denna SBU-kommentar.

NICE:s vetenskapliga underlag inkluderade flera olika utfallsmått. Denna SBU-kommentar kommer att ta upp följande (för övriga utfallsmått hänvisas till NICE:s originalrapport):

- Depressionssymtom (mätt med SMD). Detta mått visar förändring i depressionssymtom mellan mätningar vid behandlingens början och vid behandlingens slut med hänsyn tagen till måttens varians ([Faktaruta 3](#)).
- Remission (tillfrisknande från depressionssymtom), det vill säga om patientens skattning efter behandlingen ligger under ett fördefinierat gränsvärde på en skattningsskala för depressionssymtom.
- Avbrytande av behandling (inkluderar alla skäl till avbrytande).

Resultat enligt NICE:s vetenskapliga underlag

Enbart resultat för IPT, KBT och tidsbegränsad PDT på depressionssymtom, remission och avbrytande av behandling redovisas här (Tabell 1), för övriga resultat hänvisas till NICE:s originalrapport.

Denna SBU-kommentar redovisar resultat från NICE:s vetenskapliga underlag på två sätt:

1. Varje psykoterapiform jämförd mot kontrollbehandling (placebotabletter, sedvanlig behandling och väntelista)
2. Psykoterapiformer jämförda med varandra.

För att kunna jämföra behandlingar, där det finns få eller inga studier som har ställt behandlingarna emot varandra, har NICE valt att analysera data med hjälp av en nätverksmetaanalys. Det innebär att resultaten som NICE presenterar till stor del kommer från indirekta jämförelser mellan behandlingarna. Resultaten som presenteras nedan har redovisats i NICE:s huvudrapport eller hämtats fram ur ett appendix till NICE:s

huvudrapport. Rangordning (ranking) av behandlingar är en metod som ofta används vid nätverksmetaanalyser för att lättare tolka resultaten. Rangordningen åskådliggör sannolikheten av att en viss behandling har den bästa, näst bästa, ..., eller sämsta effekten. I NICE:s rapport presenteras rangordningar av de olika behandlingarna som ingår i nätverksmetaanalysen. Vi har valt att inte presentera dessa resultat då vi endast kommenterar resultaten för tre av behandlingarna i NICE:s nätverksmetaanalys för personer med lindrig till medelsvår depression. För resultat kring rangordningarna av behandlingarna i nätverksmetaanalysen hänvisar vi till NICE:s originalrapport.

Depressionssymtom (mätt med SMD)

- *Jämfört med placebotabletter:* KBT visade på en liten till måttlig statistiskt säkerställd effekt. IPT och tidsbegränsad PDT uppvisade inga statistiskt säkerställda effekter. Resultaten för IPT och tidsbegränsad PDT bygger enbart på indirekta jämförelser.
- *Jämfört med sedvanlig behandling:* KBT visade på en måttlig statistiskt säkerställd effekt. IPT och tidsbegränsad PDT uppvisade inga statistiskt säkerställda effekter.
- *Jämfört med väntelista:* KBT uppvisade en stor statistiskt säkerställd effekt. IPT och tidsbegränsad PDT uppvisade inga statistiskt säkerställda effekter. Resultatet för IPT bygger enbart på indirekta jämförelser.
- *Psykoterapier jämfört med varandra:* Nätverksmetaanalysen kunde inte påvisa några statistiskt säkerställda skillnader i effekt vid jämförelser mellan KBT, IPT och tidsbegränsad PDT.

Remission

- *Jämfört med placebotabletter:* KBT uppvisade en stor statistiskt säkerställd effekt. IPT och tidsbegränsad PDT uppvisade inga statistiskt säkerställda effekter.
- *Jämfört med sedvanlig behandling:* KBT uppvisade en stor statistiskt säkerställd effekt. IPT och tidsbegränsad PDT uppvisade inga statistiskt säkerställda effekter. Resultatet för tidsbegränsad PDT bygger enbart på indirekta jämförelser.
- *Jämfört med väntelista:* KBT och IPT uppvisade stora statistiskt säkerställda effekter. Tidsbegränsad PDT uppvisade ingen statistiskt säkerställd effekt. Resultatet för IPT bygger enbart på indirekta jämförelser.

Tabell 1 Effekter av psykoterapi hos vuxna personer med lindrig till medelsvår depression.

Terapiform	Depressionssymtom IPT: n=234, KBT: n=2 026, tidsbegränsad PDT: n=379	Remission IPT: n= 519, KBT: n=1 196, tidsbegränsad PDT: n=248	Avbrytande av behandling IPT: n=767, KBT: n=2 492, tidsbegränsad PDT: n=418
Jämfört med placebotablett			
KBT	SMD -0,46 95 % CrI (-0,85 till -0,07)	LOR 0,82 95 % CrI (0,07 till 1,58)	LOR -0,41 95 % CrI (-0,99 till 0,17)
IPT	SMD -0,29 95 % CrI (-1,18 till 0,59)	LOR 0,85 95 % CrI (-0,37 till 2,07)	LOR -0,26 95 % CrI (-1,41 till 0,89)
Tidsbegränsad PDT	SMD -0,23 95 % CrI (-0,89 till 0,45)	LOR 0,53 95 % CrI (-0,62 till 1,67)	LOR 0,05 95 % CrI (-0,95 till 1,07)
Jämfört med sedvanlig behandling			
KBT	SMD -0,64 95 % CrI (-0,99 till -0,29)	LOR 0,79 95 % CrI (0,13 till 1,46)	LOR -0,10 95 % CrI (-0,62 till 0,43)
IPT	SMD -0,47 95 % CrI (-1,34 till 0,39)	LOR 0,81 95 % CrI (-0,37 till 2,02)	LOR 0,05 95 % CrI (-1,10 till 1,19)
Tidsbegränsad PDT	SMD -0,41 95 % CrI (-1,04 till 0,24)	LOR 0,50 95 % CrI (-0,57 till 1,57)	LOR 0,36 95 % CrI (-0,61 till 1,35)
Jämfört med väntelista			
KBT	SMD -0,83 95 % CrI (-1,21 till -0,47)	LOR 2,05 95 % CrI (1,05 till 3,07)	LOR -0,14 95 % CrI (-0,47 till 0,76)
IPT	SMD -0,67 95 % CrI (-1,54 till 0,20)	LOR 2,08 95 % CrI (0,65 till 3,51)	LOR 0,29 95 % CrI (-0,91 till 1,49)
Tidsbegränsad PDT	SMD -0,61 95 % CrI (-1,25 till 0,05)	LOR 1,76 95 % CrI (-0,43 till 3,10)	LOR 0,60 95 % CrI (-0,43 till 1,66)
Psykoterapier jämförda mot varandra			
Tidsbegränsad PDT vs IPT	SMD -0,06 95 % CrI (-1,14 till 0,98)	LOR 0,32 95 % CrI (-1,23 till 1,89)	LOR -0,31 95 % CrI (-1,78 till 1,14)
Tidsbegränsad PDT vs KBT	SMD -0,23 95 % CrI (-0,93 till 0,46)	LOR 0,29 95 % CrI (-0,90 till 1,49)	LOR -0,46 95 % CrI (-1,50 till 0,55)
IPT vs KBT	SMD -0,17 95 % CrI (-1,08 till 0,75)	LOR -0,03 95 % CrI (-1,31 till 1,26)	LOR -0,15 95 % CrI (-1,35 till 1,07)

* Dessa resultat är enbart baserade på indirekta jämförelser (se Faktaruta 3).

CrI = Kredibilitetsintervall (VCredibility interval); LOR = Logaritmerad oddskvot; SMD = Standardiserad medelvärdeskillnad; n = Antal studiepersoner som ingick i respektive behandlingsklass (både för direkta och indirekta jämförelser)

- *Psykoterapier jämfört med varandra:* Nätverksmetaanalysen kunde inte påvisa några statistiskt säkerställda skillnader i effekt vid jämförelser mellan KBT, IPT och tidsbegränsad PDT. Resultatet för IPT jämfört med tidsbegränsad PDT och KBT bygger enbart på indirekta jämförelser.

Behandlingsavbrott

Ingen av terapimetoderna var statistiskt säkerställt skild från kontrollbehandlingarna (placebotabletter, sedvanlig behandling eller väntelista) när det gällde förekomst av behandlingsavbrott. Nätverksmetaanalysen kunde inte heller påvisa några statistiskt säkerställda skillnader i behandlingsavbrott mellan KBT, IPT och tidsbegränsad PDT.

Kvalitet på evidens

Alla studier som ingick i nätverksmetaanalysen kvalitetsgranskades och bedömdes efter risk för bias (dvs. systematiska fel). Generellt ansåg NICE:s rapportförfattare att kvaliteten i rapporteringen hos studierna var låg och en kommentar var att alla studier som rör psykologiska behandlingar av depression har hög risk för bias då blindning av deltagare och terapeut inte är möjlig.

NICE:s rapportförfattare har inte evidensgraderat resultaten från nätverksmetaanalysen men de har utvärderat alla faktorer som brukar ingå i en klassisk evidensgradering. Det fanns en överensstämmelse mellan data som kom från direkta mätningar och data från

indirekta mätningar för utfallet depressionssymtom, men inte för remission så dessa resultat bör tolkas med försiktighet. Det fanns inte heller stöd för att små studier utgjorde någon risk för snedvridning av effekten. NICE:s rapportförfattare påpekade dock att vid formulering av behandlingsrekommendationer måste man ta hänsyn till att det kan finnas bristande överförbarhet av nätverksmetaanalysens resultat till klinisk kontext. I en nätverksmetaanalys antas det att patienter är villiga att acceptera vilken behandling som helst av de behandlingar som inkluderas i analysen. I verkligheten kan patienters inställning till olika behandlingsalternativ variera beroende på bakgrund och personlig preferens.

För effekt på depressionssymtom skrev NICE:s rapportförfattare att KBT hade den mest robusta evidensbasen bland de psykologiska behandlingarna jämfört med behandling med placebotabletter. Sammantaget ansåg NICE:s rapportförfattare att evidensstyrkan var tillräckligt hög för att basera rekommendationer på tillgängligt material.

NICE-rapportens slutsatser

Slutsatserna i NICE:s rapport kring klinisk effekt är baserade på utfallet depressionssymtom och med placebotabletter som kontrollbehandling. Texten nedan är en direkt översättning.

- Resultat från studier med 2 026 randomiserade patienter visar en liten till måttlig effekt av KBT jämfört med placebotabletter på depressionssymtom hos personer med lindrig till medelsvår depression. Skillnaden är statistiskt säkerställd.
- Resultat från studier med 234 randomiserade patienter visar en liten effekt av IPT jämfört med placebotabletter på depressionssymtom hos vuxna personer med lindrig till medelsvår depression. Skillnaden är inte statistiskt säkerställd.
- Resultat från studier med 379 randomiserade patienter visar en liten effekt av tidsbegränsad PDT jämfört med placebotabletter på depressionssymtom hos personer med lindrig till medelsvår depression. Skillnaden är inte statistiskt säkerställd.

NICE:s överväganden

NICE:s rapportförfattare noterade att resultaten från nätverksmetaanalysen i stort sett överensstämde med andra publicerade översikter i fältet. De konstaterade samtidigt att valet av metod, det vill säga att göra nätverksmetaanalys på en väldefinierad population med en ny episod av lindrig till medelsvår depression och utan samsjuklighet, skiljer sig från tidigare litteratur. Detta kunde förklara de skillnader som finns i

resultaten mellan NICE:s vetenskapliga underlag och tidigare publicerade översikter.

NICE:s rapportförfattare diskuterar vikten av patientens behandlingspreferenser för utfallet. De skrev att en del patienter kan ha en stark preferens för en viss terapiform även om det nog inte gäller för merparten av populationen. Vid formulering av behandlingsrekommendationer tar NICE därför i beaktande att det behövs en viss flexibilitet vid val av behandling för att ta hänsyn till patienternas önskemål och tidigare erfarenhet.

Behov av framtida forskning enligt NICE:s rapport

NICE:s rapportförfattare konstaterade att även de mest effektiva psykologiska behandlingarna endast har en begränsad effekt på depressionssymtom trots att den studerade gruppen har depression med lindriga till medelsvåra symtom. Enligt NICE behövs mer forskning för att identifiera verksamma mekanismer i psykologiska behandlingar för depression. Detta kan leda till att man fokuserar på de effektiva komponenterna för att vidareutveckla bättre behandlingar. Nya behandlingar behöver sedan testas mot de nuvarande mest effektiva behandlingarna i storskaliga randomiserade kontrollerade studier.

NICE:s rapportförfattare ansåg vidare att forskningen behöver förstå karaktären och omfattningen av de depressionssymtom som människor upplever och relatera dessa till möjliga underliggande neuropsykologiska mekanismer. Framtida studier måste även beakta vilka faktorer (så kallade moderatorer), till exempel hos patienterna, som kan öka eller reducera behandlingseffekten.

SBU:s granskning av originalrapporten

NICE:s vetenskapliga underlag följer en robust och transparent metodologi och underlaget håller en tillräckligt hög kvalitet enligt SBU:s kvalitetsgranskning. Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes AMSTAR, en granskningsmall för systematiska översikter [3]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. SBU:s kansli granskade även kvaliteten på nätverksmetaanalysen via ISPOR:s checklista [4]. Denna checklista består av ett antal frågor relaterade till nätverksmetaanalysens relevans och kredibilitet för indirekta mätningar. Granskningen visade att NICE:s analys uppfyller definierade kvalitetskrav för en nätverksmetaanalys. Det innebär att man bland annat gjort känslighetsanalyser för att se om direkta och indirekta jämförelser gav lika resultat.

Lästips

Andersson, G. (2012). Psykologisk behandling vid depression. Teorier, terapimetoder och forskning. Natur & Kultur. ISBN 9789127127357.

SBU. Behandling av depression hos äldre. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 233. <https://www.sbu.se/233>.

Referenser

1. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 2006;163:109-14.
2. NICE (2017). Depression in adults: treatment and management. Draft for consultation. National Institute for health and community settings; London.
3. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
4. Jansen J, Trikalinos TA, Cappelleri JP, et al. Indirect treatment comparison/network meta-analysis study questionnaire to assess study relevance and credibility to inform health care decision-making: an ISPOR-AMCP-NPC Good Practice Task Force report. *Value Health* 2014;17:157-73.

Faktaruta 1 Egentlig depression.

Egentlig depression är ett allvarligt kliniskt tillstånd som beskrivs av både ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) och DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM-5 ofta används inom forskning och i viss mån i psykiatrisk verksamhet. Kärnsymtom för egentlig depression är nedsatt stämningssläge, minskat intresse för dagliga aktiviteter eller nedsatta energinivåer (bara ICD-10) som har pågått större delen av tiden under två veckor. För att få diagnosen egentlig depression måste personen uppleva minst ett av kärnsymtomen samt flera andra karakteristiska symtom såsom förändringar i sömn- och matvanor, förändringar i aktivitetsgrad, nedsatt koncentrationsförmåga, skuld eller självmordstankar.

Faktaruta 2 Psykoterapier.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT har med tiden blivit ett paraplybegrepp för en rad behandlingsmodeller. Dessa utgår från olika kombinationer av metoder, tekniker och strategier som härstammar från inlärningsteori och olika kognitiva eller operanta teorier om kognitioner och deras betydelse för mänskligt beteende och psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Grundtanken i KBT är att förstå funktionen av varje beteende i sitt sammanhang och förändra sitt förhållningssätt till dysfunktionella tankar och minnen, med syfte att förbättra sin funktion och livskvalitet. En viktig komponent i KBT är att hjälpa personen att hantera sina tankar, känslor, beteenden och fysiologiska mekanismer. Ett annat centralt behandlingsinslag är exponering. Det innebär att man gradvis utsätter sig för det man har svårt för, i hanterbara steg, så pass länge att rädslan eller ångesten minskar.

Inom KBT arbetar man främst med det som är aktuellt här och nu, samtidigt som man beaktar personens inlärningshistoria. Arbetssättet är strukturerat, handlingsorienterat och tydligt, till exempel vad gäller fokus och mål. Personen arbetar med hemuppgifter för att lära sig det hen behöver lära sig i sin dagliga miljö. Behandlingen bygger dels på samtal, dels på praktiska övningar, men framför allt på tillämpningar i vardagen.

Terapeuten strukturerar arbetet i samråd med klienten och har en aktiv roll. Tidsramar och former för KBT varierar utifrån behov och förutsättningar. Oftast är KBT en tidsbegränsad korttidsterapi som består av 10–25 behandlingstillfällen. KBT kan bedrivas både individuellt och i grupp.

Interpersonell psykoterapi (IPT)

IPT är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på hur problem i mänskliga relationer bidrar till psykiska symtom, och även hur psykiska problem påverkar våra relationer till andra. IPT utmärker sig i relation till andra former av psykologisk behandling genom att huvudsakligen fokusera på relationsproblem. Grundtanken i IPT är att när en människa kan hantera relationsproblem mer konstruktivt minskar de psykiska symtomen.

Terapeuten hjälper till att ringa in orsaken till personens problem, till exempel brister i kommunikationsförmåga, konflikter med en viktig person, en ofrivillig rollförändring eller sorg, och arbetar för att finna alternativa sätt att hantera dessa situationer och problem och de svåra känslor de kan vara förknippade med.

Faktarutan fortsätter på nästa sida

Vid IPT träffas man ungefär en gång i veckan och behandlingen består oftast av cirka 16 sessioner, men antalet möten kan variera enligt överenskommelse.

Tidsbegränsad psykodynamisk psykoterapi (tidsbegränsad PDT)

PDT har sitt ursprung i psykoanalysen men har utvecklats och förändrats under det dryga århundrade som gått sedan psykoanalysen började växa fram.

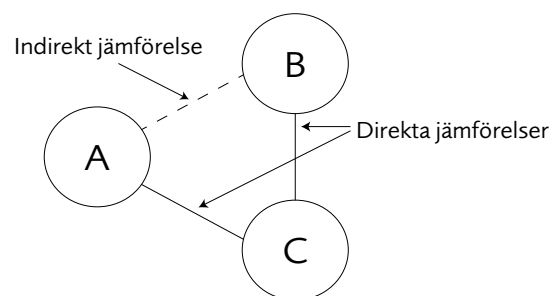
Grundtanken med PDT är att medvetenhet om sina känslor och reaktioner – och var de kommer ifrån – kan i förlängningen förändra vår självbild och självkänsla. Målet med PDT är symtomförbättring men även ökad mognad och insikt hos patienten, därigenom kan man komma fram till ett mer konstruktivt sätt att förhålla sig till andra människor och livssituationer. En utgångspunkt i PDT är att personens livshistoria har stor betydelse för den vuxna människans liv. I terapin arbetar terapeuten och klienten därför ofta med att bearbeta relationer, upplevelser och minnen från klientens livshistoria. I PDT läggs stor vikt vid relationen som utvecklas mellan terapeut och klient och terapeuten arbetar med frågor, klagoranden och tolkningar för att hjälpa klienten till insikt.

PDT kan se olika ut beroende på vem det är som går i terapi och vad målsättningen är. I en korttidsterapi avgränsar man en speciell problemställning som man arbetar med. Psykoterapeuten är då också mer aktiv i sitt förhållningssätt och hjälper till att hålla fast samtalet vid det fokus man har kommit överens om. Vid tidsbegränsad PDT träffas terapeuten och patienten en till två gånger i veckan med totalt 10 till 30 möten.

Faktaruta 3 Statistiska begrepp.

Nätverksmetaanalys

Ibland vill man få en uppfattning om vilken effekten skulle bli om man jämförde behandling A med B, men man har endast studier som jämför A med C, eller B med C (se figur). I sådana fall kan man räkna fram en indirekt skattad effekt för A mot B. En nätverksmetaanalys är ett specialfall av indirekt jämförelse där ett större antal olika (direkta och indirekta) jämförelser ingår. För att de indirekta jämförelserna ska vara tillförlitliga krävs bland annat att likhetsantagandet är uppfyllt (similarity assumption). Studiepopulationernas sammansättning måste vara lika och studiernas effektmått ska vara definierade på samma sätt och ha samma uppföljningstid. Fördelen med en nätverksmetaanalys är att alla tillgängliga data som rör en intervention, inkluderas i analysen vilket ökar den statistiska styrkan för att upptäcka effekter. Samtidigt medför denna design osäkerheter vilket kan påverka resultaten i både positiv och negativ riktning.



Standardiserad medelvärdeskilnad (SMD)

SMD är ett generellt standardiserat mått för att visa skillnader i effekt där medelvärdeskilnaden dividerats med en vägd spridning (standardavvikelsen) avseende interventions- eller kontrollgrupp. I NICE:s rapport har de tolkat 0,2 som en liten skillnad, 0,5 som en måttlig skillnad och 0,8 som en stor skillnad.

Logaritmerad oddskvot

En oddskvot (odds ratio; OR) är kvoten mellan två odds. Exempel: odds exponerade/icke exponerade bland personer med viss sjukdom dividerat med motsvarande odds bland friska. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponeringen och sjukdomen. Vid dikotoma data är det vanligt att man logariterar oddskvoten. Logariterade oddskvoter och oddskvoter varierar obegränsat kring noll, det vill säga det finns inget "tak" eller "golv" på vilket värde den logariterade oddskvoten kan anta.

Projektgrupp

Sakkunniga

Ata Ghaderi, professor i klinisk psykologi,
Karolinska Institutet, Stockholm

Helene Ybrandt, docent i psykologi, Umeå Universitet

Rolf Holmqvist, professor emeritus i klinisk
psykologi, Linköpings universitet

SBU

Margareta Hedner, projektledare
Jenny Stenman, projektadministratör

Granskare

Maria Tillfors, professor i klinisk psykologi,
Karlstads universitet

Rolf Sandell, professor emeritus i psykologi,
Lunds Universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU kommenterar och sammanfattar andra aktörers kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

SBU Kommenterar nr 2018_05

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för
medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

Innehållsdeklaration

- Utvärdering av ny/etablerad metod
- Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- Sammanvägning av resultat
- Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturoversikt
- Konsensusprocess

- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
- Patienter/brukare medverkat
- Etiska aspekter
- Ekonomiska aspekter
- Sociala aspekter
- ✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
- Granskad av SBU:s råd
- Godkänd av SBU:s nämnd