

Bästa depressionsbehandlingen:

KLOK FARMAKOTERAPI OCH PSYKOLOGISK BEREDSKAP

Debatten om det korrekta sättet att använda antidepressiva läkemedel fortsätter. Såväl patienter som receptförskrivare förvånas över den breda användbarheten hos dessa medel. Sällan har läkemedel kommit att prövas så ofta utanför sina officiella Fass-indikationer. Detta är en paradox. Från ansvarigt psykiaterhåll framhålls naturligtvis att läkemedel mot depression och ångest skall förskrivas på tydliga indikationer, och där vetenskapliga studier talar för att medlet har mer än placeboeffekter [1].

Samtidigt finns det rikliga fallstudier av diverse tillstånd, som kan sammanfattas som impuls kontrollstörningar, där antidepressiva av de modernare varianterna – framför allt de selektiva serotoninupptagshämmarna, SSRI-preparaten – tycks kunna ha slående effekter [2, 3]. Diskussionen om hur »personligheten» kan påverkas av psykofarmaka är svår och kommer sannolikt att leda till en omprövning av personlighetsstörningarnas separata status som psykiatriska lidanden [4].

Men är vi då eniga om att antidepressiva är nyttiga och användbara vid depressionstillstånd? Johan Cullberg skriver i detta nummer av Läkartidningen positivt om de nya antidepressiva medlen och finner dem användbara i många fall av depression – men han gör förbehåll [5]. Han beskriver ett antal situationer där en depressionsepisod kan ses som en frisk existentiell reaktion, en reparativ strategi, en adaptiv process som har ett läkande syfte. Den psykodynamiska analysen bör tjäna som ett medel att skilja de patienter som kan vara möjliga att behandla psykoterapeutiskt från dem som har den verkliga depressions sjukdomen för vilken mediciner är den naturliga behandlingen.

Författare

HANS ÅGREN

professor, Göteborgs universitet, avdelningen för psykiatri och neurokemi, Mölndals sjukhus; medicinsk redaktör, Läkartidningen.

Cullbergs argumentering väcker ett antal frågor.

Begriplighet kontra obegriplighet

Psykologisk begriplighet av ett psykiatriskt lidande är ett begrepp som ofta används för att motivera en samtalsbehandling. Det hänger nära samman med psykologisk kausalitet. Ett orsak-verkan-samband uppfattas som en tillräcklig förklaring till ett fenomen. I logisk terminologi skiljer man mellan tillräckliga och nödvändiga orsaker. När vi tycker att vi begriper att det är naturligt för en människa att vara deprimerad, är då den yttre situationen att se som en tillräcklig eller en nödvändig orsak?

Tillräckligt »tillräckliga» orsaker förekommer knappast: det finns »stälmän» och »stälkvinnor» som klarar av att gå igenom både eld och vatten. Nödvändiga orsaker? Ja, definitionsmässigt föregås t ex posttraumatiskt stressyndrom av en exceptionell yttre stress, men variabiliteten i mänskligt beteende efter en katastrof är mycket stor. Detta problem var en huvudanledning till att diagnosklassificeringssystemet DSM-III år 1978 uteslöt användningen av uttryck som somatogenes/endogenes/psykogenes/reaktivitet ur sin terminologi [6].

Få önskar en återgång till ett dikotomt tänkande i termer av kropp och själ. Man erinrar sig den gamla historien om det mycket unga sjukvårdsbiträdet som inför en deprimerad åldring utbrast: »Det är väl inte konstigt att man är ledsen när man är så gammal!»

Psykologisk stumhet – psykologisk verbalitet

Människor varierar storligen i sin förmåga att beskriva känslor och relationer. En psykologisk verbalitet och förmåga till introspektion hos patienten har sedan länge uppfattats som en fördel i alla insiktsinriktade psykoterapier. Drag av »alexitymi» (oförmåga att beskriva egna och läsa andras känslor) har ett psykodynamiskt ursprung och innebär specifika svårigheter i en terapiprocess [7, 8].

Dessa bedömningar ingår inte i några definitioner av depression, varför deprimerade patienter blir en mycket heterogen grupp i detta avseende. Huruvida dessa egenskaper spelar någon roll i behandlingsutfallet av antidepressiva läkemedel är inte studerat.

Den »friska» depressionen

Emmy Guts lansering av »friska» depressioner [9] utgör för mig en egenartad övning i en enkelriktad kausalitet. När en förlustdepression kan antas ha ett adaptivt värde bör den inte av en missriktad medikalisering störas i sin utveckling.

Det är väl ändå allmänt accepterat att en okomplicerat sörjande människa inte i oträngda mål skall »behandlas» med något annat än medkänsla och respekt? Problemen uppstår när sorgen inte viker inom »rimlig» tid eller innebär en fara för individens bestånd. När skall denna reaktiva depressivitet börja »medikaliseras»? Efter två månader? Ett år? Aldrig?

Den reparativa depressionen och återfallsrekvensen

Om en depression kan ha ett reparativt syfte, vilket ingen i princip betvivlar, bör den kunna utgöra en »vaccination» mot framtida depressioner. Detta kan testas empiriskt genom att man studerar återfallsrekvenser, som har visat sig vara mycket höga för både bipolära och unipolära förstämningstillstånd. Enligt internationella data återfaller mellan 50 och 70 procent av första gångsinsjuknade individer med egentlig depression [10].

Man bör också nämna teorierna kring psykologisk sensibilisering (eller kindling), där en depressionsepisod uppfattas som banande väg för senare episoder i ett allt tätare återfallsmönster, och där tidig och aktiv behandling av första gångs episoden uppfattas som en möjlighet att modifiera långtidsförloppet [11].

Livstidsperspektivet på depressioner är i högsta grad aktuellt och depressionstillståndet är enligt WHO en av de främsta orsakerna till »förlorade» år i

sjukdom och reducerad livskvalitet [12].

Dynamisk diagnostik konkurrent till operationell diagnostik?

Den dynamiska diagnostiken har av de flesta uppfattats som ett komplement till den operationella empiriska diagnostiken (som finns i såväl DSM-IV som ICD-10). De två analysätten har skilda syften och konkurrerar inte. American Psychiatric Association har givit ut en vitt spridd handbok i dynamisk psykoterapi inom ramen för DSM-IV-diagnostik [13].

Att argumentera att DSM-IV-klassificeringen är ytlig och mekanistisk, alltför fenomenologisk, missar målet. Man anar den gamla dialektiken mellan filosofisk empirism och rationalism, där den operationella diagnostiken onekligen är empirisk men har ett högt informationsvärde. DSM-metodens största värde ligger i att den tillåter så många vetenskapliga hypoteser att testas mot verkligheten.

Psykoterapi-farmakoterapi

Kombinationer av psykoterapi och farmakoterapi är ett aktuellt forskningsfält som förtjänar allt stöd. Det torde vara helt okontroversiellt att vissa psykoterapier (framför allt kognitiv terapi och interpersonell terapi, men också stödjande social terapi med träningsmoment) har antidepressiva effekter som ibland kan mäta sig med dem man ser efter användning av antidepressiva läkemedel. Additiva effekter vid depression finns påvisade [14].

Problem uppstår kring hur befintliga resurser inom sjukvården bäst skall användas och hur balans skall åstadkommas mellan kostnad och nytta. Dessa frågor är på intet sätt besvarade, men behandlas på internationella kongresser och symposier [15]. I vilken utsträckning patienter med förstämningstillstånd av olika dignitet – inte minst i primärvården – blir *långsiktigt* hjälpta av antidepressiva, allmänt stöd, psykoterapi eller kombinationer därav, är ännu alltför dåligt känt och är föremål för ett aktuellt kommittéarbete vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Inte heller kan psykoterapi försvaras för en särskilt stor andel av depressionspatienterna (vilka utgör kanske 5 procent av befolkningen) i det pressade ekonomiska läge som nu råder inom sjukvården. Åtskilliga primärvårdsläkare (säkert även psykiater) kan intyga att tiden nätt och jämnt räcker för att

upprätthålla ett rimligt »terapeutiskt förhållningssätt».

Farmakoterapi minskar intresset för psykoterapi?

En djupt deprimerad insiktsfull person som efter fyra veckors medicinsk behandling känner sig pånyttfödd kan mycket väl tänkas hellre vilja klara sig utan ytterligare professionell hjälp än att få nya recept. Lika troligt är att den nu mer kraftfyllda patienten känner att han orkar ta itu med stressmoment i omgivningen, t ex ett dysfunktionellt äktenskap, en otillfredsställande arbetssituation eller problem i den egna personligheten.

Att kunna erbjuda psykoterapi till dessa motiverade, icke akut deprimerade patienter är angeläget. Att *inte* erbjuda psykoterapi till patienter som sannolikt kan komma i god psykisk balans med enklare medel är också viktigt.

Gå fram långs flera vägar

Cullbergs plaidoyer för att göra en psykologisk bedömning av alla deprimerade patienter skulle optimera våra möjligheter att samtidigt gå fram längs flera behandlingsvägar. Det känns dock som en rimlig utväg att vid egentlig depression, ett etiologiskt och fenomenologiskt heterogent tillstånd, inleda en antidepressiv kur parallellt med en fortsatt psykologisk beredskap. Det går faktiskt bra att pröva antidepressiva i en månads tid för att utrona terapivinster.

Att pröva psykoterapi i en månad är inte lika genomförbart; även s k korttidsterapi är ett betydligt längre åtagande. Patienter som skall remitteras till psykoterapi bör vara en selekterad grupp som kan förväntas dra särskild nytta av denna behandling [16].

Referenser

1. Ågren H. Nya antidepressiva vidgar indikationerna. Affektiv sjukdom i nytt perspektiv. *Läkartidningen* 1995; 92: 2879-80.
2. McElroy SL, Keck PE Jr, Phillips KA. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (4 suppl): 14-27.
3. Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (4 suppl): 7-13.
4. Kramer P. Listening to Prozac. A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self. New York: Viking, 1993. Svensk översättning 1996.
5. Cullberg J. Är depressionen »sjuk» eller »frisk»? Rätt behandlingsväg kan blockeras av antidepressiva. *Läkartidningen* 1996; 93: 4177.
6. Kendell RE. DSM-III: A major advance in

psychiatric nosology. In: Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE, eds. *International perspectives on DSM-III*. Washington: American Psychiatric Press, 1983: 55-68.

7. Weinryb RM, Gustavsson JP, Åsberg M, Rössel R. Relationship between components of alexithymia as measured with psychodynamic ratings and subjective lack of well-being. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 100-8.
8. Lumley MA, Norman S. Alexithymia and health care utilization. *Psychosom Med* 1996; 58: 197-202.
9. Gut E. Productive and unproductive depression. Success or failure of a vital process. London: Tavistock, 1989.
10. Angst J. The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986; 19: 47-52.
11. Post RM, Weiss SRB. Kindling and manic-depressive illness. In: Bolwig TG, Trimble MR, eds. *The clinical relevance of kindling*. Chichester: Wiley & Sons Ltd, 1989: 209-30.
12. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease [WHO-publikation]*. Cambridge MA: Harvard University Press, 1996.
13. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington: American Psychiatric Press, 1994. 656 s.
14. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Comes C, Mallinger AG, Thase ME et al. Five-year outcome for maintenance therapies. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 769-73.
15. Beitman BD, Klerman GL. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. 458 s.
16. Cullberg J. Att prioritera för psykoterapi. En utredning för Stockholms läns landsting. Stockholm: HSN-staben, 1995.

Se även artikeln på sidan 4177 i detta nummer.