

Escitalopram ger större sannolikhet för remission än citalopram

■ I en artikel i Läkartidningen 12/2009 gör Sofie Schwan och Pär Hallberg, båda vid läkemedelsenheten i Uppsala, en översikt och bedömning av huruvida det finns någon kliniskt betydelsefull skillnad mellan escitalopram och citalopram. Vi anser att författarnas slutsats kan ifrågasättas.

I översikten av Schwan och Hallberg ingår sex publicerade studier där escitalopram jämförs med citalopram och där den primära effektvariabeln är förändring i MADRS-poäng. Det ska dock noteras att endast två av dessa sex studier är designade för att påvisa en skillnad mellan de två läkemedlen [1, 2], och att i båda dessa studier var escitalopram signifikant överlägset citalopram.

Vår slutsats är att escitalopram faktiskt är mer effektivt än citalopram, och enligt vad vi kan utläsa från Schwans och Hellbergs artikel ifrågasätter författarna inte denna slutsats. Däremot hävdar de att den skillnad som dokumenterats i metaanalyser vad avser poäng på en skattningsskala inte är kliniskt betydelsefull. Vi menar att de saknar vetenskapligt stöd för denna slutsats. Hur man ska översätta genomsnittliga skillnader i poäng på en skattningsskala till skillnad i klinisk effekt är dessvärre en ännu obesvarad fråga.

Ett sannolikt bättre mått på antidepressiva farmakas effektivitet än den genomsnittliga poängreduktionen på en skattningsskala är den procentuella andel som nått respons (≥ 50 procents reduktion av HDRS- eller MADRS-poäng) och remission (HRDS-poäng ≤ 7 eller 8, eller MADRS-poäng ≤ 12).

Schwan och Hallberg anför att analyser som baseras på denna typ av effektmått sak-

nar relevans för deras översikt, men utan att motivera varför de avvisar detta sätt att värdera antidepressiv effekt. Faktum är att det i dag föreligger bred konsensus om att effektmåttens respons och remission är de mest relevanta att använda vid kliniska studier med antidepressiva läkemedel. Ett flertal myndigheter och organisationer som har till uppgift att utvärdera dokumentation och geriktlinjer för behandling av depression, anser således att remission ska vara målet med en behandling och använder därför detta mått vid utvärdering [3, 4].

Också TLV, som utfört den senaste publicerade utvärderingen av antidepressiva, har valt att använda remission som effektmått [5]. I denna utvärdering konkluderar man att behandling med escitalopram ger störst sannolikhet för remission jämfört med övriga moderna antidepressiva inklusive citalopram, ett resultat som står i samklang med vad en annan oberoende organisation kommit fram till i sin utvärdering [6].

I en nyligen publicerad metaanalys i Lancet användes respons (snarare än remission) som effektmått, eftersom syftet var att utvärdera effekten vid akut behandling [7]. Även om det, som nyligen påpekats i Läkartidningen [8], kan vara vanskligt att tolka utfallet av metaanalyser, är det notabelt att också denna studie visar en signifikant effektskillnad till fördel för escitalopram jämfört med citalopram. Den slutsats vi drar av att analysera varje studie för sig [1, 2] överensstämmer således med den slutsats som denna oberoende gruppering dragit på basen av en metaanalys.

Den beskrivning Schwan

och Hallberg i sin artikel ger av de två enantiomerernas farmakodynamiska effekter är ofullständig. Vad gäller effekter på serotonerg transmission har den aktiva enantiomeren visats utöva mer uttalade effekter än ekvipotenta doser av racematet, vilket kan förklaras av att R-enantiomeren inte är inert, utan delvis antagoniserar effekten av S-enantiomeren [8]. Det är troligt att detta är av betyd-

se för skillnaden mellan citalopram och escitalopram vad avser förmåga att framkalla respons och remission.

Agneta Björck Linné
leg apotekare, fil dr,
Public Affairs Manager
agneta.bjork-linne@med.lu.se

Ingela Hallberg
leg läkare,
medicinsk chef;
båda H. Lundbeck AB

REFERENSER

1. Moore N, Verdoux H, Fantino B. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005; 20:131-7.
2. Yevtushenko VY, Belous AI, Yevtushenko YG, Gusinin SE, Buzik OJ, Agibalova TV. Efficacy and tolerability of escitalopram versus citalopram in major depressive disorder: a 6-week, multicenter, prospective, randomized, double-blind, active-controlled study in adult outpatients. *Clin Ther.* 2007; 29(11): 2319-32.
3. Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm: SBU; 2004.
4. Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2004;15(5):11-47.
5. Wessling A, Ramsberg J. Genomgången av läkemedel mot depression. Solna: TLV; 2008.
6. Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1121.cms?threepage=1>
7. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JPT, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2009;373(9665):746-58.
8. Melander H. Metaanalyser osäkert underlag för förstahandsval av antidepressiva. *Läkartidningen.* 2009;106(14):1030-1.
9. Mørk A, Kreilgaard M, Sánchez C. The R-enantiomer of citalopram counteracts escitalopram-induced increase in extracellular 5-HT in the frontal cortex of freely moving rats. *Neuropharmacology.* 2003; 45(2):167-73.

REPLIK:

Viktig diskussion om antidepressivas effekter

■ Syftet med vår artikel var att redovisa dokumenterade effekter utifrån publicerat material, och liksom vid flera tidigare evidensbaserade genomgångar av antidepressiva läkemedels effekter, utförda av till exempel SBU och NICE (National

Institute for Clinical Excellence) [1, 2], fokuserade vi på primära effektvariabler. Förändring av poäng enligt MADRS eller HAM-D är de rekommenderade primära effektmåtten vid utvärdering av antidepressiva läkemedels effekt enligt

»Därmed inte sagt att respons och remission är irrelevant...«

gällande riktlinjer från den europeiska läkemedelsmyndigheten [3], och samtliga studier var också designade för att primärt undersöka detta. Därmed inte sagt att respons och remission är irrelevanta, men vi anser att man bör vara försiktig med att använda dessa som enda effektmått vid jämförelser av läkemedel, utan att ta hänsyn till de primära effektmåtten. Risken för att övervärdera eventuella skillnader genom att dikotomisera utfallet har tidigare påpekats av andra [2,4].

En annan orsak till att vara försiktig med sekundära effektmått är att publikationsbias kan ge en snedvriden bild om positiva utfall selektivt redovisas. Exempelvis inkluderar TLVs analys inte alla tillgängliga studier utan endast de som redovisar remissionsfrekvens.

I den nyligen publicerade metaanalysen av Cipriani och medarbetare [5] nämns också en studie av escitalopram och citalopram som vi tidigare inte känt till, denna finns en-

»Exemplet belyser på ett bra sätt hur negativa resultat i mindre utsträckning publiceras, och därmed bidrar till bias i metaanalyser...«



Författarna välkomnar en diskussion om olika antidepressiva effekter.

.....
dast tillgänglig som synopsis via en webbplats för Forest laboratories, och i den var escitalopram inte bättre än placebo [6].

Jämförelser med citalopram gjordes av allt att döma endast i sekundära analyser och inga statistiska beräkningar redovisas. Det är oklart om detta är samma opublicerade studie som nyligen nämndes i ett debattinlägg i Läkartidningen, där man enligt uppgift rapporterade högre responsfrekvens för citalopram än för escitalopram [7].

Exemplet belyser på ett bra sätt hur negativa resultat i mindre utsträckning publiceras och därmed bidrar till bias i metaanalyser.

Lundbeck anger att metaanalysen av Cipriani visade en statistiskt signifikant fördel för escitalopram över citalopram, vilket inte är hela sanningen, då analysen som

inkluderade indirekta jämförelser inte fann någon sådan skillnad [5].

Beträffande frågan om de skillnader i poäng mellan escitalopram och citalopram som observerades i metaanalyser är kliniskt relevanta eller ej har vi i vår publikation hänvisat till referenser som representanter för Lundbeck själva har refererat till i detta avseende [8].

Avslutningsvis tycker vi att det är bra att den senaste tidens publikationer angående antidepressiva effekter öpp-

nar för en diskussion om i vilken grad man kan dra säkra slutsatser om skillnader i effekt utifrån analyser av sekundära effektmått och korttidsstudier. Att vår artikel i Läkartidningen kan bidra till en sådan diskussion ser vi som mycket positivt.

Sofie Schwan
apotekare

Pär Hallberg

med dr, klinisk farmakolog, överläkare; båda vid läkemedelsenheten, Uppsala läns landsting och Uppsala läkemedelsinformationscentral (ULIC), Uppsala, den senare även vid Klinisk kemi och farmakologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
par.hallberg@akademiska.se

REFERENSER

1. Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm: SBU; 2004. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%201.pdf
2. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>.
3. Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in the treatment of depression. EMEA; 2002. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/051897en.pdf>
4. Kirsch I, Moncrieff J. Clinical trials and the response rate illusion. *Contemp Clin Trials*. 2007;28(4):348-51.
5. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009;373(9665):746-58.
6. Flexible-dose comparison of the safety and efficacy of Lu 26-054 (escitalopram), citalopram, and placebo in the treatment of major depressive disorder. http://www.forestclinicaltrials.com/CTR/CTRController/CTRViewPdf?_file_id=scsr/SCSR_SCT-MD-02_final.pdf
7. Melander H. Metaanalyser osäker underlag för förstahandsval av antidepressiva. *Läkartidningen*. 2009;106(14):1030-1. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=11742>
8. Moore N, Verdoux H, Fantino B. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005;20(3):131-7.

Psykologiprofessorer vilseleder opinionen

■ Regeringen har kommit överens med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att staten ska satsa totalt 1 600 000 000 kronor under år 2009 och 2010 på en rehabiliteringsgaranti inom vilken långtidssjukskrivna personer »med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress« ska behandlas med psykologiska metoder, i allt väsentligt det som brukar kallas kognitiv beteendeterapi, KBT. Syftet är att personerna ska kunna återgå i arbete.

Sju professorer i psykologi har tillsammans med två företrädare för Föreningen för Sveriges KBT-psykologer i Läkartidningen 13/2009 [1] förklarat sig »applådera« detta initiativ som man tycker är »både vällovligt och välbehövligt«. Deras entusiasm för satsningen är kanske inte så svår att förstå eftersom den ger en kraftig skjuts framåt för professorernas vetenskapsområden och psykologins ställning i sjukvården, och den kan också förväntas komma att medföra en kraftigt ökad sysselsättning för medlemmarna i Föreningen för Sveriges KBT-psykologer.

Lite anmärkningsvärt är det dock att denna niohövda församling inte anser sig behöva uppge några bindningar eller jävsförhållanden. Man kan knappast tänka sig några personer med mer påtagliga intressen för att psykologins ställning i sjukvården stärks än just dessa skribenter.

Psykologgruppen påstår att »KBT har ett starkt vetenskapligt stöd och är en effektiv behandlingsmetod« vid de tillstånd som ska omfattas av garantin. Man ger dock uttryck för en oro för att de personer som ska komma att utföra behandlingarna inte ska vara tillräckligt kvalificera-



Tomas Eriksson ifrågasätter KBT som effektiv metod för att få långtidssjukskrivna att återgå i arbete.

de; de kompetenskrav som anges i avtalet mellan staten och SKL anses inte tillräckliga för att »garantera patientsäkerheten«.

Därför bör endast personer med legitimation och en lång specialutbildning i KBT få komma i fråga som behandlare. Skälet är att KBT skulle vara en komplicerad behandlingsmetod som det tar lång tid att lära sig. Utan krav på legitimation skulle allmänhetens förtroende för behandlingen och dess utövare komma att äventyras.

Stopp och belägg. Tar inte psykologgruppen här för många steg på en gång? Först gruppens påstående att KBT skulle ha stark evidens som effektiv behandlingsform för lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Det finns förvisso många som hävdar och hoppas att så är fallet, men är verkligen bevisen här för tillräckligt starka för att alla gruppens professorsmedlemmar ska vara beredda att ställa sig som personliga garantier för behandlingsmetodens effektivitet?

I nästa steg: även om KBT skulle vara en så effektiv behandlingsform för vissa sjukdomar som görs gällande så är det knappast det saken gäller i samband med vårdgarantin. Här gäller det i stället frågan huruvida KBT är en effektiv metod för att få långtidssjukskrivna som lider av de nämnda sjukdomarna att återgå i arbete. Det är förvis-

so en annan sak, särskilt som det finns goda skäl att förmoda att en kroniskt sjuk person är svårare att bota än en som nyligen insjuknat.

I sitt tredje steg kommer psykologgruppen till sin huvudpöäng; utövarna av KBT måste ha en lång utbildning. Varför måste de ha det? Är det en förutsättning för att man ska bli en skicklig behandlare?

I decennier har företrädare för olika former av psykoterapi hävdad just detta; att utövande av psykoterapi kräver långvarig skolning.

Denna fråga har också prövats i åtskilliga vetenskapliga studier, men man har aldrig kunnat påvisa att psykoterapeuternas utbildning haft någon betydelse för behandlingsresultatet [2].

Professorer i psykologi måste givetvis kunna förväntas ha kompetens att bedöma styrkan i vetenskapliga rapporter. Om man påstår olika saker som faller inom ens vetenskapsfält måste man ta ett personligt ansvar för dessa påståenden.

Den nu aktuella gruppen av professorer bör alltså stå upp till bevis för vad man påstår. Det gäller att förete vetenskapliga studier till stöd för 1) att KBT är en effektiv behandlingsform för lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress, 2) att KBT är en effektiv behandlingsform för att få långtidssjukskrivna personer med dessa tillstånd att bli tillräckligt friska för att de ska kunna återgå i arbete, och

3) att behandlingsresultatet blir bättre om behandlaren har en lång utbildning.

Den bevisning som erfordras är vetenskapliga originalarbeten utgivna av trycket för allmän granskning. För en så kvalificerad grupp som den här aktuella professorsgruppen duger det inte med att hänvisa till översiktsartiklar, metaanalyser eller myndighetsrapporter.

För att inte helt förlora anseende och förtroende bör professorsgruppen snart offentliggöra de stöd man har för sina påståenden.

När man ändå är i farten kanske man skulle kunna passa på att tala om varifaran för patientsäkerheten ligger om utövare av KBT inte är legitimerade.

Tomas Eriksson

docent, legitimerad läkare, specialist i allmän psykiatri, privatpraktiserande läkare,

Göteborg

tomas.eriksson@psykiatern.se

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är sedan många år skeptisk till psykoterapi som behandlingsform.*

REFERENSER

1. Fredrikson M, Linton S, Lisspers J, Melin L, Sundin Ö, Öhman A, et al. Regeringens storsatsning mot psykisk ohälsa äventyrar patientsäkerheten. Läkartidningen. 2009;106:946-7.
2. Okiishi JC, Lambert MJ, Eggett D, Nielsen L, Dayton DD, Vermeersch DA. An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. J Clin Psychol. 2006; 62(9):1157-72.

REPLIK:

Forskningsresultaten inom KBT är otvetydiga

■ Tomas Eriksson påstår att vi [1] vilseleder opinionen när vi hävdar att KBT har ett starkt vetenskapligt stöd och är en effektiv behandlings-

metod vid de tillstånd som omfattas av regeringens rehabiliteringsgaranti.

Vi har kommit fram till samma slutsatser som Statens

beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjort i sina utförliga rapporter om evidensbasen för olika former av behandling vid depression [2], ångestsyndrom [3] och smärta [4]. Om vi vilseleder opinionen så gör SBU det också.

Eriksson ställer tre frågor.

Den första gäller vårt påstående att KBT skulle ha stark evidens som effektiv behandlingsform för lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Att redovisa alla originalstudier, som Eriksson anser att vi ska, skulle kräva ett stort antal sidor enbart för referenslistan. En av oss (Öst) gjorde en systematisk översikt och metaanalys av randomiserade studier vid ångestsyndrom hos vuxna per maj 2008 [5] och hade då funnit 432 studier publicerade mellan 1966 och 2008.

Den största databasen över psykologiska behandlingsmetoder vid depression [6] innehöll per maj 2007 hela 149 randomiserade studier. I den mest stringenta metaanalysen av KBT vid ångestsyndrom har Hofmann och Smits 2008 [7] inkluderat enbart placebokontrollerade randomiserade studier (27). De fann att effektstorleken var 0,73 över alla ångestdiagnoser och varierade från 0,35 för paniksyndrom till 1,37 för tvångssyndrom.

Den andra frågan gäller »hurvida KBT är en effektiv metod för att få långtidssjukskrivna som lider av de nämnda sjukdomarna att återgå i arbete«. Fokus för behandlingarna har varit patienternas symtom och bristande livskvalitet, och mera sällan har mätning av sjukskrivningsgrad och arbetsförmåga utförts, vilket gör att det finns mycket mindre data på detta område.

Vi har dock inte heller i vår artikel påstått att KBT är evidensbaserad för att minska sjukskrivning och arbetsförmåga, det är ett antagande som görs i avtalet mellan sta-

»Det går inte att från dessa studier generalisera till behandlingar som utförs av personer som har betydligt mindre utbildning.«

ten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Den tredje frågan som Eriksson tar upp är att »utövarna av KBT måste ha en lång utbildning«. I majoriteten av de randomiserade studier som ligger till grund för att KBT är evidensbaserad för de aktuella störningarna är det psykologer med KBT-inriktning som utför behandlingen. I svenska KBT-studier har vanligtvis psykologer eller psykoterapeuter ingått som behandlare. Slutsatsen är alltså att KBT för ångest, depression och smärta är evidensbaserad när metoden har utförts av psykologer eller psykoterapeuter med utbildning i KBT. Det går inte att från dessa studier generalisera till behandlingar som utförs av personer som har betydligt mindre utbildning. Det finns en metaanalys [8] av 36 studier som visar att

tränade terapeuter får bättre resultat i sina terapier, även om effektstorleken är måttlig.

Tomas Eriksson må vara »sedan många år skeptisk till psykoterapi som behandlingsform«. Det är dock en inställning som inte stöds av de vetenskapliga resultaten på området.

Mats Fredrikson
professor i klinisk psykologi,
Uppsala universitet

Steven Linton
professor i klinisk psykologi,
Örebro universitet

Jan Lisspers
professor i psykologi,
Mittuniversitetet

Lennart Melin
professor i klinisk psykologi,
Uppsala universitet

Örjan Sundin
professor i klinisk psykologi,
Mittuniversitetet

Arne Öhman
professor i psykologi,
Karolinska institutet

Lars-Göran Öst
professor i klinisk psykologi,
Stockholms universitet

Benjamin Bohman
ordförande
benjamin.bohman@ki.se

Carolina Lundin
ledamot;
båda Föreningen för
Sveriges KBT-psykologer,
Sveriges psykologförbund

REFERENSER

1. Fredrikson M, Linton S, Lisspers J, Melin L, Sundin Ö, Öhman A, et al. Regeringens storsatsning mot psykisk ohälsa äventyrar patient-säkerheten. Läkartidningen. 2009;106:946-7.
2. Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm: SBU; 2004.
3. Behandling av ångestsyndrom. Stockholm: SBU; 2005.
4. Ont i ryggen, ont i nacken. Stockholm: SBU; 2000.
5. Öst LG. Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. Nord J Psychiatry. 2008;62 Suppl 47:5-10.
6. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. BMC Psychiatry. 2008;8:36.
7. Hofmann S, Smits J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2008; 69:621-32.
8. Stein D, Lambert M. Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? J Consult Clin Psychol. 1995;63: 182-96.

Akademikerförbundet SSR vill ha legitimation, inte »yrkesförbud«

■ Cirka 30 procent av alla patienter i primärvården har psykiska, psykosociala eller psykosomatiska problem. Depressioner är den största diagnosgruppen i sjukskrivningsstatistiken.

Den första juli 2008 tecknade staten och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade rehabiliteringsinsatser med syfte att få sjukskrivna att återgå snabbar i arbete. Ersättning enligt rehabiliteringsgarantin utgår bland annat för kognitiv beteendeterapi till legitimerade psykologer med KBT-

inriktning, men även till annan personal med grundläggande terapiutbildning med KBT-inriktning, bland andra socionomer, beteendevetare och pedagoger.

I Läkartidningen 13/2009 skriver sju professorer i klinisk psykologi tillsammans med företrädare för KBT-psykologernas intresseförening om vilken kompetens de anser borde krävas för arbete med behandling av psykisk ohälsa enligt rehabgarantin. Enligt dessa är det endast deras egen kompetens som duger. De hävdar också att yrkesgrupper som saknar klinisk utbildning och legitima-

tion (kuratorer/socionomer, beteendevetare) överhuvudtaget inte bör komma i fråga som behandlare inom rehabgarantin och hänvisar till att dessa grupper saknar legitimation. Inte ens legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning och annan utbildningsbakgrund än psykolog kan enligt författarna komma ifråga!

Akademikerförbundet SSR är förvånat över den inställning och okunskap som de sju professorerna och KBT-psykologerna vittnar om när de vill utesluta andra kompetenser än sina egna i arbete med

KBT och psykisk ohälsa. Mycket av dagens psykiska ohälsa är sammansatt och kräver både medicinska, psykiska och sociala insatser och uppmärksamhet på patientens inre och yttre värld samt hur dessa två världar samspe- lar.

Nyare forskning har visat att social påverkan och psykologiska tillstånd har stor inverkan på den biologiska funktionen. Det innebär att olika kunskapsområden måste samverka för att hjälpa och bota människor.

Kuratorer representerar det sociala kunskapsområdet. Av dem som bedriver samtalsbehandling i den offentligt ägda primärvården är 70 procent socionomer. De flesta har vidareutbildning i form av grundläggande psykoterapiutbildning, många med KBT-inriktning.

Socionomutbildningen innebär 3,5 års studier av samhällsvetenskapliga ämnen som social- och civil lagstiftning men också sociologi och psykologiska teoribildningar. Denna kombination är det som krävs för att optimalt arbeta med rehabilitering, då kunskap både om människors psyke och om regelsystemen som styr den yttre världen är en förutsättning inom rehabiliteringsarbete.

Att kurator/socionom hittills saknar legitimation beror varken på att utbildning, behandlingsansvar eller forskningsanknytning saknas. I dagarna presenterar regeringen de direktiv som kommer att ligga till grund för en behörighetsutredning om legitimation för kuratorer.

Rehabgarantin, och det förtroende för socionom/kurator som den innebär, är ett starkt argument från staten för att yrkeskåren ska betros med legitimation i stället för med yrkesförbud!

Titti Fränkel
utvecklingschef,
Akademikerförbundet SSR
titti.fränkel@akademssr.se

Svår minnesförlust efter ECT – liknande erfarenheter efterlyses

■ På kort tid har jag träffat två patienter som lider av svåra minnesstörningar som har uppkommit i direkt anslutning till genomgångna ECT-behandlingar. En gemensam nämnare är att båda har fått långa ECT-serier inom en relativt kort tidsrymd.

Patient X är en 34-årig man som förra året fick sammanlagt 30 ECT-behandlingar inom loppet av ett halvår, både i slutenvård och öppenvård. Han fick först diagnosen ospecificerad depression, senare bipolär sjukdom. Behandlingarna avslutades i augusti 2008, och han har sedan dess grava minnesproblem. Han har bland annat glömt hela sin specialutbildning inom sitt yrke, och kan därför inte arbeta i den firma som han själv var med och startade.

Hans privatliv är också märkbart påverkat, då han helt glömt bort viktiga händelser som till exempel dotterns födelse och utlandsresor. Vänner och släktingar är honom helt främmande, han måste lära känna dem på nytt. Patienten har också fått dåligt närminne, han sätter upp lappar men glömmmer lapparna.

Patient Y är en 38-årig kvinna som insjuknade 2003 i en djup depression. Hon har sedan tonåren också haft anorektiska besvär. Under en tidsperiod på tre månader år 2004 fick hon 20 ECT-behandlingar. Hon noterade sina minnesproblem omedelbart efter att behandlingarna avslutats för fem år sedan, och upplever sitt minne som

»En gemensam nämnare är att båda har fått långa ECT-serier inom en relativt kort tidsrymd.«



Foto: Mattias Jacobsson (Indien)

Skribenten är oroad av två fall där patienter fått svåra minnesstörningar efter långa ECT-serier. Patienterna har glömt viktiga händelser, som till exempel barnens födelse och familjens utlandsresor.

helt uttraderat under en period på cirka fyra år före ECT-behandlingarna.

Även patient Y har helt glömt bort viktiga händelser i livet som bröllopsresan, utlandsresor och stora händelser i barnens liv. Hon upplever sin medverkan i filmer och på foton som helt överklig. Vänner som hon lärde känna åren 2000–2004 är henne helt främmande. Även Y har försämrat närminne. Hon har svårt att minnas tider. Hon kan inte läsa en hel bok eller se en film, på slutet minns hon inte handlingen i början.

Varken patient X eller Y hade fått några ECT-behandlingar före de ovan nämnda serierna. Medan ECT-behandlingarna pågick behandlades patient X med Citalopram, Mir tazapin, Atarax, Propavan, Zolpidem samt Oxascand vid behov. Patient Y behandlades samtidigt med behandlingsserierna med Cipralex, Mir tazapin, Zeldox, Propavan, Zopiklon samt Oxascand vid behov.

I allmänhet brukar de minnesproblem vi ser i samband med ECT vara av betydligt mindre proportioner, och störningar brukar vara övergående. De svåra minnesproblemen för ovan beskrivna patienter är relativt likartade, och en gemensam nämnare är ett

»Kommer vi att se mer minnesproblem nu när fler patienter får ECT?«

stort antal ECT-behandlingar inom en ganska kort tidsrymd. Dessutom hade båda patienterna en relativt omfattande

samtidig farmakologisk behandling.

De här patienterna är naturligtvis extremfall, och även om minnesstörningarna har uppträtt direkt efter ECT-behandlingarna kan man självfallet inte utesluta andra orsaker. Min subjektiva upplevelse är dock att jag på senare år har träffat flera patienter som i varierande grad besväras av minnesstörningar som är mer ihållande än normalt. Trenden är att allt fler patienter får ECT och indikationerna vidgas, och kanske får också fler patienter flera olika farmaka samtidigt med ECT.

Poliklinisk ECT har blivit vanligare och ges i längre serier inom kortare tidsrymder. Kommer vi att se mer minnesproblem nu när fler patienter får ECT? De »biverkningar« som beskrivits ovan är synnerligen allvarliga och innebär för patienterna ett stort lidande med långtgående konsekvenser. Finns det någon som har liknande erfarenheter?

Johan Stiernstedt
överläkare,
Järfälla/Upplands-Bro
psykiatriska mottagning
johan.stiernstedt@sll.se