

Behandling av unga med ångest och depression:

Socialstyrelsens anvisningar bör fortfarande revideras

■ Anders Tegnell, Märten Gerle, Anne-Liis von Knorring och Gerhard Andersson har å Socialstyrelsens vägnar avböjt vår anmodan om att för revision dra tillbaka rekommendationerna om behandling av deprimerade unga [1, 2]. Vår replik tar upp frågorna om behandlingseffekt, suicidalitet och svår depression.

Tegnell och medförfattare hävdar att det ger hög studiekvalitet att sortera bort dem som blir bättre av placebo innan effekten av aktiv substans jämförs med placebo. Syftet med sk placebovätt är att få ett bättre utfall för den aktiva substansen genom att minska antalet placebo-responders [3]. I tre av de fyra studierna av fluoxetin vid depression hos unga uteslöts cirka 5 procent av studiepopulationen på grund av placeborespons före randomiseringen [4-6]. Vi antar att detta påverkade jämförelsen av effekt mellan fluoxetin och placebo. Näväl, det viktigaste fyndet är att resultatet ändå var svagt för fluoxetin.

Av samtliga fyra randomiserade studier med fluoxetin visade endast en bättre effekt för fluoxetin än placebo vad gäller remission (tillfrisknande). Inte i någon av de aktuella studierna skattade de 281 fluoxetinbehandlade unga själva sin förbättring som signifikant större än de placebobehandlade [4-8]. Vi anser att de unga själva bör uppleva medicineringen som bättre än placebo för att effekt ska anses föreligga. Ändå hävdar Socialstyrelsen »evidensgrad 1« [9] och utfärdar en rekommendation vid måttlig depression (»prioritet 2«) [10].

■ TIDIGARE INLÄGG

I LT 45/2010 (sidorna 2823-4) uppmanade Göran Högberg och medförfattare Socialstyrelsen att revidera rekommendationerna om behandling av deprimerade unga patienter. Socialstyrelsens företrädare förklarade i en replik att förändringar kan göras om kunskapsläget så kräver men att man för närvarande inte ser någon anledning till förändring.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har ingen effekt i jämförelse med kontrollbehandling vid behandling av depression hos unga i tre studier av hög kvalitet med 245 KBT-behandlade ungdomar [7, 11, 12]. Vid uppföljning av 19 studier med KBT vid depression fanns det inte någon kvarstående behandlingseffekt efter ett år [13].

Socialstyrelsen hävdar trots detta att det föreligger ett »gott vetenskapligt underlag« [9] och utfärdar en rekommendation vid måttlig depression hos unga (»prioritet 3«) [10].

Den referens som Tegnell och medförfattare hänvisar till för att motivera rekommendationer utifrån vänteliste kontroll yttrar sig enbart om vikten av att rapportera fylligt om både behandling och kontroll [14]. Författarna (Boutron et al) skriver: »Först och främst är valet av kontrollgrupp viktigt och kommer att påverka den observerade effekten av behandlingen.«

Det var ju också vår poäng då vi hävdade att psykosocial behandling bör mätas mot en aktiv kontrollbehandling. Behandling jämförd med väntelista ger för de flesta inter-

ventioner hög effekt och kan inte utgöra ett jämförelseunderlag för rekommendationer.

Det finns en studie av Trowell et al om psykodynamisk terapi eller familjeterapi som visar goda resultat vid behandling av depression hos 9-15-åriga unga [15]. Efter nio månaders behandling med elva sessioner familjeterapi eller 25 sessioner psykodynamisk terapi var graden av remission cirka 75 procent. Resultatet blev ännu bättre vid uppföljning efter sex månader.

Med detta resultat och en god studie till har dessa metoder uppnått god evidens. Detta borde ha noterats av Socialstyrelsen, som i stället klassar ned dessa metoder genom att förklara att »sjukvården kan i undantagsfall erbjuda ... familjeterapi (prioritet 8) ... psykodynamisk korttidspsykoterapi (prioritet 10)« [10]. Socialstyrelsen tillämpar en 10-gradig skala i sin prioritering.

En viktig fråga är om behandlingen minskar suicidaliteten. I de sex studier av KBT vid depression där suicidalitet mättes före och efter behandlingen var effektstorleken 0,18, det vill säga obetydlig [13]. I »Treatment for adolescents with depression study« (TADS) mättes suicidaliteten före och efter behandlingen med självskattningsskalan »Suicidal ideation questionnaire«, och varken fluoxetin eller KBT gav bättre effekt än placebo [7].

Tegnell och medförfattare framhåller att när tio unga svarar positivt på selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) så drabbas en



Foto: Colourbox

Författarna önskar att behandlingen av svåra depressioner hos unga ska definieras som ett utvecklingsområde.

patient av en självmordshändelse på grund av medicineringen. De anser att detta innebär »... stor nytta i förhållande till risken« [1].

I en studie på citalopram till deprimerade unga förekom 12 procent självmordshändelser i behandlingsgruppen; dvs dubbelt så mycket som i placebogruppen [16].

Den enda studie som undersökt självmordshändelser under nio månaders medicinering med fluoxetin är TADS, som rapporterade 15 procent självmordshändelser, vilket var signifikant mer än i placebogruppen [17]. En stor del av självmordshändelserna inträffade efter 12 veckors behandling. Vi kan därför tala om bedömning av suicidalitet med fluoxetin före och efter TADS. Det bedöms att SSRI fördubblar risken för självmordshändelser jämfört med placebo, och i en studie på SSRI vid tvångstillstånd noterades ett fullbordat självmord [18].

Tegnell och medförfattare vidhåller rekommendationen att använda olika SSRI-preparat »off label«. De kodifierar därmed aktuell forskningspraxis inom barnpsykiatri till nationella rekommendationer, vilket inte överensstämmer med evidensbaserad medicin. Vi

hävdar att detta strider mot Europeiska läkemedelsmyndighetens (EMA) uppfattning, som utifrån det vetenskapliga underlaget förordar enbart fluoxetin [19].

Depression hos unga bestäms efter graderna lätt, måttlig och svår, och efter omfattningarna enstaka episod, upprepade episoder eller kronisk. Vi anser att det är viktigt att se vad som passar den enskilda patienten utifrån typen av depression, förändringsprocess, livsständigheter och preferenser [20]. Svåra depressioner utmärks av sådant som hemmasittande, självska debetende och suicidalitet. Här kommer inte Socialstyrelsen med några centrala rekommendationer men förordar i det vetenskapliga underlaget elbehandling (ECT) och tri-cykliska antidepressiva [9]. Vi önskar att behandlingen av svåra depressioner hos unga definieras som ett utvecklingsområde.

Många av dessa unga har en bakgrund med tidiga och upprepade trauman och benämns ibland »developmental trauma disorder« [21]. Om dessa tillstånd växer det fram en klinisk kunskap av multimodala interventioner med bl a aktiv multimodal psykoterapi [22], kombinationsbehandling av individualterapi och gruppterapi vid dialektisk beteendeterapi eller psy-

kodynamiska kombinationsvarianter [21].

Sammanfattningsvis kvarstår vår bedömning av en ogynnsam relation mellan nytta och risk i Socialstyrelsens rekommendationer samt vikten av att SSRI bör skrivas ut till barn enbart av specialister (barnpsykiatrer, barnläkare och vuxenpsykiatrer).

Göran Högberg
med dr, överläkare,
BUP Huddinge
gor.hogberg@gmail.com

Bo Werner
med dr, överläkare,
medicinskt ansvarig för Örebro
läns ungdomsmottagningar

Marianne Cederblad
professor em,
barn- och ungdomspsykiatri,
Lunds universitet

Björn Wrangsjö
docent i barn- och ungdoms-
psykiatri och i psykoterapi,
Karolinska institutet, Stockholm

REFERENSER

- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292:807-20.
- Vostanis P, Feehan C, Grattan E, Bickerton WL. Treatment for children and adolescents with depression: lessons from a controlled

- trial. Clin Child Psychol Psychiatry. 1996;1:199-212.
- Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. BMJ. 2007;335:142.
- Weiss JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. Psychol Bull. 2006;132:132-49.
- Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clement C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, et al. Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16:157-67.
- Vitiello B, Silva S, Rohde P, Kratochvil C, Reinecke M, Mayes T, et al. Suicidal events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). J Clin Psychiatry. 2009;70:741-7.
- Healy D. Are selective serotonin reuptake inhibitors a risk factor for adolescent suicide? Can J Psychiatry. 2009;54:69-71.
- Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy. A trans-theoretical analysis. Seventh edition. Belmont, CA: Brooks/Cole; 2010.
- van der Kolk B. Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatr Ann. 2005;35:401-8.
- Högberg G, Hällström T. Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile. Clin Child Psychol Psychiatry. 2008;13:435-48.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Försäkringskassan: Patientens försämrings-tillstånd inte känt

■ Svar till Anders Holmquist, som skrev inlägget »Intensivvårdad patient uppmanas inställa sig för arbetsprövning«, LT 50/2010 (sidan 3185).

Jag håller med dig om att det låter som en illa vald tidpunkt att delge patienten sådan information, men Försäkringskassan bedömer utifrån befintligt underlag, och i detta fall verkar det som att vi inte kände till din patients försämrings-tillstånd.

Enligt socialförsäkringslagen får man behålla sin ersättning om man vårdas på sjukhus eller har en sjukdom som innebär omfattande vård utan att vara intagen på sjukhus, trots att man missar en inplanerad arbetsförmågeutredning eller starten av Arbetsförmedlingens arbetslivsintroduktion. Din patient kan alltså vara berättigad till fortsatt ersättning och kan i efterhand ansöka om det.



På vår webbplats hittar du mer information om hur socialförsäkringen för sjukskrivna fungerar: <http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/sjukvarden>

Cecilia Udin
försäkringssamordnare,
Försäkringskassan

slutreplik:

Ingen anledning ändra riktlinjerna

■ I Lakartidningen 45/2010 (sidorna 2823-4) framförde Högberg och medförfattare kritik mot Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen svarade i samma nummer. Nu upprepar de sin kritik.

Socialstyrelsen har gjort en annan bedömning av de studier Högberg och medförfattare hänvisar till, inklusive

den av Trowell et al (2007), vilket framgår av det vetenskapliga underlaget som ligger till grund för riktlinjerna. Eftersom myndighetens och expertgruppens bedömning inte har ändrats kommer vi inte att göra några förändringar i riktlinjerna.

En uppdatering av riktlinjerna kommer att påbörjas under 2013. Fram till dess bevakar vi området kontinuer-

ligt. Om kunskapsläget förändras på ett avgörande sätt gör vi förändringar i riktlinjerna redan före uppdateringen.

Anders Tegnell
chef

Mårten Gerle
sakkunnig;
båda vid avdelningen
för kunskapsstyrning,
Socialstyrelsen