

## All heder åt den randomiserade kontrollerade studien!

Tre inlägg avseende neurokirurgi vid extremt svåra tvångssyndrom (Susanne Bejerot, Per Mindus och medarbetare, och Hans Ågren i *Läkartidningen* 45/98) ger anledning till några mer allmänna kommentarer.

### Tvångssyndromens behandlingsbarhet

Såväl klomipramin som flera SSRI-preparat är godkända på denna indikation, och beteendeterapi/kognitiv beteendeterapi har visats effektiva i åtskilliga studier. Likväl torde det inte vara någon tvekan om att många patienter bara får begränsad symtomlindring och en mindre grupp ingen hjälp alls av dessa etablerade behandlingar.

### Urvalskriterier för neurokirurgisk behandling

Vad som inte framgått av de olika inläggen är att psykiatrisk kirurgi alltid bygger på frivillighet och ett aktivt önskemål från patienten.

Kriterierna för operation har ändrats över tid. Huruvida patienter med samtidig annan psykisk störning tidigare accepterades för operation förefaller oklart. Har sjukdomsgraden ökat?

Görs kirurgi som tillägg till pågående behandling eller har sådan avslutats på grund av ineffektivitet? Hur ser den postoperativa behandlingen ut?

Såväl Bejerot som gruppen på Karolinska sjukhuset framhåller behovet av en jämförande studie med randomisering och placebogrupp. I en cross-over

design får alla strålbehandling men genom randomisering skall hälften först få placebobehandling. Hur lång tid skall förlöpa mellan de båda sessionerna? Hur skall man bevara blindningen med tanke på de vanligen förekommande akuta effekterna av strålning? Hur stora grupper behövs för att man skall kunna dra säkra slutsatser?

Eftersom tvångssyndrom i vissa studier [1, 2], men inte i andra [3], har relaterats till blodflödesabnormaliteter i distinkta hjärnregioner, och blodflödet i en studie [4] normaliserats efter behandling, borde blodflödesmätningar med PET eller SPECT inkluderas.

### Randomisering är sällan fel!

Med all respekt för klinisk erfarenhet finns det likväl empiriskt stöd för att denna ofta är felaktig. De flesta behandlingar inom sjukvården har endast måttliga effekter.

I många fall uppnås dessa dessutom bara efter en längre tids behandling. *British Medical Journal*, 31 oktober 1998, ägnades nästan fullständigt åt de kontrollerade kliniska prövningarnas historia och fortsatt centrala roll. Nästan inga av dagens läkemedel skulle varit tillgängliga utan randomiserade studier.

Utän att förringa de svårigheter som finns med att genomföra randomiserade och blinda studier av kirurgiska behandlingar kan man bara konstatera att

finns intresset och viljan så går det att genomföra. Kirurgernas skiftande skicklighet och erfarenhet kan utjämnas om tillräckligt stort antal behandlare deltar, eller man betraktar behandlaren eller kliniken som randomiseringsenhet. Blindningen kan lösas med hjälp av oberoende skattare av resultaten.

SBU anser allmänt att kontroversiella eller otillräckligt dokumenterade behandlingar bör studeras i randomiserade, kontrollerade prövningar.

*Sten Thelander*

psykiater,

projektsamordnare SBU

### Referenser

1. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 596-606.
2. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Dougherty D, Kendrick A, Curran T et al. Probing striatal function in obsessive-compulsive disorder: a PET study of implicit sequence learning. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9: 568-73.
3. Aylward EH, Harris GJ, Hoehn-Saric R, Barta PE, Machlin SR, Pearlson GD. Normal caudate nucleus in obsessive-compulsive disorder assessed by quantitative neuroimaging. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 577-84.
4. Perani D, Colombo C, Bressi S, Bonfanti A, Grassi F, Scarone S et al. [18F] FDG PET study in obsessive-compulsive disorder. A clinical/metabolic correlation study after treatment. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 244-50.

## Ge psykoterapeutisk behandling i stället för förlamande sjukskrivning

I *Läkartidningen* 26-27/98 skriver Lars Englund i sin debattartikel »Inget samband mellan sjukdom och sjukskrivning» att sjukskrivning har tappat sin roll som medicinsk ordination och blivit en rättighet som patienten själv kvitterar ut. Det är en utveckling som, handen på hjärtat, vi lite till mans anade.

Vidare ställer sig Lars Englund frågan om sjukskrivning ska ordinerars vid text emotionell oro, otrygghet, ned-

stämdhet eller dåligt självförtroende. Vi får inget svar på den frågan i artikeln, men i följande text vill jag ge Lars Englund ett svar, belyst genom synen på förhållandet psykoterapi och sjukskrivning.

### Behöver hjälp akut

Patienter som ofta behandlas med sjukskrivning tillhör en patientgrupp som befinner sig i ett akut hjälpbehov av psykoterapi. I min kliniska erfarenhet

har flertalet av dessa personer svårigheter som i facklitteraturen kallas borderlinestrukturerad personlighet. De är människor som i hela sitt vuxna liv burit på en emotionell konflikt av en svårare art men en konflikt som har förträngts och kapslats in under 20-25 år. Vardagslivets många uppgifter samt en kroppslig vitalitet har skyddat dem från den påträngande konflikten. När dessa människor söker hjälp hos sjukvården eller söker hjälp för psykoterapi i 35-40