

# SBU presenterar tveksamt underbyggda slutsatser om depressionsbehandling

Psykioterapi är en effektiv behandling vid depression, och alla etablerade former av korttidspsykioterapi är lika effektiva. Antidepressiva i kombination med ett omfattande psykosocialt stöd är lika effektivt som korttidspsykioterapi, men ger, till skillnad från psykioterapi, upphov till en mängd biverkningar och risker. Deprimerade patienter bör därför i första hand erbjudas psykioterapeutisk behandling. Den slutsatsen drar Peter Ankarberg, som här kritiserar SBUs genomgång av psykologiska behandlingsmetoder vid depressionssjukdomar.

**PETER ANKARBERG**

leg psykolog, leg psykioterapeut, Samtalscentrum Unga Vuxna, Nyköping  
[peter.ankarberg@dll.se](mailto:peter.ankarberg@dll.se)

SBU har nu för första gången publicerat både sina slutsatser om psykologisk behandling vid depression och det material som ligger till grund för slutsatserna [1]. En av SBUs slutsatser är att antidepressiv medicinering är lika effektiv som korttidspsykioterapi vid lindriga till måttliga depressioner. En annan slutsats är att psykodynamisk korttidssterapi sannolikt är mindre effektiv än kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykioterapi. Båda dessa slutsatser har tveksamt stöd i aktuell forskning, som istället visar att psykioterapi är bättre än antidepressiva och att alla etablerade former av korttidssterapi, inklusive psykodynamisk, är lika effektiva.

## Psykioterapi effektivare

En genomgång av tio av de studier SBU refererar till som jämförelser mellan antidepressiv medicinering och psykioterapi visar något viktigt. I åtta av dem [3-10] hade patienterna i medicineringsgruppen lika eller nästan lika omfattande kontakt med läkare eller sjuksköterska som patienterna i psykioterapigruppen hade med en psykioterapeut. I en studie [2] fick patienterna i medicineringsgruppen större psykosocialt stöd än patienterna i psykioterapigruppen, och i en [11] fick de påtagligt mindre stöd.

Sammantaget visar analysen att när antidepressiva jämförs med psykioterapi är det inte antidepressiva i kombination med sedvanlig läkarkontakt som jämförs utan medicinering i kombination med ett mer omfattande psykosocialt stöd. Detta innebär att SBUs slutsats att antidepressiva är lika effektiva som korttidspsykioterapi behöver förtydligas. Den gäller

endast om antidepressiva kombineras med ett nästan lika omfattande psykosocialt stöd som det patienterna i psykioterapigruppen får. Antidepressiva i kombination med lika omfattande psykosocialt stöd som i studierna ovan gör att minst 50 procent fler patienter uppnått 50 procents symtomminskning jämfört med dem som fått sedvanlig läkarkontakt [12, 13]. Korttidspsykioterapi är således väsentligt effektivare än antidepressiva med sedvanligt läkarstöd.

## Biverkningar, beroende och självmord

En rättvis jämförelse mellan två behandlingsalternativ bör ta hänsyn till både effekt och biverkningar. Några vanliga biverkningar av antidepressiva är sömnsvårigheter, yrsel, ångest, koncentrationssvårigheter, minskad sexuell lust, likgiltighet, myrkrupningar och illamående [14]. Dessutom ger flertalet antidepressiva en ökad risk för allvarliga komplikationer för nyfödda barn om mamman använt medicinen under slutet av graviditeten [15].

Flera studier visar att antidepressiva kan skapa ett fysiskt beroende [16-21] om man använder Världshälsoorganisationens enklaste definition av beroende (ett behov av upprepade doser av drogen för att må bra eller undvika att må dåligt) [21]. Vanliga abstinenssymtom är yrsel, koordinationssvårigheter, huvudvärk, illamående, irritation, aggressivt eller impulsivt beteende samt upplevelser som beskrivs som elektriska chocker i huvudet. Både den europeiska läkemedelsnämnden (EMA) och Världshälsoorganisationen rekommenderar att begreppet abstinens används för dessa symtom istället för det industrilanserade begreppet utsättningssymtom [22, 23].

I vilken utsträckning antidepressiva kan leda till beroende enligt de definitioner som finns i DSM-IV eller ICD-10

har sällan studerats systematiskt. En studie där beroende hos öppenvårdspatienter bedömdes med strukturerade instrument visade att 9 procent av dem som behandlades med antidepressiva uppfyllde ICD-10-kriterierna för beroende avseende antidepressiva under det senaste året [24]. Ytterligare stöd för att antidepressiva är beroendeframkallande är att tre vanliga antidepressiva läkemedel återfinns bland de 30 läkemedel för vilka det till Världshälsoorganisationen inkommit flest rapporter om beroende fram till juni 2002 [25].

## Barn och ungdomar

För barn och ungdomar ökar antidepressiva självmordsbenägenheten. Ökningen är så stor att för varje hundratal patienter som behandlas med antidepressiva kommer två till tre patienter att bli mer självmordsbenägna till följd av behandlingen utöver den risk som depressionen i sig orsakar [26]. Samtidigt är det tveksamt om antidepressiva är bättre än placebo vid behandling av deprimerade barn och ungdomar [27, 28].

Mot denna bakgrund bestämde Food and Drug Administration (FDA) i USA i september 2004 att alla antidepressiva skall förses med en svart ruta där det står att medicinen ökar risken för självmord hos barn och ungdomar [29]. Redan i mars 2004 varnade FDA för att det kunde finnas ökad självmordsrisk för alla åldrar vid medicinering med antidepressiva [30].

Antidepressiva har således omfattande och allvarliga biverkningar som psykioterapi inte har. När SBU inte tar hänsyn till detta förhållande i sin jämförelse mellan antidepressiva och psykioterapi blir slutsatsen överdrivet positiv för antidepressiva.

## Alla korttidspsykioterapier lika effektiva

Enligt SBU finns ett starkt stöd för att kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykioterapi (IPT) är effektiva vid lindriga och måttliga depressioner samt för att dessa båda terapiformer är lika effektiva. Vidare finns enligt SBU ett måttligt stöd för att psykodynamisk korttidssterapi (PDT) är effektiv. SBU menar att PDT sannolikt är mindre effektiv än övriga terapiformer, eftersom elva studier där PDT jämförts med KBT, enligt SBU, visar att KBT är bättre på något effektmått. Två av dessa elva

studier avser dock inte PDT utan en form av behandling för äldre med minnesproblem som kallas reminiscensterapi. En studie jämför individuell KBT med PDT i grupp, tre studier är av låg kvalitet och en avser gruppterapi där PDT är med som kontroll med tveksam kvalitet.

Därmed återstår fyra studier av hög eller medelhög kvalitet där PDT är mindre effektiv än KBT. Dessa är gjorda av samma forskargrupp och omfattar 157 patienter. Skillnaderna var genomgående små. Samtidigt redovisar SBU fem studier av hög eller medelhög kvalitet där PDT är lika effektiv som KBT. Totalt omfattar dessa studier 513 patienter. Flertalet adekvata studier som SBU hänvisar till visar således att PDT är lika effektiv som KBT.

Detta är också den slutsats som metaanalyser av korttids terapier både specifikt vid depression [31] och mer övergripande [32, 33] har kommit fram till. I psykoterapiforskningens standardverk [34] summeras forskningsläget: »decades of research have not produced support for one superior treatment or set of techniques for specific disorders«.

Det är svårt att mot denna bakgrund se att SBU har stöd för slutsatsen att psykodynamisk korttids terapi sannolikt är mindre effektiv än kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi. En rimligare slutsats är att metoderna är lika effektiva.

### Erbjud i första hand psykoterapi

Psykoterapi är en effektiv behandling vid depression, och alla etablerade former av korttidspsykoterapi är lika effektiva. Antidepressiva i kombination med ett omfattande psykosocialt stöd är lika effektivt som korttidspsykoterapi, men ger, till skillnad från psykoterapi, upphov till en mängd biverkningar och risker. Deprimerade patienter bör därför i första hand erbjudas psykoterapeutisk behandling. Denna slutsats får ytterligare stöd av att 65 procent av Sveriges befolkning vill ha psykologisk behandling om de drabbas av psykiska besvär. Endast 12 procent vill ha medicinsk behandling [35].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

- Hunkeler E, Meresman J, Hargreaves W, Fiureman B, Berman W, Kirsch A, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. Arch Fam Med. 2000; 9:700-8.
- Oswald I, Lewis SA, Dunleavy DL, Brezina V, Briggs M. Drugs of dependence though not of abuse: fenfluramine and imipramine. BMJ. 1971;3:70-3.
- Haddad PM. Antidepressant discontinuation syndromes. Drug Saf. 2001;24:183-97.
- Van Broekhoven F, Kan CC, Zitman FG. Dependence potential of antidepressants compared to benzo-

diazepines. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002;26:939-43.

- WHO expert committee on drug dependence; Thirty-third report. Geneva: World Health Organization; 2003. WHO Technical Report Series; 915. <http://www.who.int/medicines/library/qsm/915-en.pdf>
- Lenzer J. FDA hearings confirm risks of antidepressants. BMJ. 2004;329:641.
- Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cotrell D. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. Lancet. 2004;363:1341-5.
- FDA statement on recommendations of the psycho-

pharmacologic drugs and pediatric advisory committees. URL:<http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01116.html>

- Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clin Psychol. Rev 2001;21:401-19.
- Lambert MJ. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley; 2004.



Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://tarkiv.lakartidningen.se>  
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

### Replik:

## Det finns fler och bättre studier av kognitiv och interpersonell terapi

Peter Ankarberg har formulerat ett antal kritiska synpunkter på SBU-rapportens slutsatser om psykoterapieffekter och om den relativa effekten av antidepressiva läkemedel respektive korttidspsykoterapi. Samma kritik har han formulerat i en mer omfattande text i Psykologtidningen, där också en mer omfattande replik från SBU publicerats.

Låt oss först konstatera att SBU:s slutsatser inte är heliga och att vi välkomnar påpekanden om missade studier eller felaktig läsning av inkluderade studier. Den medicinska och psykologiska forskningen är intensiv, och inom några år kommer säkert vissa slutsatser att behöva formuleras om.

### Pykosociala insatser betydelse

Ankarberg hävdar att det är de mer omfattande psykosociala insatserna i vissa studier som gör att antidepressiva förfaller likvärdiga med psykoterapi. Mot detta påstående vill vi framhålla att effekten av antidepressiva och ett bra psykosocialt omhändertagande inte är större än de mer måttliga insatser som är regel i vanliga studier av antidepressiva.

Man skulle lika väl kunna hävda, vilket görs i rapporten, att ett allmänt gott omhändertagande är lika effektivt som specifika psykoterapier vid måttliga depressioner och att detta också gäller för antidepressiva. Detta är också en viktig orsak till att så många studier av antidepressiva inte finner någon skillnad mot placebo.

Vad Ankarberg däremot inte sett i rapporten är att vi hävdar att det finns en svårighetsgradient där man vid svåra depressioner har en dåligt dokumenterad psykoterapieffekt, men ett starkt stöd för effekt av antidepressiva och andra biologiska behandlingar, och stöd för en ökad effekt av att kombinera kognitiv beteendeterapi med antidepressiva.

Ett andra påstående från Ankarberg är att antidepressiva medel har en rad bi-

verkningar, medan psykoterapi är fri från sådana.

### Biverkningar

Det första påståendet är korrekt, det andra är föga studerat. Om man på grundval av en psykoterapeutisk behandlingsideologi framhåller med sådan behandling trots att patienterna inte blir bättre (cirka hälften av dem som ingår i studierna blir inte märkbart bättre) förlänger man ett svårt lidande, och det är inte orimligt att detta ökar risken för att patienten skall förlora hoppet och bli mer suicidbenägen.

### Utsättningsfenomen

Antidepressiva är inte beroendeframkallande, däremot kan utsättningsfenomen förekomma på samma sätt som för beta-blockerare. Det är mer en semantisk fråga än industripåtryckningar som gjort att man talar om »discontinuation« istället för »withdrawal«. Om det rapporteras ett par hundra fall av misstänkt beroende får detta ställas i relation till att de nyare antidepressiva förskrivs till många miljoner i världen varje år.

Antidepressiva ger inte allvarliga biverkningar hos det nyfödda barnet, men kan ge biverkningar som får vägas mot de problem med mor-barnrelationen som en depression hos den nyblivna mamman ger upphov till. Finns tillgång till psykoterapeutiska alternativ är det dock givetvis att föredra framför farma-

### Alla korttids terapier inte lika effektiva

Ankarberg hävdar att alla etablerade korttids terapier är lika effektiva mot depressioner. Här upprepar han ett misstag som han gjort tidigare, nämligen att anta att SBU:s evidensgradering primärt avser behandlingseffektivitet. Så är dock inte fallet, utan evidensgraderingen baseras på en sammanvägning av kvantitet och kvalitet. När vi skriver att det finns ett

**ANNONS**

måttligt stöd för psykodynamisk terapi men ett starkt stöd för kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi, så beror detta på att det finns fler och bättre studier av de senare terapiformerna; inte på att enskilda psykodynamiska terapistudier skulle hålla låg kvalitet.

Ytterligare ett misstag är när han åberopar Leichsenrings metaanalys som stöd för psykodynamisk terapilikvärdighet med andra korttidsterapier [2]. Leichsenring slår samman psykodynamiska terapistudier med interpersonella terapistudier. Tar man bort de interpersonella studierna framstår effekten av psykodynamisk terapi som betydligt svagare.

**Handboken**

Även om Ankarberg lyckats hitta den citerade meningen (»decades of research have not produced support for one superior treatment or set of techniques for specific disorders«) i den 800-sidiga handboken (vilket inte vi gjort) är den inte en rättvisande slutsats av vad redaktörerna skriver. I sammanfattningen, som skrivits av den nuvarande och de båda för tidigare upplagor ansvariga redaktörerna, sägs istället: »When more severe cases of depression, anxiety, and so on are considered, technique differences sometimes emerge. There appear to be specific and superior effects of some behavioral and cognitive methods with some otherwise difficult problems ...« [1; sidan 810].

Flera sorters psykoterapier är lika effektiva som antidepressiva läkemedel vid lindriga och måttliga depressioner. Psykodynamisk korttidsterapi kan höra hit, men få psykodynamiska terapeuter är utbildade i de korttidsterapier som visat effekt i kontrollerade studier.

**Björn Mårtensson**

med dr, överläkare,  
Psykiatricentrum Karolinska,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
bjorn.martensson@nvso.sll.se

**Sten Thelander**

psykiater, Bergen, Norge;  
redaktör för SBU's depressionsrapport  
sten.thelander@helse-bergen.no

**Referenser**

- Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
- Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clin Psychol Rev. 2001;21:401-19.

# RFV bör ändra instruktionerna till försäkringskassan om nya sjukintyget

II Riksförsäkringsverket (RFV) har sedan nyår lanserat ett helt nytt intyg för att en patient skall få sjukpenning. Intyget kräver merarbete för läkaren, men inte bara det. I instruktionerna anger RFV att en rad villkor skall vara uppfyllda för att någon skall få sjukpenning. Är inte intyget om två A-4 sidor komplett ifyllt skall försäkringskassan (FK) ifrågasätta rätten till sjukpenning.

Denna förändring innebär en ökning av den tid som måste ägnas åt sjukskrivning.

Intyget har som alla nya pålagor barnsjukdomar, men framförallt är instruktionen till FK hur den skall bedöma intygen behäftad med, vill jag tro, ogenomtänkta konsekvenser.

**Ofullständiga intyg underkäns**

Intygen skall underkänsas av FK om inte allt är ifyllt eller »entydigt«. Detta leder till att patienter blir informerade om att det finns risk för att deras sjukpenning inte kommer att utbetalas om inte FK får mer information, eftersom sjukskrivande läkare kan ha missat att fylla i alla rutor eller inte gett FK exakt det FK anser sig behöva. Detta besked till patienten sker omedelbart som frå-

gan uppkommit och innan läkaren har kontaktats.

Detta har lett till att en del av mina patienter med framförallt psykiatriska diagnoser har blivit oroade och försämrade. Det måste vara fel att lämna ut integritetskänsliga uppgifter i ett intyg som ofta skall lämnas till arbetsgivaren.

Instruktionen från RFV är att FK skall agera enligt ovan. Jag vill betona att detta agerande skadar patienterna och riskerar att förlänga sjukskrivningen. Dessutom äventyras patienternas förtroende och tillit till sjukskrivande läkare. Förtroendet mellan läkare och patient är i många fall avgörande för att patientens tillstånd skall förbättras. FK måste hantera framförallt patienter med psykiska problem, men helst alla, med mycket större känsla och försiktighet.

Det vore bra om RFV modererar instruktionerna till FK i denna fråga.

**Anders Westerlund**

överläkare, specialist i allmän medicin och invärtes medicin, Mölndal; f d förtroendeläkare vid försäkringskassan och f d domare i Försäkringsöverdomstolen  
anders\_westerlund@hotmail.com

**Replik:**

## Klargör läkarens roll i sjukpenningärenden

II Läkarintyget infördes i juli 2003. Det är fastställt av RFV i samråd med Socialstyrelsen. När det nya läkarintyget togs fram gjordes en grundlig genomgång för att verkligheten bara ha med de frågor som Försäkringskassan behöver för sina beslut och sin handläggning. I regeringens proposition 2002/03:89 »Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet« ägnas flera avsnitt åt vikten av utförliga medicinska uppgifter i sjukpenningärendena.

**Läkarens uppgift**

Läkarens uppgift i ett sjukpenningärende är att uttala sig om den försäkrades medicinska status och i vilken omfattning och på vilket sätt sjukdomen förorsakar förmåge- och aktivitetsbegränsningar. Försäkringskassans uppgift är att se till att de beslut om sjukpenning som fattas görs på ett tillräckligt underlag och att reglerna tillämpas korrekt. För försäkringskassan är det en frustrerande situation när intygen inte ger tillräcklig information samtidigt som den försäkrade väntar på pengar.

Vissa uppgifter från behandlande läkare är grundläggande. Det gäller diagnos/-er eller symptom, hur sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet samt den medicinska bedömningen av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga. Dessutom gäller det naturligtvis vissa formalia som patientens namn och personnummer, läkarens namn och klinik/mottagning, liksom datum för intyget och underskrift.

Om uppgifterna inte finns kan försäkringskassan inte fatta beslut. Lika viktigt som det är att snabbt kontakta läkaren för att få fram nödvändiga uppgifter, är det att informera den försäkrade om detta. Att komplettera ofullständiga medicinska underlag fördröjer handläggningen och den försäkrade får vänta på beslut och pengar. Om det sedan skulle visa sig att underlagen inte ger grund för att betala ut sjukpenning kan den försäkrade komma att bli utan pengar för förfluten tid. Detta har vi bedömt att den försäkrade måste få bli informerad om.

Anställda är skyldiga att lämna läkarintyg till sin arbetsgivare för att få rätt till