

Terapi eller medikamenter:

Hvem får tilbakefall?

Som omtalt tidligere i Forskningsnytt tyder undersøkelser på større hyppighet av tilbakefall av depresjon etter medikamentell sammenlignet med psykologisk behandling. Dette er et vesentlig spørsmål når man skal sammenligne behandlingsformer. Forskergruppen bak undersøkelsen omtalt ovenfor gjennomførte derfor en etterundersøkelse av pasientene som hadde fått det bedre etter å ha fått kognitiv terapi eller medikamentell behandling for sin depresjon. For begge behandlingsformene dreide det seg om 58% som hadde blitt bedre.

Pasientene som hadde fått en vellykket psykoterapeutisk behandling, ble i de etterfølgende 12 månedene fulgt opp med en kortvarig kontroll en gang i måneden. Pasientene som hadde hatt tilsvarende god nytte av medikamenter, ble ved loddrekning oppdelt i en fortsettelsesgruppe og en placebogruppe. Førstnevnte gruppe mottok full medikamentell behandling i de påfølgende månedene. Placebogruppen fikk også medikamentell behandling, men i form av narrepiller, noe disse pasientene ble holdt uvitende om. Narrepillene var laget av kalk og således uten virkestoffer. Tanken bak å la noen pasienter få piller med virkestoffer og noen uten var selvsagt å ta høyde for den muligheten at en fortsatt god effekt av medikamenter ikke utelukkende berodde på at pasientene trodde på at pillene ville hjelpe – og kanskje via egen optimisme kom til å føle seg bedre til mote uten at dette skyldtes pillenes kjemiske virkning. Placeboeffekten skulle jo forekomme hos dem som fikk narrepiller. Dersom de som hadde fått ekte piller, hadde det bedre enn de som hadde fått narrepiller, måtte bedringen skyldes de ekte pillene.

Da de tolv månedene var gått, talte man ganske enkelt opp hvor mange av de tidligere «helbredede» pasientene som hadde fått tilbakefall i løpet av perioden. Forekomst av tilbakefall ble avgjort ut fra faste og ensartede kriterier. I placebogruppen var det 75% som hadde fått tilbakefall. Tre av fire pasienter som i første del av studien hadde fått 16 uker medikamentell behandling med bra effekt, fikk i etterundersøkelsen tilbakefall med ny depresjon når de i året som fulgte, ikke ble behandlet med ekte, men med narremedisin. I gruppen som fikk ekte piller, var det 47% som fikk tilbakefall. Dette viser at tilbakefallsprosenten i denne gruppen var redusert fra tre firedele til halvdelen. Men det viser også at så mange som halvparten fikk tilbakefall med ny depresjon *til tross for* den oppfølgende behandlingen med riktige medikamenter.

I gruppen som utelukkende hadde fått kognitiv terapi i 16 uker og deretter ingen videre behandling, hadde 30% fått tilbakefall i året som fulgte, altså under en tredel av dem som hadde fått det bedre etter den psykologiske terapien. Dette er vesentlig færre tilbakefall enn i gruppen som fikk bare fikk medikamentell behandling i 16 uker og deretter ingen ekte medikamentell oppfølgende behandling i året som fulgte.

Konklusjonen synes klar: Korttidsbehandling med kognitiv terapi gir bedre beskyttelse mot tilbakefall enn medikamentell korttidsbehandling. Dette skyldes sannsynligvis at pasientene gjennom psykologisk behandling hadde fått bedre måter å løse nye problemer på.

Den relativt lave tilbakefallsprosenten i terapigruppen var til og med litt lavere enn i gruppen som hadde fått viderebehandling i ett år med ekte medisiner (47%). Men her er forskjellen så beskjeden at man ikke med sikkerhet kan konkludere at korttidsbehandling med kognitiv terapi er bedre enn langtidsbehandling medikamentelt. Men langtidsbehandling med medisiner kan godt tenkes å være dyrere for samfunnet enn korttidsbehandling med kognitiv terapi. Forfatterne viser til at nettopp dette fremgår av beregninger utført av en annen amerikansk forskergruppe.