

Nyanser om medikamentbruk

Andreas Høstmælingen
fagsjef i Norsk psykologforening
anhostma@gmail.com

Bjørnar Olsens påstand om lik effekt av medisiner og terapi dekker over noen sentrale poeng.

BEHANDLINGSFORMER

BJØRNAR OLSEN slår på lederplass i oktobernummeret av Psykologtidsskriftet et slag for medikamentbruk i depresjonsbehandling og etterlyser en mer nyansert debatt om dette. Han refererer til Pim Cuijpers forskning, som ikke finner forskjeller i effekt av medikamentell og psykologisk behandling.

Selv om man kanskje ikke finner signifikante forskjeller mellom terapi og medisiner ved avslutning av behandling, endrer bildet seg når man ser på langtidseffekter. Det kan se ut som pasienter med et avsluttet behandlingsløp med psykoterapi bak seg har litt bedre effekt ett år senere sammenlignet med pasienter som går på kontinuerlig medisinsk behandling gjennom hele året (Cuijpers et al., 2013). En nærliggende tolkning er at bedringen man oppnår ved terapi, holder seg etter avslutning, mens man i medisinsk behandling må fortsette å ta piller for å holde depresjonssymptomene tilsvarende i sjakk. Riktignok er dette et funn som må replikeres før vi kan rope det over hustakene, men det gir grunnlag for noen spennende hypoteser om hva som virker for hva.

Helbredende og lindrende behandling

Det er flere måter å forstå effekt eller virkning på. Et viktig skille går mellom lindrende og helbredende behandling. Førstnevnte bidrar til å lette smerten eller ubehaget uten å fjerne årsakene til at den oppstår eller opprettholdes. Når medisiner «virker» for depresjon, må vi stille oss spørsmålet om det skjer i egenskap av å være lindrende eller helbredende. Hvis de skulle virket helbredende, måtte det skje ved at de fikset noe i hjernen som forårsaket plagene. Det finnes i dag ingen vitenskapelige bevis for hypotesen om at depresjon *skyldes* svikt i hjernens serotonin-system (Cuijpers, 2016). At SSRI-preparater da virker for depresjon, kan være et uttrykk for at det å manipulere serotonin-nivåene i synapsene på et eller annet vis bidrar til å redusere opplevelsen av sjelelig smerte. Ikke ulikt det som skjer når vi i andre sammenhenger spiser smertestillende tabletter.

Det er i utgangspunktet ikke noe galt i det. Bruk av smertestillende er et viktig ledd i mange typer behandling. La oss si jeg har en dårlig rygg, og når den slår seg vrang, får jeg vondt og blir liggende. Men hvis jeg spiser smertestillende, får jeg ikke bare mindre vondt, det blir også lettere for meg å komme meg opp og bevege meg, trene og gjøre øvelser. Det er åpenbart at både fysioterapi og smertestillende «virker» for den dårlige ryggen, men det blir allikevel problematisk å snakke om lik effekt – ett tiltak reduserer smerte, et annet bidrar til helbredelse. Psykoterapi dreier seg om

å gi folk nøkler til langvarig endring. Selv om antidepressiva kan være et viktig virkemiddel for å dempe smerten nok til å komme i gang med slikt krevende endringsarbeid, er det lite som tyder på at de helbreder noe som helst. Igjen hadde ikke det trengt å være et stort problem hvis kontinuerlig pilleinntak gjorde en god jobb med å holde smerten i sjakk. Men når vi også vet at lang tids bruk av slike preparater for mange medfører bivirkninger, og dermed nye former for smerte og ubehag, så blir dette alternativet straks mer problematisk.

Jeg er enig med Olsen i at medikamenter kan ha en viktig rolle i behandling av depresjon og andre psykiske lidelser, men da er det også viktig å holde tunga rett i munnen når vi snakker om hva som virker for hva.

Referanser

Cuijpers, P. (2016, 2. sept). [Personlig kommunikasjon].

Cuijpers, P., Hollon, S.D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3. doi:10.1136/bmjopen-2012-002542