

# Psykologers ansvar for medikamentbruk

Psykologer trenger mer kunnskap om abstinenser for å bidra til trygg bruk og nedtrapping av antidepressiva.

TEKST

Ida Haugland Thoresen  
Silje Patricia Stevens

PUBLISERT 21. august 2024

EMNER

antidepressiver

Psykofarmaka

seponering

abstinenser

nedtrapping



Ida Haugland Thoresen og Silje Patricia Stevens (Foto: privat)

I Danmark undervises det om nedtrapping av psykofarmaka i psykologutdanningen. I England ble anbefalingene for depresjonsbehandling endret i 2022, med en tydeliggjøring av alvoret ved seponeringssymptomer etter bruk av antidepressiver. I Norge, derimot, har ikke retningslinjene for behandling med antidepressiver blitt endret siden 2009, og det finnes så vidt vi kjenner til, heller ingen undervisning om fenomenet tilsvarende den i Danmark. Vi mener det er nødvendig at psykologer tilegner seg mer kunnskap om bruk og nedtrapping av psykofarmaka, slik at vi kan hjelpe pasienter til å ta informerte valg og redusere risiko for feildiagnostisering og feilbehandling.

## Underkommuniserte symptomer

Komiker Jørgen Kjørnø (Baksaas, 2023) har beskrevet opplevelsen av å trappe ned på psykofarmaka som å våkne hver morgen med en sterk følelse av å være i ferd med å dø. Han erfarte daglige panikkanfall og flere kraftige somatiske symptomer, og mener faren for abstinenssymptomer er svært underkommunisert. Sett i sammenheng med at det har vært en tydelig økning i utskrivning av psykofarmaka i vestlige land det siste tiåret, og at stadig flere benytter medikamenter som antidepressiver utover de seks månedene som det er forsket på at har effekt (Bojanic, 2024), mener vi det er bekymringsfullt at psykologer ikke har den nødvendige kunnskapen til å forstå og avhjelpe seponeringssymptomer.

## **Hva er SSRI-withdrawal?**

Symptomer på nedtrapping av antidepressiver omtales ofte internasjonalt som SSRI-withdrawal. I Norge refereres det gjerne til som antidepressivt nedtrappingsyndrom, seponeringssymptomer eller abstinenser etter bruk av antidepressiver. SSRI er en forkortelse for selektive serotoninreopptakshemmere, og inkluderer kjente medisiner som Cipralex og Zoloft. Tilstanden kan også tilkjennegi seg etter bruk av andre typer antidepressiver, som SNRI (selektive noradrenalinreopptakshemmere) og trisykliske antidepressiver.

Norsk helseinformatikk (NHI, 2021) definerer tilstanden som en konsekvens av brå stans eller nedtrapping av antidepressiv medisin. Symptomene omfatter blant annet søvnproblemer, tristhet, angst, forkjølelssymptomer, kvalme, svimmelhet, slapphet, hodepine, forstyrret følesans og opplevelser av «elektrisk støt» i hodet. Tilstanden kan gi stort ubehag og medføre sykefravær fra jobb, psykososiale vansker og i ytterste konsekvens, sykehusinnleggelse. Her er det verdt å legge merke til at nedtrappingen som anbefales i de norske retningslinjene (fire til åtte uker), kan anses som «brå» sammenlignet med tidsbruken som blant annet anbefales av Royal College of Psychiatrists (2024) i England: Etter langvarig bruk angis det at nedtrapping bør pågå over flere måneder eller lenger.

## **Manglende kunnskap**

Vår hypotese er at mangelfull kunnskap bidrar til at flere med tilstanden overses, feildiagnostiseres og feilbehandles i helsetjenestene. Det er ikke vanskelig å se for seg at et behandlerapparat med lite kjennskap til problematikken feiltolker abstinenssymptomene som en ny depresjon, eller et tilbakefall til grunnlidelsen som var utgangspunktet for medisinerings i første omgang. Gjennom vårt arbeid har vi erfart at personer med denne tilstanden ofte blir forskrevet antidepressiver på nytt. Pasientene selv kan også oppleve abstinenssymptomene som for vanskelige å håndtere, og gjenoppta medisinerings på eget initiativ. Abstinensene bidrar trolig til at pasientene tror de trenger legemiddelet for å fungere – en naturlig konklusjon å trekke når andre forklaringsmodeller ikke er kjent.

Ny medisinerings kan gi negative konsekvenser som uønsket langtidsbruk og risiko for aversive reaksjoner hos pasienten. Kroppen og nervesystemet kan bli sensitivt når det utsettes for brå nedtrapping. Når personer med seponeringssymptomer da blir forsøkt behandlet på nytt med antidepressiver (eller andre psykoaktive legemidler), kan nervesystemet overveldes, noe som forverrer de allerede tilstedeværende seponeringssymptomene.

Omtrent halvparten av alle som får antidepressiver, opplever seponeringssymptomer, og enkelte får alvorlige og langvarige symptomer som kan vare fra måneder til år (Davies & Read, 2019). Flere opplever også å få symptomer etter en viss tid er gått, såkalt delayed onset. Dette kan skyldes at enkelte antidepressiver, som Fluoxetin, har lengre halveringstid. Sannsynligvis bidrar denne avstanden i tid til at feildiagnostisering forekommer.

## **Konsekvenser for pasientene**

NHI (2022) skriver på sine nettsider at antidepressivt nedtrappingsyndrom er ufarlig, men at det kan være skremmende. Dersom man legger til grunn en forståelse av begrepet farlig som noe som er fatalt, faller kanskje ikke seponeringssymptomer inn i denne kategorien. Men når det for noen personer tar flere år å bli kvitt seponeringssymptomene sine, og de er

såpass preget av sykdomsfølelse og smerte underveis at de ikke klarer å være i arbeid, vedlikeholde sosiale relasjoner eller få nok søvn, mener vi dette er svært ødeleggende, eller «farlig», for den det gjelder.

Psykologer og andre behandlere har et etisk ansvar for å ha kunnskap om og være oppdatert på den nyeste empiriske forskningen om psykofarmaka, inkludert kontraindikasjoner for det aktuelle medikamentet. Likevel er det etter vår oppfatning stor uenighet blant fagfolk når det gjelder hvor alvorlig denne tilstanden er, hvilke medikament som forårsaker den, og hvorvidt den i det hele tatt forekommer. Pasientens opplevelser og forskning på feltet diskvalifiseres av enkelte behandlere som mener å ikke ha observert fenomenet i egen praksis eller kliniske hverdag. Dette mener vi er dypt problematisk, og avdekker at verken psykiske helsetjenester eller fagfeltet oppfyller dette fagetiske ansvaret på en tilfredsstillende måte. Dette går i sin tur utover pasientene.

### **Tvilsom langtidseffekt**

Medikamentell behandling kan ha god effekt for mange, og kortvarig bruk gir trolig mindre risiko for utvikling av seponeringssymptomer. Det kan dermed være nyttig å bruke antidepressiver og andre psykofarmaka i kortere perioder, eksempelvis ved svært høyt symptomtrykk eller i tilfeller hvor andre tiltak ikke har hatt ønsket effekt.

Den amerikanske psykologforeningen (APA) og den britiske helsemyndigheten National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler imidlertid langvarig bruk av antidepressiver hos personer med kroniske symptomer, basert på studier som viser at dette gir god tilbakefallsforebygging. Disse studiene kan ikke like tydelig påvise at effekten skyldes medikamentet i seg selv. Hengartner (2020) er kritisk til studiene grunnet usikkerhet rundt den indre validiteten og at funnene ikke kan tolkes fordi det ikke skilles mellom eventuelle abstinenssymptomer og reelle tilbakefall.

Uavhengig av hva som vurderes av behandlingstiltak, det være seg medikamentelle eller andre, er det vår oppfatning av enhver pasient bør få muligheten til å ta informerte valg om egen behandling. Dette bør i tillegg til informasjon om mulige bivirkninger inkludere informasjon om risiko for abstinenssymptomer ved nedtrapping eller seponering.

### **Big pharma**

Avslutningsvis hører det med en undring omkring hvem som egentlig profitterer på stadig mer utskrivning av antidepressiver og andre psykofarmaka – etter vår mening et legitimt, om enn noe konspiratorisk, poeng.

Vi vet at farmasiselskap finansierer hoveddelen av forskning som gjøres på psykofarmaka. Gjennomgang av slike studier har vist at selskapsfinansiert forskning gir betydelig høyere sannsynlighet for å skape positive resultater, sammenlignet med forskning uten sponsorer. Lexchin (2012) viser at sponset forskning på psykofarmaka oftere publiserer positive funn flere ganger, og unnlater å publisere negative funn. Det er også funnet uoverensstemmelser mellom resultater og konklusjoner som trekkes i studiene. Det eksisterer fremdeles skjevhet i klinisk forskning på psykofarmaka, og flere farmasiselskap forsøker å fordreie bevisgrunnlaget sitt der fordelene overstiger kostnadene. Vi er nysgjerrige på i hvor stor grad slike systemiske faktorer også påvirker behandlerne som skal skrive ut eller anbefale psykofarmaka som behandling.

## Et psykologfaglig ansvar

Som psykologer sitter vi i arbeidsgrupper, behandlingsteam og individualterapi med personer som trenger god informasjon for å kunne ta informerte valg om egen behandling. Selv om vi ikke skriver ut medisiner, har psykologer påvirkningskraft og plikt til å gi riktig informasjon om behandlingen våre klienter skal få. Jo mer kunnskap vi har om abstinenser, jo lettere blir det å stille nysgjerrige spørsmål i behandlingsmøter og utarbeide gode rutiner for informasjonsformidlingen som gjelder bruk av antidepressiver og andre legemidler.

I tråd med de etiske prinsippene for nordiske psykologer skal psykologer gi klienten de nødvendige opplysningene de trenger for å vurdere om de vil delta i en gitt behandling eller ikke. Vi skal arbeide ut ifra kunnskapsbasert forskning, og hele tiden tilstrebe å utvikle egen kompetanse ved å holde oss oppdatert på vitenskapelige utviklinger innen psykologi. Dette bør etter vår oppfatning også gjelde vitenskapelige utviklinger innen psykiatri når dette har betydning for vår utøvelse av eget fag. På den måten kan psykologer ta en viktig rolle for å sikre trygg bruk og nedtrapping av psykofarmaka.

---

*Merknad.* Ingen oppgitte interessekonflikter.

### TEKST

**Ida Haugland Thoresen**

KONTAKT: ida.h.thoresen@gmail.com

**Silje Patricia Stevens**

+ Vis referanser

Baksaas, J. M. (2023, 17. april).

Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2023/04/jeg-fikk-panikkanfall-pustevansker-og-sterke-smerter-i-kroppen/>

Bojanić, I. (2024). Use of Antidepressant and Anxiolytic Drugs in Scandinavian Countries between 2006 and 2021: A Prescription Database Study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 49(1), 1-14.

<https://doi.org/10.1155/2024/5448587>

Davies, J. & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 44(2), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>

Hengartner, M. P. (2020) How effective are antidepressants for depression over the long term? A critical review of relapse prevention trials and the issue of withdrawal confounding. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 45(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2045125320921694>

Lexchin, J. (2012). Those Who Have the Gold Make the Evidence: How the Pharmaceutical Industry Biases the Outcomes of Clinical Trials of Medications. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 247-261. <https://doi.org/10.1007/s11948-011-9265-3>

NHI. (2022, 21. juli). Antidepressivt nedtrappingsyndrom. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/antidepressivt-nedtrappingsyndrom>

NHI. (2021, 12. april). Legemidler som kan gi abstinenssymptomer. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/ssri-snri>

Royal College of Psychiatrist (2024, mars).

<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants#:~:text=Even%20if%20you%20have%20only,period%20of%20months%20or%20longer.>

