
Nyere antidepressiver - brukes de for mye eller for lite?

REDAKSJONELT

LINGJÆRDE O

I dette nummer av Tidsskriftet gir Mouland og medarbeidere en oversikt over bruken av nyere antidepressiver i femallmennpraksiser i Aust-Agder i 1995 (1). De preparatene som omtales i undersøkelsen, ble for det meste brukt påhovedindikasjonen depresjon, i vanlig anbefalt dosering, og stort sett i rimelig lang tid. Forfatterne redegjør ikke idetalj for indikasjonsstillingen, og har ikke anvendt noen graderingsskala til måling av alvorlighetsgrad. Allmennlegene i Aust-Agder har imidlertid gjennomgått en omfattende kursing i diagnostikk og behandling av depresjoner, gjennomført i 1994-96 av en erfaren psykiater. Det er derfor grunn til å tro at deres indikasjonsstilling og behandlingspraksis har vært i overensstemmelse med det kvalifiserte psykiaterne anbefaler i dag. Antakelig er det ikke alle allmennleger i Norge som er tilsvarende godt trent til å diagnostisere og behandle depressive tilstander.

Når dette sees i sammenheng med at forbruket av antidepressiver har vist betydelig større økning i Aust-Agder enn ilandet for øvrig etter 1994 (1), er det nærliggende å spørre om det i resten av landet brukes for lite antidepressiver - til tross for den økning som er skjedd også på landsbasis.

Det var det såkalte Gotlands-prosjektet (2) som gav inspirasjon til kursserien i Aust-Agder. Også i Gotlands-prosjektet, som ble gjennomført på 1980-tallet, ble allmennpraktikere instruert i diagnostikk og behandling av depresjoner, og det førte til økning i bruk av antidepressiver, mindre sykehusinnleggelse for depresjon og redusert forekomst av suicid. Både Gotlands-prosjektet og Aust-Agder-prosjektet tyder på at det er grunn til å øke bruken av antidepressiver - selv sagt forutsatt at de brukes på adekvat indikasjon.

Depresjon er en vanlig lidelse, med betydelig overdødelighet, men den er underdiagnostisert og underbehandlet. Et vesentlig problem er at mange med behandlingstrengende depressiv lidelse ikke søker behandling. Vi skal her heller se på de problemer som måtte foreligge når pasienten dukker opp hos legen. Første problem er å diagnostisere depresjon hos pasienten. Det kan være

vanskelig, spesielt hvis vedkommende har en "depressio sine depressione", dvs. frembyrsyndromet depresjon uten at *symptomet* depresjon - senket stemningsleie - er fremtredende. Ifølge ICD-10 kreves det for diagnosen "depressiv episode" at pasienten må fremby minst to av hovedsymptomene depressiv sinnstilstand, tap av interesse eller glede eller nedsatt energi/økt tretthet - altså ikke nødvendigvis depressiv sinnstilstand. I tillegg kreves det at tilstanden har vart minst to uker pluss et antall andre symptomer som hører innunder det depressive syndrom, slik som søvnvansker, nedsatt matlyst, svekket selvfølelse og selvbebreidelser.

Om legen diagnostiserer depresjon, er det for valg av behandling viktig å vurdere hva slags depresjon det dreier seg om, og alvorlighetsgrad.

Klassifisering av depresjoner er imidlertid omstridt og ikke noen enkel sak.

Hovedindikasjonen for biologisk depresjonsbehandling er tilstedeværelse av symptomer som man tidligere regnet som karakteristiske for såkalt endogen depresjon eller den depressive fase av manisk-depressiv lidelse, slik som tidligoppvåkning, at tilstanden er verst om morgenen, markert retardasjon og markert tap av matlyst og libido, slike trekk sammenfattes også som "somatisk syndrom". Men grensen mot ikke-somatisk syndrom er uskarp, og det er ofte indisert å bruke antidepressiver selv om somatisk syndrom ikke er til stede. I slike tilfeller har det blant annet vært anbefalt en skåre på minst 20 på Montgomery-Åsbergs depresjonsskala (MADRS) indikerer medikamentell behandling (3). Dette må imidlertid brukes med fornuft, dels fordi MADRS ikke er et diagnostisk instrument, dels fordi en slik skala har relativt lav reliabilitet.

I tillegg til de "egentlige" depresjoner finner man i ICD-10 også depresjon som uttrykk for tilpasningsforstyrrelse og reaksjon på alvorlig belastning (F43) og organiske affektive lidelser (F06.3). Her bør man som hovedregel være tilbakeholden med å forskrive antidepressiver og heller rette behandlingen mot årsaksfaktorene, enten disse er av psykisk eller somatisk art. Grensen mot de egentlige depressive lidelser kan være vanskelig å trekke, og dogmatiske holdninger har lite for seg.

En spesiell form for depresjon der pasienten gjerne reagerer utilfredsstillende på antidepressiver, er vinterdepresjon. Til gjengjeld får man nesten alltid god effekt av lysbehandling (4).

Ut fra Gotlands-prosjektet, med støtte av erfaringene fra Aust-Agder, kan mye tyde på at det totalt sett fortsatt brukes for lite antidepressiver i Norge. Men det foregår nok også en del unødvendig behandling av lettere depressiv tilstander. Det er grunn til å skjerpe seg ytterligere når det gjelder diagnostikk og behandling av disse utbredte lidelsene.

Odd Lingjærde

LITTERATUR

1. Mouland G, Bratland B, Fagan M, Malde K, Rygh E, Welander F et al. Bruk av nye antidepressiver i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4497-500.
2. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 19-26.

3. Malt UF, Beckman S, Ekeberg Ø, Gunby B, Jørgensen J, Lingjærde O, Skomedal T. Medikamentell behandling av depresjoner i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3294-7.

4. Lingjærde O. Vinterdepresjon. Hva det er og hvordan den kan behandles. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.

Publisert: 30. november 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.