

## Depresjoner lar seg behandle effektivt!

I Tidsskriftet nr. 5/2001 (1) redegjorde Bjarte Sanne og medarbeidere for de enorme utfordringene depresjoner gir for samfunnet. Samtidig ble det redegjort for behandlingspotensialet som ligger i gruppen udiagnostiserte depresjoner. I Tidsskriftet nr. 13/2001 ble dette imøtegått av Stig Heskestad som setter spørsmålsteget ved dokumentasjonen samt stiller spørsmål ved om depresjoner ofte lar seg behandle effektivt. Dette blir igjen imøtegått av Bjarte Sanne og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 13/2001 der de stiller seg undrende til behandlingsspessismismen hos Heskestad samt henviser til aktuell litteratur.

Vi finner diskusjonen uhyre interessant, men mener flere aspekter burde vært tatt med. Det er all grunn til å være aktive og pågående i behandling av depresjoner. Der de første behandlingstiltak ikke fører til målet, vil man med fordel søke å utnytte potentialet som ligger i alternative behandlingsstrategier. De senere år har anbefalinger for behandling av depresjoner i økende grad kommet i bruk (2), også i Norge (3). Her gis det råd om behandlingstilbud der vi ikke får tilfredsstillende terapeutisk respons ved vår foreskrevne behandling. Som tiltak ved behandlingsrefraktære depresjoner nevnes elektrokonvulsiv behandling (ECT) som det best dokumenterte alternativet. «ECT er et antidepressivt andre- eller tredjehåndsalternativ når farmakologisk behandling av depresjoner ikke har virket. Det kan likevel være et førstehåndvalg ved alvorlige depresjoner med høy selvmordsfare, uttalte vrangforestillinger, innslag av forvirring, når depresjonen er på vei til å få stuporøse trekk og av og til også for eldre og somatisk syke.» Bytte til antidepressiver med bredere farmakologisk virkningsprofil, kombinasjonsbehandling, tillegg av litium eller trijodtyronin nevnes også som mulige strategier samt at forskrivning av klassiske MAO-hemmere bør prøves når ikke andre behandlinger har ført til målet (3). Dette heftet fra Statens helsetilsyn inneholder 47 litteraturreferanser, slik at anbefalingene her må kunne ansees godt dokumentert. En håndbok som gjennomgår ny kunnskap som er kommet om behandling av depresjon de senere år ble utarbeidet av den norske PTD (Prevention and treatment of depression)-komiteen og utgitt i fjor (4). Depresjonshåndboken utdyper fagområdet og vil i detalj bidra så vel til bedre forståelse samt behandling av depresjoner (5). Begge de sistnevnte publikasjonene anbefales som nyttig lesing for så vel klinikere som for andre med interesse for kunnskap om depressive lidelser.

Det er viktig at den nye kunnskapen om depresjonsbehandling når praksisfeltet og kommer våre pasienter til gode, samt at vi formidler en behandlingsoptimisme fremfor selv å la oss overmanne av pessimisme og depressive fortolkninger det ikke er faglig grunnlag for.

Bergen

Jan Øystein Berle  
Regionalt kompetansenter  
for barne- og ungdomspsykiatri  
Psykologisk institutt  
Universitetet i Bergen

Anders Lund  
Psykiatrisk institutt  
Universitetet i Bergen

### Litteratur

1. Sanne B, Dahl AA, Tell GS. Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 590–6.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for major depressive disorder in adults. Am J Psychiatry 1993; 150: 1–23.
3. Aarre TF. Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserien 3: 2000 (IK-2695). Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
4. Malt UF, Bakke O, Berle JØ, Dahl NH, Hammer L, Lund A et al. Ny kunnskap om behandling av depresjon i praksis. PTD-komiteen, Oslo. Kolbotn: Origo, 2000.
5. Krüger MB, Lund A, Skarstein J, Stubhaug B, red. Depresjonshåndboken. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

## Lamotrigin ved nevropsykiatriske lidelser

I sitt korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet nr. 16/2001 (1) er Eivind Meland opprørt over «mangelfull vitenskapelig substans» i vår omtale av lamotrigin (2). Billigere alternativer som karbamazepin og litium bør foretrekkes mener han. Meland synes ikke å vite at litium fungerer utmerket ved typiske bipolare lidelser, spesielt type 2, men klart dårligere ved tilstander kjennetegnet ved f.eks. EEG-patologi og atypisk symptomatologi. Han er ikke klar over at effekten av karbamazepin ved slike lidelser er overraskende mangelfullt dokumentert, og at valproat er mest effektivt mot mani/hypomani. Meland synes heller ikke å kjenne til at det finnes ikke så rent få pasienter hvor verken litium, karbamazepin eller valproat fungerer tilfredsstillende. Meland kan dessuten ikke ha lest våre kasuistikker. I motsetning til hva han påstår – forut for lamotriginbehandling hadde alle tre forsøkt karbamazepin og to hadde dessuten forsøkt både litium og valproat uten effekt. Behovet for gjennomgang av nye alternative behandlingsformer, som i flere placebokontrollerte forsøk har vist seg effektive, er derfor påtrengende. I lys av dis-

se fakta er det ikke helt lett å forstå Melands opphisselse.

Vi mener at psykiske lidelser med påviselige hjerneorganiske funksjonsforstyrrelser bør inngå i refusjonsreglene punkt 7 og ikke 18 med henvisning til lærebok i biologisk psykiatri hvor de hjerneorganiske forstyrrelsene ved bipolare lidelser er gjennomgått i detalj. Meland er moralsk forarget over standpunktet og henvisningen. Vi kan berolige Meland med at forskningen som våre standpunkter bygger på i det vesentligste er utført utenlands. Vi vil foreslå at kolleger som er ukjent med kunnskapsfronten leser de relevante kapitler. Med faktisk kunnskap om hva vi vet om nevrobiologiske forstyrrelser ved bipolare lidelser som utgangspunkt tar vi gjerne en diskusjon om hvilke refusjonspunkter som er mest dekkende ved forskrivning av antiepileptika ved nevropsykiatriske lidelser.

Meland mener avslutningsvis at det å motta honorar for en forelesning binder en lege til et firma. Det er mulig noen leger føler at honorar for utført arbeid betyr binding, og at man derfor bør undervise kolleger på fritiden uten vederlag. Vi deler ikke dette synspunktet og mener at man bør få honorar for arbeid utført på fritiden. Seriøsiteten i undervisning står og faller på det som fremlegges, ikke på om foreleseren honorerer. Meland og andre som eventuelt måtte dele Melands syn, anbefales å delta på fremtidige møter hvor bruk av antiepileptika i psykiatrien gjennomgås. Etter å ha lest Melands innlegg er vi overbevist om at mange vil lære mye, og kanskje bli mindre moralsk forarget?

Oslo

Ulrik Fredrik Malt  
Terje Fladvad

### Litteratur

1. Meland E. Kasuistisk rapport an lamotrigin. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1954.
2. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandling av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.

## Encefalitt etter akutt Epstein-Barr-virusinfeksjon

Etter at Gunnar Riemer og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 15/2001 (1) ble publisert, har vi gjort tilleggsundersøkelser på sera og spinalvæsker fra pasient 2 som burde være av interesse for leserne. Begge spinalvæskene fra denne pasienten ble primært testet med en meget sensitiv PCR-metode med primere fra en repetert sekvens på genomet til prototypestammen B95-8 (2). Vår erfaring med denne metoden er at den er