

Akupunktur vid depression

- en omvårdnadsåtgärd

FÖRFATTARE	Sofia Albertsson Susanne Belin
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå
	VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ann Bengtson
EXAMINATOR	Eva Jakobsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

TACK TILL

Handledare Ann Bengtson och
Kursansvarig Eva Jakobsson för stöd och engagemang.
Tony Falk för tips, råd och givande diskussioner under arbetets gång.

Titel (svensk):	Akupunktur vid depression – en omvårdnadsåtgärd
Titel (engelsk):	Acupuncture when depressed – a nursing intervention
Arbetets art:	C-uppsats. Självständigt arbete.
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Sofia Albertsson Susanne Belin
Handledare:	Ann Bengtson
Examinator:	Eva Jakobsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa både i Sverige och i världen. Depression innebär stort lidande för den drabbade individen och stora kostnader för samhället. Det är stor skillnad på nedstämdhet och depression. De flesta människor är nedstämda ibland och orsakerna till detta är olika. Depression klassas som en sjukdom och drabbar individen på alla plan, känslomässigt, kognitivt, beteendemässigt, socialt och fysiskt. Akupunktur är en del av den traditionella kinesiska medicinen och innebär att tunna nålar sticks igenom huden på punkter utmed kroppens meridianer. Akupunktur är jämställd annan medicinsk behandling inom den svenska sjukvården. Akupunktur får utföras inom gränserna för vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi tror att sjuksköterskor genom kunskapsbaserad tillämpning av komplementära metoder kan öka många patienters välbefinnande. *Syfte:* Syftet i denna studie var att undersöka sjuksköterskans möjligheter att använda sig av akupunktur i omvårdnaden av deprimerade patienter. *Metod:* Vi har gjort en litteraturstudie där vi använt oss av en induktiv analysmetod. *Resultat:* Resultaten är inte entydiga, men vårt resultat visade dock att det finns indikationer för att akupunktur fungerar mot depression. Biverkningar av akupunktur rapporterades ofta som få och milda. Shamakupunktur dvs. någon form av falsk akupunktur, har ibland visats sig ha lika bra, eller bättre effekt än akupunktur. Detta kan peka på att omvårdnaden vid mötet mellan akupunktör och patient har stor betydelse vid akupunktur. *Slutsats:* Det var stor spridning på hur studierna genomförts, vilket gör det svårt att dra några slutsatser. Resultaten indikerar att akupunktur kan ha effekt vid depression oavsett om det är akupunktören i sig eller behandlingssituationen som helhet som har effekt. I dagsläget kan sjuksköterskor och vårdpersonal inte använda sig av akupunktur vid depression då resultaten inte är tillräckliga för att räknas som evidens.

Keywords: acupuncture, depression, nursing, intervention

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Depression	1
Depressionsbehandling	3
Komplementära och alternativa metoder	5
Lagar som styr användandet av komplementära och alternativa metoder	5
Kinesisk medicin	6
Placebo	7
Hälsobegreppet	7
SYFTE	9
METOD	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	10
RESULTAT	11
AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR	11
AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR OCH LÄKEMDEL	11
AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR, LÄKEMDEL OCH LÄKEMEDELSPPLACEBO	12
AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR OCH VÄNTELISTA	12
AKUPUNKTUR UTAN KONTROLLGRUPP	14
KVALITATIVA RESULTAT	15
BIVERKNINGAR OCH SIDOEFFEKTER AV INTERVENTIONER MOT DEPRESSION	16
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
REFERENSER	21
BILAGA	
1. ARTIKELPRESENTATION	

INTRODUKTION

INLEDNING

Vi har båda utbildning inom friskvård och hälsopedagogik och har kommit att intressera oss för alternativa och komplementära metoder. Vi tror att sjuksköterskor kan öka välbefinnandet hos många patienter genom kunskapsbaserad tillämpning av komplementära metoder. Dessutom tror vi att biverkningar av de komplementära metoderna är färre och/eller lindrigare än biverkningar från läkemedel, vilket skulle kunna leda till bättre hälsa hos patienterna. Akupunktur är en av de komplementära metoder som idag används inom svensk sjukvård, framförallt mot smärta, bl.a. på Högsbo sjukhus avd 606 i Göteborg (Carlsson och Falkenberg, 2007).

Världshälsoorganisationen (WHO) rankar depression som den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning och oförmåga att arbeta. Dessutom väntas depression bli den näst största orsaken till ohälsa i världen (WHO, 2001). Sverige är inget undantag. Depressionssjukdomar är de vanligaste orsakerna till ohälsa, produktionsbortfall och oförmåga att arbeta. Detta innebär stora kostnader för både samhälle och individ, som dessutom drabbas av förluster i livskvaliteten. Depressionen drabbar även patientens närstående. Försäljningen av antidepressiva medel har ökat markant under 1990-talet, då de nya läkemedlen selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) kom ut på marknaden. En fortsatt ökning kan ses under 2000-talet och SSRI-preparaten står för merparten av försäljningen (Ramsberg & Wessling, 2008).

Akupunktur tenderar att visa samma effekt som, eller bättre effekt än antidepressiva läkemedel mot depression. Däremot ses ingen skillnad mellan akupunktur och shamakupunktur (Horowitz, 2009). Shamakupunktur används ofta i kontrollgrupper och innebär en form av falsk akupunktur (Kim, 2007). Akupunktur har även setts vara en säker metod vid depression (Zhang, Chen, Yip, Ng & Wong, 2009). Trots många rapporterade positiva effekter råder det tveksamheter då forskningsresultaten är motstridiga och ibland har studierna en dålig kvalitet (Kim, 2007; Wang, Qi, Wang, Cui, Zhu, Rong & Chen, 2008). Mot bakgrund av detta finns det anledning att fördjupa kunskaperna om vilken effekt akupunktur har på depression. Utöver detta tar denna uppsats upp vad depression innebär för individen, hur depression traditionellt behandlas samt den kinesiska medicinens filosofi.

BAKGRUND

Depression

Vanliga symtom vid depression är nedstämdhet, anhedoni (förlust av glädje och intresse för vanliga aktiviteter), ångest, trötthet, aptitförändringar, sömnstörningar, förändrad motorik, dålig självkänsla, koncentrationssvårigheter, tankar på döden, suicidtankar och suicidförsök, sexuella störningar och misstänksamhet. För att få diagnosen depression måste nedstämdhet och anhedoni finnas med i symtombilden och dessutom ytterligare tre av de nämnda symtomen. Symtomen ska dessutom kännas av under större delen av dagen, dagligen under minst två veckor och orsaka ett lidande som innebär att arbetsprestationer och sociala förmågor drabbas. Denna form av depression kan drabba alla människor, från barn till äldre (Wasserman, 2003).

Det finns flera olika former av depression. Den form av depression som oftast kopplas till just ordet depression är den s.k. egentliga depressionen. Egentlig depression kan delas in i lätt, måttlig och svår karaktär. Obehandlad varar depressionen vanligtvis minst sex månader men kan hålla i sig mycket längre. Utöver den egentliga depressionen finns diagnoserna melankoli,

dystymi (sjukligt svårmod), egentlig depression med psykotiska symtom, schizofreni och depression, bipolär sjukdom, postpartumdepression, depressioner hos äldre (med eller utan demenssjukdom) och årtidsbundna depressioner (Wasserman, 2003).

Det är stor skillnad på att känna sig nedstämd och att ha depression. Nedstämda är de flesta människor ibland och det är ingen sjukdom. Det kan bero på, att det har hänt något tråkigt eller att det är mycket att göra och är extra vanligt i de s.k. övergångsperioderna i livet. Olika händelser i livet kan av vissa personer upplevas som en kris, ex s.k. 40-årskris, klimakteriet eller att bli pensionär. Det är då viktigt att nedstämdheten ses som en ringklocka och det som är betungande får en lösning. Nedstämdheten kan då leda till något positivt. Det är dock viktigt att tänka på att nedstämdheten oavsett omfattning alltid leder till ett lidande för de drabbade, både personen som känner nedstämdhet och personerna runt omkring honom eller henne (Wasserman, 2003). I Figur 1 tydliggörs vad som klassas som psykisk sjukdom.

Naturlig nedstämdhet	Maladaptiv stressreaktion med nedstämdhet	Egentlig depression (olika former)	Dystymi eller sjukligt svårmod
↓	↓	↓	↓
Betraktas inte som psykisk sjukdom	Betraktas som psykologisk reaktion på gränsen mellan naturlig nedstämdhet och psykisk sjukdom	Betraktas som psykisk sjukdom	Betraktas som psykisk sjukdom

Figur 1. Tillstånd med sänkt stämningsläge (Wasserman, 2003 s. 40)

Alla människor tacklar svårigheter i livet på olika sätt och för vissa är det svårare att hantera motgångar. Det är också skillnad på hur män och kvinnor hanterar sina svårigheter. Risk för annan typ av sjukdom eller problem, ex missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel, sömnsvårigheter etc. finns också vid depressionstillstånd (Wasserman, 2003). När en människa utsätts för påfrestning ändrar denne sitt beteende och tankemönster för att klara av att hantera situationen, även kallat coping. Hur människan hanterar situationen har betydelse för dennes hälsa. Sättet att hantera påfrestningar är individuellt och varje individ kan ha olika resurser för att klara av att hantera olika situationer (Skärsäter, 2002). Många, både män och kvinnor, försöker hitta sätt att ta tillvara på och stärka sina möjligheter att övervinna depression. Vilka metoder som används är individuellt men exempel är att de motionerar, målar, lyssnar på musik mm (Skärsäter, 2006).

Depression drabbar fler kvinnor än män och förekomsten är störst i medelåldern, men kan drabba människor i alla åldrar. En av de vanligaste diagnoserna inom primärvården är depression. Det är dock så att många som lider av depression inte söker hjälp eller inte får hjälp. Symtom som känsla av att vara värdelös, skuld och dålig initiativförmåga kan vara några av anledningarna. Dessutom kan det handla om att vårdpersonalen inte uppmärksammar eller inte känner igen symtomen. Anledningar till att kvinnor drabbas i högre utsträckning än män kan vara genetiska och biologiska. Depressioner som följd av hormonella svängningar och förlossning är väl dokumenterat. Kvinnors traditionella roll i samhället utsätter kvinnor för mer stress än män samt ger kvinnorna mindre utrymme att ändra sin stressiga miljö. Det kan även vara så att kvinnor upplever stress mer än vad män gör (WHO, 2001).

Att leva med depression

Egentlig depression påverkar människan på alla plan, känslomässigt, kognitivt, beteendemässigt, socialt och fysiskt. Det påverkar välbefinnande och livskvalitet (Skärsäter 2002). Depression är en helkroppssjukdom och är betydligt mer än att vara deppig och nedstämd (Skärsäter, 2006). Det påverkar hur människan fungerar i sin omvärld samt hur människan upplever och förstår densamma. Således påverkas även den drabbades familj och vänner (Skärsäter, 2002).

Mycket av tillfrisknandet från depression handlar om att göra förändringar, inre förändringar som värderingar, eller yttre förändringar som arbetsuppgifter i vardagen eller på arbetet. Det handlar om att över tid anpassa sig till nya roller och nya situationer genom att pröva sig fram. Det är viktigt att som personal inom hälso- och sjukvård stötta individernas egna copingstrategier och att ta hänsyn till det sociala nätverket (Skärsäter, 2002).

Män och kvinnor - att ta sig ur depression

I regel söker kvinnor vård tidigare i sin sjukdom jämfört med män. Kvinnor kan vara ganska klara över vad som skulle hjälpa dem. De eftersöker ett bredare utbud av behandlingar än vad sjukvården kan erbjuda. De efterfrågar alternativa metoder och använder sig av massage, naturläkemedel, akupunktur och hypnos. Dock finns inte alltid ekonomiska möjligheter att utnyttja dessa alternativa terapeuter i den utsträckning de skulle vilja (Skärsäter, 2006). Kvinnor sätter tilltro till att läka sig själva genom att få tid till återhämtning, möjlighet att göra sig själva synliga och att förstå sig själva (Skärsäter, 2002). Kvinnor sätter ofta sina egna behov åt sidan och koncentrerar sig på andras. Att vardagssysslorna dock blir gjorda som förut är ett sätt för kvinnorna att göra sjukdomen så osynlig som möjligt och att inte låta sjukdomen gå ut över familjen (Skärsäter, 2006). Detta kan dessutom ge en känsla av kontroll. Att ha någon att anförtro sig åt är viktigt, det kan vara samtal både med vänner och professionella (Skärsäter, 2002).

Män sätter i regel delaktighet i samhället som en viktig del i att bli bättre där familj och vänner spelar stor roll. De sätter värde på sig själva utefter deras relation till, och roll i, det offentliga livet. Det är viktigt för männen att ta ansvar och att göra rätt för sig. Männen uppskattar att bli avlastade då de nått en punkt där de inte längre kan hantera sina liv. De behöver stöd och hjälp med att sätta in situationen i ett större sammanhang och känna hopp om att tillståndet går över (Skärsäter, 2006).

Depressionsbehandling

Depressionsbehandlingar har som mål att lindra symtom, förebygga återfall och förhoppningsvis uppnå fullt tillfrisknande (WHO, 2001).

Antidepressiva läkemedel

Som förstahandspreparat rekommenderas SSRI-preparat vid lindrig depression. Det är dock enbart hälften som får en tillfredsställande effekt av det läkemedel som först ordineras. Dessutom ses inga skillnader på gruppnivå mellan olika preparat. Däremot på individnivå kan skillnader ses även om läkemedlen hör till samma läkemedelsklass. Ett brett utbud av läkemedel är viktigt för att kunna individanpassa behandlingen, med hänsyn även tagen till eventuella biverkningar (Ramsberg & Wessling, 2008). När det gäller svårare depressioner är tricykliska preparat att rekommendera. Inom forskning gällande läkemedelseffekt råder det sällan enighet. Studier som motsäger varandra är vanligt. Det finns dessutom studier som inte kan visa signifikant bättre effekt av läkemedel än placebo (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008).

Verkningsmekanismer hos antidepressiva läkemedel

Signalsubstanser eller även kallade neurotransmittorer hjälper till att överföra information mellan olika nervceller, neuron. Överföringen av information sker i synapsen som är omkopplingsstället mellan två nervceller (Lindskog, 2004). Neurotransmittorererna serotonin och noradrenalin tycks vara inblandade i reglering av stämningsläget. Störningar i signalering med dessa signalsubstanser anses ha betydelse för depression (Tågerud, 2009). Neurotransmittorererna bildas i en nervcell och frisätts sedan från densamma. Vanligtvis sker förmedlingen av signalen fort eftersom neurotransmittorererna bryts ner mycket snabbt (Lindström, 2009). De flesta antidepressiva läkemedlen idag verkar genom att förhindra återupptag av dessa substanser i det presynaptiska neuronet. Därmed förhindras inaktivering av frisatt noradrenalin och serotonin (Tågerud, 2009). De antidepressiva läkemedel som används mot depression idag är främst selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), tricykliska antidepressiva (TCA), selektiva noradrenalinåterupptagshämmare (NARI) och monoaminoxidashämmare (MAO) (Ramsberg & Wessling, 2008).

Biverkningar av antidepressiva läkemedel

Mental hämning och sänkt initiativförmåga är två av symtomen för depression. Detta kan göra att personer med depression inte gör verklighet av sina självmordstankar. Då det ofta tar ett par veckor innan läkemedlen har effekt på depressionen kan hämningarna avta innan stämningsläget har höjts. Risken för självmord kan därför öka i början av behandling med antidepressiva (Tågerud, 2009).

Det finns en rad vanliga biverkningar för de läkemedel som används mot depression. Utan att specificera biverkningarna för respektive läkemedel nämns; muntorrhet, illamående, huvudvärk, diarré, förstoppning, trötthet, yrsel, hjärtklappning, sömnbesvär, ångest, ökad aptit, svettning, pupillvidgning och svårigheter för ögat att fokusera (ackommodationssvårigheter) som vanliga biverkningar. Största skillnaden ligger inte i vilka biverkningar respektive läkemedel har, utan med vilken frekvens biverkningarna uppkommer (Ramsberg & Wessling, 2008).

Elektrokonvulsiv behandling

Vid svåra depressioner är elektrokonvulsiv behandling (ECT) en effektiv behandling (Ramsberg & Wessling, 2008). Denna behandling innebär att elektricitet passerar genom hjärnan, vilket kan ses som barbariskt, men metoden har visat sig vara effektiv. Patienten får muskelavslappande och sederande läkemedel, men vaknar kort efter behandlingen och minns oftast inget av den. Även om metoden visat sig vara effektiv, är verkningsmekanismen bakom vad som mildrar depression ännu oklart, men många teorier finns om att ECT normaliserar aktiviteten hos neurotransmittorer i hjärnan. Det finns risker kopplat till ECT-behandling vilket gör en del patienter och anhöriga tveksamma. Framförallt gäller detta minnesförlust för tiden kring behandlingen. Efter behandling med ECT är risken för återfall ändå stor (Nevid, Ratus & Greene, 2008).

Psykoterapi

Många patienter föredrar någon form av rådgivning eller samtal (Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao & Wells, 2000). Psykoterapi är en form av samtalsterapi som bedrivs av legitimerad psyko terapeut. Terapin baseras på observation av patienter med depression och psykologiska teorier som förklarar hur depressioner uppstår. Terapierna syftar till att stärka självförtroendet hos patienten så att denne kan ta kontroll över sitt liv. Stärkt självförtroende får de bl.a. genom att få ökad kunskap om sig själva, nya erfarenheter och hjälp att utnyttja sina resurser bättre. Det finns flera former av psykoterapi och vilken som används styrs av patientens problem, sätt att förhålla sig till omvärlden, symtom och personlighet. De former

som används är kognitiv psykoterapi, dialektisk beteendeterapi, psykodynamisk psykoterapi, interpersonell psykoterapi, stödjande psykoterapi, familje- och parterapi, gruppterapi och beteendeterapi (Wasserman, 2003).

Komplementära och alternativa metoder

Det finns en mycket stor mängd komplementära och alternativa metoder. Komplementär och alternativ medicin förkortas ofta som KAM (Schönström, 2006). Mycket av det som i andra delar av världen, ex Asien, anses vara traditionell medicin, är det som vi i västvärlden kallar alternativ eller komplementär medicin. I västvärlden blir dessa metoder vanligare och vanligare (Carlsson & Falkenberg, 2007).

Komplementär medicin

Komplementär medicin används som ett komplement till skolmedicinen och har en förklaring, diagnos och behandling som mer stämmer överens med skolmedicinen jämfört med den alternativa medicinen. Komplementära metoder finns idag inom hälso- och sjukvården (Carlsson & Falkenberg, 2007).

Alternativ medicin

Alternativ medicin är som det låter en behandling utifrån en alternativ syn på medicin, istället för en behandling enligt den skolmedicin vi erbjuder i vår traditionella sjukvård. De som utövar alternativ medicin har en egen förklaringsmodell, diagnos och behandling (Carlsson & Falkenberg, 2007).

Integrativ medicin

Integrativ medicin betyder att man kombinerar de komplementära och alternativa metoderna, som är vetenskapligt bevisade, med skolmedicinen och i samarbete med patienten stärker de faktorer som bygger på hälsa. Ett helhetsperspektiv tas för att kunna erbjuda den form av behandling som är bäst för den enskilda patienten (Carlsson & Falkenberg, 2007). I USA och delar av Europa används integrativ medicin mer än i Sverige där vi hålls tillbaka av de lagar som styr hälso- och sjukvårdspersonal. Komplementär och alternativ medicin anses inte ha tillräckligt med vetenskapliga bevis (Schönström, 2006).

I Italien, Spanien, Österrike och Frankrike utövas KAM enbart av legitimerad personal, då dessa anses ha rätt grund för att göra medicinska bedömningar. Schweiz, Storbritannien och Tyskland är exempel på länder där både KAM och skolmedicinen används parallellt (Schönström, 2006). Vart fjärde sjukhus i Norge erbjuder alternativ behandling och de har sedan 2004 en lag som tillåter legitimerad personal att använda vissa alternativa behandlingar (Carlsson & Falkenberg, 2007).

Lagar som styr användandet av komplementära och alternativa metoder

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal lyder under; Lag (1998: 531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

I kapitel två beskrivs hur personalen ska bedriva sitt arbete.

”1 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.”

(Socialstyrelsen, 1998).

”2 a § När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient skall medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.”

(Socialstyrelsen, 1998).

I Schönströms bok (2006) redogörs för Socialstyrelsens bestämmelser kring akupunktur. År 1984 godkändes akupunktur mot smärta i Sverige och år 1993 jämfördes akupunktur med annan medicinsk behandling och får utövas som behandling inom gränserna för vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kinesisk medicin

Den Traditionella Kinesiska Medicinen (eg. Traditional Chinese Medicine, TCM) är minst fyra tusen år gammal. I TCM är målet att uppnå balans hos patienten, vilket medför fysisk, mental och själslig hälsa. TCM är omfattande och innefattar utöver akupunktur många andra behandlingsmetoder och råd om kost och livsstil. I Kina finns både sjukhus som är inriktade på TCM, och sjukhus inriktade på västerländsk medicin. Idag har den senare tagit över, men båda finns och utövas parallellt (Schönström, 2006). Akupunkturen härstammar från TCM men metoden används även på andra håll i världen (Carlsson & Falkenberg, 2007).

Inom TCM arbetar man med den livsenergi som flödar i kroppen s.k. qi. Qi är osynligt och varje organ har sitt eget qi. TCM baseras på energi, yin och yang, överskott och underskott. Yin och yang är varandras motpoler, samtidigt som de kompletterar varandra. Yin representerar det solida och kalla samt kroppens inre, medan yang representerar kroppsytan, det flyktiga och varma. Vid diagnos skiljs på om obalansen kännetecknas av yin eller yang. Även de fem elementen, trä, eld, metall, jord och vatten, är viktiga vid diagnos. Varje individ kännetecknas av ett eller flera element, vilka kan spela roll för fysik, beteende och personlighet (Schönström, 2006).

Förklaringsmodell för akupunktur enligt kinesisk medicin

Akupunktur är en av de behandlingsformer som ingår i TCM. Den traditionella, kinesiska förklaringsmodellen baseras på att hälsa och välbefinnande beror på flödet av energier i kroppen, qi. Energin flödar i olika banor som kallas meridianer. Vid vissa specifika punkter längs meridianerna placeras tunna nålar för att göra meridianerna fria från blockeringar (Ernst & Singh, 2008). Genom att intermitterant snurra på nålarna påverkas och stimuleras energiflödet (qi) i kroppen och detta upplever patienten som en spänning eller pirrande känsla, men kan även kännas varmt eller kallt (Schönström, 2006). Moxabehandling kan ges för att förstärka effekten av akupunktur. Moxabehandling innebär förbränning av örten gråbo nära huden eller direkt på akupunktur nålen och används för att värma och stärka. Värmen påverkar flödet av qi och blod (Schönström, 2004).

I den s.k. meridianteorin beskrivs att kroppen består av i huvudsak 12 meridianer, alla kopplade till kroppens inre organ och hudyta (Carlsson & Anckers, 1997). Det blir således effekt både i meridianen och i de organ som den är förknippad med (Schönström, 2004). Meridianer går lodrätt längs med kroppen och utmed dessa ligger akupunkturpunkterna. Förutom de 12 huvudmeridianerna finns åtta extrameridianer, 15 kollateraler (löper transversalt), 12 muskelmeridianer och 12 hudområden (Carlsson & Anckers, 1997). Akupunkturbehandling mot depression inriktas på hjärtmeridianen då denna anses vara påverkad vid depression. Således påverkas även flödet av qi i denna meridian och kan vara orsak till depression (Horowitz, 2009). Däremot används inte depression som en egen diagnos (Steeffel, 1996), utan med ett holistiskt tankesätt tas patientens sömn, puls, tunga, hud, energinivå mm med i bedömningen. Behandlingen utformas efter symtomen (Schönström, 2006).

Västvärldens syn på akupunktur

Västvärlden accepterar inte den kinesiska förklaringsmodellen (Carlsson & Falkenberg, 2007), då de inte finns någon motsvarighet inom västerländsk medicin (Schönström, 2006). Västvärlden har ett mer naturvetenskapligt synsätt (Carlsson & Falkenberg, 2007) och det saknas evidens för att qi och meridianer finns. Däremot kan nerver stimuleras vid vissa punkter, således kan akupunktur påverka nervsystemet och musklerna. Akupunktur har setts kunna frigöra neurotransmittorer, serotonin och endorfiner (Ernst, Pittler & Wider, 2006). Inom kinesisk medicin används akupunktur mot många fler diagnoser än inom den västerländska medicinen (Carlson & Falkenberg, 2007).

Biverkningar av akupunktur

Rapporterade biverkningar av akupunktur är ytliga hematom efter nålsticken, nålstickssmärta, förvärrande av symtom, blodtrycksfall, svettningar, dåsighet, illamående, kräkning, blekhet, ryckningar och kramper, nålbrott, infektionsrisk, brännskador från Moxa, nervskador, perforation av organ och blödningsrisk vid antikoagulationsbehandling. Med tanke på de biverkningar som finns är det viktigt att inför behandling med akupunktur göra en ordentlig anamnes (Ernst & Singh, 2008; Bensoussan, Myers & Carlton, 2000; Carlsson & Anckers 1997; Zhang, Z.-J., et al., 2009).

Placebo

Placebo betyder ”jag skall behaga”. Placeboeffekt handlar om en positiv effekt, psykisk eller fysisk, som beror på personliga eller kulturella förväntningar (Lindskog, 2004). Det är personens egen tro och inställning som ger effekt, inte själva behandlingen eller preparatet som ges. Det är alltså personens psyke som påverkar resultatet och visar kroppens egen förmåga att läka. Inom skolmedicinen, som vill se samband mellan orsak och verkan, ses placebo ofta som något negativt. Många situationer inom vetenskaplig skolmedicin påverkar placeboeffekten t.ex. en tablettens färg, hur mycket tid läkaren har och vad denne förmedlar med kroppsspråket. Däremot inom TCM nämns inte placebo alls, här fokuseras patientens upplevelser och uppfattning av behandling snarare än mätbara effekter (Schönström, 2006).

Hälsobegreppet

Eriksson (1989) har gjort en omfattande genomgång av begreppet hälsa, dess utveckling, andra teoretikers teorier och forskning. Ordet hälsa kommer från fornsvenskan ”hel”. Således innebär ”att vara hälsa”, att vara hel som människa. För att kunna känna sig hel måste människan stå i nära kontakt med sitt innersta, med sin andlighet och sin religiositet.

Det som är tydligast hos Eriksson (1989) är att hon skiljer mellan den objektiva hälsan och den subjektiva hälsan. Hennes definition av hälsa lyder:

”Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande (men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom)”

(Eriksson 1989 s.29).

Eriksson ställer höga krav på individen genom att hävda att hälsa är något som människan *är*, och inte något som människan *har*. Individen ansvarar för sin egen hälsa, är aktiv och formar sitt liv genom egna val. För att kunna *vara hälsa* krävs integration. Integration betyder en samlande och förenande process. Hälsa är en helhet, en integration, med många dimensioner och består av individen själv och dennes totala miljö. Människan utvecklas på tre olika nivåer; den biologiska, den psykologiska och den sociala och kulturella. Eriksson (1989) menar att hälsa är integration, således krävs det att människan på ett bra sätt kan integrera alla delarna till en helhet. Hälsa handlar även om att på ett bra sätt klara av att utnyttja sin potential och sina möjligheter, utan att vara beroende av andra. Integration *är* hälsa först då människan klarar detta utifrån den mognadsnivå denne befinner sig på.

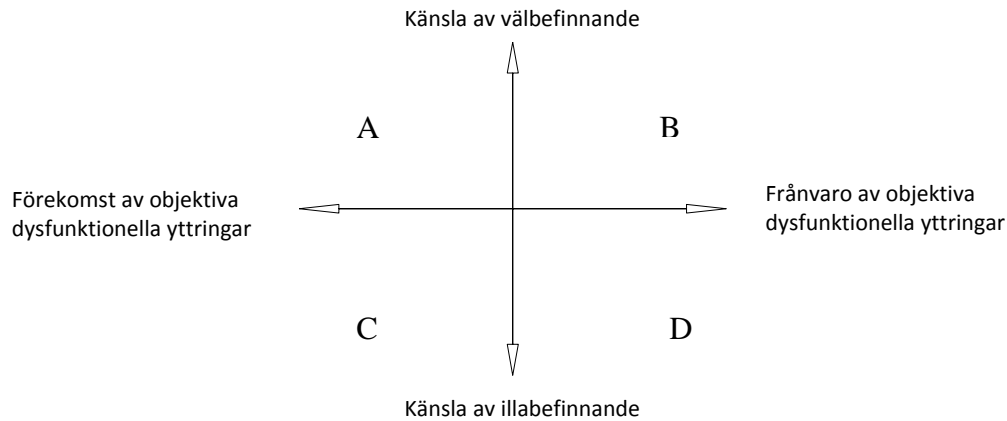
Vidare i definitionen av hälsa finns sundhet och friskhet samt välbefinnande. Sundhet och friskhet står för den objektiva delen av hälsa. Att vara sund utgör den psykiska delen, vara klar och orienterad och att handla sunt. Friskhet handlar om den fysiska hälsan, olika fysiska egenskaper t.ex. organfunktion. Att vara frisk och sund är något som människan själv kan känna och värdesätta, men utomstående kan också skapa sig en bild av detta genom observationer och samtal med individen. Välbefinnande är en känsla hos individen, en inre upplevelse, som inte är direkt observerbar av en annan individ. Välbefinnande står för den subjektiva delen av hälsa. De subjektiva och de objektiva delarna faller inte alltid samman. Hälsa sett ur detta perspektiv varierar från individ till individ och är ett psykologiskt begrepp. Känslan av välbefinnande är en helhetskänsla som omfattar både fysiska och psykiska komponenter. Att vara fri från sjukdom är inte nödvändigt och inte heller tillräckligt för att ha hälsa. Däremot:

”att säga sig ha välbefinnande är en tillräcklig betingelse för hälsa”

(Eriksson, 1989 s. 29).

Eriksson menar att hälsan är relativ. Hälsa är unikt för varje individ och ändrar sig över tid, mycket beroende på vilken situation individen befinner sig i. Beståndsdelarna kan vara desamma men sammansättningen varierar. Vad som är friskt och vad som är sjukt bedöms av samhället, vilket kan variera. Hälsa är således inget statiskt utan en dynamisk process. Att människan kan känna hopp och att människan kan se mening i tillvaron kan bidra till hälsa. Hälsa kan ses som naturligt hos människan och ohälsa blir därmed ett resultat av att människan utsatts för något eller stött på hinder som människan inte klarat att bemästra. Ohälsa och sjukdom har alltid drabbat människan och kommer troligtvis alltid att göra det. Lidande, smärta, sorg och glädje finns naturligt i livet (Eriksson, 1989).

Eriksson (1989) menar att människan kan ha olika hälsopositioner (Figur 2). Person A mår bra men har objektiva tecken på ohälsa, upplevd hälsa. Person B har inga objektiva tecken på ohälsa samtidigt som denne känner sig frisk och upplever välbefinnande, verklig hälsa. Person C känner sig sjuk och har objektiva tecken på ohälsa, verkligt sjuk. Person D är en person som saknar objektiva tecken på ohälsa men som känner sig sjuk, upplevd ohälsa (Eriksson, 1989).



Figur 2. Hälsokorset (Eriksson, 1989 s.46)

Hälsa ses som en förutsättning för mänskligt liv och social utveckling. Hälsa är något som hela tiden är under utveckling. Sjuksköterskans uppgift är att stötta patienter i att uppleva hälsa oavsett vad deras diagnos är (Skärsäter, 2002).

SYFTE

Att undersöka sjuksköterskans möjligheter att använda sig av akupunktur i omvårdnaden av deprimerade patienter.

METOD

För att skapa en översikt över kunskapsläget kring akupunktur vid depression har vi gjort en litteraturstudie enligt Fribergs (2006) exempel. Uppsatsen kan ses som ett fristående arbete eller som grund för en kommande empirisk studie. På ett systematiskt sätt har vi skaffat oss en överblick över ämnet och de ämnesspecifika begrepp som finns. Detta har sedan legat till grund för de artikelsökningar som gjorts. Efter kvalitetsgranskning och analys av artiklarna har dessa sorterats i kategorier för att spegla resultatet.

DATAINSAMLING

Sökningar har gjorts i PubMed och Cinahl enligt Tabell 1. De inkluderingskriterier vi använt oss av är att deltagare i studierna ska ha diagnostiserats med depression, vara vuxna samt främst erbjudas akupunktur mot sin depression. Enbart artiklar på engelska valdes. Exkluderingskriterier har varit reviews och studier som riktats mot depression som följd av andra sjukdomar t.ex. stroke, alzheimer, demens, cancer, insomnia, förlossning eller graviditet. Artiklar gällande örönakupunktur och elektroakupunktur valdes bort. Vi har inte tidsbegränsat sökningarna. Databasinsamlingen resulterade i nio artiklar, varav fyra pilotstudier. Alla artiklar är i huvudsak kvantitativa, men fyra studier har inslag av kvalitativ forskning.

Tabell 1. Artikelsökning

Databas	Datum	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Valda studier	Slutligen valda studier	Referens
Cinahl	100328	Acupuncture and depression or "depressive disorders" and nursing	Find all my search terms, peer reviewed	165	20	2	Whiting, et al. (2008), Blitzer, et al. (2004).
Cinahl	100328	Acupuncture and depression and patients and experiences	Find all my search terms, peer reviewed	2	1	1	MacPherson, et al. (2004).
PubMed	100329	Acupuncture and "depressive disorder"	English	65	6	1	Zhang, W-J., et al. (2009).
PubMed	100330	Acupuncture and "depressive disorder"	English, randomized controlled trial	20	5	1	Allen, et al. (2006).
Cinahl	100330	Acupuncture and depression or "depressive disorder" and nursing	Peer reviewed, find all my search terms, acupuncture, depression, "depressive disorder" in title. Nursing in abstract	26	5	1	Gallagher, et al. (2001).
Cinahl	100407	Acupuncture and depression or "depressive disorder" and qualitative	Peer reviewed	160	27	1	Williams, et al. (2006).
Manuell sökning i referenslistor	100328 -100408					2	Röschke, et al. (2000), Allen, et al. (1998).

DATAANALYS

Vi har använt oss av induktiv analysmetod. Data lästes med öppet sinne där begrepp och kategorier fick växa fram utifrån artiklarnas innehåll (Friberg, 2006). Data lästes igenom flera gånger med fokus på det manifesta innehållet. Vi sökte svar på frågorna:

- Hur har studien gjorts (interventioner och kontrollgrupper)?
- Vad har resultaten visat?

Skillnader i interventionernas design blev tydliga, vilka känns nödvändiga att belysa för att kunna tolka resultatet. De kategorier som växt fram bygger främst på interventionernas design och resultaten redovisas utifrån respektive design.

RESULTAT

Analysen resulterade i sju kategorier, varav fem kategorier är baserade på interventionens design. De sju kategorierna är:

- Akupunktur jämfört med shamakupunktur
- Akupunktur jämfört med shamakupunktur och läkemedel
- Akupunktur jämfört med shamakupunktur, läkemedel och läkemedelsplacebo
- Akupunktur jämfört med shamakupunktur och väntelista
- Akupunktur utan kontrollgrupp
- Kvalitativa resultat
- Biverkningar och sidoeffekter av interventioner mot depression.

Samtliga kategorier återfinns i resultatet som rubriker.

AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR

En studie med syfte att hitta ett sätt att genomföra en vetenskaplig studie av akupunktur mot depression har använt sig av akupunktur i interventionsgruppen, medan kontrollgruppen behandlades med shamakupunktur. I studien ingick 19 deltagare, varav 17 fullföljde denna. I interventionsgruppen gavs individanpassad akupunkturbehandling mot depression enligt TCM, vilken bestämdes av akupunktören. Akupunktören fick utbildning i att behålla sin professionalism och konfidentialitet. Detta för att akupunktörens eventuella olikheter i bemötande av patienterna beroende på behandling inte skulle påverka resultatet. Shamakupunktur innebar i studien att nålarna placerades ytligt på behandlande akupunkter men inte på akupunkter förknippade med depressionsbehandling. Ingen stimulering av nålarna skedde efter det att de var satta, samtliga deltagare i denna grupp behandlades på samma akupunkter. Interventionsgruppens deltagare uppvisade fler depressiva symtom och lägre välbefinnande vid studiens start, dessutom var medelåldern 10 år högre i denna grupp jämfört med kontrollgruppen. Behandlingarna pågick i 40 minuter, varav 20 minuter akupunktur. Tolv behandlingar gavs till deltagarna i båda grupperna (Whiting, Leavey, Scammell, Au & King, 2008).

Interventionsgruppen, 13 av deltagarna, uppvisade en reducering i depressiva symtom samt ett ökat välbefinnande, där förbättring sågs gällande fysisk funktion, trötthet/energi, känslomässigt välbefinnande, social funktion, smärta, generell hälsa, fysisk begränsning och känslomässig begränsning. I kontrollgruppen, fyra av deltagarna, uppvisades samma resultat, förutom något sämre resultat gällande smärta och fysisk funktion (Whiting, et al., 2008).

AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR OCH LÄKEMEDEL

En studie (Röschke, Wolf, Müller, Wagner, Mann, Grözinger & Bech, 2000) syftar till att utvärdera effektiviteten av akupunktur tillsammans med läkemedelsbehandling mot depression. Dessutom undersöks om akupunktur på specifika punkter avsedda att ge effekt mot depression ger bättre resultat än shamakupunktur. De 70 patienter som deltog i studien delades slumpmässigt in i tre grupper. Alla grupper fick läkemedel mot depression, en grupp fick dessutom akupunktur (A), en fick dessutom shamakupunktur (S) och den tredje gruppen fick enbart läkemedel (L). A-gruppens behandling bestod av ett standardiserat protokoll där alla deltagare fick samma behandling på specifika akupunkter avsedda för behandling mot depression. Shamakupunkturen i denna studie innebar att akupunktören satte nålarna i närheten av de specifika akupunkterna och penetrerade huden endast ytligt. Alla i S-gruppen fick behandling på samma punkter. Tolv behandlingar gavs under en period av fyra veckor, varje behandling varade 30 minuter och utfördes av erfarna akupunktörer utbildade inom TCM. Resultaten utvärderades under åtta veckor (Röschke, et al., 2000).

I studiens resultat jämförs dels de tre grupperna med varandra och dessutom ställs de båda akupunkturgrupperna tillsammans, mot läkemedelsgruppen. Resultat redogörs för samtliga deltagare. Alla grupper visade förbättring över tid gällande psykiatrisk störning, förändring över kort och lång tid, depressiva symtom, behandlingssvar och behandlingseffekt samt depressiv sinnesstämning över tid. De första fyra veckorna var resultaten i alla tre grupper homogent, medan resultaten de fyra sista veckorna visade på bättre resultat i A- och S-gruppen, således var tidsfaktorn avgörande för resultatet. När de båda akupunkturgrupperna slogs samman sågs signifikanta skillnader. De båda akupunkturgrupperna fick ett snabbare svar på behandlingen än L-gruppen. Däremot har inga signifikanta skillnader setts mellan de olika akupunkturgrupperna (Röschke, et al., 2000).

AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR, LÄKEMEDEL OCH LÄKEMEDELSPLACEBO

Ytterligare en studie har använt sig av akupunktur, shamakupunktur och läkemedel, men med en lite annorlunda design (Zhang, W-J., Yang & Zhong, 2009). Syftet är att fastställa effekten och säkerheten av akupunktur i kombination med läkemedel som en intervention mot depression. Åttio personer deltog i studien och blev slumpmässigt indelade i två grupper; interventionsgruppen fick akupunktur och läkemedel samt läkemedelsplacebo medan kontrollgruppen fick shamakupunktur och läkemedel. Båda grupperna behandlades med samma läkemedel. Interventionsgruppen fick lägre dos av läkemedlet med tillägg av läkemedelsplacebo för att den upplevda dosen skulle vara lika för de båda grupperna. Båda grupperna fick akupunktur på sex akupunkter, fem gånger i veckan under sex veckor. Interventionsgruppen fick behandling på specifika akupunkter för att behandla depression. Kontrollgruppen fick akupunktur på akupunkter i närheten av de specifika akupunkterna, dock inte lika djup penetrering. Behandlingsprotokollet var standardiserat för respektive grupp, dvs. alla inom samma grupp fick samma akupunkturbehandling. Samtliga patienter informerades om att de skulle behandlas med två olika former av akupunktur mot depression, en traditionell och en icke-traditionell akupunktur. Dock fick inte patienterna veta vilken av behandlingsformerna de skulle behandlas med. I ett försök att minimera risken att akupunktörerna skulle ha betydelse för resultatet var inte dessa insatta i studiens syfte och de fick inte heller kommunicera med patienterna kring valda akupunkter (Zhang, W-J., et al., 2009).

Resultat redovisas för 74 deltagare. Andelen som ansågs ha svarat på behandlingen var för interventionsgruppen 80 %. I kontrollgruppen var motsvarande siffra 77,5 %. Studien visar en signifikant minskning av depressionens svårighetsgrad och ångestsymtom för samtliga deltagare. Mellan grupperna sågs ingen signifikant skillnad när det gäller depressionen, dock uppvisade interventionsgruppen en signifikant större förbättring jämfört med kontrollgruppen gällande ångestsymtom. Författarna anser att en låg dosering med läkemedlet i kombination med akupunktur är jämförbart med rekommenderad dos av det använda läkemedlet när det gäller effekt på depression. Kombinationen är passande för patienter med ångest eller svåra läkemedelsbiverkningar enligt Zhang, W-J., et al. (2009).

AKUPUNKTUR JÄMFÖRT MED SHAMAKUPUNKTUR OCH VÄNTELISTA

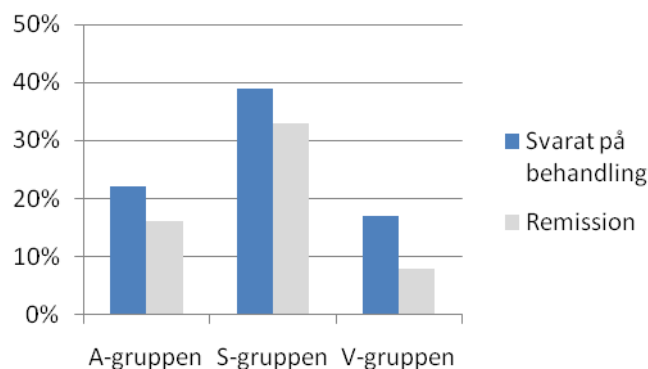
Ytterligare två studier har gjorts i försök att fastställa akupunktorens effekt mot depression (Allen, Schnyer & Hitt, 1998; Allen, Schnyer, Chambers, Hitt, Moreno & Manber, 2006). I den första studien ingick 38 kvinnor som slumpmässigt delades in i tre grupper, varav 33 kvinnor fullföljde studien. Den första gruppen fick akupunktur specifik mot depression (A), den andra fick shamakupunktur (S) och den tredje gruppen placerades på väntelista för behandling (V). Behandlingarna pågick under åtta veckor med totalt 12 behandlingar. S-gruppen fick i denna studie akupunktur på akupunkter ospecifika för depression men specifika

för att behandla andra obalanser i kroppen enligt TCM. Både A-gruppen och S-gruppen fick individanpassade behandlingar. Akupunktörerna var inte insatta i vilken diagnos patienterna hade, utan satte nålarna på akupunkter som bestämts av en annan akupunktör (Allen, et al., 1998).

A-gruppen uppvisade efter behandlingen en signifikant förbättring gällande depressiva symtom jämfört med S-gruppen. Trenden visade även att A-gruppen minskade symtomen mer än V-gruppen men detta var icke signifikant. Patienterna i behandlingsgrupperna fick själva skatta sina depressiva symtom och svårighetsgraden av sin depression. Signifikanta skillnader sågs mellan grupperna, där A-gruppen visade bättre resultat. Enligt ett mätinstrument hade efter åtta veckor 50 % i A-gruppen uppnått full remission, motsvarande andel i de andra respektive grupperna var 27 %. Ett annat mätinstrument visade andra siffror gällande de som uppnått full remission; 42 % i A-gruppen, 9 % i S-gruppen och 20 % i V-gruppen. Efter de åtta första veckorna fick även S-gruppen och V-gruppen specifik akupunkturbehandling under åtta veckor. Efter att alla grupper således fått åtta veckors specifik behandling hade 70 % uppnått full remission enligt första mätinstrumentet och 64 % enligt det andra (Allen, et al., 1998).

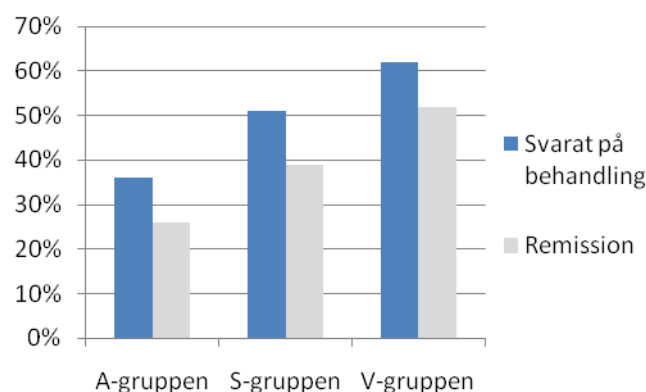
Den andra studien (Allen, et al., 2006) som med samma syfte har genomförts utefter liknande design med undantag av antal deltagare och uppföljande behandling efter åtta veckor. Denna studie använde ett större urval med 151 deltagare, varav 20 deltagare hoppade av innan studien avslutats. Deltagarna delades in i samma tre grupper som i föregående studie (Allen, et al., 1998), A-grupp, S-grupp och V-grupp. Behandlingarna gavs under åtta veckor. Efter de första åtta veckorna visade alla deltagare signifikant minskning av depressionssymtom och svårighetsgrad av depression. A-gruppen och S-gruppen visade signifikant större förbättringar än V-gruppen, dock sågs ingen signifikant skillnad mellan A-gruppen och S-gruppen (Allen, et al., 2006).

I studien mäts: response rate, vilket vi valt att kalla behandlingssvar. Enligt studiens kriterier för vad som anses vara att svara på behandlingen och att uppnå full remission var det 22 % i A-gruppen, 39 % i S-gruppen och 17 % i V-gruppen som svarat efter de första åtta veckorna. Motsvarande siffror gällande remissionen var 16 % i A-gruppen, 33 % i S-gruppen och 8 % i V-gruppen (Figur 3). När jämförelse görs mellan de olika grupperna ses signifikanta skillnader mellan S-gruppen och V-gruppen gällande andel som uppnått full remission och andel som svarat på behandlingen. Däremot ses inga signifikanta skillnader gällande dessa parametrar när jämförelse görs mellan A-gruppen och V-gruppen och inte heller mellan S-gruppen och A-gruppen (Allen, et al., 2006).



Figur 3. Resultat efter 8 veckor (Modifierad efter Allen, et al., 2006, s. 1670).

Efter de första åtta veckorna fick alla tre grupper akupunkturbehandling specifik mot depression i åtta veckor. Därmed fick A-gruppen totalt 16 veckors akupunkturbehandling mot depression. S-gruppens och V-gruppens respektive behandlingar under de första åtta veckorna följdes av åtta veckors specifik akupunkturbehandling. Resultatet gällande förändring i depressionssymtom och svårighetsgrad visade sig kvarstå, samtliga deltagare visade en signifikant förbättring jämfört med ingångsvärdet. V-gruppen som erhöll minst antal behandlingar uppvisade vid studiens avslut lägst svårighetsgrad, dock inte signifikant. Enligt studiens kriterier för vad som räknas som behandlingssvar respektive remission hade 36 % i A-gruppen, 51 % i S-gruppen och 62 % i V-gruppen svarat på behandlingen. Siffrorna för full remission var 26 % i A-gruppen, 39 % i S-gruppen och 52 % i V-gruppen (Figur 4). Vid jämförelse mellan grupperna sågs signifikant skillnad mellan V-gruppen och A-gruppen, där V-gruppen visade bättre resultat efter 16 veckor. I övrigt sågs inga signifikanta skillnader i jämförelser mellan grupperna (Allen. Et al., 2006).



Figur 4. Resultat efter 16 veckor (Modifierad efter Allen, et al., 2006, s. 1670).

Uppföljningen efter 16 veckor visade att enligt studiens kriterier hade 50 % av samtliga deltagare svarat på behandlingen och 39 % hade uppnått full remission (Allen, et al., 2006).

AKUPUNKTUR UTAN KONTROLLGRUPP

Som uppföljning på studien gjord av Allen, et al. (1998) har en studie gjorts i syfte att undersöka långtidseffekten av akupunktur mot depression. I den första studien (Allen, et al., 1998) fullföljde 33 av 38 kvinnor, varav 26 kvinnor deltog i uppföljningsstudien. Uppföljningsstudien gjordes sex månader efter avslutad behandling i första studien. Av kvinnorna i uppföljningsstudien hade 17 uppnått full remission i första studien. Fyra kvinnor hade åter insjuknat i depression, enligt studiens kriterier för återfall (Gallagher, Allen, Hitt, Schnyer & Manber, 2001).

En pilotstudie (Blitzer, Atchison-Nevel & Kenny, 2004) har genomförts i syfte att undersöka huruvida akupunktur är effektivt mot depression. Totalt ingick 10 deltagare i studien, varav åtta fullföljde. Studiens design utformades för att i möjligaste mån likna klinisk verksamhet inom kinesisk medicin. Varje deltagare bedömdes och behandlingsprotokoll utformades vid varje behandlingstillfälle enligt TCM. Akupunkturbehandling föregicks även av moxabräkning och/eller örtbehandling enligt TCM. Deltagarna behandlades två gånger i veckan i fyra veckor följt av behandling en gång i veckan i ytterligare fyra veckor, totalt 12 behandlingar. Samtliga deltagare som fullföljde studien uppnådde full remission. Resultatet visade signifikant minskning av rapporterade depressiva symtom efter behandlingen jämfört med utgångsvärdet (Blitzer, et al., 2004).

I ett försök att utreda vad som behövs för att kunna göra en studie av akupunktur för deprimerade patienter vetenskapligt godtagbar, har en studie genomförts på 10 patienter. Deltagarna bedömdes enligt principer för TCM och denna bedömning låg till grund för antal behandlingar och behandlingens utformning. Deltagarna fick upp till tio behandlingar under tio veckor, akupunktörerna individanpassade behandlingarna inför varje besök. Deltagarna remitterades till studien av sin husläkare och flera av deltagarna fortsatte med den vård och behandling som de tidigare haft. Akupunkturen blev således ett komplement till annan behandling. Eftersom bedömning och behandling gjordes enligt TCM användes alternativ och komplement till akupunkturen, en deltagare var rädd för nålar och behandlades därför med akupressur. Sex deltagare fullföljde studien över tio veckor, varav fyra deltagare fick tilläggsbehandlingar. Deltagarna i studien hade olika svårighetsgrad av depression vid inträdet i studien (MacPherson, Thorpe, Thomas & Geddes, 2004).

Resultatet för alla deltagare var som helhet positivt. Signifikanta förbättringar sågs gällande depressionens svårighetsgrad, depressionssymtom och oro- och ångestsymtom. Resultatet visade också förbättringar gällande övergripande hälsa, dock inte signifikanta. Resultat för respektive patient finns också redovisat. De två deltagarna med mild till måttlig depression var de deltagare som visade bäst resultat, med en minskning av depressiva symtom med 80 %. Alla deltagare var positiva till att använda akupunktur någon gång igen (MacPherson, et al., 2004).

För att utvärdera behandling av akupunktur för äldre har en pilotstudie gjorts där en akupunkturutbildad sjuksköterska utförde behandlingar på en poliklinisk mottagning. Tretton patienter, varav 10 fullföljde studien, blev remitterade av sin läkare. Deltagarna remitterades till studien på grund av att tidigare behandlingar inte fungerat, fysisk sjukdom, ångest, negativa tankar eller komplicerade depressionstillstånd. Deltagarna fortsatte sin medicinerings som tidigare. Patienterna fick 12 behandlingar under 12 veckor, en behandling i veckan. Depressiva symtom, aktivitetsnivå och välbefinnande förbättrades signifikant under behandlingsperioden. Dessa resultat kvarstod vid uppföljning efter en månad (Williams & Graham, 2006).

KVALITATIVA RESULTAT

Whiting, et al. (2008) redovisar att de flesta ansåg att akupunkturbehandlingen hade en positiv inverkan på deras välbefinnande, särskilt på känsla av stress och upplevd energinivå. Tre deltagare upplevde akupunkturbehandlingen ineffektiv. Alla deltagare var positiva till att genomföra studien. Inga större skillnader sågs mellan studiens akupunkturgrupp och den grupp som fick shamakupunktur, när det gäller rapporterad positiv eller negativ inverkan av akupunktur (Whiting, et al. 2008).

I studien av Blitzer, et al. (2004) framkom att deltagarna upplevde att livskvaliteten kan påverkas positivt av akupunktur och att patienterna kunde hitta bättre och mer effektiva sätt att interagera med vårdpersonal. Detta kan i sin tur leda till en positiv påverkan på arbetet med deprimerade patienter och deras välbefinnande (Blitzer, et al., 2004).

Genom att fånga upp kommentarer från patienter har deras upplevelser belysts i studien gjord av MacPherson, et al. (2004). Efter behandlingen upplevde patienterna sig mindre oroliga, mindre ängsliga, mindre ledsna, på bättre humör och mer motiverade. Patienterna upplevde också att de hade lärt sig mycket om depression och hur de kan bekämpa den. De tyckte också att behandlingen var givande och värdefull (MacPherson, et al., 2004).

Patienterna som behandlades i poliklinisk vårdmiljö upplevde miljön som tillfredsställande och behandlingarna som icke oacceptabelt smärtsamma. De upplevde också att akupunkturen var avslappnande, samt att behandlingen hjälpte dem att få förbättrat humör (William & Graham, 2006).

BIVERKNINGAR OCH SIDOEFFEKTER AV INTERVENTIONER MOT DEPRESSION

Sammantaget av alla studier rapporterades nålsmärta av 12 personer. Av dessa 12 hade 11 deltagare fått specifik akupunktur för att behandla depression, eller specifik akupunktur mot annat tillstånd. En deltagare hade fått shamakupunktur, vilken inte varit behandlande för något tillstånd. En av dessa personer avbröt studien relaterat till nålsmärta (Allen, et al., 2006; Whiting, et al., 2008; Zhang, W-J., et al., 2009). En person rapporterade hudutslag som var snabbt övergående (Zhang, W-J., et al., 2009).

Allen, et al. (2006) har i sin studie redogjort för biverkningar rapporterade av deltagarna. Biverkningar rapporterades av båda grupperna i studien som behandlades med specifik akupunktur mot depression respektive shamakupunktur, specifik akupunktur för annat tillstånd. Båda grupperna rapporterade ungefär samma mängd biverkningar under behandlingstiden. Sextio procent av deltagarna rapporterade något av följande somatiska symtom; muskelryckningar, halsbränna, sura uppstötningar, aptitförändringar, viktuppgång, miktionsförändringar, oregelbunden hjärtfrekvens, uppblåsthet eller rapningar. Ca 20 % rapporterade smärtsymtom, 20 % rapporterade förvärrade sömnproblem och 18 % rapporterade intensifiering av känslor och känsloreaktioner. Författarna anser att det är oklart om biverkningarna beror på förvärrande av depressiva symtom eller om biverkningarna hänger ihop med akupunkturen i sig (Allen, et al., 2006).

En studie tar upp biverkningar av läkemedel. Studien visade att gruppen som behandlats med shamakupunktur och läkemedel rapporterade signifikant fler biverkningar än den grupp som fått akupunktur och lägre dos av samma läkemedel (Zhang, W-J., et al., 2009).

Totalt fyra patienter rapporterade förvärrade depressionssymtom (MacPherson, et al., 2004; Whiting, et al., 2008). En personer rapporterade lättare trötthet och dåsigheit, tre personer rapporterade att de kände sig avslappnade och energifyllda och en patient tog överdos efter tre behandlingar med akupunktur. Denna person kom dock tillbaka för fler akupunkturbehandlingar (MacPherson, et al., 2004).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi har i våra sökningar sett att samma artiklar återkommer många gånger. Vi har utöver sökorden i Tabell 1 använt oss av sökordet *caring* och olika kombinationer av de olika sökorden men inte fått fram nya artiklar. Ett problem har varit att många artiklar är på kinesiska eller publicerade i utländska, främst kinesiska tidsskrifter som inte är tillgängliga. Vi gjorde även specifika sökningar på svenska respektive norska artiklar utan resultat. Vi har valt att fokusera på tillståndet depression, inte depression som följd av annan sjukdom eller annat tillstånd. En del av studierna är gjorda på ett litet urval, en del är pilotstudier. Dessa studier har ändå känts nödvändiga att ta med, dels för att det inte finns så mycket forskat på området och dels för att pilotstudierna kan vara ett steg i rätt riktning i arbetet att få fram vetenskapliga studier och evidensbaserad kunskap.

Vi har noterat att det oftast är fler kvinnor än män, eller enbart kvinnor som ingår i studierna. I litteraturen ses inga skillnader i hur män respektive kvinnor svarar på akupunktur. Dessutom drabbas kvinnor i högre utsträckning av depression än män och kvinnor söker i regel vård tidigare i sin sjukdom. Därför anser vi att snedfördelningen i studierna inte är anmärkningsvärd.

RESULTATDISKUSSION

Det är stor spridning på studiernas design. Ibland har det använts standardiserade akupunkter, ibland individanpassade akupunkter, ibland revideras behandlingen från gång till gång och tilläggsbehandlingar görs enligt TCM. Svårlästa resultat, ibland otillräckligt beskriven analys och dåliga redogörelser av kvalitativa resultat tillsammans med små urval och att inte alla studier har använt sig av kontrollgrupp, gör det svårt för oss att dra några slutsatser. Avsaknad av standardiserade behandlingsprotokoll medför å ena sidan stor variation. Å andra sidan hamnar behandling med standardiserade protokoll långt ifrån den traditionella kinesiska medicinens natur. Inom TCM används unika kombinationer av akupunkter för varje patient och varje behandlingstillfälle. Problemen är mångfacetterade (Kim, 2007; Allen, et al., 2006). Alla studier har använt fler än ett instrument för att mäta depression vilket gör att trovärdigheten ökar. Det finns indikationer för att akupunktur mot depression kan fungera, men vi anser inte att det räcker som evidens.

Enligt SBU är randomiserade kontrollerade studier av högt bevisvärde. Att arbeta med evidensbaserad vård innebär bl.a. att kunna kombinera kliniskt kunnande och evidens, vilket är bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Frågan är om det är möjligt att finna evidens för akupunktur med randomiserade kontrollerade studier. Inom t.ex. läkemedelsforskning används denna form av studier. I dessa studier kan utöver läkemedlet, åtgärder som anses vara icke farmakologiska, ha betydelse för resultatet. När det gäller komplexa, icke-farmakologiska interventioner, ex akupunktur, kan randomiserade kontrollerade studier ge ett falskt negativt resultat, då även patienter som får shamakupunktur således kan förbättras (Paterson & Dieppe, 2005). Resultaten påverkas av att TCM innehåller så mycket mer än enbart akupunktur. Inom TCM används ett holistiskt tankesätt, grundlig anamnes görs, behandlaren baserar bedömningen på vad denne ser, hör och känner (Schönström 2006). Många studier använder sig av shamakupunktur som en form av kontrollgrupp. Detta är inte helt oproblematiskt då effekten av själva nålsticket kan ha en terapeutisk effekt, vilket skulle kunna innebära att båda formerna av akupunktur behandlar depression (Kim, 2007). Ska shamakupunktur användas som kontrollgrupp bör det säkerställas att shamakupunktur inte är en effektiv behandling i sig (Whiting, et al., 2008; Zhang, W-J., et al., 2009; Röschke, et al., 2000).

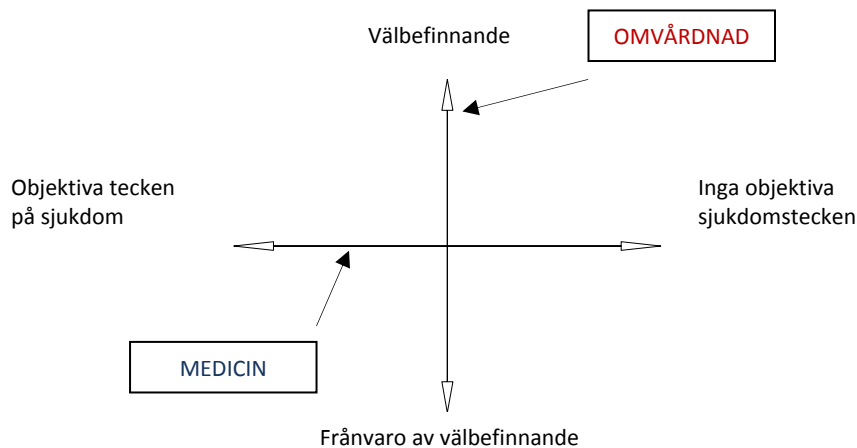
De specifika effekterna av de icke farmakologiska interventionerna missas ibland då de inte alltid går att skilja från placeboeffekter. Därmed är kanske inte randomiserade kontrollerade studier den bästa vägen att gå för att få fram evidens för akupunktur mot depression (Paterson & Dieppe, 2005). Patienter som stått på väntelista innan specifik akupunkturbehandling rapporterade anmärkningsvärt goda resultat i jämförelse med de som fått shamakupunktur följt av specifik akupunktur och de som fått specifik akupunktur i 16 veckor. Med anledning av detta och det faktum att patienter behandlade med shamakupunktur visade bättre resultat än de som fått specifik akupunkturbehandling, ifrågasätter vi om det är akupunkturen i sig eller omvårdnadssituationen som ger effekt (Allen, et al., 2006). Dessutom är två studier gjorda enligt i princip samma design, där visar studien med störst urval sämre resultat gällande akupunkturens effekt på depression (Allen, et al., 1998; Allen, et al., 2006). Av denna anledning anser vi att det behövs fler studier med många deltagare. Inom vården av deprimerade patienter används läkemedel trots att dokumenterade effekter av dessa inte är

entydiga. Dessutom har studier visat att läkemedel och placebo kan ha lika bra effekt. Även ECT används utan att verkningsmekanismen är säkert fastställd. Inom TCM är inte placeboeffekter något som nämns, fokus ligger på upplevelsen av och uppfattningen om behandlingen, snarare än mätbara effekter. Med detta som bakgrund ställer vi oss frågan: kan det räcka med *att* akupunktur fungerar, eller måste vi alltid veta *hur* det fungerar?

Ett intressant resultat angående placebo- och evidensfrågan är det som framkom i studien gjord av Röschke, et al. (2000). Resultatet här visar inga skillnader mellan de olika formerna av akupunktur. Oavsett om patienterna fått specifik akupunktur eller shamakupunktur, i kombination med läkemedel har behandlingen haft bättre effekt på depressionen jämfört med enbart läkemedel. Vi anser att detta kan peka på att omvårdnaden kring akupunkturen, dvs. lugn miljö, bemötandet, extra uppmärksamhet, paus i vardagen mm, är en viktig del av resultatet, vilket stärks av författarnas diskussion. Vidare menar författarna att akupunkturen är ett komplement till läkemedel (Röschke, et al., 2000). Vi anser att dagens sjukvård ska fokusera på samarbete och komplementära metoder snarare än konkurrens och alternativa metoder.

Utifrån de lagar och förordningar som vårdpersonal har att rätta sig efter måste det finnas evidens för de åtgärder som görs. Vårdpersonal kan därför inte använda sig av akupunktur mot depression i dagsläget, fler studier behövs. Vi anser att det varken ur författningssynpunkt eller ur etisk synpunkt är rätt att använda en metod som inte är evidensbaserad.

Enligt Eriksson (1989) kan patienter känna sig friska trots att sjukdom föreligger. Eriksson lägger således vikt på skillnaden mellan objektiv och subjektiv hälsa. Positiva upplevelser kan i sin tur leda till ökat välbefinnande och bättre hälsa. Som sjuksköterskor är det viktigt att utöver den fysiska hälsan även se till den psykiska hälsan (Eriksson, 1989). Inspirerade av Erikssons hälsokors (Eriksson, 1989) anser vi att det känns aktuellt att utveckla hennes hälsotanke i förhållande till akupunktur vid depression (Figur 5).



Figur 5. Omvårdnad är att arbeta längs den lodräta axeln i hälsokorsset medan medicinen arbetar längs den vågräta. Båda aspekterna påverkar patienters hälsa och är därför viktiga. Även om akupunktur inte botar eller behandlar depression, kan akupunktur, ur omvårdnadssynpunkt, ändå vara ett komplement till annan behandling vid depression i framtiden. Depression innebär stort lidande för den drabbade. Vi tror att en behandling med akupunktur, med gott bemötande, lugn miljö, avsatt tid för behandlaren att se hela människan kan bidra till ökat välbefinnande. Således kan symtomen lindras vilket ingår i målen för depressionsbehandling enligt WHO. Genom att vinkla forskningsfrågan från akupunktur *mot* depression till akupunktur *vid* depression kan en annan dimension belysas.

Vi anser att en anledning till att fortsätta genomföra studier inom området är att många människor, framför allt kvinnor, efterfrågar större utbud än vad sjukvården kan erbjuda idag. Om akupunktur mot eller vid depression blir en erkänd metod skulle ex sjuksköterskor kunna remittera patienter till en akupunktör, liksom systemet för fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) och fysisk aktivitet på recept (FAR). I och med detta kommer kostnaden för patienten bli lägre. Enligt Gallagher, et al. (2001) kan akupunktur även vara kostnadseffektivt för vården som långtidsbehandling vid depression. Vi tror inte det nödvändigt att det är just sjuksköterskan eller annan vårdpersonal som utför akupunkturen, men det kan ligga inom sjuksköterskans omvårdnadsansvar. Akupunktur skulle dock kunna vara en utbildning som passar som komplement till den kunskap sjuksköterskan redan besitter. Sjuksköterskor är utbildade att se hela patienten, både vad de ser, hör och känner, även inom TCM används detta holistiska tankesätt (Schönström, 2006). Skillnaden är att den västerländska medicinen arbetar med diagnoser, medan den traditionella kinesiska medicinen arbetar med obalanser i qi och i kroppens meridianer (Schönström, 2006). Många depressionstillstånd är långvariga och behöver därför behandling under en lång tid. Det kan därför finnas anledning att tro att akupunkturkunskaper vid depression skulle passa bäst för personal inom poliklinisk vård i de fall akupunkturen inte utförs av en akupunktör inom TCM.

Tanken med att arbeta med akupunktur och remittera patienter, som vid FYSS och FAR, känns modern. Studier har visat att denna form av arbete inte är oproblematiskt. Det krävs att läkaren är involverad och tar sig den tid som krävs för att förklara de behandlingsalternativ som patienten har. Läkare kan vara skeptiska till akupunktur och av den anledningen inte vara villiga att remittera. Dessutom kan patienten p.g.a. sin sjukdom ha svårt att ta ställning till olika behandlingsalternativ (MacPherson, et al., 2004).

Biverkningar rapporteras i olika utsträckning i studierna. Oftast rapporteras få och milda biverkningar, så som dåsigheit, nålsmärta mm. Nålsmärta rapporteras i mindre utsträckning av de, som i studierna, fått shamakupunktur. I samtliga studier där denna skillnad ses har shamakupunkturen inneburit yttlig penetrering, därav är denna skillnad inte anmärkningsvärd. I studien gjord av Allen, et al. (2006) rapporteras dock anmärkningsvärt många biverkningar. De biverkningar som rapporteras är dock ej allvarliga även om många av de somatiska symtomen som rapporterats som biverkningar kan vara till stort besvär för patienten (Allen, et al., 2006).

Studien gjord av Zhang, W-J., et al. (2009) nämner i sin diskussion fyra skäl till att de rekommenderar låg dos läkemedel med akupunktur som komplement; det etiska dilemmat, att akupunkturen har effekt, färre biverkningar av läkemedel samt att biverkningar av akupunktur är milda och övergående. Att erbjuda deprimerade patienter enbart akupunktur innebär att de inte får läkemedelsbehandling, vilket kan ifrågasättas ur etisk synpunkt. Författarna anser dock att akupunkturen har effekt, grundat på att akupunkturen kompenserade den lägre dosen läkemedel. Lägre dos av läkemedel i kombination med akupunktur genererade färre läkemedelsbiverkningar. Detta faktum kan ha berott på akupunkturen i sig eller det faktum att lägre dos läkemedel gavs, eller möjligtvis en kombination av de båda. Sista skälet handlar om att de biverkningar som setts av akupunktur varit milda och snabbt övergående (Zhang, W-J., et al., 2009). Ytterligare ett skäl kan vara att behandling med akupunktur har lika bra effekt på lång sikt som andra etablerade behandlingar. Antal återfall efter dessa behandlingar är jämförbara med antalet återfall efter akupunkturbehandlingar (Gallagher, et al., 2001). Detta resonemang tycker vi låter intressant, men med bakgrund av studien av Allen, et al. (2006), anser vi att fler studier bör göras angående akupunkturrens biverkningar. Dessutom bör det göras fler studier med stort antal deltagare där återfall efter akupunkturbehandling undersöks.

En anmärkningsvärd biverkan vi sett i en av studierna (MacPherson, et al., 2004) är att en patient tagit överdos i början av sin akupunkturbehandling. Detta fick oss att fundera över likheten med antidepressiva läkemedel där ökad risk för suicid föreligger i början av behandlingen. Kan orsaken vara densamma? Kanske kan detta vara ett tecken på att akupunkturens effekt i kroppen liknar effekten av läkemedel.

Inga av de studier vi tittat på har jämfört akupunktur med någon form av psykoterapi eller kombination av dessa. Då psykoterapi är en etablerad behandlingsform av depression skulle detta vara intressant att undersöka.

I denna litteraturstudie visar inte resultatet det vi förväntat oss eller det vi hade hoppats på. Däremot har det väckt betydligt fler tankar och funderingar än vad vi på förhand trodde. Till skillnad från medicinen så ligger inte omvårdnadens fokus på samband mellan orsak och verkan. Vi anser att det är viktigt att fokusera på patienternas välbefinnande och hälsa, samt interventioner som stärker detta. En del av studierna har undersökt upplevelsen av behandlingen, men inte som primärt syfte. Dessa resultat indikerar att akupunktur vid depression kan ha positiv effekt på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Utifrån detta anser vi att det behövs fler kvalitativa studier, då vi tycker det är viktigt att se resultatet av akupunktur så som det upplevs av patienten. Den effekt som patienten upplever är den sanna effekten.

Slutsats

Resultaten indikerar att akupunktur kan ha effekt vid depression oavsett om det är akupunkturen i sig eller behandlingssituationen som helhet som har effekt. I dagsläget kan sjuksköterskor och vårdpersonal inte använda sig av akupunktur vid depression då resultaten inte är tillräckliga för att räknas som evidens. Resultaten indikerar också att biverkningar av akupunktur inte är allvarliga men att de kan upplevas besvärande. Patienter har även rapporterat att akupunkturen varit värdefull och att de lärt sig mycket om hur depressionen kan bekämpas.

REFERENSER

- Allen, J. J. B., Schnyer, R. N., & Hitt, S. K. (1998). The efficacy of acupuncture in the treatment of major depression in women. *American psychological society* 9(5): 397-401.
- Allen, J. J. B., Schnyer, R. N., Chambers, A. S., Hitt, S. K., Moreno, F. A., & Manber, R. (2006). Acupuncture for depression: A randomized controlled trial. *Journal of clinical psychiatry* 67(11): 1665-1673.
- Bensoussan, A., Myers, S. P., & Carlton, A-L. (2000). Risks associated with the practice of traditional Chinese medicine. *Archives of family medicine* 9, 1071-1078.
- Blitzer, L. E., Atchinson-Nevel, D. J., & Kenny, M. C. (2004). Using acupuncture to treat major depressive disorder: a pilot investigation. *Clinical acupuncture and oriental*
- Carlson, P., & Falkenberg, T. (2007). *Integrativ vård – med konventionella, alternativa och komplementära metoder*. Stockholm: Gothia förlag.
- Carlsson, C., & Anckers, L. (1997). *Akupunktur och TENS inom obstetrik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of general internal medicine* 15(8), 527-534.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. (2:a uppl.). Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Ernst, E., Pittler, M. H., & Wider, B. (2006). *The desktop guide to complementary and alternative medicine*. Philadelphia (PA): Elsevier Ltd.
- Ernst, E., & Singh, S. (2008). *Salvekvick och kvacksalveri – alternativmedicinen under luppen*. Stockholm: Leopard förlag.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gallagher, S. M., Allen, J. J. B., Hitt, S. K., Schnyer, R. N., & Manber, R. (2001). Six-months depression relapse rates among women treated with acupuncture. *Complementary therapies in medicine* 9(4): 216-218.
- Horowitz, S. (2009). Acupuncture for treating mental health disorders. *Alternative & complementary therapies* 15(3), 135-141.
- Kim, Y-H. J. (2007). The effectiveness of acupuncture for treating depression. A review. *Alternative & complementary Therapies* 13(3): 129-131.
- Lindskog, B. I. (2004). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

- Lindström, E. (2009). Signaltransduktion. I Norlén, P., & Lindström, E, (red.), *Farmakologi* (s. 36-44). Stockholm: Liber AB.
- MacPherson, H., Thorpe, L., Thomas, K., & Geddes, D. (2004). Acupuncture for depression: First steps toward a clinical evaluation. *The journal of alternative and complementary medicine* 10(6): 1083-1091.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A. & Greene, B. (2008). *Abnormal psychology in a changing world*. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education.
- Paterson, C., & Dieppe, P. (2005). Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 21(330): 1202-1205.
- Ramsberg, J., & Wessling, A. (2008). *Depression: Genomgången av läkemedel mot depression*. Solna: TLV, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.
- Röschke, J., Wolf, Ch., Müller, M. J., Wagner, P., Mann, K., Grözinger, M., & Bech, S. (2000). The benefit of whole body acupuncture in major depression. *Journal of affective disorders* 57(1-3): 73-81.
- Schönström, S. (2004). *Kinesisk medicin – traditionell läkekonst i modern tid*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Schönström, S. (2006). *Från akupunktur till schamanism – guide till komplementär och alternativmedicin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and women, suffering from major depression. A comparative and explorative study. (Akademisk avhandling). Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Göteborg, Sverige.
- Skärsäter, I. (2006). Återhämtning från depression. I B. Arvidsson, I. Skärsäter (red.), *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s.101-122). Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (1998). *Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 2010-04-06 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Evidensbedömning GRADE*. Hämtad 2010-05-05 från <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-var/Om-SBUs-metodergranskning/GRADE1/>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Evidensbaserad vård*. Hämtad 2010-05-05 från <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-var/>
- Steeffel, L. (1996). Treating depression – helping the body heal the mind. *Alternative & complementary therapies* 2(1): 1-4.

- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England journal of medicine* 358(3), 252-260.
- Tågerud, S. (2009). Psykisk sjukdom. I Norlén, P., & Lindström, E, (red.), *Farmakologi* (s. 127-142). Stockholm: Liber AB.
- Wang, H., Qi, H., Wang, B-S., Cui, Y-Y., Zhu, L., Rong, Z-X., & Chen, H-Z. (2008). Is acupuncture beneficial in depression: A meta-analysis of 8 randomized controlled trials? *Journal of affective disorders* 111(2-3): 125-134.
- Wasserman, D. (2003). *Depression en vanlig sjukdom – symtom, orsaker och Behandlingsmöjligheter*. (3:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Whiting, M., Leavey, G., Scammell, A., Au, S., & King, M. (2008). Using acupuncture to treat depression: A feasibility study. *Complementary therapies in medicine* 16(2): 87-91.
- Williams, J., & Graham, C. (2006). Acupuncture for older adults with depression – a pilot study to assess acceptability and feasibility. *International journal of geriatric psychiatry* 21(6): 599-600.
- World Health Organisation. (2001). *World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Hämtad 2010-04-09 från http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Zhang, Z-J., Chen, H-Y., Yip, K-C., Ng, R., & Wong, V. T. (2009). The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Hämtad 2010-04-05 från http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=1281388000&_sort=r&_view=c&_acct=C000034699&_version=1&_urlVersion=0&_userid=646099&_md5=5b7e82e19fe1f46fd3a95057c1e57944
- Zhang, W-J., Yang, X-B., & Zhong, B-L. (2009) Combination of acupuncture and fluoxetine for depression: a randomized, double-blind, sham-controlled trial. *The Journal of alternative and complementary medicine* 15(8): 837-844.

Bilaga 1. Artikelpresentation

Artikel 1 (Allen, et al., 1998).

Titel: The efficacy of acupuncture in the treatment of major depression in women

Författare: Allen, J. J. B., Schnyer, R. N., & Hitt, S. K.

Tidskrift: American Psychological Society

Årtal: 1998

Perspektiv: Skillnaden mellan kinesisk och västerländsk syn på medicin. Där den kinesiska medicinen inte fokuserar på diagnos och behandling av denna, utan på symtomen och behandlingen av dessa. Symtomen beror på obalans i energifälten. Akupunktur kan ses som en grund för att förstå olikheten i symtom och att ge individuellt anpassad behandling utefter dessa.

Problem och Syfte: Depression är något som ökar och som är kostsamt för samhället. Etablerade behandlingar som psykofarmaka och psykoterapi är kända för att vara verksamma mot depression. Problemet är delvis att många är missnöjda med behandlingen dvs. relaterat till bieffekter. Ett annat problem är att många av de som tillfrisknar drabbas av återfall inom 18 månader. Syftet är att försöka fastställa effekterna av akupunktur mot depression.

Metod: 38 kvinnor, 18-45 år, värvades genom tidningsannonser som nämnde behandling mot depression, men inte akupunktur specifikt. De kvinnor som enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) diagnostiserats depression ingick i studien. För att kunna bedöma kvinnorna enligt DSM-IV intervjuades kvinnorna enligt Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Dessa intervjuer genomfördes innan behandlingen startade och sedan var fjärde vecka, fyra gånger. Exkluderande kriterier var konkurrerande behandling, historia med psykos, mani eller hypomani, andra sjukdomar som kan orsaka depressiva symtom, samtidigt beroende, graviditet och suicidbenägenhet samt skador på CNS. Fem av kvinnorna hoppade av innan avslutad behandling, kvar var 33 kvinnor. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) användes för att bedöma kvinnornas status före, under och efter behandling. De delades slumpmässigt in i tre grupper; 1. Akupunkturbehandling, specifik mot depression, 2. shamakupunktur, ospecifik mot depression men specifik mot oharmoniska tillstånd, 3. denna grupp sattes upp på väntelista för att få behandling. Behandlingen pågick under åtta veckor med totalt tolv behandlingar. De individanpassade behandlingarna utformades inte av samma akupunktör som sedan gav behandlingarna. Patienterna som fick de olika akupunkturbehandlingarna fick varje vecka själva fylla i tre olika självskattningsformulär; Inventory of Depressive Symptomatology (IDS), Beck Depression Inventory (BDI) och Beck Hopelessness Scale (BHS). Full remission definierades enligt HRSD som 50 % minskning av symtom och enligt DSM-IV som avsaknad av de två viktigaste symtomen; anhedoni och nedstämdhet. Denna studie anses vara dubbelblind då kvinnorna inte fick veta vilken behandling de fick och eftersom akupunktören inte var helt insatt i patientens symtom men upplevde behandlingarna som trovärdiga då båda formerna var behandlande fast för olika saker. Efter de första åtta veckorna med olika behandlingar fick även grupp två och tre specifik akupunkturbehandling under åtta veckor.

Resultat: Då det var en signifikant skillnad mellan grupperna gällande minskning av symtom enligt HRSD redan vid utgångsläget så har författarna valt att titta på förändringar i HRSD för respektive grupp. Det var en signifikant skillnad mellan de båda interventionsgrupperna där specifik akupunkturbehandling minskade symtomen bäst. Specifik akupunkturbehandling hade bättre effekt på symtom än att stå på väntelista, men detta var inte signifikant. Eftersom grupp tre inte fyllde i självskattningsformulären har jämförelser enbart gjorts mellan de båda akupunkturgrupperna. Signifikanta skillnader sågs mellan grupperna på två av formulären; BDI och IDS, där den specifika gruppen visade bättre resultat. Efter åtta veckor hade, enligt HRSD, 50 % i specifika gruppen uppnått full remission, 27 % i de andra respektive grupperna

hade uppnått full remission. När DSM-IV användes för att avgöra hur många som hade uppnått full remission hade 42 % i den specifika gruppen, 9 % i gruppen som behandlats med shamakupunktur och 20 % i väntelistgruppen uppnått full remission. När sedan alla grupper fått specifik akupunkturbehandling under åtta veckor hade 70 % uppnått full remission enligt HRSD och 64 % enligt DSM-IV.

Diskussion: Resultaten visar så pass lovande resultat på en relativt liten grupp patienter att de motiverar en studie med större urval. Akupunktur är ungefär jämförbart med andra konventionella metoder, t.ex. psykoterapi eller medicinering, när det gäller att åstadkomma full remission. Alla patienter i studien var så kallade öppenvårdpatienter, utan akut suicidrisk eller och psykos. Således är akupunktorens effekter på allvarligare depressioner fortfarande okända. Placeboeffekt kan ha påverkat resultatet. Akupunktörens känsla av att ge effektiv behandling skiljde sig inte åt mellan de olika interventionsgrupperna så dennes påverkan måste bedömas som liten. En del resultat visar på att det kan ha vara spontana tillfrisknanden medan andra resultat visar på motsatsen. Den specifika behandlingen var inte signifikant bättre än att stå på väntelista. De resonerar kring att det kan ha handlat om spontana förbättringar. Däremot så var spontana tillfrisknanden lika troligt i alla grupper. De kvinnor som ingick i väntelistgruppen visade dessutom upp betydligt bättre resultat efter den specifika behandlingen än vad de gjort under vänteperioden.

Artikel 2 (Gallagher, et al., 2001).

Titel: Six-month depression relapse rates among women treated with acupuncture

Författare: Gallagher, S. M., Allen, J. J. B., Hitt, S. K., Schnyer, R. N., & Manber, R.

Tidskrift: Complementary Therapies in Medicine

Årtal: 2001

Perspektiv: Inget formulerat

Problem och Syfte: Många patienter faller tillbaka i sin depression efter behandling med etablerade metoder som läkemedelsbehandling och psykoterapi. Positiva effekter av akupunktur mot depression har visats i flera studier. Långsiktiga resultat saknas dock, syftet är att undersöka långtidseffekten av akupunktur mot depression.

Metod: Studien är en fortsättning på en redan genomförd interventionsstudie (Allen, Schnyer & Hitt, 1998). Kvinnorna delades där in i tre olika grupper som alla fick olika behandlingar. Men samtliga kvinnor fick till slut specifik akupunkturbehandling för att denna uppföljning skulle bli möjlig. I den första studien där urvalet bestod av 38 kvinnor föll fem bort innan behandlingen var avslutat och kvar blev 33 kvinnor som möjliga deltagare i uppföljningsstudien. Uppföljningen blev sedan möjlig för 26 av de 33 behandlade kvinnorna, varav 17 hade uppnått full remission efter behandlingen. Kvinnorna i interventionsstudien följdes upp efter sex månader för att se antalet återfall bland kvinnorna. Som återfall räknades att man återigen uppfyllt kriterier för depression enligt DSM-IV.

Resultat: Fyra kvinnor av de 17 som uppnått full remission av akupunkturbehandlingen hade efter 6 månader återfallit i depression. Av de nio som inte nått fullt tillfrisknande av behandlingen hade sex fått återfall i depression någon gång under de senaste sex månaderna.

Diskussion: Antal återfall är likvärdigt med andra empiriskt erkända behandlingsmetoder. Akupunktur kan vara ett bra alternativ för behandling av depression för t.ex. de som inte svarat på andra behandlingar. Akupunktur kan ses som en kostnadseffektiv underhållsbehandling mot depression.

Artikel 3 (Allen, et al., 2006).

Titel: Acupuncture for depression: A randomized Controlled Trial

Författare: Allen, J. J. B., Schnyer, R. N., Chambers, A. S., Hitt, S. K., Moreno, F. A., & Manber, R.

Tidskrift: Journal of Clinical Psychiatry

Årtal: 2006

Perspektiv: Depression är en av de vanligaste orsakerna som gör att människor söker komplementära och alternativa metoder.

Problem och Syfte: Syftet var att undersöka specifik akupunkturens effekt på depression, i första hand jämfört med shamakupunktur och väntelista. I andra hand tittade författarna på om längden av interventionen har betydelse för kliniskt svar.

Metod: 151 av de 2965 patienter som anmält sitt intresse, motsvarade kriterierna för att ingå i studien, det var 104 kvinnor och 47 män. HRSD och DSM-IV användes för att bedöma depression. De var i åldrarna 18-65 år. Exkluderande faktorer var; dystymi, kronisk depression, säsongsmönster i sin depression, historia med mani eller psykos, samtidigt beroende, pågående relevant behandling, Axis I diagnos förutom depression, Axis II kluster B sjukdom, endokrina sjukdomar, graviditet, suicidbenägenhet, CNS-skador, sjukdom eller behandling som kan orsaka depression. Metoden är lik den som användes i studien ovan, med tre grupper, åtta veckor med olika behandling följt av att alla grupper behandlas med specifik akupunkturbehandling under åtta veckor. I denna studie används Hamilton Rating Scale for Depression som det primära mätinstrumentet men benämns här HAM-D. Det registrerades för deltagarna innan studien påbörjades och sedan var fjärde vecka, fyra gånger. Patienterna fick även i denna studie, varje vecka, fylla i självskattingsformulär, men enbart ett, denna gång användes BDI. Ett svar på behandlingen definierades på förhand som en 50 % minskning av HAM-D poäng jämfört med när studien började, medan det för full remission dessutom krävdes mindre än sju poäng enligt HAM-D. Inga signifikanta skillnader sågs mellan de tre olika interventionsgrupperna gällande kön, ålder, etnicitet, antal tidigare episoder, ålder för debut eller allvarlighetsgrad enligt HAM-D. Urvalet hade mild till måttlig depression.

Resultat: Alla deltagare visade signifikant minskning av symtom enligt HAM-D efter åtta veckor. Grupperna som behandlats med akupunktur eller shamakupunktur visade större förbättringar än väntelistgruppen men däremot sågs ingen skillnad mellan de två behandlingsgrupperna. Efter 16 veckor visade alla deltagare signifikant minskning men utan signifikanta skillnader på gruppnivå. Precis samma resultat framkom efter genomgång av självskattningen, BDI, både efter åtta veckor och efter 16 veckor, jämfört med utgångsvärdet. När det gäller antalet patienter som svarat på behandlingen (50 % minskning på HAM-D) och antalet patienter som uppnått full remission (50 % minskning på HAM-D och samtidigt mindre än sju på samma skala) anges dessa som procent av respektive grupp, ju högre procenttal desto bättre. Signifikant fler procent inom shamgruppen hade både svarat och uppnått full remission, jämfört med väntelistgruppen efter åtta veckor. Den specifika gruppen hamnade mellan dessa två grupper. Efter 16 veckor hade samtliga grupper förbättrat sina procenttal. Den specifika gruppen var den som visade lägst antal procent gällande både de som svarat på behandling och de som uppnått full remission, den specifika gruppen visade signifikant lägre svars- och remissionsresultat än den grupp som först stått på väntelista och sedan fått specifik behandling i åtta veckor. I övrigt sågs inga signifikanta skillnader. Andelen som efter 16 veckor hade uppnått full remission var 26 % i den specifika gruppen, 39 % i shamgruppen och 52 % i väntelistgruppen. De vanligaste bieffekterna som rapporterades var somatiska symtom, smärta, förvärrade sömnproblem och mer känslig, fler känslreaktioner. När det gäller hur akupunktörerna uppfattade behandlingarna de gav så förväntade de sig att den specifika behandlingen skulle vara något mer effektiv än den ospecifika, även om skillnaden var liten var den signifikant. Akupunktörens förväntningar bedömdes inte vara

relaterat till patienternas förbättringar på HAM-D, BDI, patienternas behandlingssvar och remission.

Diskussion: Även om de som fick någon form av akupunkturbehandling visade signifikant större förbättringar jämfört med de som stod på väntelista framkom inga bevis som visar på skillnaden mellan de olika akupunkturformerna. Detta tillsammans med att shambehandling oväntat tenderade ha större effekt på behandlingssvar hos patienterna än specifik kan indikera att den specifika behandlingen inte har den effekt som var väntat. Det kan även indikera att shambehandlingen har större effekt än vad som var väntat, eller kanske en kombination. När akupunktur ges i klinisk verksamhet fångar akupunktören upp signaler från patienten för att kunna modifiera och anpassa behandlingen. Detta var inte möjligt här. Studien kan kanske inte kallas helt dubbelblind då det var signifikanta skillnader mellan akupunktörens förväntningar på den specifika och shambehandlingen. Akupunktur enligt traditionell kinesisk medicin är kanske inte en bra monoterapi mot depression. Inom den traditionell kinesiska medicinen kombineras ofta flera olika behandlingar, t.ex. örter. I många fall söker patienter akupunktur för att förbättra effekten av medicin eller psykoterapi.

Artikel 4 (Blitzer, et al., 2004).

Titel: Using acupuncture to treat major depressive disorder: a pilot investigation

Författare: Blitzer, L. E., Atchison-Nevel. D. J., & Kenny, M. C.

Tidskrift: Clinical Acupuncture and Oriental Medicine

Årtal: 2004

Perspektiv: Depression är en av de vanligaste formerna av mentalt lidande. Akupunkturbehandling kanske kan eliminera, mildra eller ändra symtombilden.

Problem och Syfte: Att avgöra huruvida akupunktur är en effektiv behandling mot depression.

Metod: Både kvalitativ och kvantitativ metod. Deltagarna rekryterades via en tidningsannons där akupunktur nämndes som intervention. Deltagare intervjuades enligt SCID och de som enligt DSM-IV uppfyllde kriterierna för depression ingick i studien, vilket blev tio stycken, 8 kvinnor och två män. För att inkluderas i studien fick de inte ha andra medicinska tillstånd, inte vara under pågående behandling med psykoterapi eller erhålla annan hälso- och sjukvård. BDI och Reynolds Depression Survey Inventory, RDSI, användes som självskattningsformulär. Deltagarna intervjuades innan studien påbörjades och de fick fylla i formulär under studiens gång för att personliga frågor som livskvalitet skulle uppmärksammas. Efter studiens avslut fick de skriva en kommentar om hur de förstått och upplevt processen de gått igenom. Studiens design liknade den kinesiska medicinens praktik, varje deltagare blev bedömd utefter kinesiskt vis och alla deltagare behandlades med akupunktur utefter ett individanpassat protokoll. Eftersom akupunktören genomförde behandlingen enligt hur denne brukar göra, föregicks akupunkturbehandlingen av moxabränning och/eller örtbehandling. 12 akupunkturbehandlingar gavs under åtta veckor.

Resultat: Två av kvinnorna föll bort innan studien var avslutad. Av de kvarvarande åtta uppnådde samtliga full remission, ingen uppfyllde kriterierna för depression efter avslutad behandling. Dessutom sågs signifikanta förändringar på båda självskattningsskalorna, dvs. deltagarna som fullföljde studien rapporterade signifikant färre depressiva symtom efter behandlingen jämfört med utgångsvärdet. De avslutande kommentarerna som deltagarna gav handlade i huvudsak om livskvalitet, självförståelse och om läkandeprocessen i sig.

Diskussion: Patienter som har provat etablerade behandlingar som t.ex. medicinering, men funnit dessa ineffektiva, eller de som inte önskar bli medicinskt behandlade kan finna lindring i okonventionella behandlingsformer. Livskvaliteten kan påverkas positivt av denna typ av behandling och behandlingen kan erbjuda patienter ett nytt sätt att interagera med vårdpersonal. Större studier med liknande inriktning behövs.

Artikel 5 (Whiting, et al, 2008).

Titel: Using acupuncture to treat depression: A feasibility study.

Författare: Whiting, M., Leavey, G., Scammell, A., Au, S., & King, M.

Tidskrift: Complementary Therapies in Medicine

Årtal: 2008

Perspektiv: Depression beräknas bli den näst största anledningen till ohälsa världen över 2020. Ungefär 70 % av all patientkontakt inom primärvård har anknytning till depression.

Problem och Syfte: Att hitta ett sätt att genomföra en vetenskaplig studie av akupunktur mot depression, med fokus på patientrekrytering, kontrollgrupp, att göra studien blind och hitta passande instrument för att mäta resultatet.

Metod: Deltagarna skulle uppfylla vissa kriterier för att ingå; vara över 18 år, ha ångest/depressionssjukdom eller mild till måttlig depression utan somatiska syndrom. Självskattningsformuläret, BDI och intervju-schema användes för att bedöma detta. Patienter exkluderades utefter följande kriterier; graviditet, historia med beroende eller hjärnskada, andra psykiska sjukdomar som blivit orsak till depression, annan pågående alternativ behandling eller psykoterapi, eller läkemedelsbehandling under mer än tre månader det senaste året. I studien deltog 19 personer varav 17 personer fullföljde. Deltagarna blev slumpmässigt uppdelade i två grupper, den ena fick individanpassad akupunktur, där akupunkturpunkterna bestämdes av akupunktören i syfte att behandla depression. Den andra gruppen fick shamakupunktur, akupunktur på punkter som är aktiva men inte mot depression, här användes samma placebopunkter på samtliga deltagare. Dessutom sattes nålarna ytligt och punkterna stimulerades inte efter det att nålen var satt. Båda grupperna fick 12 behandlingar, varje akupunkturbehandling varade 20 minuter. Akupunktören var insatt i patienternas symtombild men utbildades i att behålla sin professionalism och konfidentialitet. Resultatet mättes med hjälp av BDI och RAND 36 Item Health Survey 1.0, vilka båda även genomfördes innan behandlingarna startades. Ju högre poäng på RAND desto mer välbefinnande, hög poäng på BDI indikerar värre/fler depressiva symtom. Alla deltagare intervjuades också kort vid avslutade behandling. Medelåldern i S-gruppen var ca 10 år högre än för A-gruppen. Deltagarna i A-gruppen hade något högre utgångsvärde på BDI och något lägre poäng på RAND.

Resultat: Resultatdata blev tillgängliga för 13 deltagare som fått akupunktur och för fyra av de som fått shamakupunktur, dvs. en snedfördelning. Medelvärdet på BDI var lägre i båda grupperna efter behandlingen, vilket indikerar en reducering gällande depressiva symtom. I båda grupperna sågs även en liten ökning av medelvärdet på RAND, vilket indikerar bättre välbefinnande. Inga signifikanser kommenteras. I de kvalitativa intervjuerna sågs inga skillnader mellan grupperna gällande rapporterad negativ eller positiv påverkan av akupunkturen. Totalt 11 (åtta akupunkturpatienter och tre patienter ur (shamgruppen) patienter rapporterade att akupunkturen haft en positiv inverkan på deras välbefinnande, särskilt gällande stress och energi. Bara en patient rapporterade nålsmärta (shamgruppen) och två deltagare (akupunkturgruppen) rapporterade att deras depressiva symtom hade blivit värre. Tre deltagare (två akupunkturpatienter och en patient ur shamgruppen) rapporterade att akupunkturen var ineffektiv.

Diskussion: Många utmaningar blev synliga gällande att göra en sådan här studie, gällande rekryteringssätt, men framförallt diskuteras för- och nackdelar med placeboakupunktur. Inga slutsatser kan dras från resultatet då det var ett litet urval. Mätinstrumenten som användes bedömdes vara bra och att de kan användas i framtida, större studier. Uppföljning med mätinstrumenten en tid efter avslutad studie föreslås för att belysa långtidseffekten av akupunktur.

Artikel 6 (Röschke, et al., 1998).

Titel: The benefit from whole body acupuncture in major depression

Författare: Röschke, J., Wolf, Ch., Müller, M. J., Wagner, P., Mann, K., Grözinger, M., & Bech, S.

Tidskrift: Journal of affective disorders

Årtal: 1998

Perspektiv: Författarna tror att a) akupunktur mot depression, ihop med läkemedel mot depression har större effekt än enbart läkemedel mot depression, b) akupunktur, på specifika punkter avsedda att ge effekt mot depression, har större effekt än shamakupunktur.

Problem och Syfte: Få studier är gjorda på placeboeffekten av akupunktur, en studie gjord för att se skillnaden mellan akupunktur och läkemedelsbehandling som inte visade på någon skillnad mellan behandlingarna. Båda behandlingarna bedömdes lika effektiva. Syftet med denna studie är att utvärdera effektiviteten av "whole body acupuncture" tillsammans med läkemedelsbehandling mot depression och se om akupunktur på specifika punkter avsedda att ge effekt mot depression ger bättre resultat än shamakupunktur.

Metod: I en singel-blind placebostudie valdes 70 patienter, ålder 20-70 år, med diagnos egentlig depression enligt DSM-III-R och poäng mellan lika med eller större än 18 på The Hamilton depression scale (HAMD). Exkluderingskriterier var patienter med akut risk för suicid, schizofreni, bipolär sjukdom, vanföreställningar, koagulationssjukdomar, sårläkningsproblematik, thoraxemfysem, onormal blodcellbild, svår lever- eller njursjukdomar eller epilepsi. De valdes slumpmässigt ut och delades in i tre behandlingsgrupper: akupunktur, shamakupunktur och en kontrollgrupp. Alla tre grupper fick läkemedelsbehandling med samma dos antidepressivt Mianserin. Akupunkturgruppen fick behandling på specifika akupunkter avsedda att behandla depression, shamgruppen fick akupunktur på ospecifika punkter och kontrollgruppen fick läkemedelsbehandling tillsammans med klinisk behandling. Behandlingen bedömdes av två erfarna övervakare, två gånger i veckan under åtta veckor. De bedömningsinstrument de använde sig av var Global assessment scale (GAS), Bech-Rafaelsen Melancholia scale (BRMS) och Clinical global impressions scale (CGI). De använde även en självskattningsskala, Bf-S. Akupunkturen gavs av två kliniker erfarna inom TCM. Alla patienter hade samma kliniker under alla sina behandlingar, men båda klinikerna utförde akupunktur i både akupunktur- och shamgruppen. Under fyra veckor, tre gånger i veckan, under 30 minuter fick akupunkturgruppen och shamgruppen, behandling på 18 olika akupunkter enligt ett standardiserat protokoll. I shamgruppen sattes nålarna ytligt i närheten av de specifika punkter som är avsedda att hjälpa mot depression.

Resultat: Alla grupper ansågs homogena sett till ålder, kön och poäng på HAMD. Alla grupper visade förbättringar på samtliga mätinstrument. Med GAS (ju högre värde, ju bättre mådde de psykiskt), kunde utmätas att alla gruppers resultat var homogent de första fyra veckorna, men att akupunkturpatienterna de sista fyra veckorna fick ett högre poäng. Med BRMS och CGI visades samma resultat. Man kunde också se att de patienter som hade fått akupunktur visade signifikant snabbare resultat än de som fick enbart läkemedelsbehandling dock sågs inga signifikanta skillnader mellan de olika akupunkturgrupperna. Tidsfaktorn var avgörande för resultatet, ju längre studien pågick ju tydligare resultat redovisades. Självskattningen visade även denna samma resultat, dvs. att patienter som fått akupunktur visade snabbare resultat än de som enbart behandlats med läkemedel.

Diskussion: Författarna anser sig ha fått bevis för att akupunktur mot depression ihop med läkemedel mot depression ger större effekt än enbart läkemedel. De tycker sig däremot inte ha hittat bevis för att akupunktur mot depression är bättre än shamakupunktur, dock är det lika bra. De diskuterar vidare om det kan vara så att effekten av akupunkturen inte beror på själva penetreringen av huden och att det kanske inte är nödvändigt att ge akupunktur på specifika

akupunkter. Vidare funderar de på om det kan vara så att effekten av akupunktur är ospecifik och om det kan vara så att den extra uppmärksamhet som patienten gör att de får ett bättre resultat. De utesluter inte heller att de kliniker som utförde shamakupunkturen tog bättre hand om patienterna som kompensation och därför fick ett bättre resultat.

Artikel 7 (Zhang, W-J., et al., 2009).

Titel: Combination of acupuncture and Fluoxetine for depression: a randomized, double-blind, sham-controlled trial

Författare: Zhang, W-J., Yang, X-B., & Zhong, B-L

Tidskrift: The Journal of alternative and complementary medicine

Årtal: 2009

Perspektiv: Depression är ett vanligt hälsoproblem världen över och kräver stora förluster på ekonomiskt och ur hälsosynpunkt.

Problem och Syfte: Nuvarande farmakologiska behandlingar mot depression är begränsade. Enbart 50-70 % av dem som behandlas med läkemedel blir hjälpta och en tredjedel är inte nöjda med sin behandling och har oacceptabla biverkningar. Mer än hälften av dem som behandlas mot depression blir inte friska och de som blir friska återfaller i sin depression inom 18 månader. Det är därför vanligt att denna grupp patienter söker sig till komplementära och alternativa behandlingsmetoder. Det finns en ökande efterfrågan efter akupunktur i de västerländska länderna. De studier som är gjorda inom området visar på att akupunktur kan vara effektivt mot depression, dock otillräckliga bevis för att säkerställa effekten av akupunktur mot depression pga. att väl designade studier saknas. Syftet med denna studie är att fastställa effekten och säkerheten av akupunktur i kombination med Fluoxetin som en intervention mot depression.

Metod: Av 263 patienter som svarade på en rekryteringsannons valdes totalt 80 patienter mellan 18-60 år med egentlig depression ut efter att exkluderingskriterier använts. Patienterna fick ej lida av akut risk för suicid, schizofreni, bipolär sjukdom, missbruk eller beroenden, koagulationssjukdomar, onormal blodcellbild, svår lever- eller njursjukdomar eller epilepsi, de fick vidare inte ha bli behandlade med ECT eller vara gravida. De skulle uppfylla kriterier enligt DSM-IV) och delades därefter upp slumpmässigt i två grupper, en grupp fick akupunktur och 10 mg Fluoxetin/dag och placeboläkemedel. Den andra gruppen fick shamakupunktur och 20-30 mg Fluoxetin/dag. Patienterna fick akupunktur på sex punkter, fem ggr i veckan i sex veckor. Två olika akupunktörer behandlade i båda grupperna, men patienterna behandlades av samma akupunktör varje gång. Akupunktörerna var inte insatta i studiens syfte och fick inte diskutera behandlingarna med patienterna. Akupunkturgruppen fick akupunktur på specifika punkter mot depression, shamgruppen fick akupunktur på punkter i närheten av dessa punkter, dock inte lika djup penetrering. Behandlingsprotokollet var standardiserat för respektive grupp. Vid administrering av Fluoxetinet fick båda grupperna två tablett/dag var de första två veckorna, akupunkturgruppen fick en 10 mg Fluoxetin och en placebotablett, båda såg likadana ut och smakade likadant, shamgruppen fick två stycken 10 mg Fluoxetin. De kommande fyra veckorna fick de tre tablett/dag var, akupunkturgruppen fick en 10 mg Fluoxetin plus två placebotabletter och shamgruppen tre stycken 10 mg Fluoxetin. Patienterna visste inte vilken grupp de tillhörde varken när det gäller akupunkturen eller läkemedlet. Studien är en randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad studie. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) användes för att mäta depressionen, Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) för att mäta oro och ångest och Asberg Rating Scale for Side Effects (SERS) för att mäta biverkningarna av Fluoxetin.

Resultat: Ingen skillnad mellan grupperna kunde ses när det gällde ålder, kön etnicitet, ålder vid insjuknandet, familjehistoria eller svårighetsgrad av symtomen på skalorna HRSD, HRSA eller SERS. Data för 95 % av patienterna som behandlats med akupunktur och data för 90 %

av patienterna som behandlats med shamakupunktur kunde användas efter de sex behandlingsveckorna. Patienterna i båda grupperna upplevde själva sig bättre efter akupunkturen. I båda grupperna såg man tillfredsställande resultat i hur många som svarade positivt på behandlingen, 80 % i akupunkturgruppen och 77,5% i shamgruppen. I slutet av behandlingsperioden kunde man se en signifikant förbättring i depressionen hos alla deltagare enligt HRSD-instrumentet men ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Samma förbättringstrend kunde ses på HRSA-instrumentet mot slutet, med skillnaden att akupunkturgruppen fick signifikant förbättrade ångestsymtom jämfört med shamgruppen. När bieffekterna mättes med hjälp av SERS-instrumentet sågs signifikant skillnad mellan grupperna där shamgruppen rapporterade fler biverkningar. Biverkningarna av akupunkturen rapporterades vara inom båda grupperna. Sammanfattningsvis säger sig författarna ha fått fram bevis för att vanlig akupunktur och en lägre dos Fluoxetin mot depression är lika effektivt som rekommenderad dos Fluoxetin. Dessutom skulle kombinationen kunna gagna patienter med svår oro och/eller oacceptabla biverkningar av antidepressiva läkemedel.

Diskussion: Akupunktur ska ses som komplementär metod snarare än en alternativ metod. Detta har flera orsaker. Akupunktur kan inte ges ensamt pga. etiska dilemman, de som fick akupunktur och lägre doser psykofarmaka rapporterade färre bieffekter än de som fick högre dos och shamakupunktur. Dessutom visade akupunkturgruppen större positiva förbättringar gällande ångest. Färre biverkningar kan vara ett resultat av akupunkturen eller det faktum att de fick lägre doser av läkemedlet eller kanske en kombination av de båda. En tredje anledning är att bieffekterna av akupunktur var få, milda och snabbt övergående. Då akupunktur ökar serumnivåerna av serotonin kan detta bidra till en synergieffekt i kombination med SSRI-preparat. Det är också allmänt känt att akupunktur frisätter endorfiner och monoaminer som noradrenalin och serotonin. Samtliga har setts vara betydelsefulla vid behandling av depression. Det finns vissa begränsningar i studien. Den främsta begränsningen ligger i att akupunkturpunkterna bestämdes innan. Baserat på traditionell kinesisk medicin ska akupunkturpunkterna bestämmas och modifieras utifrån individen och dess symtom. Att inkludera deltagare baserat på diagnostisering enligt DSM-IV kriterier stämmer inte överens med den traditionella kinesiska medicinens syn, där symtom är i fokus, inte diagnos. Det är inte heller säkerställt vilken effekt shamakupunktur har. Detta kunde inte heller bedömas eftersom det inte fanns en kontrollgrupp som enbart behandlades med läkemedel. Det antidepressiva svaret på läkemedlet kommer snabbare hos dem som behandlades med akupunktur. Ska detta bli signifikant krävs dock större urval.

Artikel 8 (MacPherson, et al., 2004).

Titel: Acupuncture for depression: First steps toward a clinical evaluation

Författare: MacPherson, H., Thorpe, L., Thomas, K., & Geddes, D

Tidskrift: The journal of alternative and complementary medicine

Årtal: 2004

Perspektiv: Depression är den nästa vanligaste funktionshindret i världen, i Storbritannien är det den tredje vanligaste orsaken till att söka vårdcentral.

Problem och Syfte: Det finns flera omfattande studier som visar att akupunktur mot psykiska sjukdomar är framgångsrikt, dock är dessa oftast inte evidensbaserade. De få randomiserade kontrollerade studier som är gjorda visar dock på goda resultat, dessutom visar rapporter på att patienter i västvärlden är intresserade av akupunkturbehandling mot depression. När det gäller evidensen för farmaceutiska behandlingar är de inte så starka som man skulle kunna tro. Det finns många rapporter om placeboeffekter av läkemedel som används mot depression. Det finns m.a.o. ett stort behov av vetenskapligt trovärdiga studier på akupunktur mot depression. Syftet med studien är att utreda vad som behövs för att kunna göra en studie av akupunktur mot depression vetenskapligt godtagbar.

Metod: Två parallella studier gjordes. Den ena inkluderade sex personer som tidigare lidit av depression. De sattes samman i en fokusgrupp för att ta reda på deras erfarenheter av behandlingar mot depression, att leva med depression, erfarenheter av alternativa behandlingsmetoder och för att ge feedback på hur studie av akupunktur mot depression skulle kunna genomföras. I den andra studien ingick 10 patienter som valdes ut för att bli behandlade mot depression. De blev remitterade till studien av sin allmänläkare. De fick upp till 10 individanpassade akupunkturbehandlingar, en till två gånger i veckan, beroende på individens behov, av en av de två akupunktörerna, kostnadsfritt, samtidigt som de fortsatte att gå till sin allmänläkare. Kriteriet för deltagandet var att patienterna skulle ha en mild till måttlig egentlig depression enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). De skulle av sin läkare bedömas som lämpliga att delta i studien. Kriterierna när det gällde svårighetsgrad kunde dock inte uppfyllas, då personer med svår egentlig depression ingick också i studien. Exkluderingsskriterier var: om patienterna nyligen gått igenom en svår händelse, hade en akut psykisk eller bipolär sjukdom, missbruk av alkohol eller narkotika eller patienterna genomgick en rättsprocess. Behandlingarna utfördes av två utbildade akupunktörer. Akupunktörerna individanpassade behandlingen vid varje besök enligt Traditional Chinese Medicine (TCM), de bedömde med hjälp av en dialog med patienterna också hur många behandlingar patienterna var i behov av. Totalt fyra patienter fick tilläggsbehandling med en eller flera av följande; massage, homeopatbehandling, avslappningsövningar, visualisering, livsstilsråd och akupressur delvis pga. nålrädsla. Patienterna fick avsluta sin behandling när de ville utan att uppge något skäl. Patienterna fortsatte med den behandling de tidigare hade, psykofarmaka och/eller psykoterapi. Man mätte depressionen, med hjälp av Beck depression Inventory and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), och hälsostatus, med SF-36 (bedömer hälsostatus), i början av studien och sen 10 veckor senare. Skillnaderna före och efter analyserades med hjälp av Wilcoxon signed ranks test, även biverkningar övervakades.

Resultat: De vanligaste erfarenheterna som fokusgruppen hade av depression var ångesten av själva depressionen, isoleringen som följde med den och utmaningen att klara av eller inte klara av den. De kände tomhet, ihållighet, avskärmade, mörker och rädsla. De hade även upplevelser av att deras mediciner inte hjälpte, blivit övertalade att använda sig av konventionella läkemedel, de var oroliga för beroende, medan andra upplevde att medicinen hjälpte och hjälpte dem att överleva. De hade även positiva upplevelser av psykoterapi, krishantering och homeopati. En patient hade neutral inställning till akupunktur, vet inte om det hjälpte och ytterligare en annan rapporterade att gruppterapi hade negativ effekt, kände sig sämre. Fokusgruppen behandlade även utformningen av studien på de 10 patienterna. De ansåg att en urvalsmodell som bygger på att läkare gör bedömningen och remitterar till eller tipsar om studien kan utgöra ett problem. En del deprimerade patienter söker sig inte till läkare och blir därmed inte eventuella objekt för studien. Vidare menade fokusgruppen att genom att ha mild till måttlig depression som ett kriterium kan leda till att personer med svår depression känner sig diskriminerade och exkluderade. Dessa personer borde också få en chans.

Av de 10 patienterna var det sex som både fick behandlingen och fullföljde de 10 veckorna med uppföljning. En av de 10 patienterna hoppade av pga. att denne upplevde att stämningsläget drastiskt försämrats så mycket att det resulterade i två överdoser med efterföljande intensivvård. En patient till hoppade av utan att förklara varför. Studien belyser komplexiteten med att utvärdera akupunktur mot depression. Hos de patienter som fullföljde studien sågs signifikanta förbättringar av depressionen. Det totala resultatet mätt med BDI och HADS visade på att de sex patienterna hade en statistiskt signifikant förbättring. Även SF-36 visade på förbättring, dock inte statistiskt signifikant. I studien sågs skillnader i resultatet

beroende på depressionens svårighetsgrad vid studiens start. Patienterna själva rapporterade att de kände sig mindre oroliga, mindre gråtmilda, mer glada, mer motiverade, sömnsvårigheterna blev bättre, mindre migrän, inga fler panikattacker och inga fler nattliga svettattacker på nätterna. De upplevde även att de hade lärt sig mycket om sin depression och hur de skulle bekämpa den. Alla rapporterade att de ville använda akupunktur igen.

Diskussion: Då denna studie inte hade någon kontrollgrupp kan författarna inte vara säkra på att de positiva effekter som visades berodde på akupunkturen, då alla patienter utöver akupunkturen behandlades på något annat sätt hos sin allmänläkare. Författarna tror själva att om de kan hitta den grupp som bäst svarar på behandlingen, skulle effekt ses om det finns någon. Potentiella patientgrupper skulle kunna vara de som inte vill ha läkemedel, vill ha en terapeut, vill ha akupunktur, lider av biverkningar av sin medicinering eller de som söker hjälp för att sluta med droger. De tror också att begränsa sig till en viss grupp patienter skulle kunna ge generaliserande resultat. De anser sig ha fått en bättre förståelse för komplexiteten av forskning inom detta område och ett resultat som tydligt visar på att ytterligare prövningar av metodiska studier måste göras innan man kan gå vidare och göra en klinisk prövning av akupunktur för patienter med depression.

Artikel 9 (Williams & Graham, 2006).

Titel: Acupuncture for older adults with depression – a pilot study to assess acceptability and feasibility.

Författare: Williams, J., Graham, C.

Tidskrift: International journal of geriatric psychiatry

Årtal: 2006

Perspektiv: Det saknas studier gjorda på äldre när det gäller akupunktur mot depression. Depression och depressiva symtom är bland de främsta orsakerna till att äldre söker akupunkturbehandling.

Problem och Syfte: Utvärdera behandling med akupunktur för äldre med depression.

Metod: En sjuksköterska med akupunkturutbildning utförde interventionen. 12 behandlingar under tolv veckor (en gång i veckan). Behandlingarna utfördes inom poliklinisk vårdmiljö, där ett rum inretts för dessa behandlingar. Alla deltagare hade diagnostiserats med måttlig depression av läkare. Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) och en "nöjd-patient" skala användes som mätinstrument. Deltagarnas antidepressiva medicinering ändrades inte inför studien. De som ingick i studien remitterades av sina läkare. Anledningarna var; tidigare behandling hade inte fungerat (n=5), samtidig fysisk sjukdom (n=5), samtidig ångest (n=5), samtida negativa tankar (n=2) och komplext fall (n=1).

Resultat: 13 patienter deltog, medelålder 74 år (12 kvinnor 1 man). En hoppade av innan halvtidsutvärderingen och tre efter halvtidsutvärderingen. En av de senare hade då uppnått full remission och räknas därför in som en av de som fullföljde studien. Signifikanta förbättringar sågs på samtliga tre mätinstrument, dvs. HAMD, MYMOP för aktivitetsnivå och välbefinnande. Således förbättrades symtom, aktivitetsnivå och välbefinnande signifikant. Detta resultat höll även i sig över uppföljningsperioden som var en månad. Patienterna tyckte om vårdmiljön, tyckte inte behandlingen gjorde oacceptabelt ont och tyckte behandlingen var avslappnande och att den förbättrade deras sinnesstämning. Begränsade slutsatser kan dras från denna studie, då den är liten. Fler studier behövs. Men studien har visat att akupunktur kan erbjudas i en dagvårdsverksamhet med minimala avbrott och till patienternas belåtenhet.

Diskussion: Studien belyser läkares angelägenhet att remittera till akupunktur. Ingen patient som remitterades led av okomplicerad depression, det var mestadels komorbida depressioner eller depressioner där tidigare behandling inte fungerat. Därav visar studien inga tydliga bevis för effekt på okomplicerad depression.