

ILLUSTRATIONER: LISBETH E. CHRISTENSEN

Referenceprogrammer

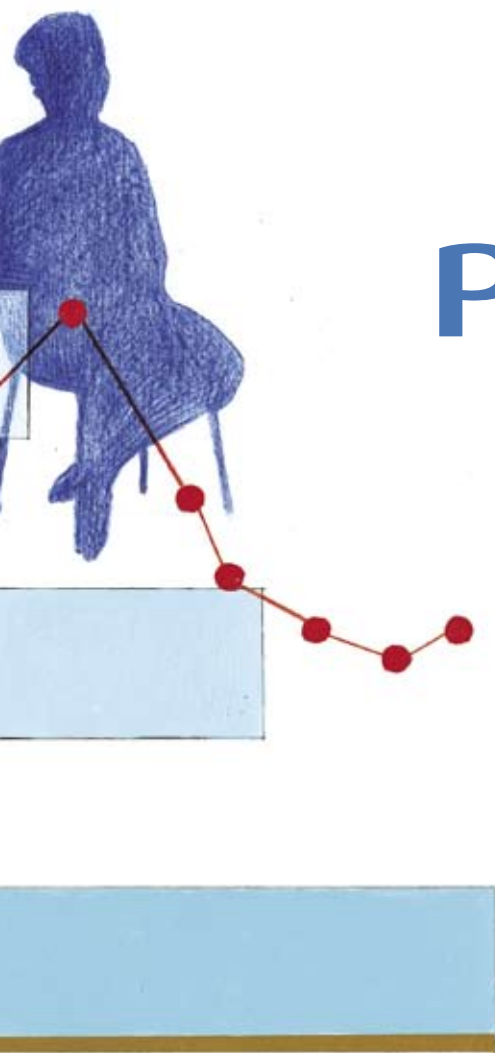
■ I slutningen af 2007 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen to referenceprogrammer om angstlidelser og unipolar depression hos voksne (Sundhedsstyrelsen, 2007a; b).

Referenceprogram betegner en klinisk praksisvejledning, der vandt indpas inden for medicin og psykologi omkring 1990. Sammen med bl.a. Cochrane-samarbejdet, evidensbaseret medicin og bevægelsen for ”empirisk valideret psykoterapi” i Selskabet for Kliniske Psykologer i den Amerikanske Psykolog Forening var kliniske praksisvejledninger med til at lægge fundamentet for evidensbaseret psykologisk praksis (Hougaard, 2007).

Sekretariatet for Udarbejdelse af Referenceprogrammer blev

oprettet under Sundhedsstyrelsen i 2000. Sekretariatet blev nedlagt sidste år med begrundelse i manglende ressourcer, men arbejdsopgaverne er planlagt til at blive lagt ud til regionerne.

Kliniske praksisvejledninger udarbejdes af sundhedsmyndigheder overalt i verden efter omtrent samme skabelon. Der er tale om en systematisk litteraturindsamling og vurdering, hvor hver enkelt videnskabelig publikation vurderes for metodisk kvalitet på særlige skemaer. Efter litteraturgennemgangen udarbejdes et udkast til referenceprogram med graderede evidensudsagn og praktiske anbefalinger efter skabelonen i *Tabel 1* (side 12). Udkastet sendes til høring i Danmark og til peer-review blandt nordiske forskere. Den stærkeste evidens ved behandling tilskrives randomiserede kon-



Psykoterapi

for angstlidelser & unipolar depression

To tværfaglige arbejdsgrupper har etableret referenceprogrammer, som vedrører psykoterapi og forholdet mellem psykoterapi og medikamentel behandling over for angstlidelser og unipolar depression. De deltagende psykologer orienterer her om konklusionerne.

trollerede forsøg, særligt hvis der er mange af slagsen, og de har været genstand for en systematisk opgørelse i form af en metaanalyse. Randomiserede forsøg sikrer den bedste kontrol af undersøgelsens interne validitet og dermed muligheden for at afgøre, om det er behandlingen og ikke terapieksterne forhold, der har været årsag til patienternes bedring (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Referenceprogrammets centrale funktion er at udforme vejledende praktiske anbefalinger, der naturligvis ikke er bindende for klinikerens: "Det er i sidste instans altid den enkelte behandlers eget ansvar at skønne, hvad der er rigtigt at gøre i en bestemt klinisk situation – ud fra videnskabelig evidens, erfaring, klinisk skøn og patientens ønsker." (Sundhedsstyrelsen, 2007a, p. 11). Bemærk, at anbefalin-

gernes graduering (fra A til D i *Tabel 1*, se næste side) gælder evidensgrundlaget og ikke deres vigtighed ud fra en klinisk betragtning.

Litteraturmængden for de to referenceprogrammer er overvældende, og litteraturen er tidligere blevet gennemgået og vurderet i andre nationale referenceprogrammer. Det blev derfor besluttet hovedsageligt at foretage vurderingerne på basis af oversigtsarbejder fra år 2000 og frem, i særlig grad to svenske teknologivurderinger udarbejdet af *Statens Beredning för Medicinsk Udværdning* (SBU, 2004; SBU, 2005) og en række praksisvejledninger fra det engelske *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004a;b; 2005; 2006). For angstlidelsernes vedkommende foretog vi imidlertid en primærvurdering af randomiserede kon-

>

Tabel 1. Sundhedsstyrelsens graduering af litteratur.

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse, systematisk oversigt over RCT (Randomized Controlled Trial)	Ia	A
Randomiseret, kontrolleret studie	Ib	
Kontrolleret, ikke-randomiseret studie	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	
Casekontrolundersøgelse	III	C
Deskriptiv undersøgelse		
Mindre serier, oversigtsartikel	IV	D
Ekspertvurdering, ledende artikel		

- > trollerede forsøg, der sammenlignede psykoterapi og medicinsk behandling grundet områdets særlige betydning.

Programmet for angstlidelser

Psykoterapi

Generelt er der tale om omfattende forskning i kognitive og adfærdsmæssige terapiformer, og næsten ingen forskning i andre metoder. Dokumenteret virksomme psykoterapiformer ved de enkelte angsttilstande ses af Tabel 2.

Virkningen af kognitiv terapi eller kognitiv adfærdsterapi (KAT)¹, inklusive adfærdsterapeutisk eksponering, ved angstlidelser er klinisk betydelig, men mange patienter (20-50 %) oplever fortsatte betydelige angstsymptomer efter kortvarig KAT (typisk 5-15 sessioner). Vi konkluderer bl.a., at mange patienter med sværere angst og/eller komorbide lidelser opnår mindre tilfredsstillende resultat med korttidsbehandling med KAT (Ia). (Romertal i parentes, eventuelt med efterfølgende lille bogstav, henviser til evidensgradueringer i Tabel 1). Denne konklusion kan eventuelt begrunde længerevarende psykoterapi for svære angsttilstande eller psykodynamisk eller skemafokuseret kognitiv terapi rettet mod personlighedsændring for patienter med angst og komorbide personlighedsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2007a, p. 85), selv om der ikke aktuelt er empirisk evidens for sådanne behandlingstiltag.

Tabel 2. Dokumenteret virksom psykoterapi ved angstlidelser.

Terapiform	Evidensgraduering
Panikangst og agorafobi	
Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	Ia
Eksponeringsterapi (v. agorafobi)	II
Socialfobi	
KAT	Ia
Eksponeringsterapi	Ia
Enkelfobi	
Eksponeringsterapi	Ia
Eksponering + opspænding ved blodfobi	II
Generaliseret angst	
KAT	Ia
Afspændingstræning	III
Obsessiv-kompulsiv tilstand	
Eksponering og reaktionshindring	Ia
KAT (med eksponering)	Ia
Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)	
Traumefokuseret KAT/eksponering	Ia
EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)	Ib
Psykologisk stress-kontrol (Stress Inoculation Training)	Ib
KAT (uden traumefokusering)	Ib
Umiddelbare traumereaktioner	
Psykologisk debriefing forebygges ikke senere PTSD	Ia
KAT (ved svære symptomer)	Ib

Kognitiv adfærdsterapi ved angstlidelser er generelt set dokumenteret at have holdbar virkning indtil 1-2 år efter terapiens afslutning. Det er usikkert, om virkningen også er holdbar ud over 2 år, og det er ekstremt vanske-

[1] Angstprogrammet anvender overvejende betegnelsen kognitiv adfærdsterapi, medens depressionsprogrammet mest bruger betegnelsen kognitiv terapi, men de to betegnelser anvendes som regel nogenlunde synonymt. Vi anvender generelt i artiklen betegnelsen kognitiv adfærdsterapi ud fra hensynet til ensartet terminologi.

ligt at dokumentere dette med stringente empiriske metoder.

Den bedste dokumentation for langtidsholdbar virkning findes ved OCD, hvor der er opfølgingsundersøgelser op til 6 år efter terapiens afslutning med omtrent samme udbytte for patienterne som ved terapiens afslutning, men hvor patienterne som regel har modtaget behandling i opfølgingsperioden.

En grundig opfølgning af otte randomiserede forsøg i Skotland med KAT ved panikangst, generaliseret angst og PTSD over en periode på op til 11 år fandt beskedne langtidsresultater, idet op mod halvdelen havde en psykiatrisk diagnose på opfølgningstidspunktet, selv om sværhedsgraden blandt patienter i KAT-grupperne var mindre end i sammenligningsgrupperne (der fik medicin, psykodynamisk terapi, EMDR, placebo eller stod på venteliste). Over halvdelen (64 %) havde modtaget behandling i opfølgingsperioden. Behandlingen i denne oversigt var imidlertid ikke efter aktuelle standarder. I nogle tilfælde var den yderst kortvarig (<6 sessioner), og der var kun data for 46 % af patienterne.

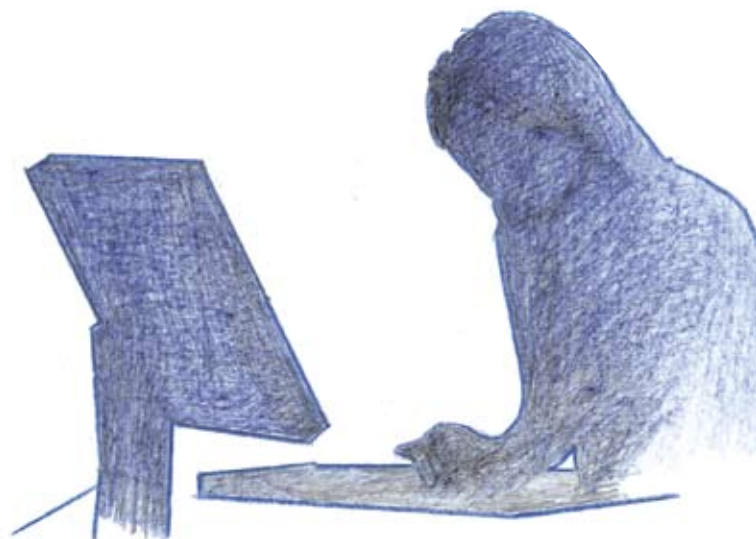
To italienske langtidsundersøgelser forestået af Giovanni Fava med patienter med panikangst/agorafobi og socialfobi fandt, at effekten af behandlingen var holdbar op til 14 år efter eksponeringsterapi. Det vurderedes årligt, om panikangst eller socialfobi var genopstået (et snævrere kriterium for tilbagefald end i den skotske langtidsundersøgelse, hvor alle psykiatriske diagnoser indgik i vurderingen).

Vi konkluderer, at langtidsvirkningen (> 2 år) af KAT ved panikangst og generaliseret angst muligvis er beskeden (III), og at mange patienter med sværere angsttilstande fortsat modtager behandling efter den initiale behandlingsperiode (Ia).

Forholdet mellem psykoterapi og medicin.

Omkring 50 randomiserede undersøgelser sammenligner psykoterapi, medicin eller kombinationsbehandling med begge disse metoder. De fleste vedrører panikangst/agorafobi, lidt færre socialfobi og OCD og yderst få generaliseret angst eller PTSD. Samlet tegner dette billede sig:

1. KAT og antidepressiv medicin – mest i form af SSRI, der er den anbefalede medicin ved angsttilstande – opnår omtrent tilsvarende virkning på kort sigt med måske lidt bedre virkning af KAT ved OCD og PTSD (der er ikke dokumentation for virkning af medicin ved enkelfobi).



2. KAT opnår mere holdbar virkning end tidsbegrænset medicin.

3. Kombinationsbehandling opnår måske lidt bedre initialvirkning end KAT alene ved svære angsttilstande (OCD, agorafobi), men ikke bedre virkning på længere sigt (>= 1 år).

4. Kombinationsbehandling opnår måske dårligere langtidsvirkning end KAT alene ved panikangst.

Særligt pkt. 4 (med evidensniveau II) fortjener opmærksomhed, idet langt hovedparten af behandlede patienter med panikangst i dag først modtager SSRI og dernæst evt. KAT, hvilket ser ud til at være en mindre hensigtsmæssig behandlingsrækkefølge.

Anbefalinger

Referenceprogrammet for angstlidelser har naturligvis mange anbefalinger, som for hovedpartens vedkommende er rubriceret under de enkelte lidelser. De følgende tre anbefalinger, som er fælles for alle angstlidelser, tegner det vigtigste, overordnede billede af anbefalinger for valg af behandling:

1. Patienter med angstlidelser bør have tilbud om dokumenteret virksom behandling i form af KAT, antidepressiv medicin eller en kombination af disse metoder (A). (Store bogstaver i parentes henviser til anbefalingernes styrke, jf. Tabel 1).

2. Der vil være fordele ved at tilbyde KAT som første behandling, da den har mere holdbar virkning end medicin og er uden medicinske bivirkninger (B).

>

- > 3. Patienter bør så vidt muligt have mulighed for informeret valg mellem dokumenteret virksomme behandlingsmetoder (D✓). (D✓ henviser til anbefalinger, som væsentligst bygger på konsensus om god klinisk praksis, hvor der ikke foreligger empirisk evidens).

Programmet for depression

Psykoterapi

Flere former for psykologisk akutbehandling ved depression (behandling i de første 2-4 måneder) har været genstand for kontrollerede undersøgelser, men der er forholdsvis få undersøgelser af psykoterapiens forebyggende effekt over for depressivt tilbagefald inden for det første år ("relapse") eller depressionens senere tilbagevenden ("recurrence").

Ved ambulante tilfælde af let til moderat depression (værdier på Hamilton Depression Skala [HamD]², 17-itemversionen, op til omkring 25) har en række korttidsvarianter (typisk 12-20 sessioner) af psykoterapi vist sig at være virksomme, først og fremmest KAT og interpersonel psykoterapi. Interpersonel psykoterapi er en psykodynamisk inspireret, depressionsspecifik terapiform med fokus på patientens aktuelle interpersonelle problemer. Der er dog også en vis dokumentation for effekt af psykodynamisk terapi, parafokuseret terapi og counselling (kortvarig psykologisk rådgivning forestået af terapeuter med mellemuddannelser). KAT ved depression forekommer i flere, ret forskelligartede udgaver, herunder Becks kognitive terapi (der i en årrække har været anset for den psykologiske standardbehandling ved depression), problemløsningsterapi, adfældsorienteret kognitiv terapi/adfærdsaktiveringsterapi ("Behavioral Activation Therapy") og kognitiv adfærdsanalytisk terapi ("Cognitive Analysis System of Psychotherapy"). Adfældsorienteret kognitiv terapi arbejder primært med at hjælpe patienten i gang med aktiviteter i dagligdagen, der kan bekæmpe de depressive følelser, medens adfærdsanalytisk terapi er en kreativ kombination af KAT og interpersonel psykodynamisk terapi særligt beregnet til kronisk depression, herunder dysthymi.

Evidensen for traditionel psykodynamisk terapi som behandling af depression er mere begrænset end for KAT og

interpersonel psykoterapi. Dokumentation for counselling gælder kun patienter med lettere depression behandlet i primærsektoren. Referenceprogrammet konkluderer, at der ikke foreligger dokumentation for effekten af psykoterapi alene ved de sværeste former for depression (HAM-D₁₇ ≥ 25) eller ved indlagte eller psykotiske tilfælde.

Ved moderat svære depressioner (HamD ≥ 20) fandt en enkelt, stor undersøgelse bedre virkning af adfældsorienteret kognitiv terapi end af sædvanlig kognitiv terapi ad modum Beck. Selv om dette resultat foreløbigt er enkeltstående, giver det anledning til overvejelser om, hvorvidt rene adfærdsmetoder er at foretrække ved sværere depressioner (jf. Coffman et al., 2007).

Forholdet mellem psykoterapi og medicin

Flere studier har sammenlignet effekten af psykoterapi, antidepressiv behandling og kombinationsbehandling med begge disse metoder. Hovedkonklusionerne på disse studier er følgende:

1. Ved let til moderat depression er effekten af antidepressiv medicin og KAT eller interpersonel terapi af sammenlignelig størrelse.

2. Ved svær, ikke-indlæggelseskrævende depression er kombinationsbehandling med KAT og antidepressiva i en enkelt stor undersøgelse fundet bedre end psykoterapi alene.

3. Ved moderat kronisk depression er der en vis evidens for, at KAT i kombination med antidepressiva har bedre virkning end antidepressiva eller psykoterapi alene.

4. KAT, eller KAT i kombination med medicin, i den akutte behandlingsfase synes at have forebyggende effekt på depressivt tilbagefald sammenlignet med medicinsk behandling alene.

Konklusionen i pkt. 4 understøttes af en ny undersøgelse (offentliggjort efter afsluttet datasøgning) med kontrol af behandlingen i opfølgingsfasen med 240 patienter med mindst moderat depression (HAM-D₁₇ ≥ 20), der sammenlignede akutbehandling med KAT i fire måneder med fortsættelsesbehandling med paroxetin i alt i 16 måneder. Undersøgelsen fandt mindre tilbagefald i KAT-gruppen ved followup et og to år efter akutfasen (Hollon et al., 2005).

[2] Hamilton Depressionskala er en udbredt bedømmerskala for sværhedsgraden af depressive symptomer, som i den mest anvendte udgave indeholder 17 items, der hvert scores fra 0-2/4, hvorved maksimumscoren bliver 52 (se nedenfor om forskellige konventioner for sværhedsgrad ud fra skalaen).



Anbefalinger

De væsentligste anbefalinger vedrørende psykologisk og kombineret behandling kan resumeres således:

1. Ved lette depressive episoder bør udviklingen i tilstanden ses an, medmindre det drejer sig om recidiverende depressioner, og det anbefales, at der i første omgang tilbydes råd, vejledning og støtte eller selvhjælpsterapi (A).
2. Ved let til moderat depression bør det overvejes at til-

byde patienten psykoterapi, der specifikt fokuserer på depression, fx KAT eller interpersonel psykoterapi (A).

3. Det kan anbefales at tilbyde patienter, der har responderet på KAT, 2-4 opfølgningssessioner over et år (A).

4. Kombinationsbehandling med KAT og medicin kan anbefales til patienter med kronisk depression (A).

5. KAT eller interpersonel psykoterapi (eventuelt kombineret med medicin) kan anbefales ved tilbagevendende

>

- > depression, dersom patienten vurderes at kunne profitere af den specifikke terapiform, eller hvis de får recidiv trods medicinsk behandling (A).

6. Valget af psykologisk intervention bør baseres på patientens præferencer, informeret dialog, depressionens sværhedsgrad og eventuelt tidligere erfaringer med behandling (D✓).

Eftertanker

Den valgte fremgangsmåde med hovedvægt på oversigtsværker begrænser naturligvis holdbarheden af nogle af konklusionerne. Oversigtsværker er altid lidt bagefter den aktuelle forskningsfront. Vi mener dog ikke, der er kommet afgørende nyt på forskningsfronten efter afslutningen af literatursøgningen og vil derfor nøjes med eftertanker om to problemer: 1) De forskellige konventioner for depressioners sværhedsgrad, 2) den manglende inddragelse af omkostningseffektivitetsberegninger i referenceprogrammerne.

Depressioners sværhedsgrad

Referenceprogrammet for depression specificerer depressioners sværhedsgrad ud fra HamD, men omtaler også den i dansk sammenhæng officielle graduering ud fra antallet af symptomer i ICD-10. De forskellige konventioner for depressioners sværhedsgrad kan give anledning til forvirring (se *Tabel 3*). "Svær depression" kan således ud fra forskellige konventioner variere fra HamD-værdier > 17 til værdier > 30.

Eftersom mange milde depressioner i ICD-10 med 4-5 symptomer ud af 10 ikke er depressioner ("Major Depression") i DSM-IV, hvor diagnosen kræver 5 af 9 tilsvarende symptomer og en HamD-værdi på ca. 13 almindeligvis er

nødvendig for en DSM-diagnose, er det mest sandsynligt, at ICD's sværhedsgrader samstemmer med konvention nr. 1 eller 4 i *Tabel 3* (Hougaard, 2001). Dette er også konklusionen i Dansk Selskab for Almen Medicin (2001) vejledning for diagnostik og behandling af depression i almen praksis. Så hvis konklusionen om, at psykoterapi kun er for milde til moderate depressioner (Sundhedsstyrelsen, 2007b), anvendes ud fra ICD-10-konventionen, fører det til en uholdbar indskrænkning af psykoterapiens domæne. Til trods for at sværhedsgraden ved behandlingskonklusioner i referenceprogrammet for depression konsekvent er angivet ud fra HamD, finder vi det uheldigt, at forholdet mellem de to sværhedsgradskonventioner ikke er tematiseret.

Det er også i lyset af sådanne forskellige konventioner, at Sundhedsstyrelsens nylige anbefaling af ikke at behandle let depression skal ses. De fleste former for let depression i ICD-10 er slet ikke depressioner efter DSM-IV. I forskningslitteraturen optræder lette ICD-10 depressioner undertiden under den uofficielle betegnelse "Minor Depressions", og over for sådanne tilfælde er der ikke dokumenteret nogen gevinst ved en egentlig behandlingsindsats. Så medmindre der er tale om en tilbagevendende depression (som det påpeges i referenceprogrammet), er "watchful waiting" nok her den mest relevante forholdsregel. Kronisk vedvarende stemningssænkning i form af dysthymi burde dog nok også have været omtalt som en undtagelse fra reglen om ikke at behandle, da dysthymi i høj grad påvirker personens livskvalitet i negativ retning.

Omkostningseffektivitet

Begge programmer afholder sig fra konklusioner om omkostningseffektivitet på grund af utilstrækkelige data på

Tabel 3. Forskellige konventioner for depressioners sværhedsgrad.

	Mild	Moderat	Svær	Meget svær
1. HamD-hjemmeside; Dansk Selskab for Almen Medicin (2001)	HamD 10-13	HamD 14-17	HamD>17	
2. Elkin et al. (1989)*	HamD 10-19	HamD 20-30	HamD > 30	
3. SBU (2004); Bech et al. (2005)	HamD < 17	HamD 18-24	HamD > 24	
4. NICE (2004)/APA 2000*	HamD 8-13	HamD 14-18	HamD 19-22	HamD > 22
5. ICD-10	4-5 symptomer	6-7 symptomer	> 7 symptomer	

*HamD: Hamilton Depression Skala (17-itemversionen); APA: American Psychiatric Association; * Ifølge NICE, 2004*





området, og denne tilbageholdenhed er nok fortsat velbegrunderet, hvis der skal stilles strenge evidenskrav til analyserne (sundhedsøkonomi er en kompliceret disciplin).

Der er dog efter programmernes afslutning kommet nye oplysninger frem af relevans for en økonomisk vurdering. Der er således for nylig offentliggjort en evaluering af en dansk forsøgsordning med sygesikringstilskud til psykologisk behandling af depression, som er omtalt i *Psykolog Nyt* (Fjelsted & Christensen, 2007). Konklusionen er, at der var godt udbytte og stor tilfredshed blandt patienterne, såvel i en ordning tilknyttet distriktspsykiatrien i Århus som ved henvisning til privatpraktiserende psykolog i Odense. Den gennemsnitlige offentlige udgift pr. patient til behandling af depression hos privatpraktiserende psykolog, hvor patienten selv skulle betale 40 %, var 3.616 kr. – det er mindre end den skønnede udgift til én dags behandling under indlæggelse (Kessing et al., 2006). En økonomisk beregning ved London School of Economics (2006), ligeledes offentliggjort efter afslutning af litteratursøgning i referenceprogrammerne, konkluderer, at KAT over for angst og depression vil være en af de bedste investeringer inden for sundhedsvæsenet, såvel økonomisk som i forhold til øget livskvalitet.

Det er vanskeligt at komme med præcise skøn over, hvor mange patienter der ville benytte sig af psykologisk behandling ved angst og depression, hvis muligheden for sygesikringstilskud forelå. I en stor repræsentativ befolkningsundersøgelse i USA fandt man, at 3,6 % af befolkningen i 1997 havde modtaget en form for psykoterapi (35 % heraf bare 1-2 sessioner) med ca. halvdelen på grund af angst eller depression (de fleste med sygesikringsdækning) (Olsson et al., 2002). Hvis disse tal omregnes til danske forhold, svarer det til, at ca. 90.000 danskere årligt benytter sig af til-

buddet om psykoterapeutisk behandling for angsttilstande eller depressive lidelser. Dette tal stemmer med vurderingerne fra London School of Economics (2006), hvor man anslår, at 800.000 patienter med angst eller depression årligt vil få brug for psykoterapi i England med ca. 10 gange så stort befolkningstal som i Danmark.

På baggrund af undersøgelsen i Odense kan det skønnes, at 90.000 patienter i psykologisk behandling for angst eller depression svarer til en årlig udgift på omkring 325 mio. kr. i sygesikringstilskud, ca. halvdelen af hvad det offentlige i øjeblikket giver i tilskud til SSRI-præparater. Med den høje produktion af psykologiske kandidater fra landets universiteter skulle efterspørgslen på de ca. 1000 psykoterapeuter, ordningen vil kræve, ret hurtigt kunne dækkes ind.

De økonomiske omkostninger ved en tilfredsstillende sygesikringsordning for psykologbehandling for patienter med angst og depression er relativt beskedne set i forhold til det samlede sundhedsbudget, og ordningen vil sandsynligvis være selvfinansieret af besparelser på udgifter til øvrige sundhedsydelse, sygdomsbetinget arbejdsfravær og førtidspension (jf. London School of Economics, 2006).

Afsluttende kommentarer

Kritiske indvendinger mod evidensoversigter

De skarpeste indvendinger mod evidensoversigter går på, at terapeutfaktorer, særligt nonspecifikke relationsfaktorer, spiller en større rolle i psykoterapi end metodefaktorer, og at der er få forskelle i effekt mellem velrenommerede og veludførte former for psykoterapi, den såkaldte "Dodo-kendelse" (fx Wampold, 2001). Almene metaanalyser af psykoterapi støtter denne konklusion (ibid.), men resultaterne kan dels bero på, at man i almindelighed kun sammenlig-

FAKTA ■ Artiklens forfattere

Arbejdsgrupperne for angstlidelser og for unipolar depression blev nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer i efteråret 2005, og artiklens forfattere har alle været medlemmer af en af disse arbejdsgrupper.

Angstlidelser: Cand.psych., ph.d.-studerende *Mikkel C. Arendt*, Klinik for Angst- og Tvangslidelser, Psykiatrisk Hospital Århus. Professor, cand.psych. *Esbén Hougaard*, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Chefpsykolog *Nicole K. Rosenberg*, Klinik for Angst- og Tvangslidelser, Psykiatrisk Hospital Århus.

Unipolar depression: Cand.psych., lektor *Hans Henrik Jensen*, Afdeling for Sundhedspsykologi, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Cand.psych. *Krista Nielsen Straarup*, Klinik for Mani og Depression, De Psykiatriske Specialklinikker, Aarhus Universitetshospital, Risskov.

- > ner behandlingsformer med dokumenteret virkning, dels at de fleste undersøgelser omhandler uspecifikke terapiformer over for blandede patientgrupper.

Ved angstlidelserne er der ret klar dokumentation for metodens betydning for resultatet. David Barlow (2007) har sammen med kolleger opgjort den relative betydning af forskellige variabelklasser inden for angstlidelsernes område ud fra randomiserede forsøg med det resultat, at metodefaktoren her forklarer mellem 10 % og 60 % af effekten mod non-specifikke relationsfaktorer 0-20 % (30-70 % forklares af andre faktorer).

Undersøgelsesresultater kunne tyde på, at der er mindre grad af "metodespecificitet" ved behandling af depression, og her er der da også evidens for virkning af flere forskellige psykologiske behandlingsmetoder. Særligt ved lettere depression er der høj grad af placeborespons, så her spiller den særlige behandlingsmetode nok ikke nogen stor rolle. Alle metaanalyser finder numerisk bedre effekt for kognitive og adfærdsmæssige metoder (SBU, 2004), men forskellen i forhold til andre moderne, strukturerede psykoterapiformer er ikke stor; fx er der ifølge en metaanalyse 9 % større chance for remission blandt patienter i KAT end i psykodynamisk eller interpersonel terapi ved terapiens afslutning (20 % større chance ved opfølgningstidspunktet) (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005).

Evidensbaseret praksis

I den Amerikanske Psykolog Forenings vedtægter for evidensbaseret psykologisk praksis (APA, 2006; p. 278) anføres det, at psykologen ved veldefinerede problemer eller lidelser med omfattende evidens for virkning af særlige metoder skal tage denne evidens i betragtning i udfærdigelsen af behandlingsplan. Over for de mange tilfælde, hvor der ikke foreligger en sådan klar evidens, skal psykologen gøre brug af klinisk ekspertise i sin fortolkning og anvende den bedste tilgængelige evidens samt samtidig monitorere patientens fremskridt og modificere fremgangsmåden, hvis der er brug herfor. Generelt i psykoterapi bør der tilstræbes en effektiv balance mellem konsistens i brugen af interventioner og fleksibilitet over for feedback fra patienten.

Så det er altså vigtigt, at psykologer er opmærksomme på evidensoversigter som de foreliggende referenceprogrammer. Der er på den anden side kun tale om pejlemærker, og som det er påpeget, er evidensoversigter altid allerede lidt forældede, når de udgives. Alle psykoterapeutiske me-

toder er under stadig udvikling. Paul Salkovskis (2002) gør opmærksom på, at de fleste KAT-programmer er forældede efter bare 5-10 år. Evidensoversigternes effektstudier må gå hånd i hånd med resultater fra procesundersøgelser, empirisk funderede teorier om lidelserne, almenpsykologisk viden, kliniske erfaringer og tilbagemeldinger fra patienten ved tilrettelæggelsen af den konkrete behandling for særlige lidelser hos den enkelte patient.

Behandlingsindsatsen over for angst og depression

Hidtil har der ikke været sygesikringstilskud til psykologbehandling for angsttilstande og depressive lidelser, selv om evidensen for værdien af psykoterapi her er overbevisende. PsykiatriFonden indledte en depressionskampagne for snart 10 år siden i kølvandet på en konsensuskonferences anbefaling af bedre behandling af depression inkluderende sygesikringsdækning af psykologisk behandling (DSI, 1999). Dansk Psykolog Forening har netop i januar 2008 indgået en ny overenskomst med regionerne, hvor klienter mellem 18 og 37 år med lette til moderate depressioner fra 1. april har mulighed for at blive henvist af egen læge til behandling hos privatpraktiserende psykolog tilknyttet sygesikringsordningen. Regionerne har i alt bevilget 20 mio. til ordningen (der rummer 40 % egenbetaling) – et beløb, der dog næppe vil kunne dække efterspørgslen (jf. ovenfor om omkostningseffektivitet).

PsykiatriFonden har sidste efterår indledt en kampagne for bedre angstbehandling. Formanden for fonden, Jes Gerlach, har i en lille, almenoplysende bog om angst udgivet i denne anledning slået til lyd for behandling i overensstemmelse med anbefalinger i referenceprogrammet for angst og med psykoterapi betragtet som førstevalgsbehandling (Gerlach & Hougaard, 2007).

Et referenceprogram udarbejdet af Sundhedsstyrelsen er et vigtigt politisk middel til at fremme behandlingsindsatsen på området, og de to referenceprogrammer er da også blevet hilst velkomne af patientorganisationerne for henholdsvis angst, OCD og depression. I Forslag til Psykiatriplan for Region Midtjylland (2007) er anført, at behandling af angst og depression bør følge de to referenceprogrammer. Der er netop i regionen blevet oprettet to nye angst-klinikker (i Silkeborg og Viborg) ud over den veletablerede ved Aarhus Universitetshospital i Risskov.

*Esben Hougaard, Krista Nielsen Straarup,
Mikkel C. Arendt, Hans Henrik Jensen
& Nicole K. Rosenberg*





REFERENCER ■

- APA (2006). American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-based Practice: Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Barlow, D.H. (2007). The case of hope. "Evidence-Based Practice" (EBT) in action. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, Volume 3, Module 4, Article 3*, pp. 50-62. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>.
- Bech, P., Licht, R.W., Stage, K.B. et al. (2005). Kompendium: Rating scales for affektive lidelser (2. rev. udgave). Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Sygehus Hillerød.
- Coffman, S.J., Martell, C.R., Dimidjian S. et al. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 531-544.
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2001). Klinisk vejledning: Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. København: FADL.
- DSI (1999). Depression – en folkesygdom der skal behandles? Rapport fra en konsensuskonference 1.-3. marts 1999. DSI rapport 99.02. København, 1999.
- Fjelsted, R. & Christensen, K.S. (2007). Psykologbehandling af depression. *Psykolog Nyt*, 61 (12), 26-33.
- Fonagy, P., Roth, A. & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 1-58.
- Forslag til psykiatriplan for Region Midtjylland. 2007. www.regionmidtjylland.dk.
- Gerlach, J. & Hougaard, E. (2007). *Angst*. København: PsykiatriFondens Forlag.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C. et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-22.
- Hougaard, E. (2001). Psykoterapi ved "svær" depression. *Ugeskrift for Læger*, 163, 5845.
- Hougaard, E. (2007). Evidens: Noget for psykologer? *Psykolog Nyt*, 61 (20), 14-21.
- Kessing, L.V., Hansen H.V., Hougaard, E. et al. (2006). Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) – en medicinsk teknologivurdering. *Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006*; 6(9). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. www.sst.dk.
- London School of Economics. (2006). The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. London: the Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) (2004a). Clinical guideline for the management of anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. National Clinical Practice Guideline Number 22. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) (2004b). Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) (2005). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) (2006). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B. et al. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1914-1920.
- Salkovskis, P. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-9.
- SBU (Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering) (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturoversikt, Vol. 1-3*. Stockholm: Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering, Publ. Nr. 166/1-3. www.sbu.se.
- SBU (Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering) (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt, Vol. 1-2*. Stockholm: Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering, Publ. Nr. 171/1-2. www.sbu.se.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental design for causal inference*. New York: Houghton Mifflin.
- Sundhedsstyrelsen (2007a). Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk.
- Sundhedsstyrelsen (2007b). Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk.
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Malwah, NJ: Erlbaum.