

Effektiv behandling af alvorlige angsttilstande i korte kursusforløb indenfor psykiatriens rammer.

Af Irene Oestrich & Jørn Lykke

Resumé

Baggrund

Siden etablering af Center for Kognitiv Terapi i 2000 har der konstant været henvendelser fra praktiserende læger og andre hospitaler om at behandle en række patienter, hvis diagnoser gør det oplagt at tilbyde kognitiv adfærdsterapi (KAT) som første behandlingsvalg. Patienter der lider af alvorlig panikforstyrrelse har udgjort en stor del af disse henvisninger.

Hovedopgaven i Center for Kognitiv Terapi er uddannelse af personalet i form af specialistkurser i psykoterapi og tværfaglige kurser i kognitiv miljøterapi, behandling af indlagte patienter og implementering af kognitiv miljøterapi i Fjordhus.

Panikforstyrrelser er en relativt almindelig og invaliderende angstsygdom, som forekommer hos mellem 3-6% af en befolkning som vores (Weissmann, 1990) en række kliniske studier og metaanalyser har bevist effektiviteten af KAT (Clum et al 1993, Gould et al 1995), Barlow et al.2000). KAT er en effektiv behandling af en række psykiske lidelser fra angsttilstande, depression og personlighedsforstyrrelser til psykoser. For mange patienter er det det bedste valg af behandling, men det er stadig meget få patienter, som får tilbudt denne behandling selvom udgifterne til behandling af psykisk syge er høje. Der er i øjeblikket sat bestræbelser i gang for at finde et fælles værdigrundlag for behandling af psykisk syge og et fælles grundlag for socialvæsenets og sundhedsvæsenets forvaltning af behandlingsopgaven. Siden 1970 er der kommet evidens for at KAT er effektiv behandlingsform, som kræver systematisk planlægning og brug af de kognitive metoder samt måling og evaluering af resultaterne. Det er først i 2000 at KAT i dens systematiske form er blevet en del af dansk psykiatri.

Andre steder i verden, har man afprøvet korttids intensiv gruppe behandling af angsttilstande i mange former, men med lovende resultater (Oei & Dingle, 2002) og der er tilstrækkelig evidens til at fastslå at korttidsbehandling af angsttilstande med KAT er effektivt, men mekanismerne er stadig ikke klarlagt. Desuden er der stadig få empiriske undersøgelser, som har evalueret denne behandling i den intensive, kortvarige form.

Studierne har påvist, at panikpatienter ofte oplever en signifikant forbedring af deres symptomer i den første trediedel af behandlingsforløbet (Barlow et al 2000, Penava et al, 1998), hvilket indikerer at de overvinder deres undvigelsestrang og rent faktisk kommer ud af angstcirklen.

Intensiv og kortvarig gruppeterapi skal ses som et alternativt tilbud til patienter med panikforstyrrelse, som ellers er henvist til lange ventelister eller slet ikke får tilbudt virksom behandling på grund af manglende viden og manglende ressourcer.

Angstprojekt ved Center for kognitiv Terapi, Sct. Hans Hospital

Formålet med dette studie er at bruge den tilstedeværende viden og ekspertise i psykologgruppen i Center for Kognitiv Terapi til at afprøve og evaluere effekten af et intensivt to ugers behandlingsprogram for patienter med panikforstyrrelser, bestående af psykoedukativ indsats og gruppeterapi. Desuden er formålet at finde en form, som kan gavne mange andre patienter i samme situation ved at evaluere programmets indhold og tage stilling til de virksomme faktorer i behandlingen.

I dansk psykiatri har anvendelsen af terapeutisk intervention som alternativ til stigmatiserende indlæggelse eller ambulans tilknytning til behandlingssystemet markante fremtidsperspektiver og implikationer for patienter som terapeuter. Denne type intervention vil maksimere antallet af patienter, som kan tilbydes denne behandling uden at gå på kompromis med kvaliteten og integriteten af terapien og dens resultater. Desuden kan psykoedukation kombineret med gruppeterapi forøge effektiviteten af behandlingen ved at tilbyde patienterne en vigtig social støtte under og efter behandlingen, hvilket formodes at forbedre mulighederne for vedligeholdelse af resultaterne.

Baseret på eksisterende forskning relateret til panikforstyrrelse og effekten af KAT er følgende hypotese opstillet for de potentielle resultater af dette studie.

Hypotese

Patienter som lider af panik og deltager i korttidsbaseret psykoedukation og gruppeterapi baseret på kognitive behandlingsprincipper vil udvise en signifikant reduktion af symptomer sammenlignet med niveauet for symptomer inden behandlingen. Disse forbedringer vil blive opretholdt over en periode.

Handlingsplan og forberedelse

Projektet starter med udarbejdelse af protokol og projektbeskrivelse (bilag 1) som sendes til bedømmelse i de videnskabetiske kommittéer samt information til deltagerne (bilag 2) og skriftlig accept (bilag 3), som skal underskrives inden patienten optages i projektet. Så udformes et brev, som sendes til de praktiserende læger og socialforvaltninger, der befinder sig i rimelig afstand til hospitalet. Brevet vedlægges beskrivelse af behandlingstilbudet til angstpatienter indenfor panik og fobiområdet på et to ugers kursus (bilag 4). Der vedlægges program som indeholder tidsplan og oplysninger om indholdet i behandlingen (bilag 5). Desuden udarbejdes skemaer til opgørelse af screeningsresultater (bilag 6) og projekt design (bilag 7)

Når henvisningerne er modtaget, foretages der en udvælgelse. Center for Kognitiv Terapi modtog langt flere henvisninger end der var plads til og måtte lukke for tilgangen inden fristen udløb. Patienterne fordeles mellem de behandlende gruppeterapeuter, 3 grupper i alt og indkaldes til forsamtale inden endelig inklusion i projektet.

Etiske aspekter

Patienter som opfylder kriterierne for at deltage i angstkurset i Center for Kognitiv Terapi indkaldes til forsamtale af undersøgelsens ansvarlige behandlere, der alle er

specialiserede i kognitiv psykoterapi. Deltagerne bliver mundtligt som skriftligt orienteret om projektets formål og principperne bag kognitiv adfærdsterapi. Patienterne bliver oplyst om, at deres valg om at deltage eller ikke at deltage, ingen indflydelse får på den behandling de eventuelt allerede modtager og at de til enhver tid kan træde ud af undersøgelsen. Patienterne giver endeligt samtykke om at deltage i forbindelse med forsamlingen. Behandlingskurset og de efterfølgende opfølgninger og evalueringer vil foregå i Center for Kognitiv Terapi. Efter behandlingen indkaldes patienterne individuelt til evaluerende samtale, hvor de også får udleveret deres resultater i grafisk form.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterierne for deltagelse i angstkurset udarbejdes med det formål at gøre det muligt at arbejde målrettet med alle patienter på samme tid, men anlægge en individualiseret intervention på basis af forsamlingen. Følgende overvejelser blev udarbejdet og fulgt i psykologernes stillingtagen til optagelse på kurset.

1. angivelse af fobisk adfærd, dvs der skal kunne identificeres specifikke situationer eller steder, som patienten enten undgår, flygter fra eller hvori der anvendes konkret sikkerhedssøgende adfærd. Der skal screenes for mobilitet (evne til at færdes frit) når patienten færdes alene og sammen med andre.
2. Det undersøges om patienten ved egen eller pårørendes hjælp kan møde frem til Behandlingen. Det må forventes at svært agorafobiske patienter ikke vil kunne overvinde deres angst før behandlingen og ideelt burde disse mødes i deres hjem mhp response prevention af undvigelse.
3. Hvis patienten angiver angst i sociale situationer, vurderes det, hvorvidt der er tale om generaliseret social fobi (evt. screening vha SPAI eller lignende). Der sættes også fokus på depressionsniveau og gøres overvejelser som gruppesammensætningen. Det er ikke hensigtsmæssigt at have enkelte GAD patienter i en gruppe, der overvejende tæller panikpatienter og agorafobikere.
4. Der skal screenes for depression og ved svær depression skal de udløsende og Vedligeholdende faktorer vurderes. Hvis der er mange sociale faktorer, som vedligeholder depressionen og patienten angiver disse forhold samt depression som hovedproblem, skal andet behandlingstilbud overvejes.
5. Tegn på alvorlig sygdomsangst eller alvorlig forvrænget kropsopfattelse skal andet Behandlingstilbud overvejes.
6. Forholdet mellem angst og eventuel somatisk sygdom skal undersøges. Hvis patienten Har diabetes, hjerteproblemer, epilepsi eller andet, skal det overvejes, hvorvidt kurset er det rette behandlingstilbud.

Eksklusionskriterier udgør.

1. Generaliseret angsttilstand (GAD) og generaliseret social fobi, OCD, anorexi og Helbredsangst.

2. Depression som primær diagnose

3. Patienter der foruden angst også har en somatisk sygdom, som har betydning for angstproblematikken.

Design og evaluering

Et vigtigt element i dette studie er den systematiske evaluering af hver enkelt patients symptomer og tilstand under forløbet. Evalueringsprocessen består af 4 målinger (bilag 7) Der screenes for gennemsnitligt antal panikanfald (dagligt og ugentligt) graden af og frygten for panikanfald, mobilitet (alene og ledsaget) (MOB) social fobi samt BDI og BAI.

Evalueringsinstrumenter

Alle patienter udfylder screenings spørgeskema som undersøger sygdomshistorien, aktuelle symptomer og påvirkning af den aktuelle livssituation, tidligere behandling samt medicinering.

Øvrige måleinstrumenter er.

- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Robson Self-concept Questionnaire (SCQ)
- Panic Disorder Severity Scale (PDSS)

Disse instrumenter og et feedback skema (bilag 8) specielt designet til angstkurset, bliver anvendt under kurset med henblik på at monitorere ændringer i specifik adfærd og tanker relateret til panik forstyrrelser.

Rammer og atmosfære

Ved kursusstart mødes alle 18 patienter i Center for Kognitiv Terapi, som de kender fra forsamlingen. Den psykoedukative og fælles del af kurset foregår på afdeling Ms daghospital, hvor der er gode forhold og hyggelig indretning.

Patienterne imødekommes som kursusedtagere, der skal oplyses, men de involveres hurtigt i den personlige proces, som angstbehandling er. Undervisningen veksler mellem behandlernes undervisning, deltagernes spørgsmål og små opgaver eller øvelser, der understreger behandlingsprincipperne. Således lærer patienterne mindfulness meditation som beroligende og angstreducerende teknik, de udfylder skemaer for at foretage en personlig problemformulering og der anvendes en række kreative metoder såsom eventyr og anekdoter til understregning af principperne. Desuden skriver patienterne ved afslutning af kurset et postkort til sig selv, som sendes fra centret 2 måneder efter kurset for at minde dem om væsentlige kerneprincipper skrevet af dem selv i en personlig form. Formålet med dette var at kortet skulle virke som "flash-kort" og genopfriske det de har opnået, hvilket også ifølge patienterne subjektive oplevelse blev opnået.

Om eftermiddagen deles de i 3 grupper med 6 deltagere i hver. Her fortsættes problemidentifikationen og afhængigt af hvad der vedligeholder problemet hos den enkelte foretages interventionen ofte i form af exposure. Exposure er en overordnet interventionsform som starter på første kursusdag og såvidt muligt foretages in vivo, men altid med hensyn til den enkelte patients parathed og hurtighed til at adaptere metoden. For enkelte af patienterne var en 3 timers gruppesession meget anstrengende, men alle gennemførte.

Der forekommer voldsomme panikanfald i form af vejtrækningsbesvær, rysten og gråd fra dag et og det bestræbes fra starten, at disse håndteres i plenum, så alle lærer af det og ser, at det ikke er farligt at få panikanfald og at de kan håndteres af behandlerne og efterfølgende af patienten selv.

En del patienter her høje udslag på depressionsskalaen og deres negative og destruktive eller pessimistiske tankestil afsløres i måden de reflekterer på undervisningen på. Kognitiv omstrukturering integreres som en vigtig del af læringsprocessen.

Det er aftalt at patienter der udebliver skal kontaktes samme dag af deres behandlere. Der forekom ingen drop-out, men nok tegn på undvigelse, som blev taget i opløbet ved personlig henvendelse.

Design

Studiet følger et "within subjects repeated measures design", hvor alle deltagere modtager behandling og bliver evalueret med ovenstående evalueringsinstrumenter før og efter interventionen.

Figur 1. Design

Baseline måles inden behandlingen går i gang en måned inden kurset og lige inden kursusstart. Tidsrummet mellem den første screening og påbegyndelsen af angstkurset fungerer som en kontrolperiode, det vil sige at deltagerne selv udgør kontrolgruppen og det forventes at der vil ske meget få ændringer i denne periode forud for interventionen, idet venteperioden afspejler patienternes tilstand uden behandling. Den egentlige baseline måles lige før behandlingen starter, idet patienterne afleverer deres skemaer ved kursusstart. Lige efter behandlingen er afsluttet foretages en post-behandlingsmåling og der tilbydes individuelle evalueringssamtaler, hvor alle patienter møder op. Herefter måles tilstanden ved follow-up, 3, 6 og 12 måneder efter kursus.

Statistik

Til den statistiske analyse af data anvendes SPSS. Undersøgellesdesignet er baseret på gentagen evaluering indenfor de samme kategorier (Repeated Measure Design). Der indsamles data indenfor de samme kategorier på forskellige tidspunkter. Den statistiske analyser som passer til dette design er Repeated Analysis of Variance også kaldet ANOVA (Tabachnick & Fidell, 1996). For at udføre en ANOVA analyse skal de indsamlede data være normalt fordelt. Dette for at reducere indflydelsen af data som falder udenfor de normale mønstre (outliers). Resultaterne vurderes ud fra både statistiske og kliniske forandringer.

Resultater

Der er tale om en drop-out rate på 0, hvilket er usædvanligt. Dette skyldes det planlagte beredskab og behandlernes evne til at fastholde patienterne.

Ved behandlingens start befandt gruppen sig som helhed med en gennemsnitsscore på 31 i området "alvorlig angst" målt med BAI. På PDSS skalaen befandt gruppen sig som helhed med en gennemsnitsscore på 13 i det moderate område. Med hensyn til mobilitet på egen hånd ses gruppen med en gennemsnitsscore på 2.4. placeret i området som den agorafobiske befolkning. Graden af panik måles til 3 på en skala fra 1-5 og frygten for panik er gennemsnitlig høj med 3 på en skala fra 1-4. på BDI skalaen opnår gruppen et gennemsnit på 20 i det moderate område, men der er store variationer og også patienter med svær depression.

Figur 2 viser ændringerne før og efter behandlingen og ved første follow up, 3 måneder senere.

Det fremgår af tallene at der på mange områder kun er meget lille ændring i niveauet ved inkluderingen og frem til kursusstart i kontrolperioden. Enkelte patienter får en forværret tilstand, som kan forklares med at de ved at monitorere deres symptomer og tilstand i den grad bliver opmærksomme på symptomerne, som de har forsøgt at ignorere igennem en lang periode inden behandlingen. De har heller ikke betragtet deres sikkerhedssøgende adfærd som et symptom men som en coping strategi, uden at overveje konsekvenserne af den strategi. Hos nogle patienter ses et umiddelbart fald i depressionsniveau, hvilket kan skyldes at udsigten til behandlingen og troen på behandlingen giver håb om helbredelse og således øger humøret.

Mennesker med angst, som ikke forstår angstens natur og ikke har lært hensigtsmæssige copingstrategier, diskvalificerer sund og rationel adfærd og søger på bedste måde at hamle op med symptomerne. Ofte er de blevet tilrådet at "lytte til deres krop" af andre enten velmenende pårørende eller uvidende professionelle, som råder dem til at holde sig fra situationer, som de ikke føler at de magter.

Efter behandlingen ses et markant fald på samtlige problemområder.

Figur 3 angst (BDI)

Figur 3 viser

Figur 4 angst (PDSS)

Figur 4 viser

Figur 5 (MOB)

Figur 5 viser

Figur 6 (BDI)

Figur 6 viser

Kvalitative ændringer

Den kvalitative evaluering foretaget af patienterne selv på evalueringsskema viser stor tilfredshed med kurset, som for manges vedkommende har ændret deres tilværelse og fremtidsudsigter fuldstændigt. De få patienter, som ikke havde signifikante ændringer efter behandlingen var fejldiagnosticerede som primære panikpatienter. Der var en patient med markante psykosociale og familiemæssige vanskeligheder, som blev ført videre til socialpsykiatrisk behandling og.....

Undervejs i forløbet begyndte der at ske markante forandringer på dag 2, hvor en del patienter rapporterede lykkfølelse (som nogen af dem blev bange for, da emotionel avoidance har været en del af deres strategi generelt). De fleste patienter forstod og fulgte principperne for exposure og havde stadig angstsymptomer, men havde fået ændret deres overbevisning om, at der ikke skete noget fatalt ved udsættelse for angstudløsende situationer. De fleste havde stadig svært ved at acceptere udsagnet "angst er ikke farligt", men opdagede at de langsomt begyndte at cope med at berolige sig selv og udvikle modstandskraft. De patienter som anlagde en åben holdning overfor deres hjemlige omgivelser og i deres miljø, opdagede hurtigere at angst kan overvindes og andre kan forstå dens natur, når man deler sine oplevelser, ligesom andre kan være ressourcepersoner i forbindelse med at overvinde den.

Mange patienter demonstrerede deres fremskridt ved at bruge den store gruppe som medie. En holdt tale, en søgte aktivt kontakt, en holdt maleriudstilling med egne værker og virkede således som modeller for de andre. Dette havde for det meste en positiv effekt, men nogle sammenlignede sig selv ufavorabelt med dem med succes og tog det som et tegn på at de ikke selv ville lykkes. Sådanne reaktioner anvendtes til at vise principperne i vedligeholdelse af problemer og udvikling af individuelle coping strategier.

Allerede i uge 1 opfordredes patienterne til at planlægge fælles eksponeringsopgaver på hjemmeopgavedagene i uge 2. En del patienter gav udtryk for at de gerne ville have en fridag i uge 1, men undvigelseseffekten af dette bør opvejes med det man ville opnå ved at lægge en pause ind i den første behandlingsuge. Det er yderst vigtigt at fastholde alle fra starten. Ved kursusafslutningen udvekslede de fleste patienter telefonnumre og e-mail adresser ved hjælp af en liste, men kun få anvendte disse til at kontakte hinanden for støtte og opbakning i efterforløbet.

Follow up efter 3 måneder.

Konklusion

Resultaterne er preliminaire, idet follow up 6 måneder og 12 måneder efter behandlingen vil blive gennemført.

- Der er fundet signifikante ændringer i angstniveau, paniksymptomer og depression målt ved BAI, PDSS-SR og BDI. Forandringer fra T2-T3 i den aktive behandlingsfase er yderst signifikante $p > .001$.
- Der er fundet signifikant forøgelse af mobiliteten hos patienterne efter deltagelse i 2 ugers behandling, målt ved Mobility Inventory. Forandringer fra T2-T3 i den aktive behandlingsfase er yderst statistisk signifikant $p > .001$.
- Der findes ingen signifikante ændringer af angstniveau, paniksymptomer, depression eller mobilitet i kontrolperioden som varer en måned. Fra T1-T2.
- De kliniske ændringer efter interventionen er markante:
 - Angstniveauet reduceres fra alvorligt til minimal/mild angst
 - Paniksymptomerne reduceres fra moderate til milde
 - Depressionen reduceres fra moderat til mild
 - Mobiliteten øges fra det agorafobiske niveau til niveauet som hos den normale population
- Follow up efter 3 måneder viser.....

Effect sizes

Der findes signifikant fremgang målt i effectsizes

MOB:	1.4
PDSS-SR:	2.1
BAI:	1.35
BDI:	0.94

Effektstørrelsen viser den påvirkning resultatet har på personen og at der er overensstemmelse mellem de statistiske ændringer og de kliniske ændringer i forbindelse med behandlingen.

Litteratur

- Bilag 1 Projektbeskrivelse**
- Bilag 2 Information til deltagerne**
- Bilag 3 Tilbud om angstbehandling**
- Bilag 4 Skriftlig accept**
- Bilag 5 Kursusprogram**
- Bilag 6 Skema til screeningsresultater**

Bilag 7 Evaluering af kursus i angstbehandling
Bilag 8 Feedback skema