

Kognitiv adfærdsterapi – og angst

Er kognitiv adfærdsterapi en effektiv behandling af angsttilstande på længere sigt? Ja, siger forskningen – men måske på for løst et grundlag.

Effekt? ■ Af Marie-Louise Vandborg

■ Den kognitive adfærdsterapi har vundet indpas i behandlingsregi som den psykoterapeutiske behandlingsform for angsttilstande, der lover den bedste prognose. Ifølge Beck (2006) peger en længere række studier på netop kognitiv adfærdsterapi som den bedste og mest anvendte form for terapi ved behandling af samtlige angsttilstande.

Behandlingsformen synes at have den bedste og hurtigste effekt i form af både symptomreducing og opnåelse af indsigt i de uhensigtsmæssige tankemønstre, der gør sig gældende hos den angstlidende. Kognitiv adfærdsterapi anbefales endvidere som primær behandlingsform for angstlidelser i Danmark, senest i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser fra 2007.

Jeg har søgt at finde frem til, hvilken effekt den kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsform har på længere sigt. I mit arbejde med mennesker med angst har jeg set symptomer blive reduceret og indsigter i tankemønstre stige – netop i kraft af denne form for psykoterapeutisk behandling. Alligevel er jeg stødt på en række personer med angstlidelser, der har indgået i kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsforløb, og hvis symptomer ikke er bemærkelsesværdigt reducerede, eller som er vendt tilbage.

Idet en del af disse såvel som en del behandlere i øvrigt har lært, at kognitiv adfærdsterapi er den *rigtige* form for >







- > behandling af angsttilstande, føler mange ved symptomerne genopdukken en vis afmagt. Hvorfor kommer angsten tilbage, og hvorfor virker terapien ikke alligevel? Det skulle jo være en effektiv og virksom behandling for angst, så måske er det *mig*, der er noget galt med? Nogle udviser endvidere depressive symptomer efter at have oplevet, at behandlingens effekt ikke har været ved. At symptomer på en lidelse, de troede var færdigbehandlet, tiltager igen. Mine oplevelser med personer, der lider af angst, har altså ledt mig til en interesse i at undersøge, hvilken effekt kognitiv adfærdsterapi har på længere sigt.

Metodologisk validitet i effektforskningen

I løbet af de seneste 20 år især har kognitiv adfærdsterapi vundet behandleres respekt, idet en del forskning viser, at netop denne form for behandling hurtigt reducerer patologisk angst hos mennesker (1, 2, 3, 4, 6, 9, 10). De resultater, som effektforskningsstudier fremviser, synes ved første øjekast også at være imponerende. Dette gør sig eksempelvis gældende ved studier som (3, 4, 6, 9, 10). Det er disse studier, som der her hovedsagelig skal tages udgangspunkt i. Studierne er i øvrigt et udpluk af en længere række studier, der fremviser lignende resultater, og kan ansku-

es som repræsentative for effektforskningsundersøgelser på området generelt.

Manglerne i undersøgelserne står først klart ved et detaljeret nærstudie heraf. Ved en undersøgelse umiddelbart efter behandlingsforløbenes afslutning i form af en posttest havde de fleste af dem, der gennemførte deres behandlingsforløb i samtlige af de nævnte undersøgelser, nemlig opnået en positiv effekt. Alligevel synes de opgivne procentsatser herpå generelt at dække over et lavt antal medvirkende, der har opnået positive resultater eller en genetablering af deres sundhedstilstand.

Effektforskningsstudier indeholder som et minimum følgende dele, hvis de anskues som metodologisk valide: en posttest, kontrolgruppe/r, en belysning af frafald, opgivelser af inklusions- og eksklusionskriterier, en redegørelse for effektmål og opfølgingsundersøgelser. Ved samtlige studier er der foretaget posttest, der viser, at den kognitive adfærdsterapi har haft en positiv indvirkning på de angstlidelser, som de medvirkende var i behandling for. Disse posttest er alle foretaget umiddelbart efter behandlingens afslutning. Men de resterende krav til metodologisk valid forskning synes dog langt fra alle at blive opfyldt.

Det første synlige problem er, at der i flere tilfælde enten

mangler kontrolgrupper, eller at det ikke opgives, om kontrolgrupper i det hele taget er indgået i undersøgelsen. I psykoterapeutiske effektforskningsstudier er kontrolgrupper ellers et umiddelbart krav, da spontan bedring ellers ikke kan kontrolleres. Det er nemlig et hyppigt fund, at nogle fra kontrolgrupper bedres, selv om de ingen behandling får. I studierne uden kontrolgrupper kan effekten af terapien derfor ikke vurderes i forhold til hverken andre terapier eller ingen terapi. Endvidere opgives eventuelle frafald hyppigt ikke, og i andre undersøgelser fremgår det ikke, hvor mange der er blevet ekskluderet, eller hvad kriterierne herfor har været.

I de studier, hvoraf det fremgår, hvor mange der er blevet ekskluderet, opstår der imidlertid også problemer. I flere tilfælde viser over halvdelen af undersøgelsesgruppen sig at være blevet ekskluderet fra studiet, eksempelvis grundet tilstedeværelsen af en komorbid lidelse. Disse kunstige og stramme inklusionskriterier er problematiske, idet der så ikke skildres en almen befolkningsgruppe med angst. Når undersøgelsesgrupper er for kunstigt skabt, er spørgsmålet, hvor meget der ved sådanne studier kan konkluderes generelt, idet disse grupper indimellem ligger langt fra dem, man som behandler møder under naturalistiske forhold.

Forskningsmæssige problemer

Et af de kriterier, der ansues som væsentligt for at vurdere en terapies effekt, er, om den sindslidende har opnået remission. Det er dog væsentligt at forstå, at kriterierne for remission og definitionen på selve begrebet i studierne og i den kliniske litteratur i øvrigt ikke er ens. Nogle skelner eksempelvis mellem at være i remission eller være i *fuld* remission, hvor andre blot bruger at have opnået remission eller ikke skelner mellem remission og fuld remission. Nogle kan således henviser til remission og mene, at der er tale om en bedringstilstand, hvor andre henviser til det selv samme fænomen og mener, at den pågældende har genetableret en sundhedstilstand. Dette punkt er nævneværdigt, idet formålet med effektforskningsstudier netop er at undersøge og redegøre for en behandlings effekt.

Der er naturligvis flere måder, hvorpå en behandlings effekt kan vurderes. Hvor nogle oplyser en procentdel af, 1) hvor mange der er i remission, oplyser andre, 2) hvor mange der responderer på behandlingen, 3) har opnået reduktion af symptomer som negativ tænkning, obsessioner og

kompulsioner, 4) ikke opfylder kriterierne for den angstlidelse, individet indgik i behandlingen for, eller 5) om der er sket en reduktion af komorbiditet (2, 3, 4, 6, 9, 10).

Flere af ovenstående områder kan let ligne hinanden, men er bestemt ikke ens. Der er eksempelvis stor forskel på, om man responderer på en behandling, oplever symptomreduktion eller har opnået en genetablering af en sundhedstilstand efter et terapiforløb. Ja, man kunne endda argumentere for, at der her var tale om et kontinuum i bedringen. Problematikken i at udtrykke resultater så forskelligt og til tider også uklart nævnes blot for at illustrere, at afhængigt af, hvem man er, vil det være forskelligt, hvorledes de forstås og vægtes.

Et yderligere forskningsmæssigt problem foreligger ved opfølgingsundersøgelserne.

>



- > Det kan anskues som et af de mest væsentlige og i øvrigt også meget overraskende fund, at effektforskningsstudierne grundlæggende kun efterviser en relativ kortvarig effekt af den kognitive adfærdsterapi. Der er i de tilfælde, hvor opfølgingsundersøgelser i det hele taget er foretaget, nemlig maksimalt gået 24 måneder siden terapiernes ophør. Dette synes ikke at være unikt for de omtalte studier, idet studier som (2, 3, 4, 6, 9, 10) alle har foretaget opfølgingsundersøgelser, maksimalt 6-24 måneder efter behandlingens afslutning. Desuden opgives antallet af medvirkende ved opfølgingsundersøgelser i flere tilfælde heller ikke. Derfor er det i nogle tilfælde egentlig uvist, hos hvor mange effekten af terapien har været ved opfølgningen. Dette er væsentligt, idet redegørelser for effekten af terapien på længere sigt derfor ikke lader til at være velfunderet.

Et omfattende effektforskningsstudie

Durham et al. (2005) har foretaget det mest omfattende effektforskningsstudie af kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angsttilstande til dato. Studiet blev foretaget 1985-2001 og opfølgingsundersøgelserne 1999-2003.

Undersøgelsen inkluderede seks randomiserede kontrollerede angststudier fordelt over årrækken, hvori i alt 858 mennesker med angst medvirkede. Dette er et langt større antal medvirkende end i andre hidtil dokumenterede undersøgelser. Desuden er varigheden af effekten af terapiformen undersøgt efter perioder på mellem 2 og 14 år. Dette betyder, at det er de dokumenterede opfølgingsundersøgelser, der måler effekten af den kognitive adfærdsterapi efter den længste årrække (Durham et al., 2005).

Studiet af Durham et al. (2005) lader til at kunne bidrage med ret væsentlige fund på effektforskningsområdet. Ved undersøgelsen fandt man nemlig, at effekten af kognitiv adfærdsterapi er stærkt aftagende efter omkring 12-24 måneder. Durham et al. (2005) undersøgte også, om mere intensiv terapi i form af forhøjet antal af sessioner havde en indvirkning på langtidseffekten, men det viste sig ikke at være tilfældet.

Durham et al. (2005) konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi ikke er en langtidsvarende behandling af angsttilstande, og at der er behov for yderligere forskning på behandlingsområdet. Det bør dog anføres, at den kognitive adfærdsterapi ikke kritiseres for at være en ringe psykoterapeutisk behandlingsform for angst. Tværtimod nævner de, at det

sandsynligvis er den mest effektive form for behandling af angsttilstande. Alligevel gøres der med effektforskningsundersøgelsen opmærksom på, at der er behov for at optimere behandlingen, idet effekten af den ikke lader til at være vedvarende.

Hvad er 'en effektiv behandling'?

I samtlige forskningsartikler over studier af kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angsttilstande konkluderes det, at behandlingen er effektiv. Eksisterende effektforskningsstudier påviser dog blot en positiv effekt af behandlingen, der vedvarer i 6 til maksimalt 24 måneder. Desuden konstateres der i flere studier, at kognitive adfærdsterapeutiske forløb er effektive, uden at der opgives et konkret antal på, hvor mange der efter behandling har opnået en genetablering af deres sundhedstilstand. Ligeledes opgives det sjældent, hvor mange der efter behandlingen ligger inden for normalområdet.

Disse forhold skaber grundlæggende tvivl om, hvorvidt det er muligt at vedtage, at effekten af den kognitive adfærdsterapeutiske behandling af angsttilstande er vedvarende. Samtlige effektforskningsstudier demonstrerer i kraft af deres resultater derfor den mangel, der er på langvarige effektforskningsstudier på området.

Det synes ikke hensigtsmæssigt, at der på baggrund af studier, der kun viser noget om en behandlingsforms effekt på kort sigt, konkluderes, at terapiformen er virksom på længere sigt. Begreber som langtidseffekt og effektivitet synes derfor indimellem at være blevet relative begreber, når de anvendes i forbindelse med effektforskning af terapeutisk behandling af angsttilstande. For er en behandling effektiv, hvis man ikke længere har symptomer på den angstlidelse, man har været i behandling for, også selv om symptomer på en anden angstlidelse har manifesteret sig? Og er det tilstrækkeligt at vente til lige efter terapiens ophør med at vurdere, om behandlingen har haft en positiv effekt, eller bør man vente 6, 12, 18 eller 24 måneder?

Endvidere kan det overvejes, om to år i det hele taget er tilstrækkelig tid efter behandlingens ophør, idet studiet af Durham et al. (2005) viser, at effekten aftager markant herefter. Hvis effekten af behandlingen ikke kan eftervises at vare ved i mere end to år, er det så definitionen på begrebet effektivitet, der skal modificeres, så effektiv behandling er en behandling, hvor effekten varer i mere end to år? Eller er det

den kognitive adfærdsterapi som psykoterapeutisk behandlingsform, der muligvis ikke lever op til sit ry om at være en effektiv behandling af angst på længere sigt?

Man kunne således fristes til at stille det provokerende spørgsmål: Hvis effekten af kognitiv adfærdsterapeutisk behandling er påvist virksom i maksimalt to år, hvor effektiv er behandlingen da?

Terapiens fremtræden i forskning og praksis

Der synes at mangle undersøgelser af langtidseffekten af den kognitive adfærdsterapeutiske behandling af angsttilstande. Dette synes især at hænge sammen med to ting.

Først at behandlingen anskues som den bedste form for psykoterapeutisk behandling af angst, der initialt bør anvendes. Denne tendens kan bevirke, at terapiformen ikke gøres til genstand for undersøgelse i samme omfang som tidligere.

Dernæst at angsttilstande lader til fortsat at blive anskuet som lette sindslidelser, idet de er ikke-psykotiske og mange med angst formår at gennemføre en relativt normal hver-

dag. Spørgsmålet er imidlertid, om angsttilstande reelt kan anskues som lette lidelser. Angstlidelser opstår ofte tidligt i livet og kan også gøre sig gældende ved eksempelvis tilknytningsforstyrrelser. Den høje komorbiditetsrate ved angst bevirker endvidere, at angst ikke blot er angst. Angst forekommer ved stort set alle psykiske lidelser, også personlighedsforstyrrelser og psykoser. Endvidere er angsten ofte så stor en del af individets person, at det kan være svært at forestille sig et liv foruden.

Kognitive adfærdsterapeutiske forløb kan meget vel være mindst lige så virkningsfulde som andre terapiforløb, og det må fremhæves, at netop denne form for behandling har vist sig at føre yderst positive resultater med sig. Mit ærinde er ikke at betvivle dette, men at gøre opmærksom på, at terapiformen i forskning såvel som i praksis måske fremstilles som mere virkningsfuld på længere sigt, end der er grundlag for.

Marie-Louise Vandborg, cand.psych.
mlvandborg@gmail.com
Psykiatrisk Center Gentofte

REFERENCER ■

(1) Beck, J.S. (2006); Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion; Akademisk Forlag.

(2) Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991); Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder; APA; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; February, 1991, Vol. 59, no. 1, pp. 167-175.

(3) Chambless, D.L., Tran, G.Q. (1997); Predictors of Respons to Cognitive-behavioral Group Therapy for Social Phobia; Pergamon; Elsevier Science, Ltd.; *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 11, no. 3, pp. 221-240.

(4) Dugas, M.J., Robichaud, M. (2007); *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder – From Science to Practice*; Routledge.

(5) Durham, R.C., Chambers, J.A., Power K.G, Sharp, D.M., Macdonald, R.R., Major K.A., Dow, M.G.T., Gumley, A. (2005); *Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland*; Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, University of Southampton, Health Technology Assessment 2005; Vol. 9, no. 42.

(6) Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E, Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000); Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder – Evaluation in a Controlled Clinical Trial; APA; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, December, 2000, Vol. 68, no. 6, pp. 957-964.

(7) Sundhedsstyrelsen; Referenceprogram for Angstlidelser hos Voksne (2007).

(8) Simos, G.; Cognitive Behavior Therapy (2002) I: Simos, G. (2002); *Cognitive Behaviour Therapy – a Guide for the Practicing Clinician*; Brunner-Routledge; Taylor & Francis Group.

(9) Tsao, J.C.I., Craske, M.G. (1998); The Effects of Cognitive-behavior Therapy for Panic Disorders on Comorbid Conditions; Pergamon ; Elsevier Science Ltd.; *Journal of Anxiety Disorders*, 1998, Vol. 12, No. 4, pp. 357-371.

(10) Warren, R., Thomas, J.C. (2001); Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study; Pergamon; *Journal of Anxiety Disorders* 15 (2001), pp. 277-285.