

# **Resultat av bearbetande samtal med ögonrörelser vid måttlig till svår ångest - en kontrollerad studie.**

av

Karin Wallberg, leg läkare  
Lundkliniken företagsläkarmottagning  
och  
Psykosomatiska Smärtenheten  
[www.pse.nu](http://www.pse.nu)  
kontaktadress: info@pse.nu

Handledare:  
Per Borgå, Med dr, PhD, överläkare  
FoUU-sektionen, Psykiatri Nordöst  
Danderyds sjukhus/Karolinska institutet

**Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2006/07**

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

Sammanfattning .....	3
Inledning.....	4
Metod .....	4
Undersökt grupp.....	4
Instrument.....	5
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	5
Livskvalitetmätning med Livsstege .....	5
Statistik.....	5
Resultat.....	6
Ångest.....	6
Livskvalitet.....	7
Depression.....	8
Samband mellan mätmetoder .....	8
Diskussion .....	9
Begränsningar i studien .....	9
Undersökningsmetod.....	9
Sammanfattning .....	9
Referenser.....	10

## SAMMANFATTNING

*Syfte:* Att utvärdera effekten av sex stycken bearbetande samtal på självskattad ångest och livskvalitet.

*Undersökt grupp och metod:* Prospektiv, kontrollerad, ej randomiserad studie. Patienter som uppvisat misstänkta tecken på ångest och depression har fått fylla i ett självskattningsformulär Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD). Samtliga sålunda identifierade patienter i en årskohort med HAD-ångest  $\geq 11$  har erbjudits behandling. 13 stycken genomgick behandling med sex bearbetande samtal och 17 stycken utgjorde kontrollgrupp. Graden av ångest uppmättes med HAD och VAS-Livskvalitet före och efter behandling.

*Resultat:* Efter behandling med sex samtal minskade HAD-ångest signifikant jämfört med kontrollgrupp ( $p < ,005$ ). Effektstorlek enligt Cohens  $d$  beräknades till 1,408, vilket motsvarar stor effekt. Livskvalitet VAS 10 ökade i behandlingsgruppen från före till efter behandling från VAS 2,6-6,4 ( $p < ,005$ ). I kontrollgruppen skedde under motsvarande tid ingen förändring av ångestsymptom och en signifikant försämring av depression ( $p < ,05$ ) uppmättes.

*Slutsats:* Behandling med sex bearbetande samtal påverkade signifikant nivåerna av självskattad ångest och livskvalitet. Effektstorleken var stor.

## INLEDNING

Ångest och depression är underdiagnosticerade och underbehandlade inom primärvården. I ett primärvårdsklientel hade enligt en undersökning 25% av patienterna med ångest och depression identifierats (1). Med en operationalisering av ångestbegreppet enligt Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD) hade i ett primärvårdsklientel 11,8 % ett sannolikt ångesttillstånd, eller HAD-ångest  $\geq 11$ . Endast 33 % av dem hade fått behandling (3). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), som är en viktig del av ångestsjukdomarnas spektrum, kan betraktas som en folksjukdom och behandlingen av traumatiserade patienter behöver integreras i vården (4). Med sikte på denna grupp utvecklade Francine Shapiro under 90-talet EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (11). I arbetet med personer med psykosomatiska besvär har dr Björn Ogéus integrerat tänkandet från 3 olika arbetssätt: Krishantering, ögonrörelser som hjälpmedel i traumabearbetning och självvårdens betoning av att kunna förlåta. (9,10).

I kognitiv beteendeterapi lär patienten sig att observera och reflektera över sina tankar och att omsätta konstruktiva tankar i handling. Inom kognitiv beteendeterapi begränsar man sig till att arbeta med det medvetna tänkandet ur ett här och nu-perspektiv. Kognitiv beteendeterapi har givit goda resultat i behandlingen av ett stort antal psykiska problem. I en meta-analys från Becks institute omfattande 323 studier undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi. Effektstorleken beräknades till 1,04 (stor effekt) vid ångestsyndrom och 0,91 (stor effekt) för panikångest (5). Senare oberoende metaanalys har visat effektstorlek 0,64 för generaliserat ångestsyndrom och 0,64 för panikångest (7). Kostnadseffektiviteten kan bidra till kognitiv beteendeterapis popularitet, eftersom terapier på psykodynamisk grund ofta är mer långvariga.

## SYFTE

Vilken är effekten av behandling med sex bearbetande samtal på nivån av självskattad ångest och livskvalitet?

Undersökningen är genomförd på Psykosomatiska Smärtenheten och Lundaklinikens företagsläkarmottagning.

## METOD

### UNDERSÖKT GRUPP

Samtliga patienter som behandlaren träffat under ett år med skattad HAD-ångest  $\geq 11$  har varit aktuella för projektet. Patienterna informerades om olika behandlingsalternativ.

Patienter har inkluderats i projektet enligt ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var: HAD  $\geq 11$ , villiga att delta i projektet efter skriftlig och muntlig information, svensktalande. Exklusionskriterier var: behandling med antidepressiva fr o m 2 mån före första besök (n=4), behandling med samtal på annan mottagning (n=2). Depression var ej i fokus för denna studie. Avsikten var att exkludera patienter med HAD-depression större än HAD-ångest (n=0), och patienter som var i behov av inläggning på psykiatrisk klinik (n=0).

Ville ej delta (n=3). Svarade ej (n=7). Gränsen för kliniskt signifikant ångest har satts till  $\geq 11$  vilket medför att personer med mild ångest exkluderas (2).

Ett par månader efter besöket på företagsläkarmottagningen har ett brev skickats ut till de patienter med HAD-ångest  $\geq 11$  som ej gått i behandling med information om projektet och en förfrågan om att fylla i ett nytt HAD-formulär. På formuläret har en fråga lagts till: Har du fått behandling med samtal eller antidepressiva på annan mottagning? Om patienten inte skickat in svar har behandlaren sökt patienterna per telefon och skickat nytt formulär vb.

Tretton patienter valde att gå i samtalsbehandling omfattande sex samtal på en timme. Kontrollgrupp har varit patienter med HAD $\geq 11$ , som av olika skäl avstod från samtalsbehandling (n= 17). Behandlingsgruppen omfattade 9 kvinnor och 4 män och kontrollgruppen 9 kvinnor och 8 män. Skillnaden i könsfördelning var ej statistiskt säkerställd ( $\chi^2= 0,81$ ,  $p= 0,367$ ). Medelåldern i behandlingsgruppen var 46,7 år (22-60 år) och i kontrollgruppen 45,9 år (26-63 år). Skillnaden i ålder var inte statistiskt säkerställd [ $t(28)= 0,20$ ,  $p= 0,847$ ].

## INSTRUMENT

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

HAD är ett självskattningsinstrument för ångest och depression (12). Formuläret omfattar 14 frågor där 7 behandlar ångest och 7 depression. Svaren till varje fråga graderas på en tregradig skala från 0= "Inte alls" till 3= "Ofta". Självskattningen kan således ge maximalt 21 poäng för ångest respektive för depression. Poäng i intervallet 0-7 anses varar normalt, medan 7-10 innebär mild störning 11-14 måttlig och 15-21 svår. Instrumentet tar ett par minuter att fylla i. Vid en metaanalys av 747 studier konstaterades att HAD är ett användbart självskattningsinstrument för ångest och depression hos patienter inom somatisk, psykiatrisk och öppen vård. (6). HAD är testat för svenska förhållanden (2).

### Livskvalitetmätning med Livsstege

Instrumentet presenterar en bild på en stege med tio stegpinnar och kan ses som en visuell analogskala (VAS). Patienten uppmanades att markera på stegen var han/hon befann sig vid mätningen. 0= "De kroppsliga och psykiska symptomen hindrar mig helt" och 10 = "Jag har inga kroppsliga eller psykiska symptom som hindrar mig". Livskvalitet mättes inte i kontrollgruppen.

## STATISTIK

Samtliga mätvariabler sammanfattades med hjälp av deskriptiv statistik (medelvärde, spridning och frekvens). Fördelningarna granskades för avvikelser från normalfördelning. Endast en variabel, Livsstege vid uppföljning, uppvisade påtaglig snedhet ("skewness" större än 1,00), vilket innebar att alla analyser av denna variabel gjordes med en icke-parametrisk metod (Wilcoxon matched pairs), för övriga variabler användes parametriska metoder, vilket betyder att en variansanalys för upprepade mätningar användes vid jämförelser av förändring mellan grupper. I denna analys uppträder skillnader i förändring mellan grupperna som en

interaktionsterm (Grupp\*Tid). Students t-test användes vid jämförelsen mellan grupperna i ålder. Slutligen användes  $\chi^2$ -testet vid jämförelsen av könsfördelningen mellan grupperna.

I samtliga analyser var signifikansnivån 5 procent (två-svansad prövning).

Det är värt att noteras att antalet personer som deltog i undersökningen var litet, vilket betyder små möjligheter att säkerställa små till medelstora effekter. Med statistisk terminologi är detta detsamma som låg "power" i analyserna. Den förväntade effekten var dock att finna en stor effekt, varför antalet individer ansågs vara tillräckligt. För bedömning av behandlingseffekten användes Cohens metod, vilken innebär att behandlingseffekten omräknas till standardvärden (z). Enligt Cohen är en liten effekt, med denna metod, en effektstorlek på 0,20, en medelstor effekt 0,50 och en stor effekt 0,80

## RESULTAT

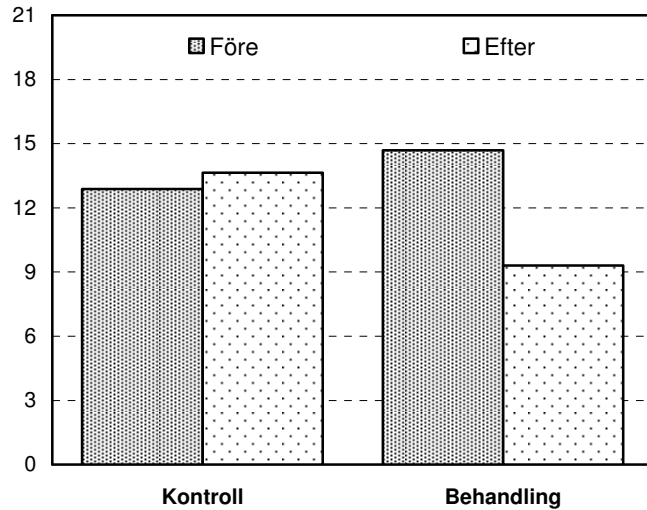
Deskriptiv statistik för samtliga variabler är sammanfattade i tabell 1.

Tabell 1. Förändring i och mellan grupper redovisas i tabell 1.

	Kontroll (n= 17)				Behandlingsgrupp (n=13)			
	Före		Efter		Före		Efter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Ångest (HAD)	12,9	1,50	13,6	4,00	14,7	3,07	9,3	3,33
Depression (HAD)	5,7	1,86	8,1	4,29	8,0	3,65	4,7	3,12
Livsstegen	-	-	-	-	2,6	1,04	6,4	2,14

### ÅNGEST

Som framgår av figur 1 var ångestskattningen något högre, dock inte statistiskt säkerställt, i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen före behandlingen [ $t(16,4)= 1,96$ ,  $p= 0,067$ ]. Jämfört med före behandlingen sjönk den självskattade ångesten markant i behandlingsgruppen men var i stort sett oförändrad i kontrollgruppen. Skillnaden mellan grupperna i förändring är statistiskt säkerställd [ $F(1, 28)= 16,95$ ,  $p< 0,001$ ]. Andelen patienter i behandlingsgruppen som hade 11 poäng eller lägre var 62 procent ( $n= 8$ ), medan motsvarande andel i kontrollgruppen var 24 procent ( $n= 4$ ). Fyra patienter i behandlingsgruppen (31 %) hade sju eller lägre poäng, vilket var inom normalzonen enligt ovan, motsvarande antal i kontrollgruppen var en patient (6 %).

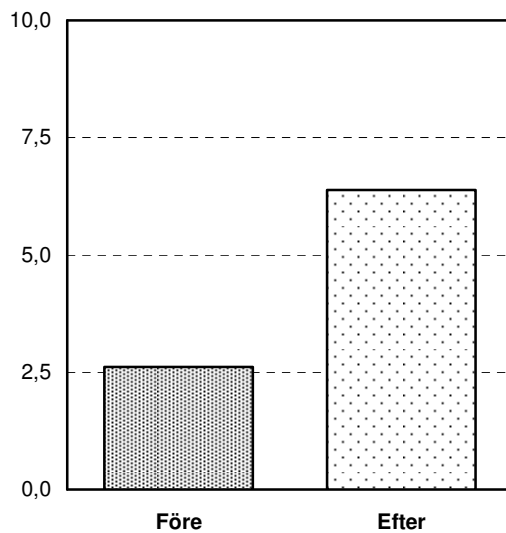


Figur 1. Självskattad ångest (HAD) vid baslinjemätningen och uppföljning i behandlings- och kontrollgrupp.

Behandlingseffekten, dvs. skillnaden mellan behandlings- och kontrollgrupp relativt till den poolade spridningen blev 1,408 ("effect size"). Enligt Cohens sätt (se ovan!) att klassificera effektstorleken var den således mycket stor, där stor effekt motsvarar värdet 0,80.

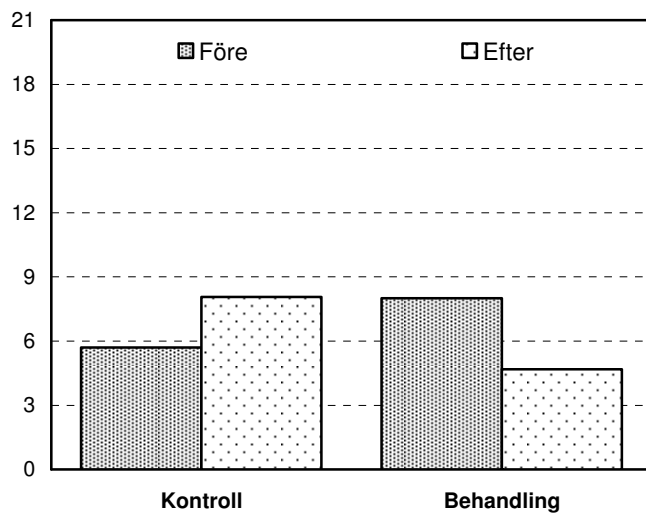
### LIVSKVALITET

Skattningen av livskvalitet steg signifikant i behandlingsgruppen ( $z= 3,07$ ,  $p= 0,002$ ). Samtliga patienter utom en (oförändrat kvar på näst lägsta "pinnen") "klev upp flera steg" på stegen, åtta patienter mer än tre steg.



Figur 2. Effekt på livskvalitet före och efter behandling i behandlingsgruppen.

## DEPRESSION



Figur 3. Självsattad depression (HAD) vid baslinjemätningen och vid uppföljning i behandlings- och kontrollgrupp.

Behandlingsgruppen skattade även sin depression högre före behandling än kontrollgruppen (figur 3). Skillnaden mellan grupperna var signifikant [ $t(28) = 2.24$ ,  $p = 0,033$ ]. Även depressionsskattningen tycktes påverkas av behandlingen. Således sjönk den i behandlingsgruppen och steg i kontrollgruppen. Skillnaden i förändring är statistiskt säkerställd [ $F(1, 28) = 17,18$ ,  $p < 0,001$ ]. Det bör betonas att ett av exklusionskriterierna var att ångestskattningen inte fick understiga depressionsskattningen, vilket betyder att patienter med höga depressionspoäng aldrig inkluderades i studien.

## SAMBAND MELLAN MÄTMETODER

Sambanden mellan variablerna var liten eller måttlig vid alla mättillfällen. I endast ett fall kan man tala om ett starkt samband, och det gäller sambandet mellan ångest- och depressionsskattningarna vid uppföljningen. En korrelation på 0,70 ( $p < 0,001$ ) uppmättes, vilket betyder att patienter med höga ångestpoäng tenderade att också ha hög grad av depression. Vid detta tillfälle noterades också en hög korrelation mellan ångestskattningen och värdet på Livsstegen ( $r = -0,51$ ,  $p = 0,029$ ) i behandlingsgruppen, dvs. hög ångest var kopplat till låg livskvalitet.

## DISKUSSION

Studien påvisade signifikant effekt av sex samtal på självskattad ångest och självskattad livskvalitet. Effekten av behandlingen på självskattad ångest var mycket stor (effektstorlek = 1,41). I kontrollgruppen ökade däremot både ångestnivån och graden av depression.

Effektstorleken i detta projekt står sig väl i jämförelse med Cohens  $d$  för kognitiv beteendeterapi vid behandling av generaliserad ångest. I en metanalyt från Becks institute var Cohens  $d = 0,80$ . I senare oberoende metaanalyser har Cohens  $d$  för ångestsyndrom och panikångest beräknats till 0,64. För kombinationsbehandlingen KBT och exponering var effektstorleken 1,29. Samtalstekniken i detta projekt innehåller ett starkt inslag av exponering. Noteras bör också att i metanalysen av KBT var antalet samtal 6-20, dvs upp till 2½ ggr fler samtal. Behandlingen med KBT innefattar också att patienten arbetar själv med hemuppgifter.

### BEGRÄNSNINGAR I STUDIEN

Studien var inte randomiserad utan patienterna valde själva om de ville ha behandlingen eller ej (s.k. självselektion). Från behandlarens utgångspunkt var inte urvalet "biased", eller styrt.

I studien deltog 30 personer vilket ger en låg statistisk power, som ovan nämnts. Antalet patienter räckte dock för att upptäcka de stora effekter det var fråga om.

Det finns också skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp. I behandlingsgruppen har flertalet högskoleutbildning vilket ej var fallet i kontrollgruppen. Långtidsuppföljning utfördes ej eftersom projektets löptid var 1½ år.

Resultat från kontrollgruppen saknas när det gäller VAS för livskvalitet, vilket var ett försök att öka svarsfrekvensen genom att endast skicka HAD-formulär till kontrollgruppen.

### UNDERSÖKNINGSMETOD

Användning av integrerat screeningformulär för ångest och depression underlättar arbetet med att identifiera personer med psykosocial problematik och kan komma till användning vid uppföljning och kvalitetssäkring av den samtalsbehandling man erbjuder patienter.

### SAMMANFATTNING

Resultatet av denna studie talar för att en behandling omfattande sex bearbetande samtal kan leda till påtagligt reducerad ångestnivå och förbättrad livskvalitet hos patienter med måttlig till svår ångest. Sjukskrivning var i flertalet fall inte indicerad. Endast två av de 30 patienterna var sjukskrivna av annan läkare. Samtalstekniken i detta projekt innefattar exponering och bearbetning av traumatiska livshändelser, bearbetning av medvetna och omedvetna konflikter och förlåtelse. Det kan vara av intresse att genomföra en randomiserad kontrollerad studie där samtalstekniken jämförs med kognitiv beteendeterapi och vänteliste-kontroller.

---

## REFERENSER

1. Allgulander C, Nilsson B. Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen* 2003; 100:832-838.
2. Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52:69-77.
3. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården. *Läkartidningen* 1997; 94:4612-4618.
4. Borgå P. Posttraumatiskt stressyndrom är en folksjukdom. *Läkartidningen* 2005; 47:3521-3522.
5. Butler AC & Beck JS. Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association* 2000; 37:1-9.
6. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass; 1988.
7. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychology*. 2006; 4:9-19.
8. Lisspers J, Nygren A, Soderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 96:281-286.
9. Ogéus B. *Läkebok för trasiga själar*. Örebro: Libris, 2001.
10. Ogéus B. *Kartbok för vilsna själar*. Örebro: Libris, 2006.
11. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1990; 20:211-217.
12. Zigmond AS and Snaith RP. The Hospital Anxiety Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67:361-370.