

› METODEKRITIK



MODEFOTOS: COLOURBOX

Er deprimerede klienter deprimerede?

Debatten om evidens er blusset op efter Aarhus Universitets rapport om psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Spørgsmålet er, om rapportens metode holder?



Der er nu rejst spørgsmålstegn ved, om et flertal af de personer, som praktiserende læger henviser til psykologisk behandling hos praktiserende psykologer med henvisningsdiagnosen 'let til moderat depression' i virkeligheden har en let til moderat depression.

Det er Fjeldsted og Christensen (2011), der konkluderer, at: "kun 33 % af de henviste falder ind under henvisningskriteriet "let til moderat depression" på tidspunktet for opstart af psykologbehandling, 39 % har ingen tegn på depression, og 28 % har svær depression."

Fjeldsted og Christensen mener, at de praktiserende læger bør blive bedre til at diagnosticere depressionstilstande, så at de ikke fejlhenviser så mange af deres patienter. De 39 %, der ikke har tegn på depression, bør ikke henvises til psykolog (ibid.), og de 28 % med svær depression bør henvises til anden form for behandling, fx hos praktiserende psykiater eller på psykiatrisk afdeling, idet en behandling hos praktiserende psykolog anses for at være utilstrækkelig.

Som psykolog med egen praksis får jeg mange mennesker henvist fra praktiserende læger til behandling for let til moderat depression, hvilken ifølge ICD-10-kriterier betyder, at varigheden har været mindst to uger, at patientens funktionsevne er nedsat i lettere til moderat grad på grund af depression, at somatiske og psykiatriske diagnoser er udelukket som primær diagnose, og at de er udredt somatisk. Desuden har de mindst to såkaldte 'kernesymptomer', dvs. nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse eller nedsat energi eller øget træthed, og to ('let depression') til fire ('moderat depression') 'ledsagesymptomer', som fx nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbebrejdelser eller skyldfølelse, tænke- eller koncentrationsbesvær, søvnforstyrrelse, appetit eller vægtændring. Hvis der er mere end fem ledsagesymptomer kategoriseres personen som havende en 'svær depression' (jf. Sundhedsstyrelsens Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog (2012)).

Jeg kan ikke mindes en eneste klient med en depressionshenvisning, der ikke har levet op til disse kriterier, mens enkelte har været præget af mange mere eller mindre udtalte ledsagesymptomer, og hvor man derfor kunne komme i tvivl om, hvorvidt de derfor havde en svær og ikke en moderat depression, således som deres læge havde vurderet. Deres depression er udløst af forskellige former for belastning, primært af arbejdsmæssig eller familiemæssig karakter. De fleste af disse mennesker kæmper sig igennem deres dagligdag med arbejde og uddannelse samtidig med behandlingen og bliver opmuntret til at leve så normalt, som de er i stand til.

Et nyt forskningsinstrument

Lad os se nærmere på, hvad der får Fjeldsted og Christensen til at mene, at et flertal af disse mennesker ikke opfylder kriterierne for en henvisning. Fjeldsted og Christensen bruger som diagnostisk redskab MDI, Major Depression Inventory, en selvrapporterings-test, udviklet af en dansk forskergruppe. MDI består af et spørgeskema med ti spørgsmål, som klienten i denne undersøgelse har udfyldt ved starten og slutningen af psykologbehandling. Spørgsmålene er fx: "Har du følt dig trist til mode, ked af det? Har du manglet interesse for dine daglige gøremål? Har du følt, du manglede energi og kræfter?" Der er seks svarmuligheder: "Hele tiden, det meste af tiden, lidt over halvdelen af tiden, lidt under halvdelen af tiden, lidt af tiden, på intet tidspunkt". Hver svarkategori tildeles en pointværdi (fra 5 til 0) og en samlet score beregnes. Klienten vurderes herefter som havende ingen, let, moderat eller svær depression på basis af sin besvarelse af de 10 spørgsmål (svarmønstre) og det pointtal, han har opnået.

Svarene på nogle af spørgsmålene vægter tungere end på an-

>



EN KOMMENTAR

Artiklen er blevet forelagt psykolog Rita Fjeldsted og læge Kaj Sparle Christensen, som er forfattere til den omtalte evalueringsrapport. De vil i det kommende nummer af Psykolog Nyt kommentere metodekritikken.

DEBAT: Giver denne artikel anledning til kommentarer? Vi har åbnet for debat på www.dp.dk > Aktuelt > Aktuelle temaer.

> dre, når det drejer sig om vurderingen: depression/ikke depression. Denne vurdering foretages efter MDI således ikke alene efter det opnåede pointtal. Hvis patienten får for få point i MDI eller har en forkert kombination af bekræftende svar, bliver han af Fjeldsted og Christensen karakteriseret som en person med 'ingen tegn på depression'.

MDI er et nyt forskningsinstrument, baseret på DSM-IV- og ICD-10-kriterier, og der er publiceret relativt få internationale forskningsresultater. Af danske forskningsresultater, publiceret af den arbejdsgruppe, der udformede MDI, kan nævnes Olsen et al. (2004), der finder en sensitivitet på 0,86 og en specificitet på 0,86 i en klinisk population. Sensitivitet kan beskrives som den del af den undersøgte population, der har den lidelse, som indexet vedrører, og som er korrekt identificeret af indexet, mens specificitet er den andel af den undersøgte population, der ikke har den lidelse, som indexet vedrører, og som er korrekt identificeret af indexet. Imidlertid har et hollandsk forskerteam (Cuijpers et al. 2007) kun fundet en sensitivitet på 0,66 og en specificitet på 0,63 ved en undersøgelse af en out-put population. Der var moderat overensstemmelse (kappa 0,26) mellem MDI og en depressionsdiagnose (MDD), der var stillet af en psykiater. De brugte MDI til at vurdere depression/ikke depression og brugte i øvrigt alene et cut-off kriterium.

Forsell (2005) fandt en sensitivitet på 0,22, en specificitet på 0,67 og kappa 0,25 ved depression (MD), når SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) var brugt som index for validitet, mens tallene var hhv. 0,44, 0,51 og 0,33 ved alle depressive disorders. Jeg har ikke kunnet finde forskningsresultater, der bekræfter, at MDI er et validt redskab for opdelingen af depression i de fire kategorier, som er nævnt ovenfor, hvorfor det fremstår som et rent postulat, dvs. ikke-evidensbaseret, at MDI kan bruges på denne måde. En sensitivitet på 0,22 til 0,66 og specificitet på 0,51 til 0,67 er ikke høj, og det er derfor, hvad der må betegnes som vildledende, når Fjeldsted og Christensen uden nogen form for forbehold bruger MDI som den 'gyldne standard' for diagnostik af de henviste klienters psykiatriske status. MDI kan have en vis berettigelse som et screeningsinstrument (dvs. til at få et groft estimat af, hvor stor del af en given population der har en bestemt lidelse, eller om forekomsten af lidelsen i hele populationen er mindsket efter en bestemt intervention),

men ikke som et enkeltstående diagnostisk instrument rettet mod den enkelte patient.

Psykologer leverer verdenssensation

En praktiserende læge, der har et langvarigt kendskab til sine patienter, og som har et bredt kendskab til depression (knap 500.000 mennesker indtager receptpligtig, moderne antidepressiv medicin), har et meget bedre grundlag for at foretage en diagnostisk vurdering på baggrund af hans kliniske indtryk af patienten, andre data om patienten og de psykometriske data, som han har indsamlet (i reglen ved at teste patienten ud fra Hamilton Depression Scale, som er en velafprøvet test, udviklet i 50'erne). Det er klart, at personer, der ikke opfylder henvisningskriterierne, ikke kan få tilskud til behandling, men MDI, anvendt alene, er et alt for usikkert måleinstrument.

Fjeldsted og Christensen rapporterer, at vurderet efter MDI havde 89,1 % af alle henviste ikke længere nogen depression efter behandlingen, mens det for gruppen af svært deprimerede var 88,9 %, der ifølge MDI ikke længere havde en depression efter behandlingen. Gennemsnitlig MDI-score for alle depressionshenviste var før behandlingen 29,7, efter behandlingen faldt tallet til 11,7. De henviste modtog i gennemsnit 8,9 behandlingssamtaler.

Disse tal kan forstås på flere måder. Det kan fx betragtes som en verdenssensation, at danske psykologer gennem under ti behandlingssamtaler er i stand til at helbrede 88,9 % af de mennesker, der lider af en svær depression. En mere realistisk konklusion er dog, at MDI er et utilstrækkeligt og derfor vildledende forskningsinstrument, når det bruges som 'gylden standard' til diagnostik af depression.

Desværre betragtes resultaterne af Fjeldsted og Christensens undersøgelse som "sandheden" om henvisning af mennesker med depression til psykologisk behandling. I den nyligt udkomne publikation: 'Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog', udsendt af Sundhedsstyrelsen (2012), hedder det blandt andet, at "Evaluering af ordningen med henvisning af personer med let til moderat depression til psykolog" viste, at kun 33 % af de henviste patienter faldt ind under henvisningskriteriet, mens 39 % af patienterne ikke havde en depression og 28 % af patienterne havde en svær depression." MDI-resultater bliver således uden videre overvejelser betraget som accepterede facts.

Af Fjeldsted og Christensens undersøgelse fremgår som nævnt, at 89,1 % af de henviste patienter efter afsluttet behandling ikke længere havde en depression, vurderet efter MDI. Den psykologiske behandlings succes er således dokumenteret. Psykologerne blev – som en del af Fjeldsted og Christensens undersøgelse – i en spørgeskemaundersøgelse bedt om at kategorisere deres behandlingsform i forskellige på forhånd navngivne kategorier, som ikke var defineret ud over ved navngivningen. Det fremgår, at psykologerne angav, at 39,9 % blev behandlet med 'eklektisk' terapi, 26,3 % blev behandlet med kognitiv adfærdsterapi, 18,4 % med psykodynamisk terapi og 5,3 % med interpersonel terapi. 9,3 % af de henviste blev behandlet

med anden terapiform. Alligevel fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning kun, at man bør benytte kognitiv adfærdsterapi eller interpersonel terapi i behandlingen af depressive.

På trods af at der deltog to psykologer i den arbejdsgruppe, der udarbejdede Sundhedsstyrelsens vejledning, nævnes det ikke i vejledningen, at andre former for psykoterapi, såsom mentaliseringsbaseret terapi og psykodynamisk terapi, samt psykoterapeutiske tilgange, der tager udgangspunkt i den konkrete klients problemer og benytter relevante metoder fra forskellige terapiformer (af mange psykologer benævnt som 'eklektisk terapi') for blot at nævne nogle, også er virksomme behandlingsformer over for depression. Jeg kan fx henvise til en artikel i *Ugeskrift for læger* (Alberdi og Rosenbaum 2010), hvor der er en redegørelse for omfattende forskning, der viser, at ikke kun KAT og IPT, men også psykodynamisk psykoterapi er en evidensbaseret og meget virksom psykoterapeutisk behandlingsmetode over for depression. Mange andre forskningsartikler om effekten af psykodynamisk terapi har samme konklusion.

Kræv midler – og ekspertise

Det er mildest talt u hensigtsmæssigt, at en utilstrækkelig undersøgelse og mangelfuld viden om psykologisk behandlings effekt skal være medbestemmende for befolkningens adgang til psykologisk behandling af depression.

Man kunne ønske sig, at Psykologforeningen fremover insisterer på, at der afsættes tilstrækkelige midler til, at der kan foretages en tilstrækkeligt kvalificeret praksisundersøgelse.

Psykologforeningen bør ligeledes sikre sig, at den gruppe af universitetspsykologer, som har specialiseret sig i psykoterapiforskning, og som har et indgående kendskab til psykologiske behandlingsformer, medinddrages i den fremtidige udforskning på dette praksisområde, og medinddrages i relevante arbejdsgrupper. ■

*Kim Gabriel Hansen, privatpraktiserende psykolog
specialist og supervisor i psykoterapi
Kontakt: kimgh@post.tdcadsl.dk*

REFERENCER:

- Alberdi, F. & Rosenbaum, B. (2010) Evidens for psykodynamisk psykoterapi. *Ugeskrift for læger*. 172/42.
- Cuijpers, P.; Dekker, J.; Nootboom, A.; Smits, N. & Peen, J. (2007) Sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory in Outpatients. *BMC Psychiatry* 2007, 7:39.
- Fjeldsted, R.; Christensen, K.S. (2011) Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Aarhus. Forskningsenheden for Almen praksis, Aarhus Universitet.
- Forsell, Y. (2005) The Major Depression Inventory versus Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in a population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40: 209-213.
- Olsen L.R.; Mortensen, E.L. & Bech, P. (2007) Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 96-103.
- Sundhedsstyrelsen (2012) Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog.