

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

6. Mattingly M, Wasvary H, Sacksner J et al. Minimally invasive, endoscopically assisted colostomy can be performed without general anesthesia or laparotomy. *Dis Colon Rectum* 2003;46:271-3.
7. Anderson ID, Hill J, Vohra R et al. An improved means of faecal diversion: the trephine stoma. *Br J Surg* 1992;79:1080-1.
8. Caruso DM, Kassir AA, Robles RA et al. Use of trephine stoma in sigmoid volvulus. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1222-6.
9. Nylund G, Oresland T, Hulten L. The trephine stoma: formation of a stoma without laparotomy. *Eur J Surg* 1997;163:627-9.
10. Mukherjee A, Parikh VA, Aguilar PS. Colonoscopy-assisted colostomy – an alternative to laparotomy: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1458-60.
11. Beilman GJ, Jonson GM. Sigmoidoscopy-assisted colostomy – an adapted trephine stoma formation. *Dig Surg* 2002;19:327-30.
12. Stephenson ER Jr, Ilahi O, Koltun WA. Stoma creation through the stoma site: a rapid, safe technique. *Dis Colon Rectum* 1997;40:112-5.

# Psykologisk behandling ved obsessiv kompulsiv tilstand

## En gennemgang af et Cochrane-review

Overlæge Jakob Ulrichsen & autoriseret psykolog Michelle Ulrichsen

Gentofte Hospital, Psykiatrisk Universitets Klinik, og Ulrichsens Klinik, København K

Obsessiv kompulsiv tilstand (*obsessive compulsive disorder* (OCD)) er en hyppig og til tider svært invaliderende psykisk sygdom, som er kendetegnet ved tilbagevendende obsessioner og/eller kompulsioner (**Tabel 1**). Obsessioner er tvangstanker, som er uønskede, tilbagevendende og ubehagelige. Tankeindholdet vil opfattes som overdrevent eller urimeligt og således virke fremmed for, hvordan man normalt tolker sig selv og omverden (egodystont). Ved OCD ses der nogle karakteristiske grundsymptomer (**Tabel 2**). Disse fører til, at patienten tager tankerne alvorligt på trods af en intellektuel indsigt i, at tankeindholdet er overdrevent, og at risikoen for den frygtede fare er kraftigt overvurderet [1, 2]. Det giver kropslige symptomer i form af stærk indre uro, for hvad nu hvis ...? Tvangshandlingernes funktion vil altid være, at få tvangstanker til at forsvinde, enten ved at »neutralisere« dem (så de ikke længere »gælder«) eller ved at forebygge potentielle faresituationer. For at der er tale om OCD, skal patienterne være socialt hæmmet af symptomerne (**Tabel 1**).

De hyppigst forekommende tvangstanker er frygt for skade mod sig selv eller andre nærtstående personer. Disse betegnes som »aggressive« tvangstanker og kan involvere frygt for at skade andre, fordi man ikke er forsigtig nok (f.eks. ved bilkørsel eller hvis man kommer til at skubbe til andre på gaden ved et uheld), og manglende kontrol over »voldelige« impulser (f.eks. kontrol over en kniv i hånden eller »onde tanker« mod andre). Frygten for at handle efter tvangstanker

vil være meget stor, fordi patienten kraftigt undervurderer sin egen viljes magt til ikke at udføre de handlinger, de frygter mest. Frygt for bakterier eller besmittelse forekommer lige så hyppigt som aggressive tvangstanker. Her vil fokus enten være frygt for sygdom hos sig selv eller andre, eller oplevelse af ubærlig »ulækkerhedsfølelse«, som ofte kan relateres til en potentiel kontakt med afføring. De mest almindelige former for tvangshandlinger er tjekkerituer såsom tjekken af hoveddøren, elektriske installationer, komfur, vandhaner, vinduer og radiatorer. Desuden neutraliseringshandlinger i form af gentagelsesritualer og mentale tvangshandlinger. Sidst-

**Tabel 1.** International Classification of Diseases-10-kriterier for obsessiv kompulsiv tilstand.

- A. Gennem mindst to uger:
  1. Obsessioner (tvangstanker, -ideer, -forestillinger) eller
  2. Kompulsioner (tvangshandlinger)
- B.
  1. Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)
  2. Tilbagevendende  
Ubehagelige  
Erkendes som overdrevne eller urimelige
  3. Soges afvist eller modstået
  4. Oplevelse af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger er ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioener)
- C. Medfører lidelse eller interfererer med dagligdags funktioner
- D. Er ikke en følge af anden psykisk lidelse (F2 og F3)

**Tabel 2.** Grundsymptomer ved obsessiv kompulsiv tilstand.

1. Overansvarlighed
2. Ønske om 100% sikkerhed
3. Patologisk tvivlen
4. Langsommelighed (pga. ønske om perfektion)
5. Svært ved at træffe simple valg

## Abstract

**Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD)**

Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire HF

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 2 (Status: New) Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub2. This version first published online: 18 April 2007 in Issue 2, 2007 Date of Most Recent Substantive Amendment: 2 February 2007*

*This record should be cited as: Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire HF. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub2.*

**Background**

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a chronic anxiety disorder associated with significant morbidity, social impairment and lower quality of life. Psychological treatments are a frequently used approach for OCD.

**Objectives**

To perform a systematic review of randomised trials of psychological treatments for OCD in comparison with treatment as usual.

**Search strategy**

We conducted an electronic search of CCDANCTR-Studies (31/10/2006), and other databases. We searched reference lists, and contacted experts in the field.

**Selection criteria**

Published and unpublished randomised trials of psychological treatments versus treatment as usual for adults with a diagnosis of OCD.

**Data collection and analysis**

Two review authors worked independently throughout the selection of trials and data extraction. Findings were compared and disagreements were discussed with a third review author. Full data extraction, using a standardised data extraction sheet, was performed on all studies included in the review. Results were synthesised using Review Manager software. For dichotomous data, odds ratios were calculated. For continuous data, effect sizes were obtained and the standardised mean difference, with 95% confidence intervals, was calculated. Fixed and random effects models were used to pool the data. Reasons for heterogeneity in studies were explored and sensitivity analyses were performed by excluding trials of lower quality.

**Main results**

Eight studies (11 study comparisons) were identified, all of which compared cognitive and/or behavioural treatments versus treatment as usual control groups. Seven studies (ten comparisons) had usable data for meta-analyses. These studies demonstrated that patients receiving any variant of cognitive behavioural treatment exhibited significantly fewer symptoms post-treatment than those receiving treatment as usual (SMD -1.24, 95% CI -1.61 to -0.87, I<sup>2</sup> test for heterogeneity 33.4%). Different types of cognitive and/or behavioural treatments showed similar differences in effect when compared with treatment as usual. The overall treatment effect appeared to be influenced by differences in baseline severity.

**Authors' conclusions**

The findings of this review suggest that psychological treatments derived from cognitive behavioural models are an effective treatment for adult patients with OCD. Larger high quality randomised controlled trials involving longer follow-up periods are needed, to further test cognitive behavioural treatments, and other psychological approaches, in comparison to each other and control conditions. Future trials should examine the predictors of response to each treatment, and also conduct cost-effectiveness evaluations.

nævnte er en rituel tænkning (patienten kan sige en remse eller en talrække for sig selv), der ligesom motoriske gentagelsesritualer tilsigter at neutralisere affekten ved spontane pinagtige tanker eller fantasibilleder. I forbindelse med besmittelsesfrygt ses tvangshandlinger som rengøringsritualer af patienten selv eller omgivelserne og udpræget undgåelsesadfærd over for alt, som kan give tanker om besmittelse. Desuden kan nævnes behov for at tælle (ord, sætninger og genstande), samle information (breve, gamle eksamensopgaver m.m.), nedskrive dagligdags rutineopgaver (vaske tøj, gå ud med skraldet, hente børn - for »så er det ordnet«) og et

uimodståeligt behov for orden, symmetri og nøjagtighed. De fleste vil forsøge at få pårørende til at give dem forsikringer om, at en given situation ikke er farlig. Familien kan da af god mening prøve at berolige patienten, men det fører kun til forværring af sygdommen. De bør i stedet på en venlig, men bestemt måde afvise at svare på patientens spørgsmål om, hvorvidt døren nu er lukket og komfuret slukket, eller om maden kan være inficeret.

Hyperaktivitet i cerebrale kredsløb, der involverer frontal cortex, striatum, thalamus, globus pallidus og substantia nigra synes at være en vigtig patofysiologisk faktor [3], ligesom der

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

er solide data, der peger på involvering af serotonin-systemet, i og med at antidepressiva med primær serotonerg effekt såsom clomipramin og nyere selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI)-præparater har en markant symptomreducerende effekt ved OCD [4]. Hvor sygdommen tidligere blev betragtet som sjælden, har man i nyere epidemiologiske studier påvist, at OCD på verdensplan forekommer med en livstidsrisiko på 2-3%. Det er således den fjerdehyppigste psykiske sygdom efter enkeltfobier, depression og misbrug, og OCD forekommer dobbelt så hyppigt som skizofreni [5, 6]. Når man desuden tager i betragtning, at 80% har sygdomsstart inden de fylder 25 år, og at sygdommen kan være svært invaliderende, er der al mulig grund til at vurdere behandlingsmulighederne kritisk.

I den aktuelle Cochrane-analyse har forfatterne ud fra en udførlig litteratursøgning udvalgt studier, hvor voksne, som havde fået stillet diagnosen OCD, blev randomiseret til psykologisk behandling eller til en kontrolgruppe, som fik behandling efter observationsperioden (ventelistepatienter). Der blev i alt fundet otte studier, der opfyldte disse kriterier, og i de tre var der to behandlingsgrupper. Det gav mulighed for i alt 11 sammenligninger med de respektive kontrolgrupper; der var dog kun syv studier, der havde data, der kunne anvendes til metaanalyse (ti sammenligninger). I alle de udvalgte studier byggede den psykologiske behandling på kognitiv adfærdsterapi.

Det var ikke muligt at finde studier, hvor andre psykologiske behandlinger, herunder psykodynamisk terapi, blev benyttet. Cochrane-analysen viste, at kognitiv adfærdsterapi signifikant reducerede obsessioner og kompulsioner hos patienterne sammenlignet med hos ventelistepatienterne. En opdeling i studier med svær og lettere symptomatologi (henholdsvis tre og seks sammenligninger) – bedømt ved, om middelværdien af Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)-bedømmelse var henholdsvis over eller under 24 – pegede i begge tilfælde på en effekt af kognitiv adfærdsterapi, men effekten syntes at være størst i den »lette« gruppe. I en tilsvarende opdeling i sammenligninger, hvor henholdsvis over eller under 30% af patienterne fik medicin (henholdsvis seks og fire sammenligninger) blev det påvist, at kognitiv adfærdsterapi i begge tilfælde var bedre end at stå på venteliste, men den absolutte effekt var størst i de sammenligninger, hvor mindst 30% af patienterne samtidig fik medicin. I et studie blev patienternes livskvalitet bedømt, og her blev der fundet en signifikant højere livskvalitet hos de behandlede patienter end hos ventelistegruppen.

Det er en styrke ved denne Cochrane-analyse, at patienternes symptomer i alle studier fraset et blev bedømt med den samme metode; i.e. Y-BOCS, som er en reliabel og yderst valid bedømmelsesskala [7], som kort skal skitseres: Først klarlægger man systematisk patientens obsessioner og kompulsioner. På en femtrinsskala (0-4) bedømmer man herefter først obsessionernes og efterfølgende kompulsionernes sværhedsgrad for følgende 5 items: 1) dagligt tidsforbrug, 2) påvirkning

af social funktion, 3) subjektivt ubehag, 4) hvor meget patienten gør modstand, og 5) oplevelse af kontrol.

Y-BOCS scoren antager således værdi i intervallet 0-40, hvor høj score angiver svær OCD.

Metaanalysens påviste effekt af kognitiv adfærdsterapi genfindes i alle studierne (**Figur 1**), ligesom opfølgingsundersøgelser (3-12 måneder efter afsluttet behandling), som forekom i halvdelen af studierne, viste, at faldet i Y-BOCS scoren var vedvarende. Af andre metodemæssige aspekter, der støtter forfatternes konklusion om den positive effekt af kognitiv adfærdsterapi ved OCD, kan nævnes, at det i syv af de otte studier blev dokumenteret, at terapeuterne havde den nødvendige erfaring og kvalitet, ligesom det i syv ud af de ti sammenligninger blev påvist, at terapeuterne holdt sig til den planlagte terapimetode.

I fire ud af de ti sammenligninger fremgik det, at bedømmelsen af Y-BOCS blev foretaget blindt. Cochrane-analysens fund ville naturligvis have været endnu mere pålidelige, hvis flere af undersøgelserne havde været enkeltblindede.

I samtlige studier var det tilladt at inkludere patienter, som fik medicinsk behandling mod OCD, typisk i form af clomipramin eller et SSRI-præparat. Dog skulle patienterne i så fald have været stabile på behandlingen i mindst tre måneder. Selv om patienterne blev randomiseret, og der således næppe har været en overordnet medicinsk effekt på OCD-symptomerne, kan der godt have været en synergistisk effekt af kognitiv adfærdsterapi og medicin, således at faldet i Y-BOCS score ikke udelukkende kan tilskrives kognitiv adfærdsterapi. Subanalyserne, der viste, at effekten af kognitiv adfærdsterapi var størst i de sammenligninger, hvor mindst 30% af patienterne fik medicin, støtter dette argument.

De individuelle studier var små med deltagerantal på maksimalt 25 pr. behandlingsgruppe; i to studier var der under ti pr. gruppe. Dette peger på, at de påviste statistiske forskelle også var klinisk betydningsfulde, men sætter spørgsmålstegn ved, om resultaterne kan generaliseres til andre behandlingscentre og patientpopulationer.

Man har i en nyligt publiceret Cochrane-analyse påvist, at kognitiv adfærdsterapi også er virksomt ved OCD hos børn og unge [8], og det er p.t. den eneste psykologiske behandlingsform, der bør benyttes ved denne alvorlige psykiske syg-

## Faktaboks

Obsessiv kompulsiv tilstand (OCD) er en lidelse med tvangstanker og tvangshandlinger

OCD er den fjerdehyppigste psykiatriske lidelse

Kognitiv adfærdsterapi er effektiv ved OCD

OCD-behandling i Danmark er mangelfuld

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

**Figur 1.** Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)-score efter kognitiv adfærdsterapi angivet som procent af værdien før behandlingsstart. Der var i alt syv studier, hvor Y-BOCS blev benyttet til at måle sværhedsgraden af obsessiv kompulsiv tilstand med, hvor der i tre var mulighed for to sammenligninger (studie 4, 6 og 7), hvilket resulterede i, at der totalt kunne foretages ti sammenligninger i metaanalysen. Kontrolgruppen bestod i alle studierne af ventelistepatienter, som senere fik tilbudt behandling. I alle studier var forskellen i Y-BOCS-scoren mellem gruppen, der fik kognitiv adfærdsterapi, og kontrolgruppen statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ).



dom. Om end der er brug for undersøgelser, hvori man belyser kombinationsbehandling med medicin, støtter den aktuelle Cochrane-analyse, at den psykologiske behandling i svære tilfælde suppleres med farmakologisk behandling.

I Danmark er der desværre kun få psykiatriske afdelinger, hvor der i større udstrækning er et behandlingstilbud til patienter med OCD, hvilket naturligvis er helt uacceptabelt. Vi bør i de kommende år tilstræbe, at der på hovedparten af de psykiatriske universitetsafdelinger oprettes specialklinikker, hvor patienter med OCD kan blive behandlet med kognitiv adfærdsterapi; om nødvendigt suppleret med medicin. Det ville indebære et paradigmeskift i dansk psykiatri, hvor det ikke primært er patienter med de tunge psykotiske lidelser som skizofreni og bipolar lidelse, der kan få behandling, men hvor de kvantitativt langt større ikkepsykotiske lidelser depression, panik angst, social fobi og OCD også bliver tilgodeset. Det er klart, at skal hospitalerne tilbyde behandling til OCD-ramte og andre med psykiske lidelser, der i dag ikke kan få et relevant offentligt tilbud, kræver det en stor investering både organisatorisk og økonomisk. Udbyttet vil vi anse for at være massivt såvel for patienterne og deres familier som for samfundet, idet folk, der er ramt af disse sygdomme, i stor stil udgår af arbejdsmarkedet som følge af manglende eller sent indsættende behandling.

Korrespondance: *Jakob Ulrichsen*, Psykiatrisk Universitets Klinik, Gentofte Hospital, DK-2900 Hellerup. E-mail: [jaul@geh.regionh.dk](mailto:jaul@geh.regionh.dk)

Antaget: 18. februar 2008

Interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther* 2002;40:625-39.
2. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(suppl 1):S29-S52.

3. Graybiel AM, Rauch SL. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron* 2000;28:343-7.
4. Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8:107-29.
5. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-58.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl):5-10.
7. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psych* 1989;46:1006-11.
8. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;18(4):CD004856. Review.