

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V09200679

# Udredning og behandling af angst og depression hos patienter med KOL

Ida Stisen Fogh-Andersen<sup>1</sup>, Ingeborg Farver-Vestergaard<sup>2</sup>, Christian Møller Pedersen<sup>3</sup>, Elisabeth Shirin Tehrani<sup>4</sup> & Anders Løkke<sup>2, 5</sup>

1) Operation og Intensiv, Regionshospitalet Randers, 2) Medicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle, 3) AS3 Rådgivning, Viby J, 4) Psykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, 5) Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2021;183:V09200679

### HOVEDBUDSKABER

- Angst og depression er hyppige, men ofte underdiagnosticerede, komorbiditeter hos patienter med KOL.
- Diagnosticering og behandling heraf reducerer den somatiske symptombyrde og bedrer livskvaliteten signifikant.
- Diagnosticering og behandling kan finde sted i primær- såvel som sekundærsektoren.

KOL er en af de hyppigste kroniske sygdomme i Danmark med anslået 125.000 patienter i medicinsk behandling og formentlig mindst lige så mange udiagnosticerede tilfælde [1].

Såvel somatisk komorbiditet som psykisk komorbiditet i form af angst og/eller depression (A&D), både enkeltstående og i kombination, forekommer hyppigere blandt patienter med KOL end i baggrundsbefolkningen [2, 3] og forekommer også hyppigere end hos patienter med f.eks. iskæmisk hjertesygdom, diabetes, cerebrale infarkter og kræft [4].

Psykiatrisk komorbiditet forekommer anslået hos 33% af alle patienter med KOL [5] og synes at resultere i hyppigere hospitalskontakter, længere indlæggelsestid, lavere kompliance over for lungemedicinsk behandling, nedsat fysisk formåen og dårligere livskvalitet [6-9]. Desuden ses der negativ indvirkning på deltagelse i lungerehabilitering og rygeophør [10, 11] samt forværring af åndenød [2], ligesom mortaliteten er signifikant forhøjet [12].

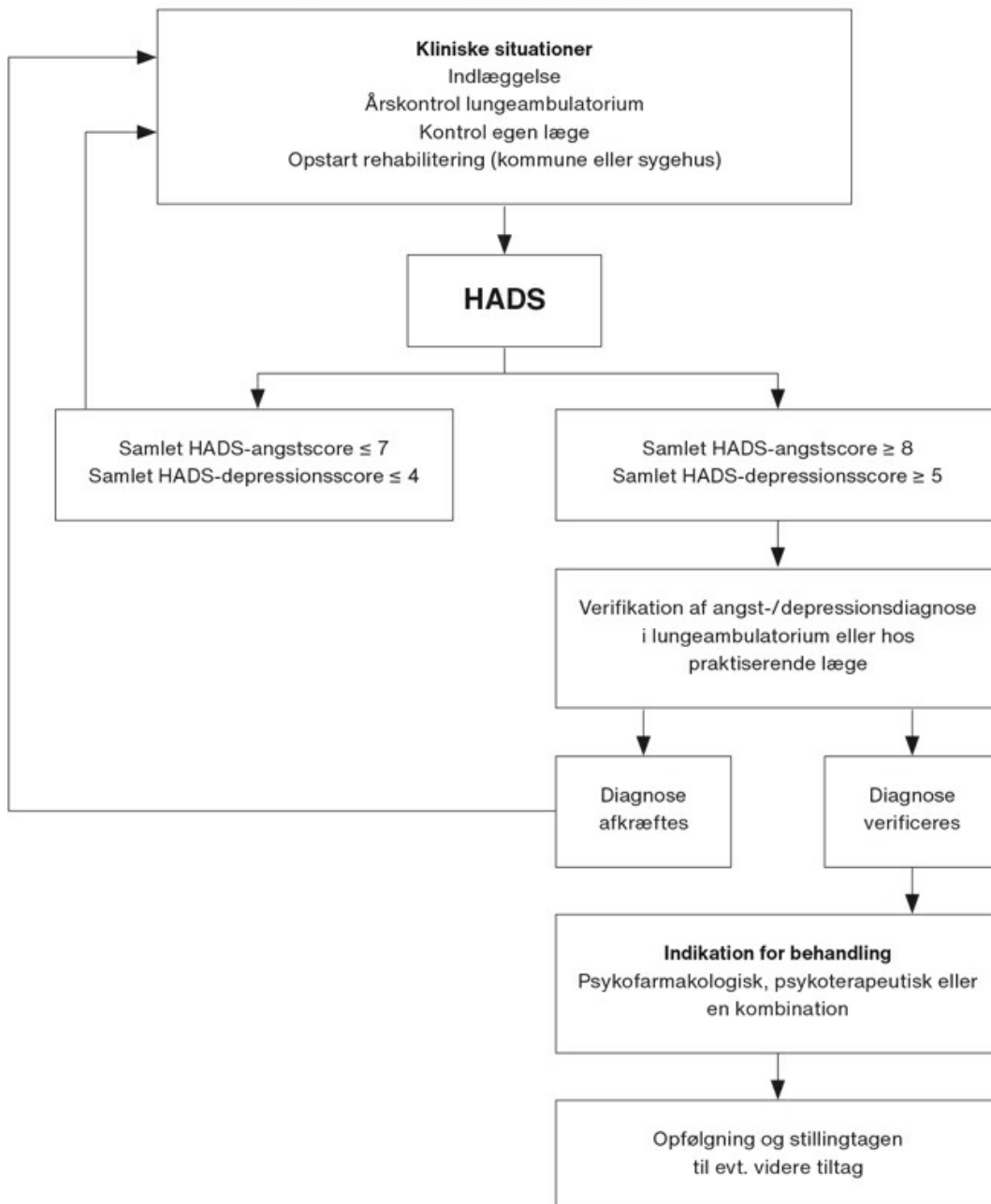


Psykisk komorbiditet som angst og depression forekommer hyppigt hos patienter med KOL, men større fokus på opsporing og behandling heraf vil formentlig reducere patienternes somatiske symptombyrde og bedre deres livskvalitet.

De fysiske symptomer ved angst kan være hjertebanken, svimmelhed og åndenød jf. International Classification of Diseases (ICD-10). Disse symptomer ses også hos patienter, der har lungesygdomme, men ikke angst. Det samme gælder træthed, som kan skyldes depression, men også kan være forårsaget af lav ilttension. Dette øger risikoen for, at symptomer på A&D ikke erkendes hos patienter med KOL. Det er omdiskuteret, i hvilket omfang overlappende symptomer skal medregnes ved diagnostik af A&D. Ved en grundig anamnese med vægt på forholdet mellem psykologiske og fysiske symptomer vil man formentligt kunne skelne klinisk relevante tilfælde fra ikkerelevante tilfælde. Hverken angst- eller depressionsdiagnoser kan stilles på baggrund af somatiske symptomer alene, hvilket forebygger overdiagnostik. I tvivlstilfælde anbefales udredningssamarbejde mellem behandlere på tværs af sektorer og specialer.

Hvis patientens symptomer på A&D adresseres og behandles, vil man se bedring i livskvalitet og fysisk formåen samt en reduktion i åndenød [13]. Behandling af de psykiske problemer kan således medføre en reduktion i de symptomer og begrænsninger, som ofte tilskrives KOL-sygdommen.

Da åndenød pr. refleks kan udløse angst og hæmme fysisk aktivitet, er det naturligt, at mildere symptomer på A&D kan forekomme hos patienter med KOL, hvilket gør psykoedukation vigtig, f.eks. som et fast element i lungerehabilitering. Behandlingskrævende A&D er et stort og oftest overset problem, og vi ønsker med denne artikel at sætte fokus på identifikation heraf samt give praktiske anvisninger til behandling og opfølgning som opsummeret og skitseret i **Figur 1**.

**FIGUR 1** Praktiske anvisninger til behandling og opfølgning.

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

### SCREENING FOR SYMPTOMER PÅ ANGST OG/ELLER DEPRESSION HOS PATIENTER MED KOL

I en klinisk retningslinje [14] anbefales det, at mindst 85% af de indlagte og ambulante patienter med KOL screenes for A&D. Det er dog ikke daglig praksis, ligesom screening endnu ikke indgår som en kvalitetsindikator i Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

I retningslinjen [14] anbefales det, at enten de tre første spørgsmål i Major Depression Inventory, rettet mod ICD-10-kernesymptomer på depression (*Har du følt dig trist til mode, ked af det? Har du manglet interesse for dine daglige gøremål? Har du følt, at du manglede energi og kræfter?*), eller Geriatrik Depressionsskala 15 anvendes

til opsporing af depression hos voksne patienter med KOL, med efterfølgende klinisk verifikation af diagnosen. Derudover konkluderes det, at der er utilstrækkeligt evidensgrundlag til anbefaling af et klinisk instrument til angstscreening, og at opsporing derfor bør baseres på grundig udspørgen om symptomer på angstlidelser, som beskrevet i ICD-10.

Således inkluderes kun to ud af flere mulige instrumenter til vurdering af depressive symptomer blandt patienter med KOL [5] i de endelige anbefalinger.

I en tilsvarende rapport på hjerteområdet [15] til opsporing af A&D i forbindelse med opfølgning ved hjertesygdom prioriteres praksisudbredelse og -anvendelighed frem for psykometriske egenskaber som grundlag for anbefaling af et screeningsinstrument. I rapporten konstateres det, at Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) har vundet udbredelse som screeningsværktøj både på hospitalsafdelinger og i kommuner i forbindelse med hjerterehabilitering.

Også blandt patienter med KOL er HADS udbredt [5] og udviser tilfredsstillende psykometriske egenskaber samt høj specificitet og sensitivitet for A&D, særligt hvis spørgsmål 4 i depressionsdelen (*Jeg føler det, som om jeg fungerer langsomme*) udelades, og den nedre grænseværdi justeres fra  $\geq 8$  til  $\geq 5$  [16]. Dette indikerer, at man med HADS, som er relativt kort og letanvendelig, med rimelig sikkerhed vil kunne opdage A&D hos en patient med somatiske symptomer på KOL og derved undgå en stor andel af falsk positive diagnoser.

HADS er et patientrapporteret måleinstrument, og det udfyldes af patienten selv uden eller med minimal hjælp fra relevante fagpersoner. Der er derfor ikke behov for forudgående træning, og HADS kan udleveres af en hvilken som helst fagperson.

HADS består af 14 spørgsmål (syv om henholdsvis angst og depression) og er udviklet med det formål at identificere risiko for A&D hos mennesker med somatiske symptomer.

Hvert af de 14 spørgsmål besvares på en skala fra nul til tre. Pointene udregnes separat ved at lægge pointene fra de syv spørgsmål i hvert domæne sammen. Dette resulterer i en samlet score på 0-21. Risikoniveauet vurderes dernæst ud fra grænseværdierne, som er angivet i Figur 1.

Vi foreslår, at der foretages screening for A&D ved hjælp af HADS, når indlagte patienter med KOL nærmer sig udskrivelse eller i forbindelse med ambulante besøg. I almen praksis kan screening foretages i forbindelse med årskontrol. Mistanke om A&D bør især rejses, hvis der findes diskrepans mellem symptombyrde, patientoplevelt funktionsnedsættelse og hvad, man ville forvente – sygdommens sværhedsgrad taget i betragtning.

Ved et positivt screeningsresultat skal diagnosen verificeres klinisk i henhold til ICD-10, hvilket i de fleste tilfælde vil kunne foregå i almen praksis eller på hospitalet, typisk ved ambulant opfølgning.

I mere komplicerede tilfælde kan patienten henvises til videreudredning i regionspsykiatrien eller hos en privatpraktiserende psykiater.

Ved let A&D uden forringet livskvalitet eller funktionsevne er det tilstrækkeligt med samtaler med fokus på psykoedukation og enkle kognitive redskaber, eventuelt suppleret med computerbaseret terapi, herunder eventuelle livsstilsændringer, reduktion af belastninger, søvnstøtte eller gradueret eksponering. Patienterne bør følges for at sikre, at den psykiske lidelse ikke forværres. Dette kan foregå i almen praksis eller ved en privatpraktiserende psykolog – om end de omkostninger, der er forbundet hermed, kan være en udfordring.

Ved moderat A&D, som har negativ indvirkning på livskvalitet og funktionsniveau, kan man vælge kognitiv adfærdsterapi (KAT), medicinsk antidepressiv behandling eller en kombination. Hvis patienten er motiveret og i stand til at gennemføre et psykoterapeutisk forløb, bør dette prøves først pga. færre bivirkninger og længerevarende effekt. Egen læge kan henvise til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater.

Ved svær angst eller depression bør patienten altid behandles medicinsk – gerne i kombination med KAT. Egen læge kan henvise til en privatpraktiserende psykiater, men som oftest bør sygehuspsykiatrien overvejes.

## MEDICINSK BEHANDLING AF ANGST OG/ELLER DEPRESSION HOS PATIENTER MED KOL

Der er ingen evidens, der understøtter, at A&D skal behandles anderledes hos patienter med KOL end hos andre patienter. Ved A&D, som forringer patientens livskvalitet og funktionsniveau væsentligt, og hvor patienten ikke er motiveret for eller ikke ønsker psykoterapeutisk behandling, bør medicinsk behandling tilbydes.

Førstevalg ved såvel depression som angstlidelse er selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI). Det anbefales at starte med sertralin, citalopram eller escitalopram pga. den klinisk relevante lavere bivirknings- og interaktionsrisiko. Det anbefales at vurdere effekt og bivirkninger løbende. Hvis der alene er tale om angstsymptomer, bør man starte lavt i dosering og gå langsomt frem. Ved utilstrækkelig effekt anbefales dosisøgning hver 2.-4. uge til maksimumdosis [17, 18]. Ved påbegyndelse af behandling med SSRI er det vigtigt at informere patienten om bivirkninger, hvoraf de fleste er forbigående. Det er særligt vigtigt at informere patienten om, at angstsymptomer kan forværres ved påbegyndelse af behandlingen.

Dosisreduktion/forsigtig opstart på grund af høj alder vil ofte være påkrævet.

Ved manglende eller utilstrækkelig effekt af behandling med et SSRI-præparat foreslås skift til et serotonin- og noradrenalingenoptagelseshæmmer-præparat. Ved utilstrækkelig effekt anbefales også her dosisøgning hver 2.-4. uge til maksimumdosis [19, 20].

Som søvnstøtte kan mirtazapin anvendes, startende med 7,5 mg. Man skal være opmærksom på risiko for vægtøgning og sedation.

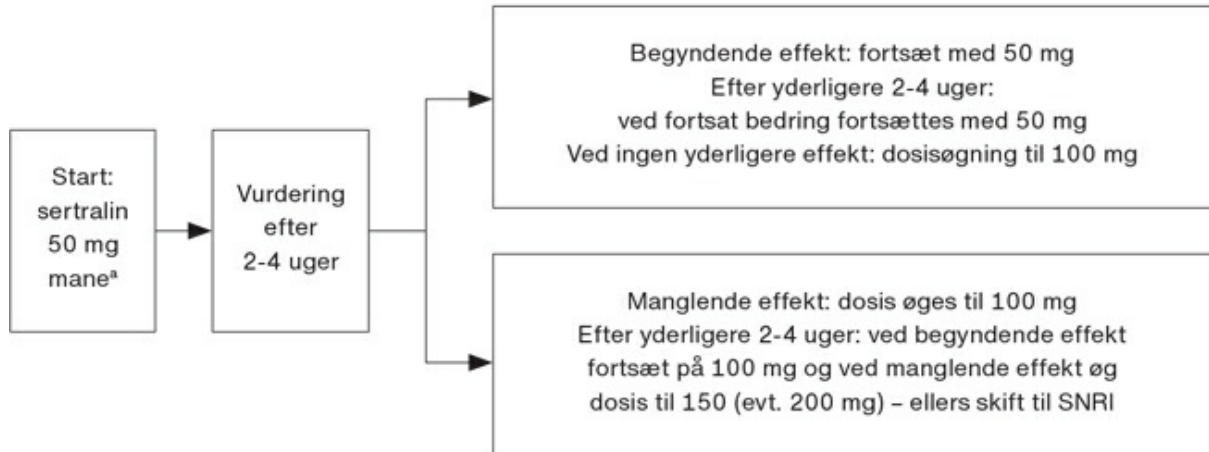
Ved behov for akut angstdæmpende medicin kan benzodiazepiner (f.eks. oxazepam) anvendes i kort tid (få uger) pga. risiko for afhængighed. Alternativt kan pregabalin anvendes.

Den medicinsk behandling af A&D bør fortsættes i minimum et halvt til et helt år i den dosis, som var effektiv i den akutte/indledende behandling. Herefter kan behandlingen forsøges udtrappet over nogle måneder – specielt ved førstegangsdepression. Langsom udtrapping er vigtig for at opdage tilbagefald og for at undgå seponeringssymptomer.

Ved kompleks, svær og svært behandlelig A&D anbefales henvisning til specialiseret behandling i regionspsykiatrien.

I **Figur 2** illustreres et eksempel på behandlingsalgoritme ved påbegyndelse af medicinsk behandling af A&D.

**FIGUR 2** Eksempel på behandlingsalgoritme ved start på medicinsk behandling af angst og depression.



a) Hos patienter med angstlidelser bør man starte med lav dosis selektive serotoningenoptagelses-hæmmere, da disse præparater har tendens til at forværre angsten i opstartsfasen. Ved angst anbefales det derfor at starte med 25 mg sertralin og efter en uge øge til 50 mg. Dosis kan herefter øges hver 3.-4. uge til maks. 200 mg.

SNRI = serotonin- og noradrenalingenoptagelseshæmmere

### KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

Det er påvist, at psykologisk intervention kan reducere A&D hos patienter med KOL, og at KAT er effektiv til dette formål [21, 22].

KAT er en psykologisk behandlingsmetode, som er udbredt og empirisk velunderbygget til behandling af angst og depression i psykiatriske såvel som somatiske populationer [23, 24]. Overordnet set bygger behandlingen på tre bærende principper: 1) omstrukturering af depressive eller angstprægede tankemønstre, hvor patienten lærer: a) at psykologiske symptomer kan vise sig i selve tankeindholdet, b) at identificere negative automatiske tanker, der er udtryk for depression eller angst, og c) at modificere disse i retning af en mere realistisk og dermed mindre følelsesmæssigt belastende tænkning. 2) Eksponering for undgåede situationer, hvilket indebærer, at patienten på en planlagt, aktiv, regelmæssig og systematisk måde udsættes for de frygtede stimuli (anvendes primært ved angst). 3) Adfærdsaktivering til øgning af aktivitetsniveauet med henblik på at skabe modvægt til inaktivitet og isolationstendens (anvendes primært ved depression).

KAT-behandleren bør dog være varsom med at overføre generiske KAT-teknikker direkte til KOL-populationen. I

**Tabel 1** gives eksempler på tilpasninger af KAT til patienter med KOL.

---

**TABEL 1** To eksempler på tilpasninger af kognitiv adfærdsterapi (KAT) til patienter med KOL.*Eksempel 1*

Ved kognitiv omstrukturering af angstrelateret katastrofetænkning kan en KAT-behandler have til formål at ændre indholdet i patientens katastrofetanker, f.eks. »det er farligt at få åndenød, og jeg kan ikke kontrollere det«, mhp. at reducere den deraf afledte emotionelle respons, f.eks. angst, og sikkerhedsadfærd, f.eks. undgå at blive forpustet. For mennesker med KOL kan forværring i vejrtrækningsbesvær og andre luftvejssymptomer være et tegn på, at en akut forværring er undervejs, hvilket kræver forebyggende handling, f.eks. at tage kontakt til egen læge. Den enkelte KAT-behandler bør derfor være særligt opmærksom på graden af rationalitet i den enkelte patients automatiske tanker.

*Eksempel 2*

Ved interoceptiv eksponering for åndenødsrelateret angst kan en KAT-behandler have til formål at inducere en angstrelateret somatisk tilstand, f.eks. kvælningfølelse ved tryk på halsen, mhp. gradvis habituering til det frygtede stimulus.

KAT-behandleren bør her være opmærksom på, at tærsklen for frygt ved kvælningfølelse eller begyndende vejrtrækningsbesvær ofte er markant lavere for mennesker med KOL, hvilket der bør tages hensyn til for at undgå flooding og alliancebrud.

Såfremt behandleren er i tvivl om det sundhedsfaglige forsvarlige i anvendelsen af en konkret teknik, bør patientens egen læge eller anden relevant fagperson altid konsulteres.

---

**KONKLUSION**

A&D hos patienter med KOL har ofte alvorlig indvirkning på livskvalitet og fysiske symptomer og kan indvirke negativt på deltagelse i rehabilitering. Symptomer på psykisk sygdom kan fejltolkes som symptomer på KOL, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor psykisk komorbiditet er underdiagnosticeret.

HADS er et enkelt og letanvendeligt instrument til screening for A&D, og med screening ved hospitalskontakter og i almen praksis vil man formentlig kunne nå et bredt udsnit af patienter med KOL.

Hvis diagnosen angst eller depression i henhold til ICD-10 verificeres efter et positivt resultat af screening med HADS, bør der behandles efter sædvanlige forskrifter med samtalerapi, KAT og/eller farmakologiske midler.

Den hyppige forekomst af A&D blandt patienter med KOL tydeliggør behovet for opsporing og behandling, men indikerer også, at man i fremtiden kunne ønske større fokus på forebyggelse og derved måske mindske risikoen for udvikling af psykisk komorbiditet hos patienter med KOL og formentlig også derigennem generelt opnå bedre behandling af disse patienter.

**KORRESPONDANCE:** *Anders Løkke*. E-mail: aloekke@gmail.com

**ANTAGET:** 8. december 2020

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 25. januar 2021

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**LITTERATUR:** Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

## SUMMARY

### Examination and treatment of anxiety and depression in patients with COPD

Ida Stisen Fogh-Andersen, Ingeborg Farver-Vestergaard, Christian Møller Pedersen, Elisabeth Shirin Tehrani & Anders Løkke

Ugeskr Læger 2021;183:V09200679

An estimated 33% of patients with COPD have co-morbidities in terms of anxiety and/or depression (A&D). A large proportion of these patients are not diagnosed, mainly because some of the core symptoms of A&D can be misinterpreted as being caused by COPD. Untreated A&D in patients with COPD can have a negative impact on several parameters e.g. dyspnoea and mortality. On this basis, this review argues, that special focus in primary care and hospitals on diagnosing and treating A&D in patients with COPD using anti-depressants or cognitive therapy can reduce symptom burden and significantly improve quality of life.

## LITTERATUR

1. Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – National årsrapport 2018. [https://www.sundhed.dk/content/cms/90/4690\\_drkol-aarsrapport-2018\\_offentlig.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/90/4690_drkol-aarsrapport-2018_offentlig.pdf) (16. jun 2020)
2. Di Marco F, Verga M, Reggente M et al. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity. *Respir Med* 2006;100:1767-74.
3. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:871-88.
4. Schane RE, Woodruff PG, Dinno A et al. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med* 2008;23:1757-62.
5. Bock K, Bendstrup E, Hilberg O, Løkke A. Screening tools for evaluation of depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Clin Respir J* 2017;4:1332931.
6. Putman-Casdorph H, McCrone S. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung* 2009;38:34-47.
7. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134:435-565.
8. Miravitlles M, Molina J, Quintano JA et al. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. *Respir Med* 2014;108:1615-25.
9. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med* 2003;65:963-70.
10. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and



- COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest* 2013;14:766-77.
11. Wedzicha JA, Brill SE, Allison JP et al. Mechanisms and impact of the frequent exacerbator phenotype in chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Med* 2013;11:1-10.
  12. Sikjær MG, Løkke A, Hilberg O. The influence of psychiatric disorders on the course of lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis. *Respir Med* 2018;135:35-41.
  13. Cafarella PA, Effing TW, Usmani ZA, Frith PA. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology* 2012;17:627-38.
  14. Nielsen S, Nielsen M, Stassen I et al. Klinisk retningslinje for opsporing af angst og/eller depression hos indlagte og ambulante patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse. Center for Kliniske Retningslinier, 2015.
  15. Rossau H, Munkehøj P. Screening for angst og depression blandt hjertepatienter. Hjerteforeningen, 2017.
  16. Phan T, Carter O, Adams C et al. Discriminant validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory (II) and Beck Anxiety Inventory to confirmed clinical diagnosis of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respir Dis* 2016;13:220-8.
  17. RADS, Baggrundsnotat: medicinsk Behandling af unipolar depression hos voksne. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, 2015:1-79.
  18. IRF. Den national rekommandationsliste "Farmakologisk behandling af angsttilstande. Sundhedsstyrelsen, 2020:1-50.
  19. Shepherd N, Parker C. Depression in adults: recognition and management. *Clin Pharm* 2017;9(online 5. apr 2027).
  20. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. National Institute for Health and Care Excellence, 2016.
  21. Farver-Vestergaard I, O'Tool M, O'Connor M et al. Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *Eur Respir J* 2018;51:1-11.
  22. Ma RC, Yin YY, Wang YQ et al. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for chronic obstructive pulmonary disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2020;38:101071.
  23. Halford J, Brown T. Cognitive-behavioural therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. *Adv Psychiatr Treat* 2009;15:306-17.
  24. Twomey C, O'Reilly G, Byrne M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Fam Pract* 2015;32:3-15.