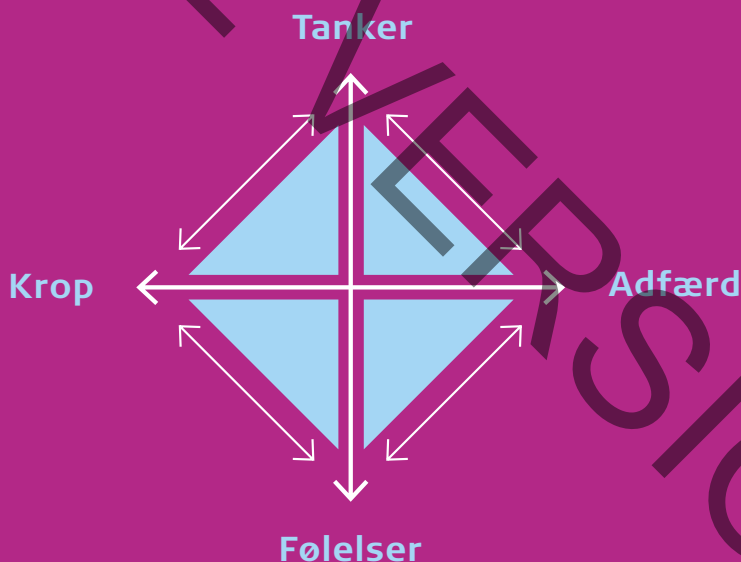




Angsttilstande

Diagnostik og behandling



Angsttilstande. Diagnostik og behandling

Arbejdsgruppens medlemmer

Kaj Sparle Christensen (formand for arbejdsgruppen), alment praktiserende læge, seniorforsker, ph.d.

Lisa Monica Nielsen, alment praktiserende læge.

Nicole Rosenberg, adj. professor, chefpsykolog.

Raben Rosenberg, professor, dr.med.

Sekretariatsbistand

Anette Lindblad, projektkoordinator og sekretær.

Janus Laust Thomsen, lægelig konsulent for DSAM's kliniske vejledninger, lektor, ph.d., alment praktiserende læge.

Sats

Lægeforeningens forlag

Tryk

Scanprint A/S

1. udgave, 1. oplag

© DSAM 2010

ISBN 978-87-91244-14-8

Vejledningen kan kun købes hos Månedsskrift for Praktisk Lægegering, www.mpl.dk, tlf. 35 26 67 85, eller downloades fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk.

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Indledning	7
Hvad er en angsttilstand?	7
Hvorfor opstår angsttilstande?	8
Omkostninger ved angsttilstande	9
Epidemiologi	10
Hvor hyppige er angsttilstande?	10
Hvor præcist diagnosticerer de praktiserende læger angsttilstande?	11
Opsporing	12
Angsttilstande i almen praksis – hvad skal man være opmærksom på?.....	12
Hvilke redskaber anbefales til opsporing, udredning og monitorering?.....	13
Diagnose	15
Hvilke medicinske tilstande kan fejltolkes som angsttilstande?	15
Hvilken somatisk udredning bør man foretage?	17
Hvilken psykiatrisk udredning bør man foretage?	17
Psykiatrisk komorbiditet.....	19
Somatisk komorbiditet	19
Hvordan diagnosticeres angsttilstande i ICD-10?	20
Hvordan skal angsttilstande kodes i ICPC?	24
Angsttilstandes sværhedsgrad og suicidalrisiko	25
Behandling	26
Hvilke veldokumenterede behandlingsmuligheder findes der? ..	26
Farmakoterapi.....	26
Særlige grupper.....	30
Psykoterapi	32
Metoder i kognitiv adfærdsterapi.....	34
Logistik i almen praksis	42
Hvad siger overenskomsten?.....	42
Hvordan tilrettelægges arbejdet?	43
Klinikpersonalets rolle.....	43
Visitation	44
Målet for behandlingen i almen praksis.....	44
Henvisning til psykolog.....	44
Henvisning til psykiater	45
Henvisning til sekundærsektoren.....	45
Skal patienter med angsttilstande sygemeldes?	45
Kommunale og regionale samarbejdspartneres rolle	46
Shared care	46
Prognosen ved angsttilstande	47
Kvalitetssikring	48
Efteruddannelse.....	48

Nyttige links og udvalgt litteratur.....	49
Kurser.....	49
Patientmateriale	50
Bilag 1. ICD-10 diagnostiske kriterier – angsttilstande	51
F40 Agorafobi.....	51
F40.1 Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer	51
F40.2 Enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer	52
F41.0 Panikangst	52
F41.1 Generaliseret angst	52
F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand.....	53
F43.0 Akut belastningsreaktion.....	54
F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion	54
F43.2 Tilpasningsreaktion	54
Bilag 2. Spørgeskemaer og vurderingsskalaer	55
Hamiltons Angstskaala – HAMA Scoringsark.....	55
Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ).....	56
Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS).....	57
Litteraturliste.....	58

Forord

Denne vejledning om angsttilstande baseres væsentligst på Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for angstlidelser fra 2007 [1].

Udarbejdelse af referenceprogrammer er en metode til systematisk at søge og sammenfatte videnskabelige forskningsresultater og klinisk erfaring vedrørende relevante kliniske problemstillinger og omsætte dem til anbefalinger. De formulerede anbefalinger gradueres efter styrken af den til grundliggende evidens. Referenceprogrammer er således en metode til at kortlægge evidensen for tiltag inden for en række kliniske problemstillinger, i dette tilfælde udredning og behandling af angstlidelser hos voksne. Anbefalingerne i referenceprogrammet bør som anden evidensbaseret faglig viden indgå i beslutningsgrundlaget for patientbehandlingen. Det er i sidste instans altid den enkelte behandlers eget ansvar at skønne, hvad der er rigtigt at gøre i en bestemt klinisk situation ud fra videnskabelig evidens, erfaring, klinisk skøn og patientens ønsker.

Arbejdsgruppen har baseret sit arbejde på metodologiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af litteraturens kvalitet, anførsel af evidensens styrke mv. Den anvendte litteratur er vurderet således, at Cochrane reviews, metaanalyser og andre systematiske oversigtsarbejder er tillagt det højeste evidensniveau, 1a. Velgennemførte randomiserede studier har evidensniveau 1b etc. – se Tabel 1, som bygger på et internationalt anerkendt system [1]. En aktuell dansk version er udførligt beskrevet i Medicinsk Kompendium [2].

Tabel 1. Anbefalingernes niveau.

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: behandling/forebyggelse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier
	2b	Kohortestudier
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-control-undersøgelser
	3b	Case-control-undersøgelser
C	4	Opgørelser, kasuistikker
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering eller anbefaling baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregel
√	5	Anbefalet af arbejdsgruppen som god klinisk praksis

Arbejdsgruppen har foretaget en opdatering af referenceprogrammets literatursøgning fra 2005. Hvor der ikke foreligger forskningsmæssig evidens, er der anvendt v: anbefalet af arbejdsgruppen som god klinisk praksis. Kapitlerne om opsporing og behandling indledes med boks med kliniske anbefalinger. I tekstafsnittene fremgår anbefalingernes præcise evidensniveau, hvor det er muligt.

Kaj Sparle Christensen
Formand for arbejdsgruppen

ÆLDRE
VERSION

Indledning

Hvad er en angsttilstand?

Angst er en normal tilstand, som alle kender. Det er en ubehagelig tilstand med generende fysiske symptomer, fx hjertebanken, kvalme, svedudbrud, uro, rysten og svimmelhed. Angst er tæt forbundet med situationer, tanker eller forestillinger om noget aktuelt eller fremtidigt usikkert og truende. Handlingslammelse, øget alarmberedskab, flugt eller undgåelse er de typiske adfærdsmæssige reaktionsmønstre ved angst.

Situationer med kortvarig *stress* udløser ofte angstsymptomer i hverdagen. Langvarig stress er ikke i sig selv en sygdom, men derimod en risikofaktor for udvikling af en lang række fysiske og psykiske sygdomme, herunder angsttilstande [3].

Ved en angsttilstand i psykiatrisk forstand er angstsymptomerne så udtalte, at de fører til betydelig subjektiv lidelse og dårlig funktion i familie- eller arbejdsmæssig sammenhæng. På længere sigt kan førtidspension blive følgen.

Angstsymptomer er uspecifikke, idet de ses ved en række forskellige psykiske og somatiske lidelser. Dette skaber særlige diagnostiske problemer. I 10. udgave af WHO's internationale sygdomsklassifikation ICD-10 [4] er der opstillet klare beskrivelser og diagnostiske kriterier for de enkelte angsttilstande (Bilag 1 s. 51).

Det fremgår, at angsttilstande dækker over et spektrum af lidelser præget af autonome symptomer og symptomer fra flere organsystemer, oplevelse af angst, katastrofetanker, tvangstanker, tvangsritualer, undgåelse af bestemte situationer eller mere generel undvigelsesadfærd. I svære tilfælde kan eget hjem ikke forlades uden ledsagelse.

De specifikke angsttilstande er:

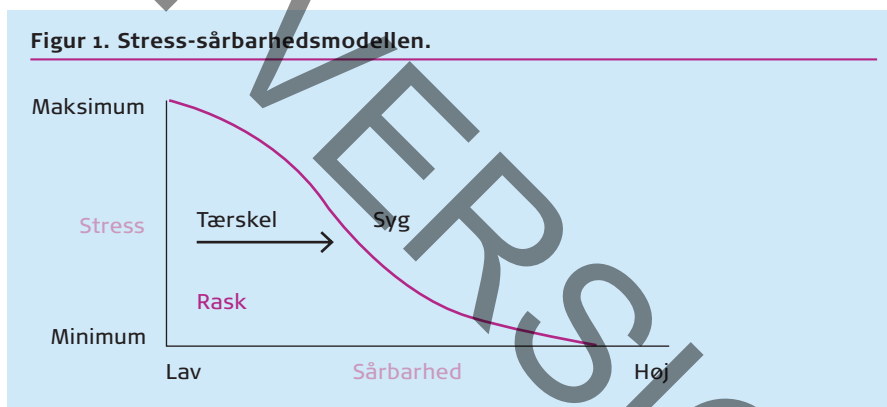
- **Fobiske angsttilstande** som optræder i visse veldefinerede situationer uden reel fare, men med svært fysisk og psykisk ubehag, udtalt bekymring og forventningsangst og høj grad af undvigeadfærd.
- **Panikangst og generaliseret angst (GAD)** er henholdsvis gentagne uforudsigelige akutte anfald med et meget alarmerende fysisk symptom-billede og dødsangst – samt en vedvarende, generaliseret, ikke situationsbegrænset bekymrings- og spændingstilstand med nervøsitet for dagligdags begivenheder og problemer samt ængstelse over eget og pårørendes helbred.
- **Obsessive-kompulsive tilstande** er karakteriseret ved tilbagevendende, ufrivillige, pinagtige, stereotype tvangstanker og/eller funktionsbegrænsende, meningsløse, ritualer og tvangshandlinger, som opleves uimodståelige pga. imaginær risiko, bundet til handlingerne.

- **Akut og posttraumatisk belastningsreaktion** hos voksne opstår som en akut eller forsinket reaktion på en traumatisk begivenhed af katastrofeagtig natur. Den akutte reaktion er præget af angst, forvirring, fortvivlelse m.m. Senere indtræder flashbacks, undgåelse af minder om traumat, øget alarmberedskab, tendens til isolation og risiko for udvikling af depression eller en vedvarende personlighedsændring.
- **Tilpasningsreaktion** udløses af en række mindre udtalte belastninger, typisk livsændringer som skolestart, forældrestatus, arbejdsophør og emigration. Symptomerne varierer og omfatter nedtrykthed, angst, bekymring, følelse af magtesløshed etc.

Hvorfor opstår angsttilstande?

Årsagsforhold og patogenese lader sig bedst forstå inden for rammerne af den klassiske stress-sårbarhedsmodel, som i en modificeret og forenklet udgave kan beskrives som vist i Figur 1.

Modellen tager hensyn til både disponerende og udløsende årsagsfaktorer hos individet og i omgivelserne.



Tærskelværdien for udvikling af psykopatologi vil afhænge af den enkeltes sårbarhed og graden af stress.

Blandt vigtige disponerende faktorer til øget psykobiologisk sårbarhed er genetiske forhold og tidligere biologiske, psykologiske og sociale belastninger. Udvikling af angsttilstande sker ofte over lang tid, og hos mange har der været symptomer fra barndom eller tidlig ungdom.

En lang række stressorer kan udløse angsttilstande, blandt andet akutte psykiske traumer, belastninger og somatiske sygdomme.

Hos den enkelte patient kan det derfor være svært at finde en enkel forklaring på angsttilstanden.

En præcis karakteristik af symptomerne danner baggrund for både diagnostik og behandling, som det vil fremgå senere (se kapitel om behandling, afsnit om psykoterapi s. 32).

Omkostninger ved angsttilstande

Angsttilstande hører til de socialt og menneskeligt set mest omkostningsfulde sygdomme i verden. Et stort antal børn, unge og voksne lider af angsttilstande, og en livstidssygdomsrisiko på 14% er fundet i moderne epidemiologiske studier (se kapitel om epidemiologi s. 10).

Angsttilstande nedsætter livskvalitet og social funktionsevne [1]. Nogle mennesker med agorafobi kan ikke forlade eget hjem uden ledsagelse. Mange mennesker sygemeldes eller får tilkendt førtidspension pga. kronisk forløbende angsttilstande (Tabel 2).

Tabel 2. Ankestyrelsens opgørelse af tildelte førtidspensioner pga. angsttilstande*

Diagnose ved nytilkendt førtidspension	2007	2008
Social fobi, fobisk angst	140	186
Panikangst, GAD og uspecificeret angst	207	317
OCD	41	56
Posttraumatisk belastningsreaktion	1.070	1.469
Tilpasningsreaktion	117	174
Belastningsreaktion	64	117
I alt	1.639	2.319
Nytilkendt førtidspension for psykisk lidelse (andel angstlidelser)	5.602 (29%)	7.985 (29%)
Nytilkendt førtidspension total (andel angstlidelser)	11.989 (14%)	16.616 (14%)

*) Tal fra Ankestyrelsen, 2009.

Epidemiologi

Hvor hyppige er angsttilstande?

I europæiske befolkningsstudier har man fundet en høj forekomst af angsttilstande (se Tabel 3). Livstidsprævalensen angiver risikoen for på et eller andet tidspunkt i livet at få en angstlidelse, mens 12-måneders-prævalensen angiver forekomst inden for de sidste 12 måneder.

Der er kun sparsom litteratur om incidensen af angstlidelser, dvs. antal nye tilfælde inden for et specifikt tidsrum (typisk et år).

Internationale prævalenstal for angsttilstande varierer en del. Det kan skyldes reelle forskelle i forekomst, men det kan også skyldes metodologiske faktorer, fx design af undersøgelse og diagnoseinstrument [6].

Tabel 3. 12-måneders- og livstidsprævalens af angsttilstande (DSM-IV) i ESEMeD Europa, Alonso*, 2004, i procent.

	12 mdr.	Livstid
Panikangst	0,8	2,1
Agorafobi	0,4	0,9
Enkelfobi	3,5	7,7
Socialfobi	1,2	2,4
GAD	1,0	2,8
OCD**	0,7	1,6
PTSD	0,9	1,9
Alle angstlidelser	6,4	13,6

*) Et europæisk projekt, The European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), med 21.425 repræsentativt udvalgte personer fra Belgien, Frankrig, Tyskland, Italien, Holland og Spanien.

***) Kringlen, 2001. DSM-III-R. Den norske epidemiologiske undersøgelse gennemført i Oslo i 1994-97 med 2.066 repræsentativt udvalgte personer.

Køn

Man har gennemgående fundet, at kvinder har højere forekomst af angsttilstande end mænd (2:1), især af lidelserne panikangst, enkelfobi og PTSD [7, 8], men ikke af OCD, hvor kønsfordelingen er ens. Der er ikke en enkel forklaring herpå, men både biologiske, og formentligt især kulturelle og sociale forhold kan have betydning.

Hvor præcist diagnosticerer de praktiserende læger angsttilstande?

Af de omtalte europæiske befolkningsstudier fremgår det, at mange personer med angsttilstande ikke modtager specifik behandling for lidelserne.

En undersøgelse i dansk almen praksis fra 2003 viser, at praktiserende læger diagnosticerer 20% af patienter med angstlidelser, sammenlignet med et standardiseret psykiatrisk interview [9].

Resultater fra flere europæiske epidemiologiske studier kan groft sammenfattes på den måde, at kun 50% af de personer, der henvender sig i almen praksis får stillet en korrekt angstdiagnose, og kun halvdelen heraf får tilbudt relevant psykologisk eller medicinsk behandling [1].

UDDRETVÆRSION

Opsporing

- ✓ Vær specielt opmærksom på autonome symptomer, katastrofetanker, undgåelsesadfærd og psykisk ubehag.
- ✓ Udeluk somatisk sygdom og andre psykiatriske tilstande, der kan give angstsymptomer, især organiske psykiske tilstande, misbrug, psykoser og affektive lidelser.
- ✓ Angst-symptom-skemaet (ASS) anbefales til udredning og monitorering af angsttilstande.
- B Hamiltons Angstskaala (HAMA) egner sig til graduering og monitorering af angsttilstande.
- B Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) kan være en hjælp til at skelne mellem angsttilstande, funktionelle tilstande, depression og alkoholafhængighed.

Angsttilstande i almen praksis – hvad skal man være opmærksom på?

Den typiske angstpatient henvender sig med symptomer fra forskellige organer – især autonome symptomer (se Tabel 4). Klagerne fremføres varierende fra bekymring og ængstelse til svær angst med frygt for at lide af alvorlig somatisk lidelse eller for at skulle dø.

Der kan være betydelig variation i symptom mønstret fra patient til patient, og nogle få symptomer kan dominere klagemønstret. Angstsymptomerne kan være *vedvarende* til stede eller optræde mere *anfaldsvist*. Det er karakteristisk, at de udløses eller forværres af belastninger i hjemmet eller på arbejde.

Tabel 4. Generelle angstsymptomer.

Autonome

Palpitationer – sveden – rysten – mundtørhed

Bryst/mave

Åndenød – kvælningfølelse – trykken eller smerter i brystet – kvalme, uro i maven

Psykiske

Uvirkelighedsfølelse – frygt for at blive sindssyg – dødsangst

Almene

Svimmelhed – varme/kulde – sovende fornemmelser

Spænding

Muskelspænding – rastløshed – psykisk spænding – synkebesvær

Alarmeredskab

Sammenfaren – koncentrationsbesvær – søvnforstyrrelser – øget årvågenhed

Da de i Tabel 4 anførte symptomer kan være symptomer på legemlig sygdom, og da angstsymptomer ses ved en række psykiske lidelser, er der behov for detaljeret diagnostisk udredning. Følgende elementer indgår derfor i den diagnostiske proces:

- Screening for vigtige symptomer på mulig angsttilstand (Tabel 4 s. 12).
- Afklaring af somatisk helbredstilstand og screening for de vigtigste somatiske sygdomme, der kan give angstsymptomer.
- Udelukkelse af en række psykiske sygdomme med angstsymptomer, men hvor andre symptomer er dominerende (Tabel 5 s. 18), og som dermed er afgørende for diagnosen.
- Afklaring af den specifikke angsttilstand (Bilag 2 s. 55).

Hvilke redskaber anbefales til opsporing, udredning og monitorering?

Der findes en lang række spørgeskemaer, som er udviklet til diagnostik og monitorering af angsttilstande [10]. Flertallet af disse er udviklet til måling af enten generaliseret angst eller en specifik angsttilstand.

I den kliniske hverdag er der behov for støtte i udredningen og kontrollen af den eller de enkelte angsttilstande, og vi har derfor valgt at anbefale Hamiltons Angstskeema (HAMA), Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) og et nyudviklet spørgeskema, Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS), der er udviklet med dette formål.

Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS) (Figur 2 s. 14 og Bilag 2 s. 57) egner sig til diagnostisk *udredning og monitorering* af angstlidelser [11]. Spørgeskemaet omfatter tre kernespørgsmål for generel angst og seks spørgsmål, der hjælper med til at differentiere de enkelte angsttilstande. Spørgeskemaet er endnu ikke blevet valideret til brug i almen praksis, hvorfor tolkningen altid skal sammenholdes med de diagnostiske kriterier [4].

Hamiltons Angtskala (HAMA) [12] anvendes til vurdering af en angsttilstands *sværhedsgrad* og kan derfor bruges til at monitorere et behandlingsforløb (2b), se Bilag 2 s. 55.

Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) er valideret til brug i dansk almen praksis [9]. Skemaet egner sig især til brug i situationer hvor man har svært ved at skelne mellem funktionel lidelse, depression, angsttilstande og alkoholproblemer (2b), se Bilag 2 s. 56.

Figur 2. Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS).

Spørgsmål	Igennem de sidste to uger, hvor stor en del af tiden har du:	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	Været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	0
2	Været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	0
3	Været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de er angstprovokerende?	5	4	3	2	1	0
4	Haft tilfælde til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	0
5	Haft egentlige angstanfald (panikangst)?	5	4	3	2	1	0
6	Haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	0
7	Været nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, eller gentage de samme handlinger igen og igen?	5	4	3	2	1	0
8	Været meget genert, fx når du spiser eller taler, mens andre ser på dig?	5	4	3	2	1	0
9	Haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	0
10	Haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	5	4	3	2	1	0

Ved fortolkningen af ASS skal man først undersøge, om item 10 (symptomernes påvirkning på de daglige funktioner) er scoret med tre eller mere. Hvis dette er tilfældet, undersøger man, hvilket af de ni angstsymptomer der har den højeste score og herefter, om der er en score på de tre øverste symptomer, som er de egentlige angstsymptomer. Man kan naturligvis benytte total score ved måling af effekten af den behandling, der tilbydes.

Spørgsmål 1-2: GAD

Spørgsmål 3: Undvigeadfærd/agorafobi

Spørgsmål 4-5: Panikangst

Spørgsmål 6-7: OCD

Spørgsmål 8: Socialfobi

Spørgsmål 9: PTSD

Spørgsmål 10: Funktionsnedsættelse

Diagnose

Hvilke medicinske tilstande kan fejltolkes som angsttilstande?

Et somatisk udredningsprogram bør udelukke mulige somatiske årsager til angstsymptomatologi. Det bør ikke være så omfattende, at det kan have u hensigtsmæssige følger, fx at fikserer den angste person i opfattelsen af, at det er en somatisk sygdom, der er årsag til angstsymptomerne.

Endokrine sygdomme

Specielt de autonome symptomer med palpitationer, rysten og sveden og den almene fornemmelse af varme-kulde er også klassiske symptomer ved hyperthyreose.

Mundtørhed, kvalme og uro i maven er en del af det diabetogene symptomkompleks.

Ved parathyreoidealidelser kan der være psykiske symptomer, fx neura-steniforme klager, der kan minde om GAD.

Fæokromocytom er en anden sjælden, men vigtig differentialdiagnose.

Lungesygdomme

Åndenød og kvælning-fornemmelse er nogle af kernesymptomerne ved lungelidelser, især astma og KOL, og regelret udredning for disse kroniske lidelser må primært foretages, når de pulmonale symptomer er dominerende.

Det er vigtigt at være opmærksom på den høje forekomst af komorbiditet ved netop astma og angsttilstande.

Hjerte-kar-sygdomme

Hjertelidelser har mange fællestræk med angstlidelser. Den akutte, ofte meget dramatiske debut af panikangst med trykken eller smerte i brystet, hjertebanken, åndenød, kvælning-fornemmelse, sveden, kvalme og dødsangst er helt identisk med symptomerne ved akut myokardieinfarkt, og bør altid behandles som sådan ved alle førstegangstilfælde, og når diagnosen er usikker.

Palpitationer kan imitere rytmeforstyrrelse lige fra harmløse ekstrasystoler til atrieflimren, og situationsbetinget forhøjet BT kan fejltolkes som hypertension.

Gastrointestinale sygdomme

Angstlidelser ledsages ofte af globulusfornemmelse, kvalme og uro i maven.

Synkebesvær er naturligvis et alarmsymptom, som ikke må tilskrives en angstlidelse uden udelukkelse af evt. somatisk årsag ved gastroskopi.

Urogenitale sygdomme

Hypig vandladning skyldes ofte urinvejsinfektioner og andre lidelser i urinvejene, desuden undertiden også diabetes mellitus. Disse tilstande skal naturligvis udelukkes, inden symptomet tilskrives angst.

Impotens og smerter ved samleje kan være organisk betinget, men forekommer også hyppigt i forbindelse med angst.

Neurologiske sygdomme

Svimmelhed er en meget hyppig henvendelsesårsag i almen praksis og må udredes ud fra anamnestisk mistanke om neurogen, otogen, kardiell eller anden specifik genese.

I forbindelse med den diagnostiske afklaring er det værd at bemærke, at ukarakteristisk svimmelhed ofte ses ved angst.

I relation til epileptiske anfaldsfænomener kan der være differentialdiagnostiske vanskeligheder over for panikangst pga. angstanfaldets pludselige karakter. Paræstesier, sovende fornemmelser, sammenfaren, muskelspændinger og smerter er specifikke symptomer på både neuromuskulære sygdomme og spændingssymptomer ved GAD.

Det vil være diagnostisk afgørende at påvise den specifikke neurologiske sygdom på baggrund af relevante undersøgelser (fx ENG, EEG, CT/MR-skanning). Angstsymptomer som komorbiditet ses desuden ved en lang række organiske hjernelidelser, fx hjernetumor, epilepsi, følger til kranietraumer og infektioner, ligesom der er fundet højere forekomst af socialfobi ved Parkinsons sygdom.

Sygdomme i bevægeapparat

Den ufrivillige, ubevidste psykiske og muskulære spændingstilstand, som er kendetegnende ved fx GAD, er både trættende og smertefuld. Smertelokalisationen er afhængig af, hvilken region, der primært er involveret, men den kan progrediere i udbredelse og medføre et ikke ubetydeligt funktionstab, da smerterne ofte er behandlingsrefraktære over for generelt anvendte behandlingsprincipper inden for reumatologi og ortopædi.

Anamnese, grundig objektiv undersøgelse med vægt på kendskab til lidelser i bevægeapparatet og udelukkelse af inflammatorisk sygdom er en forudsætning for at kunne stille den rette diagnose.

Maligne sygdomme

Risikoen for at fejldiagnosticere eller overse en malign lidelse ligger bag mange ihærdige udredningsforløb af tilstande med diffus eller ukarakteristisk symptomatologi.

Det er imidlertid ikke muligt inden for rammerne af denne vejledning at opstille et komplet udredningsprogram som garanterer for ikke at overse cancer eller anden kritisk sygdom.

Hvilken somatisk udredning bør man foretage?

I psykiatrisk sammenhæng vil et relativt enkelt somatisk standardudredningsprogram kunne screene for de vigtigste kendte komorbide somatiske sygdomme, men ved behov for yderligere udredning må det ske i henhold til anvisninger fra de pågældende specialister. En sådan »psykiatripakke« kan omfatte:

- Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter og leukocytter)
- Væsketal (natrium, kalium og kreatinin)
- Levertal (ALAT, GGT, BASP)
- Cobalamin
- Vitamin D (5-25-OHD)
- Fastblodsukker
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- Calcium
- Fasereaktant (CRP/SR)
- Ekg, BT, højde, vægt, lungefunktion
- Urinstiks og evt. screening af urin for misbrugsstoffer.

Hvilken psykiatrisk udredning bør man foretage?

ICD-10 er et hierarkisk opstillet diagnosesystem, hvorfor angsttilstande først kan diagnosticeres, når diagnoser placeret før angsttilstandene er udelukket, nemlig:

- F00 organiske psykiske lidelser
- F10 misbrug og afhængighed
- F20 skizofreni og andre psykoser
- F30 affektive lidelser, især depression.

De vigtigste diagnostiske kriterier er anført i Tabel 5 s. 18.

Tabel 5. De vigtigste differentialdiagnostiske psykiatriske lidelser ved angsttilstande.

Foo Organiske psykiatriske lidelser

Delirium

Angst kan ses ved akut organisk hjernelidelse, delirium, men tilstanden vil være præget af de diagnostiske karakteristiske symptomer:

- Bevidsthedssvækkelse med varierende grad af desorientering i tid, sted og egne data samt psykomotorisk uro
- Påvisning af en organisk årsagsfaktor, fx en infektionssygdom

Demens

Angst kan også ses ved demenstilstande, præget af:

- Kognitive forstyrrelser
 - Nedsat hukommelse, især for nyere data
 - Svækkelse af dømmekraft, tænkning og planlægningssevne
- Efterhånden svækkelse af personligheden med
 - Emotionel labilitet
 - Irritabilitet
 - Apati
 - Forgrovet social adfærd

Andre organiske hjernelidelser

Angst kan desuden ses ved en lang række organiske hjernelidelser, fx hjernetumor, epilepsi, følger til kranietraumer, infektioner og ved ADHD. Det vil være diagnostisk afgørende at påvise den specifikke hjernesygdom på baggrund af relevante undersøgelser (fx MR-skanning og EEG).

F10 Misbrug og afhængighed af alkohol og/eller stoffer

Angst optræder i en række misbrugssammenhænge, især ved:

- Abstinensstilstande
- Rusen »bad trip«

Angst og uro ved abstinensstilstande er hyppigt forekommende og er klinisk karakteristisk.

Grundig klinisk udspørgen og laboratorieundersøgelser (levertal og urinscreening for misbrugsstoffer) er diagnostisk vejledende.

F20 Skizofreni og andre psykoser

Det kliniske billede er præget af de psykotiske symptomer:

- Hallucinationer,
- Vrangforestillinger
- Påfaldende eller bizar adfærd

Angsten kan være af panikagtig karakter, men vil ved den kliniske undersøgelse afsløre sig som led i den psykotiske tilstand. Patienten er fx voldsomt angst, fordi han mener sig forfulgt, eller fordi stemmer taler aggressivt til ham.

F30 Affektive tilstande

Angst optræder hyppigt som led i depressive tilstande. De klassiske depressive symptomer dominerer dog tilstanden:

- Kernesymptomer
 - Nedtrykthed
 - Nedsat lyst eller interesse
 - Nedsat energi eller øget træthæd
- Ledsagesymptomer
 - Nedsat selvtillid
 - Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
 - Tanker om død eller selvmord
 - Tænke- eller koncentrationsbesvær
 - Agitation eller hæmning
 - Søvnforstyrrelse
 - Appetit- og vægtændring

Fravær af kernesymptomer udelukker depressionsdiagnose.

Psykiatrisk komorbiditet

Man har i en række studier påvist en betydelig komorbiditet ved angstlidelser. Det er dels inden for gruppen af angstlidelser, dels andre psykiske lidelser, især depressive tilstande og misbrug. Da ICD-10 er et hierarkisk opbygget system, skal man stille en diagnose inden for F30-gruppen, hvis de depressive symptomer er dominerende hos person med både angst og depression. Det kan dog erfaringsmæssigt være vanskeligt at skelne mellem en primær depressiv tilstand med angstsymptomer og en angstlidelse med sekundære depressive symptomer. I ICD-10 findes en diagnose *Letere angst-depressions-tilstand*, hvor både angst og depression er til stede samtidigt, uden at nogen dominerer.

Somatisk komorbiditet

Angsttilstande forekommer hyppigt hos personer med somatiske lidelser. Således udelukker en somatisk diagnose ikke tilstedeværelse af en angstlidelse og omvendt. Relevant somatisk udredning er derfor som tidligere omtalt vigtig (se side 17).

Mange mennesker med angsttilstande frygter at lide af alvorlig somatisk sygdom. Som hovedregel kan de beroliges med, at denne risiko er beskednen.

Enkelte nyere studier har dog fundet somatisk overdødelighed ved angstlidelser. Bowen et al. [13] fandt blandt patienter med angstlidelser fulgt over ti år, at der var en signifikant overdødelighed pga. somatisk sygdom sammenlignet med kontrolgruppen uden angstlidelser. Man fandt, at angstpatienter havde 2 × forhøjet risiko for cerebrovaskulære sygdomme, 1,8 × forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdomme, 1,4 × forhøjet risiko for mave-tarm-lidelse, 1,3 × forhøjet risiko for forhøjet blodtryk og 1,3 × forhøjet risiko for lungelidelser.

Hvordan diagnosticeres angsttilstande i ICD-10?

De enkelte angsttilstande afgrænses ved specifikke diagnostiske kriterier med angivelse af inklusions- og eksklusionskriterier, se Tabel 6.

Tabel 6. Forenklet fremstilling af de diagnostiske kriterier.

Hovedsymptom	ICD-10	Diagnostiske kriterier
Fobier	Agorafobi F40.0	Erkendt urimelig angst eller undgåelse af mindst to af flg.: – menneskemængder – offentlige steder – færden alene – færden uden for hjemmet.
	Socialfobi F40.1	Erkendt urimelig angst eller undgåelse af sociale situationer af frygt for andres kritik eller for at opføre sig pinligt, specielt ved at rødme, kaste op eller få vandladnings- eller afføringstrang.
	Enkelfobi F40.2	Erkendt urimelig angst eller undgåelse af andre situationer end ved agorafobi og socialfobi.
Panikanfald	Panikangst F41.0	Mindst fire panikanfald på 4 uger. Mindst fire angstsymptomer, heraf ét autonomt symptom. Ikke situationsafhængige eller forudsigelige.
Bekymring og ængstelse	GAD F41.1	Mindst fire angst/spændingssymptomer, mindst ét autonomt i en periode på > 6 mdr. med anspændthed, bekymring og almen ængstelse over almindelige daglige gøremål.
Tvangstanker og -handlinger	OCD F42	I mindst to uger gentagne ufrivillige, urimelige, ubehagelige tvangstanker eller -handlinger, som erkendes som egne, og som medfører meningsløs funktionsbegrænsende adfærd eller angst, hvis forsøgt afvist.
Belastninger og traumer	Akut belastningsreaktion F43.0	Inden for 1-48 timer udvikling af reaktion som ved GAD på exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning hos psykisk rask person. I moderate og svære tilfælde er tilstanden præget af bevidsthedsændringer, håbløshed, hyperaktivitet m.fl.
	Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) F43.1	Forsinket reaktion op til 6 mdr. efter katastrofe med flashbacks, stærkt ubehag og undgåelse af minder om traumet eller øget alarmberedskab.
	Tilpasningsreaktion F43.2	Emotionel adfærdsmæssig reaktion på < 6 mdr.-2 år på belastning eller lettere traume inden for den sidste måned. Kriterier F40-F43.1 er ikke opfyldt.

I det følgende beskrives de diagnoser, som er anført i Tabel 6, nøjere.

Agorafobi

Agorafobi er en overdreven angst for at færdes alene uden for hjemmet. Lidelsen optræder meget ofte sammen med panikangst og underinddeles i ICD-10 i to grupper med eller uden panikangst. Det karakteristiske syg-

domsforløb starter ofte med et uprovokeret panikanfald. Efter det første anfald udvikles angst for at opleve nye panikanfald (forventningsangst), og patienten undgår derfor formodede angstudløsende situationer, fx at gå i supermarkeder. Tilbøjeligheden til at undgå den fobiske situation er så udtalt, at nogle patienter kun oplever ringe angst, fordi de er i stand til at undgå den fobiske situation. Ved tilbagevendende panikanfald ses derfor udvikling af flere og flere fobier. Patienten tør ikke køre bil, rejse alene og kan efterhånden ikke gå uden for hjemmet uden ledsagelse, og heller ikke være alene hjemme.

Kriterierne er urimelig undgåelsesadfærd eller erkendelse af overdreven angst med mindst to angstsymptomer, heraf et autonomt.

Socialfobi

Viser sig ved overdreven oplevelse af at tiltrække sig andres misbilligende opmærksomhed, primært pga. synlige angstsymptomer, typisk ansigtsrødem, rysten på hænderne, svedudbrud og vandladningstrang.

Til forskel fra generthed er socialfobi ledsaget af udtalt subjektivt ubehag og funktionsnedsættelse i dagligdagen. Selvfokusering, rumination, selvkritik, lav selvfølelse og forventningsangst generelt eller i specielle sociale sammenhænge fører nemt til isolation, ensomhed og tristhed.

Kriterierne er frygt for andres kritik, erkendt urimelig angst eller undgåelsesadfærd og mindst ét autonomt angstsymptom, ledsaget af enten rødmen, frygt for opkastning, vandladnings- eller afføringstrang.

Enkelfobi

Enkelfobier er begrænset til helt specifikke genstande eller situationer. Lukkede rum, højder, fly, torden, dyr, blod eller mørke er hyppigt forekommende. I psykiatrisk forstand kan man tale om en angstlidelse, hvis angstreaktionen er udtalt, eller begrænsningen er svært uhensigtsmæssig, fx ikke at kunne få behandlet svær caries pga. tandlægeskræk.

Kriterierne er specifik genstands- eller situationsbunden urimelig angst eller undgåelsesadfærd.

Panikangst

Det helt centrale kriterium er tilbagevendende panikanfald. De første anfald kommer tit som et lyn fra en klar himmel, er meget alarmerende med multiple fysiske angstsymptomer, hyppigst kraftig hjertebanken og åndedrætsbesvær, men også fx pludseligt indsættende svimmelhed og uvirkelighedsfornemmelse. Det første panikanfald forveksles ofte med akut sygdom og medfører ofte indlæggelse. Panikanfald kan også optræde under søvnen (nocturne anfald).

Disse spontane anfald danner hyppigt basis for forventningsangst, fobisk undgåelsesadfærd og optræden af depressive symptomer.

Kriterierne er mindst fire uvarslede panikanfald på fire uger. Mindst fire angstsymptomer, heraf ét eller flere autonome.

Generaliseret angst (GAD)

Karakteristisk for lidelsen er vedvarende tendens til at bekymre sig unødigt og almen ængstelighed over for hverdagens begivenheder og problemer. Patienten giver ofte udtryk for frygt eller bekymring for, at patienten selv eller nærtstående personer skal blive syge eller komme ud for en ulykke. Angsten har således ikke anfaldspræg og er ikke begrænset til særlige situationer eller genstande, men er pinagtig, ude af proportion og vanskeligt kontrollabel.

Der er klager over uro, rysten, anspændthed, muskelspændinger, svedtendens, ørhed i hovedet, svimmelhed, hjertebanken, trykken i maven og andre angstsymptomer samt søvnforstyrrelser pga. spekulationer. GAD medfører overdrevne begrænsninger i egne og familiemedlemmers aktiviteter for at undgå ulykker.

Kriterierne er opfyldt, hvis der i mindst 6 mdr. optræder anspændthed, bekymring og ængstelse over almindelige problemer, og der er mindst fire angst-spændings-symptomer, heraf mindst ét autonomt.

Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

De dominerende symptomer er tilbagevendende tvangstanker og tvangshandlinger. Angst er i en vis grad ofte til stede, men det er karakteristisk, at angsten først bliver særlig fremtrædende, hvis patienten forsøger at undertrykke de pinagtige symptomer.

Tvangstanker er ideer, tankebilleder eller indskydelser, som dukker op i patientens bevidsthed igen og igen på en stereotyp måde og med et skræmmende indhold. De erkendes af patienten som hans eller hendes egne tanker, selvom de er ufrivillige og ofte i modstrid med patientens ønsker.

Tvangshandlinger og -ritualer er stereotyp adfærd, som gentages igen og igen. Deres funktion er at forhindre en eller anden udefra set usandsynlig begivenhed, som befrygtes ellers at ville indtræffe, og som ofte indebærer risiko for skade udført af eller rettet mod patienten. Sædvanligvis erkender patienten denne adfærd som meningsløs, skamfuld og ineffektiv, men på trods heraf er symptomerne ofte så påtrængende, at patienten har svært ved at klare sine normale forpligtelser.

De typiske tvangstanker (obsessioner) er:

- Frygt for smitte
- Tvivlesyge
- Bekymringer over den legemlige helbredstilstand
- Behov for symmetri
- Frygt for aggressive impulser
- Frygt for seksuelle tanker.

De typiske tvangshandlinger (kompulsioner) er:

- Kontrolleren (fx om lyset og komfuret er slukket, vandhanen lukket, døren låst)
- Vask (af hænder, tøj)
- Tællen (fingre, genstande i hjemmet)
- Symmetri og orden (alt skal stå på en præcis måde, fx bestikket på spisebordet, bøger i reol, tøj i skabe)
- Samlemani (man kan ikke smide væk).

Kriterierne er mindst to uger med meningsløse, funktionsbegrænsende tvangstanker eller tvangshandlinger eller angst, hvis forsøg på afvisning.

Akut belastningsreaktion

Diagnosen betegner den chokreaktion, de fleste reagerer med, hvis de udsættes for en katastrofe. Tilstanden udvikler sig inden for en time efter traumet og fortager sig hurtigt, i løbet af få timer eller dage.

Symptomerne er blandende og skiftende og omfatter initialt en tilstand af nedsat opmærksomhed, sanseforstyrrelser, desorientering og omtågethed, som kan udvikle sig til dissociativ stupor eller uro og overaktivitet. Autonome tegn på panikangst er ofte til stede. Delvis eller fuld amnesi for episoden kan ses. Individuel sårbarhed og tilpasningsevne spiller en rolle for reaktionens opståen og sværhedsgrad.

Vedvarende symptomer må medføre overvejelse om ændring af diagnose.

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)

En langvarig eller sen reaktion på meget belastende begivenheder, såsom katastrofer, tortur eller trusler på livet, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver. PTSD blev tidligere betegnet KZ-syndromet. Tilstanden opstår inden for 6 mdr. efter den traumatiske hændelse og består typisk af tilbagevendende episoder med genoplevelse af traumet i form af påtrængende erindringer (flashbacks), drømme og mareridt samt undgåelsesadfærd eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, som minder om traumet.

Der er vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst to af følgende:

- Ind- eller gennemsovningsbesvær, irriterabilitet eller vredesudbrud, koncentrationsbesvær, øget årvågenhed og tilbøjelighed til sammenfaren.
- Tilbagetrækning fra omgivelserne, depression og selvmordstanker er ikke ualmindelige, og i de sværeste tilfælde kan tilstanden blive kronisk og resultere i en vedvarende personlighedsændring.

Tilpasningsreaktion

En tilpasningsreaktion opstår efter en hændelse, der bryder voldsomt ind i ens daglige eller sociale liv. Det kan dreje sig om ændringer af det sociale netværk, sygdom, nye faser i livet, fx start på uddannelse, nyt arbejde eller pensionisttilværelse. Symptomerne er brogede, og de omfatter typisk tristhed, angst, bekymring, magtesløshed og vanskelighed ved at overskue situationen, førende til nedsat social funktionsevne. Individuel disposition og sårbarhed spiller en væsentlig rolle for risikoen for tilpasningsreaktionens opståen og sværhedsgrad, men den ville antageligt ikke være opstået uden den belastende begivenhed.

Hvordan skal angsttilstande kodes i ICPC?

International Classification of Primary Care (ICPC) [14] er et klassifikations-system specielt tilpasset kontaktårsagerne i almen praksis. ICPC er delvist kompatibelt med ICD-10 systemet, der primært anvendes i sygehusvæsenet. Konverteringstabellen mellem de to systemer for angstområdet er anført i Tabel 7. Symptomdiagnosen Po1 vil ofte være diagnosen ved første kontakt.

Tabel 7. Konvertering mellem ICPC og ICD-10 for angstdiagnoser.

ICPC-kode	ICPC-diagnose	ICD-10-kode	ICD-10-diagnose
Po1	Angst/nervøsitet/anspændthed	F45.0	Nervøsitet
Po2	Akut belastningsreaktion	F43.0 F43.2	Akut belastningsreaktion Tilpasningsreaktion
P74	Angsttilstand	F41.0 F41.1 F41.9	Panikangst GAD Angsttilstand uden specifikation
P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand	F40.0 F40.1 F40.9 F42.0 F42.1 F42.9	Agorafobi (fobisk angst for at færdes alene) Socialfobi (fobisk angst for sociale situationer) Fobisk angst uden specifikation Overvejende obsessiv tilstand Overvejende kompulsiv tilstand Obsessiv-kompulsiv tilstand uden specifikation
P82	Posttraumatisk belastningsreaktion	F43.1	Posttraumatisk belastningsreaktion

Angsttilstandes sværhedsgrad og suicidalrisiko

I almen praksis vurderes sværhedsgraden af angsttilstande formentlig bedst ved en samlet bedømmelse af patientens subjektive beskrivelse af symptomer og livskvalitet og den objektive registrering af funktionsbegrænsninger i familiemæssig, social og arbejdsmæssig henseende. Spørgeskemaerne ASS og HAMA kan i et vist omfang bidrage til en måling af tilstandenes sværhedsgrad, se Bilag 2 s. 55.

- Mest anvendt er Hamiltons Angstskala (HAMA), som bedst egner sig til vurdering af GAD. Ved en score < 15 er angsttilstanden tvivlsom. Fra 15-19 let, 20-25 moderat og 30-56 svær.
- Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS) kan anvendes til at vurdere en evt. funktionsnedsættelse. Ved en score på tre eller mere i item 10 er patientens daglige funktion påvirket i moderat til svær grad. De øvrige items relaterer til de specifikke angsttilstande og kan også benyttes til måling af sværhedsgrad og effekt af behandling.
- Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) kan bruges til at vurdere sværhedsgraden udtrykt ved symptomscore på de enkelte tilstande og graden af komorbiditet.

Der findes herudover en lang række spørgeskemaer, som benyttes på specialistniveau, til måling af psykisk sårbarhed, stress, somatisering, specifikke angsttilstande, livskvalitet, social trivsel og funktionsevne.

Da depressive symptomer er hyppige som led i en angsttilstand, er det vigtigt at være opmærksom på, om der er suicidale tilskyndelser. Suicidale tilskyndelser kan også ses ved svære angstlidelser uden samtidige depressive symptomer.

Behandling

- A Der er dokumenteret effekt på angsttilstande af farmakologisk behandling med antidepressiva og enkelte andre psykofarmaka.
- A Der er dokumenteret effekt på angsttilstande af kognitiv adfærdsterapi.
- A Der er dokumenteret effekt på angsttilstande af en kombination af disse behandlingsmetoder.

Hvilke veldokumenterede behandlingsmuligheder findes der?

Man kan skelne mellem forskellige indsatser for behandling:

- Behandling i den initiale fase (op til seks måneders varighed)
- Fortsættelsesbehandling (6-12 måneders varighed) med fokus på at forebygge tilbagefald
- Yderligere behandling omtales som langtids- eller vedligeholdelsesbehandling.

Patienter med angsttilstande bør have tilbud om dokumenteret virksom behandling i form af:

- Farmakologisk behandling med antidepressiva eller andre farmaka med dokumenteret effekt (1a)
- Kognitiv adfærdsterapi (KAT) (1a) eller
- En kombination af disse behandlingsmetoder (1b).

Der kan være fordele ved at anvende KAT som første behandling, idet virkningen af KAT er mere holdbar end virkningen af farmaka, og den er desuden uden medicinbivirkninger.

Behandlingsindsatsen bør iværksættes så hurtigt som muligt efter lidelsens debut.

Patienter bør så vidt muligt tilbydes et informeret valg mellem dokumenteret virksomme behandlingsmetoder.

Farmakoterapi

De vigtigste grupper af lægemidler til farmakologisk angstbehandling er anført i Tabel 8. Hvad angår dosering, bivirkninger, interaktioner og seponerings symptomer henvises til www.medicin.dk.

Tabel 8. Lægemidler med effekt på angsttilstande.

Farmakagruppe	Eksempler
Antidepressiva	
• Klassiske	Klomipramin
• Nyere	SSRI*, SNRI**
Benzodiazepiner	Diazepam
Antiepileptika	Pregabalin
Azapironer	Buspiron
Antihistaminer	Hydroxizin
Antipsykotika	Quetiapin

*) SSRI = Serotonin-specific reuptake inhibitor

***) SNRI = Serotonin-noradrenalin reuptake inhibitor.

Nyere antidepressiva er i dag førstevalgspræparater ved behandling af angsttilstande. Det er især lægemidler af typerne:

- SSRI (citalopram, escitalopram, sertralin m.fl.)
- SNRI (venlafaxin, duloxetin). Som navnet angiver, hæmmer de den præ-synaptiske optagelse af serotonin og/eller noradrenalin og udøver herved angstdæmpende effekt.

SSRI vælges frem for SNRI pga. færre bivirkninger.

Blandt *klassiske antidepressiva* er der påvist effekt af tricykliske antidepressiva (TCA); størst for klomipramin, der har kraftigst påvirkning af serotonin-systemet. Brugen af TCA begrænses af deres bivirkninger. De anvendes derfor primært ved utilstrækkelig effekt af nyere antidepressiva.

Behandlingen skal begynde med en lav dosering, da nogle antidepressiva kan øge angsten i de første uger af behandling. Halv dosering i forhold til dosis ved behandling af depression kan anbefales. Effekten indtræder i løbet af 2-3 uger og øges gradvist i de efterfølgende 4-5 uger. Der er også effekt på komorbide depressive symptomer.

Dosisøgning bør ske gradvist afhængig af bivirkninger og effekt, især i begyndelsen af behandlingen, hvor der som nævnt kan ske forværring af angstsymptomerne, før bedringen senere indtræder. Behandlingsvarigheden bør være 6-12 måneder, hvorefter behandlingen aftrappes over nogle uger for at undgå seponerings symptomer.

Alternativt må vedligeholdelsesbehandling overvejes. Flere nye studier viser høj tilbagefaldsrisiko ved seponering [15]. Det er ikke overraskende, da mange angstlidelser har et kronisk forløb. Som ved depression kan årelang forebyggende behandling derfor komme på tale.

En væsentlig fordel ved nyere antidepressiva er, at der ikke udvikles afhængighed heraf, og at effekten både på kort og lang sigt er grundigt dokumenteret ved de fleste angsttilstande.

Ulemperne er, ud over den langsomt indsættende virkning, især bivirkninger med kvalme og uro i starten og seksuelle dysfunktioner (anorgasme, impotens) på længere sigt.

Benzodiazepiner er klassiske anxiolytika med en god angstdæmpende og hurtigt indsættende virkning – også over for normale former for akut situationsbetiget angst (fx forestående operation). Lægemidlerne udøver den angstdæmpende virkning ved at øge effekten af den hæmmende GABA-neurotransmitter i hjernen.

Pga. risiko for udvikling af afhængighed og tolerans bør behandlingen principielt være tidsbegrænset. Ved ophør af behandling allerede efter 4-8 uger kan der optræde seponeringssymptomer (angstsymptomer, støj- og lysoverfølsomhed, søvnforstyrrelser m.fl.). Disse symptomer kan være så udtalte, at de gør det vanskeligt at ophøre med behandlingen. Hos nogle kan behandlingen derfor blive meget langvarig, uden at der er indikation herfor. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at behandling med benzodiazepiner ved angsttilstande kun skal være fire uger. Herefter skal tilstanden vurderes på ny, og vurderingen skal fremgå af journalen.

Detaljeret redegørelse fra aftrapning af benzodiazepinbehandling findes på www.irf.dk.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (Vejledning nr. 8 af 18.6.2008). Vejledningen er bindende for praktiserende læger. Den foreskriver bl.a., at der udarbejdes behandlingsplan, inden behandling påbegyndes, og at der er vilkår for udstedelse/fornyelse/generhvervelse af kørekort. Ordination må kun ske ved personlig henvendelse i konsultationen. Psykiatriske tilstande, der behandles med benzodiazepiner, og hvor behandlingen er påbegyndt i psykiatrisk regi, skal fortsætte som specialistbehandling og skal ikke overgå til fortsat behandling i almen praksis. Hvad angår kørekort anbefales kun brug af højst 30 mg oxazepam, der har en kort halveringstid. Diazepam og klonazepam, der er bedst undersøgt ved angsttilstande, anbefales ikke.

Fordelen ved den hurtigt indsættende og klinisk betydningsfulde angstdæmpende effekt ved behandling med benzodiazepiner er begrænset, da bivirkningerne ved langvarig behandling bliver så tungtvejende, at behandling med benzodiazepiner bliver en specialistopgave.

Pregabalin er et GABA-derivat, der anvendes ved behandlingsrefraktære fokale epileptiske anfald og centrale og perifere neuropatiske smerter. I en række studier er der påvist effekt på GAD, der er den eneste aktuelle

indikation blandt angstlidelserne. Pregabalin har en anden virkningsmåde end andre anxiolytika ved at påvirke calciumkanaler i neuronerne. Dette kan derfor indgå i valg af præparat ved utilstrækkelig effekt af andre anxiolytika. Blandt fordele ved stoffet er, at der ikke udvikles afhængig, og at effekten ved GAD er hurtigt indsættende. Ulemper er bivirkninger i form af bl.a. svimmelhed og sedation.

Azapironer. Buspiron øger serotoninfrigørelsen ved hæmning af præsynaptiske receptorer. Den anxiolytiske effekt er langsomt indsættende over flere uger, men medfører ikke sedation, amnesi, abstinenssymptomer eller misbrugsrisiko. Det anvendes kun ved GAD. Der udvikles ikke afhængighed. Bivirkningerne er bl.a. svimmelhed og sedation.

Antihistaminet hydroxizin har en vis anxiolytisk effekt ved GAD. Sammenlignet med øvrige anxiolytika er hydroxizin kun begrænset undersøgt og kun i korttidsstudier, og kliniske erfaringer savnes. Der udvikles ikke afhængighed. Bivirkningerne er sedation og kvalme.

Antipsykotika har i lave doser nogen anxiolytisk effekt over for ikke-psykotisk angst og blev tidligere især anvendt til patienter med risiko for udvikling af benzodiazepinmisbrug. Efter dokumentation af effekten af antidepressiva og andre farmaka ved angsttilstande har antipsykotika kun begrænset anvendelse ved angsttilstande.

I nyere studier er der dog fundet en vis effekt som supplerende behandling til antidepressiv behandling ved GAD, OCD og PTSD [15].

En ulempe ved antipsykotika er risiko for en lang række bivirkninger; især vægtøgning, ekstrapyramidale symptomer og psykiske ændringer med tomhed og indifferens, se www.medicin.dk

Adrenerge beta-receptorblokerende midler kan anvendes til nogle af angstens somatiske symptomer, men effekten er begrænset og dårligt dokumenteret. De kan derfor ikke anbefales i behandling af angsttilstande.

Hovedparten af de nævnte lægemidler har generelt tilskud. Pregabalin og duloxetin har klausuleret tilskud. Pregabalin kan ordineres med tilskud, når patienten har epilepsi eller GAD, og duloxetin kan ordineres med tilskud til patienter med moderat til svær depression og/eller GAD. Lægen skal i disse tilfælde skrive »tilskud« på recepten. Benzodiazepin og hydroxizin har ikke tilskud.

Lægemidlernes anvendelse ved de forskellige angsttilstande er forenklet sammenfattet i Tabel 9 s. 30 [1, 15].

Tabel 9. Evidensbaseret farmakologisk behandling af angsttilstande.

	SSRI	SNRI	TCA	Buspiron	Pregabalin
Agorafobi	++	++	+	-	-
Panikangst	++	++	+	-	-
Socialfobi	++	++	-	-	-
Enkelfobi	-	-	-	-	-
GAD	++	++	-	+	++
OCD	++	-	++	-	-
PTSD	++	+	-	-	-

+ og ++ graduering af empirisk og klinisk evidens.

Hvis der ikke er tilstrækkelig effekt efter behandling med relevant lægemiddel og dosering i passende tid (2-4 måneder), anbefales præparatskift som illustreret i Figur 3 s. 31. Princippet er at skifte til et præparat inden for samme gruppe (fx SSRI) eller til et antidepressivum med en anden farmakologisk profil (fx SNRI). Ved OCD er det vigtigt at anvende antidepressiva med virkning på serotonin-systemet, og klomipramin anbefales derfor blandt TCA.

Tillægsbehandling (augmentationsbehandling) med et nyere antipsykotikum i lav dosering kan overvejes i særlige tilfælde ved GAD, OCD og PTSD. Da antipsykotika har væsentlige bivirkninger, bør der udvises tilbageholdenhed mod brug heraf i angstbehandling, og lægemidlerne skal derfor primært anvendes i behandlingsresistente tilfælde, dvs. når andre behandlingsmuligheder ikke har givet tilstrækkelig godt resultat.

Særlige grupper

Børn

SSRI og venlafaxin har effekt på kort sigt ved behandling af angsttilstande (GAD, OCD og PTSD) hos børn [16]. Sertralin er bedst undersøgt ved OCD og er effektivt [17].

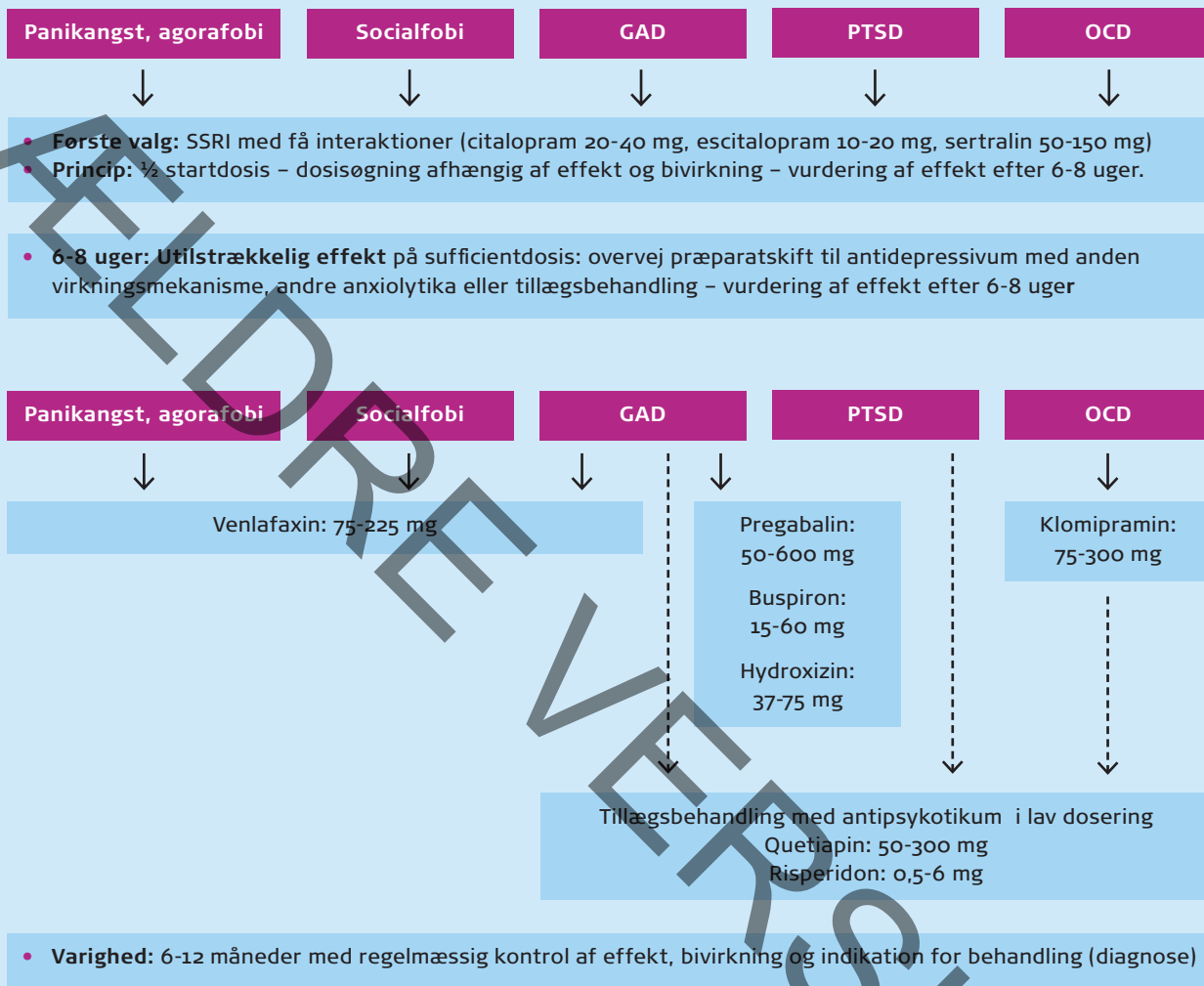
Gravide og ammende kvinder

Indikationen for farmakologisk behandling skal nøje vurderes pga. risiko for påvirkning af fostret/barnet. Psykoterapi vil derfor veje tungere som førstevalg-behandling. En detaljeret oversigt over farmakologisk behandling findes i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression [16].

Ældre

Behandlingen skal tilrettelægges under hensyntagen til en øget risiko for bivirkninger hos ældre pga. ændret farmakokinetik, evt. polyfarmaci samt komorbide somatiske sygdomme.

Figur 3. Farmakologisk behandlingsalgoritme.



Psykotering

Der er i dag langt den bedste evidens for effekt af kognitiv adfærdsterapi ved alle angsttilstande. Hovedvægten i denne vejledning lægges derfor på denne behandlingsform.

Kognitiv adfærdsterapi

Hovedprincippet i kognitiv terapi er, at patienten bibringes viden om sin lidelse og indlærer metoder til at få kontrol over (eng. cope) sine angstsymptomer. Der fokuseres primært på aktuelle situationer, hvor angsten dominerer, og patienten får metoder til at hæmme og hindre angsten. Det er således ikke altid muligt eller nødvendigt, at patienten opnår en dybtgående indsigt i sin livshistorie, hvilket tidligere ansås for at være kernen i (angst)neuroseterapi.

Målsætning, motivation og evaluering

Når patienten har erkendt at have en angsttilstand, bør lægen sikre sig at patienten er motiveret for behandling med psykologiske metoder. Et halvhjertet forsøg med kognitiv adfærdsterapi er ofte spild af tid og kan virke demoraliserende.

Lægen kan: 1) spørge direkte til patientens motivation, 2) sikre sig, at patienten er parat til at arbejde med metoderne hjemme hver dag eller 3) undersøge, om patienten accepterer et vist forbigående ubehag i forbindelse med brug af især eksponering.

Ved komorbid depression eller mange psykosociale problemer kan det være vanskeligt at mobilisere tilstrækkelig motivation, tid og energi til at gennemføre et behandlingsforløb. Motivation undersøges endvidere i forbindelse med udarbejdelse af problemliste med mål. Det bør for hvert problem være patienten, der fastsætter målet.

Det er vigtigt at udarbejde konkrete mål for psykoteringen, og i den forbindelse gælder SMART-princippet: Målene bør være Specifikke, Målbare, Accepterede, Realistiske og Tidsbegrænsede. Tabel 10 kan anvendes af patient og læge i fællesskab.

Terapien indledes med udarbejdelse af en sådan problemliste. I første kolonne anføres 2–6 problemer. I kolonne tre nedfældes patientens mål og i kolonne 2 angstintensiteten, hvis patienten skulle gennemføre det ønskede nu. Jo mere præcist problem og mål formuleres, jo bedre.

Både problemer og mål formuleres som adfærd. En hjælp til at omformulere en forventning om symptomfrihed til en adfærdsændring kan være at spørge: »Hvad ville du så gøre – som du ikke gør i dag – hvis du blev helt fri for din angst?«.

Sidste kolonne udfyldes som en del af den evaluering, lægen har ansvaret for. Evalueringen omfatter dels, hvor langt patienten er nået i forhold til målet, dels om graden af angst er aftaget. Der kan til eksempel 1 i Tabel 10 i resultatkolonnen skrives: »Kan være alene hele dagen, men ikke om natten«. Det er herefter patienten, der afgør, om han ønsker at fortsætte mod målet, eller om han stiller sig tilfreds med at nå noget ad vejen.

Tabel 10. Problemliste.

Problem	Grad af angst (0-10)	Mål	Resultat
Kan ikke være alene hjemme	10	At kunne være alene hjemme i flere dage	
Kan ikke købe ind selv i supermarked	9	At kunne købe ind selv til almindeligt dagligt forbrug	
Kan ikke tage offentlige transportmidler	10	At kunne tage toget til København/Hamborg	
Er bange for at have hjertesygdom – tager hele tiden min puls	7	At holde op med at bekymre mig unødigt om sygdom	
At høre eller læse om sygdom giver angst	7	At kunne høre om sygdom uden at bekymre mig	
Siger aldrig noget i samvær med andre mennesker	5	At kunne tale frit med andre	
Bekymrer mig 80% af min vågne tid	4	At ophøre med at have unødige bekymringer – og forholde mig mere rationelt til tingene	

Den enkelte konsultation

En konsultation har følgende struktur:

- Lægen spørger til patientens hjemmearbejde.
- Dagens problem vælges fra problemlisten. Lægen introducerer en metode, og den afprøves under samtalen, hvor et relevant skema evt. tages til hjælp.
- Patienten får til opgave at anvende metoden hjemme og undersøge effekten af denne.

Hjemmearbejde

Det aftalte (daglige) hjemmearbejde med de metoder, der er blevet introduceret for patienten, er en vigtig forudsætning for den ønskede forandring: angstreduktion og nedsat undgåelsesadfærd. Hjemmearbejdet aftales med så konkret angivelse af tidspunkter som muligt, varighed, antal osv., og det diskuteres indledningsvist i hver samtale.

Metoder i kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi omfatter flere metoder. De vigtigste ved behandling af angstlidelser er:

1. Psykoedukation
2. Analyse og omstrukturering
3. Eksponering
4. Responshindring.

I et typisk behandlingsforløb benyttes de i nævnte rækkefølge. Lægen sammensætter dog altid metoderne efter patientens behov.

1. Psykoedukation

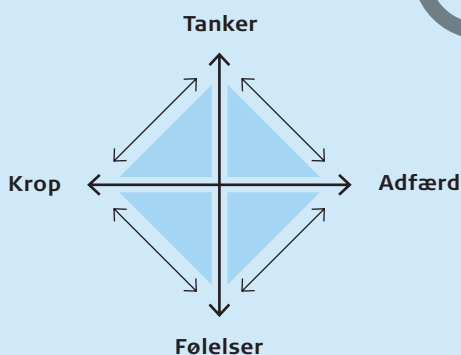
Psykoedukation er formidling af generel viden om angsttilstande med oplysninger om forekomst, debutalder, arvelighed, symptombillede, forløb, kønsratio, varierende sværhedsgrad og behandlingsmuligheder.

Formålet er at berolige og afstigmatisere tilstanden, give patienten betegnelser for sine angstsymptomer og præsentere en angstmodel. Dette er væsentligt for det fortsatte samarbejde mellem patient og læge. Det er især vigtigt at give patienten forståelse for, at angstsymptomer ikke er udtryk for legemlig sygdom.

De første kapitler i denne vejledning kan anvendes til vidensformidling. Andre muligheder er Angstbogen fra psykiatrifonden og Angstforeningens hjemmeside (se Nyttige links og udvalgt litteratur s. 49).

Som udgangspunkt for psykoedukation kan den *kognitive diamant* (Figur 4) anvendes. Modellen beskriver samspillet mellem tanker, følelser, kropslige symptomer og adfærd, og den er dermed særlig velegnet for læge og patient til at få en fælles forståelse af en ellers uafklaret tilstand.

Figur 4. Den kognitive diamant.



I en given situation vil vores følelser og adfærd afhænge af de tanker, vi gør os og hvilken betydning, vi tillægger dem. Populært sagt er vores tanker de briller, vi ser verden igennem, og de kropslige reaktioner er den subjektive oplevelse af følelserne.

Særlige katastrofetanker kan øge angsten ved at gøre noget neutralt og ufarligt til noget farligt. Let hjertebanken kan fx udløse katastrofetanker om hjertestop, og ophold i en forretning kan være forbundet med katastrofetanker om at falde om, blive til grin, ikke kunne få luft etc. Det er vigtigt at formidle, at de kropslige symptomer er ubehagelige, men ufarlige, og at det er tankerne (katastrofetanker), der forværrer angstfølelsen og de karakteristiske former for angstadfærd: undgåelses- og sikkerhedsadfærd. Ved *undgåelsesadfærd* udebliver personen fra eller forlader en frygtet situation. Ved *sikkerhedsadfærd* foretager personen sig en handling, som på uhensigtsmæssig vis giver tryghed, fx ved hele tiden at tage sin puls eller at have benzodiazepin på sig. Se Tabel 11.

Tabel 11. Eksempler på sikkerhedsadfærd.

Sikkerhedsadfærd ved panikangst og agorafobi

Tage pulsen
Støtte sig til cykel eller rækværk
Medbringe benzodiazepin
Medbringe mobiltelefon
Blive i nærheden af et (kendt) hospital
Have et andet menneske med sig

Sikkerhedsadfærd ved socialfobi

Være tavs
Skjule hals med rullekrave
Drikke alkohol
Klovne
Sætte sig bagest i lokalet
Ryge
Undlade at gå gennem et lokale

En handling er udtryk for undgåelses- og sikkerhedsadfærd, hvis den bygger på katastrofetanker og dermed vedligeholder angsten.

Tabel 12. Samspillet mellem følelse, krop, tanke og adfærd.

Diagnose	Følelse	Krop	Tanke	Adfærd U: undgåelse S: sikkerhedsadfærd
Panikangst	Angst	Hjertebanken Åndenød Svimmelhed	Jeg får et hjerteslag. Jeg dør	U: Anstrengelse, mange situationer S: Tager puls, monitorerer krop
Agorafobi	Angst	Hjertebanken Svimmelhed Åndenød	Jeg kan ikke klare det. Jeg kan ikke komme ud/ få hjælp	U: At gå hjemmefra alene S: Mobiltelefon, benzodiazepin, ledsager
Socialfobi	Angst Nervøsitet	Rødmen Rysten Uvirkelig hedsfølelse	Andre synes jeg er mærkelig/forkert/ikke god nok. De kan se, at jeg rødmer/ryster	U: Socialt samvær S: Tier, holder sig i baggrunden
GAD	Ængstelse Bekymring	Rysten Svedudbrud Hjertebanken	Der er sket noget frygteligt med min mand/datter/mor	U: Varierende S: Kontrollerer
OCD	Ubehag	Varierende	Hvis ikke jeg tjekker/vasker/ordner, sker der en ulykke	U: Varierende S: Tjekker/vasker/ordner

I Tabel 12 ses nogle typiske eksempler på samsillet mellem følelse, krop, tanke og adfærd ved de forskellige angstlidelser.

Psykoedukation gives også som introduktion til de øvrige metoder, der omtales i det følgende.

2. Analyse og omstrukturering

Analyse og omstrukturering sigter mod ændring af tænkningen. Angstpatienten har katastrofetanker i forbindelse med forventningsangst, situationsangst og angstanfald. Der udvælges en episode, hvor patienten netop har oplevet eller forventer at opleve angst. Patienten instrueres i at angive præcis hvilken situation, der er tale om (se Figur 4 s. 34) og dernæst at identificere og beskrive sine tanker i angstsituationen.

Spørg fx patienten: »Hvad gik gennem hovedet på dig, da du ...?« Ved denne analyse får patienten indsigt i, hvordan tænkningen producerer, øger og vedligeholder angst.

Næste trin er at *omstrukturere* tankerne og finde alternative tanker, der ikke udløser eller forværrer angsten. Ved omstrukturering får patienten hjælp til at opbygge tanker, der er beroligende og realistiske i den konkrete

situation, og til at øve sig i at mobilisere disse over for katastrofetankerne. Se eksempler i Tabel 13.

Tabel 13. Omstrukturering af katastrofetænkning.

Katastrofetænkning	Alternativ tænkning
Jeg får et hjerteslag	Jeg har bare lidt hjertebanken, det er normalt
Jeg dør	Man dør ikke af angst
Jeg kan ikke klare det	Jeg skal bare tage det roligt
Jeg kan ikke komme ud, jeg bliver kvalt	Jeg bliver her, der er rigeligt med luft
De andre synes, jeg er mærkelig	Andre mennesker er ikke optaget af mig
De kan se, at jeg rødmer	Det er muligt de kan se, at jeg rødmer, men det betyder ikke noget negativt for andre

3. Eksponering

Eksponering vil sige, at patienten systematisk udsætter sig for situationer, der volder angst og forbliver i disse situationer, til angsten er dalet. Eksponering retter sig således mod patientens undgåelsesadfærd over for bestemte situationer, som han opfatter som farlige. Under eksponeringen fokuserer patienten på sine katastrofetanker og omstrukturere disse. Det er katastrofetankerne, patienten skal kæmpe mod.

Patienten kan være mere eller mindre bevidst om sin undgåelsesadfærd. Den rammer oftest situationer, der objektivt set er neutrale og ufarlige. Det kan derfor være forbundet med skam at erkende sin angst for disse. Her kan lægen benytte psykoedukation og gøre det klart for patienten, at undgåelse er meget udbredt og forekommer ved alle angsttilstande.

Tabel 14. Graderet eksponeringsplan - eksempel.

Mål	Købe ind i supermarked når som helst	Startdato	Gennemført antal gange
Trin 1	Købe 2 varer på et fredeligt tidspunkt		
Trin 2	Købe 3 varer på et tidspunkt med flere kunder		
Trin 3	Købe 5 varer - også nogle fra bageste ende af forretningen		
Trin 4	Købe 7 varer på et travlt tidspunkt, vælge lang kø		

Der bør udarbejdes en eksponeringsplan for hvert mål, hvor eksponeringen gradvist bliver mere og mere krævende (angstvoldende) (se Tabel 14 side 37). En sådan plan bør ikke strække sig over mere end nogle uger, og patienten bør udføre mindst én eksponering dagligt. Herved opnås, at patientens katastrofetanker og dermed angstniveau over tid daler. Eksponering indebærer indledningsvist et ikke ubetydeligt ubehag, som patienten bør være forberedt på og acceptere. Ved gentagen eksponering sker en tilvænnning, ligesom katastrofetanker om situationen afkræftes, og angsten aftager i intensitet.

Andre eksempler på eksponeringssituationer:

- Være alene hjemme (fra 30 min. til flere døgn)
- Køre med bus (fra ét stoppested til 25 km)
- Sige noget i kaffepause (fra én sætning til konversation)
- Gå hjemmefra (fra 100 m til 6 km)

Det skal understreges, at eksponering bør gennemføres af patienten alene. Følgeskab af andre har karakter af sikkerhedsadfærd, der øger katastrofetankerne: »Det er farligt at gå derhen alene« og svækker patientens selvtillid: »Jeg kan intet selv«.

Ved socialfobi instrueres patienten i at undlade at have *selfokus*, fx på sin rødmen, rysten eller selvsikkerhed under eksponering for sociale situationer, men flytte opmærksomheden fra sig selv til formålet med situationen (købe noget, hygge sig, spise frokost).

Ved panikangst er *eksponering for de somatiske symptomer*, der er forbundet med katastrofetanker, en væsentlig metode. Der foretages specifikke, kortvarige øvelser (ca. 1 min.), hvor det fysiske symptom og dermed katastrofetankerne aktiveres.

Eksempler er hyperventilationsøvelse og snurren rundt på kontorstol.

Ved PTSD eksponeres patienten for erindring om traumet og fortæller dette igen og igen. Desuden lytter han til optagelse af beretning om dette.

4. Responshindring

Responshindring går ud på, at patienten undlader at foretage handlinger, der har karakter af sikkerhedsadfærd (se Tabel 11 s. 35) med det formål at få patienten til at opgive denne. Sikkerhedsadfærd kan være mindre omfattende, som fx at medbringe mobiltelefon eller vandflaske, men kan også være mere omfattende, som fx hele tiden at ville have et sygehus i nærheden eller altid at følges med et andet menneske.

Under alle omstændigheder bygger sikkerhedsadfærd på katastrofetænkning; »Hvis ikke jeg har min mobiltelefon/min ægtefælle med, så dør jeg«, og forstærker dermed angsten.

Responshindring foregår i relation til eksponeringsøvelserne, idet patienten oftest bør gennemføre disse uden at anvende sikkerhedsadfærd. Det kan være en del af en gradvis eksponeringsplan at afvikle sikkerhedsadfærd. I forhold til eksemplet i Tabel 14 s. 37, fx ved at lade mobiltelefon blive hjemme.

Vedligeholdelse og tilbagefaldsforebyggelse

Angstlidelserne tenderer mod at få et kronisk forløb. Det er derfor vigtigt at understrege over for patienten, at han for hvert skridt, han har opnået, bør arbejde på at opretholde dette. Desuden er der stor risiko for tilbagefald. Et mindre tilbagefald kan patienten selv håndtere ved at genoptage anvendelse af metoderne. Større tilbagefald kræver ofte hjælp fra lægen, fx til at genoptage brug af metoderne.

Tilbagefaldsforebyggelse indebærer, at patienten kender risikosituationer (fx let depression) og risikoadfærd (fx for lidt søvn) og er særligt opmærksom på øget angst og undgåelsesadfærd i forbindelse hermed.

Andre kognitive adfærdsterapeutiske metoder

Der findes mange andre relevante metoder, fx fordel-ulempe-analyse, leve-regelarbejde, registreringsmetoder og reattribueringsmetoder. De findes nærmere beskrevet i lærebøger, se Nyttige links og udvalgt litteratur s. 49.

Jo flere metoder lægen behersker, jo nemmere bliver det at sammensætte et program, der passer til den enkelte patient. Under alle omstændigheder er det lægens ansvar at afgøre, hvilke metoder, der bedst fører fra et givet problem til patientens mål.

Psykodynamisk psykoterapi

I psykodynamisk psykoterapi lægges hovedvægten på indsigt og på at kunne tænke psykologisk om sig selv og andre. Patientens barndomstraumer forbindes med de nutidige problemer, og det antages, at patientens centrale psykiske konflikter overføres til relationen mellem patient og terapeut. Der tilbydes efter behov jeg-støttende foranstaltninger.

Der er publiceret et studie [18], som viser effekt af korttids psykodynamisk terapi ved GAD, når terapien anvendes i manualiseret form og tilskynder patienten til eksponering. For de øvrige specifikke angsttilstande er der ikke tilstrækkelig evidens for effekt. Der er dog data, der tyder på, at lidelser, hvor angst indgår som symptom, kan profitere af langtids psykodynamisk behandling.

Støttende samtale

Nogle patienter kan ikke samarbejde om kognitiv adfærdsterapi eller ønsker en mindre fokuseret samtale om problemer i parforhold, i forhold til børn eller på arbejdspladsen. Her vil det bedste være at tilbyde patienten støttende samtaler (måske med ideer til problemløsning). Samtalerne har ikke effekt på angstsymptomerne, men kan mindske stress og på et givet tidspunkt være det mest meningsfulde for patienten.

Selvhjælp

I nogle tilfælde vil et oplagt første skridt være at give psykoedukation og opfordre patient og pårørende til at opsøge information om angsttilstande og -behandling. Der findes selvhjælpsmateriale i form af foldere, bøger og internetbaseret undervisning/terapi, se Nyttige links og udvalgt litteratur s. 49. Den motiverede og disciplinerede patient kan have glæde af programmer på pc. Dokumentationen for udbytte heraf er dog begrænset [19].

Andre metoder

Mindfulness, acceptmetoder, selvomsorg, mentalisering – der er flere metoder, som muligvis er relevante ved angsttilstandene. Der er dog ikke tilstrækkelig dokumentation for effekt af disse. I nogle tilfælde kan de forsøges, hvis de gængse metoder ikke er tilstrækkelige.

Kropslige øvelser

Der er ikke dokumentation for effekt af afslapnings- og vejrtrækningsøvelser, medmindre de indgår som en integreret del af et kognitivt forløb. Patienten har tværtimod ofte brug for at ophøre med at beskæftige sig direkte med kroppen, da opmærksomheden på de autonome funktioner øger angstoplevelsen.

Praktisk tilrettelæggelse

I almen praksis er der flere forhold, der kan vanskeliggøre et psykoterapeutisk forløb. Tidsbegrænsning, mange patienter, mange afbrydelser og den enkelte læges interesse for og dermed prioritering af samtalebehandling. Desuden kan der forud for starten af et psykoterapiforløb være gået måneder eller år, været foretaget mange somatiske undersøgelser, før angstdiagnosen blev stillet, og igen gået tid, før patienten forstår og accepterer denne. Det betyder, at den praktiserende læge både i egen og patientens bevidsthed skal »skifte kasket« fra somatisk læge til psykoterapeut.

Det er en stor udfordring for begge parter, og det kan være en god ide at gøre det klart for patienten (og sig selv), at somatiske problematikker og undersøgelser skal foregå på andre tidspunkter.

Samtalebehandling lægges ideelt på det tidspunkt af dagen, som giver de bedst mulige rammer for terapien. Der skal på forhånd aftales omfang,

datoer, varighed af den enkelte samtale og nødvendigheden af patientens aktive medvirken i form af hjemmearbejde.

Et forløb kan indledes med aftale om 3-5 konsultationer a 30 min.s varighed med en uges interval. Herefter evalueres forløbet, og der aftales løbende korterevarende, spredte konsultationer til vedligeholdelse og yderligere bedring.

Uddannelse og supervision

Det kræver uddannelse i kognitiv terapi at kunne anvende metoderne korrekt og kunne variere dem relevant i forhold til den enkelte patient. Anvendelse af ovenfor anvendte metoder kræver således, at lægen har gennemført relevante kurser i behandlingsformen og løbende modtager supervision.

Hvis ikke lægen har forudsætninger for at udøve psykoterapi, er støttende samtaler, psykoedukation og henvisning til selvhjælpsmateriale ofte det bedste første skridt.

Logistik i almen praksis

Hvad siger overenskomsten?

Flere af Landsoverenskomstens ydelser er relevante at anvende under udredning og behandling for angstlidelser.

0101 Konsultation er den primære ydelse, når en patient henvender sig med et helbredsproblem.

0106 Aftalt forebyggelseskonsultation anvendes ved en målrettet og systematisk forebyggelse og er oftest en opfølgning på en tidligere gennemført konsultation, som giver anledning til en særlig målrettet forebyggelsesindsats, bl.a. over for de store kroniske folkesygdomme, herunder psykiske lidelser. Forebyggelsen har ofte karakter af et forløb (opfølgning og fastholdelse) og kan derfor indebære flere forebyggelseskonsultationer hos den samme patient. Som »perler på en snor.« Ydelsen kan derimod ikke anvendes i forbindelse med diagnosticering og behandling.

2304 Supplerende specifik forebyggelse er en tillægsydelse, som kan anvendes sammen med 0106. Formålet med tillægsydelsen er at gøre status over patientens helbredssituation, foretage en systematisk samlet risiko- og ressourcevurdering efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger, tage stilling til medicinordinationer og fastlægge behandlingsmål i forståelse med patienten.

6101 Samtaleterapi. Ydelsen forudsætter en på forhånd aftalt konsultation og skal indeholde egentlig samtaleterapi med anvendelse af relevante samtaleteknikker. Enkeltstående ydelser til en patient vil derfor være undtagelsen. Det er et krav, at behandleren deltager i supervisionsmøder enten internt med alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. I forbindelse med samtaleterapi kan ydelse 6101 suppleres med 0106 og 2304. I enkelte regioner kan 6101 være erstattet med en paragraf 2-aftale.

2149 Fagligt anerkendte psykometriske test er en tillægsydelse, som kan kombineres med 0101, 0106 (status) og 6101. Anvendes til diagnosticering og monitorering af demens og depression samt andre sygdomsgrupper under forudsætning af anbefaling fra almenmedicinske faglige miljøer. Hvis der udføres flere test, kan tillægsydelsen honoreres to gange ved samme konsultation.

Hvordan tilrettelægges arbejdet?

Diagnostik og behandling af angstlidelser kan forekomme tidskrævende og vanskelig at indpasse i en travl arbejdsdag i almen praksis, men opgaven er sammenlignelig med håndteringen af andre kroniske lidelser.

Med en »Angstpakke« kan et måske u hensigtsmæssigt patientkontaktmønster ændres til et struktureret forløb med egen læge som proaktiv tovholder.

Et realistisk forløb kan være en opdeling i flere på hinanden aftalte konsultationer under afklaringen, og senere i det egentlige behandlingsforløb, fx:

1. Konsultation (0101): Screening for angst ved præsentation af symptomer fra flere organsystemer, især autonome symptomer: hjertebanken, sveden, rysten, mundtørhed. Somatisk undersøgelse. Aftale om parakliniske undersøgelser.
2. Konsultation (0101 + lab.ydelser): Aftale parakliniske undersøgelser ved klinikpersonale eller laboratorium.
3. Konsultation (0101 + 2149): Svar på parakliniske undersøgelser. Spørgeskemaer om angst (ASS) og depression (MDI). Diagnose i henhold til ICD-10.
4. Konsultation (0106 + 2304): Orientering om behandlingsmuligheder. Alliance vedrørende videre behandling.
5. Evt. samtaleterapi i klinikken (6101 + evt. 2149): psykoedukation, pjecer, psykofarmaka, psykoterapi.
6. Statuskonsultation (0106 + 2304 + evt. 2149): Når man fx efter et år skal tage stilling til ophør med eller fortsat medicinsk behandling.

Klinikpersonalets rolle

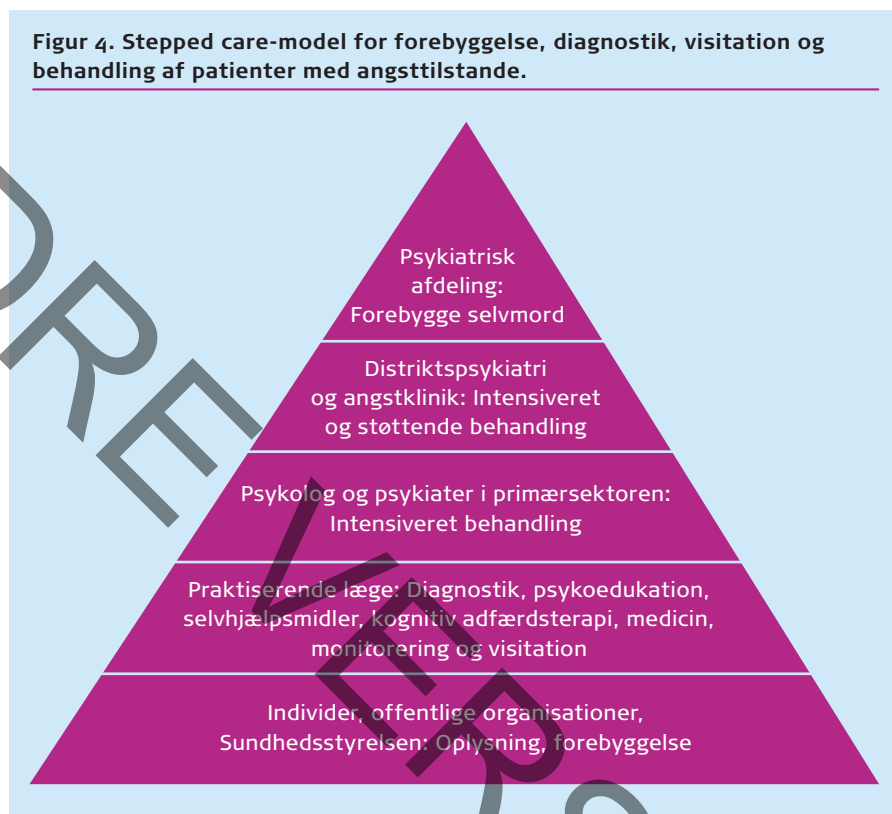
Sygeplejersker i almen praksis vil efter tilstrækkelig instruktion kunne medvirke til opsporing og kontrol og vil kunne varetage mange af elementerne i behandlingsforløbene på lige fod med den praktiserende læge, da de via sygeplejeuddannelse (og specielt sygeplejersker med specialeuddannelse i psykiatri) kender til de kognitive metoder, som fx psykoedukation, eksponering og hjemmearbejde.

Ydelse 2304 kan som den eneste af ovennævnte ydelser ikke gennemføres ved klinikpersonale.

Visitation

Figur 4 viser sammenhæng i behandling af personer med angsttilstande samt principper for visitation (Stepped care-modellen). Princippet er at oplyse, forebygge, diagnosticere og behandle på laveste effektive omsorgsniveau (LEON-princippet). Ved stigende grader af funktionsindskrænkning og komorbiditet henvises patienten til niveauet ovenfor.

Figur 4. Stepped care-model for forebyggelse, diagnostik, visitation og behandling af patienter med angsttilstande.



Målet for behandlingen i almen praksis

Den alment praktiserende læge skal kunne diagnosticere og behandle størsteparten af de hyppigst forekommende angsttilstande farmakologisk og/eller psykoterapeutisk. Lægen skal herunder være i stand til at vurdere tilstandens sværhedsgrad og en evt. suicidalrisiko. Endvidere skal lægen kunne informere og rådgive patienten om de tilgængelige behandlingsmuligheder.

Hvis der ikke opnås subjektiv og objektiv effekt af behandlingen inden for 3-6 måneder, bør viderehenvisning overvejes.

Henvisning til psykolog

Patienter med angsttilstande kan behandles i privat psykologpraksis for fuld egenbetaling eller evt. betalt af særlige sundhedsforsikringer.

Der er indgået aftale mellem Dansk Psykolog Forening og Danske Regioner om, at gruppe 1- og gruppe 2-sikrede personer mellem 18 og 28 år med visse angstlidelser kan henvises til behandling hos psykolog med ydernummer. Der ydes et tilskud på 60% af gældende overenskomstfastsatte honorar for indtil 12 konsultationer per behandlingsforløb.

Kriterier, der skal være opfyldt:

1. Patienten skal være lægefagligt diagnostisk udredt i henhold til gældende klinisk retningslinjer på området, herunder bør der almindeligvis være foretaget en psykometrisk test.
2. Den praktiserende læge skal have diagnosticeret patienten med en af nedenstående diagnoser i henhold til ICD-10-klassifikationen:
 - F40.0 Agorafobi
 - F40.1 Socialfobi
 - F41.0 Panikangst (moderat og svær)
 - F41.1 Generaliseret angst
 - F41.2 Lettere angst-depressions-tilstand
 - F41.3 Anden blandet angsttilstand
 - F41.8 Andre angsttilstande
 - F41.9 Angsttilstand, uspecificeret.
3. Patientens funktionsevne skal være nedsat i lettere til moderat grad pga. angsttilstanden.
4. Patienten vil ifølge en lægefaglig vurdering kunne profitere af kognitiv adfærdsterapi hos psykolog.

Henvi sning til psykiater

Der er ikke fastlagt bestemte kriterier for henvi sning af patienter med angsttilstande til psykiater, men henvi sning vil ofte være relevant, når:

- Diagnostikken er vanskelig.
- Patienten ikke responderer på behandlingen hos den praktiserende læge og/eller psykolog.

Henvi sning til sekundærsektoren

Der er mulighed for henvi sning af patienter med angsttilstande til distriktspsykiatri, angstklinikker og andre specialtilbud. Tilbuddene varierer over tid og fra region til region.

Skal patienter med angsttilstande sygemeldes?

Korterevarende sygemelding kan være indiceret i den initiale behandlingsfase, men bør være så kort som muligt for at mindske angstpatienternes tilbøjelighed til undvigelsesadfærd og forventningsangst (jf. principper for kognitiv terapi).

Ofte vil en deltidssygemelding være at foretrække, især hvis forløbet ser ud til at blive langvarigt, dvs. mere end otte uger. En deltidssygemelding sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet og medfører en højere grad af selvforsørgelse end fuldtidssygemelding [20].

Kommunale og regionale samarbejdspartneres rolle

Angsttilstande er ofte af en væsentlig sværhedsgrad og kan have et langvarigt, evt. kronisk forløb, således at vanlige rehabiliteringsprincipper bør anvendes.

Hvis der er en velbegrunnet lægelig henvisning til psykolog, kan kommunen foretage en transgvurdering mhp., om borgeren har økonomisk mulighed for at betale selv. I praksis er det således kun få, der kan få tilskud til psykologbehandling.

Psykologhjælp under et revalideringsforløb skal være en følge af den iværksatte revalideringsplan – derfor falder angstlidelser ofte uden for denne mulighed. Praksis er forskellig; nogle kommuner giver afslag – andre yder støtte til fx ti samtaler som en del af en revalideringsplan.

Der findes forskellige foreninger (se patientmateriale under Nyttige links og udvalgt litteratur s. 49), der tilbyder psykologisk rådgivning og samtaler til patienter og pårørende. Derudover er der lokale og regionale tilbud til særlige målgrupper (se Nyttige links og udvalgt litteratur s. 49 for yderligere oplysninger).

I enkelte regioner er der oprettet offentlige angstklinikker, hvortil der kan henvises.

Behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge

Der findes et antal specialiserede tværfaglige behandlingsinstitutioner i Danmark. De fleste er etableret under sundhedsloven, enkelte er kommunale. Centrene har ofte lang ventetid på behandling (www.traume.dk).

Shared care

I en systematisk litteraturgennemgang af primært udenlandske studier fandt man, at forskellige former for shared care giver bedst effekt i behandling af ikkepsykotiske tilstande, herunder angsttilstande [21].

Shared care er en behandling, hvor der ud over egen læge også medvirker en case manager, fx en psykiater, psykolog eller psykiatrisk sygeplejerske, som sammen tilrettelægger behandlingsforløbet og følger det systematisk op.

Prognosen ved angsttilstande

Forløbsstudier viser, at angsttilstande har et varierende forløb, dog med tendens til at blive kroniske. Flere undersøgelser har vist, at angsttilstande starter tidligt i livet, og at der hyppigt opstår psykiatrisk komorbiditet, som forværrer prognosen for samtlige angsttilstande [22].

En nylig publiceret undersøgelse [23] viser, at sædvanlig angstbehandling i almen praksis medfører respons (mindst 50% symptomreduktion) hos 37% af patienterne, mens kognitiv adfærdsterapi og eventuel medicinjustering medfører respons hos 57% af patienterne efter seks måneders behandling. Tilsvarende opnås remission (symptomfrihed) hos 27% af patienterne ved sædvanlig angstbehandling mod 43% af patienterne behandlet med kognitiv adfærdsterapi og evt. medicinjustering efter seks måneder.

Kvalitetssikring

I regeringens sundhedsprogram »Sund hele livet« 2002 [24] er et af målene, at andelen af psykiske lidelser i befolkningen skal nedbringes, ligesom det nævnes, at praktiserende læger spiller en særlig rolle for tidlig indsats i forhold til psykiske lidelser.

Desuden er fokus rettet mod kvalitetsudvikling af behandlingen, bl.a. i form af kliniske vejledninger og forskning og dokumentation, bl.a. ved kliniske databaser.

Tilegnelsen af en klinisk vejledning kræver opfølgning via deltagelse i kortvarige, intensive efteruddannelsesprogrammer, fx centraliserede efteruddannelseskurser, lokale kurser i lægekredsforeningsregi, IRF's endagskurser eller e-lærings-programmer.

Endvidere kan indførelse af kvalitetsindikatorer være med til at skærpe opmærksomheden på korrekt diagnostik, psykoterapeutisk og medikamentel behandling og opfølgning.

Indsamling af disse kvalitetsindikatorer kan foregå via Dansk Almen Medicinsk Kvalitets-Enhed (DAK-E) på samme måde, som det sker mht. diabetes og andre kroniske sygdomme.

Forslag til indikatorer for diagnostik og behandling af panikangst og GAD (P74), fobisk angst og OCD (P79) og PTSD (P82) kunne være:

- Brug af 2149 – diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske test
- Brug af 6101 – samtalebehandling
- Sværhedsgrad vurderet ved ASS eller HAMA
- Anvendelsen af medicin – førstegangsordinationer, fortløbende ordinationer, behandlingsophør
- Medicinsk profil for lægerne – Ordiprax
- Antal konsultationer med diagnoserne P74, P79 og P82
- Respons og remission vurderet ud fra ASS eller HAMA scores
- Sygemelding og varighed, førtidspension
- Henvisning til psykolog/psykiater/angstklínik.

Efteruddannelse

Der er et stort behov for efteruddannelse i den moderne opfattelse af angsttilstande, især vedrørende diagnostik, farmakologisk behandling og psykoterapi. Det er som tidligere anført et krav, at man går i supervision hvis man tager patienter i samtaleterapi (psykoterapi). Der er kun begrænset forskning på angstområdet inden for almen praksis. Der efterlyses forskning i stepped care-behandling af angsttilstande under danske forhold [21].

Nyttige links og udvalgt litteratur

Referenceprogrammer

- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser hos voksne, København: 2007
- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression, København: 2007
- Socialstyrelsen (Sverige) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010

Lærebøger og oversigter

- Mors O, Kragh-Sørensen P, Parnas J Munksgaard: klinisk psykiatri, København 2009
- Mørch MM, Rosenberg NK. Kognitiv terapi. Modeller og metoder, København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Rosenberg R, Jørgensen P, and Videbech P. Klinisk lærebog i neuropsykiatri, København: FADLs Forlag, 2009.
- Gerlach J, Vestergaard P. Psykofarmaka. PsykiatriFonden, 2010
- Ustun TB, World Health Organization. ICD-10 casebook. The many faces of mental disorders: adult case histories according to ICD-10. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 1996.
- Psykiatri i almen praksis (Christensen & Olesen), Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2009 (Temanummer)
- Manlacasagar et al. At overvinde panikangst. Klim, 2001.

Hjemmesider

- Institut for Rationel farmakoterapi www.irf.dk
- www.medicin.dk (flere kapitler)
- www.laegehaandbogen.dk

Kurser

Der findes i dag flere omfattende kognitive videreuddannelsesforløb udbudt af Selskab for Adfærds- og Kognitiv Terapi (SAKT), af uddannelsesafdelingen på Psykiatrisk Hospital i Århus og af andre uddannelsesafdelinger og private centre.

Herudover udbydes der en række kortere kurser i kognitiv adfærdsterapi for praktiserende læger via Lægeforeningen.

Patientmateriale

Hjemmesider

www.sind.dk

www.angstforeningen.dk

www.oed-foreningen.dk

www.kræftens_bekæmpelse.dk

www.laegehaandbogen.dk

Patientvejledninger og bøger

Patientvejledningen 2008. 9. udg. Christensen B. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2008.

Kognitiv behandling af panikangst og socialfobi – en vejledning for klienter og behandlere. Hougaard, E. 1. udgave, 1. oplag. Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag; 2006.

Angstbogen. Gerlach J. PsykiatriFondens Forlag, 2009.

Angsten i Kunsten. Ti danske kunstnere fortæller. Jensen RN København: PsykiatriFondens Forlag, 2008.

At overvinde socialangst og generthed. En selvhjælpsguide på grundlag af kognitiv adfærdsterapi. Butler, G. Klim, 2001.

Bilag 1. ICD-10 diagnostiske kriterier – angsttilstande

F40 Agorafobi

A. Angst ved, eller undgåelse af ≥ 2 af følgende situationer:

- (1) menneskemængder
- (2) offentlige steder
- (3) færden alene
- (4) færden uden for hjemmet.

B. ≥ 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst ét autonomt:

Autonome:

- (1) hjertebanken
- (2) sveden
- (3) rysten
- (4) mundtørhed
- (5) vejrtrækningsbesvær
- (6) kvælningfølelse
- (7) trykken i brystet
- (8) kvalme, maveuro
- (9) svimmelhed
- (10) uvirkelighedsfølelse
- (11) frygt for at miste selvkontrollen
- (12) frygt for at dø
- (13) hedeture eller kuldegysninger
- (14) dødhedsfølelse eller paræstesier.

C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.

D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.

E. Opførelsen begrænset til frygtede situationer eller tanken herom.

F. Psykotiske lidelser og organisk ætiologi udelukkes.

F40.1 Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer

A. (1) frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed eller for at opføre sig pinligt, eller

(2) undgåelse af situationer, hvor man udsættes herfor.

B. ≥ 2 angstsymptomer i frygtede situationer, som ved F40.0, heraf mindst et autonomt, ledsaget af mindst et af følgende:

- (1) rødmen
- (2) frygt for at kaste op
- (3) vandladnings- eller afføringstrang, eller frygt herfor.

C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.

D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.

E. Symptomerne begrænset til eller dominerende i frygtede situationer eller ved tanken herom.

F. Psykotiske lidelser og organisk ætiologi udelukkes.

F40.2 Enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer

- A. (1) frygt for objekter eller situationer, andre end ved agorafobi og social fobi eller
(2) undgåelse af sådanne objekter eller situationer.
- B. ≥ 2 angstsymptomer ved udsættelse for sådanne objekter eller situationer, som ved F40.0, heraf mindst et autonomt.
- C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.
- D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.
- E. Symptomerne begrænset til frygtede situationer eller tanken herom.

F41.0 Panikangst

- A. ≥ 4 panikanfald inden for fire ugers periode med mindst fire af følgende, heraf mindst ét autonomt (1-4):
 - (1) hjertebanken
 - (2) sveden
 - (3) rysten
 - (4) mundtørhed
 - (5) åndedrætsbesvær
 - (6) kvælningfølelse
 - (7) smerter eller trykken i brystet
 - (8) kvalme eller maveuro
 - (9) svimmelhed
 - (10) uvirkelighedsfølelse
 - (11) frygt for at miste selvkontrollen
 - (12) dødsangst
 - (13) kuldegysninger
 - (14) dødhedsfølelse eller paræstesier.
- B. Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning.
- C. Ikke forårsaget af fysisk lidelse eller af anden psykisk lidelse.

F41.1 Generaliseret angst

- A. Periode på ≥ 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer.
- B. Mindst fire angstspændingssymptomer, heraf mindst ét autonomt:
Autonome symptomer:
 - (1) palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
 - (2) sveden
 - (3) rysten
 - (4) mundtørhed.

Symptomer fra bryst og mave:

- (5) følelse af åndenød
- (6) kvælningfølelse
- (7) trykken eller smerte i brystet
- (8) kvalme eller uro i maven.

Psykiske symptomer:

- (9) svimmelhed eller ørhed
- (10) uvirkelighedsfølelse
- (11) frygt for at blive sindssyg
- (12) dødsangst.

Almene symptomer:

- (13) varme- eller kuldefølelse
- (14) dødhedsfølelse eller sovende fornemmelser.

Tensionssymptomer:

- (15) muskelspænding eller -smerte
- (16) rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
- (17) psykisk spændingsfølelse
- (18) følelse af synkebesvær.

Uspecifikke symptomer:

- (19) tendens til sammenfaren
- (20) koncentrationsbesvær
- (21) irritabilitet
- (22) indsovningsbesvær.

D. Organisk ætiologi, psykotiske lidelser og andre angsttilstande udelukkes.

F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand

A. Gennem mindst to uger:

- (1) obsessioner (tvangstanker, ideer, forestillinger) og/eller
- (2) kompulsioner (tvangshandlinger).

B. (1) erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)

- (2) tilbagevendende, ubehagelige og erkendes som overdrevne eller urimelige.

(3) søges afvist eller modstået.

- (4) oplevelse af, at tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversjoner).

C. Medfører lidelse eller interfererer med dagliglivs funktioner.

D. Ikke følge af anden psykisk lidelse (F2 og F3).

F43.0 Akut belastningsreaktion

- A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk og psykisk belastning (af katastrofekarakter).
- B. Umiddelbart (inden for en time) efterfulgt af symptomer:
 - (1) som ved generaliseret angsttilstand
 - (2) (a) tilbagetrækkethed
 - (b) bevidsthedsindsnævring
 - (c) desorientering
 - (d) vrede eller verbal aggressivitet
 - (e) fortvivlelse eller håbløshed
 - (f) overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
 - (g) ubehersket og overdreven sorgreaktion, i forhold til kulturel baggrund.
- C. Symptomerne aftager hurtigt
 - (1) < 8 timer ved forbigående belastning
 - (2) < 48 timer ved bestående belastning.
- D. Anden psykisk lidelse udelukkes.

F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion

- A. tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning af katastrofekarakter.
- B. (1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i »flashbacks«, påtrængende erindringer, mareridt eller
- (2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet.
- C. Undgåelse af alt, der minder om traumet.
- D. (1) delvis, evt. fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
- (2) vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
 - (a) indsovnings- eller gennemsovningsbesvær
 - (b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) koncentrationsbesvær
 - (d) hypervigilitet (øget årvågenhed)
 - (e) tilbøjelighed til sammenfaren.
- E. optræder inden for 6 mdr. efter den traumatiske oplevelse.

F43.2 Tilpasningsreaktion

- A. Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter) inden for den sidste måned.
- B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande.
- C. Varighed < 6 måneder.

Bilag 2. Spørgeskemaer og vurderingsskalaer

Hamiltons Angstskala – HAMA Scoringsark		
Nr.	Symptom	Score
1	Angst	0-4
2	Anspændthed	0-4
3	Fobisk angst	0-4
4	Søvnforstyrrelser	0-4
5	Intellektuel hæmning	0-4
6	Nedsat stemningsleje	0-4
7	Generelle somatiske klager (motoriske)	0-4
8	Generelle somatiske klager (sensoriske)	0-4
9	Kardiovaskulære klager	0-4
10	Respiratoriske klager	0-4
11	Gastrointestinale klager	0-4
12	Urogenitale klager	0-4
13	Øvrige autonome klager	0-4
14	Generelle kliniske fund ved interviewet	0-4
Total score		0-56

Score	Standardisering
0 = forekommer ikke	Ingen angsttilstand: 0-7
1 = let grad	Tvivlsom angsttilstand: 8-14
2 = moderat grad	Lettere angsttilstand: 15-19
3 = udtalt grad	Moderat angsttilstand: 20-29
4 = maksimal grad	Svær angsttilstand: 30-56

Skema og vejledning kan downloades fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ)

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Hovedpine?	0	1	2	3	4
2. Svimmelhed eller tilløb til at besvime?	0	1	2	3	4
3. Smertes i hjerte eller bryst?	0	1	2	3	4
4. Lavt siddende rygsmerter?	0	1	2	3	4
5. Kvalme eller uro i maven?	0	1	2	3	4
6. Muskelsmerter?	0	1	2	3	4
7. At du har svært ved at få vejret?	0	1	2	3	4
8. Anfald af varme eller kuldefornemmelser?	0	1	2	3	4
9. Følelseløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?	0	1	2	3	4
10. En klump i halsen?	0	1	2	3	4
11. At du føler dig svag i kroppen?	0	1	2	3	4
12. At dine arme eller ben føles tunge?	0	1	2	3	4
13. Bekymringer over, om der er noget alvorligt galt med din krop?	0	1	2	3	4
14. Bekymringer over om du selv lider af en sygdom, som du har hørt eller læst om?	0	1	2	3	4
15. Mange forskellige slags smerter?	0	1	2	3	4
16. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	0	1	2	3	4
17. Mange forskellige sygdomssymptomer?	0	1	2	3	4
18. Tanken om, at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	0	1	2	3	4
19. Bekymringer om dit helbred?	0	1	2	3	4
20. At du pludselig bliver bange uden grund?	0	1	2	3	4
21. Nervøsitet eller indre uro?	0	1	2	3	4
22. Anfald af rædsel eller panik?	0	1	2	3	4
23. At bekymre dig for meget?	0	1	2	3	4
24. At føle dig nedtrykt?	0	1	2	3	4
25. En følelse af ingenting at være værd?	0	1	2	3	4
26. Tanker om at gøre en ende på dit liv?	0	1	2	3	4
27. En følelse af at være fanget i en fælde?	0	1	2	3	4
28. At føle dig ensom?	0	1	2	3	4
29. Selvbefredelser?	0	1	2	3	4

Har du nogensinde inden for det sidste år:

	Nej	Ja
30. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	0	1
31. Været irriteret over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	0	1
32. Følt skyld over dit alkoholforbrug?	0	1
33. Straks fra morgenstunden taget en genstand for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	0	1

Normalværdier CMDQ:

Symptomtjekliste (spm. 1-12):	< 6
Helbredsangst (spm. 13-19):	< 2
Angsttilstand (spm. 20-23):	< 2
Depression (spm. 24-29):	< 3
Alkoholproblem (spm. 30-33):	< 2

Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS).

Spørgsmål	I gennem de sidste to uger, hvor stor en del af tiden har du:	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	Været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	0
2	Været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	0
3	Været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de er angstprovokerende?	5	4	3	2	1	0
4	Haft tilløb til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	0
5	Haft egentlige angstanfald (panikangst)?	5	4	3	2	1	0
6	Haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	0
7	Været nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, eller gentage de samme handlinger igen og igen?	5	4	3	2	1	0
8	Været meget genert, fx når du spiser eller taler, mens andre ser på dig?	5	4	3	2	1	0
9	Haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	0
10	Haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	5	4	3	2	1	0

Ved fortolkningen af ASS skal man først undersøge, om item 10 (symptomernes påvirkning på de daglige funktioner) er scoret med tre eller mere. Hvis dette er tilfældet, undersøger man, hvilket af de ni angstsymptomer der har den højeste score og herefter, om der er en score på de tre øverste symptomer, som er de egentlige angstsymptomer. Man kan naturligvis benytte total score ved måling af effekten af den behandling, der tilbydes.

Spørgsmål 1-2: GAD

Spørgsmål 3: Undvigeadfærd/agorafobi

Spørgsmål 4-5: Panikangst

Spørgsmål 6-7: OCD

Spørgsmål 8: Socialfobi

Spørgsmål 9: PTSD

Spørgsmål 10: Funktionsnedsættelse

Litteraturliste

1. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
2. Schaffalitzky de Muckadell OB, Hauns S, Vilstrup H. Medicinsk kompendium. 17. udgave ed. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2009.
3. Rod Nielsen N, rd Kristensen T, Danmark, Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark – hvad ved vi? Version: 1.0 ed. Sundhedsstyrelsen; 2007.
4. World Health Organization, Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. [i.e. ny] udgave, 14. reviderede [i.e. nyt] oplag ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2009.
5. Videbech P, Rosenberg R, Jørgensen P. Klinisk neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom. 1. udgave, 1. oplag ed. Kbh: FADL; 2009.
6. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006 Feb;51(2):100-13.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jun;62(6):617-27.
8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7.
9. Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholt L, Ornbol E, Olesen F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract* 2005 Aug;22(4):448-57.
10. Elsass, Ivanouw, Lykke M, Rosenbaum. Assessmentmetoder. Virum: Dansk Psykologisk Forlag; 2006.
11. Gerlach J, Psykiatrifonden. Angstbogen - angstens symptomer, årsager og behandling. 1. udgave, 1. oplag ed. Kbh: Psykiatrifonden; 2008.
12. Hamilton M. Standardised assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1969 Mar;72(2):201-5.
13. Bowen RC, Senthilselvan A, Barale A. Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2000 Jun;45(5):459-64.
14. Falkø E. Diagnoseklassifikationen for almen praksis – ICP-2-DK. 2009.
15. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ, Zohar J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(4):248-312.
16. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
17. Thomsen PH. Obsessions: the impact and treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Psychopharmacol* 2000;14(2 Suppl 1):S31-S37.
18. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2009 Aug;166(8):875-81.
19. Arendt M, Rosenberg NK, Danmark, Sundhedsstyrelsen, Danmark, Sundhedsstyrelsen, et al. Computerbaseret terapi til angst og depression. Version: 1,0 ed. Sundhedsstyrelsen; 2008.
20. Danmark, Beskæftigelsesministeriet. Analyse af sygefraværet. Beskæftigelsesministeriet; 2008.
21. Eplov LF, Lundsteen M, Birket-Smith M, Danske Regioner f. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme – anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Kbh.: Danske Regioner; 2009.
22. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005 Jun;162(6):1179-87.
23. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2010 May 19;303(19):1921-8.
24. Danmark, Regeringen, Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.

ALDRE VERSION