

Angsttilstande

UDKAST TIL HØRING

Dansk Selskab for Almen Medicin - 2010

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.

*Forsideillustration**Sats*

UDKAST TIL HØRING

1. udgave, 1. oplag

© DSAM 2010

ISBN 978-87-91244-13-1

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

Indhold

FORORD	5
FORORD DSAM:	6
FORORD DPS:	6
INDLEDNING	7
Hvad er en angsttilstand?	7
Hvad betyder angsttilstande for den enkelte, de pårørende og samfundet?	8
Hvorfor opstår angsttilstande?	8
Hvorfor skal vi diagnosticere og behandle angsttilstande i almen praksis?	9
EPIDEMIOLOGI	10
Hvor hyppige er angsttilstande?	10
Hvor præcist diagnosticeres angsttilstande af praktiserende læger?	11
OPSPORING	12
Hvornår skal man være særligt opmærksom på angsttilstande i almen praksis?	12
Findes der egnede redskaber til opsporing, udredning og monitorering af angsttilstande?	13
DIAGNOSE	15
Hvilke medicinske tilstande fejltolkes hyppigst som angsttilstande?	15
Hvilken somatisk udredning bør man foretage?	16
Hvilken psykiatrisk udredning bør man foretage?	17
F00 Organiske lidelser	18
F10 Misbrug og afhængighed af alkohol og stoffer	18
F20 Skizofreni og andre psykoser	18
F30 Affektive tilstande	18
Hvornår er angst en selvstændig diagnose eller komorbiditet ved anden lidelse?	19
Hvordan diagnosticeres de enkelte angsttilstande i ICD-10?	19
Hvordan skal angsttilstandene kodes i ICPC?	23
Faresignaler og suicidalrisiko ved angsttilstande	23
BEHANDLING	25
Hvilke veldokumenterede behandlingsmuligheder findes?	25
Farmakoterapi	26
Psykoterapi – kognitiv adfærdsterapi	29
LOGISTIK I ALMEN PRAKSIS	38
Hvad siger overenskomsten?	38

Hvordan tilrettelægges arbejdet?	38
Anvendelse af klinikpersonale.....	39
VISITATION	40
Hvilke tilstande kan behandles i almen praksis?.....	40
Hvad er målet for behandlingen i almen praksis?.....	40
Shared care af patienter med angsttilstande.....	40
Hvilke patienter skal henvises fra almen praksis?.....	41
Skal patienter med angsttilstande sygemeldes?.....	41
Hvad er kommunens rolle i rehabiliteringen?.....	41
Hvordan er prognosen for de enkelte angsttilstande?	42
KVALITETSSIKRING.....	43
Efteruddannelse	43
Relevant litteratur	44
Kurser	44
Patientmateriale.....	44
APPENDIKS I: søgehistorie.....	45
APPENDIKS II: ICD-10 diagnostiske kriterier: Angsttilstande.....	49
F40 Agorafobi	49
F40.1 Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer	50
F40.2 Enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer	50
F41.0 Panikangst	51
F41.1 Generaliseret angst	52
F42 Obsessiv kompulsiv tilstand.....	53
F43.1 Akut belastningsreaktion.....	54
F43.2 Posttraumatisk belastningsreaktion.....	54
F43.2 Tilpasningsreaktion.....	55
APPENDIKS III: Spørgeskemaer og vurderingsskalaer	56
REFERENCER	58

FORORD

DSAM's 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 tilgrundliggende 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, Ia. Velgennemførte randomiserede studier har evidensniveau Ib etc. (se nedenstående skematiske fremstilling, som bygger på et internationalt anerkendt system (1)). En aktuel dansk version findes udførligt beskrevet i Medicinsk Kompendium (2).

UDKAST TIL HØRING

Arbejdsgruppen har foretaget en opdatering af referenceprogrammets litteratursøgning fra 2005 (se Appendiks I). Anbefalingernes evidensniveau fremgår af Tabel 1. Hvor der ikke foreligger forskningsmæssig evidens har skrivegruppen lavet deres egen anbefaling. Hvert afsnit i vejledningen indledes med boks med kliniske anbefalinger. I tekstafsnittene fremgår anbefalingernes præcise evidensniveau.

Tabel 1: Anbefalingernes niveau

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: behandling/forebyggelse
A B C	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt
	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier
	2b	Kohortestudier
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-control-undersøgelser
	3b	Case-control-undersøgelser
	4	Opgørelser, kasuistikker
	D	5
v	5	Anbefalet af arbejdsgruppen som god klinisk praksis

FORORD DSAM:

Rosa est flos nobilis et utilis et suavem habet odorem et habet has virtutes, quod oleum eius circa oculos infirmos et inflatos linitum iuxta capitis tempora punctiones solet sua virtute repellere, et si tinctus fuerit in eo pannus et circa caput ligatus omnem dolorem removet et somnum bonum inducit. Item si pannus in eo tinctus fuerit et super oculos positus, omnem rubedinem expellit, si per duos dies et noctes continuatum fuerit.

FORORD DPS:

Petroselinum est humidum et frigidum et talem habet virtutem, quod saepe comestum stranguriam repellit et urinam educit. Item decoctum cum vino levi et de mane potatum prodest omnibus leprosis et etiam de mane comestum.

UDKAST TIL HØRING

INDLEDNING

Hvad er en angsttilstand?

Angst er en normal tilstand, som alle kender. Det er en ubehagelig tilstand med generende fysiske symptomer som 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. Tænk fx på eksamen eller en akut opstået farlig situation i hverdagen.

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 (3) er der opstillet klare beskrivelser og diagnostiske kriterier for de enkelte angsttilstande (Appendiks II).

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:

- F40 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.
- F41 Panikangst og generaliseret angst er henholdsvis gentagne uforudsigelige akutte anfald med et meget alarmerende fysisk symptombillede og dødsangst - og en vedvarende, generaliseret, ikke situationsbegrænset bekymrings- og spændingstilstand med nervøsitet for dagligdags begivenheder og problemer samt eget og nærmestes helbred.
- F42 Obsessiv-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.
- F43.0 Akut og F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion hos voksne opstår som en akut eller forsinket reaktion på en traumatisk begivenhed af katastrofeagtig natur. Det akutte reaktioner er præget af angst, forvirring, fortvivlelse m.fl. Den senere indsætten af flashbacks, undgåelse af minder om traumat, øget alarmberedskab, tendens til isolation og risiko for udvikling af depression eller en vedvarende personlighedsændring.
- F43.2 Tilpasningsreaktion udløses af en række over for mindre udtalte belastninger, typisk livsændringer som skolestart, forældrestatus, arbejdsophør og emigration.

Symptomerne varierer og omfatter, nedtrykthed, angst, bekymring, følelse af magtesløshed etc.

Hvad betyder angsttilstande for den enkelte, de pårørende og samfundet?

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 op til 30 % er blevet fundet i moderne epidemiologiske studier. Angsttilstande nedsætter livskvalitet og social funktionsevne (4). Nogle mennesker med agorafobi kan ikke forlade eget hjem uden ledsagelse. Mange mennesker sygemeldes eller får tilkendt førtidspension på grund af 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, generaliseret angst, og uspecificeret angst	207	317
OCD	41	56
Posttraumatisk belastningsreaktion	1070	1469
Tilpasningsreaktion	117	174
Belastningsreaktion	64	117
I alt	1639	2319
Nytilkendt førtidspension for psykisk lidelse (andel angstlidelser)	5602 (29%)	7985 (29%)
Nytilkendt førtidspension total (andel angstlidelser)	11989 (14%)	16616 (14%)

*) Tal fra Ankestyrelsen 2009

Hvorfor opstår angsttilstande?

Angsttilstandes årsagsforhold og patogenese lader sig bedst forstå inden for rammerne af den klassiske sårbarheds-stressmodel (5). Det er en kompleks model, der tager hensyn til både disponerende og udløsende årsagsfaktorer hos individet og i omgivelserne.

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 faktorer 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 årsag som forklaring på angsttilstanden. En præcis karakteristik af symptomerne danner baggrund for både diagnostik og behandling, som det vil fremgå senere (se side X (psykoterapiafsnittet)).

Hvorfor skal vi diagnosticere og behandle angsttilstande i almen praksis?

Med den praktiserende læges centrale rolle som indgangsport til sundhedsvæsenet bør primær diagnostik, behandling og kontrol af angstlidelser overvejende ske i almen praksis. Det er essentielt for almen praksis at have fokus på akutte, kroniske og maligne somatiske tilstande. Når en evt. kritisk somatisk sygdom er afkræftet, og læge og patient er beroliget, refterer ofte nogle uafklarede og for patienten psykisk ubehagelige symptomer, som influerer på hverdag og arbejdsliv. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge kender symptomerne på angstlidelser og er i stand til at udrede og diagnosticere angsttilstande med henblik på relevant behandling. En udiagnosticeret og ubehandlet angstlidelse har store omkostninger i form af forringet livskvalitet og indskrænket aktionsradius. Værst for den enkelte patient og dennes pårørende, men også af stor betydning for samfundet pga. risikoen for kronificering, tab af funktionsevne og udstødning fra arbejdsmarkedet.

UDKAST TIL HØRING

EPIDEMIOLOGI

Europæiske og amerikanske befolkningsstudier viser høj forekomst af angsttilstande:

Livstidsprævalensen ca. 14 % og forekomsten i de foregående 12 måneder ca. 6 %

Kvinder har højere forekomst af angsttilstande end mænd (2:1), undtaget OCD (1:1)

Angsttilstande underdiagnosticeres og underbehandles i almen praksis

Hvor hyppige er angsttilstande?

Både i europæiske og amerikanske 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, men 12-måneders prævalensen angiver forekomst inden for de sidste 12 måneder

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

Internationale prævalens tal for angsttilstande varierer en del. Det kan skyldes reelle forskelle i forekomst men også metodologiske faktorer som design af undersøgelse, og diagnoseinstrument (6). Hertil kommer, at angstsymptomer skal være til betydelig gene for patienten i form af subjektiv lidelse eller funktionsnedsættelse. Dette krav er ikke præcist indholdsbestemt.

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
Generaliseret angst	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, enkel fobi og PTSD (6;7), men ikke af OCD, hvor kønsfordelingen er ens. Der er ikke en enkel forklaring herpå, og både biologiske, men formentligt især kulturelle og sociale forhold kan være betydende herfor.

Hvor præcist diagnosticeres angsttilstande af praktiserende læger?

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 (8).

Resultater fra flere epidemiologiske studier kan groft sammenfattes på den måde, at kun 50 % af personer, der henvender sig i almen praksis får stillet en korrekt angstdiagnose og kun halvdelen heraf får tilbudt relevant psykologisk eller medicinsk behandling (7).

UDKAST TIL HØRING

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 tilstand, misbrug, psykoser og affektive lidelser)
- B Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) kan være en hjælp til at skelne mellem angsttilstande, funktionelle tilstande, depression og alkoholafhængighed
- ✓ Angst Symptom Skemaet (ASS) anbefales til udredning og monitorering af angsttilstande
- B Hamiltons Angstsкала (HAMA) egner sig til graduering og monitorering af angsttilstande

Hvornår skal man være særligt opmærksom på angsttilstande i almen praksis?

UDKAST TIL HØRING

Den typiske angstpatient henvender sig med symptomer fra forskellige organer - især autonome symptomer - (se Tabel 4), og fremfører klagerne 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 symptommønstret fra patient til patient, og nogle få symptomer kan dominere klagemønstret. Angstsymptomer 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	Bryst/mave	Psykiske	Almene	Spænding	Alarmeredskab
Palpitationer Sveden Rysten Mundtørhed	Åndenød Kvælnings fornemmelse Trykken eller smerter i brystet Kvalme, uro i maven	Svimmelhed Uvirkelighed Frygt for at blive sindssyg Dødsangst	Varme/kulde Sovende for- nemmelse	Muskelspænding Rastløshed Psykisk spænding Synkebesvær	Sammenfaren Koncentrations- besvær 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 angsttilstande (Tabel 4)
- 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), og som dermed er afgørende for diagnosen
- Afklaring af den specifikke angsttilstand (se Figur 1 og Tabel 6).

Findes der egnede redskaber til opsporing, udredning og monitorering af angsttilstande?

Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ) er valideret til brug i dansk almen praksis (8). Skemaet egner sig især til brug i situationer hvor man har svært ved at *skelne* mellem funktionel lidelse, depression, angsttilstande og alkoholproblemer (2b). Skemaet findes i appendiks III.

Hamiltons Angstsкала (HAMA) (8) anvendes til vurdering af en angsttilstands *sværhedsgrad* og kan derfor hensigtsmæssigt bruges til at monitorere et behandlingsforløb (2b). Skemaet findes i appendiks III.

Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS) (Figur 1) egner sig til diagnostisk *udredning og monitorering* af angstlidelser (5). Spørgeskemaet er endnu ikke blevet valideret til brug i almen praksis, hvorfor tolkningen altid skal sammenholdes med de diagnostiske kriterier (3).

Figur 1. Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS)

	I gennem de sidste 2 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
Spgsm. 1 (GAD)	Været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 2 (GAD)	Været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 3 (AF)	Været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter fordi de er angstprovokerende?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 4 (PA)	Haft tilløb til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 5 (PA)	Haft egentlige angstanfald (panik-angst)	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 6 (OCD)	Haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 7 (OCD)	Været nødt til at kontrollere alt, hvad du gør eller gentage de samme handlinger igen og igen?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 8 (SF)	Været meget genert, fx når du spiser eller taler, mens andre ser på dig?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 9 (PTSD)	Haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	0
Spgsm. 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. Såfremt dette er tilfældet, undersøger man hvilket af de ni angstsymptomer, der har det 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.

GAD: generaliseret angst/generel angst

AF: agorafobi/undvigeanfærd

PA: panikangst

OCD: obsessiv compulsiv lidelse

SF: social fobi

PTSD: post traumatisk belastningsreaktion

DIAGNOSE

Hvilke medicinske tilstande fejltolkes hyppigst som angsttilstande?

Et somatisk udredningsprogram bør udelukke mulige somatiske årsager til angstsymptomatologi og ikke være så omfattende, at det kan have uhensigtsmæssige følger, fx at fiksere den angste person i opfattelsen af, at det er en somatisk sygdom frem for en angsttilstand, 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 parathyreoidea-lidelser kan der være psykiske symptomer, fx neurasteniforme klager, der kan minde om generaliseret angst. Fæokromocytom er en anden sjælden, men vigtig differentialdiagnose.

Lungesygdomme

Åndenød og kvælningfornemmelse 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.

Hjertekarsygdomme

Hjertelidelser har mange fællestræk med angstlidelser. Den akutte, ofte meget dramatiske debut med fx trykken eller smerte i brystet, hjertebanken, åndenød, kvælningfornemmelse, sveden, kvalme og dødsangst ved panikangst er helt identisk med symptomerne ved akut myokardieinfarkt og må behandles som sådan ved alle 1. gangstilfælde, 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

Hyppig vandladning skyldes ofte urinvejsinfektioner og andre lidelser i urinvejene og undertiden 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 angstlidelser. 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 både

specifikke symptomer på neuromuskulære sygdomme og almene og spændingssymptomer ved generaliseret angst. Diagnostisk afgørende vil være påvisning af den specifikke neurologiske sygdom pga. 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 (55).

Sygdomme i bevægeapparat

Den ufrivillige, ubevidste psykiske og muskulære spændingstilstand, som er kendetegnende ved generaliseret angst er både trættende og smertende. Smertelokalisationen er afhængig af, hvilken region, som primært er involveret, men kan evt. progrediere i udbredning og medføre et betydeligt funktionstab, da smerterne ofte er behandlingsrefraktære overfor generelt anvendte behandlingsprincipper indenfor reumatologi og ortopædi. Anamnese, grundig objektiv undersøgelse med vægt på kendskab til anatomisk kendte lidelser i bevægeapparatet og udelukkelse af inflammatorisk sygdom er en forudsætning for valg af relevant terapi.

Maligne sygdomme

Risikoen for at fejldiagnosticere eller overse en malign lidelse ligger bag mange ihærdige udredningsforløb af tilstande med diffus eller ukarakteristisk symptomatologi. Indenfor rammerne af denne vejledning er det imidlertid ikke muligt at opstille et komplet udredningsprogram som garant overfor cancer eller anden kritisk sygdom.

Sigtet med denne vejledning er at rette fokus mod muligheden for en evt. angstlidelse, når symptomerne og tilstanden ikke lader sig forklare ud fra en almindelig objektiv undersøgelse, et relevant somatisk screeningsprogram og bedste lægelige vurdering.

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 og LD, eventuelt CDT)
- D-vitamin (S-25-OHD), eventuelt suppleret med S-PTH og basisk fosfatase
- Fasteblodsukker, eventuelt HbA1c
- Lipidprofil (triglycerid, total-kolesterol, HDL og LDL)
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- Ioniseret calcium (Ca⁺⁺)
- C-reaktivt protein (CRP)/sedimentationsreaktion (SR)
- EKG
- Eventuel screening af urin for misbrugsstoffer.

Hvilken psykiatrisk udredning bør man foretage?

ICD-10 er et hierarkisk opstillet diagnosesystem, således at angsttilstande først kan diagnosticeres, når højere diagnostisk placerede grupper af lidelser 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.

UDKAST TIL HØRING

Tabel 5. De vigtigste differentialdiagnostiske psykiatriske lidelser ved angsttilstande.

<p>F00 Organiske lidelser</p> <p>Delirium</p> <p>Angst kan ses ved akut organiske hjernelidelser, delirium, men tilstandsbilledet vil være præget af de diagnostiske karakteristiske symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevidsthedssvækkelse med varierende grad af desorientering i tid, sted og egne data og psykomotorisk uro. • Påvisning af en organisk årsagsfaktor, fx en infektionssygdom. <p>Demens</p> <p>Angst kan også ses ved demenstilstande, præget af</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive forstyrrelser <ul style="list-style-type: none"> ○ især nedsat hukommelse, især for nyere data ○ Svækkelse af dømmekraft, tænkning og planlægning • Efterhånden svækkelse af personligheden med <ul style="list-style-type: none"> ○ Emotionel labilitet ○ Irritabilitet ○ Apati ○ Forgrovet social adfærd <p>Andre organiske hjernelidelser</p> <p>Angst kan desuden ses ved en lang række organiske hjernelidelser, fx hjernetumor, epilepsi, følger til kranietraumer og infektioner. Diagnostisk afgørende vil være påvisning af den specifikke hjernesygdom pga. baggrund af relevante undersøgelser (fx MR-skanning og EEG)</p> <p>F10 Misbrug og afhængighed af alkohol og stoffer</p> <p>Angst optræder i række misbrugssammenhænge, især ved</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinensstilstande • Rusen ("bad trip") <p>Hyppigst forekommende og kliniske karakteristisk er angst og uro ved alkoholabstinensstilstande. Diagnostisk vejledende er grundig klinisk udspørgen og laboratorieundersøgelser (levortal og urinscreening for misbrugsstoffer).</p> <p>F20 Skizofreni og andre psykoser</p> <p>Det kliniske billede er præget af de psykotiske symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallucinationer, • Vrangforestillinger og • Påfaldende eller bizar adfærd. <p>Angsten kan være udtalt 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.</p> <p>F30 Affektive tilstande</p> <p>Angst optræder hyppigt som med i depressive tilstande. De klassiske depressive symptomer dominerer dog tilstandsbilleder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kernesymptomer <ul style="list-style-type: none"> ○ Nedtrykthed ○ Nedsat lyst eller interesse ○ Nedsat energi eller øget træthæd • Ledsagesymptomer <ul style="list-style-type: none"> ○ Nedsat selvtillid ○ Selvbeprejdelse eller skyldfølelse ○ Tanker om død eller selvmord ○ Tænke- eller koncentrationsbesvær ○ Agitation eller hæmning ○ Søvnforstyrrelse ○ Appetit og vægtændring <p>Fravær af kernesymptomer udelukker depressionsdiagnose.</p>
--

Hvornår er angst en selvstændig diagnose eller komorbiditet ved anden lidelse?

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 som nævnt er et hierarkisk opbygget system, skal man stille en diagnose inden for F20 gruppen dersom 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.

Hvordan diagnosticeres de enkelte angsttilstande i ICD-10?

De enkelte angsttilstande afgrænses ved specifikke diagnostiske kriterier med angivelse af inklusions- og eksklusionskriterier. En forenklet fremstilling er anført nedenfor.

Tabel 6. Forenklet fremstilling af de diagnostiske kriterier

Hovedsymptom	ICD-10	Diagnostiske kriterier
Fobier Mindst to angstsymptomer – heraf ét autonomt	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, af ét autonomt symptom. Ikke situationsafhængige eller forudsigelige.
Bekymring og ængstelse	Generaliseret angst (GAD) F41.1	Mindst fire angst/spændingssymptomer, mindst ét autonomt i en periode på > 6 mdr. med anspændthed, bekymring og almen ængstelse over ADL.
Tvangstanker og -handlinger	OCD F42	I mindst 2 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 krise F43	Inden for 1-48 timer udvikling af reaktion som ved GA på exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning hos psykisk rask person. I svære tilfælde påvirkning af sanser, følelser og adfærd.
	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.	Emotionel, adfærdsmæssig reaktion på >6 mdr. – 2 år på belastning eller lettere traume inden for den sidste måned. Kriterier F40-F43.1 ikke opfyldt.

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 2 grupper med eller uden panikangst. Det karakteristiske sygdomsforløb 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 udenfor 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.

Panikangst

Det helt centrale 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 uvirkelighedsfølelse. 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 4 uger. Mindst fire angstsymptomer, heraf et eller flere autonome.

Socialfobi

En overdreven oplevelse af at tiltrække sig andres misbilligende opmærksomhed, primært pga. synlige angstsymptomer, typisk ansigtsrødmen, 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 undgåelse og mindst et autonomt angstsymptom, ledsaget af enten rødmen, frygt for opkastning, vandladnings- eller afføringstrang.

Enkelfobi

Enkelfobier er begrænset til helt specifikke genstande eller situationer, såsom 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 undgåelse.

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 de selv eller deres nærtstående 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 mindst 6 mdr. med anspændthed, bekymring og ængstelse over almindelige problemer og mindst fire angst-spændingssymptomer, heraf mindst et autonomt.

Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

Det dominerende 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

Hyppe kompulsjoner er:

- Kontrolleren (lyset og komfuret 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 2 uger med meningsløse, funktionsbegrænsende tvangstanker eller tvangshandlinger eller angst, hvis forsøg på afvisning.

Akut belastningsreaktion

Betegnelsen for den chokreaktion, som de fleste reagerer med, hvis de udsættes for en katastrofe. Tilstanden udvikler sig indenfor en time efter traumatet 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 og 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.

Kriterier: 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 indenfor 6 mdr. efter den traumatiske hændelse og består typisk af tilbagevendende episoder med genoplevelse af traumatet i form af påtrængende erindringer (flashbacks), drømme og mareridt samt undgåelse eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, som minder om traumatet.

Der er vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst to af følgende: ind- eller gennemsovningsbesvær, irritabilitet 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 almindelig krisereaktion kaldes også en tilpasningsreaktion. Den udløsende hændelse skal typisk være af en art, 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, som fx start på uddannelse, nyt arbejde eller pensionisttilværelse. Symptomerne er brogede, og 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 angsttilstandene kodes i ICPC?

International Classification of Primary Care (ICPC) (9) er et klassifikationssystem specielt tilpasset kontaktårsagerne i almen praksis. ICPC er delvist kompatibelt med ICD-10 systemet, der primært anvendes i sygehusvæsnet. Nedenfor er konverteringstabellen mellem de to systemer anført for angstområdet (Tabel 7).

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

ICD10-kode	ICD-10 diagnose	ICPC-kode	ICPC-diagnose
F45.0	Nervøsitet	P01	Angst/nervøsitet/anspændthed
F43.0	Akut belastningsreaktion	P02	Akut belastningsreaktion
F43.2	Tilpasningsreaktion	P02	Akut belastningsreaktion
F41.0	Panikangst	P74	Angsttilstand
F41.1	Generaliseret angst	P74	Angsttilstand
F41.9	Angsttilstand uden specifikation	P74	Angsttilstand
F40.0	Agorafobi (fobisk angst for at færdes alene)	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F40.1	Socialfobi (fobisk angst for sociale situationer)	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F40.9	Fobisk angst uden specifikation	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F42.0	Overvejende obsessiv tilstand	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F42.1	Overvejende kompulsiv tilstand	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F42.9	Obsessiv-kompulsiv tilstand uden specifikation	P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
F43.1	Posttraumatisk belastningsreaktion	P82	Posttraumatisk belastningsreaktion

Faresignaler og suicidalrisiko ved angsttilstande

Angsttilstande ses 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 x).

Mange mennesker med angsttilstand frygter at lide af alvorlig somatisk sygdom. Som hovedregel kan de beroliges med at denne risiko er beskeden. Men enkelte nyere studier har fundet somatisk overdødelighed ved angstlidelser. Bowen et al. (10) 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 x forhøjet risiko for cerebrovaskulære sygdomme, 1,8 x forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdomme, 1,4 x forhøjet risiko for mave-tarm-lidelse, 1,3 x forhøjet risiko for forhøjet blodtryk og 1,3 x forhøjet risiko for lungelidelser.

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 samtidig depressive symptomer

UDKAST TIL HØRING

BEHANDLING

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

Man kan skelne mellem forskellige indsatser for behandling:

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

Hvilke veldokumenterede behandlingsmuligheder findes?

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 KAT har mere holdbare virkninger end farmaka og er uden medicinbivirkninger (1a).

Behandlingsindsatsen bør iværksættes så hurtigt som muligt efter lidelsens debut.

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

Boks 1. Lægemidler med effekt på angsttilstande

Farmakagruppe	Eksempler
Antidepressiva	
Klassiske	Klomipramin (Anafranil)
Nyere	SSRI, SNRI*
Benzodiazepiner	Diazepam, alprazolam
Azaspironer	Buspiron
Antiepileptika	Pregabalin (Lyrica)
Antihistaminer	Hydroxyzin (Atarax)
Antipsykotika	Klorprotixen (Truxal)
Adrenerge beta-receptorblokere	Propranolol

* SSRI: Serotonin-specific reuptake inhibitor. SNRI: Serotonin-noradrenalin reuptake inhibitor.

Farmakoterapi

De vigtigste grupper af lægemidler til farmakologisk angstbehandling er anført i Boks 1. Hvad angår dosering, bivirkninger, interaktioner og seponeringssymptomer henvises til www.medicin.dk.

UDKAST TIL HØRING

Nyere antidepressiva er i dag førstevalgspræparater ved behandling af angsttilstande. Det er især lægemidler af typen SSRI: Serotonin Specifikke Reuptake Inhibitors eller af typen SNRI: Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitors. 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 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 seponeringssymptomer. Alternativt må vedligeholdelsesbehandling overvejes. Flere nye studier viser høj tilbagefaldsrisiko ved seponering. Det er ikke overraskende, da mange angstlidelser har et kronisk forløb. Som ved depression kan årelang forebyggende behandling derfor komme på tale.

Benzodiazepiner har en god angstdæmpende og hurtigt indsættende virkning, også over for normale former for situationsbetinget angst (fx forestående operation). På grund af risiko for udvikling af afhængighed og tolerans bør behandlingen principielt være tidsbegrænset. Efter 4-8 ugers behandling kan der optræde seponeringssymptomer (angstsymptomer, støj- og lysoverfølsomhed, søvnforstyrrelser m.fl.), der kan være så udtalte, at de gør det vanskeligt at ophøre med behandlingen. Da antidepressiva initialt kan forværre angsten, kan det være rationelt at supplere med benzodiazepiner i de først 1-2 uger. Detaljeret redegørelse for aftrapping af benzodiazepinbehandling findes på www.irf.dk.

Sundhedsstyrelsens 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 der er vilkår for udstedelse/fornyelse/generhvervelse af kørekort. Ordination må kun ske ved personlig konsultation.

Azapironer. Buspiron øger serotoninfrigørelsen. Den anxiolytiske effekt er langsommere indsettende over flere uger, men medfører ikke sedation, amnesi, abstinenssymptomer eller misbrugsrisiko. Det anvendes især ved generaliseret angst.

Pregabalin er et *GABA-derivat*, der anvendes ved behandlingsrefraktære fokale epileptiske anfald og perifere neuropatiske smerter. Det er nyligt registreret med indikationen generaliseret angst. Da pregabalin har en anden virkningsmåde end andre anxiolytika, kan det være et rationalt valg ved utilstrækkelig effekt heraf.

Antihistaminet hydroxyzin har en vis anxiolytisk effekt ved generaliseret angst. Sammenlignet med øvrige anxiolytika er hydroxyzin kun begrænset undersøgt, og kliniske erfaringer savnes.

Antipsykotika har i små doser nogen anxiolytisk effekt over for ikkepsykotisk angst og kan anvendes til patienter med risiko for udvikling af misbrug af benzodiazepiner, men herudover har de kun begrænset anvendelse ved angsttilstande. I nyere studier er der fundet en vis effekt af supplerende behandling til antidepressiv behandling ved GAD, OCD og PTSD (12)

Adrenerge beta-receptorblokerende midler kan anvendes over for nogle af angstens somatiske symptomer, men effekten er begrænset og dårligt dokumenteret.

Lægemidlernes anvendelse ved de forskellige angsttilstande er forenklet sammenfattet i Boks 2 (1;12).

Boks 2. Evidensbaseret farmakologisk behandling af angsttilstande

	SSRI	SNRI	TCA	Buspiron	Pregabalin
Agorafobi	++	++	+	-	-
Panikangst	++	++	+	-	-
Socialfobi	++	++	-	-	-
Enkelfobi	-	-	-	-	-
Generaliseret angst	++	++	-	+	+
Obsessiv-kompulsiv tilstand	++	-	++	-	-
Posttraumatisk belastningsreaktion	++	-	-	-	-

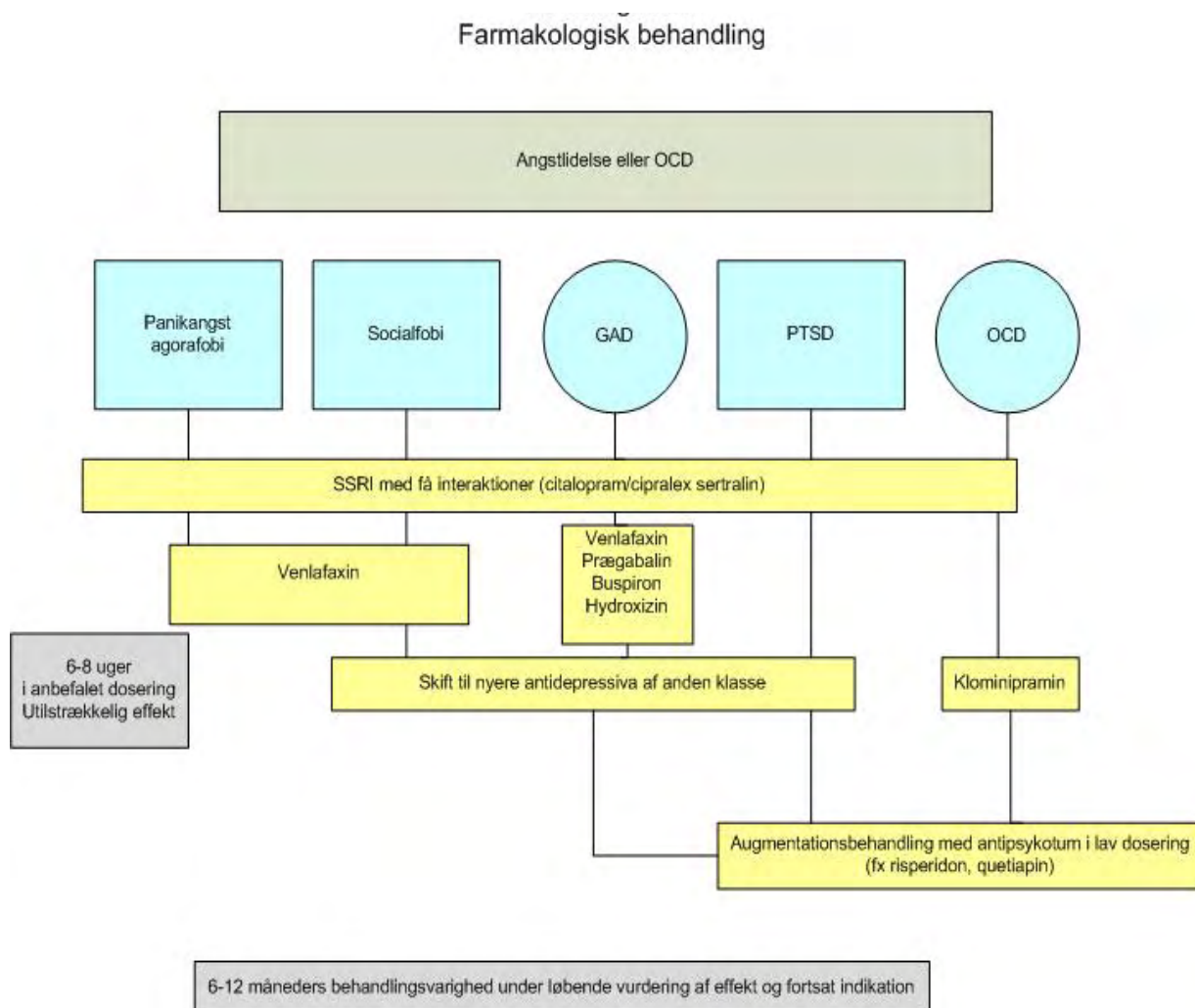
+ [-] ++ graduering af empirisk og klinisk evidens.

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 2. Princippet er at skifte til et præparat inden for samme gruppe (fx SSRI) eller til et antidepressivum med en anden farmakologisk profil (fx SNRI).

Augmentationsbehandling med et nyere antipsykotikum i lav dosering kan overvejes i særlige tilfælde ved generaliseret angst, OCD og PTSD. Da antipsykotika er potente lægemidler med påvirkning af mange neurotransmitter systemer i hjernen og heraf følgende bivirkninger (vægtøgning, ekstrapyramidale symptomer, og psykiske ændringer med tomhed og indifferens), bør der udvises tilbageholdende mod brug heraf i angstbehandlingen, og lægemidlerne skal derfor primært anvendes i behandlingsresistente tilfælde, dvs. når andre behandlingsmuligheder ikke har givet tilstrækkelig godt resultat.

UDKAST TIL HØRING

Figur 2. Strategi for psykofarmakologisk behandling af angsttilstande



Psykoterapi – kognitiv adfærdsterapi

Psykoterapi adskiller sig fra almindelig støttende og trøstende samtale ved at være en systematisk ændring af psykiske symptomer med specifikke psykologiske metoder. Ved alle angstlidelser er psykoterapi indiceret og kognitiv adfærdsterapi eller enklere kognitiv terapi er den behandling med bedst dokumentation for effekt. Kognitiv terapi kan tilbydes alene eller sammen med psykofarmaka. Der er aktuelt ikke tilstrækkelig dokumentation for effekt af andre psykoterapeutiske retninger.

Hovedprincippet 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.

Praktisk tilrettelæggelse

I almen praksis er der flere forhold, der kan vanskeliggøre et psykoterapeutisk forløb. Tid, mange patienter, mange afbrydelser, tidsbegrænsning 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 og fore taget mange somatiske undersøgelser før angstdiagnosen kan stilles og igen 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.

Ideelt lægges samtalebehandling på det tidspunkt på dagen, som giver de bedst mulige rammer for terapien og 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 med en uges interval. Herefter evalueres forløbet og korterevarende, spredte konsultationer til vedligeholdelse og yderligere bedring aftales løbende.

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 spild af tid og demoraliserende. Lægen kan 1) spørge direkte til patientens motivation 2) sikre sig at patienten er parat til at arbejde med metoderne hjemme hver dag 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 psykoterapien og i den forbindelse gælder SMART-princippet: Målene bør være Specifikke, Målbare, Accepterede, Realistiske og Tidsbegrænsede. Tabel 8 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 3 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 adfærdændring 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. Evaluering 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 8 i Resultatkolonnen skrives: "Kan være alene hele da-

gen, men ikke om natten”. Det er herefter patienten, der afgør om han ønsker at fortsætte mod målet eller stiller sig tilfreds med at nå noget ad vejen.

Tabel 8. Problemlisten

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	A 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	

Metoder i kognitiv terapi

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

1. Psykoedukation,
2. Analyse/omstrukturering,
3. Eksponering
4. Responshindring.

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

Den enkelte konsultation

En konsultation har følgende struktur:

- Lægen hører 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 hjemme at anvende metoden 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 undgåelse. Hjemmearbejdet aftales med så konkret angivelse af tidspunkter, varighed, antal osv. og diskuteres indledningsvist i hver samtale.

1. Psykoedukation

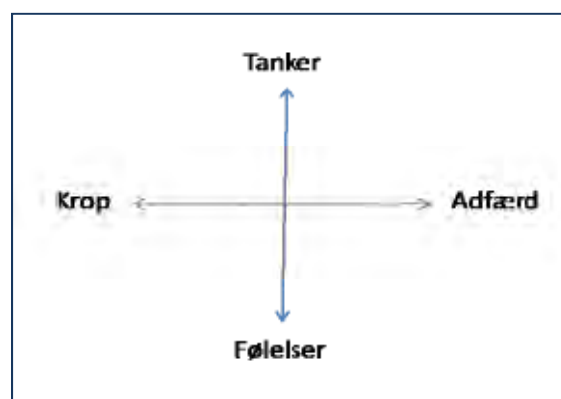
Psykoedukation er formidling af generel viden om angsttilstande med oplysninger om fx forekomst, debutalder, arvelighed, symptombillede, forløb, kønsratio, varierende sværhedsgrad og behandlingsmuligheder.

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 nærværende vejledning kan anvendes til vidensformidling. Andre muligheder er Angstbogen fra psykiatrifonden (se litteraturlisten side 44) og Angstforeningens hjemmeside (www.angstforeningen.dk).

Den såkaldte *kognitive diamant* (se Figur 3) er særlig velegnet som udgangspunkt for psykoedukation. Budskabet til patienten er, at angstsymptomer har et følelsesmæssigt, et tankemæssigt, et kropsligt og et adfærdsmæssigt aspekt.

Figur 3. Den Kognitive diamant



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: undgåelse og sikkerhedsadfærd.

Ved *undgåelse* udebliver personen fra eller forlader en frygtet situation. Ved *sikkerhedsadfærd* foretager personen sig en handling, som på uhensigtsmæssig vis giver tryghed, fx hele tiden at tage sin puls eller at have et benzodiazepin på sig. Se Tabel 9.

Tabel 9. Eksempler på sikkerhedsadfærd.

Sikkerhedsadfærd ved panikangst og agorafobi	Sikkerhedsadfærd ved socialfobi
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 undgåelse og sikkerhedsadfærd, hvis den bygger på katastrofetanker og dermed vedligeholder angsten.

I Tabel 10 ses nogle typiske eksempler på samspillet mellem følelse, krop, tanke og adfærd ved de forskellige angstlidelser.

Tabel 10. Samspelet mellem følelse, krop, tanke og adfærd.

Diagnose	Følelse	Krop	Tanke	Adfærd
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, bz, ledsager
Socialfobi	Angst nervøsitet	Rødmen Rysten Uvirkelighedsfølelse	Andre synes jeg er mærkelig/forkert/ikke god nok De kan se jeg rødmer/ryster	U: Socialt samvær S: Tier, holder sig i baggrunden
Generaliseret angst	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

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

2. Analyse – 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 Tabel 3) 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 - 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 overfor katastrofetanker. Se eksempler i Tabel 11.

Tabel 11. Omstrukturering af katastrofetænkning

Katastrofetænkning	Alternativ tænkning
Jeg får et hjerteslag Jeg dør Jeg kan ikke klare det Jeg kan ikke komme ud, jeg bliver kvalt	Jeg har bare lidt hjertebanken, det er normalt Jeg skal bare tage det roligt Jeg bliver her, der er rigeligt med luft
De andre synes jeg er mærkelig De kan se jeg rødmer	Andre mennesker er ikke optaget af mig 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 til angsten er dalet. Eksponering retter sig således mod patientens undgåelsesadfærd overfor bestemte situationer, som han opfatter som farlige. Under eksponeringen fokuserer patienten på sine katastrofetanker og omstrukturerer disse. Det er katastrofetanker 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 patienten det klart at undgåelse er meget udbredt og forekommer ved alle angsttilstande.

Der skal udarbejdes en eksponeringsplan for hvert mål, hvor eksponeringen gradvist bliver mere og mere krævende (angstvoldende) (se Tabel 12). En sådan plan bør ikke strække sig over mere end nogle uger, og patienten bør udføre mindst en 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 tilvænning, ligesom katastrofetanker om situationen afkræftes og angsten aftager i intensitet.

Tabel 12. Graderet eksponeringsplan

Mål	Købe ind i supermarked når som helst	Startdato (skriv for hvert trin nedenfor)	Gennemført antal gange (skriv for hvert trin nedenfor)
Trin 1	Købe to varer på et fredeligt tidspunkt		
Trin 2	Købe tre varer på et tidspunkt med flere kunder		
Trin 3	Købe fem varer – også nogle fra bageste ende af forretningen		
Trin 4	Købe syv varer på travlt tidspunkt, vælge lang kø		

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 katastrofetanker ("Det er farligt at gå derhen alene") og svækker patientens selvtillid ("Jeg kan intet selv").

Ved socialfobi instrueres patienten i at undlade at have **selvfokus** (på sin rødmen, rysten eller selvusikkerhed) 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 samt lytter til optagelse af beretning om dette.

4. Responshindring

Responshindring er en metode, hvor patienten undlader at foretage handlinger, der har karakter af sikkerhedsadfærd (se Tabel 3) og har til 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 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 5, fx at lade mobiltelefon blive hjemme.

Andre kognitive adfærdsterapeutiske metoder

Der findes mange andre relevante metoder, fx fordel-ulempe analyse, leveregel-arbejde, registreringsmetoder og reattribueringsmetoder. De findes nærmere beskrevet i lærebøger, som fx Mørch og Rosenberg, 2005. 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.

Metoder fra andre retninger

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 med mindre de indgår som en integreret del af et kognitivt forløb. Patienten har derimod ofte brug for at ophøre med at beskæftige sig direkte med kroppen, da opmærksomheden på de autonome funktioner øger angstoplevelsen.

Støttende samtale

Nogle patienter med angsttilstande kan ikke samarbejde om kognitiv adfærdsterapi og/eller har et ønske om en mindre fokuseret samtale om et mere eller mindre bredt udsnit af sine problemer fx i parforhold, i forhold til børn eller på arbejdspladsen. Her kan det bedste være at tilbyde patienten støttende samtaler (måske med ideer til problemløsning). Disse har ikke effekt på angstsymptomerne, men kan mindske stress og på et givet tidspunkt være det mest meningsfulde for patienten.

Selvhjælp

Anvendelse af selvhjælpsmateriale kan være en del af hjemmearbejdet. Der findes selvhjælpsmateriale i form af foldere, pamfletter, bøger og computer/internetbaseret undervisning/terapi, se litteraturlisten side 60. Patienter og pårørende bør opfordres til at anvende læsestof. Den motiverede og disciplinerede patient kan have glæde af programmer på computeren, dokumentationen for udbytte heraf er dog begrænset (11).

Vedligeholdelse og tilbagefaldsforebyggelse

Angstlidelserne tenderer mod at få et kronisk forløb. Det er derfor vigtigt at understrege 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 opmærksomme på øget angst og undgåelse i forbindelse med disse.

Henvielse til psykolog/psykiater eller specialklinik

Det tilstræbes, at 90 % af patienter med angsttilstande skal behandles i primærsektoren. Otte procent kan få behandling i specialklinikkerne, hvor behandling vil kunne tilbydes til de patienter, der ikke har opnået effekt af psykologisk eller farmakologisk behandling i primærsektoren eller i høj grad er komplicerede cases, fx med tilstedeværelse af alvorlig personlighedsforstyrrelse. De sidste to % kan opnå behandling ved særlige specialklinikker. Dette tilbud kræver at mulighederne på de foregående trin (se stepped-care modellen, s. 38) er udtømt.

Hvis patienten henvises til eller anbefales at søge behandling hos psykolog eller speciallæge er det væsentligt at denne bør være videreuddannet i kognitiv terapi og have specialviden om angstlidelser. Fra 2010 bliver der åbnet mulighed for tilskud til behandling af angstlidelser hos psykologer med ydernummer. I flere og flere regioner er der ambulante angst- og OCD-klinikker i hospitalspsykiatrien.

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. overfor 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.”

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 og 6101. Anvendes til diagnosticering og monitorering af demens og depression samt andre sygdomsgrupper under forudsætning af anbefaling fra almenmedicinske faglige miljøer. Såfremt der udføres flere tests, kan tillægsydelsen honoreres 2 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 uhensigtsmæssigt 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.
2. Konsultation (0101+lab.ydelser), evt. ved klinikpersonale / laboratorium: paraklinisk undersøgelsesprogram, planlagt ved 1. konsultation.
3. Konsultation (0106 + 2149): somatisk undersøgelse og svar på parakliniske undersøgelser.
Status. Udlever spørgeskemaer vedrørende angst (ASS) og depression (MDI).
4. Konsultation (0106 + 2304 + 2149): diagnostik i henhold til ICD 10 kriterier. Orientering om behandlingsmuligheder. Alliance vedrørende videre behandling.
- 5.+ Konsultation (6101 + evt. 2149): psykoedukation, pjecer, psykofarmaka, psykoterapi.

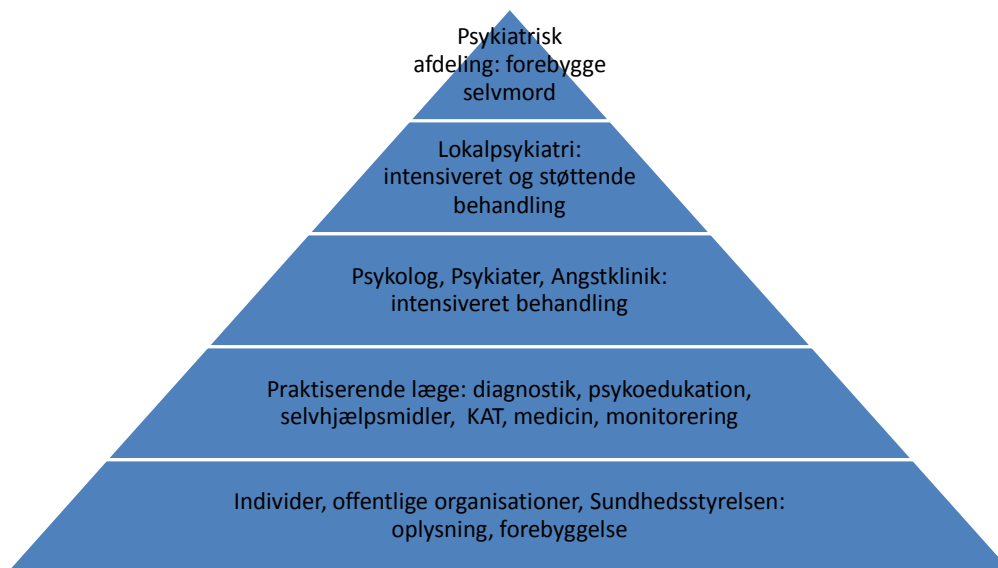
Anvendelse af klinikpersonale

Klinikpersonalet kan efter tilstrækkelig instruktion medvirke til opsporing og kontrol af angsttilstande på lige fod med den praktiserende læge. Ydelsen 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. Ved stigende grader af funktionsindskrænkning og komorbiditet henvises patienten til niveauet ovenfor.

Figur 4. Stepped care model for forebyggelse og visitation af patienter med angsttilstande



Hvilke tilstande kan behandles i almen praksis?

Med angstlidelserne hyppighed og den alment praktiserende læge centrale rolle bør alle angsttilstande af let til moderat sværhedsgrad uden svær komorbiditet kunne behandles i almen praksis.

Hvad er målet for behandlingen i almen praksis?

Målet er at kunne informere og rådgive om samt behandle de hyppigst forekommende angsttilstande farmakologisk og/eller psykoterapeutisk.

Shared care af patienter med angsttilstande

I en systematisk litteraturgennemgang af primært udenlandske studier fandt man at forskellige former for shared care giver bedst effekt i behandling af ikke-psykotiske tilstande, herunder angsttilstande (12). Shared care henviser til en behandling hvor der ud over egen læge også medvirker en case manager, fx en psykiater, psykolog eller psykiatrisk sygeplejerske, som sammen tilretter behandlingsforløbet og følger det systematisk op.

Det anbefales derfor, at der gennemføres undersøgelse i Danmark af forskellige shared care modeller ved behandling af ikke-psykotiske tilstande i almen praksis.

Hvilke patienter skal henvises fra almen praksis?

Det vil være relevant at henvise patienter ved:

1. Suicidalrisiko
2. Manglende respons på behandling, eventuelt efter 2(-3) behandlingsforsøg med et antidepressivum i sufficient dosis fra forskellige præparatgrupper (SSRI-SNRI-TCA)
3. Behov for formaliseret psykoterapi eller farmakoterapi, som egen læge ikke selv behersker
4. Usikkerhed med hensyn til diagnose eller videre behandling
5. Svær komorbiditet og misbrug

Skal patienter med angsttilstande sygemeldes?

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

Hvad er kommunens rolle i rehabiliteringen?

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

Såfremt der er en velbegrundet lægelig henvisning til psykolog kan kommunen lave en trangsvurdering. Kommunen vurderer således, om borgeren har økonomisk mulighed for at betale selv. I praksis er det således kun for de få, der ikke har mange midler.

Psykologhjælp under et revalideringsforløb skal være en følge af den iværksatte revalideringsplan – derfor falder eksempelvis angsttilstande ofte uden for denne mulighed. Praksis er forskellig: nogle kommuner giver afslag – andre yder støtte til fx 10 samtaler som en del af en revalideringsplan.

Der findes forskellige foreninger som fx Sind, der tilbyder psykologisk rådgivning og samtaler, eller Kræftens Bekæmpelse, der tilbyder samtaler til kræfttramte og pårørende. Derudover er der lokale tilbud til særlige målgrupper som eksempelvis "Studenterrådgivningerne", hvor de ansatte psykologer tilbyder hjælp til fx angst, tab og sorg m.v.

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).

Hvordan er prognosen for de enkelte angsttilstande?

Forløbsstudier viser, at angsttilstande har et varierende forløb, dog med tendens til at blive kroniske. Flere undersøgelser har som nævnt vist, at angsttilstande starter tidligt i livet, og at der hyppigt opstår psykiatrisk komorbiditet, som forværrer prognosen for samtlige angsttilstande (15).

Forløbsstudier af angsttilstande er naturalistiske uden skelnen mellem spontanforløb og forløb efter behandling. Vi skal kort illustrere forløbet for nogle angsttilstande(13):

I et svensk studie (20) af 55 patienter med panikangst fandt man efter 15 år, at 18 % var blevet symptomfri uden at have fået behandling, at 13 % var symptomfri, men i behandling, at 51 % fortsat havde tilbagevendende angstanfald, og at 18 % fortsat opfyldte kriterierne for panikangst. Forekomsten af agorafobi var faldet fra 69 % til 20 %. Det konkluderes, at prognosen er gunstig for mange personer med panikangst, men at lidelsen er kronisk forløbende og kræver behandling.

I NCS-studiet fra USA fandt Kessler et al. (26), at mere end en tredjedel af personerne med PTSD ikke kom sig, selv efter mange års forløb. De traumer, der hyppigst var forbundet med PTSD, var for mænd krigsbegebenheder og for kvinder seksuelle overgreb.

I et dansk studie undersøgte Thomsen (25) 64 personer, som 6-22 år tidligere havde været behandlet på børnepsykiatrisk Hospital i Århus for obsessiv-kompulsiv lidelse. De var på henvisningstidspunktet 8-17 år. Ved followup-undersøgelsen havde 27,7 % ikke haft OCD-symptomer siden behandlingen. 25,5 % havde subkliniske symptomer, og 21,3 % havde et episodisk forløb med perioder med ingen eller subkliniske symptomer. De sidste 25,5 % havde OCD med et kronisk forløb.

UDKAST TIL HØRING

KVALITETSSIKRING

I regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet' 2002 (14) 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 for behandling, forskning og dokumentation, bl.a. ved kliniske databaser.

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

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 Generaliseret angst (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
- Henvielse 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 med forskning på angstområdet indenfor almen praksis. Der efterlyses forskning i stepped care behandling af angsttilstande under danske forhold (12).

Relevant litteratur

- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser hos voksne, 2007
- Psykiatri i almen praksis (Christensen & Olesen), Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2009
- Klinisk Psykiatri, Mors O, Kragh-Sørensen P, Parnas J Munksgaard, København 2009
- Kognitiv terapi (Mørch & Rosenberg)
- Rationel farmakoterapi (angst, BZ mfl.)
- www.medicin.dk (flere kapitler)
- Lærebog i basal og klinisk farmakologi (Kampman et al)
- R. Rosenberg, P. Jørgensen, and P. Videbech. *Klinisk lærebog i neuropsykiatri*, København: FADLs Forlag, 2008.
- J. P. Kampmann, K. Broesen, and U. Simonsen. *Basal og klinisk farmakologi*, København: FADL's Forlag, 2007.
- 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.

Kurser

Der findes i Danmark 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

- www.angstforeningen.dk
- Christensen B. Patientvejledningen 2008. 9. udg ed. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2008.
- Hougaard E, Rosenberg NK. Kognitiv behandling af panikangst og socialfobi - en vejledning for klienter og behandlere. 1. udgave, 1. oplag ed. Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag; 2006.
- Angstbogen. Gerlach J. PsykiatriFondens Forlag, 2009.
- Angsten i Kunsten. Ti danske kunstnere fortæller. Jensen RN København: PsykiatriFondens Forlag, 2008.

APPENDIKS I: søgehistorie

Søgehistorie: Behandling af angsttilstande i almen praksis

PubMed

"Anti-Anxiety Agents"[MeSH] OR "Antidepressive Agents"[MeSH] OR "Benzodiazepines"[MeSH] OR "Citalopram"[MeSH] OR "Fluoxetine"[MeSH] OR "Sertraline"[MeSH] OR "Paroxetine"[MeSH] OR "Fluvoxamine"[MeSH] OR "venlafaxine"[Substance Name] OR "mirtazapine"[Substance Name] OR "Moclobemide"[MeSH] OR "Antipsychotic Agents"[MeSH] OR "Buspirone"[MeSH] OR "Hydroxyzine"[MeSH] OR beta-receptor blocking agents OR "pregabalin "[Substance Name] **AND** "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Adjustment Disorders"[Mesh]

Limits: Publication Date from 2006/05, Randomized Controlled Trial, English, German

103 referencer

("Psychotherapy"[Mesh] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh] OR "self help") **AND** "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Adjustment Disorders"[Mesh]

Limits: Publication Date from 2006/05, Randomized Controlled Trial, English, German

204 referencer

("Family Practice"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]) **AND** "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Adjustment Disorders"[Mesh]

Limits: Publication Date from 2006/05, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, German

44 referencer

Embase

'anxiety disorder'/exp/mj OR 'adjustment disorder'/exp/mj AND

('anxiolytic agent'/exp OR 'antidepressant agent'/exp OR 'benzodiazepine derivative'/exp OR 'citalopram'/exp OR 'fluoxetine'/exp OR 'sertraline'/exp OR 'paroxetine'/exp OR 'fluvoxamine'/exp OR 'venlafaxine'/exp OR 'mirtazapine'/exp OR 'moclobemide'/exp OR 'neuroleptic agent'/exp OR 'buspirone'/exp OR 'hydroxyzine'/exp OR 'beta adrenergic receptor blocking'/exp) OR 'pregabalin'/exp

Limits: Randomized controlled trial, english OR german, Embase only, [01-05-2006] - [29-08-2008]

Results: 161

'anxiety disorder'/exp/mj OR 'adjustment disorder'/exp/mj AND

'psychotherapy'/exp OR 'computer assisted therapy'/exp OR 'self help'/exp

Limits: Randomized controlled trial, english OR german, Embase only, [01-05-2006] - [29-08-2008]

Results: 178

'anxiety disorder'/exp OR 'adjustment disorder'/exp AND 'primary health care'/exp OR 'general practice'/exp

Limits: Randomized controlled trial, Meta analysis, Systematic Review, english OR german, Embase only, [01-05-2006] - [29-08-2008]

Results: 48

PsycInfo

UDKAST TIL HØRING

((DE=("anxiety disorders" or "acute stress disorder" or "castration anxiety" or "death anxiety" or "generalized anxiety disorder" or "obsessive compulsive disorder" or "panic disorder" or "phobias" or "acrophobia" or "agoraphobia" or "claustrophobia" or "ophidiophobia" or "school phobia" or "social phobia" or "posttraumatic stress disorder" or "separation anxiety")) or (DE="adjustment disorders")) **AND** DE=("tranquilizing drugs" or "amitriptyline" or "benactyzine" or "doxepin" or "haloperidol" or "meprobamate" or "minor tranquilizers" or "alprazolam" or "buspirone" or "chlordiazepoxide" or "chlorprothixene" or "clonazepam" or "diazepam" or "hydroxyzine" or "lorazepam" or "loxapine" or "midazolam" or "oxazepam" or "neuroleptic drugs" or "clozapine" or "molindone" or "nialamide" or "olanzapine" or "quetiapine" or "reserpine" or "risperidone" or "spiroperidol" or "sulpiride" or "tetrabenazine" or "phenothiazine derivatives" or "chlorpromazine" or "fluphenazine" or "mesoridazine" or "perphenazine" or "prochlorperazine" or "promazine" or "thioridazine" or "trifluoperazine" or "pimozide" or "thiothixene")) or (DE=("antidepressant drugs" or "bupropion" or "citalopram" or "fluoxetine" or "fluvoxamine" or "iproniazid" or "isocarboxazid" or "lithium carbonate" or "methylphenidate" or "mianserin" or "moclobemide" or "molindone" or "nefazodone" or "nialamide" or "nomifensine" or "paroxetine" or "phenelzine" or "pheniprazine" or "pipradrol" or "serotonin norepinephrine reuptake inhibitors" or "venlafaxine" or "sertraline" or "sulpiride" or "tranylcypromine" or "trazodone" or "tricyclic anti-

depressant drugs" or "amitriptyline" or "chlorimipramine" or "desipramine" or "doxepin" or "imipramine" or "maprotiline" or "nortriptyline" or "zimeldine")) or(DE=("benzodiazepines" or "alprazolam" or "chlordiazepoxide" or "clonazepam" or "diazepam" or "flunitrazepam" or "flurazepam" or "lorazepam" or "midazolam" or "nitrazepam" or "oxazepam")) or(DE=("neuroleptic drugs" or "clozapine" or "molindone" or "nialamide" or "olanzapine" or "quetiapine" or "reserpine" or "risperidone" or "spiroperidol" or "sulpiride" or "tetrabenazine")) or(DE="buspirone") or(DE="hydroxyzine") or(DE=("adrenergic blocking drugs" or "alpha methylparatyrosine" or "dihydroergotamine" or "hydroxydopamine" or "phenoxybenzamine" or "propranolol" or "yohimbine"))

Limits: 2006-2009, English, German, Meta Analysis

Results: 10

((DE=("anxiety disorders" or "acute stress disorder" or "castration anxiety" or "death anxiety" or "generalized anxiety disorder" or "obsessive compulsive disorder" or "panic disorder" or "phobias" or "acrophobia" or "agoraphobia" or "claustrophobia" or "ophidiophobia" or "school phobia" or "social phobia" or "posttraumatic stress disorder" or "separation anxiety")) or (DE="adjustment disorders")) **and** ((DE=("psychotherapy" or "adlerian psychotherapy" or "adolescent psychotherapy" or "analytical psychotherapy" or "autogenic training" or "behavior therapy" or "aversion therapy" or "covert sensitization" or "exposure therapy" or "implosive therapy" or "systematic desensitization therapy" or "reciprocal inhibition therapy" or "response cost" or "brief psychotherapy" or "child psychotherapy" or "play therapy" or "client centered therapy" or "cognitive behavior therapy" or "eclectic psychotherapy" or "emotion focused therapy" or "existential therapy" or "experiential psychotherapy" or "expressive psychotherapy" or "eye movement desensitization therapy" or "feminist therapy" or "geriatric psychotherapy" or "gestalt therapy" or "group psychotherapy" or "encounter group therapy" or "marathon group therapy" or "therapeutic community" or "guided imagery" or "humanistic psychotherapy" or "hypnotherapy" or "age regression hypnotic" or "individual psychotherapy" or "insight therapy" or "integrative psychotherapy" or "interpersonal psychotherapy" or "logotherapy" or "narrative therapy" or "persuasion therapy" or "primal therapy" or "psychoanalysis" or "dream analysis" or "self analysis" or "psychodrama" or "psychodynamic psychotherapy" or "psychotherapeutic counseling" or "family therapy" or "conjoint therapy" or "rational emotive behavior therapy" or "reality therapy" or "relationship therapy" or "solution focused therapy" or "supportive psychotherapy" or "transactional analysis")) or(DE="online therapy") or(DE=("self help techniques" or "self management" or "self instructional training"))))

Limits: 2006-2009, English, German, Meta Analysis

Results: 16

((DE="anxiety disorders" or "acute stress disorder" or "castration anxiety" or "death anxiety" or "generalized anxiety disorder" or "obsessive compulsive disorder" or "panic disorder" or "phobias" or "acrophobia" or "agoraphobia" or "claustrophobia" or "ophidiophobia" or "school phobia" or "social phobia" or "posttraumatic stress disorder" or "separation anxiety") or (DE="adjustment disorders")) **and** ((DE="family physicians") or (DE="primary health care"))

Limits: 2006-2009, English, German, (Meta Analysis or Systematic review or treatment outcome/clinical trial)

Results: 1

Cinahl

((((((((((MH "Antianxiety Agents+") or (MH "Antidepressive Agents+") or (MH "Antianxiety Agents, Benzodiazepine+") or (MH "Fluoxetine") or (MH "Paroxetine") or (MH "Antipsychotic Agents+") or (MH "Buspirone") or (MH "Hydroxyzine") or (MH "Adrenergic Beta Agonists+" or "pregabalin") **AND** ((MH "Anxiety Disorders+") or (MH "Adjustment Disorders+") **AND** (MH "Clinical Trials")

Limiters - Published Date from: 200605-200812; Language: English, German

Results 28

((MH "Psychotherapy+") or (MH "Therapy, Computer Assisted+") or "self help")

AND ((MH "Anxiety Disorders+") or (MH "Adjustment Disorders+") **AND** (MH "Clinical Trials")

Limiters - Published Date from: 200605-200812; Language: English, German

Results 70

(MH "Family Practice") **AND** ((MH "Anxiety Disorders+") or (MH "Adjustment Disorders+") **AND** (MH "Clinical Trials" or meta analysis or review)

Limiters - Published Date from: 200605-200812; Language: English, German

Results 0

APPENDIKS II: ICD-10 diagnostiske kriterier: Angsttilstande

F40 Agorafobi

- A. Angst i, eller undgåelse af ≥ 2 af følgende situationer:
- (1) menneskemængder
 - (2) offentlige steder
 - (3) færd alene
 - (4) færd udenfor hjemmet
- B. ≥ 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst et 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. \geq 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

UDKAST TIL HØRING

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

UDKAST TIL HØRING

F41.1 Generaliseret angst

- A. Periode på ≥ 6 måneder med anspændthed, bekymrings-tendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer
- B. Mindst fire angst-spændingssymptomer, heraf mindst et 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) tryk 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) dødheds- 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
- (23)

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

F42 Obsessiv kompulsiv tilstand

- A. Gennem mindst 2 uger:
- (1) obsessioner (tvangstanker, ideer, forestillinger) eller
 - (2) kompulsioner (tvangshandlinger)
- B. (1) Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påførte udefra)
- (2) Tilbagevendende
- Ubehagelige
- Erkendes som overdrevne eller urimelige
- (3) Søges afvist eller modstået
- (4) Oplevelse af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioner)
- C. Medfører lidelse eller interfererer med dagliglivs funktioner
- D. Ikke følge af anden psykisk lidelse (F2 og F3)

UDKAST TIL HØRING

F43.1 Akut belastningsreaktion

- A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk og psykisk belastning (af katastrofekarakter)
- B. Umiddelbart (inden for 1 time) efterfulgt af symptomer
 - (1) symptomer som ved generaliseret angsttilstand
 - (2) (a) tilbagetrækkethed
 - (b) bevidsthedsindsnævring
 - (c) desorientering
 - (d) vrede eller verbal aggressivitet
 - (e) fortvivelse 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

UDKAST TIL HØRING

F43.2 Posttraumatisk belastningsreaktion

- A. tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)
- B. (1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt eller
- (2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt der minder om traumet
- D. (1) delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
- (2) vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmeredskab med ≥ 2 af følgende:
 - (a) indsovnings- eller gennemsovningsbesvær
 - (b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) koncentrationsbesvær
 - (d) hypervigilant
 - (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 tilstand
- C. Varighed < 6 måneder

UDKAST TIL HØRING

APPENDIKS III: Spørgeskemaer og vurderingsskalaer

Hamiltons Angstsкала - 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	

Standardisering:

- Mellem 6 og 14 = let angsttilstand
 Mellem 15 og 28 = middelsvær angsttilstand

Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ)

Navn _____	CPR nr. _____	Dato _____			
Dette spørgeskema skal hjælpe din læge til en bedre forståelse af dine eventuelle fysiske eller psykiske problemer (Sæt kun ét kryds for hvert spørgsmål).					
I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Svimmelhed eller tilfald til at besvime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smarter i hjerte eller bryst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavtsiddende rygsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kvalme eller uro i maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskelsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. At du har svært ved at få vejret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfald af varme eller kuldefølelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En klump i halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. At du føler dig svag i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. At dine arme eller ben føles tunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bekymringer over, om der er noget alvorligt galt med din krop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bekymringer over om du selv lider af en sygdom, som du har hørt eller læst om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mange forskellige slags smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mange forskellige sygdomssymptomer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tanken om at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bekymringer om dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. At føle dig ængstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tanker om at gøre en ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Selvbeprejdelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du nogensinde indenfor det sidste år ...	Nej			Ja	
33. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
34. Ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
35. Følt skyld over dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
36. Straks fra morgenstunden taget en genstand, for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
37. I det store hele, vil du nu beskrive dit helbred som:					
<input type="checkbox"/> Udmerket	<input type="checkbox"/> Meget godt	<input type="checkbox"/> Godt	<input type="checkbox"/> Mindre godt	<input type="checkbox"/> Dårligt	<input type="checkbox"/>

8448



REFERENCER

- (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) 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: Munksg@rd Danmark; 2009.
- (4) Videbech P, Rosenberg R, Jrgensen P. Klinisk neuropsykiatri fra molekyle til sygdom. 1. udgave, 1. oplag ed. Kbh: FADL; 2009.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholm L, Ornbol E, Olesen F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract* 2005 Aug;22(4):448-57.
- (9) Hamilton M. Standardised assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1969 Mar;72(2):201-5.
- (10) Falk E. Diagnoseklassifikationen for almen praksis - ICPC-2-DK.
- (11) Bowen RC, Senthilselvan A, Barale A. Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2000 Jun;45(5):459-64.
- (12) 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.
- (13) Arendt M, Rosenberg NK, Danmark, Sundhedsstyrelsen, Danmark, Sundhedsstyrelsen, et al. Computerbaseret terapi til angst og depression. Version: 1,0 ed. Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (14) Epløv LF, Lundsteen M, Birket-Smith M, Danske Regioner f. Shared care for ikke-psykotiske sygdommeanbefalinger p baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Kbh.: Danske Regioner; 2009.
- (15) 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.
- (16) Danmark, Regeringen, Danmark, og S. Sund hele livet de nationale ml og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002