

## Behandling af angstlidelser

Af Raben Rosenberg\*

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger}} \times \text{pris} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

Angst er en normal reaktionsmåde af stor betydning for menneskets overlevelse. Det er en psykobiologisk reaktion, der øjeblikkeligt udløses, når individet udsættes for en fare. Angstens formål er at aktivere organismen med henblik på enten at kæmpe mod eller flygte fra faren. Det er en medfødt reaktion, der ud over farer udløses af højder, små lukkede rum m.v.. Gennem uhensigtsmæssig indlæring kan angst også udløses af mange andre forhold. Angst kan blive så udtalt, at livskvalitet og socialfunktionsevnen påvirkes.

Angst er et vigtigt symptom ved en række psykiske lidelser. I ICD-10-kapitlet *Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer* er der klassificeret forskellige angstlidelser. Forskning i de sidste årtier har ført til vigtig ny viden, herunder evidensbaseret behandling.

### Epidemiologi

Resultater fra flere nyere studier peger på, at

- forekomsten af angsttilstande i befolkningen er høj, både vurderet som livstidsprævalens med skøn på 13-29 % og betragtet som forekomst inden for de foregående 12 måneder med skøn på 6-18 %.

\* Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital Risskov.

- angsttilstande forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd (i forholdet ca. 2:1). Angsttilstande debuterer allerede i barndommen eller ungdommen.
- forløbet af angsttilstande er varierende, oftest fluktuerende i intensitet gennem livet, og hos en del personer bliver forløbet kronisk og invaliderende.
- de enkelte angsttilstande er hyppigt komorbide med andre psykiske lidelser, især depression og misbrug. Prognosen er dårligere ved komorbide lidelser.
- angsttilstande er forbundet med en betydelig grad af subjektiv lidelse, nedsat livskvalitet og nedsat social funktionsevne.
- mange personer med angsttilstande får ikke stillet en korrekt diagnose og ikke tilbudt specifik behandling.

### Symptomer

Mange henvender sig til egen læge med en broget række af angst-spændingssymptomer (se Box 1), der ofte dominerer tilstanden.

Andre karakteristiske symptomer er kognitive, især sygdomsfrygt og frygt for samvær med andre, bekymringstendens eller tvangstanker. Forskellige former for undvigelsesadfærd eller tvangshandlinger ses hyppigt, og den sociale funktionsevne er påvirket.

### Box 1.

#### Angst-spændingssymptomer.

##### Autonome symptomer

- Palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
- Sveden
- Rysten
- Mundtørhed

##### Symptomer fra bryst og mave

- Følelse af åndenød
- Kvælningfølelse
- Trykken eller smerte i brystet
- Kvalme eller uro i maven

##### Psykiske symptomer

- Svimmelhed eller ørthed
- Uvirkelighedsfølelse
- Frygt for at blive sindssyg
- Dødsangst

##### Almene symptomer

- Varme- eller kuldefølelse
- Dødheds- eller sovende følelser

##### Spændingssymptomer

- Muskelspænding eller muskelsmerte
- Rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
- Psykisk spændingsfølelse
- Følelse af synkebesvær

##### Uspecifikke symptomer

- Tendens til sammenfaren
- Koncentrationsbesvær
- Irritabilitet
- Indsovningsbesvær

**Box 2. Angsttilstande.****Fobiske angsttilstande**

- Agorafobi
- Socialfobi
- Enkelfobi

**Andre angsttilstande**

- Panikangst
- Generaliseret angst

**Obsessiv-kompulsiv tilstand****Reaktion på svær belastning**

- Akut belastningsreaktion
- Posttraumatisk belastningsreaktion.

**Klassifikation og diagnostik**

I ICD-10 inddeles angsttilstande i undergrupper (se Box 2). Hver lidelse er nøje defineret gennem angivelse af in- og eksklusionskriterier. Forenklet udtrykt er tilstandene karakteriseret på følgende måde:

*Fobiske angsttilstande***Agorafobi**

Fobisk angst for at færdes alene uden for hjemmet af frygt for at forlade hjemmet, komme i forretninger, forsamlinger eller på offentlige steder eller rejse alene med tog, bus eller fly.

**Socialfobi**

Fobisk angst i sociale situationer. Frygt for at blive kritisk iagttaget af andre mennesker eller frygt for at komme til at gøre noget pinligt, hvilket fører til undgåelse af forskellige sociale situationer, ledsaget af lav selvagtelse og frygt for kritik.

**Enkelfobi**

Fobisk angst i særlige situationer fx angst for dyr, højder, torden, flyvning, lukkede rum og synet af blod.

*Andre angsttilstande***Panikangst**

Tilbagevendende anfald af pludseligt indsættende svær, panikagtig angst, som ikke er begrænset til særlige situationer eller omstændigheder, og som derfor optræder uforudsigeligt.

**Generaliseret angst**

Længerevarende perioder præget af

anspændthed og almen ængstelse, men ikke begrænset til særlige situationer eller omstændigheder.

*Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)*

Tilbagevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er pinagtige ideer, tankebilleder eller indskydelser, som dukker op i patientens bevidsthed igen og igen på stereotyp måde. De erkendes imidlertid af personen som hans eller hendes egne tanker. Angst er næsten altid til stede, især hvis tvangshandlingerne forsøges modstået.

*Akut og posttraumatisk belastningsreaktion***Akut belastningsreaktion**

En forbigående tilstand, som udvikler sig som reaktion på exceptionel fysisk eller psykisk belastning. Tilstanden udvikler sig kort efter traumat (inden for 1 time) og fortager sig hurtigt, dvs. i løbet af timer eller få dage.

**Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)**

En tilstand, der opstår nogen tid efter en traumatisk begivenhed eller situation af exceptionel truende eller katastrofeagtig natur. Der ses tilbagevendende episoder med genoplevelse af traumatet i form af påtrængende erindringer, søvnløshed, mareridt eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumatet. Der er typisk ind- eller gennemsovningsbesvær, irritabilitet eller vredeudbrud, koncentrationsbesvær og tilbøjelighed til sammenfaren.

**Differentialdiagnostik**

Andre psykiske lidelser må udelukkes. Vejledende er:

- Ved organiske tilstande inkl. misbrugstilstande er der symptomer på organisk sygdom eller misbrug af alkohol- eller rusmidler.
- Ved psykotiske tilstande er der udover angstsymptomer typisk hallucinationer og vrangforestillinger.
- Ved primær affektiv lidelse er angstsymptomer kun til stede under en episode med depressive symptomer.
- Ved personlighedsforstyrrelser har

nogle af angstsymptomerne været til stede siden puberteten.

**Patofysiologi**

Angsttilstandes årsagsforhold og patogenese forstås i dag inden for rammerne af sårbarhed-stressmodellen, der både inddrager disponerende og udløsende årsagsfaktorer hos individet og i omgivelserne. Blandt disponerende faktorer hos individet er genetiske forhold og tidlige biologiske, psykologiske og sociale belastninger. Blandt de udløsende faktorer kan være akutte psykiske traumer, belastninger og somatiske sygdomme.

Man har i dag et omfattende kendskab til neurobiologiske og neuropsykologiske forhold ved angst. For de emotionelle symptomer spiller forskellige områder af hjernen en vigtig rolle, især amygdala, hippocampus, hypotalamus og det autonome nervesystem og for de kognitive frontallappen. På det synaptiske niveau er de vigtigste signalstoffer serotonin, noradrenalin samt GABA. Antidepressiva indvirker især på de to førstnævnte og benzodiazepiner på sidstnævnte.

For udvikling af angstsymptomer spiller klassiske, betingede reaktioner en vigtig rolle. Nogle angststimuli er ubetingede og udløses automatisk af bestemte faresignaler. En række neutrale stimuli kan resultere i betingede angstreaktioner ved kobling mellem den neutrale stimulus og den ubetingede angstreaktion. Fremover vil den neutrale stimulus alene kunne udløse angstreaktionen.

Undvigelsesadfærden spiller en særlig vigtig rolle for opretholdelsen af mange angsttilstande. Ved at flygte fra den angstprovokerende situation aftager angsten straks og fungerer dermed som en belønning af den uhensigtsmæssige adfærd. Undvigelsesadfærden indlæres kraftigere og kraftigere (såkaldt operant betingning).

I de kognitive teorier for angst lægges vægt på, at der gennem tilværelsen etableres nogle grundliggende kognitive strukturer og processer, der fører til uhensigtsmæssige, automatiske, negative tanker i relation til angststimuli. Man frygter at

**Box 3.** 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.

**Box 4.** 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.

fejle noget alvorligt eller er sikker på, at andre mennesker opfatter en som pinlig.

Den psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandling er baseret på sådanne patofysiologiske og neuropsykologiske forhold.

**Behandling af angsttilstande***Farmakologisk behandling*

De vigtigste grupper af lægemidler til farmakologisk angstbehandling er anført i Box 3.

*Nyere antidepressiva* er i dag førstevalgspræparater ved behandling af angsttilstande. Effekten indtræder i løbet af 2-3 uger og omfatter også komorbide depressive symptomer. Initialt kan der ske en forværring af angstsymptomer. Seponeringssymptomer kan ses, men er ikke så udtalte som for benzodiazepiner.

*Benzodiazepiner* har en god angstdæmpende og hurtigt indsættende virkning, også over for normale for-

mer 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, der kan være så udtalte, at de vanskeliggør ophør med behandlingen.

*Azapironer.* Buspiron øger serotoninfrigørelsen. Den anxiolytiske effekt er langsommere indsættende 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. Kliniske erfaringer savnes.

*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 ikke-psykotisk angst og kan anvendes til patienter med risiko for udvikling af misbrug af benzodiazepiner, men herudover har de kun begrænset anvendelse ved angsttilstande.

*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 sammenfattet i Box 4.

*Kognitiv psykoterapi (KAT).*

Kognitiv psykoterapi eller adfærdsterapi er dokumenteret effektiv i en række undersøgelser ved alle angsttilstande. Man kan skelne mellem 4 faser i behandlingsforløbet.

**Vurdering**

Formålet er at foretage en funktionel analyse af angstreaktionerne for at identificere de vigtigste kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige komponenter.

**Angstreducerende metoder**

Ved psykoedukation tilstræbes systematisk ændring af de fejlagtige opfattelser af sygdommens karakter og årsag. Herudover er der mange teknikker til kontrol af angst. Omstrukturering af katastrofetanker og forvrængninger er centralt. Ved OCD kan man anvende en særlig tankestop-teknik over for påtrængende tvangstanker.

**Adfærdsændring**

Eksponering er en vigtig teknik, der består af gentagen, systematisk udsættelse for angstprovokerende situationer. Det skal ske ved gradvist at udsætte sig for angststimuli af tiltagende sværhedsgrad. Patienten skal eksponere sig under anvendelse af de angstkontrollerende metoder.

Ved panikangst kan man også inducere symptomer gennem forceret hyperventilation og instruere personen i teknikker til at udholde og kon-

trollere symptomerne og hæmme katastrofetanker.

Responshindring er særlig vigtig som led i OCD-behandlingen. Personen udsættes systematisk, men gradvist for de stimuli, der udløser tvangshandlinger med efterfølgende responshindring.

Tilbagefaldsforebyggelse.

Hovedvægten er identifikation af risikosituationer for tilbagefald, fx begyndende undvigelsesadfærd, tilbagevendende katastrofetanker og lignende, og der skal udarbejdes en plan for hurtigt og målrettet indgreb heroverfor.

#### *Andre behandlingsformer*

Selvhjælpsmateriale (fx bøger, computerprogrammer eller internetprogrammer) tiltrækker sig særlig interesse af praktiske og sundhedsøkonomiske grunde. Dokumentationen herfor samt for andre behandlingsformer som fysisk træning, meditation, åndedrætsøvelser m.fl. er begrænset.

#### *Kliniske implikationer*

Præcis diagnostik efter ICD-10 er påkrævet før behandlingen med afklaring af undertype af angstlidelse og komorbiditet.

Patienter med angstlidelser bør have tilbud om dokumenteret virksom behandling i form af antidepressiva, KAT eller en kombination af disse behandlingsmetoder.

#### Farmakologisk behandling

Førstevalg ved farmakologisk behandling er for alle angstilstande et nyere antidepressivum især ved komorbide

depressive symptomer eller ved obsessiv-kompulsiv tilstand.

Dosisøgning bør ske gradvist afhængig af bivirkninger og effekt, især i begyndelsen af behandlingen, hvor der kan ske forværring af angstsymptomerne, før bedringen senere indtræder.

Behandlingsvarigheden bør være 6-12 måneder, hvorefter vedligeholdelsesbehandling bør overvejes.

Behandling med benzodiazepiner bør i almindelighed undgås, og hvis denne type præparater anvendes, bør det kun ske initialt og højst i 3-6 uger. Hvis det ved mere kronisk forløbende angstilstande er nødvendigt at fortsætte behandlingen ud over 4 uger, bør indikationen regelmæssigt revurderes. Ved seponering af behandling med benzodiazepiner efter mere end 3-6 ugers behandling, bør der aftraptes over flere uger. Ved langtidsordination kræves aftrapning over endnu længere tid, ofte flere måneder

#### Psykoterapi

Ved psykoterapi er KAT – tilpasset den enkelte angstilidelse – førstevalg ved alle angstilstande, dvs. baseret på en funktional analyse af angstreaktionerne med fokus på de vigtigste kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige komponenter

Der kan være fordele ved at anvende KAT som første behandling, idet KAT har mere holdbare virkninger end farmaka og er uden medicinbivirkninger.

Den psykologiske behandling bør i almindelighed varetages af professionelt uddannede behandlere med uddannelse i kognitiv adfærdsmæssig angstbehandling.

Praktiserende læger vil kunne varetage enklere psykoterapeutiske opgaver og informere om brugen af selvhjælpsmateriale.

#### **Fremtidig organisering**

Der er i dag et utilstrækkeligt antal professionelt uddannede behandlere med uddannelse i KAT. Mulighed for konsulentbistand til den praktiserende læge fra psykiatrisk speciallæge og/eller psykolog («shared care») bør udbygges.

Tilskud til behandling hos psykolog med specialistuddannelse i psykoterapi og kvalificeret træning i kognitiv adfærdsterapi efter henvisning fra læge eller speciallæge vil kunne øge behandlingskapaciteten for KAT.

Oprettelse af flere specialklinikker for angstbehandling, hvortil mere komplekse sygdomsforløb kan henvises til behandling, og hvorfra der kan udgå undervisning, supervision og konsulentvirksomhed.

Flere tilbud for kronisk invaliderede patienter med angstilidelser inden for distriktskykiatrien, idet denne målgruppe ikke i alle regioner i Danmark er tilstrækkeligt højt prioriteret.