

Oversigt over høringsvar og peer reviews

Nationale kliniske retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne

1. Monika Andersen
2. Sundhed Danmark
3. Angstforeningen
4. Dansk Psykolog Forening
5. Socialstyrelsen
6. Dansk Selskab for Almen Medicin
7. Dansk Selskab for Personcentreret og Oplevelsesorienteret Psykoterapi
8. Dansk Selskab for Fysioterapi
9. KL
10. Danske Regioner
11. Dansk Psykiatrisk Selskab
12. Peer review Raben Rosenberg
13. Peer review Mikkel Arendt

Hej

Jeg tillader mig hermed med at komme med en tilføjelse til en ikke medikamentel terapi.

Det gælder tankefeltterapi (TFT), som er en effektiv og veldokumenteret metode blandt andet til behandling af angstsymptomer og flere fobityper.

Metoden er udviklet af psykolog Roger Callahan. Roger Callahan var oprindeligt professor på Michigan universitet i psykologi og han var en af pionererne indenfor kognitiv terapi. Under mange års erfaring med folk med angst udviklede han en teknik som udnytter kroppens egne akupunktur/akupressurpunkter og metoden har haft stor succes og blevet brugt både i USA og Skandinavien i mange år med gode resultater.

Dokumentation for dette ligger i form af utallige kliniske observationer og journaler, som tft terapeuter er pligtige til at føre. Vedlagt også link til referencer nederst.

TFT kan ikke defineres som "alternativ", da den udnytter kroppens egne iboende fysiologiske neurosensoriske, neuropsykologiske og neuromuskulære reflekser og forsvarsmekanismer, som forskningen desværre ikke har beskæftiget sig med.

Baggrund

Jeg har en naturvidenskabelige baggrund og jeg var kritisk overfor andre metoder.

Dog havde jeg en åbenhed og nysgerrighed over for "nye ting" og omstændighederne gjorde at jeg prøvede TFT og oplevede hvor virkningsfuld og varig metoden er for behandling af angst, posttraumatiske lidelser mfl. i forhold til medikamentel behandling.

Dette resulterede i at jeg fordybede mig i metoden og tog udannelsen som TFT-terapeut.

Blandt fordelene forbundet med denne terapiform kan følgende nævnes:

1. Hurtig indsættende og varig effekt, også i forbindelse med PTSD
1. Terapien kan også foregå uden at terapeuten og patienten har mulighed for at være fysisk tilstede (telefonisk kontakt), akut hjælp ved for eksempel ulykker

Håber, den kommer på som et alternativ i parentes.

Referenser:

Vedlegger link til en publikation af den norske psykiateren Audun Irgens om emnet.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23141789>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477545/pdf/fpsyg-08-01027.pdf>

Andre referanser til forskning, hvor TFT er brukt

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828089>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513488/#CD011849-bbs2-0098>

Link til den norske tft side. <https://tftnorge.no/omtft2/hva-er-tft>

Med vennlig hilsen

Monika Andersen

Cand. Pharm.

Tankefeltterapeut

Høringssvar vedr. National Klinisk Retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne

Sundhed Danmark, foreningen af danske sundhedsvirksomheder, har d. 19. maj 2020 modtaget den offentlige høring af den nationale kliniske retningslinje om behandling af angstlidelser hos voksne.

Sundhed Danmark repræsenterer privathospitaler og -klinikker, som både udreder og behandler offentlig henviste patienter i kommunalt og regionalt regi, herunder en række virksomheder med speciale inden for psykiatrien.

Sundhed Danmark anerkender intentionen med at udarbejde nationale kliniske retningslinjer for blandt andet at sikre, at de danske patienter, uanset geografi, modtager ensartet behandling af høj kvalitet.

Sundhed Danmark har nedenstående bemærkninger til den kliniske retningslinje.

Vedr. punkt 3 - Kognitiv adfærdsterapi, antidepressiv medicin eller kombinationsterapi, som førstevalg:
Det kan i retningslinjen næves, at man mener, der er tale om en klasse-effekt på de forskellige angstlidelser ved brug af SSRI/SNRI, hvilket er anført i pro.medicin. Selvom man som udgangspunkt bør vælge et præparat med specifik godkendelse til den specifikke angstlidelse, kan man formentlig med samme succes benytte andre præparater under gældende "off-label" retningslinjer. Hermed fastholder man ikke helt så snævert brugen af få præparater, men gør opmærksom på, at man kan brede paletten ud og tilbyde mere individualiseret behandling.

Vedr. punkt 7 - Antidepressiv medicin eller pregabalin ved valg af medicin:

Brugen af pregabalin er afgjort hensigtsmæssig, men i retningslinjen kan man med fordel gøre opmærksom på, at der med største sandsynlighed er tale om, at præparatet ikke udelukkende kan have effekt på generaliseret angst men også de øvrige angsttilstande. Dette er analogt til benzodiazepiner, som pregabalins virkningsmekaniske læner sig kraftigt op ad, da det er et GABA-derivat. Der vil naturligvis skulle gøres opmærksom på, at der vil være tale om off-label brug, såfremt det anvendes til de øvrige angstlidelser.

Desuden bør man i retningslinjen beskrive at pregabalin, netop med baggrund i påvirkning af GABA-systemet, er kendt med misbrugspotentiale, hvorfor man ikke ukritisk skal benytte dette, ligesom man bør have særligt fokus på tidligere eller aktuelt misbrug af rusmidler, herunder alkohol.

Sundhed Danmark stiller sig naturligvis meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen



Mette Nord
Sekretariatschef, Sundhed Danmark

Sundhedsstyrelsen

Evidens, Uddannelse og Beredskab

NKRsekretariat@sst.dk

4. juni 2020

Høringsvar vedrørende den nationale kliniske retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne

Angstforeningen takker for invitationen til at afgive høringsvar.

I Angstforeningen har vi længe i høj grad lænet os op ad Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for voksne med angst fra 2007. Da der imidlertid hele tiden sker fremskridt inden for angstbehandling, har vi set frem til en NKR med anbefalinger, der netop bygger på nyeste viden inden for området.

Det ærgrer os derfor, at man trods få, men gode forskningsresultater ikke har vægtet metakognitiv terapi mere, end det er tilfældet.

Ad 3 - Kognitiv adfærdsterapi, antidepressiv medicin eller kombinationsterapi, som førstevalg

Det glæder os, at man anbefaler terapi som førstevalgsbehandling fremfor medicin. Vi ærgrer os dog over, at man ikke anbefaler at sidestille metakognitiv terapi med KAT, især når det drejer sig om generaliseret angst. Begge metoder har vist ganske glimrende resultater, men ingen af metoderne – og ingen metoder overhovedet – hjælper 100 % på alle. Med to evidensbaserede metoder at vælge imellem, vil man kunne hjælpe flere. Valget mellem de to metoder bør være et spørgsmål om, hvad der er mest hensigtsmæssigt for den enkelte patient, bl.a. baseret på hvilken angstdiagnose der er tale om. (I praksis vil det formentlig langt hen ad vejen være et spørgsmål om, hvilken metode en specifik behandler mestrer).

Ad 4 - Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi eller standard kognitiv adfærdsterapi

Det glæder os, at man i visse tilfælde anbefaler internetbaseret terapi. Selv om værdien af fysisk fremmøde ikke kan negligeres, er vi overbevist om, at en del borgere, som pga. afstand, ringe økonomiske forhold eller stærk agorafobi eller socialfobi har svært ved fysisk fremmøde, kan have glæde af denne behandlingsmulighed.

Ad 5 – Langtidsbehandling med benzodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst

Vedrørende langtidsbehandling med benzodiazepiner kunne vi ønske, at man i stedet for to sufficente behandlingsforsøg med kognitiv adfærdsterapi foreslog ét sufficent behandlingsforsøg med kognitiv adfærdsterapi og ét sufficent behandlingsforsøg med metakognitiv terapi, idet det er forskelligt hvilke mennesker metoderne virker for. Rammer man ikke med den ene metode, rammer man evt. med den anden.

AMBASSADØRERAnders Lund Madsen
Jakob Kjeldbjerg
Katrine Køhler
Rudi Køhnke
Dan Andersen**FAGPANEL**Per Fink
dr.med., ph.d., forskningsleder
Marianne Breds Geoffroy
Overlæge i psykiatri, ph.d.
Lennart Holm
cand.psych.aut.
Esben Hougaard
*prof. cand.psych.*Irene Oestrich
*Centerleder, cand.psych., ph.d.*Marie Louise Reinholdt-Dunne
PhD, cand.psych.aut.
*Lektor, Københavns Universitet*Nicole G.K. Rosenberg
*Klinikleder, adj. professor*Raben Rosenberg
*Klinikchef, professor, dr.med.*Mikael Thastum
*Klinikleder, lektor, cand.psych.*Per Hove Thomsen
*Prof., børne-ungdomspsykiatri,
overlæge, dr.med.***BESTYRELSE**Formand
Katrine Herbst Ahlquist
*cand.psych.*Næstformand
Lars Mansfeld Guldbrandsen
*Area Sales Manager*Kasserer
Frank Rothstein
*Master i positiv psykologi, lærer*Sekretær
Jonas Mathson Hansen
*Indkøber*Lisbeth Gregersen
*cand.psych.*Carsten Juul
*cand.psych.aut.*Preben Jørgensen
*Konsulent***SUPPLEANTER**René Kaspersen
Stud.psych.
Jacob Maischnack Jensen
*cand.jur.*Mia Attle
Socialrådgiver

Det ville dog rent praktisk kræve, at de pågældende patienter havde adgang til de nævnte behandlingsforløb, hvilket bl.a. af økonomiske (private eller samfundsmæssige) årsager er et problem i sig selv. (Dette gælder også, hvis man fastholder to forløb med KAT).

Ad 6.2 - Metakognitiv terapi eller kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling ved generaliseret angst

Det ærgrer os, at man ikke sidestiller metakognitiv terapi med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling ved netop generaliseret angst. Ved generaliseret angst kan det være en endeløs opgave at realitetsteste og risikovurdere alle bekymringer, og man kan komme til at bruge uforholdsmæssig meget tid på dette. Samtidig vil man støde på bekymringer, som man alligevel ikke kan stille noget op med, og/eller som er en reel stor trussel. I metakognitiv terapi lærer man som bekendt at eliminere eller begrænse bekymringerne til et minimum.

Det inkluderede studie viser, at metakognitiv terapi – om end med en lille margin – er overlegen i forhold til KAT. Det ærgrer os, at arbejdsgruppen ikke tillægger dette større vægt.

Man nævner desuden, at man ikke kan anbefale metakognitiv terapi som ligeværdig førstebehandling, da kognitiv adfærdsterapi er et veletableret førstevalg. At en metode er veletableret, er dog som bekendt ikke i sig selv udtryk for, at den er god, eller at der ikke findes ligeværdige eller bedre metoder.

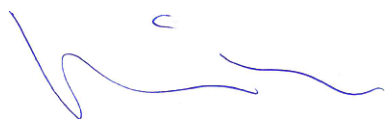
Vi sætter pris på arbejdsgruppens overvejelser omkring, at nogle patienter vil foretrække den mere skånsomme metakognitive terapi.

Det skal nævnes, at vi i Angstforeningen får mange positive tilbagemeldinger både fra mennesker, som har været i kognitiv adfærdsterapi, og som har været i metakognitiv terapi. Vi vil også nævne, at mange af de psykologer, vi samarbejder med rundt om i landet, er meget begejstrede for metakognitiv terapi og for de resultater, de opnår ved hjælp af metoden. Og det er vel at mærke psykologer, som også har lang praksiserfaring med kognitiv adfærdsterapi.

Vi vil gerne benytte lejligheden til at tilføje, at vi som patientforening med kontakt til en stor gruppe mennesker med angst gang på gang oplever, at mange borgere mangler viden om, at psykologer arbejder efter vidt forskellige metoder (herunder metoder, som slet ikke er nævnt i udkastet til den nationale kliniske retningslinje). Mange risikerer derfor uforvarende at vælge en psykolog, der bruger en metode, som reelt ikke hjælper på deres angstlidelse, selv om konsultationerne i sig selv kan virke som et støttende og lindrende holdepunkt.

Af samme årsag mener vi, at det fx lige som i UK bør være lovpligtigt for behandlere at følge retningslinjer, som udarbejdes af fagkunds-kaben, så patienterne er i sikre hænder, uden at de selv behøver at kende til og bekymre sig om metoder.

Venlig hilsen



Marie Sørs Andersen
daglig leder
Angstforeningen

Sundhedsstyrelsen
Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
Islands Brygge 67
2300 København S

København, den 4. juni 2020

Høringssvar vedr. nationale kliniske retningslinjer for angstlidelser hos voksne.

Dansk Psykolog Forening sætter pris på at have bidraget til udpegning til arbejdsgruppen med tre repræsentanter samt takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. de kliniske retningslinjer.

Nærværende høringssvar forholder sig til retningslinjens anbefalinger vedrørende non-farmakologiske interventioner og beskrivelsen af patientpræferencer. Høringssvaret kommenterer på, at retningslinjen kun har en 'svag' anbefaling af kognitiv adfærdsterapi som førstevalg frem for antidepressiv medicin, en kognitiv terapeutisk ensidighed, et manglende tydeligt grundlag for internetbaseret terapi og manglende blik for variation i patientbehov. Dette kan have implikationer for, hvorvidt den enkelte patient får en hensigtsmæssig behandling af sin angstproblematik.

Anbefaling af kognitiv adfærdsterapi

Dansk Psykolog Forening ser positivt på, at kognitiv adfærdsterapi anbefales som førstevalg i behandlingen af angstlidelser hos voksne frem for antidepressiv medicin. Det er dog kun en svag anbefaling på baggrund af den evidens, som retningslinjen forholder sig til. Ser man på afsnittet om gavnlige og skadelige virkninger i retningslinjen, så "er det fundet, at antidepressiv medicin muligvis medfører flere alvorlige bivirkninger sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi. Der blev ikke fundet alvorlige bivirkninger ved kognitiv adfærdsterapi, mens der var 12 per 1000 med alvorlige bivirkninger ved antidepressiv medicin" (NKR for behandling af angst, 2020, s. 11). Dansk Psykolog Forening mener, at dette bør medføre, at kognitiv adfærdsterapi altid bør anbefales før antidepressiv medicin. Dette er i overensstemmelse med Englands NICE-guidelines for angstlidelser, hvor det angives, at sundhedsprofessionelle bør referere til den mindst indgribende og effektive behandling (NICE, 2019, s. 18).

Terapeutisk ensidighed og anbefaling af en mere helhedsorienteret tilgang

Dansk Psykolog Forening er glad for, at arbejdsgruppen har overvejet flere terapeutiske retninger udover kognitiv adfærdsterapi, herunder mindfulness, ACT og metakognitiv terapi. Det er dog alle terapiformer, som er inden for det kognitive paradigme, hvilket gør retningslinjen meget ensidig i dets terapeutiske overvejelser i forbindelse med behandling af angstlidelser hos voksne. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at retningslinjen også inkluderer anbefalinger af andre psykoterapeutiske retninger som f.eks. psykodynamisk, interpersonel terapi og traumefokuseret terapi. Dette er i overensstemmelse med NICE-guidelines for behandling af social angst hos voksne, som blandt andet åbner op for, at det kan være effektivt at anvende en kortvarig form af psykodynamisk terapi, hvis andre interventionsformer ikke har virket optimalt (NICE, 2020, s. 19).



Anbefalingen af den kognitive adfærdsterapi er funderet i en stor mængde af forskning inden for netop denne terapeutiske metode, hvilket overvejende skyldes, at kognitiv adfærdsterapi egner sig bedre til RCT-studier end andre metoder – derfor er mere forskning tilgængelig om denne metode. Det er imidlertid en grov forenkling af den kliniske praksis at søge virkningsfulde interventionsformer afdækket ved at undersøge *metoder* frem for at afdække interventionsformen og effektive træk ved *samtaletterapi* mere bredt set. Der er netop en række forudsætninger iboende samtaleteknikker som teknologi, der er afgørende for, om den konkrete samtaleterapeutiske metode virker for det enkelte individ. Hertil kommer, at det mest hensigtsmæssige valg af psykologisk metode ikke udelukkende bør baseres på, hvilken metode, som har bedst gennemsnitlig effekt for den pågældende klients diagnose, men det må bl.a. også baseres på den pågældende klients præferencer og kontekst samt de faktiske kompetencer hos den kliniker, der løser opgaven. At udpege en metode som virkningsfuld uden at medtage specialiserede kompetencer hos den kliniker, der løser opgaven, er en utilstrækkelig anbefaling i forhold til den kliniske virkelighed.

Årsager og vedligeholdende faktorer for angstlidelserne kan i forlængelse af ovenstående være meget forskellige hos forskellige patienter med det samme symptombillede. Parametre som patientens socialt netværk, socioøkonomisk status og livskvalitet kan derfor også være relevante mål for behandlingens effekt. Det kan f.eks. være belastende hændelser såsom skilsmisse, fyring, dødsfald, der har været udløsende for angstlidelserne. I sådanne tilfælde kan det blandt andet være fordelagtigt at adressere patienten med evidensbaseret traumefokuseret terapi. Man bør derfor altid anvende en helhedsorienteret tilgang i forhold til den enkelte patient for at kunne vurdere den mest hensigtsmæssige tilgang i behandlingen og således konkret begrunde også valg af samtaleterapeutisk metode.

Variation i behandling alt efter patientens behov

Ud fra retningslinjen fremgår det, at patienten kan have en bestemt præference for interventionstype, "Svær forpinthed kan gøre, at patienten foretrækker antidepressiv medicin fremfor kognitiv adfærdsterapi (...) Andre patienter foretrækker gruppeterapi fremfor antidepressiv medicin, da de ønsker terapeutisk kontakt og interaktion med de andre gruppedeltagere" (NKR for behandling af angst, 2020, s. 12). Om end nævnes det ikke, at patienten også kan foretrække individuel samtaleterapi frem for antidepressiv medicin eller gruppeterapi eller en kombination af non-farmakologiske og farmakologiske interventioner. Hertil bør det ekspliciteres, at patienten også kan have et ønske til, hvilken terapeutisk retning, der anvendes i den non-farmakologiske intervention. Dansk Psykolog Forening mener desuden, at det bør være tydeligere, at den sundhedsprofessionelle i samråd med patienten også kan vælge at tilpasse interventionen til den enkelte patients kontekst og sværhedsgrad i den gældende problemstilling.

Anbefaling af internetbaseret terapi

Retningslinjen har en svag anbefaling for internetbaseret terapi fremfor ansigt-til-ansigt med begrundelsen, at internetbaseret terapi er en billigere intervention (NKR for behandling af angst, 2020, s. 25). Retningslinjen henviser her til KORA's undersøgelse af Region Syddanmarks anvendelse af internetpsykiatrik behandling, men ud fra denne fremgår det imidlertid, at der er de samme omkostninger som ansigt-til-ansigt terapi¹. Det fremstår herved ud fra retningslinjen ikke tydeligt, hvorfor der i højere grad anbefales internetbaseret terapi fremfor ansigt-til-ansigt terapi, idet der i praksis har vist sig at være en række betydelige omkostninger forbundet med teknologiunderstøttede ydelser ift. udvikling, drift og support. Ligeså forekommer kravene til solid evidens for denne anbefalinger umiddelbart svagere end kravene til de

¹ <https://digst.dk/media/12403/internetpsykiatri.pdf>



resterende anbefalinger, hvorfor den konkrete anbefaling umiddelbart forekommer mere holdnings- og interessebaseret end baseret på forskning.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen
Dansk Psykolog Forening





Enhed:
Center for Handicap
og Psykisk Sårbarhed

Sagsnr.:
2020 - 7334

Dato:
26. maj 2020

Høringssvar vedr. den *Nationale Kliniske Retningslinje for Behandling af Angstlidelser for Voksne*

Sundhedsstyrelsen har anmodet Socialstyrelsen om at afgive høringssvar på den *Nationale Kliniske Retningslinje for Behandling af Angstlidelser hos Voksne*.

Socialstyrelsens bemærkninger

Socialstyrelsen har følgende bemærkninger til retningslinjen:

- Socialstyrelsen henleder opmærksomheden på, at der i tabellen på s. 69 både anvendes betegnelsen 'standardbehandling' og 'aktiv kontrol'.
- I Socialstyrelsens overvejelser om indsatser til psykisk sårbare tilstræbes altid et fokus på det enkelte menneskes funktion og behov. Dette perspektiv kan med fordel tydeliggøres.
- Socialstyrelsen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at skrive frem, hvad internetbaseret terapi rummer, og hvilke standarder der er for denne terapiform. Som det står nu, er det ikke tydeligt, hvad internetbaseret terapi er, og hvad det kræver af borgeren. En bekymring kan være, at internetbaseret terapi er gratis, hvilket kan bevirke, at nogle borgere vil være tilbøjelige til at vælge internetbaseret terapi frem for anden virksom behandling – også i de tilfælde, hvor anden behandling ville være mere formålstjenlig. Det bør fremgå tydeligere, at der skal informeres grundigt om virkning og bivirkninger ved anvendelsen af alle typer af medicin, som ordineres.
- Socialstyrelsen har en opmærksomhed på, at eksempelvis anvendelsen af fysisk aktivitet i behandlingen af angstlidelser kan være vigtigt at inddrage i forbindelse med kropsterapi.
- Socialstyrelsen vurderer i forhold til afsnittet vedrørende brugen af benzodiazepiner til behandlingsrefraktær angst, at det bør fremhæves tydeligere i hovedteksten, at alle relevante behandlings- og terapiformer skal være afprøvet, før benzodiazepiner anvendes. I den sammenhæng kan det vurderes, hvorvidt de beskrevne 2 x 12 uger er tilpas tid ift. terapeutisk behandling, idet terapi ofte kræver en længerevarende indsats, og behov for skift af behandler og/eller terapeutisk tilgang undervejs.

Socialstyrelsen bemærker desuden, at der ift. brug af bezodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst står i boksen med patientpræferencer, at der ikke forventes variation – men længere nede på siden fremgår det, at ”det forventes, at patienterne vil have varierende præferencer i forhold til længerevarende behandling med benzodiazepiner”.

Socialstyrelsen vurderer, at der ikke er overensstemmelse mellem det, gennemgangen af forskningen indikerer i forhold til brugen af benzodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst, og den anbefaling der gives i retningslinjerne. Det fremstår således uklart, hvorfor man ender med en ’svag anbefaling’, men dog en anbefaling, om at tilbyde benzodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst, eftersom gennemgangen af studierne indikerer, at der ikke ses en god effekt af benzodiazepiner.

Sundhedsstyrelsen
NKR-sekretariatet

5. juni 2020

DSAM's hørings svar vedrørende NKR for behandling af angstlidelser hos voksne

Tak for muligheden for at kommentere på ovennævnte nationale kliniske retningslinje.

DSAM tager til efterretning, at der ikke er solid eller vægtig evidens, der kan understøtte behandlingsvalg for voksne med angstlidelser.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Bemærkninger og kommentarer til Sundhedsstyrelsens "National Klinisk retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne"

Dansk Selskab for Personcentreret og Oplevelsesorienteret Psykoterapi (DSPOP) har bemærkninger og kommentarer til *National Klinisk retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne*, som er blevet sendt i offentlig høring 15. maj 2020 med svarfrist til 5. juni 2020. Bemærkningerne er udarbejdet af en arbejdsgruppe i DSPOP bestående af aut. psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi Niels Bagge, aut. psykolog og specialist i psykoterapi Maria Christensen og psykologistuderende Daniel Hoffmann.

Nedenfor er kommentarer og bemærkninger af de punkter og områder i NKR (Nationale Kliniske Retningslinjer), som vi anledning til at forholde os til.

Ansvarsfraskrivelse:

Det er positivt, at det anbefales at fagpersoner kan følge deres kliniske skøn i de konkrete sager, frem for automatisk at følge retningslinjerne uovervejset.

Habilitetserklæringer:

Det er positivt, at der findes habilitetserklæringer, men de er ikke fyldestgørende og dækker ikke væsentlige relationer hos arbejdsgruppens medlemmer, som kan give bias i de fokuserede spørgsmål arbejdsgruppen kommer frem til. Der gives kun erklæring om habilitet i forhold til relation til sundhedsstyrelsen. Tilknytning til terapeutiske metoder (f.eks. kognitiv adfærdsterapi) gennem medlemskab af foreninger, der fremmer bestemte psykoterapeutiske metoder, eller ved økonomisk interesse i at bestemte metoder fremmes. Der burde udarbejde habilitetserklæring for arbejdsgruppens medlemmers

- tilknytning til faglige selskaber og foreninger, der fremme en bestemt psykoterapeutiske
- Affiliering med en eller flere bestemte psykoterapeutiske metoder
- Økonomiske interesser ved fremme af en eller flere bestemte psykoterapeutiske retninger (som kursusudbyder, psykoterapeut, forsker, forfatter mm.)

Udvælgelse af arbejdsgruppens medlemmer:

Det er positivt, at der er en rimelig diversitet af faggrupper og patient/klient-grupper i baggrundsgruppe og arbejdsgruppe.

Det er negativt, at der mangler diversitet mht. psykoterapeutiske metoder blandt arbejdsgruppens medlemmer. Der er en overrepræsentation af arbejdsgruppemedlemmer, der synes affilieret med kognitiv adfærdsterapi, 3. bølges kognitiv adfærdsterapi (ACT, CFT, metakognitiv terapi, unified protocol) og medicinsk behandling af angst. Der er kun også spurgt til mindfulness og kropsterapi. Der er et fravær af spørgsmål vedr. de 3 andre store psykoterapeutiske hovedretninger: Humanistisk/eksistentialistisk, psykodynamisk og systemisk/narrativ.

Dette er psykologfagligt yderst mangelfuldt at undlade at inddrage spørgsmål vedr. andre psykoterapeutiske hovedretninger end den medicinske og kognitiv adfærdsterapeutiske. Det er i dag mere og mere almindeligt anerkendt, at der i psykoterapiforskning ønskes multicenter undersøgelser med metodisk diversitet for imødegå bias fra metode-tilknytning. Vi ved, at forsker-tilknytning til en psykoterapeutiske metode farver resultatet af undersøgelse i retning af metode forskerne er knyttet til, hvilket man efterfølgende må korrigere for, for at få et mere retvisende resultat. På samme måde forventer vi, at arbejdsgruppen ensidige metodiske sammensætning har medført meget alvorlige bias, i de

spørgsmål arbejdsgruppen har stillet. Sådan en stærk bias sænker troværdigheden af resultatet af de kliniske retningslinjer i sådan en grad, at de bliver næsten ubrugelige.

Metoden ved udarbejdelse af NKR:

De NKR er beskrevet i Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for NKR og anvender GRADE systemet til vurdering af evidensgraden.

Der kunne være en mulig kritik af dette system, som vi ikke har forholdt os til i dette svar.

Fokuserede spørgsmål i NKR

Udgangspunktet for de nationale kliniske retningslinjer er 10 fokuserede spørgsmål. Disse 10 fokuserede spørgsmål sætter hele rammen for, hvad der bliver undersøgt evidensen af og hvad de nationale kliniske retningslinjer kan give svar på. Sagt med andre ord NKR er ikke bedre end de spørgsmål, der stilles. Når først spørgsmålene er stillet, bliver de besvaret grundigt, så vidt vi kan bedømme.

Det er negativt, at de 10 fokuserede spørgsmål er alvorligt mangelfulde og ikke er repræsentative for de psykoterapeutiske metoder, der kunne spørges til og dermed giver anledning til en alvorlig bias i de NKR i retning af medicinsk behandling og kognitive adfærdsterapeutiske metoder (traditionel KAT og 3. bølge KAT).

Det er negativt, at der kun spørges til psykoterapeutiske og medicinske metoder, og ikke til generelle (non-specifikke, ikke metodebundne) terapeutiske faktorer, som der i psykoterapiforskning er gennem flere årtier er fundet større effekt ved end selve de terapeutiske metoder. Eksempler på generelle terapeutiske faktorer med god evidens for effekt er behandlerens empati, positiv anerkendelse, terapeutiske alliance, samarbejde, enighed om mål, løbende feedback (Norcross & Lambert, 2018; Lambert, 2013).

Vi vil anbefale, at man i de fokuserede spørgsmål først og fremmest inddrager spørgsmål vedr. de generelle terapeutiske faktorer (non-specifikke faktorer), da de har vist sig at have større sammenhæng med effekt af behandlingen end metoden alene (Norcross & Lambert, 2018; Lambert, 2013; Duncan, B.L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A., 2009).

Empati, positiv anerkendelse og alliance ville vi anbefale, man kunne have fokuserede spørgsmål til. F.eks. kunne behandling med og uden stor grad af empati sammenlignes. Dette gælder også for medicinsk behandling, hvor der også er vist forskel i effekten alt efter graden af lægens empati i forbindelse med ordinerings af medicin (Wampold, 2018; Wampold & Imel, 2015; Duncan., Miller., Wampold., & Hubble, 2009).

Vi vil anbefale, at man kun spørger til effekten af de psykoterapeutiske metoder, når man sikrer sig, at diversiteten i de psykoterapeutiske metoder tilgodeses ved at spørge til effekten inden for alle de 4 hovedretninger af psykoterapi: Humanistisk/eksistentialistisk, systemisk/narrativ, psykodynamisk og kognitiv adfærdsterapier.

Psykoterapiforskning har gennem årtier vist, at de psykoterapeutiske metoder ikke er brugbare til at skelne mellem, hvad der er effektiv behandling. Alle terapier, når de

undersøges ordentligt, viser typisk lige god effekt for forskellige psykiske problemer, når der kun måles på hvilken metode, der anvendes (Wampold, 2018; Wampold & Imel, 2015; Duncan., Miller., Wampold., & Hubble, 2009; Lambert, 2013).

Der kunne stilles et fokuseret spørgsmål i NKR til effekten af de forskellige metoder, hvor der kunne gives svar på, om metoderne var afgørende forskellig i effekt eller ej. Vi vil forvente, at der ikke er forskel, og at de NKR ville kunne anbefale at det ikke er afgørende, hvilken terapeutiske metode der anvendes.

Hvis der er mindre fokus på de psykoterapeutiske metoder som metoder, så ville man i NKR kunne have plads til fokuserede spørgsmål om andre faktorer, som har vist sig at have betydelig større effekt end specifikke metoder og teknikker, f.eks. de relationelle faktorer (Norcross & Lambert, 2015), terapeut faktorer og klient faktorer (Bohart A. & Tallman K. 1989; Castonguay & Hill, 2017; 1989; Duncan, B.L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A., 2009; Lambert, 2013).

Vi vil også anbefale, at man i NKR stillede fokuserede spørgsmål til psykoterapeutiske principper og processer på tværs af de psykoterapeutiske skoler (Castonguay & Beutler, 2005; Lambert, 2013; Greenberg, 2017)

Effekt af personcentrerede og oplevelsesorienterede psykoterapier

Selvom NKR for angst har en bias i forhold til at se ensidigt på metodefaktorer, og vi mener, det vil være mere relevant at stille fokuserede spørgsmål til de generelle faktorer og psykoterapeutiske principper og processer, så vil vi gerne orientere om hvilken effekt, der hidtil er demonstreret for personcentrerede og oplevelsesorienterede terapier. Vi vil også gerne pege på nogle af de psykoterapeutiske processer, som har vist sig gavnlige i forhold til angst problematikker inden for forskning i personcentrerede og oplevelsesorienterede terapier

Generelt er der fundet evidens for, at humanistiske og personcentrerede terapier er virksomme, og at effekten er varig. F.eks. har personcentreret terapi og emotions-fokuseret terapi (EFT) vist sig at have lige så stor effekt som kognitiv adfærdsterapi (Angus, Watson, Elliott, Schneider & Timulak, 2015; Cooper, Watson, Höldampf, 2010; Elliott, R., 2002; Elliott, Watson, Greenberg, Timulak & Freire, 2013).

Specifikt i forhold til angst problematikker er der fundet god effekt af personcentreret terapi og emotionsfokuseret terapi (EFT) for generaliseret angst (GAD) og social angst (SAD).

I forhold til generaliseret angst har der i de seneste år været et øget fokus inden for EFT på at udvikle specifik metodikker til at behandle generaliseret angst (Timulak & McElvaney, 2018; Watson & Greenberg, 2017). Der har i empiriske undersøgelser vist sig god effekt af især emotionsfokuseret terapi for generaliseret angst med effektstørrelser på 2.39 (Timulak, McElvaney, Keogh, Martin, Clare., Chepukova, & Greenberg, 2017; Watson, Chekan. & McMullen, 2017; Watson, Timulak & Greenberg, 2019). Nye studier af EFT er aktuelt i gang med lovende indledende resultater (Timulak., Keogh, Chigwedere, Wilson, Ward, Hevey & Irwin, 2018; Timulak, Keogh, McElvaney, Schmitt., Hession., Timulakova, & Ward, 2020)

I forhold til social angst (SAD) er der fundet god effekt for både personcentreret terapi og emotionsfokuseret terapi (EFT) med effektstørrelser på henholdsvis 1.01 og 1.75 (*Shahar, Bar-Kalifa & Alon, 2017; Elliott & Shahar, 2019*), hvilket er større end sammenlignelige studier med CBT.

Kigger man på mere specifikke aspekter af forandringer, så har de humanistiske og personcentrerede terapier især vist sig at være effektive til at bearbejde interpersonelle og relationelle aspekter af angstlidelser (*Elliott, Watson, Greenberg, Timulak & Freire, 2013; Adler, Shahar, Dolev, & Zilcha-Mano, 2018*)

Endelig har forskning inden for humanistiske personcentrerede og oplevelsesorienterede psykoterapier undersøgt effekten af :

- Psykoterapeutiske forandringsprocesser (process-outcome studies)
 - Specifikke terapeutiske procedurer (therapeutic tasks, task analysis)
 - Relationelle faktorer (empati, ubetinget positiv anerkendelse, alliance, mm.)
- (*Greenberg, 2017; Elliott, Watson, Greenberg, Timulak & Freire, 2013*)

Alle disse områder har relevans for behandling af angst og har indflydelse på udbyttet af behandling af angst. Derfor kan vi kun anbefale at der stilles fokuserede spørgsmål inden for disse områder, hvis man ønsker at fremme effekten af behandlingen af angst.

Konklusion

Kritik af NKR for angst i foreliggende version:

- Bias i retning af fokus på terapeutiske metoder, frem for andre terapeutiske faktorer
- Bias i psykoterapeutiske metoder i retning af Kognitiv Adfærdsterapier

Forslag til ændringer af NKR for angst for voksne:

- Fokuserede spørgsmål vedr. generelle (non-specifikke) terapeutiske faktorer (empati, positiv anerkendelse, compassion, alliance, feedback mm.)
- Fokuserede spørgsmål vedr. terapeutiske principper, forandringsprocesser og specifikke terapeutiske procedurer.
- Fokuseret spørgsmål, der kan afgøre om fokus på psykoterapeutiske metoder bidrager til bedre effekt eller ej, der kunne føre til anbefaling af terapeutisk diversitet
- Habilitetserklæringer fra arbejdsgruppe medlemmer bør indeholde spørgsmål vedr. medlemmets affiliation/tilknytning til bestemte psykoterapeutiske retninger herunder behandling med psykofarmaka.
- Arbejdsgruppen bør sammensættes med diversitet, der afspejler de 4 psykoterapeutiske hovedretninger (humanistisk/eksistentialistisk, psykodynamisk, systemisk/narrativ og kognitiv adfærdsterapeutisk, samt den medicinske terapietning (behandling med psykofarmaka)

Høringssvaret er udarbejdet af:

Niels Bagge, cand. psych, aut. psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi

Maria Christensen, cand. psych., aut. psykolog, specialist i psykoterapi

Daniel Hoffmann, stud psych.

Dato for hørings svar:

5. juni 2020

Referencer:

Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2018) The Development of the Working Alliance and Its Ability to Predict Outcome in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2018;206(6):446-454. doi:10.1097/NMD.0000000000000814

Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: from methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychother Res.*;25(3):330-347. doi:10.1080/10503307.2014.989290

Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.

Castonguay, L. G & Hill, C. E. (2017). *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?: Understanding Therapist Effects*. United States: American Psychological Association.

Cooper, M., Watson, J. C., & Höldampf, D. (2010): *Person-Centered and Experiential Therapies Work: A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books

Duncan, B.L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A.(Eds.). (2009). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy (2nd ed.)*. Washington, DC: APA.

Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (p. 57–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-002>

Elliott, R., & Shahar, B. (2019). *Emotion-focused therapy for social anxiety*. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p. 337–360). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-015>

Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (pp. 495-538). New York: Wiley.

Greenberg, L. (2017). *Emotion-focused therapy. Revised Edition*. Washington, District of Columbia: American Psychological Association.

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>

Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *J Consult. Clin. Psychol.* ;85(3):238-249. doi:10.1037/ccp0000166

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D. & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-11.

Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 3.

Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361.

Timulak, L., & McElvaney, J. (2018). *Transforming generalized anxiety: an emotion-focused approach*. London: Routledge.

Wampold B. E. (2018). The Therapeutic Value of the Relationship for Placebo Effects and Other Healing Practices. *International review of neurobiology*, 139, 191–210. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.019>

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.

Watson, J.C., Chekan S.S. & McMullen E. (2017) Emotion-focused psychotherapy for GAD: individual case comparison of a good and poor outcome case, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16:2, 118-139, DOI: [10.1080/14779757.2017.1330707](https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330707)

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. Washington, DC: American Psychological Association.

Watson, J., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2019). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder*. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p. 315–336). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-014>



Til: Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens ”Nationale kliniske retningslinje for behandling af angst hos voksne”

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens, udkast til national klinisk retningslinje for ” for behandling af angst hos voksne”. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde, og har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed, Lone Katballe, Ledende fysioterapeut Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Afdelingen for Fysioterapeuter og Michael Timmermand fysioterapeut, efteruddannelse i psykiatrisk fysioterapi, souschef for ergo- og fysioterapeuter i Psykiatrisk Center København samt Camilla Rosendal Lindekilde, fysioterapeut Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Afdelingen for Fysioterapeuter.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

Generelt er det et meget relevant og aktuelt emne, med væsentlige implikationer for fysioterapeutisk praksis inden for behandling af voksne med angst.

Vi finder det dog uheldigt at der gives en svag anbefaling mod kropsterapi, som i dette tilfælde dækker over fysioterapi, da de former for kropsterapi man har vurderet effekten og evidensen af, ikke stemmer overens med de metoder fysioterapeuter anvender i praksis i psykiatrien.

Fysioterapeuter i psykiatrien vil oftest være efteruddannede inden for Ressourceorienteret fysioterapi eller Basic Body Awareness Therapy (B-BAT) og arbejde ud fra denne tilgang, hvilket er noget andet end de ovenfor nævnte interventioner.

For nuværende findes der formentlig kun mindre studier med begrænset forsknings tyngde omhandlende effekten af B-BAT og angst, men så vidt vi er orienteret pågår der forskning indenfor disse områder der har til formål at afdække effekten af interventionerne, der er en central komponent i vanlig fysioterapeutisk praksis.

Vi mener derfor at dette afsnit ikke er retvisende for gældende klinisk praksis og anbefaler at



der laves en revurdering der tager afsæt i denne for at styrke den kliniske retningslinjes kvalitet.

Hvis det ikke er muligt at inddrage dette, anbefaler vi at der tilføjes en note og endvidere bør det tydeliggøres og understreges at der er stærkere fagligt forankrede interventionsformer inden for samlebegrebet kropsterapi og at afsættet i denne retningslinje beskrives som de former der er fundet studier på (Reiki, Yoga, kropslig afspænding og tankefelt terapi).

Endelig anbefales at man i en eventuel praksisanbefaling for kropsterapi, inddrager perspektiver fra kvalitative studier, eksempelvis studiet Ölund et al (2018) Anxiety management: Participants' experiences of a physiotherapeutic group treatment in Swedish psychiatric outpatient care som anbefaler at fysioterapeutisk gruppeterapi kan være et brugtbart add-on treatment til standardiseret behandling for angstlidelser, herunder psykoterapi og medicin.

Vi finder det bekymrende hvis fysioterapeutisk kropsterapi/fysioterapeutisk behandling sættes i relation til den kropsterapi der beskrives i retningslinjen (eks.: Reiki, Yoga, kropslig afspænding) og foreslår at man i retningslinjen tydeliggør dette eksempelvis ved at inddrage fokus på hvilke faggrupper der udfører de ikke-medicinske behandlingsmodaliteter. Alternativt foreslås at der i fremtidige udarbejdelse af retningslinjer, målrettet ikke-medicinsk behandling af voksne med angst, anlægges et faggruppeperspektiv.

Ved gennemlæsning af anbefalingerne er det uklart hvordan det er vurderet at ulemperne er større end fordelene inden for de 'kropsterapier', der ikke er artikler på, eksempelvis tilpasset fysisk aktivitet og terapeutisk berøring?

Måske tilpasset fysisk aktivitet og terapeutisk berøring er terapiformer der kan relateres tæt til den fysioterapeutiske behandling der anvendes i psykiatrien og det man ville kalde "god praksis", men som der ikke her i retningslinjen er studier på? Som Lone beskriver bliver der i den fysioterapeutiske behandling i psykiatrien arbejdet ud fra kropsterapeutiske metoder som Ressourceorienteret fysioterapi og Basic Body Awareness Therapy (B-BAT), men vi har behov for at kunne tydeliggøre at dette ikke 'bare' er kropsterapi.

Tekstnære bemærkninger

11 – Implementering (s. 71):

Det bemærkes at der påhviler Dansk selskab for Fysioterapi en særlig formidlingsopgave, idet retningslinjen ikke forholder sig til vanlig klinisk praksis for fysioterapi til voksne med angst.

13 - Opdatering og videre forskning (s. 74):



Vi foreslår at man tilføjer en anbefaling om opdatering og forskning som i højere grad afspejler vanlig fysioterapeutisk praksis i behandling for voksne med angst, herunder Ressourceorienteret fysioterapi eller Basic Body Awareness Therapy (B-BAT).

På vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed.

Lars Henrik Larsen

Næstformand, Dansk Selskab for Fysioterapi
Fysioterapi

Bibi Dige Heiberg

Faglig konsulent, Dansk Selskab for



Til Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab,
NKRsekretariat@sst.dk

Høringsvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af angst hos voksne

KL har modtaget udkast til national klinisk retningslinje for behandling af angst hos voksne i høring.

Retningslinjerne har i sin nuværende form et hovedfokus på behandling af egentlig behandlingskrævende angst. KL har den overordnede bemærkning, at retningslinjerne med fordel kunne suppleres med det forebyggende og tidlige perspektiv dvs. hvordan kan det afhjælpes, at mistrivsel eller tidlige tegn på ikke-behandlingskrævende angst udvikler sig, ligesom et tydeligere fokus på forebyggelse af tilbagefald kunne være hensigtsmæssigt. Samtidig kunne et tydeligere fokus på det der ikke er kernesymptomer være hensigtsmæssigt, herunder et tydeligere fokus på pårørende, fx med inddragelse af psykoedukation. Elementer som med fordel kunne tages op i fx en efterfølgende udbygning af retningslinjerne eller lignende mere tværsektorielt orienteret anbefalingsmateriale.

Det kunne desuden være hensigtsmæssigt indledningsvis af hensyn til læsevenlighed at tydeliggøre, at retningslinjerne netop er afgrænset til egentlig behandlingskrævende angst, og altså ikke vedrører forebyggende eller tidlige tiltag, ligesom der med fordel kunne peges på, hvor der er behov for yderligere forskning for på sigt at kunne styrke anbefalinger til behandling på området.

KL tager forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser ved de reviderede retningslinjer. KL forbeholder sig endvidere ret til at komme med eventuelle supplerende bemærkninger efter politisk behandling.

Med venlig hilsen

Janet Samuel

Dato: 3. juni 2020

Sags ID:
Dok. ID:

E-mail: TLE@kl.dk
Direkte: 3370 3562

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Sundhedsstyrelsen
NKR Sekretariat

DANSKE
REGIONER



8. juni 2020

EMN-2017-02007

Annamaria Marrero Zwinge

Hørings svar vedr. national klinisk retningslinje for behandling af angst hos voksne

Danske Regioner har den 28. februar 2020 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for for behandling af angst hos voksne, i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Generelle faglige kommentarer

Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje af behandling af angstlidelser hos voksne er et yderst kompetent og grundigt arbejde, som bygger på nyeste evidens. Den er både hjælpsom og overskuelig og indeholder virkelig relevante og fokuserede spørgsmål.

Det er også glædeligt, at nyere terapiformer er vurderet. Dog bør ACT ikke på nuværende tidspunkt være et alternativ som førstevalgsbehandling efter nøje overvejelse, da evidensen ikke er god nok. Metakognitiv terapi som førstevalg er heller næppe nok dokumenteret, men er dog ofte en del af CBT-behandlingen i dag mange steder. Det kunne derfor være ønskværdigt at vurdere og forske i, om kombinationen af CBT og metakognitiv terapi til GAD er bedre end blot CBT.

Anbefaling nr. 1 findes at bygge på et utilstrækkeligt grundlag og bør revideres. Det fremgår således, at det "svagt" anbefales at anvende kognitiv adfærdsterapi (KAT) som førstevalgsbehandling fremfor antidepressiv medicin alene eller i kombination af de to.

Af "nøgleinformationerne" fremgår at medicin øger funktionsniveauet i højrede grad end KAT alene. Samtidig fremgår det, at alvorlige bivirkninger er sjældne, men

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

hyppigere i den medicinsk behandlede gruppe. Under patientpræferencer fremgår det, at der er modstridende hensyn, men at det er arbejdsgruppens "forventning" at flere patienter foretrækker KAT.

I denne forbindelse er det væsentligt at holde sig for øje, at der er betydelige forskelle i hvilke ressourcer de to behandlingsmetoder lægger beslag på (se desuden nedenfor).

Det findes ikke rimeligt, at en national retningslinje hovedsageligt bygger sin argumentation på en arbejdsgruppes udokumenterede forventninger.

I forhold til anbefalingen i mod kropsterapi, skal det anføres, at dette er i modstrid med SST udgivelse "Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande". Her er konklusionen, at der er: "moderat grad af evidens for en positiv effekt af fysisk træning til personer med en angst-diagnose".

Det kunne ønskes, at retningslinjen omfattede flg. emner:
Individuel overfor gruppe terapi.

Begrundelse for udvælgelse af de omtalte terapiformer og ikke andre.

Angivelse af i hvor stor grad den psykoterapeutiske metode er afgørende i forhold til, hvor stor effekt kan tilskrives til non-specifikke faktorer.

Det er rigtig positivt, at det tydeligt fremgår, at psykoterapeutisk behandling bør være førstevalg i behandlingen af angstlidelser.

En præmis i NKR er, at de enkelte psykoterapeutiske behandlinger virker og har nogen effekt på forskellige angstlidelser, hvilket også er fastslået i en række andre studier.

I alle afsnit er patientpræferencer nævnt, hvilket også er rigtig godt, da patienter møder sig selv og forstår deres psykiske problemstillinger på mange forskellige måder, der fordrer en høj grad af dialog omkring behandlingen. Dette er især vigtigt ved angstbehandling, da den ofte kræver en ret stor indsats fra patientens side (og på kort tid: 12 sessioner på 12 uger som ses at være den anbefalede behandling-længde) og behandlingen skal derfor hurtigt være meget meningsgivende for patienten.

Det anbefales, at det fine og gode afsnit om patientpræferencer (s. 12) tydeliggøres som én af hjørnestenene i angstbehandlingen, gerne med uddybning og således, at det står tidligere i den samlede tekst, gerne som noget af det første.

Arbejdsgruppen skriver også, at de forventer, at de fleste vil foretrække KAT fremfor medicin.

Dette vil også tydeliggøre det paradoksale i, at det kan være rigtig svært at få tilbudt hurtig, relevant og kompetent psykoterapeutisk behandling, hvis man har en angstlidelse. Denne er langt henad vejen forbeholdt dem, der har råd til det tilbud i primærsektoren, der er en betingelse for at blive visiteret videre til den hospitalsbaserede psykiatri.

Medens medicin noget hurtigere kan tilbydes. Og bliver tilbudt.

Disse overvejelser er berørt af rapporten på side 25 i forhold til internetbaseret terapi, men bør fremgå tydeligere som et generelt problem. Dette er et kæmpeproblem i forhold til målsætningen om Lighed i Sundhed.

Der mangler beskrivelse af behandlingsniveauer.

Væsentligste anke er i forhold til (5) Langtidsbehandling med benzodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst.

Det findes højest uheldigt, at en NKR kommer med selv en svag anbefaling om brug af BZD. Dels bygger anbefalingen kun på et enkelt studie med 122 deltagere, der alle havde social angst, og kun blev fulgt i 12 uger under Clonazepambehandling. BZD virker rigtig godt på angst, og kan være indiceret i den akutte behandling, men anbefalingen i NKR er i direkte modstrid med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og der er længe blevet kæmpet for at få udfaset BZD fra angstbehandlingen.

Alle der arbejder med angst har set hvad langvarig (år) behandling med BZD gør ved patienterne og de negative langtidseffekter er vel beskrevet og altid en katastrofe for patienten.

Det frygtes, at en selv svag anbefaling i et NKR vil få flere læger til at udskrive BZD (som der ofte er et massivt pres for at få) og samtidig give patienterne et argument for at bede om langtidsbehandling.

Udfra den viden man ellers har om BZD, anbefales det på det kraftigste, at denne anbefaling slettes, og ændres til anbefaling imod.

Som det også er skrevet på side 74: "Der er generel mangel i litteraturen i forhold til studier, der differentierer mellem typisk svære angstlidelser med komorbiditet som man ofte ser i psykiatrien og typisk lettere angstlidelser og enkeltfobi diagnoserne, som man typisk ser i primærsektoren. Det er måske ikke den samme behandling, der virker for begge grupper."

Som i mange andre tilfælde, så er der et godt stykke fra den måde man designer studierne til den virkelighed man står i, når patienter har fået det så dårligt, at de ender i den hospitalsbaserede psykiatri.

I studierne indgår oftest patienter uden comorbiditet og, hvilket ikke fremgår, muligvis patienter, der ikke tidligere har været behandlet for angst.

Som i RADS anbefalingerne til medicin, hvor det fremgår, at anbefalingerne gælder patienter der ikke tidligere behandlet med medicin, kunne det med fordel også fremgå her, hvem anbefalingerne helt præcis retter sig imod.

Det bør fremgå tydeligere, at patienten kan vælge en kropslig tilgang og måske opnå en vis lindring på fysiske symptomer, men at denne tilgang ikke har effekt på angstlidelsen.

Hvis KAT også er 1. valget i primærsektoren, så bør vi altså også kunne noget andet. Her synes at blive generaliseret lidt hurtigt udfra ret få og små studier i forhold til en række 3. bølge terapier, som de fleste KAT-terapeuter i Regionens angstklinikker på

en eller anden måde også omfavner og bruger lidt eklektisk, når standardbehandlingen ikke har virket.

Eksempelvis er den svage anbefaling imod Unified Protocol igen kun baseret på en enkelt undersøgelse.

Som det fremgår til sidst i NKR, så er angstlidelser invaliderende for mange. En dårlig angstpatient kan være lige så forpint som en, der lider af skizofreni. Angst kan behandles, og der bør derfor sættes helt anderledes på denne alt for anonyme patientgruppe.

Herudover giver retningslinjen anledning til følgende spørgsmål:
Hvorfor vurderes CFT så positivt, når der ikke er dokumentation herfor?
Hvorfor sammenlignes gruppe- og individuel terapi ikke?

Med venlig hilsen

Rósa Víkingsdóttir
Konsulent
Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)

Kristoffer Lande Andersen
Informationsmedarbejder
Sundhedsstyrelsen
NKR angst

Dato: 11. juni 2020

Høringssvar fra DPS vedr. NKR for angst:

Overordnet er det nogle kliniske relevante spørgsmål, der er undersøgt i denne NKR. Men det er en NKR, der kommer til at være svær at bruge som guideline i psykiatrien, da anbefalingerne langt hen ad vejen, ikke forholder sig til lavt funktionsniveau, høj komorbiditet, samt at behandlingen langt hen ad vejen forgår i gruppeformatet i psykiatrien. Der vil være markante forskelle på funktionsniveau og komorbiditet i forhold til den typiske primær sektor patient contra den typiske psykiatriske patient, som også vil afspejle sig i forhold til tilgangen i behandlingen.

Ad 3-

Det anbefales, at KAT behandlingen varer minimum 12 uger, er der evidens/begrundelse for det? I en angstpakke i psykiatrien er der i alt 15 t, hvoraf kun 6-7 t er beregnet til terapi. Det bliver derfor umuligt for dagens psykiatri at leve op til retningslinjen.

Patienter der tidl. har haft god effekt SSRI behandling, og et uproblematisk behandlingsforløb med SSRI, der kan SSRI vel godt være 1.valg ved tilbagefald?

Ad 4-

Det er meget svært at se, at det skulle være sandt, at internetbaseret KAT skal være 1. valg for alle angstpatienter. Er undersøgelserne i forhold til internetbaseret KAT og KAT med helt sammenlignelige målgrupper hvad angår funktionsniveau og komorbiditet?

Internetbaseret terapi er et godt tilbud til velfungerende angstpatienter i primær sektoren, og som follow-up til KAT-behandling enten i psykiatrien eller primær sektoren. Der vil klart være nogen, hvor det er nemmere at få/søge hjælp ved internetbaseret, der vil samtidig også være en ret stor målgruppe af patienter med massiv undgåelse, hvor internetbaseret KAT vil være meget nemt at undgå, og derfor med risiko for forringelse af behandlingen.

Det er vigtigt, at det fremgår, at det internetbaserede tilbud også har en selektion/visitation. Jeg havde for nyligt en patient, der som followup til KAT behandling søgte interbaseret terapi og fik at vide, at hun havde for

svær angst. Der er vel en risiko, at denne anbefaling vil øge internetbase-rede tilbud, som igen vil fortynde andre tilbud som f.eks. KAT behandlingen i psykiatrien, det vil være med risiko for en forværring af behandlingen for de psykiatriske angstpatienter.

Derfor vil denne anbefaling i høj grad kunne mistydes og bruges til yderligere effektiviseringer.

Ad 5-

God anbefaling. Har i forholdt jer til om benzodiazepinbehandling forhindrer effekt af terapibehandling. Det er nemlig en velkendt skrøne, at man ikke kan indgå eller drage nytte af terapi, hvis man er i behandling med benzodiazepin.

Ad 6.1, 6.2, 6.3, 6.4-

NRK's anbefaling stemmer overens med god klinisk praksis. Der skal overvejes brugen af formuleringen " Det er arbejdsgruppens vurdering, at der muligvis ikke er betydelige forskelle mellem de to interventioner". Det er i høj grad en formulering, der ligger op til fortolkning og gør, at anbefalingen bliver meget uklar, og formuleringen bærer præg af gisninger.

Ad 7-

Det er svært ud fra det skrevne at forstå, at SSRI får en svag anbefaling fremfor pregabalin. Som jeg læser det er så er effekten sammenlignelig, men pregabalin har mindre alvorlige bivirkninger og mindsker frafald grundet bivirkninger. De skal vel i det mindste sidestilles eller?

Ad 8-

Anbefalingen skønnes klinisk relevant og matcher god kliniks praksis.

Ad 9-

Det er blevet lidt rodet. I stiller et spørgsmål om tillæg af mindfulness, men vælger at undersøge Mindfulness alene, det går vel ikke. Jeg vil anbefale at holde jer til at i ikke fandt evidens for det stillede spørgsmål, og selvfølgelig ærgerligt at spørgsmålet ikke var KAT versus MBCT.

På Dansk Psykiatrisk Selskabs vegne

Clas Winding
Overlæge

Manuskriptets styrker

Den Nationale Kliniske Retningslinjes (NKR) emneområde er særdeles relevant, således som det klart begrundes i kap. 10 med angivelse af angstlidelsers forekomst og omkostninger for det enkelte menneske og samfundet.

Behandlingen sker ved to forskellige tilgange, nemlig medicinsk behandling og kognitiv adfærdsterapi (KAT), hvor førstnævnte varetages af læger, mens sidstnævnte primært er udviklet af psykologer under fortsat udvikling af nye teknikker og tiltagende bred implementering i behandlingssystemet, således at KAT eller forskellige teknikker herfra anvendes af mange forskellige faggrupper, herunder læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og pædagoger.

Formålet er klart angivet i kap. 2

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet

Men retningslinjen henvender sig også til patienter, pårørende og andre, der ønsker viden om området.

Patientgruppen er afgrænset til

Voksne med hoveddiagnoserne for de primære angstlidelser: socialfobi (ICD-10: F40.1; DSM 300.23), panikangst (ICD-10: F41.0; DSM 300.01), generaliseret angst (ICD-10: F41.1; DSM 300.02), agorafobi (ICD-10: F40.0; DSM; 300.22)

Disse lidelser er de hyppigste hos mennesker med F4-lidelser, men en så vigtig lidelse som PTSD indgår ikke. Det kan dog begrundes ved, at denne population af patienter er meget heterogen. OCD indgår ej heller, men OCD er ikke en primær angstlidelse og vil fremover i ICD-11 som i DSM 5 ikke længere klassificeres som en F4-lidelse.

De fokuserede spørgsmål kap. 3-9 omfatter forhold om den medicinske behandling alene (kap. 5 og kap. 7), samt en sammenligning af medicinsk behandling med KAT alene eller i kombination hermed. Yderligere indgår i NKR nye former for psykologisk behandling eller tilgang til angstlidelser, herunder internet baseret psykoterapi (kap. 4), såkaldte tredjebølgeterapier (kap. 6), kropsterapi (kap. 8) og mindfulness (kap. 9).

De fokuserede spørgsmål må betegnes som velvalgte både set ud fra den daglige kliniske virkelighed og den videnskabelige udvikling inden for behandling af angstlidelser, især inden for psykoterapi, samt muligheden for internet baseret behandling.

Styrken ved en NKR ligger implicit i dens metode med de grundige muligheder for at belyse en omfattende og heterogen forskningslitteratur og på eksplicit og kvalificeret måde at kunne angive styrke og svagheder i en grad, at der kan formuleres klare anbefalinger ud fra kriterier som angivet i kap. 16.

Arbejdsgruppen indsats i analyse af den udvalgte litteratur og den detaljerede præsentation af resultaterne og grundlaget for evidensvurdering er udtryk for en stor og vigtig arbejdsindsats.

Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Generel bekymring

Styrken ved den NKR metodologiske tilgang er på sin vis også svagheden, når formålet som ovenfor anført er, at NKR skal kunne anvendes af mange forskellige faggrupper og pårørende. Præsentationen af evidensen og diskussionen som begrundelse for anbefalinger er yderst teknisk og kræver ikke kun betydelig erfaring med læsning af videnskabelige artikler, men en specialviden i analyse af forskningsresultater fra kliniske studier. De sammenfattende tabeller er dog til hjælp.

Formulering af anbefalinger

Dette vil formentligt betyde, at de fleste læsere primært vil læse anbefalingerne, og den sproglige og indholdsmæssige formulering bliver derfor helt afgørende for det budskab, NKR bringer. Flere af anbefalingerne forekommer ikke sprogligt klart nok præciseret eller er temmelig indforstået formuleret.

For anbefalingen i Kap. 6.1 hedder det for eksempel

Svag anbefaling mod

Tilbyd kun Acceptance-Commitment terapi som førstevalgsbehandling ved generaliseret angst efter nøje overvejelse, da det er usikkert, om effekten sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi er ligeværdig

Der er ikke evidens, der understøtter at Acceptance-Commitment terapi kan ligestilles med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling. Det er arbejdsgruppens vurdering at nogle patienter vil ønske Acceptance-Commitment terapi, da denne terapi i højere grad inddrager kropslige og følelsesmæssige elementer og fokuserer på en eksistentiel accepterende livsanskuelse

Det forekommer svært at forstå, hvad *nøje overvejelser* indebærer, når der ikke er evidens for, at ACT kan ligestilles med KAT, som jo er en dokumenteret behandling. Begrebet *nøje overvejelse* anvendes gennemgående i anbefalingerne, men reelt set uden at man blive klogere herved. Udsagnet i den sidste ovennævnte sætning er mildest talt diffust: *da denne terapi i højere grad inddrager kropslige og følelsesmæssige elementer og fokuserer på en eksistentiel accepterende livsanskuelse*. Det kan være retorisk forførende, men reelt udsiges der intet fagligt.

Der er derved en vis modsætning mellem formuleringer af flere anbefalinger med skøn, overvejelser, indtryk af patientpræferencer og beskrivelse af behandlingsintentioner og den metodetunge analyse af resultaterne og meget teknisk detaljerede beskrivelse. Men det er måske tilstræbt ved formulering af anbefalinger i NKR?

Det er uheldigt, at tredjebølgeterapier ikke præcist beskrevet i NRK, men kun meget kort omtalt, og under de enkelte afsnit i Kap. 6.1-6.4 kan det tilmed være svært at se, hvori forskellen består mellem KAT og de nye terapier. Det betyder, at tredjebølgeterapiers mulige betydning gennem anbefalingerne får større tyngde, end der er begrundelse for. Med meget kritiske øjne kan der stilles spørgsmål ved, om der overhovedet foreligger tilstrækkelig gode undersøgelser til at udforme anbefalinger vedrørende tredjebølgeterapierne. For de nævnte terapier er udført 1-2 undersøgelser primært ved GAD af tvivlsom værdi.

Yderligere er der en del *mavefornemmelse* for, hvad patienter ønsker, for eksempel ovennævnte ACT terapi, fordi den *fokuserer på en eksistentiel accepterende livsanskuelse*, eller der indføres specielle betegnelser som på p. 54: *kropslig tilgang*

Det kan være patienter, der har særlige behov for *en kropslig tilgang* til behandlingen af angstsymptomer.

Arbejdsgruppens synspunkter indgår i anbefalingerne, hvor det kan være vanskeligt at gennemskue begrundelserne herfor, selv om afsnittene "Rationale" forsøger at gøre det. Det bevirker, at nogle udsagn, der er forekommer subjektive kan opfattes som autoritative udsagn hos de – formentligt de fleste - der kun læser anbefalingerne. Det gælder som nævnt især for omtalen af tredjebølgeterapier, kropsterapier og mindfulness.

En anden begrænsning i omtalen af den veletablerede behandling efter KAT principper er, at der ikke skelnes mellem individuel og gruppebehandling.

Kap. 5 om behandling med benzodiazepiner er desværre kun baseret af 1 studie af patienter med socialfobi, og delvist af et andet med patienter med panikangst, og det er dermed næppe rimeligt at anbefale det generelt - om end med svag anbefaling - til angstpatienter med behandlingsrefraktær angst. Omtalen af skadelige bivirkninger er upræcist, når det anføres: *behandlingen også kan være afhængighedsskabende, og der formentligt er et misbrugspotentiale*. Hvis første del af sætning er korrekt, er der selvfølgelig også et misbrugspotentiale, men dette væsentlige forhold er ikke belyst i randomiserede studier. Da netop risikoen for afhængighed ved langtidsbehandling er et af de centrale spørgsmål, er der ikke meget reel information i anbefalingerne. At behandlingen tilmed skal varetages eller ske i samråd af speciallæge er jo en betingelse dikteret af sundhedsmyndighederne og ikke af den videnskabelige litteratur, der omtales.

Nosologi

Det viser sig desværre, at behandlingsmetoder omtalt i kap. 3-9 ikke er blevet systematisk undersøgt ved alle de ovennævnte F4-tilstande. Overraskende nok er GAD ikke undersøgt i studier i Kap. 3, der belyser effekten af KAT vs medicin vs kombinationsbehandling, mens GAD stort set kun er indgået i studier af tredjebølgeterapier. Det er vigtigt, at dette klart kommer frem i anbefalingerne – og i selve overskrifterne, da man ikke uden videre kan generaliseret studier af en F4-lidelse til andre F4-lidelser. Selv om det har været overvejet, om de ovennævnte F4-lidelser kan opfattes som led i et generelt neurotisk syndrom, fremtræder de dog i ICD-10 som særskilte lidelser med betydelige forskelle i symptombilledet. Panikangst er kendetegnet ved anfald, agorafobi kan optræde som selvstændig lidelse men ses ofte som en følge til panikangst og dermed udtryk for denne lidelses sværhedsgrad. Bekymringstendens er dominerende ved GAD, og den nosologiske placering af GAD er også mere omdiskuteret end for de andre F4-lidelser. Der er litteratur, der peger på, at GAD måske snarere hører til under affektive lidelsers end under nervøse lidelser. Det kan derfor være problematisk, at der ikke tydelig skelnes mellem de forskellige angstlidelser mht mest effektiv behandling og med fokus på de centrale angstelementer: panikangst, fobisk undgåelsesadfærd, bekymrings/forventningsangst - særlig i det vigtigste afsnit kap. 3: kognitiv adfærdsterapi, antidepressiv medicin eller kombinationsterapi.

Prædiktorer

Det er kun i begrænset og indirekte omfang belyst, hvilke faktorer, der har særligt behandlingsmæssigt prognostisk betydning. Det betyder, at anbefalingerne kommer til at gælde angstlidelser uanset deres sværhedsgrad, hvilket næppe er rimeligt. Det er fortsat ikke afklaret om fx KAT primært bør anvendes ved angstlidelser af let til moderat grad, mens medicin tilsvarende bør anvendes til sværere eller som det udtrykkes i NKR: komplekse angstlidelser, således som det ofte fremstilles i lærebøger. Tilsvarende, at KAT altid skal anvendes ved angstlidelser med væsentlig uundgåelsesadfærd (agorafobi). I NKR ser det ud til, at alle metoder kan anvendes ved alle angstlidelser uanset sværhedsgrad. Det er en svaghed ved NKR, at sværhedsgraden ikke klart adresseres, men alligevel indirekte og forsigtigt formuleres som

Kombinationsterapi (antidepressiv medicin og kognitiv adfærdsterapi) bør overvejes, når patienten er svært forpint, ved komplekse angstlidelser som for eksempel langvarig angst, høj sværhedsgrad og/eller samtidig komorbiditet f.eks depression og personlighedsforstyrrelser

Dette risikerer at svække implementeringen af NKR i klinisk arbejde, at F4 grupperne kommer til at fremstå som homogene, hvad de ikke er i den kliniske virkelighed. Der er klinisk set en prognostisk forskel mellem at have panikangst uden eller med svær agorafobi, hvor sidstnævnte er mest invaliderede, ligesom prognosen er generelt dårligere ved høj grad af komorbiditet. NKR kunne med fordel have belyst, om det er tilfældet, herunder komme med mere præcise anbefalinger af valg af behandling af personer med moderat vs svær angstlidelser. Det anføres dog som nævnt forsigtigt, at der er forskel i valg af behandling ved behandling af *simple og komplekse angstlidelser*, hvor kombinationsbehandling anbefales.

Man savner også en mere detaljeret beskrivelse af de i studierne inkluderede patienter, især hvorfra i behandlingssystemet, de er rekrutterede til studierne, hvilket kan have betydning for lidelsernes sværhedsgrad og behandling. I et studie omtalt i kap. 4 om internetbaseret psykoterapi blev patienterne rekrutteret fra venteliste over folk som ønskede internetbaseret terapi, fra praktiserende læge, fra psykiatrisk ambulatorium eller fra en hjemmeside. Det er en ret heterogen gruppe af patienter. Yderligere savner man belysning af behandling betinget af kønsforskelle, når der er væsentligt forskel i sygdomsprævalens mellem kønnene.

Forslag til ændringer

Udover ovennævnte forslag til præciseringer bør Kap. 5 og kap. 8 indholdsmæssigt og logisk stå efter hinanden som kap.5 og kap 6, mens kap 4 skal flyttes ned før kapitlet om tredjebølgeterapi.

Den pædagogiske set glimrende ide med at præsentere anbefalingerne initialt (side 4-7) burde suppleres med en kort passus for hver anbefaling, om hvor mange studier (eller lignende mål), anbefalingerne er baseret på jf kritikken af anbefalinger for tredjebølgeterapi og benzodiazepin behandling ved refraktær angst, som omtalt ovenfor.

I kap. 13 anføres områder med manglende forskning, og man kunne allerede *indledningsvist* kort omtale, at der inden for flere af de fokuserede spørgsmål kun er meget begrænset antal studie og tilmed ikke for alle angstlidelser, og at de i sagens natur begrænser hvilke anbefalinger, man er nået frem til.

Kommentarer i manuskriptet

Der er indført en række kommentarer til NKR direkte i pdf-filen vha Adobe Acrobats redskab hertil særligt vedrørende terminologi. Det kan for eksempel nævnes, at der flere gange bruges upræcise eller indforståede betegnelser som *kritisk outcome*, hvor *outcome* jo ikke er et dansk ord, *ikke- alvorlige skadevirkninger* og *alvorlige skadevirkninger*, herunder ikke kun i relation til medicin, men også til KAT uden at sådanne skadevirkninger er defineret. *Svært nedsat funktionsevne* og *funktionsniveau* bør også klarere defineres. Endeligt afventer manuskriptet korrektur for enkelte stavefejl i høringsudgaven.

Afsluttende bemærkning

Det er indlysende, at der på dette tidspunkt af processen næppe er mulighed for at foretage detaljerede nye dataanalyser på baggrund af ovennævnte forslag til præciseringer, men forhåbentligt kan teksten tilpasses og tilgodese nogle af de nævnte forhold samt kommentarer i pdf-filen.

Peer-review af National klinisk retningslinje for behandling af angstlidelser hos voksne

Manuskriptets styrker

Det er en styrke, at man i retningslinjen søger at besvare specifikke og konkrete spørgsmål, som ikke er behandlet tilstrækkeligt i referenceprogrammet for angstbehandling fra 2007. Dette gælder også områder, hvor der er sket ændringer over tid såsom fremkomsten af tredjebølgeterapiformer og nye farmakologiske behandlingsformer eller ændringer i brugen af medicin.

Manuskriptets svagheder og mangler

Retningslinjen er præget af betydelige svagheder. Nedenfor gives generelle kritikpunkter efterfulgt af review af enkeltpunkterne.

Overordnede svagheder og mangler

Retningslinjen er i den fremsendte udgave skæmmet af utallige stave- og slåfejl (eksempelvis i titlen på forsiden), inkonsistent brug af begreber og sproglig uklarhed. Den samlede tekst bør både gennemgås sprogligt og indholdsmæssigt, og det er vigtigt, at der indgår en faglig ekspert i dette arbejde.

Der anvendes fokuserede PICO-spørgsmål, hvilket baserer sig på faglige eksperters vurdering af særligt vigtige områder. De valgte spørgsmål efterlader læseren med undren. Hvorfor indgår spørgsmålene omkring medicin vs. psykoterapi som førstevalg, når dette område er grundigt belyst i utallige og mere grundige metaanalyser og oversigter? Og omvendt: Hvorfor formuleres spørgsmål, som erfarne klinikere på forhånd må antage, at der er ganske begrænset empiri i forhold til at besvare?

Det undrer, at der gives anbefalinger for alle angstlidelser i nogle tilfælde og kun for generaliseret angst i andre. Hvorfor fokuseres fx kun på generaliseret angst i spørgsmålene omkring tredjebølge KAT?

Der gives gentagne anbefalinger for specifikke angstlidelser uden empirisk underbygning. Fx i afsnittet om behandling med benzodiazepiner, hvor der gives anbefaling for panikangst, agorafobi, generaliseret angst

og socialfobi, selvom der blot indgår ét studie og dette er i forhold til socialfobi. Alle anbefalinger bør gennemgås for denne pointe. Adskillige anbefalinger er desuden baseret på yderst begrænset dokumentation eller totalt fravær af empiri.

I gennemgangen af anbefalinger punkt for punkt, synes der at være manglende konsistens i brugen af anbefalinger. Som det fremgår nedenfor, er det eksempelvis uklart, hvorfor der gives så positiv en anbefaling for internetbaseret behandling.

Det er uklart hvorfor der tillades supplerende spørgsmål som grundlag for anbefalingerne omkring kropsterapi og mindfulness, og hvorfor anbefalingerne baserer sig på de supplerende analyser, snarere end den mangel på empiri, som belyser det spørgsmål, der er stillet a priori.

Endelig er det vanskeligt at vurdere præmisserne for de konklusioner, der drages, i og med at mange detaljer ikke indgår. Undertegnede har heller ikke fået tilsendt nogen oversigt over metodikken bag metaanalyserne, og de fremgår ikke af rapporten. Det samme gælder detaljer om de inkluderede studier.

Specifikke svagheder og mangler

Nedenfor gennemgås overvejelser og kritikpunkter til retningslinjens underafsnit opdelt efter PICO-spørgsmål. Ved visse punkter indgår generelle forslag til ændringer og kritik, ved andre blot specifikke ændringsforslag.

Indledning og baggrund

p. 8. De angivne kriterier for anbefaling synes alle at være formuleret ud fra designs, hvor en behandlingsmetode holdes op imod ingen intervention eller placebo. En række spørgsmål i indeværende rapport omhandler sammenligninger imellem to behandlingsmetoder eller add-on behandling. Det er uklart, hvordan kriterierne bør anvendes, og følgelig også vanskeligt at vurdere rimeligheden i arbejdsgruppens anbefalinger. Der henvises til et bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer", Undertegnede har ikke fået dette tilsendt, så det er uklart om det afklarer spørgsmålet. Hvis det er tilfældet, bør bilaget indgå i rapporten.

Afsnit 3. Kognitiv adfærdsterapi, antidepressiv medicin eller kombinationsterapi, som førstevalg

p. 11. Der gives anbefaling i forhold til alle angstlidelser, selvom der ikke indgår analyser for generaliseret angst.

p. 13. Det kan diskuteres, om det er rimeligt at lave sammenligninger i forhold til studier, hvor der er anvendt kognitiv adfærdsterapi overfor socialfobi i gruppe. Der er således evidens for at individuel behandling har bedre effekt for denne gruppe, hvilket eksempelvis afspejles i den engelske NICE guideline (2013, p. 19) (se også punkt 4 i vurdering af afsnit 4).

p. 13. Det kan undre, hvorfor det konkluderes, at: *"Antidepressiv medicin øger muligvis antal personer med alvorlige bivirkninger i nogen grad sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi, men der er lav tiltro til dette resultat"* (min understregning). Det virker indlysende, at medicinsk behandling har bivirkninger, som ikke kan forventes at optræde ved psykoterapeutisk behandling.

p. 17. Det beskrives, at man "fandt en effektforskel" hvad angår grad af angstsymptomer, men estimatet med tilhørende konfidensinterval viser ikke en forskel. Det kan derfor også undre, at der foretages udregning af klinisk betydning af forskellen. Det anbefales at ændre formuleringen og slette den efterfølgende beregning.

p. 17. I forhold til undgåelse beskrives at der *"sås en kliniske relevant effektforskel"* (bemærk også stavfejl). Den efterfølgende analyse synes dog at vise, at forskellen hverken var statistisk eller klinisk relevant.

p. 21. Atter angives at der fandtes en effektforskel for "funktion", uden at denne var statistisk signifikant. Den efterfølgende analyse af klinisk betydning er også i dette tilfælde overflødig. Denne type fejl er ikke rettet i resten af retningslinjen, men det anbefales at samtlige estimater og udlægninger heraf gennemgås.

Generelt: Der skelnes ikke imellem behandlingsafslutning og follow-up, og herunder spørgsmålet om seponering af medicinsk behandling. I spørgsmålet om tilbagefald p. 14. hedder det sig, at dette vurderes ved behandlingsafslutning. I referenceprogrammet for angstlidelser fra 2007 er tilbagefald i forbindelse med seponering af medicin en central baggrund for at anbefale kognitiv terapi frem for medicinsk behandling. Her gives følgende anbefaling: *"Der kan være fordele ved at anvende KAT som første behandling, idet KAT har mere holdbare virkninger end farmaka og er uden medicinbivirkninger (B)"* (SST, p. 15). Det kan undre, at spørgsmål om tilbagefald i forbindelse med seponering i en follow-up periode ikke adresseres tydeligere, da det må forventes at have stor betydning for anbefalingen af de to behandlingsformer.

Afsnit 4. Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi eller standard kognitiv adfærdsterapi

Det anbefales, at tilbyde internetbaseret behandling frem for face-to-face behandling, hvilket af flere grunde er en yderst tvivlsom konklusion på baggrund af den eksisterende empiri:

1. Der er ikke empirisk belæg for at internetbaseret behandling er mere effektiv. Hverken i indeværende rapport eller i andre reviews. Cochranerapporten af Olthuis et al, (2016) konkluderer eksempelvis, at det er muligt, at effekten er ens, men at mange af de forhold, der ligger til grund for konklusionen er uafklarede og at *"... this latter finding must be interpreted with caution due to imprecision"* (p. 2). Argumentet om at anbefale internetbaseret behandling i indeværende retningslinje må følgelig være bygget på andre præmisser. Muligvis er disse økonomiske, men det fremgår ikke. I retningslinjens indledning hedder det sig eksplicit om formålet, at: *"Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (p.10)"*. Følgelig burde en hypotetisk økonomisk gevinst ikke kunne danne baggrund for anbefalingen.
2. Det er uklart, hvordan der nås frem til følgende konklusion: *"Arbejdsgruppen vurderer, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi samlet set er en samfundsmæssigt billigere intervention end standard kognitiv adfærdsterapi."* Vi har tidligere i en medicinsk teknologivurdering kommenteret på brugen af internetbaseret behandling (Rosenberg & Arendt, 2008). Der er siden fremkommet yderligere empiri, men det synes ikke at ændre ved den tendens i empirien, at uassisteret behandling fører til mindre tilfredshed og betydeligt frafald. Denne præmis bør også inddrages i vurderingen af potentiel økonomisk gevinst.
3. Om uassisteret behandling er mindre effektiv end assisteret terapi og face-to-face terapi synes uafklaret (se fx Cochranerapporten om internetbaseret angstbehandling af Olthuis et al, 2016). Indeværende anbefalinger kunne med fordel belyse betydningen af grad af terapeutinvolvering. Hvis der enten er betydeligt frafald eller betydeligt tidsforbrug for terapeuter kan det diskuteres om der er en økonomisk gevinst. Desuden kan det diskuteres, om det giver mening at se internetbaseret behandling og face-to-face terapi som modsætninger. I praksis burde det give mening med hybridformer, hvor direkte terapeutkontakt og brug af selvhjælpsmateriale og behandlingsprogrammer kombineres.
4. Det er uklart i hvilket omfang patienter ønsker denne behandlingsform. Anbefalingen bygger på den præmis, at der ikke er præference for face-to-face terapi, hvilket er usikkert (se fx Kiropoulos et al, 2008). I samtlige af de fem artikler, som indgår i indeværende rapport, har patienterne aktivt valgt internetterapi som mulighed. Det er således ikke belæg for at generalisere fundene til angstpatienter i baggrundsbefolkningen.

5. I forhold til socialfobi sammenlignes individuel internetbaseret behandling med face-to-face behandling i gruppe i begge de to studier, som indgår (Andrews et al, 2011; Hedman et al 2008). Der kan stilles spørgsmål ved denne sammenligning, da psykoterapi for socialfobi fortrinsvis anbefales i individuelt format grundet dokumenteret bedre effekt. I den engelske NICE-guideline (2013, p. 19) hedder det eksempelvis: *"Do not routinely offer group CBT in preference to individual CBT. Although there is evidence that group CBT is more effective than most other interventions, it is less clinically and cost effective than individual CBT"*.
6. I samme guideline kan det konstateres, at man når frem til den modsatte konklusion, af den der drages i indeværende retningslinje. Standard terapi med face-to-face behandling anbefales som førstevalg og herefter anbefales følgende: *"For adults who decline CBT and wish to consider another psychological intervention, offer CBT-based supported self-help (NICE, 2013, p.19)"*.
7. På side 25 indgår hvad der mest af alt har karakter af en reklametekst (begyndende med: *"der findes landsdækkende adgang..."*). Det undrer hvorfor denne passage indgår, og hvorfor der ikke findes lignende beskrivelser af adgangen til de øvrige behandlingsformer, som indgår i retningslinjen.

På baggrund af ovenstående synes en rimeligere konklusion at være en orange anbefaling imod brugen, da evidensen for centrale præmisser er uklar. Dette ville være i overensstemmelse med rapportens øvrige spørgsmål, i tilfælde hvor empirien er fraværende eller uklar. Desuden ville det være i overensstemmelse med den ovenfor beskrevne anbefaling i den engelske NICE guideline. Alternativt, men mindre oplagt, kunne gives en "grå" anbefaling ("der foreligger ikke relevant evidens").

Afsnit 5. Langtidsbehandling med benzodiazepiner ved behandlingsrefraktær angst

p. 29. Dette afsnit bør indledningsvis indeholde klare definitioner af "langtidsbehandling" og "behandlingsrefraktær". Det fremgår undervejs i teksten, at "længerevarende behandling" defineres som alt over 4 uger, men det er uklart, hvad der er den øvre grænse. Herunder også hvordan toleransudvikling og misbrug håndteres, hvis behandlingen fortsættes udover 4 uger. Behandlingsrefraktær defineres som "manglende remission efter 2 sufficente behandlingsforsøg med kognitiv adfærdsterapi og antidepressiva fra forskellige klasser". Denne definition kan læses på forskellige måder. Skal der både have været 2 forsøg med KAT og 2 forsøg med medicin, eller er det nok med to 2 forsøg af enten med psykoterapi eller forskellige antidepressiva? Hvis sidstnævnte er tilfældet, synes det det tvivlsomt at tale om

behandlingsrefraktær, da en patient, som eksempelvis har afprøvet KAT og et enkelt antidepressivum således anbefales langtidsbehandling med benzodiazepiner.

p. 29. Der gives en svag anbefaling for at overveje brugen af benzodiazepiner, som gælder alle angstlidelser. Der er imidlertid ingen empiri for generaliseret angst, panikangst eller agorafobi. Det synes rimeligst at give en grå anbefaling for sidstnævnte, svarende til definitionen "der foreligger ikke relevant evidens".

p. 29. Det fremgår ikke af overskriften eller anbefalingsafsnittet, at der er tale om benzodiazepiner i tillæg til anden farmakologisk behandling. Dette beskrives først i nøgleinformation.

p. 30. Under overskriften "patientpræferencer" kan det undre at toleransudvikling og afhængighed ikke nævnes sammen med kørselsforbud, i forhold til patienters mulige fravalg af benzodiazepiner.

p. 31. Det eneste studie, som inkluderes, synes ikke at opfylde de angivne inklusionskriterier for denne rapport. Patienterne i studiet var således ikke behandlingsrefraktære, uanset hvilken udlægning af definitionen heraf, der anvendes. På det tidspunkt hvor der blev tillagt benzodiazepiner, havde de således blot med sikkerhed haft ét tidligere behandlingsforsøg (sertralin) (jf., inklusionskriterier og design beskrevet i artiklen).

p. 31. Pollack et al. (2014) inkluderer desuden sandsynligvis patienter, som aldrig har modtaget psykoterapi forud for tillæg af benzodiazepiner. En undergruppe randomiseres til "brief exposure exercises", som finder sted i første fase af undersøgelsen. Det fremgår ikke, at alle modtager denne intervention på noget tidspunkt, og det kan diskuteres, om det kan betegnes som psykoterapi. Således er det også usikkert om studiets deltagere lever op til definitionen for behandlingsrefraktær som beskrevet ovenfor.

Samlet: Det anbefales at anbefalingen gøres grå svarende til definitionen "der foreligger ikke relevant evidens" for alle angstlidelser.

Afsnit 6. Tredjebølgeterapier som førstevalg ved generaliseret angst

p. 35. Det angives, at der er fundet god behandlingseffekt i flere danske undersøgelser. Der mangler kilder til dette udsagn.

p. 39. Det angives at: "*Et metakognitivt forløb kan være kortere end et forløb med kognitiv adfærdsterapi*". Hvad underbygger denne påstand, og hvorfor gør den sig kun gældende ved metakognitiv terapi? Det foreslås at slette passagen.

p. 40. Der er et fundamentalt problem med den beskrevne sammenligning imellem metakognitiv terapi og standard kognitiv adfærdsterapi. Det er tvivlsomt om det ene studie, der indgår, virkelig benytter kognitiv adfærdsterapi. Det kan desuden være kunstigt at sammenligne, da det fortsat er et åbent spørgsmål om traditionel kognitiv adfærdsterapi ved generaliseret angst netop er metakognitiv. Tidlige studier af kognitiv adfærdsterapi ved generaliseret angst benyttede en metakognitiv tilgang uden at kalde det sådan (fx Wells & Carter, 2001), og Adrian Wells som er en betydningsfuld forsker på området har selv omtalt metakognitiv terapi som en traditionel form for kognitiv adfærdsterapi (Öst, 2008).

p. 43. Det anføres, at behandling med unified protocol er *"...egnet til at behandle patienter med komorbide lidelser, som andre angstformer og depression"*. Kognitiv terapi rettet mod en specifik lidelse har typisk også effekt i forhold til komorbide lidelser. Derfor bliver der tale om et uunderbygget postulat, som burde afgøres empirisk, hvis det skal tages med i rapporten.

p. 43. Det anføres, at behandling med unified protocol involverer "psykosociale behandlingselementer". Hvad menes der med dette, og hvordan adskiller dette sig fra kognitiv adfærdsterapi?

Samlet: Det er indtrykket, at der ikke er tilstrækkelig empiri til at belyse de stillede spørgsmål. Dette afspejles delvis i anbefalingerne, som desuden er i overensstemmelse med eksempelvis anbefalingerne fra den engelske NICE rapport om behandling af socialfobi (2017). Som tidligere anført er der dog gennemgående inkonsistens i indeværende retningslinje, når det gælder kriterierne for at give grå anbefaling svarende til *"ingen evidens"* vs. orange anbefaling svarende til anbefaling imod grundet en vurdering af at *"ulempene ved interventionen er større end fordelene"*.

Afsnit 7. Antidepressiv medicin eller pregabalin ved valg af medicin

p. 49. Det fremgår ikke af titlen, at denne anbefaling udelukkende omhandler generaliseret angst, hvilket det gør i det andet PICO-spørgsmål, der blot ser på denne lidelse.

p. 49. Det anbefales at inkludere formuleringen *"...pregabalin som førstevalg..."* i titlen, da dette synes at være det spørgsmål, der besvares, og som anbefalingen dækker.

Samlet: Man kan undre sig over anbefalingen, som går imod brug som førstevalg. Der findes tilsyneladende visse fordele sammenholdt med to hyppigt anvendte antidepressiva. Dette baserer sig på 3 studier. Når argumentet er, at der ikke findes empiriske sammenligninger med andre antidepressiva, kunne der argumenteres for en "grå" anbefaling ("der foreligger ikke relevant evidens") eller måske endda en gul

(”den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.”).

Afsnit 8. Kropsterapi i tillæg til standardbehandling

Generelt: Dette afsnit er uklart skrevet og struktureret. Anbefalingen afspejler ikke det stillede PICO-spørgsmål, men bliver et sammensurium af det stillede spørgsmål og to tillægsspørgsmål. Det anbefales enten at holde sig til det oprindelige spørgsmål eller at udvide til tre spørgsmål og tre separate anbefalinger. Det godtgøres ikke af analysen, at *”ulempene ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens”*, hvilket påkræves ved en anbefaling imod en behandlingsform. Ved det stillede oprindeligt stillede PICO-spørgsmål synes det rimeligst at vælge en grå anbefaling svarende til at *”der foreligger ikke relevant evidens”*.

P. 54. Det anbefales, at det fra start gøres klart, at der er foretaget to supplerende analyser: 1. som monoterapi vs. ingen behandling eller venteliste & 2. som monoterapi vs. standardbehandling. Den ene supplerende analyse beskrives under nøgleinformationer, mens den anden ikke er beskrevet, før den udføres.

p. 55. Den analyse, som foretages, er ikke kropsterapi i tillæg til standardbehandling sammenlignet med standardbehandling. Det er kropsterapi vs. ingen behandling. Dette bør fremgå af overskriften.

p. 60. Det konkluderes, at: *”Kropsterapi medfører sandsynligvis at væsentligt færre personer opnår bedring sammenlignet med standardbehandling”*. Forud herfor gennemgås empiri som viser, at behandlingen er non-inferior i forhold til standardbehandling på nogle parametre, og at den forskel der findes på andre parametre ikke har klinisk betydning. Det anbefales enten at rette konklusionen til, så den stemmer overens med resultaterne eller at underbygge konklusionen bedre.

Afsnit 9. Mindfulness i tillæg til standardbehandling

Der er generelle problemer med dette afsnit svarende til de, som præger det foregående. Atter anvendes supplerende spørgsmål, og det bliver uklart, om det er det oprindeligt stillede spørgsmål eller de supplerende, der konkluderes i forhold til. Det anbefales at opbygning og anbefaling revideres svarende til hvad der er beskrevet ovenfor i besvarelse omhandlende kropsterapi.

Det kan desuden undre, at mindfulness ikke er grupperet sammen med tredjebølgeterapiformer, da brug af mindfulness teknikker er et fællestæk ved disse. Særligt påfaldende er det, da mindfulness i forhold til alle angstlidelser undersøges, mens der udelukkende indgår behandling af generaliseret angst ved de øvrige tredjebølgeterapiformer.

I den engelske NICE rapport for socialfobi anbefales følgende: *"Do not routinely offer mindfulness-based interventions or supportive therapy to treat social anxiety disorder"* (p. 30). Denne anbefaling gentages i (2017, p. 4). På trods af dette, kan det diskuteres, om der ikke ud fra de kriterier, der ligger til grund for anbefalinger i indeværende retningslinje burde gives en "grå" anbefaling ("der foreligger ikke relevant evidens").

Litteratur

Kiropoulos_LA, Klein_B, Austin_DW, Gilson_K, Pier_C, Mitchell_J, et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*; 22(8):1273-84.

NICE Surveillance report (2017). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (2013) NICE guideline CG15. www.nice.org.uk.

Olthuis_JV, Watt_MC, Bailey_K, Hayden_JA, Stewart_SH. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD011565.

Pollack MH, Van Ameringen M., Simon NM, Worthington JW, Hoge EA, Keshaviah A., Stein MB (2014). A double-blind randomized controlled trial of augmentation and switch strategies for refractory social anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1):44-53.

Rosenberg, N. & Arendt, M. (2008). Computerbaseret terapi til angst og depression. Kommenteret Udenlandsk Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007). Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen.

Wells, A. & Carter, K. (2001). Further Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and Worry in GAD, Panic Disorder, Social Phobia, Depression, and Nonpatients. *Behavior Therapy* 32, pp. 85-102.

Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 46, pp. 296–321.