



## ANGSTLIDELSER

— KLINISKE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING OG BEHANDLING



# **ANGSTLIDELSER**

**– KLINISKE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING**

**OG BEHANDLING**



**Statens helsetilsyn**

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf.sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

E-post: [postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## Forord

St. meld. nr. 25 (1996-97) – *Åpenhet og helhet* påpekte behovet for en generell kompetanseheving og kvalitetsutvikling i psykisk helsevern. Departementet ønsket i denne forbindelse at det skulle «*utgis veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som anses som god behandling*». I Sosialkomiteens innstilling Innst. S.nr. 258 (1996-97) står det at komiteen har merket seg at det bl.a. i Sverige er utgitt veiledende materiell som anbefaler standardiserte behandlingsprogrammer, og at dette også må kunne brukes i Norge. Sosial- og helsedepartementet ga Statens helsetilsyn i oppdrag å utgi veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som ansees som god behandling innen psykisk helsevern.

Etter anbefaling fra Helsetilsynets fagråd i psykiatri, ga Helsetilsynet i 1998 Norsk Psykiatrisk Forening ved Kvalitetsutvalget i oppdrag å forestå oversettelse og bearbeiding av behandlingsveiledere utgitt i Sverige på SPRI (Hälsa- och sjukvårdens utviklingsinstitut) innenfor følgende lidelser: Angstlidelser, stemningslidelser og schizofreni. Fagrådet påpekte at retningslinjene måtte relateres til norske forhold, og de diagnostiske kriteriene måtte referere til og anvendes slik de fremkommer i ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser («Blå bok»). Det ble understreket av fagrådet at det måtte foregå et samarbeid med andre faggrupper og at en tverrfaglig referansegruppe burde nedsettes.

De retningslinjer for utredning og behandling som nå foreligger retter seg mot ulike helseprofesjoner innenfor spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten samt brukerne. Retningslinjene kan ikke brukes som pålegg overfor den enkelte behandler, men representerer en praksis som er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og allment aksepterte faglige normer.

Statens helsetilsyn ønsker med dette å heve kompetansen innen utredning og behandling av psykiske lidelser og dermed bidra til å styrke de tjenester og den behandling som ytes pasienter med psykiske lidelser.

Revisjon av retningslinjene vil bli gjort i samarbeid med fagmiljøet.

Oslo mai 2000



Petter Øgar  
Kst. helsedirektør

## Forord

Norsk psykiatrisk forening har, i samarbeide med Statens Helsetilsyn, tatt initiativ til å få utarbeidet behandlingsveiledninger for de viktigste psykiatriske lidelser. Tilsvarende behandlingsveiledere har tidligere blitt utarbeidet i en rekke vestlige land. Det ble derfor besluttet at vi skulle ta de svenske behandlingsveilederne som utgangspunkt for vårt arbeide.

Kvalitetsutvalget i foreningen ble av styret tildelt oppgaven med å administrere utarbeidelsen, og i samråd med styret ble det oppnevnt en redaktør for hver veileder. Redaktørene knyttet så til seg tverrfaglige høringsgrupper, slik at landets fremste ekspertise innen de aktuelle emner var deltagende i prosessen. Statens helsetilsyn har finansiert arbeidet.

Etter hvert som arbeidet skred fram, så har det blitt mer omfattende og mer norskutviklet enn det som opprinnelig var forutsatt. Behandlingsveilederne framstår nå som et godt uttrykk for hva som er norsk flertallskonsensus innen fagfeltet, samtidig som de reflekterer det som er internasjonal fagstatus for god psykiatrisk behandlingspraksis. I den grad det er mulig, er behandlingsveilederne også «evidence based» og i samsvar med de mest anerkjente forskningsresultater. Fagfeltet psykiatri er i stadig utvikling, og det vil derfor være nødvendig å revidere behandlingsveilederne med jevne mellomrom. Vi håper derfor at disse veilederne markerer begynnelsen på en kontinuerlig prosess.

Behandlingsveiledere er et viktig hjelpemiddel for å kvalitetssikre behandlingsaktivitetene innen helsevesenet. De bidrar til å sikre en mest mulig lik og ajourført behandlingspraksis uavhengig av pasienters bosted. De skal videre gjøre det lettere for fagpersonalet å holde seg oppdatert. Jeg vil her benytte anledningen til å takke redaktørene og høringsgruppene for en fremragende innsats.

Disse behandlingsveilederne har sin tyngde og autoritet i kraft av den faglige konsensus som de representerer. Det er vårt håp at de vil bli flittig brukt.

Kvalitetsutvalget, Norsk psykiatrisk forening,

Januar, 2000,

Hans Løvdahl  
Leder

## Redaktørens forord

I arbeidet med dette veiledningsheftet er først den svenske versjonen oversatt til norsk. Den norske oversettelsen er blitt sendt ut til et representativt utvalg norske fagfolk med ulik utdanning fra ulike fagmiljøer:

Professor dr. med. Alv A. Dahl, Aker sykehus, Divisjon psykiatri, Kompetansesenteret for angstlidelser, Oslo.

Professor dr. med. K. Gunnar Gøtestam, NTNU, Trondheim.

Professor dr. med. Per Høglænd, Psykiatrisk klinikk, Vindern, Oslo.

I. ammannensis dr. med. Anders Lund, Psykiatrisk institutt, Haukeland sykehus, Bergen.

Professor dr. psychol. Asle Hoffart, Modum Bads Nervesanatorium, Vikersund.

I. ammannensis Patric Vogel, NTNU, Trondheim.

Sjefpsykolog Ida Wiborg, Aker sykehus, Divisjon psykiatri, Kompetansesenteret for angstlidelser, Oslo.

Sosialkonsulent Thorbjørn Olsen, Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Førde.

Psykiatrisk sykepleier Eli Tønset, Sannerud sykehus, 2300 Hamar.

Disse har gitt skriftlige tilbakemeldinger. De er alle eksperter på sine områder, og mesteparten av deres forslag er tatt hensyn til, og innarbeidet i teksten. Mot slutten fikk jeg verdifulle merknader av assisterende fylkeslege Torleif Robberstad i Rogaland. Redaktøren har utarbeidet det endelige utkast, som er gjennomgått og godkjent av kvalitetsutvalget på et møte den 9. november 1998. Den endelige norske utgaven atskiller seg fra den svenske på følgende hovedpunkter:

- Det er tatt inn egne avsnitt om agorafobi og spesifikke fobier
- Den norske veiledningen baserer seg på ICD- klinisk utgave (blå bok), mens den svenske hovedsaklig er basert på DSM-IV.
- Det er ulikheter i syn på medikamentell behandling i de to land, spesielt når det gjelder benzodiazepiner

### Medlemmer i kvalitetsutvalget i NPF har vært:

Sjeflege Hans Løvdahl (formann), Voksenpsykiatrisk sektor, Østfold fylke.

ammannensis Vidje Hansen, ISM, Universitetet i Tromsø

Overlege Sigrid Bjørnelv, Psykiatrisk avdeling, Innherad sykehus

Overlege Trond F. Aarre, Nordfjord psykiatrisenter, Nordfjordeid

Avdelingsoverlege dr. med. Egil W. Martinsen, Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Førde.

Førde, 18. januar 2000

Egil W. Martinsen,  
redaktør

# Innhold

<b>Helsedirektørens forord</b> .....	3
<b>Forord</b> .....	4
<b>Redaktørens forord</b> .....	5
<b>Innhold</b> .....	6
<b>Innledning</b> .....	8
<b>Teoretiske modeller for diagnostikk og behandling</b> .....	9
Diagnostiske modeller .....	9
Terapeutiske modeller .....	9
<b>Panikklidelse</b> .....	12
Utredning og diagnostikk .....	12
Differensialdiagnostikk og komorbiditet .....	13
Behandling .....	13
Psykiatrien og nabofagene .....	16
<b>Agorafobi</b> .....	17
Utredning og diagnostikk .....	17
Differensialdiagnostikk og komorbiditet .....	17
Behandling .....	18
Psykiatrien og nabofagene .....	18
<b>Sosial fobi</b> .....	19
Utredning og diagnostikk .....	19
Komorbiditet .....	20
Differensialdiagnostikk .....	20
Behandling .....	21
Psykiatrien og nabofagene .....	23
<b>Spesifikke fobier</b> .....	24
Utredning og diagnostikk .....	24
Komorbiditet .....	24
Differensialdiagnoser .....	25
Behandling .....	25
Psykiatrien og nabofagene .....	25
<b>Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)</b> .....	26
Utredning .....	26
Diagnostikk .....	27
Behandling .....	27
Psykiatrien og nabofagene .....	30
<b>Posttraumatisk stresslidelse</b> .....	32
Utredning og tilnæringsmåte .....	32
Stressor-kriteriet .....	32
Symptombilde .....	33
Komorbiditet og differensialdiagnostikk .....	33
Oppfølging av personer som har vært utsatt for psykiske traumer .....	33

Behandling .....	34
Psykiatrien og nabofagene .....	35
<b>Generalisert angstlidelse</b> .....	36
Utredning .....	36
Diagnostikk .....	36
Differensialdiagnostikk og komorbiditet .....	37
Behandling .....	37
Psykiatrien og nabofagene .....	38
<b>Kvalitetsutvikling ved diagnostikk og behandling av angstlidelser</b> .....	39
Strukturelle kvalitetsindikatorer .....	39
Prosessindikatorer .....	39
Resultatindikatorer .....	39
<b>Referanseliste</b> .....	40
Generelt .....	40
Panikklidelse og agorafobi .....	41
Sosial fobi .....	41
Spesifikke Fobier .....	42
Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse) .....	42
Posttraumatisk stresslidelse .....	43
Generalisert angstlidelse .....	44
<b>Vedlegg 1 ICD-10. F40–48</b> .....	45
<b>Vedlegg 2 Et utvalg skåringsinstrumenter</b> .....	65
<b>Vedlegg 3 Oversikt over pasient- og pårørendeorganisasjoner</b> .....	67

## Innledning

De fleste pasienter med psykiske lidelser har betydelig forhøyet angst. I mange tilfeller er angsten sekundær til andre psykiatriske eller somatiske sykdommer. Til de psykiatriske regner vi alkohol- eller narkotika/medikamentsykdommer, tilpasningsforstyrrelser, demens, depresjoner, personlighetsforstyrrelser, psykoser og somatoforme lidelser. Til de velkjente somatiske sykdommene med markerte innslag av angst hører obstruktive lungelidelser, endokrinologiske sykdommer, hjerteinfarkt og organiske hjernesykdommer. Disse sekundære angsttilstandene omtales ikke her. I stedet fokuseres på de vanligste og alvorligste av de primære angstlidelsene, dvs. de tilstander der angsten er sentral og er det som medføre mest lidelse og størst funksjonshemming for pasientene. Retningslinjene baserer seg på de diagnostiske kriteriene i ICD-10.

Angstlidelsene er blant de vanligste sykdommene i befolkningen. I en stor befolkningsstudie i USA fra 1994, hvor man brukte de diagnostiske kriteriene etter DSM-III-R, konkluderte Kessler og medarbeidere med at 30 % av alle kvinner og 20 % av alle menn vil få en angstlidelse i løpet av livet (livstidsprevalens). I det siste året hadde 23 % av kvinnene og 12 % av mennene en angstlidelse (12 måneders prevalens). Forholdene er sannsynligvis ikke svært forskjellig i Norge. Når det seinere i dette heftet refereres prevalenstall for de ulike angstlidelser, er tallene hentet fra denne undersøkelsen. Angstlidelser er altså folkesykdommer. Samtidig viser mange studier at bare et mindretall søker og får profesjonell hjelp. Det går altfor lang tid mellom sykdomsdebut og behandling, og det er et sprik mellom de behandlingsmetoder som er vitenskapelig dokumentert, og den behandling som tilbys pasienter i klinisk praksis.

**Tabell 1: Livstidsprevalens av angstlidelser**

(Etter Kessler et al. 1994)

	Menn	Kvinner	Total
Alle	20	30	25
Panikklidelse	2	5	3.5
Agorafobi	3.5	7	5
Sosial fobi	11	15	13
Spesifikke fobier	7	16	11
Tvangslidelse	2	3	2.5
Generalisert	3.5	7	5

Forsinket behandling er alvorlig fordi angstlidelsene rammer unge individer i sårbar alder. De er ofte kroniske, og medfører høy risiko for både somatiske (f. eks. hjerte-karsykdom) og psykiatriske komplikasjoner (f. eks. depresjon og suicid). Visse angstlidelser medfører dessuten høyt, unødvendig forbruk av somatisk helsetjenester, og av beroligende medikamenter som kan være vanedannende. I en stor internasjonal studie av pasienter med panikklidelse hadde 30 prosent vært i gjennomsnitt tre ganger på somatiske akuttmottak. Tilsvarende tall for personer uten panikklidelse 2 prosent.

Sammenfatningsvis er angstlidelser vanlige, de rammer unge, de blir ofte kroniske uten adekvat behandling og de medfører økt risiko for somatiske og psykiske komplikasjoner.



## Teoretiske modeller for diagnostikk og behandling

Angst omfatter et bredt spektrum av følelser, alt fra engstelse og uro til frykt og panikk. Pasientene har ofte kroppslige symptomer som tegn på autonom overaktivitet; åndenød, hjertebank, svetting, svimmelhet, kvalme, samt symptomer på muskulær anspenthet, så som skjelving, rastløshet, smerter og unormal tretthet.

Angst har en overlevelsesfunksjon, men kan gjennom feilinnlæring i barndommen, eller gjennom biologisk betinget øket sårbarhet, bli ikke-adaptiv. Begrepet angst brukes jo også om normale følelsesmessige reaksjoner på store påkjenninger, og vi må akseptere en bred gråsoner mot sykkelig angst. Ved hjelp av kriteriebaserte diagnose-systemer forsøker vi imidlertid å trekke en hypotetisk grense mellom normal og sykkelig angst.

### Diagnostiske modeller

#### Deskriptiv, kriteriebasert diagnostikk

Grunntanken med deskriptiv, kriteriebasert diagnostikk er å gi nøkterne beskrivelser av lidelsenes manifestasjoner til hjelp for det diagnostiske arbeidet. Man unngår å bygge inn teorier om sykdomsårsaker i kriteriene, og vektlegger en empirisk observerende synsvinkel. Dette gir høy reliabilitet og god kommuniserbarhet.

De diagnostiske begrepene som anvendes i ICD-10 er operasjonalisert. Hver diagnose defineres av flere symptombeskrivende kriterier, som avspeiler det aktuelle psykiatriske kunnskapsnivået. Men disse beskrivelser av ulike psykiske lidelser betyr ikke at man oppfatter dem som distinkt avgrensede sykdommer. Selv om de fleste pasienter i psykiatrien har plager som oppfyller kriterier for flere diagnoser, betyr ikke dette at de nødvendigvis samtidig har flere ulike lidelser. Et komplekst sykdomsbilde kan beskrives som flere lidelser. Samtidig forekomst av flere diagnoser innenfor et definert tidsrom kalles komorbiditet eller samsykkelighet.

Det er viktig å merke seg at det er lidelser og ikke individer som diagnostiseres i disse systemene. Den kliniske psykiatrien må alltid betrakte pasienten som et subjekt med en personlig bakgrunn og opplevelse uttrykt i sin lidelse.

#### Teoribasert diagnostikk/begrepsdannelse

Psykiatrisk diagnostikk bygger på teoretiske modeller for den menneskelige psyken, for psykiske lidelsers årsaks mekanismer og symptomutforming. De vanligste teoriene er nevrobiologiske, atferdsterapeutiske, kognitive og psykodynamiske. Samtlige kan være anvendbare for den enkelte pasient, men ulike teorier kan styre behandlingen i forskjellige retninger.

### Terapeutiske modeller

Angstbehandling er et komplekst felt, og mye taler for at kombinasjoner av teoretisk ulike behandlinger kan være nyttig ved flere angstlidelser, enten parallelt eller over tid. Erfarne klinikere baserer seg gjerne på en teoretisk formulert grunnmetode, og legger til elementer fra andre skoleretninger. Dette gjenspeiler betydningen av å møte det unike hos hver pasient med profesjonell kreativitet.

Behandlingsanbefalinger ved angstlidelser kan utformes ut fra to ulike perspektiv. Dels har man det kliniske perspektivet, der en behandler møter et unikt individ med såvel diagnostiserbare lidelser som en personlig livssituasjon og livshistorie. Dels finnes forsknings- og metodeutviklingsaspektet, der effekter av en veldefinerte metode studeres på selekterte grupper av pasienter med samme diagnose.

Begge perspektivene er anvendbare. De kontrollerte studiene, som støtter påstandene om ulike terapimetoders effektivitet, gir klinikerer veiledning til å finne gode verktøy. Men i arbeidet med den enkelte pasient er som regel et integrert perspektiv å foretrekke. Best dokumentert er symptomfokuserede metoder. Den individuelle tilpasning, som er nødvendig i den klinisk hverdagen, avhengig av pasientens ressurser og personlighet, er vanskeligere å støpe i manualform.

### **Biologisk behandling**

Biologisk behandling ved angstlidelser rettes mot sårbarheten og er vanligvis farmakologisk. Blant fordeler med farmakoterapi kan nevnes lave kostnader, god effekt og rask lindring. Ulemper er bivirkninger, risiko for psykologisk og fysiologisk avhengighet av visse farmaka, faren for tilbakefall ved seponering, samt risiko for at det psykologiske perspektivet neglisjeres.

### **Eksponeringsbehandling**

Eksponeringsbehandling er korttidsinnrettet og symptomorientert. Den er godt vitenskapelig dokumentert, og gir ofte god og relativt rask symptomlindring. Den terapeutiske hovedstrategi er at man gjennom ulike pedagogiske teknikker og treningsprogram forsøker å bryte dysfunksjonelle atferdsmønstre. Noe mindre oppmerksomhet gis til individets psykologi og livssituasjon i et videre perspektiv.

### **Kognitiv terapi**

Kognitiv terapi i tradisjonell form er en strukturert korttidsterapi. Den forener atferdsterapeutiske og pedagogiske grep, og engasjerer pasienten i et reflekterende samarbeid, der hensikten er å bryte dysfunksjonelle tankemønstre.

Hovedstrategien er at man gjennom samtaler øker pasientens innsikt i sine tolkninger av virkeligheten, sin tenkning og tidlig anlagte grunnantagelser, som er u hensiktsmessig i de aktuelle problemsituasjoner. Gjennom hjemmeoppgaver oppmuntres pasienten til egen aktivitet.

Ofte vil man kombinere kognitiv terapi med elementer av eksponeringsbehandling, for eksempel i form av hjemmeoppgaver. En stadig mer vanlig betegnelse er kognitiv atferdsterapi (engelsk: Cognitive Behaviour Therapy, CBT).

For tiden utvikles kognitiv terapi mot økende fokusering på interpersonelle prosesser og emosjonelle reaksjoner, og dette skjer gjennom en tilnærming til den psykodynamiske kunnskapsverden.

Effekten av kognitiv terapi ved ulike angstlidelser er godt dokumentert.

### **Psykodynamisk terapi**

Psykodynamisk terapi er liksom kognitiv terapi rettet mot indre forestillinger og grunnantagelser med sekundære effekter på atferden. Den fokuserer på ubevisste faktorer som fortrenge konflikter omkring forbudte tema (vanligst

aggressivitet). Den intrapsykeiske sekvensen blir et (ubevisst) ønske som kobles til en risiko for konsekvenser som leder til undertrykkelse og kompromiss. Dette uttrykkes i bl a angst. Dynamisk innsiktsterapi i tradisjonell form forutsetter gode psykologiske ressurser. Nå synes stadig flere psykodynamisk orienterte terapeuter å arbeide integrert med angstpasienter. Farmakoterapi (spesielt innledningsvis), samt pedagogikk og trening på mer adaptiv atferd legges til den eksplorerende behandlingen. Ren innsiktsterapi kan være indisert i utvalgte tilfelle, den viktigste indikasjon er generalisert angstlidelse.

Den dynamiske arbeidsmåten innebærer at man empatisk søker kunnskap om pasientens ubevisste forestillinger, og hvordan disse baserer seg på antagelser som er etablert tidligere i livet, eller på traumatiske hendelser. Man stiller spørsmål ved forestillingene, og oppmuntrer til rasjonell analyse. Behandlingstiden overstiger sjelden 25 timer ved angstlidelser.

Effektene av ren psykodynamisk terapi ved angstlidelser er lite studert ved anvendelse av moderne, kriteriebasert diagnostikk.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## Panikklidelse

Panikklidelse kjennetegnes av anfallsvis angst med innslag av hjertebank, pustebesvær, svimmelhet og andre somatiske manifestasjoner, som pasienten lett feiltolker som symptomer på kroppslig sykdom. Under angstanfallene er pasientene ofte redde for å besvime, dø, bli gal eller miste selvkontrollen. Livstidsprevalensen er om lag 3.5 %, 5 % hos kvinner og 2 % hos menn. Agorafobi i tillegg forekommer i omkring halvparten av tilfellene. De kroppslige symptomene gjør at pasientene ofte oppsøker den somatiske delen av helsevesenet.

Lidelsen debuterer vanligvis fra tenårene til 40 års alder. Panikklidelse har ofte et langvarig forløp med perioder med forverring i tilslutning til belastende livshendelser. Den er forbundet med øket risiko for ulike somatiske sykdommer, og med overdødelighet av kardiovaskulære sykdommer for menn. Mange pasienter utvikler også depresjonssykdom. Det er usikkert om frekvensen av suicidforsøk og suicid er økt også uten samtidig depresjon. Risikoen for legemiddel- eller alkoholavhengighet er økt. Kvinner med alkoholavhengighet har ofte bakenforliggende panikklidelse med agorafobi. De negative sosio-økonomiske konsekvensene er betydelige, både for den som er rammet av sykdommen og for samfunnet.

Separasjonsangst, samt overdreven engstelse og blyghet i barndommen, er relativt vanlig hos individer som senere i livet utvikler panikklidelse med agorafobi og/eller andre angstlidelser. Barn med denne atferden, der i tillegg en av foreldrene har en angstlidelse, har betydelig øket risiko for å rammes av en angstlidelse i voksen alder.

Flere tvillingundersøkelser viser at både arvelige faktorer og miljøfaktorer er viktige for utvikling av panikklidelse. I kognitiv teori framholdes den katastrofale fortolkningen av kroppslige symptomer som det sentrale i opplevelsen av panikkanfall. I følge psykodynamisk teori er panikkanfall reaksjoner på ubevisste konflikter fra barndommen, særlig knyttet til å uttrykke sterke følelser og selvhevdelse.

### Utredning og diagnostikk

Diagnosen panikklidelse baseres på at pasienten har tilbakevendende, uventede, panikkanfall med karakteristiske somatiske symptomer. Somatisk anamnese og undersøkelse inngår derfor i den innledende utredningen. I de typiske tilfellene behøver den ikke bli omfattende. Uklare tilfeller og ved sen sykdomsdebut er mer omfattende somatisk utredning vanligvis indisert. Den kan bl. a. omfatte undersøkelse av hjerte og thyreoideafunksjon.

Pasientens utviklingshistorie og psykososiale situasjon gjennomgås. Spesielt spørres etter engstelse i barndommen og stressfaktorer eller traumer som har kunnet utløse lidelsen

Forbruket av sentralstimulerende midler; Kaffe, te, Cola evt. efedrin, bør kartlegges.

## Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Panikkanfallenes somatiske karakter får ofte pasienten til å søke hjelp i det somatiske helsevesen. Differensialdiagnostikk kan gjelde kardiovaskulære (ved debut med hjertebank i høyere alder bør man nøye overveie somatisk sykdom), nevrologiske (svimmelhet og uvirkelighetsfølelse dominerer ikke sjelden opplevelsen av panikkanfall), gastrointestinale (panikkanfall kan manifestere seg i form av kvalme, brekninger og diare), luftveis- og endokrine sykdommer. Ved anfall med uklare somatiske symptomer hos yngre mennesker, bør man vurdere diagnosen panikkklidelse.

Man bør tenke på andre angstlidelser, både som differensialdiagnoser og som komorbide lidelser. Risikoen for å rammes av depresjoner er høy.

Differensialdiagnostisk bør man også være oppmerksom på andre psykiske lidelser der angst inngår i symptom bildet, for eksempel depresjon, hypokondri, somatiseringslidelse, dramatiserende eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, psykotiske lidelser, hyperkinetiske forstyrrelser, samt angst i tilslutning til misbruk.

Panikkklidelse er ikke knyttet til noe spesifikt personlighetsmønster, men prognosen er dårligere og behandlingen er vanskeligere å gjennomføre dersom pasienten også har personlighetsforstyrrelse.

## Behandling

### Tilnæringsmåte

Spesielt innledningsvis oppleves panikkanfall ofte som tegn på alvorlig kroppslig sykdom. Angstens irrasjonelle karakter er i seg selv angstskapende. Pasienten har derfor mye å vinne på å få kunnskap om lidelsen og dens behandling. En lyttende tilnæringsmåte gjør det lettere for pasienten å gi uttrykk for sin uro og sine tanker om hva som kan ligge bak angsten. En dialog bør føres om hvordan det generelle i lidelsen veves in i pasientens livshistorie.

Når utløsende faktorer kan identifiseres, bør disse bearbeides. Dette er spesielt viktig om man kommer til relativt kort tid etter at symptomene startet. Om det foreligger misbruk av stoff, medikamenter eller alkohol, må pasienten i første omgang få dette noenlunde under kontroll.

### Hva kan pasientene gjøre på egen hånd:

*Fysisk trening* kan medføre en forbigående stigning i angstnivå, men sjelden panikkanfall. For motiverte pasienter kan regelmessig fysisk aktivitet, kombinert med en nøye gjennomgang av de kroppslige reaksjoner under trening, være en nyttig selvhjelpsstrategi, spesielt med tanke på de kroppslige angstsymptomene.

*Kosthold:* For pasienter med høyt inntak av kaffein (kaffe, te, Cola m.m.) kan reduksjon av dette være av stor verdi.

### Psykologisk behandling

#### *Anvendt avslapping (applied relaxation)*

Tradisjonell progressiv avspenning kan ikke så lett tilpasses ved hurtig oppstående panikkanfall. Derfor har man utviklet en teknikk kalt anvendt avslapping, der pasienten lærer seg å slappe raskt av mentalt og muskulært ved første tegn på angstanfall.

### Eksponeringsbehandling

Eksponeringsteknikker har til hensikt å avbetinge eller trene bort situasjonsavhengig angst, først og fremst gjennom reduksjon av den fobiske unngåelsen.

### Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi fokuserer først og fremst på tendensen til å fortolke kroppslige signaler på en katastrofal måte. Pasientene hjelpes til å finne alternative tolkninger til de skremmende kroppslige symptomene. For å teste ut de nye forklaringene må pasientene eksponere seg for situasjoner de har tendens til å unngå. At behandlingen er virksom og leder til varig bedring, har vært dokumentert i flere sammenlignende studier. Noen ganger kan pasientene ha vanskeligheter med å huske katastrofetankene som oppstår under panikkanfall. Det kan da være nyttig at terapeuten er med pasienten i en situasjon hvor det med sannsynlighet vil oppstå panikkanfall. Panikkanfallet kan så behandles direkte mens det pågår, såkalt in vivo kognitiv terapi

### Psykodynamisk terapi

Det er ikke dokumentert at psykodynamisk terapi har symptomreducerende effekt ved panikkelidelse. Beskrivelser av enkeltkasus rapporterer positive resultater, mens oppfatningene ut i fra klinisk erfaring varierer.

Sammenfatningsvis finnes det ikke tilstrekkelig grunnlag til å anbefale psykodynamisk terapi som eneste behandling ved panikkelidelse. Med snevrere avgrenset målsetning enn den tradisjonelle, og integrert med øvrig behandling, kan dog psykodynamisk terapi overveies, for eksempel for aggresjonshemmede pasienter som er motivert for utforskning av dette. I en norsk studie er det vist at pasienter som fikk psykodynamisk korttidsterapi i tillegg til antidepressive medikamenter, hadde mindre tendens til tilbakefall etter seponering av medikamenter enn dem som bare fikk medikamentell behandling.

### **Medikamentell behandling**

Antidepressive medikamenter: Det fremste målet er å forebygge panikkanfall, men også forventningsangst kan begrunne medikamentell behandling. Flere antidepressive midler og visse benzodiazepiner har effekt på panikkanfall.

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) har god effekt ved panikkelidelse. I Norge finnes for tiden (år 2000) fem midler i denne gruppen tilgjengelige: citalopram (Cipramil), fluoxetin (Fontex, Fluoxetin, Nycoflux), fluvoxamin (Fevarin), paroxetin (Seroxat) og sertralin (Zoloft). Av de klassiske trisykliske antidepressiva er klorimipramin (Anafranil, Klomipramin) og imipramin (Tofranil) begge effektive. Doseringen ligger vanligvis mellom 25 og 100 mg per dag. Med disse dosene er både bivirkning- og startproblemer små. Felles for de antidepressive midlene er at den panikk-blokkerende effekten kommer gradvis etter en tids behandling. Noen pasienter opplever at angsten forverres i starten. Informasjon, god tilgjengelighet til behandlende lege, samt lave startdoser, er sentrale elementer i begynnelsen av behandlingen. Den laveste effektive dosen beholdes til panikktendensen er under kontroll, og pasienten har rukket å avbetinges fra sin forventningsangst og frigjøre sig fra sin agorafobi. Det tar sjelden kortere tid en seks måneder å oppnå disse mål. Deretter kan seponeringsforsøk gjennom gradvis reduksjon av dosen overveies. Sannsynligheten for tilbakefall reduseres betydelig når pasientene får psykologisk behandling i tillegg til medikamenter. For pasienter med stor tendens til tilbakefall, kan mangeårig behandling komme på tale. Lav dosering er oftest tilstrekkelig. Høyere doser kreves når depresjonsperioder kommer til.

***Benzodiazepiner:*** Man bør utvise stor forsiktighet med å forskrive benzodiazepiner til pasienter med panikklidelse. Dels kan medikamentene være vanedannende, dels kan bruk av benzodiazepiner svekke effekten av kognitiv terapi og eksponeringsbehandling, ved at evnen til læring og psykologisk bearbeiding reduseres. Medikamentene kan svekke kjøreferdighetene til bilførere. Man bør være spesielt tilbakeholden overfor pasienter hvor man har mistanke om eller frykter utvikling av medikament-misbruk eller avhengighet. Behandling med benzodiazepiner bør derfor kun tilbys pasienter som ikke responderer på adekvat psykologisk behandling, og som ikke responderer på eller ikke tolererer antidepressive medikamenter. Alprazolm (Xanor) er dokumentert effektivt ved panikklidelse. Det er viktig at den som forskriver medikamentene kan følge opp sine pasienter over tid.

***Andre medikamenter:*** For svært angstplagede pasienter, som ikke får hjelp av annen behandling, kan behandlingsforsøk gjøres med en usektiv, irreversibel mono-amino-oksydasehemmer (MAO-hemmer), f. eks. fenelzin (Nardil). Denne fås på registreringsfritak. Dersom pasientene står på andre antidepressiva, må behandlingen forutgåes av en utvaskningsperiode på inntil fem uker, avhengig av halveringstiden på det antidepressivum som brukes. Interaksjon mellom fenelzin og andre legemidler, samt visse matvarer, krever forsiktighet. Forskrivning av Nardil bør skje av spesialist i psykiatri, og pasientene bør få utdelt kostliste sammen med resepten. Det er kun en MAO-hemmer som er registrert i Norge i dag: moklobemid (Aurorix). Dette er en reversibel, selektiv MAO-hemmer. Den er ikke dokumentert effektiv ved panikklidelse. Det er heller ikke mianserin (Tolvon, Mianserin).

### **Integrert terapi**

Gjennom en grundig utredning og diagnostikk identifiseres oftest flere delmål i behandlingen (panikkanfall, agorafobi, nedstemthet, avhengighet mm). Disse bør angripes systematisk, energisk og integrert. En behandlingsplan med kortsiktige og langsiktige mål legges opp sammen med pasienten. Informasjonsmaterieell om selve lidelsen kan med fordel anvendes.

Innledningsvis oppstår ofte spørsmål om behandlingen skal omfatte legemidler. Vurderingen av dette avhenger først og fremst av sykdommens intensitet, tilgangen på kompetanse i kognitiv terapi og eksponeringsbehandling, og den velinformerte pasientens innstilling. Ved vanskeligere tilfeller av panikklidelse og ved samtidig depresjon, vil medikamentell behandling ofte være fornuftig. Kognitiv terapi uten samtidig medisiner, og med fokus på panikkanfallene og unngåelsesadferden, anbefales først og fremst til motiverte pasienter med lette eller moderate plager. Det kan også være aktuelt for mer alvorlig syke pasienter mens de er innlagt på psykiatrisk avdeling. Alle som velger medisiner, bør om mulig også tilbys kognitiv og/eller atferdsterapi. Dette vil være et supplement for å hjelpe pasienten til å bli raskere kvitt sine plager, og det vil redusere risikoen for tilbakefall når medikamentene seponeres. Dersom bevisste eller førbevisste utløsende faktorer kan identifiseres, bør disse bearbeides, gjerne ut fra et psykodynamisk perspektiv. Jo tidligere man kommer til etter symptomdebut, jo viktigere vil en slik bearbeiding være.

I neste behandlingsfase bør alle panikkpasienter – uavhengig av valg av behandlingsform – hjelpes til å fokusere på sin sårbarhet. Iblant kan dette gjøres allerede i initialfasen; i andre tilfeller først etter at symptomene har avtatt eller forsvunnet. Hvilke situasjoner er vanskelige? Hvordan håndteres disse? Hvilke

konsekvenser har panikkelidelsen fått for pasientens evne til å fungere i sine ulike roller? Finnes noe sentralt i livssituasjonen som må forandres? Foreligger misbruk? Spørsmål om langvarig medikamentell behandling avhenger av i hvilken grad disse faktorer kan bearbeides. Da en alvorlig angstlidelse ofte vil affisere pasientens nærmeste, er det fornuftig å innkalle familien til en orienterende samtale.

Panikkelidelse hører til de invalidiserende tilstander som i årtier har ført til en høy andel uførepensjonister under rubrikken angstnevroses. For å hindre en slik utvikling trenger man et godt samarbeid med trygdekontor, arbeidsformidling, det somatiske helsevesen og primærhelsetjenesten.

### **Psykiatrien og nabofagene**

De fleste pasienter oppfatter sine plager som uttrykk for en kroppslig lidelse. Mange går altfor lenge i den somatiske del av helsevesenet til unødvendige utredninger, som ikke hjelper, men derimot bidrar til kronifisering. Det er derfor viktig at man er oppmerksom på lidelsen i somatiske sykehusavdelinger, særlig indremedisinske, nevrologiske og øre-nese-hals avdelinger. Dersom en korrekt diagnose kan stilles tidlig, kan samfunnet spare ressurser på unødvendige utredninger, og sjansen for kronifisering kan reduseres. Det samme gjelder i enda større grad primærhelsetjenesten. Mye ville vært vunnet dersom man på dette nivå kunne stilt diagnosen tidligere, og gitt pasienten enkel informasjon om hva lidelsen går ut på. Det er vitenskapelig dokumentert at for pasienter med panikkanfall, som innlegges akutt på medisinsk avdeling med spørsmål om hjertesykdom, vil en kort orientering om lidelsen i betydelig grad redusere sjansen for nye panikkanfall.

Medikamentell behandling med antidepressiva kan også administreres på dette nivå.

Den kompetente og interesserte primærlege eller kommunale psykiatriske sykepleier, som har satt seg inn i de psykologiske så vel som medikamentelle behandlingsmetoder, kan med hell behandle pasienter med panikkelidelse, gjerne i samarbeid med psykiatrien. Det er imidlertid viktig at terskelen for henvisning til psykiatrien ikke er høy. Panikkelidelse er en alvorlig tilstand med gode behandlingsmuligheter, men hvor sjansen for kronifisering er stor uten adekvat behandling. Disse pasientene bør derfor prioriteres høyt i psykiatrien.

Psykiatriske institusjoner, såvel sengeavdelinger som poliklinikker, bør ha kompetanse i eksponeringsbehandling og kognitiv atferdsterapi, samt i medikamentell behandling. De fleste pasientene kan behandles poliklinisk. Flere steder i Norge har man gode erfaringer med poliklinisk gruppebehandling. Noen pasienter trenger innleggelse, i hvert fall i den første del av behandlingen. Dette kan være aktuelt for pasienter som er sterkt invalidisert av angst, som i tillegg er dypt deprimert, som trenger avvenning av vanedannende medikamenter, eller som har alvorlige personlighetsforstyrrelser.



## Agorafobi

Agorafobi betyr direkte oversatt frykt for torg eller åpne plasser, men en slik direkte oversettelse fanger lite av begrepets innhold. Det greske agora var ikke en hvilken som helst åpen plass. Det var stedet hvor frie, greske menn møttes for å treffe kjente og diskutere samfunnsspørsmål og politikk. Våre dagers agora er ikke torg, men kjøpesentra, butikker, kantiner, kafeer, restauranter, møtelokaler eller offentlige kommunikasjonsmidler, og det er disse situasjonene som skaper problemer for pasienter med agorafobi. For de fleste pasienter er hjemmet et trygt sted, men et mindretall av pasientene har også frykt for å være hjemme alene.

Blant de pasienter med agorafobi man ser i helsevesenet, har de fleste utviklet sin agorafobi etter forutgående panikkanfall. I befolkningsundersøkelser finner man imidlertid større forekomst av agorafobi enn panikk lidelse. Det kan se ut som det er to grupper pasienter. Den største gruppen har agorafobi uten panikkanfall. Disse søker i liten grad hjelp fra helsevesenet. Pasienter med panikk lidelse, som i tillegg har agorafobi, vil i stor grad oppsøke helsevesenet, som regel av frykt for katastrofale hendelser.

For pasienter som har både panikkanfall og agorafobi, vil man etter ICD-10-systemet vurdere agorafobi som det primære. Det amerikanske DSM-IV systemet ser agorafobi som en følge av tilbakevendende panikkanfall. Hovedtyngden av den foreliggende empiri støtter DSM-IV sitt syn. For de fleste pasienter med agorafobi og panikkanfall starter problemene med et akutt panikkanfall, og motivet for unngåelsesatferden er som regel frykt for å få nye panikkanfall. Pasientene er redde for å være på steder hvor det kan være vanskelig eller pinlig å komme unna, eller der hjelp ikke er tilgjengelig, dersom det plutselig skulle utvikle seg symptomer på panikkanfall eller panikk liknende symptomer. De fobiske situasjonene unngås eller utholdes med betydelig grad av ubehag eller frykt. For de fleste er det lettere å oppsøke og holde ut de fobiske situasjonene når man har med seg en trygg ledsager.

### Utredning og diagnostikk

Unngåelsesatferden må kartlegges grundig. Erfaringsmessig er det få pasienter som forteller dette spontant, og behandleren må i de fleste tilfelle spørre spesifikt om graden av unngåelse i de ulike typiske situasjoner.

Det er viktig å finne ut hvorvidt pasienten har panikk lidelse i tillegg til agorafobien, da dette har betydning for hvordan behandlingen legges opp.

Man bør også systematisk kartlegge forbruk, evt. misbruk, av alkohol eller vanedannende medikamenter.

### Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Pasienter som også har panikkanfall tror ofte at plagene skyldes en kroppslig lidelse, og vil ofte søke hjelp i det somatiske helsevesen. Som omtalt under panikk lidelse er det en viktig differensialdiagnostisk grensegang overfor ulike kroppslige lidelser.

Generalisert angstlidelse, sosial fobi, spesifikke fobier eller tvangslidelse forekommer hos omkring en tredjedel av pasientene med agorafobi. Omtrent halvparten får i løpet av livet en depressiv episode.

Engstelig (unnavikende), avhengig og tvangspregget personlighetsforstyrrelse er overrepresentert ved agorafobi. Pasienter som i tillegg har en personlighetsforstyrrelse har dårligere prognose.

## Behandling

Behandlingsopplegget må tilpasses hvorvidt pasienten har panikkanfall eller ei. Dersom pasienten har panikkanfall, er det som regel fornuftig først å hjelpe pasienten til å få kontroll over panikkanfallene. Det er panikkanfallene som er motoren i sykdommen. Behandling av panikkanfallene er som omtalt under panikk lidelse.

**Eksponeringsbehandling** er den mest effektive og best dokumenterte metoden for å behandle agorafobien eller unngåelsesatferden. Sammen med pasienten kartlegger man grundig de situasjonene pasienten har tendens til å unngå. Man lager et hierarki over situasjonene, rangert fra de vanskeligste til de letteste. Deretter må pasienten systematisk oppsøke de ulike situasjonene. Man må være i situasjonen og holde ut de angstreaksjonene som kommer. Først når ansten begynner å avta, kan man trekke seg ut. Man begynner med de enkleste situasjoner, og trener på hver situasjon til angstreaksjonene nesten er avbetenget. Deretter begynner man på neste situasjon. Slik holder man på til man har trent seg til å klare alle situasjonene i hierarkiet.

Eksponeringsbehandling krever en betydelig egeninnsats fra pasientenes side. Behandleren må sørge for at pasientene har daglige hjemmeoppgaver, som de skal trene på mellom konsultasjonene. Ved hver konsultasjon må behandleren gå gjennom hjemmeoppgavene sammen med pasienten, og særlig legge vekt på hvilke angstreaksjoner; tanker og følelser, pasienten hadde. Skal metoden virke, må pasientene våge å møte angstopplevelsene; «se angsten i hvitøyet». Pasienter som ikke våger å kjenne på angstreaksjonene; som unngår angstopplevelsene mens de eksponerer seg, eller som demper angstreaksjonene med alkohol eller beroligende medikamenter, får lite utbytte av behandlingen.

**Medikamenter** kan være nyttige i behandling av panikkanfallene, men har liten verdi i behandlingen av agorafobi. Bruk av benzodiazepiner vil tvert imot svekke effekten av eksponeringsbehandling, og det anbefales at man seponerer disse parallelt med at man starter eksponeringsbehandling.

## Psykiatrien og nabofagene

Den kompetente og interesserte primærlege eller kommunale psykiatriske sykepleier, som har satt seg inn i prinsippene for eksponeringsbehandling, kan med hell behandle pasienter med agorafobi, gjerne i samarbeid med psykiatrien. Det er imidlertid viktig at terskelen for henvisning til psykiatrien ikke er høy. Agorafobi er en alvorlig tilstand med gode behandlingsmuligheter, der sjansen for kronifisering er stor uten adekvat behandling. Disse pasientene bør derfor prioriteres høyt i psykiatrien.

Psykiatriske institusjoner, såvel sengeavdelinger som poliklinikker, bør ha kompetanse i eksponeringsbehandling. De fleste pasientene kan behandles poliklinisk. Flere steder i Norge har man gode erfaringer med poliklinisk gruppebehandling. Noen pasienter trenger innleggelse, i hvert fall i den første del av behandlingen. Dette kan være aktuelt for pasienter som er sterkt invalidisert av angst, som i tillegg er dypt deprimert, som trenger avvenning fra vanedannende medikamenter, eller som har alvorlige personlighetsforstyrrelser.

## Sosial fobi

Sosial fobi, som i økende grad betegnes som sosial angstlidelse, kjennetegnes av en redsel for situasjoner der man kan tiltrekke seg andres oppmerksomhet. Enten man utholder slike situasjoner med stort ubehag, eller man utvikler unngåelsesatferd, reduseres mulighetene til å fungere både i arbeid og i sosiale sammenhenger. På midten av 80-talet betraktet man sosial fobi som en bagatellmessig psykisk lidelse. Siden den tid har interessen for lidelsen vært stadig økende, forskningsmessig så vel som klinisk.

Sosial fobi er vanlig, og livstidsprevalensen er beregnet til 13 %; 16 % for kvinner og 11 % for menn. Grensen mot normal sjenanse og hemming er flytende.

Lidelsen debutterer oftest snikende i tenårene, og har deretter som regel et kronisk forløp. Debuten kan også skje tidlig i barndommen og etter 20-års alder. En tidlig debut rammer ofte barn som har vist påtagelig skyhet allerede i tidlig barndom. Ved senere debut har utviklingen mange ganger begynt i samband med hendelser som medført øket sosial oppmerksomhet eller i en depresjonsperiode. Sosial fobi leder ofte til betydelig funksjonssvikt, med vansker i forhold til utdanning, arbeid og sosialt liv i familie og fritid. Ubehandlet sosial fobi er den psykiske lidelse som med størst sannsynlighet ender med selvmord.

### Utredning og diagnostikk

Følelse av skam og utilstrekkelighet dominerer ofte hos pasientene, som på ulike måter forsøker å skjule vanskelighetene for omgivelsene. Mange forteller ikke om ubehaget til noen, ikke en gang de nærmeste, og de synes det er vanskelig å søke hjelp for problemene. Å sitte på et venterom på en psykiatrisk poliklinikk, der man kan treffe kjente, kan være svært ubehagelig. Under konsultasjonen er man ofte redd for ikke å bli tatt på alvor, og for at problemene skal oppfattes som latterlige eller uvesentlige. Det er derfor viktig at behandleren viser at han eller hun kjenner igjen symptomene, og bekrefter at det er verdt å søke hjelp for dem. Det er også viktig å unngå å bagatellisere problemene, noe disse pasientene ofte opplever. Sosial usikkerhet og følelse av sjenanse er jo vanlig også hos personer som ikke har sosial fobi. Det kan derfor være nærliggende å neglisjere det pasienten sier, og ikke oppdage omfanget av plagene og vanskelighetene. Et anvendelig innledende spørsmål er: «Bruker du ofte å plages av usikkerhet i kontakten med andre.»

Anamnesen bør omfatte spørsmål om sosiale angstreaksjoner, eventuelle etterreaksjoner, forventningsangst, unngåelsesatferd, patologiske personlighetstrekk, samt eventuell forekomst av depresjon og misbruk. Den sosiale angstreaksjonen domineres oftest av rødming eller skjelving. Rødmingen følges ofte av svetting, vanskeligheter med å se andre i øynene og en kraftig følelse av sjenanse. Skjelvingen er situasjonsavhengig og oftest knyttet til vanskeligheter med å spise eller drikke i andres selskap. I tillegg til dette, som pasientene ofte opplever som det primære, kommer en rekke andre plager, for eksempel konsentrasjonsvansker, en følelse av ikke å kunne kommunisere med andre, hjertebank, ustø stemme, muskelspenninger, vanskeligheter med å puste naturlig, økt utilstrekkelighetsfølelse og redsel for at symptomene skal synes for andre.

Ofte følges de sosiale angstreaksjonene av en depressiv reaksjon med følelse av å mislykkes, ytterligere svekket selvtillit og stadig grubling over det som har

hendt. Selvmordstanker er ikke uvanlige. Etterreaksjonene ligner på en depresjonsperiode.

Forventningsangsten er både kraftig og langvarig. Pasientene kan grue seg i uker forut for ulike sosiale situasjoner. Det er vanlig at tenkbare hendelser gjentas i fantasien på en måte som pasienten kan oppleve som tvangspreget, og dette forsterker angsten når pasienten kommer inn i situasjonen.

Angstreaksjonene kan være svært kraftige og det er ikke uvanlig med panikkanfall i sosiale situasjoner. Dersom pasientene aldri opplever uventede panikkanfall utenom sosiale situasjoner, kvalifiserer ikke dette for diagnosen panikklidelse.

Pasienten unngår så godt som mulig å utsette seg for de angstskapende sosiale situasjonene. Fremfor alt gjelder det gruppesituasjoner: møter, lunsjpauser og felles måltider på arbeidet, studier med gruppeundervisning, foreldremøter, selskaper, foreningsvirksomhet osv. En rekke utdannelse og yrker kan være svært vanskelige. Yrkesvalg styres ofte av den sosiale fobien. I mange tilfelle er også enkle hverdagslige situasjoner vanskelige, for eksempel å gå en tur, handle i en butikk der man kan treffe kjente, gå på en buss der man kan få andres blikk på seg, og åpne døren når noen ringer på. Overfor omgivelsene forsøker pasientene som regel å skjule sin unngåelse med bortforklaringer av ulike slag.

Noen pasienter har mangelfullt utviklede sosiale ferdigheter, men dette er på langt nær alltid tilfelle. Unngåelse og redusert funksjonsnivå i arbeidsliv eller fritid bør ses som vesentlig for avgrensningen mot normalitet.

Pasientene er ofte følsomme for kritikk og redde for ikke å holde mål i andres øyne. De setter store krav til seg selv, er svært oppmerksomme på egen atferd, og forsøker å gjøre godt inntrykk på andre. De har dårlig selvillit, fantasierer ofte om hva andre synes og tenker om dem, og er redde for å settes utenfor fellesskapet eller bli avvist om de forsøker å nærme seg andre. De er ofte tause og har vanskelig for å være spontane. Når disse trekk er uttalte, bruker de å oppfylle kriteriene for engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse.

## **Komorbiditet**

Det er vanlig at pasienter foruten sosial fobi også har depressive lidelser. Samtidig forekomst av andre angstlidelser, som panikklidelse, generalisert angstlidelse og spesifikke fobier, er ikke uvanlig, liksom engstelig (unnavikende) og avhengig personlighetsforstyrrelse. Etersom alkohol kan ha en påtagelig dempende effekt på sosiale angstreaksjoner, utvikler en del pasienter høyt alkoholforbruk, eventuelt misbruk, som de oftest skjuler.

## **Differensialdiagnostikk**

### **Depressiv episode**

I depresjonsperioder er selvfølelsen ofte senket og følsomheten for negative stimuli øket. Sosialfobiske trekk kan da utvikles som en del av depresjonsbildet. Hos pasienter som ikke har sosial fobi, normaliseres disse trekkene samtidig med at stemningsleiet normaliseres.

### **Panikklidelse**

Panikklidelse kjennetegnes av spontane panikkanfall med frykt for kroppslige symptomer, mens sosial fobi kjennetegnes av at angstreaksjonene utløses av andres oppmerksomhet, og av at redselen konsentreres til spørsmål om hvordan andre vurderer en. De sosiale angstreaksjonene kan være kraftige og kan oppfylle kriteriene for panikkanfall. Mens de spontane panikkanfallene ved panikklidelse

bruker å domineres av symptomer som følelsen av å bli kvalt og opplevelser av truende sykdomssymptomer, er det rødming, skjelving, konsentrasjonsvansker og følelse av å være sjenert som oftest dominerer den sosiale angstreaksjonen.

### **Agorafobi med eller uten panikklidelse**

Ved sosial fobi kan unngåelsen omfatte situasjoner som bruker være typiske også for agorafobi, for eksempel å gjøre innkjøp, stå i kø og reise med buss. Forskjellen er redselens innhold. Ved agorafobi er man redd for hvordan man skal komme seg ut ved et eventuelt panikkanfall. Ved sosial fobi er det frykten for andres kritiske vurderinger som er det sentrale, for eksempel at man kan møte kjente som vil innlede en samtale, at man ikke skal klare å betale fordi man skjelver, eller at man skal havne i fokus for andres granskende blikk, når man for eksempel går på bussen.

### **Schizoid personlighetsforstyrrelse**

En schizoid personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av tilbaketrekning og mangel på nære venner, noe som også kan prege pasienter med sosial fobi. Pasienter med schizoid personlighetsforstyrrelse har ofte liten eller ingen interesse for kontakt med andre mennesker. Pasienter med sosial fobi har oftest en sterk lengsel etter relasjoner, men opplever at de hindres fra å oppleve dem på grunn av egen angst eller sjenanse.

### **Dysmorfofobi og tvangslidelse**

Tvangslidelse og dysmorfofobi (sykelig opptatthet av eget utseende, til tross for at man ikke har åpenbare skavanker) er ofte forbundet med en redsel for andres reaksjoner og kan minne om sosial fobi. En pasient med sosial fobi bruker å være mer opptatt av sin atferd enn av sitt utseende.

## **Behandling**

Ulike psykoterapeutiske metoder og legemidler kan anvendes og kombineres.

### **Psykoterapi**

I tillegg til medfølelse, støtte og samtale omkring pasientens reaksjoner i sosiale situasjoner, har flere spesifikke psykoterapeutiske metoder blitt utviklet.

**Sosial ferdighetstrening** (social skills training) er en pedagogisk metode som baserer seg på antagelsen/observasjonen at pasienter med sosial fobi mangler hensiktsmessige sosiale ferdigheter. Et eksempel kan være å starte en samtale med fremmede mennesker. Terapeuten foreslår et tema/område, og viser hvordan dette kan gjøres i praksis. Etterpå skal pasienten trene seg på det samme. Man sørger for feedback og sosiale forsterkninger, og pasienten trener gjentatte ganger på ferdighetene til han eller hun behersker dem. Metoden har vært brukt med suksess i behandling av schizofrene pasienter, og det foreligger flere kontrollerte forsøk som viser at pasienter med sosial fobi kan ha varig nytte av sosial ferdighetstrening.

**Eksponeringsbehandling:** En betydelig dokumentasjon tilsier at å eksponere seg for de situasjoner eller gjenstander man frykter, er en nødvendig komponent i en effektiv behandling av fobiske lidelser. Som ved agorafobi lager man en rangert liste over de sosiale situasjoner man frykter. Under veiledning fra terapeuten begynner man å eksponere seg for den minst angstfremkallende situasjonen. Når man behersker denne tilfredsstillende, går man over til neste situasjon. På denne måten lærer man seg å mestre situasjonene med mindre angst. Effekten av eksponeringsbehandling er vist i flere studier.

Flere forhold gjør imidlertid at det er vanskeligere å gjennomføre effektiv eksponeringsbehandling ved sosial fobi enn ved agorafobi eller spesifikke fobier. Sosiale situasjoner er variable og uforutsigbare, og det kan være vanskelig å spesifisere oppgavene på forhånd. Skal eksponering være effektiv, må den ha en viss varighet. Mange sosiale situasjoner er kortvarige, og dette gjør det vanskelig for pasientene å oppleve at angsten først stiger, deretter stabiliserer seg for så å synke. Mange pasienter med sosial fobi unngår ikke sosiale situasjoner. De holder ut tross stort ubehag, ved å bruke tryggingstrategier, f. eks. ved å unngå blikkontakt, trekke seg inn i seg selv, eller stramme musklene. Eksponeringen blir mindre effektiv, ved at man ikke slipper angsten inn over seg. Det største problemet for mange pasienter med sosial fobi er frykten for hvordan andre vurderer dem. Tilbakemeldingen fra andre mennesker er ofte uklar og vanskelig å tolke, og eksponering vil derfor i liten grad hjelpe pasientene med denne bekymring. Disse forhold har bidratt til at man har supplert eksponeringsbehandlingen med kognitive teknikker.

**Kognitiv atferdsterapi:** De fleste pasienter med sosial fobi har en rekke negative tanker før, under og etter sosiale situasjoner. Dette er automatiske tanker, som pasientene ofte ikke er klar over, og som i stor grad bidrar til å vedlikeholde den sosiale fobi. Ved kognitiv terapi hjelper man pasientene til å identifisere og analysere disse tankene, for deretter å stille spørsmålsteget ved gyldigheten av dem. Pasientene eksponeres for angstprovoserende situasjoner. De hjelpes til å lære å kontrollere sin uhensiktsmessige tenkning før, under og etter eksponering, og erstatte negative tanker med realistiske, mestrende tanker. Pasientene får hjemmeoppgaver, hvor de skal eksponere seg for angstprovoserende situasjoner, og de lærer seg hvordan de kan påvirke sin tenkning før de skal inn i sosiale situasjoner. I tillegg kan pasienten lære avspenningsøvelser, som de kan bruke i de vanskeligste situasjonene. Behandling i gruppe har store fordeler. Her kan man på en god måte konstruere sosiale situasjoner, slik at de blir terapeutiske. Medpasienter og behandlere kan hjelpe pasientene med å identifisere uhensiktsmessige trygghetsstrategier, og man kan sikre at pasientene får ærlige og direkte tilbakemeldinger. En kombinasjon av eksponering og kognitiv terapi regnes som den mest effektive psykososiale behandling ved sosial fobi, og det foreligger god empirisk dokumentasjon.

Sammenligner man effekten av kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling, vil medikamentet virke raskere, mens effekten av kognitiv atferdsterapi varer lenger.

### **Medikamentell behandling**

Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI-preparater) er i dag et naturlig førstevalg. Effekten er dokumentert i flere kontrollerte forsøk, og i gjennomsnitt vil to av tre pasienter ha nytte av dette.

Det preparat som har klart best dokumentert effekt ved sosial fobi er fenelzin (Nardil). Dette er en uselektiv, irreversibel mono-amino-oksydase (MAO)-hemmer. Preparatet er ikke registrert i Norge, men fåes på registreringsfritak. I gjennomsnitt vil to av tre pasienter ha nytte av dette. Preparatet kan ha betydelige bivirkninger, og det kreves restriksjoner i kostholdet samt forsiktighet i kombinasjon med visse medikamenter. Behandlingen bør startes opp av spesialist i psykiatri

Den selektive, reversible MAO-hemmer moklobemid (Aurorix) er tryggere å bruke, og har betydelig mindre bivirknings- og interaksjonsproblemer. Tidlige

studier var lovende, men nyere kontrollerte forsøk tyder på at nytten av preparatet ved sosial fobi er begrenset. Bytte fra moklobemid til SSRI-preparater kan gjøres uten en forutgående seponeringsperiode. Ved bytte fra SSRI-preparater til moklobemid skal man vente noen uker, avhengig av halveringstid for SSRI-preparatet og evt. aktive metabolitter, p.g.a. risiko for utvikling av serotonergt syndrom.

Trisykliske antidepressiva har sannsynligvis lite effekt. Buspiron (Buspar) har muligens en moderat effekt, men det foreligger lite dokumentasjon.

Blant benzodiazepinene er alprazolam (Xanor) og klonazepam (Rivotril) dokumentert virksomme. Effekten er vanligvis avhengig av kontinuerlig bruk. Faren for å utvikle misbruk og avhengighet gjør at man bør være tilbakeholden med å forskrive disse preparater.

Betablokkere kan ha effekt på begrensede former av lidelsen, for eksempel ved sceneskrek, men knapt ved mer generalisert sosial fobi.

### **Psykiatrien og nabofagene**

En stor del av disse pasienter behandles for allmenn uro og angst i primærhelsetjenesten, uten at sosial fobi blir diagnostisert. Dette er uheldig, da lidelsen i høy grad er mulig å behandle. For å omsette vår nåværende kunnskap om sosial fobi i praksis, må det utvikles rutiner som øker oppmerksomheten omkring sykdommen, forbedrer diagnostikken og utformer en behandling som er i overensstemmelse med vitenskap og klinisk erfaring. Oversiktlig kunnskap om symptombylde og behandlingsmuligheter bør aktivt formidles dels til andre spesialiteter i helsevesenet, spesielt primærhelsetjenesten, der pasienter ofte henvender seg for f. eks. skjelving eller rødming. Det er også viktig med informasjon til befolkningen.

Foruten utdannings- og konsulentansvar har psykiatrien ansvar for å behandle mer alvorlige eller kompliserte tilfeller av sosial fobi. På psykiatriske institusjoner, poliklinikker så vel som sengeavdelinger, bør man ha kompetanse i kognitiv atferdsterapi så vel som i bruk av medikamenter.

## Spesifikke fobier

Spesifikke fobier, også kalt isolerte eller enkle fobier, kjennetegnes av angst i spesifikke situasjoner som folk flest ikke er redd. Denne angst løser man gjennom unngåelse, som kan bli mer eller mindre total. Angsten kan gjelde forskjellige dyr, slik som mus, rotter, slanger, fugler, edderkopper, katter eller hunder. Den kan også omfatte spesifikke situasjoner, slik som høyder, tordenvær, mørke, trange rom (klaustrofobi), heiser, blod, fysiske skader, sprøyter, fly, tannlege. Noen situasjoner, slik som heiser, kan man klare å unngå konsekvent, og angsten blir da aldri utløst. Andre situasjoner, slik som å møte dyr, kan man aldri være sikker på å unngå. Pasienten vet at angsten når som helst kan utløses, og forventningsangsten kan i slike tilfeller bli betydelig.

Som ved andre fobier, er reaksjonene overdrevne og til tider helt urealistiske. Det finnes for eksempel slangefobikere på Island, til tross for at det ikke finnes slanger eller orm der. Etterhvert kan angsten generaliseres til en større del av tilværelsen. Edderkoppfobi kan for eksempel medføre at man unngår å gå i kjelleren eller på loftet, og i verste fall våger man ikke å gå ut i det hele tatt. En spesifikk fobi kan ofte medføre et betydelig funksjonstap, og mange av de store beslutningene i livet kan styres av ens fobi. Kanskje kan man ikke besøke den jenta en er interessert i, fordi det er hund i huset. Eller man kan ikke utdanne seg til lege eller sykepleier, fordi en ikke tåler å se blod.

Disposisjonen for spesifikke fobier er delvis genetisk betinget, men fobiske reaksjoner kan også formidles ved sosial arv, spesielt fra foreldre til barn.

Spesifikke fobier har nok blitt neglisjert og betraktet som bagateller i psykiatrien. Å oppfordre en person med flyskrekk om å ta seg sammen og fly, medfører sterke angstopplevelser, men ingen reduksjon av fobien. Man må gå mer systematisk til verks.

Spesifikke fobier er vanlige, og livstidsprevalensen er beregnet til 11 % av befolkningen, 16 % for kvinner og 7 % for menn. Noen klarer å takle problemene selv, og i ungdomsårene er det nok mange som blir kvitt sine plager uten spesifikk behandling. Dersom man fortsatt har lidelsen etter fylte 30 år, vil forløpet som regel være kronisk uten spesifikk behandling.

### Utredning og diagnostikk

Pasientene prøver ofte å skjule problemene for omgivelsene, fordi de er flau over å være redde for så ufarlige situasjoner. Å søke hjelp for dette blir derfor også vanskelig, spesielt om en blir avvist med negative, bagatelliserende bemerkninger.

Anamnesen bør ta tak i problemenes start og aktuelle omfang. Noen pasienter har glemt de opprinnelige situasjonene hvor angsten oppstod. Da har generaliseringen gått langt. Hvis det er skjedd en vesentlig generalisering til mange ulike situasjoner, kan det være nyttig at pasienten i løpet av en uke registrerer når angsten er tilstede og styrken i angsten. Det er også viktig å kartlegge graden av funksjonstap.

### Komorbiditet

Spesifikke fobier er ofte avgrenset til kun å gjelde dette problemet. Komorbiditet kan forekomme med depresjon, som ofte er sekundær, og med de



andre fobiene og de øvrige angstlidelsene. Generalisert angst er vanlig, personlighetsforstyrrelser er mer sjeldne.

## Differensialdiagnoser

### Depressiv episode

Under en depresjon kan en ellers subklinisk fobi bli mer tydelig. I slike tilfelle vil fobien forsvinne når depresjonen er behandlet. Dersom så ikke skjer, foreligger det komorbiditet.

### Panikklidelse

De fobiske angstreaksjonene kan være like sterke som ved panikkanfall. Ved panikklidelse preges panikkanfallene ofte av de somatiske angstsymptomene, mens angsten ved spesifikke fobier alltid relateres til det fobiske stimulus.

### Agorafobi

En generalisering av spesifikke fobier kan innbefatte agorafobiske symptomer, med unngåelse av og frykt for sosiale situasjoner. Angsten vil som regel være sterkest for det spesifikke fobiske stimulus. Dette kan det være vanskelig for pasienten å gjøre rede for, og det beste er at man lar pasienten registrere sine angstreaksjoner i ulike situasjoner.

## Behandling

**Eksponeringsterapi** er den mest effektive behandlingsformen for fobier, særlig når det foreligger unngåelsesatferd. Effekten av eksponering er klart bedre enn effekten av medikamenter, og tilbakefallsfrekvensen vesentlig mindre. Behandlingen kan kombineres med kognitiv restrukturering.

Behandlingen går ut på at pasienten gradvis utsetter seg for det fobiske stimulus (i virkeligheten eller i fantasien), til han/hun kjenner at angsten etter en stund slipper taket. Så kan pasienten gradvis nærme seg situasjonen mer og mer, og oppleve at han/hun overtar kontrollen over angsten.

Ved spesifikke fobier for dyr kan man gjennomføre en eksponeringsbehandling i løpet av en enkelt sesjon på 2 timer. Slik eksponeringsbehandling kan gjerne gjennomføres i gruppe, men det er da viktig at hver enkelt pasient kommer i kontakt med stimulus i løpet av sesjonen.

### Medikamentell behandling

Farmakologisk behandling har ikke særlig effekt på spesifikke fobier. Bruk av benzodiazepiner reduserer effekten av eksponeringsbehandling.

## Psykiatrien og nabofagene

Mange fobier behandles i primærhelsetjenesten, men ofte som diffus uro og angst, uten at spesifikke fobier blir diagnostisert. Effektiv behandling av disse tilstandene i primærhelsetjenesten krever økt oppmerksomhet på problemet og bedre samarbeid mellom psykiatrien og primærhelsetjenesten.

De mer alvorlige og kompliserte tilfellene bør behandles i psykiatrien, hvor det bør forefinnes kompetanse på eksponeringsbehandling.

## Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

Typiske symptomer er tvangstanker, tvangshandlinger, høyt angstnivå og problematisk unngåelsesatferd. Med tvangstanker menes påtrengende, fremmede, skremmende og angstprovoserende tanker som pasienten ikke klarer å skyve bort fra bevisstheten. De kan også gi seg uttrykk i form av stadig gnagende tvil, magisk tenkning, overdreven ansvarsfølelse eller i form av indre bilder eller impulser. Med tvangshandlinger menes handlinger som utføres unødig ofte eller lenge og på en rituell måte, som regel for å nøytralisere en tvangstanke og angsten som denne fører med seg. Gjentakelse av tvangshandlinger til det føles «helt rett» er også vanlig. Som tvangshandlinger regnes også psykiske ritualer, eksempelvis at pasienten må regne, be, framsi regler eller tenke på bestemte ting. Mens tvangstankene er angstskapende, bruker tvangshandlingene å være angstdempende, noe som forsterker atferden.

Om pasientene forsøker å la være å utføre tvangshandlingene, eller om de hindres i å utføre dem, stiger angsten kraftig. Mange unngår situasjoner som utløser tvangssymptomer, for eksempel å gå på offentlig toalett, dusje m.m. Unngåelsesatferden kan bidra til redusert selvfølelse og psykososialt funksjonsnivå, og kan paradoksalt nok medføre svikt i personlig hygiene.

Forekomsten av tvangslidelse ble tidligere ansett å være lav. Moderne epidemiologiske undersøkelser gir et annet bilde. Lidelsen rammer 3-3.5 % av befolkningen. Forekomsten er påfallende lik i ulike land. Sykdommen debuterer oftest i slutten av tenårene, uten kjente utløsende faktorer. Mange pasienter søker ikke profesjonell hjelp, fordi de skammer seg, er redde bli ansett som «gale», eller fordi de ikke kjenner til at det finnes effektiv behandling. En studie viste at tvangspasientene i gjennomsnitt hadde vært syke i over sytten år før de fikk korrekt behandling. Ettersom tvangslidelse ofte rammer unge mennesker i sårbar alder, samt at effektiv behandling finnes, er en slik forsinkelse av behandling uakseptabel.

Prognosen uten adekvat behandling er dårlig. Hos ca 80 prosent av pasientene har sykdommen et kronisk, men svingende forløp. Med god behandling kan opp mot 80 prosent av pasientene regne med klinisk betydningsfull symptomlindring, selv om total symptomfrihet er mer uvanlig.

Årsaken til tvangslidelse er ukjent, men trolig multifaktoriell. En genetisk komponent foreligger, slik at omkring 25 prosent av førstegradsslektingene også har lidelsen. Lenge betraktet man lidelsen som en nevrose. Men da man hos pasienter med tvangslidelse har funnet en rekke nevrobiologiske særtrekk av hjernefunksjonell, biokjemisk og strukturell natur, har oppfatningen blitt endret. Lidelsen utvikles sannsynligvis i et samspill mellom psykologiske belastninger og en biologisk, trolig arvelig, sårbarhet.

### Utredning

#### Tilnæringsmåte

Tilnæringsmåten til tvangslidelse påvirkes først og fremst av tre forhold: Lidelsen er vanlig, komorbiditet er vanlig, og lidelsen kan forbli uoppdaget fordi pasientene skammer seg over og skjuler sine tvangssymptomer. Høy beredskap for diagnosen er altså sentralt. Mange foreldre er urolige for at det er feil i oppdragelsen som har gjort at deres barn rammes. Disse og andre forestillinger må man få fram, slik at de kan bearbeides.

**Anamnese og observasjoner**

Hos pasienter med angst, nedstemthet eller uro bør man tenke på tvangslidelse. Ulike somatiske symptomer, eller frykt for dette, kan forekomme, for eksempel håndeksem, kraftig nedbitte negler, tics, frykt for infeksjoner inklusive HIV, og skoleproblemer på grunn av manglende konsentrasjonsevne. Det er viktig å få fram en grundig anamnese. Den bør også omfatte opplysninger om tidligere sentralnervøse infeksjoner eller skader, utviklings- og skoleproblemer, tics, vennskapsforhold og sosial fungering.

En bred kartlegging av personens sosiale situasjon er nødvendig. Det er ikke uvanlig at andre familiemedlemmer trekkes inn i tvangsritualene. En tenåring med tvangslidelse kan kreve enerett på bruk av familiens bad, eller at en av foreldrene, oftest moren, stadig må medvirke i vaskeprosedyrer eller kontroller. Andre pasienter kan kreve stadige forsikringer om at de ikke har kommet borti noe urent eller gjort feil, og kan framstå som masete. Selvsagt oppstår det lett konflikter mellom pårørende og pasient omkring dette. Også mellom ulike pårørende kan det oppstå slitasje omkring hvordan man best skal forholde seg til pasientens problemer. Bukerorganisasjonene bruker derfor å framholdes at tvangslidelse er en sykdom som rammer hele familien – ikke bare den enkelte syntombæreren.

**Diagnostikk**

Følgende spørsmål kan lette identifisering av tvangslidelse, og bør rutinemessig stilles til nye pasienter, særlig hvis de plages av angst og nedstemthet:

- 1) *Synes du selv at du vasker deg unødvendig mye?*
- 2) *Synes du selv at du må kontrollere dører, kraner, låser eller komfyrer unødvendig mye?*
- 3) *Har du påtrengende tanker med ubehagelig innhold, som er vanskelig å få bort ?*

**Komorbiditet**

Tvangslidelse forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser. Mer enn en av tre tvangssyke risikerer å utvikle depresjon. Annen, samtidig angstlidelse er også vanlig, først og fremst generalisert angstlidelse, og i tillegg alkoholavhengighet og tics. Dessuten er personlighetsforstyrrelser vanlig, særlig avhengig eller engstelig (unnnvikende) personlighetsforstyrrelse, begge i ca 25 prosent av tilfellene. Samtidig komorbide tilstander, særskilt personlighetsforstyrrelser, gjør lidelsen tyngre å bære og vanskeligere å behandle.

**Differensialdiagnostikk**

Differensialdiagnostikken inkluderer tvangspregget personlighetsforstyrrelse, schizofreni, affektive lidelser og kroniske motoriske tics, samt Gilles de la Tourettes syndrom og Asbergers lidelse. En gruppe tilstander som fenomenologisk står nær tvangslidelse bruker man nå kalle tvangsspektrumlidelser (OCD-spektrum). De gir sjelden differensialdiagnostiske vanskeligheter, men kan foreligge samtidig med tvangslidelse. Blant disse regnes anorexia nervosa, hypokondri, dysmorfofobi, trikotillomani (tendens til å trekke ut kroppshår), samt visse impulskontrollforstyrrelser.

**Behandling**

Eksponering med responsprevensjon, kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling er alle virksomme metoder. De fleste pasienter har både

tvangstanker og tvangshandlinger. Pasientene skal opplyses om at selv om de fleste kan regne med å bli betydelige bedre om de følger opp behandlingsopplegget, blir ikke alle symptomfrie.

### **Eksponeerings med responsprevensjon (ERP)**

Eksponeeringsbehandling med responsprevensjon har veldokumentert effekt. Etter at man på forhånd har kartlagt de situasjoner eller stimuli pasienten frykter eller unngår, skal pasienten systematisk utsette seg for disse. Et relativt vanlig problem er overdreven håndvasking, etter at man har kommet i kontakt med noe skittent, som kan være smittefarlig. Ved en slik tilstand vil eksponeering innebære at man utsetter seg for skitne gjenstander, for eksempel tar i dørhåndtak, under skoene eller på toalettskålen. Dette medfører en betydelig grad av angst eller ubehag. Responsprevensjon innebærer at man utholder ubehaget eller angsten, uten å utløse det vanlige svaret; overdreven håndvasking. Etter hvert vil pasienten merke at ubehaget eller angsten går over uten at man har gjennomført tvangshandlingene eller ritualene. Når man har kontroll på en situasjon, går man over til neste. Slik arbeider en seg systematisk gjennom de vanskelige situasjonene. Det kan vise seg allerede etter noen få sesjoner om pasienten følger instruksjonene og om angstreduksjon (habituering) oppstår. Dette tyder på god prognose. Omvendt kreves minst 20 sesjoner før man kan avgjøre om atferdsterapi ikke virker i det enkelte tilfelle. Negative prognostiske faktorer inkluderer dominerende tvangstanker, samtidig depresjon, storhetsforestillinger, manglende sykdomsinnsikt samt underliggende personlighetsproblematikk.

To av tre pasienter oppnår betydelig bedring ved eksponeering med responsprevensjon, og i de fleste tilfelle har behandlingen varig effekt. Behandlingsresultatene er best når tvangshandlinger er det dominerende symptomet.

### **Tankestopp:**

Når tvangstanker er hovedsymptomet, er resultatene ved eksponeeringsbehandling med responsprevensjon mer usikre. En teknikk som ofte anbefales er tankestopp: Pasienten blir bedt om å tenke på tvangstanken. Når tvangstanken har nådd tilstrekkelig intensitet, roper terapeuten «stopp». Tankene vil da ofte forsvinne eller svekkes. Pasienten blir så bedt om å tenke tvangstanken igjen, hvoretter terapeuten sier stopp med gradvis lavere stemme. Etter hvert skal så pasienten overta kontrollen ved selv å si stopp. Det er ikke vitenskapelig dokumentert at metoden er effektiv, og den har i de seinere år veket plassen for kognitiv atferdsterapi

**Kognitiv atferdsterapi:** For å forbedre behandlingen av tvangstanker har man de seinere år utviklet kognitiv terapi. Tvangstankene innbefatter ofte katastrofale konsekvenser for en selv eller andre, og pasientene blir sittende med en helt urimelig ansvarsfølelse. Pasientene forsøker å løse problemet ved å undertrykke eller kontrollere tankene, men dette medfører som regel at tankene heller forsterkes framfor å svekkes. Som selvhjelpsmetode kan pasientene derimot anbefales å forsøke å innta en mer tilbakelent og avventende holdning til tvangstankene. I stedet for fortvilet å forsøke å skyve dem vekk, bør man forsøke å akseptere dem. Da vil tvangstankene få mindre makt. Man kan også forsøke å «avtale» en utsettelse av tvangstankene, og man kan sette av en fast bekymringstid hver dag til tvangstankene og den bekymring en føler rundt disse.

Hovedproblemet for mennesker med tvangstanker er at de i for stor grad forsøker å kontrollere sin tenkning. De legger for stor vekt på tankenes betydning, blir for opptatt og skremt av egne tanker, og tar et urimelig ansvar for dem. Terapeuten og pasienten kan sammen arbeide med dette, gjennom sokratiske dialoger. Pasienter med tvangstanker utfører aldri det tankene eller impulsene handler om. Mange behandlere forsøker på bakgrunn av dette å berolige pasientene, men dette virker ofte mot sin hensikt. Man kan ofte komme lengre ved å analysere konsekvensene av at en eventuelt utførte innholdet i tankene, og sannsynligheten for at dette skulle skje, sammen med pasienten.

Habituerings trening eller imaginær eksponering innebærer at en forestiller seg at en møter det en frykter ansikt til ansikt. Man kan skrive ned tankene og lese dem høyt. Man kan også lese dem inn på lydbånd og høre på dem, helt til angstreaksjonene blir borte og det blir kjedelig å høre på.

### Medikamentell behandling

Medikamenter med sterk effekt på serotoninerg transmisjon er antiobsessive, mens midler som mangler serotoninerg påvirkning ikke har effekt på tvangssymptomer. Klomipramin (Anafranil, Klomipramin) er best dokumentert, men også SSRI-preparatene har veldokumentert effekt, se tabell. Startdosen bør være lav og økes sakte etter pasientens toleranse. Behandlingstiden bør være minst 1 år, og seponeringen skal skje langsomt. I vanskeligere tilfeller er residiv vanlige etter avsluttet behandling, og langtidsterapi bør overveies. Langtidsbehandling har vist seg å tolereres og fungere bra. Man må forsøke et preparat i minst 12 uker på adekvat dose før man kan si om det ikke har effekt. Om et preparat ikke har effekt, kan det være vel verdt å forsøke et annet. Prinsipielt er det mulig å få effekt av et femte preparat, etter at de fire foregående ikke har virket.

Behandlingseffekten er best når tvangstanker er hovedsymptomet. Man får bedre effekt om atferdsterapi og farmakoterapi kombineres.

**Tabell 2.** Legemidler med antiobsessiv effekt

Substans	Preparat	Anbefalt døgndose (mg/d)
Klomipramin	Anafranil, Klomipramin NM	75–250
Fluoxetin	Fontex, Nycoflux, Fluoxetin	20–60
Fluvoxamin	Fevarin	100–300
Paroxetin	Seroxat	20–60
Sertralin	Zoloft	50–200
Citalopram	Cipramil	20–60

### Andre former for biologisk behandling

Benzodiazepiner har ikke effekt verken på tvangstanker eller tvangshandlinger. Medikamentene kan nok dempe angstnivået hos pasientene, men hos de fleste pasienter vil angstnivået reduseres når de tilbys effektiv behandling av sin tvangslidelse, uten samtidig bruk av benzodiazepiner.

Nevroleptika har ikke effekt, dersom ikke pasienten er psykotisk. Litium er ikke indisert dersom pasienten ikke også har bipolar affektiv lidelse.

Elektrosjokkbehandling (ECT) har ingen effekt på tvangssymptomene, og er kun indisert dersom pasienten i tillegg er dypt deprimert.

**Behandlingsproblemer ved komorbiditet**

Tvangspasienter med komorbide tilstander har lavere funksjonsnivå og er mer vanskelige å behandle, særskilt dersom andre samtidige lidelser forblir ubehandlet. Etter vellykket symptomatisk behandling kan for eksempel personlighetsmessige, interpersonelle eller yrkesmessige problemer, som kan kreve spesifikk innsats, komme i fokus.

En gruppe av tvangssyke har samtidig motoriske tics eller fullt utviklet Gille de la Tourettes syndrom. Disse komorbide tilstander synes å gjøre tvangslidelsen mer vanskelig tilgjengelig for vanlig behandling. Tilleggsbehandling med lavdosenevroleptika har vist seg å være nyttig hos slike pasienter. Tidligere har man anbefalt små doser av pimozide (Orap) eller haloperidol (Haldol), men man kan sannsynligvis få like bra eller bedre effekt av nye lavdosenevroleptika, som olanzapin (Zyprexa) eller risperidon (Risperdal). Tilleggsbehandling med nevroleptika bør også prøves ved samtidig schizotyp lidelse og ved vrangforestillinger. Tillegg av effektforsterkende midler, eller av andre antiobsessive midler, kan påvirke plasmakonsentrasjonen av det opprinnelig gitte antiobsessive medikament.

**Behandling av terapiresistente pasienter**

Andelen pasienter som tross systematisk og langvarig tilleggs- og kombinasjonsterapi forblir svært syke, beregnes til å være omkring ti prosent. Følgende tiltak kan overveies i disse tilfeller:

Konsulter en terapeut med lang erfaring i behandling av tvangslidelser. Om en viss, men utilstrekkelig effekt oppnås med en serotoninreopptakshemmer, bytt til annet preparat eller prøv klomipramin, om dette ikke allerede har vært gjort. Dagbehandling eller døgninstitusjon bør overveies for revurdering av diagnosen, og for å bedømme compliance når det gjelder legemiddel- og atferdsterapi. Mulige antiterapeutiske faktorer, som for eksempel sterke sekundærgevinstmekanismer, bør kartlegges.

Behandlingen blir enklere dersom pasient og pårørende har kunnskap om sykdommen og dens behandling.

**Praktisk fremgangsmåte ved antiobsessiv farmakoterapi:**

- Steg 1. Begynn med laveste dose, øk sakte ut fra pasientens toleranse.
- Steg 2. Trapp opp dosen til laveste behandlingsdose.
- Steg 3. Om ingen forbedring etter fire uker: øk dosen. Bruk medikament i 12 uker på adekvat dose før man skifter
- Steg 4. Bivirkninger ved lav dose eller dårlig compliance: bestem plasmakonsentrasjonen.
- Steg 5. Ved samtidig tics eller schizotyp lidelse: gi tilleggsmedikasjon av nevroleptika.
- Steg 6. Ved en viss men utilstrekkelig effekt: prøv maksimaldose, bestem plasmakonsentrasjonen.
- Steg 7. Ved uteblitt effekt: prøv et annet preparat først uten, siden med tilleggsmedikasjon

**Psykiatrien og nabofagene**

Til tross for at tvangslidelse er en vanlig psykiatrisk sykdom, er underdiagnostikk og underbehandling vanlig. Dette er beklagelig ettersom god behandling er tilgjengelig. Det er viktig at man i psykiatrien øker bevisstheten om lidelsen og øker kompetansen i diagnostikk og behandling. Dette mål nås

lettest ved å bygge opp lokale og regionale kompetansemiljøer for behandling av tvangslidelse.

Det er også viktig å øke bevisstheten om tvangslidelse, både i den somatiske medisin og primærhelsetjenesten, så vel som i allmennheten og media.

Behandling av tvangslidelse krever spesifikk kompetanse og må betraktes som et ansvar for psykiatrien. Komorbiditet snarere er regelen enn unntaket, og integrert behandling ofte er nødvendig. De fleste pasienter kan behandles poliklinisk. Ofte kan det være nyttig å involvere familien i behandlingen.

Pasienter som er vellykket behandlet, men som krever langtidsbehandling, kan følges opp i primærhelsetjenesten, forutsatt at man der er oppmerksom på risikoen for å rammes av i samtidig annen psykisk sykdom, først og fremst depresjon. Da tvangslidelse kan debutere i unge år, er samarbeid mellom BUP og voksenpsykiatrien viktig.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## Posttraumatisk stresslidelse

De samlede kunnskapene om psykisk krigsskadde soldater, psykiske lidelser hos sivilbefolkningen som har vært utsatt for livstruende påkjenninger, samt senreaksjoner hos personer, som har vært i konsentrasjonsleire, integreres i beskrivelsen av traumerelaterte psykiske lidelser. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er den mest traume-spesifikke psykiske lidelsen – og den som fra psykologisk, biologisk, sosiologisk, politisk og juridisk synsvinkel har fått mest oppmerksomhet. Andre traumerelaterte lidelser er depresjon, kroniske smertetilstander, innlæringsvanskeligheter, aggressivitet og sosial isolering.

Ulike menneskers biologiske og psykologiske reaksjonsmønstre er relativt ensartet uansett hvilken type traumatisk stress de har vært utsatt for. Ulike basalfag har bidratt med teoretiske forklaringsmodeller til forståelsen av posttraumatisk stresslidelse. Våre kunnskaper i nevrobiologi og psykofysiologi kan hjelpe oss med å forstå hvordan ulike symptomer oppstår. Måten man psykologisk hankses med og reagerer på et traume kan på en utfyllende måte beskrives ved hjelp av læringsteori, psykoanalytisk teori og kognitiv psykologi. Den eksistensial-humanistiske filosofien og teologiske disipliner bidrar til forståelsen av den posttraumatiske stresslidelsens eksistensielle aspekter.

Høy grad av traumatisk eksponering øker risikoen for å utvikle PTSD. Bevisst voldsutøvelse har alvorligere følger enn traumatiserende naturkatastrofer. Tortur og voldtekt er eksempel på målrettet vold, som ofte har alvorlige psykiske følger. I Norge i dag vil man forvente økt forekomst av PTSD blant flyktinger og asylsøkere. Biologiske, personlighetsmessige og sosiale faktorer betyr mye for sannsynligheten for å utvikle PTSD. Et velfungerende sosialt nettverk kan i blant lindre effektene av traumatiske opplevelser.

### Utredning og tilnæringsmåte

Mange pasienter med posttraumatisk stresslidelse unngår å søke hjelp, fordi behandlingsmiljøet kan oppleves angstprovoserende, ved at det kan minne om den traumatiske situasjonen. En pasient med PTSD har ofte vanskelig for å forklare seg om sine opplevelser, hvilket vanskeliggjør diagnosen. En tillitsfull relasjon mellom pasient og behandler er en forutsetning for å få en detaljert anamnese. Det kan i blant ta tid å etablere dette på grunn av språkproblemer og kulturelle forskjeller. En god arbeidsallianse kan vanskeliggjøres av pasientens mistenksomhet og/eller følelser av skyld eller skam. Et annet problem er at helsepersonell ikke sjelden vegrer seg mot å konfronteres med det en svært traumatisert person har å fortelle. Motreaksjonen hos behandlende personale kan være mistro, avvisning og benekting. Slike reaksjoner må motvirkes gjennom utdanning og veiledning.

### Stressor-kriteriet

For å kvalifisere til diagnosen er det en nødvendig forutsetning at man har vært utsatt for en eksepsjonelt truende eller katastrofal hendelse, som ville være en massiv belastning for nesten alle mennesker. Eksempler på dette er naturlige eller menneskeskapt katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, å være vitne til andres voldelige død, eller være offer for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger. En vanskelighet kan være at man ikke alltid har objektive belegg for at et traume har funnet sted. Angstlidelser som ikke oppfyller dette kriteriet skal ikke klassifiseres som PTSD. Det er vanligvis et tidsintervall mellom traumet og symptomdebut, fra noen uker til måneder. Det er sjelden denne latensperioden overstiger 6 måneder.



## Symptombilde

Tre grupper symptomer inngår i diagnosekriteriene; påtrengende gjenopplevelse, unngåelse, og psyko-fysiologisk aktivering.

**Påtrengende gjenopplevelse** (intrusjon) viser seg i form av påtrengende minner i våken tilstand («flash-backs»), eller under søvn (drømmer eller mareritt). **Unngåelse** viser seg ved at man forsøker å styre unna tanker, følelser og eller samtaler som kan minne om traumat. Noen glemmer viktige aspekter ved traumat. Man kan kjenne seg fremmed eller fjern i forhold til andre mennesker, med innskrenket følelsesregister eller følelsesmessig avflatning. Man kan miste interessen for aktiviteter som tidligere var viktige. Symptomer på **vedvarende psyko-fysiologisk aktivering** kan være søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, irritasjons- og sinneutbrudd, overdreven vaksomhet og lettskremthet.

## Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Komorbiditet ved PTSD er vanlig. Andre lidelser som ofte kan foreligge er generalisert angstlidelse, panikk lidelse, somatiseringslidelse, ulike stemningslidelser samt alkoholisme og narkotikamisbruk. En somatisk utredning bør ofte gjennomføres for å utelukke at somatiske sykdomstilstander har forårsaket symptomene. Frekvensen av psykiatrisk komorbiditet har vært angitt til å ligge mellom 40–60 prosent.

Det er viktig at pasientens behandling individualiseres med hensyn til komorbiditeten. Særlig kan alkoholrelaterte sykdommer og stoffmisbruk skjule forekomsten av PTSD. Det er derfor av særskilt betydning å nøye diagnostisere psykisk svært syke misbrukere, for at disse skal kunne tilbys adekvat behandling. Majoriteten av amerikanske Vietnam-veteraner med PTSD kunne først diagnostiseres etter at et tungt alkohol- eller stoffmisbruk hadde blitt behandlet. Komorbiditeten med depressive lidelser er høy. Iblant kan posttraumatiske stresslidelse lede til en reaktivering av tidligere psykiatriske problemer.

## Oppfølging av personer som har vært utsatt for psykiske traumer

Ved utredning av posttraumatisk stresslidelse, særskilt ved situasjoner der mange personer har vært rammet samtidig, kan med fordel en første screening skje ved hjelp av Horowitz' Impact of Events Scale, IES. Referansen til dette finnes bak i heftet under avsnittet om skåringsinstrumenter. Dette egenutfyllingsinstrumentet har høy pålitelighet, etter at det har vært brukt på store grupper svært traumatiserte personer.

Man bør også bedømme risiko med utgangspunkt i kunnskaper om særskilt sårbare grupper. Disse bør aktivt følges opp de to første årene etter en traumatisk hendelse, for at PTSD skal kunne diagnostiseres så tidlig som mulig. Til risikogruppene hører:

- Overlevende med tidligere psykisk lidelse
- Nære pårørende til plutselig og traumatisk døde personer
- Barn – særskilt ved atskillelse fra foreldrene
- Personer som er særskilt avhengig av psykososiale stabilitet, så som eldre, funksjonshemmede og mentalt retarderte.
- Svært traumatiserte overlevende

- Personell som håndterer og/eller transporterer mange døde samt identifiseringspersonell.

Utover disse risikogrupper er det viktig at man etter en traumatisk hendelse identifiserer personer med risikoatferd eller symptomer, som kan være en første indikasjon på en patologisk utvikling.

## Behandling

Behandling av posttraumatisk stress bør være bredt anlagt og omfatte mellommenneskelige og/eller medikamentell tiltak.

### Psykoterapi

Emosjonell førstehjelp eller krisehjelp i form av avlastningssamtaler (defusing og debriefing) umiddelbart etter hendelsen er av stor betydning, og kan sannsynligvis redusere sjansen for å utvikle kronisk PTSD. Målsetningen er å gi støtte og hjelp til å akseptere det som har skjedd. Man må gi undervisning og informasjon, samt sørge for at ofrene får dekket de generelle helsebehov ved nok søvn, hvile og mat.

Eksponeringsbehandling, kognitiv terapi, psykodynamisk kriseterapi og langtidsterapi er aktuelle på et seinere stadium. Samtalebehandling må først og fremst fokusere på stressor - sterke sanseinntrykk, tanker, fantasier og aktualiserte minner. Det er en økende erkjennelse av at mange psykotereapeuter har tendens til å vie stressor mindre oppmerksomhet enn nødvendig.

En problemorientert og strukturert korttidspsykoterapi er ofte av stor verdi ved behandlingen av posttraumatiske stressykdommer. Foruten en grunnleggende psykoterapeutisk kompetanse må behandlerne ha kunnskaper i katastrofepsykiatri og om det psykiske traumets biologiske konsekvenser.

En gjennomgang av den aktuelle litteraturen viser at foruten traumefokusert korttidspsykoterapi, inklusiv terapier med debriefingteknikk, er kognitiv atferdsterapi inkludert eksponeringsprosedyrer den terapiform, som har vist seg å ha best effekt på traumerelaterte symptomer. Flere autoriteter anbefaler gruppeterapi. Det finnes flere behandlingsteknikker, der fokusering på traumet i et trygt miljø synes være et felles element:

- *stress-inokulering* rapporteres ha effekt på stress- symptomatologi hos voldtatte kvinner;
- *ulykkes-simulering* har vært brukt med gunstig resultat i behandling av posttraumatiske reaksjoner hos helikopterpersonale;
- *øyebevegelse-desensibilisering* har i flere studier vist seg å være anvendbar for å behandle traumatiske hukommelsesbilder;
- *habituerings-trening* innebærer at pasienten leser inn en fortelling om den traumatiske hendelsen på lydbånd. Etter noen innledende øvelser sammen med terapeuten, skal pasienten selv trene seg i å lytte på hendelsen.

Det er kontraindisert å innlede psykodynamisk langtidsterapi med svært traumatiserte pasienter – særskilt om ikke en diagnosespesifikk behandling først har vært prøvd. Først etter en bedringsfase er det mulig å bedømme behovet for en mer gjennomgripende psykoterapi, og hvilken type av terapeutisk teknikk som kan være optimal.

### **Medikamentell behandling**

Trisykliske antidepressiva; amitriptylin (Sarotex) og imipramin (Tofranil) er de best dokumenterte medikamenter i behandlingen av PTSD. De har dokumentert effekt på intrusjonsfenomenene, i tillegg til virkning på angst og depresjon. Sannsynligvis er også selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) effektive. Det kan ta tid å se effekt av medikamenter, og man må behandle i minst 8 uker før man kan si om medikamentene virker. Dersom man oppnår effekt, bør man behandle i minst et år.

Man bør om mulig unngå benzodiazepiner unntatt i en helt akutt situasjon. Grunnen til denne restriktive holdning er dels risiko for tilvenning, dels fordi erfaring taler for at regelmessig bruk av slike preparater kan motvirke mulighetene til psykologisk bearbeiding. Innsøvningsproblemer i den akutte fasen kan i en kortere behandles medikamentelt. Nevroleptika er ikke indisert ved PTSD.

### **Psykiatrien og nabofagene**

Psykiatrien har et utdannings- og konsulentansvar i første rekke overfor primærhelsetjenesten. Psykiatrisk diagnostikk bygger alltid på at det kan etableres en trygg relasjon mellom behandler og pasient. Av ulike årsaker, som tidligere har vært diskutert, kan dette være spesielt vanskelig ved posttraumatisk stresslidelse. Diagnosen av PTSD vanskeliggjøres også ofte av samtidig forekommende psykiske lidelser, så som depresjon, andre angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser, misbruk eller smertelidelser.

Pasienter med PTSD må kunne diagnostiseres og behandles både i primærhelsetjenesten og i psykiatrien. Det finnes spesielle behandlingstilbud for ulike innvandrergupper, flyktninger eller torturskadede, der psykiatrisk kompetanse finnes. Erfaringene fra disse spesialiserte behandlingsmiljøene må spres til psykiatriens øvrige deler og til primærhelsetjenesten.

Når man lager katastrofeplaner, skal psykiatrisk ekspertise medvirke, slik at katastroferammede og utsatte personalgrupper i en katastrofesituasjon kan tas hånd om på en adekvat måte. Utdanning i katastrofepsykiatri og debriefingteknikker skal gis til ulike personalgrupper innenfor helsevesenet, ambulanse og brannvesenet, politi og det militære. Ved katastrofehendelser skal adekvate psykiatriske ressurser kunne mobiliseres på en planlagt måte.

## Generalisert angstlidelse

Hovedsymptomene ved denne lidelse er angst som er generalisert og vedvarende, og som ikke er begrenset til, eller sterkt fremtredende, i bestemte situasjoner. Symptomene kan variere fra person til person, men vanlige plager er en vedvarende følelse av nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet eller ubehag i magen. Frykt for at pasienten selv eller en slektning kan bli syk eller bli utsatt for en ulykke, er vanlig, sammen med en rekke andre bekymringer. Lidelsen er vanligst hos kvinner, og er ofte relatert til kroniske livspåkjenninger.

I løpet av livet vil om lag 5 % av befolkningen rammes av lidelsen, 7 % av kvinner og 4 % av menn. De fleste pasientene behandles i primærhelsetjenesten. Det er få som blir henvist til spesialisthelsetjenesten for generalisert angst alene, de som henvises har som regel en alvorlig depresjon i tillegg.

Lidelsen har oftest et mangeårig tilbakevendende forløp, og dette gjør pasienten resignert og oppgitt. Med tiden kan somatiske symptomer komme til å dominere bildet. Dyspepsi, irritabel kolon, slitasjeskader på tennene, muskelsmerter og selvmedisinering med alkohol ledsager ofte generalisert angst. Videre ses en økning i kardiovaskulær sykkelighet og dødelighet, likeså økt risiko for selvmord.

Tendensen til å reagere med depresjon eller generalisert angst står trolig under felles genetisk kontroll. Psykososiale faktorerets betydning er omdiskutert. At årsaksforholdene ikke er bedre kartlagt, henger sammen med at det er vanskelig å avgrense generalisert angst fra andre samtidig forekommende psykiske lidelser, fremfor alt depresjon, panikklidelse, sosial fobi og alkoholmisbruk. Visse personlighetstrekk er felles, først og fremst avhengighet i ulike former, unngåelsesatferd, innadvendthet, lav selvfølelse, stort trykksbehov, aggresjonshemming og dårlig tilpasningsevne. Mens panikklidelse vanligvis begynner plutselig med et panikkanfall, begynner generalisert angst snikende allerede i barndom eller ungdom.

### Utredning

God tid og et halvstrukturert intervju gjør diagnostikken lettere. Man tar opp anamnese vedrørende engstelig legning og kognitive feiltolkninger, samt den typiske konstellasjonen av psykisk og somatisk angst. Opplysninger om psykisk sykdom blant førstegradsslektninger, hvordan pasienten oppfattes av sine nærmeste, liksom tidligere gjennomgått behandling, er av verdi. Pasienten kan ofte fortelle om situasjoner der andre har reagert med munterhet eller avvísning til dennes overdrevne bekymringer, pessimisme eller tretthet.

Screening av hypertoni, hjerte-karsykdom, thyroideasykdom og mage-tarmsykdom kan overveies, liksom forekomst av slitasjeskader på tennene. Svimmelhet kan føre til audiologisk undersøkelse. Man bør også være oppmerksom på tegn på alkoholmisbruk.

### Diagnostikk

Angst, muskelspenninger og økt autonom aktivitet utgjør de typiske symptomene. Pasienten er engstelig, usikker, ukonsentrert, rastløs, pessimistisk, spent, følsom for stress, og blir fort trett, irritabel, sover dårlig og har

overdrevne bekymringer. Videre forekommer ofte autonom overaktivitet i form av svette, tremor, munntørrehet, hjertebank, hyppig vannlatning eller dyspepsi. Problemene er oftest kroniske.

Pasienten er hemmet i arbeidslivet og på fritiden på grunn av sitt store trygghetsbehov og sin følsomhet for stress. Pårørende må ofte kompensere for dette på ulike måter.

## Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Beskrivelsen i innledningen til dette kapitlet kan anvendes for å differensialdiagnostisere mot depresjon (som preges av håpløshet, skyld og mindreverd), sosial fobi (sjenanse og angst for oppmerksomhet fra andre) og panikklidelse (plutselige panikkanfall). Andre viktige differensialdiagnoser er personlighetsforstyrrelser som ofte medfører lett provoserbar angst, særsomt emosjonelt ustabil, dramatiserende, engstelig (unnavikende) og avhengig personlighetsforstyrrelse. De to siste forekommer ofte sammen med generalisert angstlidelse. Konsekvenser av alkoholmisbruk kan iblant ligne generalisert angst, mens den omvendte årsakssammenhengen oppdages mindre ofte. Selv om disse pasientene ofte utredes i helsevesenet, blir de ofte under- eller feilbehandlet. En bør derfor ta opp en fullstendig anamnese, for å vurdere betydningen av miljøfaktorer og alkoholbruk.

## Behandling

Målet er å lindre symptomene og lære pasienten å mestre situasjoner som er angstprovoserende. Belastende miljøfaktorer identifiseres. Engstelsen møtes med empati, respekt og saklighet, for å vinne pasientens fortrolighet. Symptombildet og konsekvenser for arbeidsevne og relasjoner legges til grunn for en individuell behandlingsplan på kort sikt. Kontinuitet i pasient-terapeut forholdet er verdifullt.

I lettere tilfeller kan trolig vekten legges på trygg støtte og oppmuntring, i vanskeligere tilfelle trenger man ofte behandling med legemidler. Behandlingsprogrammet på lengre sikt må tilpasses pasientens forutsetninger, livshendelser, og den forventede nytte av fortsatt psykologisk og/eller legemiddelbehandling.

Pasientbrosjyrer, som pedagogisk beskriver sykkelig angst og mestringsmetoder, har vist seg å bidra til bedre behandlingsresultat og økt motivasjon for behandling. Noen pasienter har nytte av progressiv avspenning og visse former for meditasjon. Fysisk trening medfører forbigående reduksjon av angstnivå og muskelspenninger, og regelmessig fysisk aktivitet kan være en nyttig mestringsstrategi.

## Psykoterapi

*Støtteterapi:* Regelmessig kontakt med en sympatisk og interessert behandler, gjentatte forsikringer om at angsten ikke er farlig, fjerning eller reduksjon av belastninger i omgivelsene og støtte i angstprovoserende situasjoner, fører vanligvis til redusert angst. Selv om pasienten ikke blir kurert, fører støtteterapi alene, eller i kombinasjon med andre metoder, til en bedring av pasientens situasjon.

*Psykodynamisk psykoterapi:* Ren innsiktsterapi kan være indisert i utvalgte tilfelle. Effekten er imidlertid lite studert ved anvendelse av moderne, kriteriebasert diagnostikk.

Kognitiv atferdsterapi, og i noen grad tilpasset avspenning, er spesifikke metoder som anbefales for motiverte pasienter i første omgang, ettersom kostnadseffektiviteten synes å være bedre og effekten mer langvarig enn med legemidler. Med reservasjon for metodesvakheter og mangel på sammenlignende studier, synes kognitiv atferdsterapi å være bedre enn rendyrket atferdsterapi og psykodynamisk terapi ved generalisert angst. Ved komorbiditet med engstelig, avhengig eller tvangspreget personlighetsforstyrrelse kan psykodynamisk orientert terapi eller kognitiv terapi overveies. Kontrollerte effektstudier av slik behandling finnes dog ikke på denne indikasjon.

### **Medikamentell behandling**

Om legemidler er indisert, står valget mellom antidepressive midler, buspiron, benzodiazepiner og betablokkere. Nevroleptika er ikke indisert. Effekten av benzodiazepiner støttes av en omfattende dokumentasjon. De spesifikt virkende serotoninopptakshemmere (SSRI-preparatene) ansees som et interessant alternativ, selv om det mangler kontrollerte studier ved generalisert angst. De klassiske trisykliske antidepressiva i lave doser (f. eks imipramin) og SSRI-preparater er førstehåndsalternativ. Pasienten bør forstå at det vanligvis tar 2–4 uker å få symptomlindring, og at typiske bivirkninger (munntørrhet, kvalme, hodepine, søvnforstyrrelser, tretthet) kan opptre den første ukene. Bivirkninger er betydelig sjeldnere med SSRI-preparatene enn med de trisykliske antidepressiva. Dette gjør det lettere for pasienten å akseptere adekvate doser, og dermed oppnås sikrere en bedre effekt.

Buspiron (Buspar) har liksom antidepressive midler fordeler framfor benzodiazepiner med henblikk på misbruksrisiko, reaksjonsevne og våkenhet, og gir ingen seponeringssymptomer. Også for buspiron er effekten merkbar først etter 3–4 uker.

Benzodiazepiner i virksomme doser gir god lindring i løpet av en times tid og har lav klinisk toksisitet. Dosering varierer betydelig avhenger av kjønn, alder, tidligere legemiddelbehandling, nikotin- og koffeinintak. Ettersom symptomene kommer og går også uten behandling, bør benzodiazepiner tas i perioder, sjelden kontinuerlig. Dette er imidlertid ikke alltid enkelt å få til i praksis. Når man ikke behandler kontinuerlig, minsker også risikoen for toleranseøkning og avhengighet. Ettersom diazepam (Vival, Valium, Stesolid) er langtidsvirkende, kan hele døgndosen gis om kvelden, slik at den muskelavslappende og sederende effekten gir mer effektiv søvn og færre kognitive bivirkninger på dagtid. Oxazepam (Alopam, Sobril) virker 2–4 timer. Det kan være gunstig for pasienter med hovedsaklig morgenangst, samt for eldre mennesker med redusert medikamentomsetning.

Betablokkere demper hjertebank, skjelving på hendene og andre kroppslige angstmanifestasjoner, men ikke den psykiske komponenten. Bivirkninger i form av mareritt, impotens, nedsatt fysisk prestasjonsevne og nedstemthet kan forekomme.

### **Psykiatrien og nabofagene**

Velutdannede og interesserte allmennleger, gynekologer og indremedisinere kan behandle de fleste pasientene. Psykiater kan konsulteres for å fastslå diagnosen og foreslå evt. innlede behandlingen. Psykiatrisk konsultasjon er særskilt nødvendig ved mistanke om komorbiditet, f. eks. samtidig forekommende personlighetsforstyrrelse.

## Kvalitetsutvikling ved diagnostikk og behandling av angstlidelser

Hver klinikk bør i sitt kvalitetsarbeid utforme behandlingsprogram som inkluderer noen kvalitetsindikatorer. Her følger noen forslag til indikatorer for angstlidelser:

### Strukturelle kvalitetsindikatorer

- Finnes psykoterapeutisk kompetanse i samtlige anerkjente behandlingsmetoder?
- Har institusjonen utarbeidet behandlingsprogram for angstlidelser?

### Prosessindikatorer

- Brukes regelmessig de diagnostiske kriterier i ICD-10 i poliklinisk behandling av angstlidelser ?
- Hvor stor andel av pasientene som behandles poliklinisk for angstlidelser får også diagnostisert personlighetsforstyrrelser ?
- Brukes screening-spørsmål for sosial fobi og tvangslidelse rutinemessig for nye pasienter ?
- Hvor stor andel av pasientene med angstlidelser behandles med benzodiazepiner (stikkprøver)?
- Brukes skriftlig informasjonsmateriell av god kvalitet ved angstlidelser ?

### Resultatindikatorer

- Reduksjon i skår på ulike rating scales

## Referanseliste

### Generelt

Allgulander C. Dokumentarade effekter av SSRI-preparat vid ångest. Lækartidningen 1998;95:2464-67

Berge T, Repål A. Trange tom og åpne plasser. Oslo: Tano Aschehoug 1998

Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995

Clark DM, Fairburn CG. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Depression and anxiety. Journal of Clinical Psychiatry 1997;58: suppl. 8

Farmakoterapi ved angst. Terapi anbefaling. Nytt fra Statens Legemiddelkontroll 1995: 8

Gøtestam KG. Behavioral therapy. Nordisk psykiatrisk tidsskrift 1995;49 (suppl. 34), 97-100

Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press 1989

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1994;51:8-19.

Marks IM. Å leve med angst. Hjelp og selvhjelp. Oslo: Aventura 1989

Marks IM. Fears, phobias, and rituals. Panic, Anxiety, and Their Disorders. New York: Oxford University Press 1987.

Nathan PE & Gorman JM. A guide to treatments that work. Oxford University Press. Oxford 1998

Rachman S. Anxiety. Hove, UK: Psychology Press, 1998.

Raglin JS. Anxiolytic effects of physical activity. I WP Morgan (Red). Physical activity and mental health. Washington, D.C.: Taylor & Francis, 1997, s 107-126

Salkovskis PM. (Red.). Trends in cognitive and behavioural therapies. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1996.

Stiles TC. Cognitive therapy i the mental health service. (På norsk). Nordisk psykiatrisk tidsskrift 1995;49 (suppl. 34):90-92

Svartberg M, Stiles TC. Predicting change from therapist competence and patient-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy: a pilot study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992;60(2): 304-307.

Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practical manual and conceptual guide. Chichester: John Wiley & Sons Ltd: 1997



Wittchen H-U. (Red.). Recognition and management of anxiety syndromes. British Journal of Psychiatry 1996;168: suppl. 30

### **Panikklidelse og agorafobi**

American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1998

Angst, J. et al. - Comorbidity of anxiety and depresjon in the Zurich cohort study of young adults. I: Maser J.D. & Cloninger, C.R. (red.) - Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington : American Psychiatric Press, 1990, s.123-38

Broocks A, Bandelow B, Pekrun et al. Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. American Journal of Psychiatry 1998;155(5):603-609

Clark DM, Salkovskis PM, Hackman A, Middleton H, Anastasides P, Gelder : A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. British Journal of Psychiatry 1994;164:759-769.

Focus on panic disorder. Antidepressants in practice. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59:suppl. 8

Hoffart A, Martinsen EW. Exposure-based integrated versus psychodynamic treatment of agoraphobic inpatients. Psychotherapy 1990;27:210-218.

Hoffart A. In vivo cognitive therapy of panic attacks. Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly 1996;10 (4), 281-289.

Hollander MH, Ford, CV. Dynamic psychotherapy : an introductory approach. Washington, D.C. : American Psychiatric press, 1990.

Kushner M, Sher K, Beitman, B. - The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. American Journal of Psychiatry 1990;147(6):685-95.

Martinsen EW, Olsen T, Tønset E, Nyland KE & Aarre TF. Cognitive-Behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow-up. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59(8);437-442.

Torgersen, S. Genetic factor in anxiety disorder. Archives of General Psychiatry 1983;40:1085-89.

Weissman, M.M. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. New England Journal of Medicine 1989;321:1209-14.

Wiborg I, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate in panic disorder ? Archives of General Psychiatry 1996;53:689-694

### **Sosial fobi**

Andrews, G. - The treatment of anxiety disorders. New York : Cambridge University Press, 1994.

den Bohr JA, van Vliet IM, Westerberg HGM. Recent developments in the psychopharmacology of sosial phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1995;244:306-16.

Heimberg RG. Cognitive and behavioral treatments for sosial phobia : a critical analysis. *Clinical Psychology Review* 1989;(9):107-128.

Heimberg RG. Social phobia, avoidant personality disorder and multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. I: PM Salkovskis (Red.). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1996.

Heimberg RG, Liebowitz MR, Hhope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA et al. Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12 week outcome. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:1133-1141

Liebowitz, M.R. et al. - Sosial phobia : review of a neglected disorder. *Archives of General Psychiatry* 1985;429:729-36.

Mannuzza, S. et al. - Generalized sosial phobia : reliability and validity. *Archives of General Psychiatry* 1995;(52):230-37.

Stein, M.B. (red.) - Sosial phobia: clinical and research perspectives. Washington, D.C. : American Psychiatric Press, 1995.

Stein, M.B. & Walker, J.R. - Setting diagnostic thresholds for sosial phobia : considerations from a community survey of sosial anxiety. *The American Journal of Psychiatry* 1994;151:408-412.

### **Spesifikke Fobier**

Ekeberg Ø. Flyredde kan få hjelp. *Tidsskrift for den norske lægeförening* 1998;118:3637-3640

Gøtestam KG, Bentzen D. Use of modeling effects in one-session exposure. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy* 1997;26:97-101

Gøtestam KG, Svebak S. Exposure treatment of tunnel phobia. *European Congress of Behavioral and Cognitive Therapy* 1996;26.

Øst LG. One-session group treatment of spider phobics. *Behavior Research and Therapy* 1996;34:707-715.

### **Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)**

Berge T, Vogel PA. Behandling av tvangstanker. En kognitiv tilnærming. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 1998;35:22-30.

Freud S. Råttmannen : ett fall av tvångsneuros. Stockholm: Natur og Kultur, 1992.

Greist HJ. An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992;(53):38-41. (Supplement)

Hollander, E. et al. - Current insight in obsessive-compulsive disorder. Chichester: Wiley, 1994.

Holzer, JVC et al. Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic disorder : comparison of symptoms in 70 patients. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:469-73.

Hohagen H (Red). New perspectives in research and treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998;173:suppl. 35.

James IA, Blackburn I-M. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 1995;166(4):444-50.

Jefferson JA, Greist JH. The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1996;26: 200-09.

Jenike MA, Rauch SL. Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder : current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;(55):11-17.

McElroy SL, Phillips KA, Keck PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;(55):33-51.

Mindus, Rasmussen A, Lindquist C. Neurosurgical treatment for refractory OCD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1994;6:467-77.

Obsessive-compulsive disorder: New perspectives and practical management. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997;58(suppl. 12).

Rapaport JL. Gutten som ikke kunne holde opp å vaske seg. *Tvangspregede forstyrrelser; opplevelse og behandling*. Oslo: Tano 1991

Thomsen PH. Når tanker bliver til tvang. København : Hans Reizels Forlag, 1996.

Weissman MM et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55:5-10.

Yaryura-Tobias JA, Neziroglu FA. Obsessive-compulsive disorder spectrum: pathogenesis, diagnosis, and treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1997.

### **Posttraumatisk stresslidelse**

Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(5):607-12.

Davidson J et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry* 1990;47(3):259-66.

Davidson J, Roth S, Newman E. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1991;4(3):419-23.

Foa EB et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(5):715-23.

Fierman EJ et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:1872-74.

Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of events scale : a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979;41(3):209-18.

Hytten K, Herlofsen P. Accident simulation as a new therapy technique for post-traumatic stress disorder: a case study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 80(suppl. 355):79-83.

Marshall RD et al. A pharmacotherapy algorithm in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals* 1996;26:217-26.

Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 1989;2(2):199-223.

Vaughan K, Tarrier N. The use of image habituation training with posttraumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:658-64.

Sund A, Weisæth L, Holen A, Malt U, Ulykker, katastrofer og stress. Psykiske reaksjoner, hjelp og beredskap. Oslo: Gyldendal, 1985.

Weisæth L. Disaster: Psychological and psychiatric effects. I: L Goldberger & L Breznitz (Red.) *Handbook of stress* (s 591-616). New York; The Free Press, 1993.

### **Generalisert angstlidelse**

Allgulander C. Generalisert angstsyndrom : karakteristik og behandling. *Läkartidningen* 1991;88:3177-80

Barlow DH. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry* 1986;143:40-44.

Durham RC, Allan T. Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:19-26.

Kendler KS et al. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:374-83.

Mancuso DM, Townsend MH, Mercante DE. Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1993;34:441-46.

Maser JD, Cloninger CR (red.) - Comorbidity of mood anxiety disorders. Washington : American Psychiatric Press, 1990.

Tyrer P, Tyrer J. Antidepressive drugs for treatment of anxiety disorders - and vice versa. I: den Boer, J.A., Ad Sitsen, J.M. (red.) - *Handbook of depression and anxiety : a biological approach*. New York: Marcel Dekker 1994 (s 497-514).

Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. - DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:355-64.

Hentet fra ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

**PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER**

**F40–F48**

**Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser**

**F40 Fobiske angstlidelser 132**

- F40.0 Agorafobi 133
  - .00 Uten panikklidelse
  - .01 Med panikklidelse
- F40.1 Sosiale fobier 134
- F40.2 Spesifikke (isolerte) fobier 135
- F40.8 Andre spesifiserte fobiske angstlidelser 137
- F40.9 Uspesifisert fobisk angstlidelse 137

**F41 Andre angstlidelser 137**

- F41.0 Panikklidelse (episodisk paroksysmal angst) 137
- F41.1 Generalisert angstlidelse 138
- F41.2 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse 139
- F41.3 Andre blandede angstlidelser 140
- F41.8 Andre spesifiserte angstlidelser 140
- F41.9 Uspesifisert angstlidelse 140

**F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse) 140**

- F42.0 Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling 142
- F42.1 Hovedsakelig tvangshandlinger (tvangsritualer) 142
- F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger (tvangsritualer) 143
- F42.8 Andre spesifiserte obsessiv-kompulsive lidelser 143
- F42.9 Uspesifisert obsessiv-kompulsiv lidelse 143

**F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning 143**

- F43.0 Akutt belastningslidelse 144
- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse 146
- F43.2 Tilpasningsforstyrrelser 147
  - .20 Kortvarig depressiv reaksjon
  - .21 Forlenget depressiv reaksjon
  - .22 Blandet angst og depressiv reaksjon
  - .23 Med overveiende forstyrrelse av andre emosjoner
  - .24 Med overveiende forstyrrelse av atferd
  - .25 Med blandet forstyrrelse av følelser og atferd
  - .28 Med andre spesifiserte overveiende symptomer

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

F43.8 Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning 149

F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning 149

**F44 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser) 150**

F44.0 Dissosiativ amnesi 151

F44.1 Dissosiativ “fugue” 153

F44.2 Dissosiativ stupor 154

F44.3 Transe og besettelsestilstander 155

F44.4 Dissosiative motoriske forstyrrelser 157

F44.5 Dissosiative krampetilstander 158

F44.6 Dissosiativ følelseløshet og sanseduff 158

F44.7 Blandet dissosiativ lidelse (konversjonslidelse) 158

F44.8 Andre spesifiserte dissosiative lidelser (konversjonslidelser) 158

.80 Ganser’s syndrom

.81 Multipel personlighetsforstyrrelse

.82 Forbigående dissosiative lidelser som opptrer i barndom og ungdom

.88 Andre spesifiserte dissosiative lidelser

F44.9 Uspesifisert dissosiativ lidelse (konversjonslidelse) 159

**F45 Somatoforme lidelser 159**

F45.0 Somatiseringslidelse 160

F45.1 Udifferensiert somatoform lidelse 162

F45.2 Hypokondrisk lidelse 163

F45.3 Somatoform autonom dysfunksjon 165

.30 Hjerte og kardiovaskulært system

.31 Øvre gastrointestinaltrakt

.32 Nedre gastrointestinaltrakt

.33 Respirasjonsorganer

.34 Urogenitalt system

.38 Andre organer eller systemer

F45.4 Vedvarende somatoform smertelidelse 167

F45.8 Andre spesifiserte somatoforme lidelser 168

F45.9 Uspesifisert somatoform lidelse 168

**F48 Andre nevrotiske lidelser 168**

F48.0 Nevrasteni 168

F48.1 Depersonalisasjons- og derealisasjonssyndrom 170

F48.8 Andre spesifiserte nevrotiske lidelser 171

F48.9 Uspesifisert nevrotisk lidelse 171

## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

### Innledning

Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser er plassert i en stor samlegruppe siden de historisk sett har vært forbundet med nevrosebegrepet og siden en vesentlig (men likevel usikker) del av disse lidelsene har vært tilknyttet en psykologisk årsak. Som omtalt i den generelle innledningen til denne klassifikasjonen, er ikke nevrosebegrepet beholdt som et overordnet organiseringsprinsipp, men man har etterstrebet en enkel identifikasjon av lidelser som noen fremdeles ønsker å betrakte som nevrotiske, slik de forstår begrepet (se omtale av nevrose i den generelle innledningen, s. 3).

Det er vanlig med blandede symptomer (forekomst av både depresjon og angst er mest utbredt), særlig i de mindre alvorlige variantene av disse lidelsene som ofte ses i primærhelsetjenesten. Selv om det bør fastslås hvilket syndrom som dominerer, finnes en kategori for disse tilfellene av blandede depresjoner og angst, der det ville være kunstig å fremtvinge en slik slutning (F41.2).

### **F40** Fobiske angstlidelser

I denne gruppen lidelser blir angst bare, eller hovedsakelig, fremkalt av visse veldefinerte situasjoner eller objekter (utenfor individet) som ikke er virkelig farlige. Som et resultat blir disse situasjonene eller objektene gjerne unngått eller motstrebende tolerert. Fobisk angst kan ikke skjernes fra andre typer angst, hverken subjektivt, fysiologisk eller atferdsmessig, og kan variere i alvorlighetsgrad fra mildt ubehag til skrekkfølelse. Individet kan fokusere sin bekymring på individuelle symptomer som hjertebank eller besvimelsesfølelser, og bekymringen er ofte forbundet med dødsangst, frykt for å miste kontroll eller for å bli «gal». Angsten reduseres ikke av vissheten om at andre mennesker ikke betrakter den gjeldende situasjonen som farlig eller truende. Bare tanken på å gå inn i den fobiske situasjonen fremkaller vanligvis forventningsangst.

Innføring av kriteriet om at det fobiske objektet eller situasjonen skal være eksternt i forhold til subjektet, medfører at mange former for frykt som er relatert til sykdom (nosofobi) og vansiring (dysmorfobi), nå er klassifisert under F45.2 (hypokondrisk lidelse). Hvis imidlertid frykten for sykdom hovedsakelig eller ved gjentatte anledninger oppstår som resultat av potensiell eksponering for infeksjon eller smitte, eller bare er

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

en redsel for medisinske prosedyrer (injeksjoner, operasjoner osv) eller medisinske institusjoner (tannlegekontorer, sykehus osv), vil en kategori fra F40.- være passende (vanligvis F40.2, spesifikk fobi).

Fobisk angst forekommer ofte sammen med depresjon. Allerede eksisterende fobisk angst blir nesten alltid verre under en depressiv episode. Noen depressive episoder ledsages av kortvarig fobisk angst, og nedsatt stemningsleie ledsager ofte fobier, og da særlig agorafobi. Hvorvidt det er nødvendig med én eller to diagnoser (fobisk angst og depressiv episode), eller bare én, avhenger av i hvilken grad én lidelse utviklet seg tydelig før den andre, og hvorvidt én er klart dominerende ved diagnostiseringen. Hvis kriteriene for depressiv lidelse var oppfylt før de fobiske symptomene inntraff første gang, skal den første gis diagnostisk forrang (se omtale i innledningen).

De fleste fobiske lidelser, med unntak av sosiale fobier, er mer utbredt hos kvinner enn hos menn.

I denne klassifikasjonen blir et panikkanfall (F41.0) som inntreffer i en etablert fobisk situasjon betraktet som et uttrykk for fobiens alvorlighetsgrad, noe som bør gis diagnostisk forrang. Panikktilstand som hoveddiagnose bør bare diagnostiseres i fravær av fobiene oppført i F40.-.

**F40.0 Agorafobi**

Benevnelsen «agorafobi» blir her brukt i en videre betydning enn den opprinnelige, som fortsatt blir benyttet i enkelte land. Begrepet omfatter her ikke bare frykt for åpne plasser, men også for beslektede former for frykt, som frykt for folkemengder og problemet med å finne en rask rømningsvei til et trygt sted (vanligvis hjem). Begrepet omfatter derfor innbyrdes beslektede og ofte overlappende grupper av fobier som inkluderer frykt for å forlate hjemmet: frykt for å gå i butikker, frykt for mengder og offentlige steder, eller for å reise alene med tog, buss eller fly. Selv om angstens alvorlighetsgrad og omfanget av unngåelsesatferden varierer, er dette den mest invalidiserende av de fobiske lidelsene, og noen personer blir fullstendig fastbundne til hjemmet: mange blir skrekkslagne ved tanken på sammenbrudd og det å bli etterlatt alene og hjelpeløs på offentlig sted. Mangel på tilgjengelig utvei er et av de mest sentrale trekkene ved mange av de agorafobiske situasjonene. De fleste som lider av disse fobiene er kvinner, og debuten kommer vanligvis tidlig i voksen



**PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER**

alder. Depressive og tvangsmessige symptomer og sosiale fobier kan også være til stede uten å dominere det kliniske bildet. Uten effektiv behandling blir agorafobi ofte en kronisk lidelse, vanligvis med svingende forløp.

***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kriterier må oppfylles for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) de psykiske eller autonome symptomene må primært være manifestasjoner på angst og ikke sekundære i forhold til andre symptomer, som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være avgrenset til (eller hovedsakelig inntreffe i) minst to av følgende situasjoner: folkemengder, offentlige steder, det å reise hjemmefra, det å reise alene, og
- (c) unngåelse av den fobiske situasjonen må være, eller må ha vært, et fremtredende trekk.

*Differensialdiagnoser.* Merk at noen individer som lider av agorafobi sjelden opplever angst, fordi de konsekvent klarer å unngå sine fobiske situasjoner. Tilstedeværelse av andre symptomer som depresjon, depersonalisasjon, tvangsmessige symptomer og sosiale fobier utelukker ikke diagnosen, forutsatt at symptomene ikke dominerer det kliniske bildet. Hvis pasienten var svært deprimert da de fobiske symptomene inntraff, kan depressiv episode være en mer passende hoveddiagnose. Dette er mer vanlig ved symptomdebut i sen alder.

Eventuell panikklidelse (F41.0) i den agorafobiske situasjonen kan i de fleste tilfeller registreres ved et femte tegn:

F40.00 Uten panikklidelse

F40.01 Med panikklidelse

Inkl.: panikklidelse med agorafobi

**F40.1 Sosiale fobier**

Sosiale fobier begynner ofte i ungdomsalderen og er sentrert rundt en frykt for å bli gransket kritisk av andre mennesker i forholdsvis små grupper (i motsetning til folkemengder), og fører ofte til at sosiale situasjoner

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

unngås. Til forskjell fra de fleste andre fobier, er sosiale fobier like utbredt hos begge kjønn. De kan være avgrensede (dvs begrenset til det å spise eller snakke offentlig eller å møte mennesker av motsatt kjønn) eller diffuse, og innbefatte så og si alle sosiale situasjoner utenfor familien. Frykt for å kaste opp offentlig kan være vesentlig. Direkte øyekontakt kan være spesielt vanskelig i noen kulturer. Pasienten har ofte lav selvfølelse, og de er redde for kritikk. Vanlige symptomer er rødming, skjelvende hender, kvalme eller sterk trang til vannlating. Noen ganger kan individet være overbevist om at en av disse sekundære angstmanifestasjonene er det primære problemet, og symptomene kan videreutvikles til panikkanfall. Unngåelsesatferden er ofte uttalt, og kan i ekstreme tilfeller resultere i nesten fullstendig sosial isolasjon.

***Diagnostiske retningslinjer***

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) psykiske, atferdsmessige eller autonome symptomer må primært være manifestasjoner av angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være avgrenset til, eller hovedsakelig forekomme i, spesielle sosiale situasjoner, og
- (c) den fobiske situasjonen unngås når det er mulig.

Inkl.: antropofobi  
sosial nevrose

*Differensialdiagnoser.* Agorafobi og depressive lidelser er ofte fremtredende, og kan begge bidra til at personer blir fullstendig bundet til hjemmet. Hvis det er problematisk å skille mellom sosial fobi og agorafobi, skal agorafobien få forrang. En depressiv diagnose må ikke stilles uten at et fullt depressivt syndrom klart kan identifiseres.

**F40.2 Spesifikke (isolerte) fobier**

Fobier som er begrenset til svært spesifikke situasjoner, som nærvær av spesielle dyr, høyder, torden, mørke, flyreiser, lukkede rom, vannlating eller bruk av offentlige toaletter, inntak av visse typer mat, tannlegebesøk, eller synet av blod eller skade, og frykt for å bli utsatt for spesifikke sykdommer. Selv om den utløsende situasjonen er avgrenset, kan kontakt

## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

med den fremkalle panikk som ved agorafobi eller sosial fobi. Spesifikke fobier oppstår vanligvis i barndom eller tidlig voksen alder og kan vedvare i tiår hvis det ikke gis behandling. Graden av handikapp avhenger av hvor lett det er for personen å unngå den fobiske situasjonen. Frykten for den fobiske situasjonen later ikke til å variere, i motsetning til ved agorafobi. Strålingssyke, veneriske sykdommer og i den senere tid AIDS, er vanlige objekter for disse fobiene.

### *Diagnostiske retningslinjer*

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) de psykiske eller autonome symptomene må være primære manifestasjoner på angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være begrenset til nærvær av det særskilte fobiske objektet eller den fobiske situasjonen, og
- (c) den fobiske situasjonen blir om mulig unngått.

Inkl.: høydeskrekk (akrofobi)

dyrefobier

klaustrofobi

eksamensfobi

enkel fobi

*Differensialdiagnoser.* Det foreligger vanligvis ikke andre psykiske symptomer, i motsetning til ved agorafobi og sosiale fobier. Blod- eller skadefobi skiller seg fra de andre ved at de fører til bradykardi og noen ganger synkope, i stedet for tachykardi. Frykt for spesifikke sykdommer som kreft, hjertelidelser eller veneriske infeksjoner skal klassifiseres under hypokondrisk lidelse (F45.2), hvis frykten ikke har sammenheng med spesifikke situasjoner hvor sykdommen kan erverves. Hvis overbevisningen om at det er fare for sykdom når et nivå av vrangforestillinger, skal diagnosen være paranoid psykose (F22.-). Individuer som er overbevist om at en spesifikk kroppsdel (ofte i ansiktet) er abnorm eller misdannet, men hvor dette ikke er objektivt observert av andre (noen ganger kalt dysmorfofobi), skal klassifiseres under hypokondrisk lidelse (F45.2) eller paranoid psykose (F22.0), avhengig av overbevisningenes styrke og varighet.

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER****F40.8 Andre spesifiserte fobiske angstlidelser****F40.9 Uspesifisert fobisk angstlidelse**

Inkl.: fobi INA  
fobiske tilstander INA

**F41 Andre angstlidelser**

Lidelser hvor angst er hovedsymptomet, og hvor angsten ikke er avgrenset til noen særskilt situasjon. Depressive symptomer, tvangssymptomer og tendens til fobisk angst kan være til stede, forutsatt at de er klart sekundære eller mindre alvorlige.

**F41.0 Panikklidelse [episodisk paroksysmal angst]**

Hovedtrekket er tilbakevendende anfall av alvorlig angst (panikk) som ikke er begrenset til noen særskilt situasjon eller spesielle omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar. Som ved andre angstlidelser varierer de dominerende symptomene fra person til person, men plutselig innsettende hjertebank, brystmerter, kvalningsfølelser, svimmelhet og uvirkelighetsfølelse (depersonalisasjon eller derealisasjon) er vanlige. Det foreligger også, nesten uten unntak, en sekundær frykt for å dø, for å miste kontrollen eller bli «gal». Hvert enkelt anfall varer vanligvis bare i noen minutter, og både anfallets hyppighet og forløp varierer. En person med panikkanfall opplever ofte rask økning av frykt og autonome symptomer, som medfører at man trekker seg fort ut av situasjonen man befinner seg i. Hvis dette inntreffer i en spesifikk situasjon, som i en buss eller en folkemengde, kan pasienten senere unngå den situasjonen. På samme måte forårsaker hyppige og uforutsigbare panikkanfall frykt for å være alene eller for offentlige plasser. Et panikkanfall blir ofte fulgt av en vedvarende frykt for flere anfall.

***Diagnostiske retningslinjer***

I denne klassifikasjonen blir et panikkanfall som inntreffer i en etablert fobisk situasjon, vurdert som et uttrykk for fobiens alvorlighetsgrad, som skal gis diagnostisk forrang. Panikklidelse skal bare være hoveddiagnose i fravær av fobiene i F40.-.

## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

For at en sikker diagnose skal kunne stilles må flere alvorlige angstanfall med autonom symptomer ha inntruffet i løpet av en periode på rundt én måned:

- (a) under omstendigheter hvor det ikke foreligger objektiv fare,
- (b) uten at anfallene begrenses til kjente eller forutsigbare situasjoner, og
- (c) med relativ frihet fra angstsymptomer mellom anfallene (selv om forventningsangst er vanlig).

Inkl.: panikkanfall  
panikktilstand

*Differensialdiagnoser:* Panikklidelse må skilles fra panikkanfall som inntreffer som del av etablerte fobiske lidelser, som tidligere omtalt. Panikkanfall kan være sekundære til depressive lidelser, særlig hos menn, og hvis kriteriene for en depressiv lidelse samtidig er oppfylt, bør ikke hoveddiagnosen være panikklidelse.

### F41.1 Generalisert angstlidelse

Generell og vedvarende angst som ikke er begrenset til eller fremherskende i bestemte situasjoner (dvs at den er «frittflytende»). Som ved andre angstlidelser varierer de sentrale symptomene sterkt, men omfatter vanligvis plager som vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svette, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i magen. Frykt for at pasienten eller en slektning snart vil bli syk eller bli utsatt for en ulykke, i tillegg til andre bekymringer er vanlig. Lidelsen er vanligst hos kvinner, og ofte knyttet til kroniske belastninger. Forløpet varierer, men har tendens til å være skiftende og kronisk.

#### *Diagnostiske retningslinjer*

Individet må ha primære symptomer på angst nesten hver dag i minst flere uker i strekk, og vanligvis i flere måneder. Symptomene bør vanligvis ha innslag av:

- (a) engstelse (bekymringer om fremtidige ulykker, irritabilitet, konsentrasjonsvansker osv),
- (b) motorisk spenning (rastløs nervøsitet, spenningshodepine, skjelving, manglende evne til å slappe av), og

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

(c) autonom overaktivitet (ørhet, svette, rask puls eller hurtig respirasjon, epigastrisk ubehag, svimmelhet, tørr munn osv).

Hos barn kan hyppig behov for beroligelse og tilbakevendende somatiske plager være fremtredende.

Kortvarig forekomst (noen dager i strekk) av andre symptomer, særlig depresjon, ekskluderer ikke generalisert angstlidelse som hoveddiagnose, men personen må ikke oppfylle alle kriteriene for depressiv episode (F32.-), fobisk angstlidelse (F40.-), panikklidelse (F41.0) eller obsessiv-kompulsiv lidelse (F42.-).

Inkl.: angstnevrose  
angstreaksjon  
angsttilstand

Ekskl.: nevrasteni (F48.0)

**F41.2 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse**

Denne blandingskategorien skal brukes når symptomer på både angst og depresjon er til stede, uten at noen av dem alene er tilstrekkelig alvorlige til å rettferdiggjøre en diagnose. Hvis alvorlig angst foreligger, sammen med en svakere grad av depresjon, skal en av de andre kategoriene for angstlidelser eller fobiske lidelser brukes. Når både depressive syndromer og angstsyndromer foreligger og er alvorlige nok til å rettferdiggjøre individuelle diagnoser, skal begge lidelsene registreres og denne kategorien ikke brukes. Hvis det av praktiske registreringshensyn bare kan stilles én diagnose, skal depresjon ha forrang. Noen autonome symptomer (skjelving, hjertebank, tørr munn, urolig mage osv) må være til stede, om enn bare midlertidig. Hvis bare redsel eller overdreven bekymring er til stede, uten autonome symptomer, bør ikke denne kategorien brukes. Hvis symptomer som oppfyller kriteriene for denne lidelsen inntreffer i sammenheng med betydelige endringer i livssituasjon eller svært belastende livshendelser, skal kategori F43.2, tilpasningsforstyrrelser, brukes.

Individer med denne blandingen av forholdsvis milde symptomer blir ofte behandlet i primærhelsetjenesten, men det finnes mange som aldri vil komme under medisinsk eller psykiatrisk behandling.

**PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER**

Inkl.: angstdepresjon (mild eller ikke vedvarende)

Ekskl.: vedvarende angstdepresjon (dystymi) (F34.1)

**F41.3 Andre blandede angstlidelser**

Kategorien skal brukes for lidelser som oppfyller kriteriene for generalisert angstlidelse (F41.1) og som også har fremtredende (men ofte kortvarige) trekk fra andre lidelser i F40–F49, selv om alle kriteriene for disse tillegglidelsene ikke er oppfylt. De vanligste eksemplene er obsessiv-kompulsiv lidelse (F42.-), dissosiative lidelser (F44.-), somatiseringslidelse (F45.0), uddifferensiert somatoform lidelse (F45.1) og hypokondrisk lidelse (F45.2). Hvis symptomer som oppfyller kriteriene for denne lidelsen inntreffer i nær sammenheng med betydelige livsforandringer eller betydelige livshendelser, skal kategori F43.2, tilpasningsforstyrrelser, brukes.

**F41.8 Andre spesifiserte angstlidelser**

Inkl.: angsthysteri

**F41.9 Uspesifisert angstlidelse**

Inkl.: angst INA

**F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)**

Hovedtrekket ved denne lidelsen er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er ideer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i pasientens bevissthet i en stereotyp form. De er nesten uten unntak foruroligende (fordi de er voldelige eller obscøne, eller oppfattes som meningsløse) og personen prøver ofte, uten hell, å motstå dem. De erkjennes imidlertid som vedkommendes egne tanker, selv om de er ufrivillige og ofte frastøtende. Tvangshandlinger eller tvangsritualer er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang. De er ikke i seg selv behagelige eller nyttige. Hensikten er ofte å hindre en objektivt sett usannsynlig hendelse som innebærer skade på, eller er forårsaket av, vedkommende selv. Vanligvis erkjennes denne atferden som meningsløs eller nytteløs, og personen gjør gjentatte forsøk på å motstå

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

den. I meget langvarige tilfeller kan motstandskraften være minimal. Autonome angstsymptomer er ofte til stede, men ubehagelige følelser av indre eller psykiske spenninger uten åpenbar autonom årsak er også vanlig. Det er en nær sammenheng mellom obsessive symptomer, særlig tvangstanker, og depresjon. Personer med obsessiv-kompulsiv lidelse har ofte depressive symptomer, og personer som lider av tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-) kan utvikle tvangstanker i løpet av sine depresjonsepisoder. I begge tilfeller blir økt eller redusert alvorlighetsgrad av de depressive symptomene ledsaget av parallelle endringer i alvorlighetsgraden av de obsessive symptomene.

Obsessiv-kompulsiv lidelse er like utbredt hos menn som hos kvinner, og det er ofte fremtredende tvangspregede trekk i den underliggende personligheten. Debuten inntreffer vanligvis hos barn eller unge voksne. Forløpet varierer og blir ofte kronisk ved fravær av uttalte depressive symptomer.

***Diagnostiske retningslinjer***

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, må enten tvangstanker eller tvangshandlinger, eller begge deler, være til stede de fleste dagene i minst to etterfølgende uker og føre til bekymring eller ha innvirkning på aktiviteter. Tvangstankene bør ha følgende kjennetegn:

- (a) de må erkjennes som personens egne tanker eller impulser,
- (b) minst én tanke eller handling kan ikke motstås, selv om det også kan være andre tanker eller handlinger som personen motstår,
- (c) tanken på å utføre handlingen må ikke være behagelig i seg selv (letelse av spenning eller angst vurderes ikke som behagelig),
- (d) tankene, forestillingene eller impulsene må være ubehagelig repeterende.

Inkl.: anankastisk nevrose  
obsessiv nevrose  
obsessiv-kompulsiv nevrose

*Differensialdiagnoser.* Differensiering mellom obsessiv-kompulsiv lidelse og depressiv lidelse kan være vanskelig, fordi de to symptomtypene ofte inntreffer samtidig. I en akutt sykdomsepisode skal de først oppståtte symptomene få forrang. Når begge symptomtyper er til stede uten at en



## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

av dem dominerer, bør depresjonen som regel vurderes som primær. Ved kroniske lidelser skal de symptomer som hyppigst vedvarer i fravær av de andre, prioriteres.

Tilfeldige panikkanfall eller milde fobiske symptomer svekker ikke diagnosen. Likevel skal obsessive symptomer som utvikles i forbindelse med schizofreni, Tourettes syndrom eller organiske psykiske lidelser betraktes som del av disse tilstandene.

Selv om tvangstanker og tvangshandlinger ofte forekommer samtidig, er det hensiktsmessig å spesifisere hvilke symptomer som er mest fremtredende, siden pasienter kan respondere på ulike behandlingstyper.

### F42.0 Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling

Disse kan ytre seg i form av ideer, mentale bilder eller handlingsimpulser. De varierer mye i innhold, men er nesten alltid plagsomme for personen. En kvinne kan for eksempel plages av en frykt for ikke å kunne motstå en impuls til å drepe barnet sitt. Eller hun kan plages av en frastøtende eller blasfemisk og fremmed, tilbakevendende idé. Noen ganger utgjør tankene en endeløs og kvasifilosofisk vurdering av ulike alternativer uten noe klart resultat. Slik ubesluttosom overveielse av alternativer er en viktig del i mange andre tvangsgrublinger, og blir ofte forbundet med en sviktende evne til å treffe trivielle, men nødvendige valg i det daglige liv.

Forholdet mellom tvangsgrublinger og depresjon er særlig nært. Diagnosen obsessiv-kompulsiv lidelse skal bare foretrekkes hvis tvangsgrublinger oppstår eller vedvarer uten at det foreligger noen depressiv lidelse.

### F42.1 Hovedsakelig tvangshandlinger [tvangsritualer]

De fleste tvangshandlinger gjelder rengjøring (særlig håndvasking), gjentatt kontroll for å forsikre seg om at en potensielt farlig situasjon ikke har fått mulighet til å utvikle seg, eller overdreven orden og ryddighet. Bak den ytre atferden ligger en frykt, vanligvis for fare, enten for individet eller forårsaket av individet, og ritualer er et virkningsløst eller symbolsk forsøk på å avverge slik fare. Tvangsritualer kan oppta flere timer daglig og blir noen ganger forbundet med betydelig ubesluttosomhet og senhet. Generelt

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

er lidelsen like utbredt hos begge kjønn, men håndvaskritualer er vanligst hos kvinner, og treghet uten gjentakelser vanligst hos menn.

Tvangsritualer er i mindre grad enn tvangstanker forbundet med depresjon, og kan lettere behandles med atferdsterapi.

**F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger****[tvangsritualer]**

De fleste obsessiv-kompulsive personer har elementer av både tvangstanker og tvangshandlinger. Denne underkategorien skal brukes hvis begge er like fremtredende; noe som ofte er tilfelle. Det kan være hensiktsmessig å bare spesifisere den ene, hvis den er tydelig dominerende, siden tanker og handlinger kan respondere på ulike behandlingstyper.

**F42.8 Andre spesifiserte obsessiv-kompulsive lidelser****F42.9 Uspesifisert obsessiv-kompulsiv lidelse****F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning**

Kategorien skiller seg fra de andre ved at den omfatter lidelser som kan identifiseres, ikke bare på grunnlag av symptomer og forløp, men også ved tilstedeværelsen av en av to årsaksfaktorer. En usedvanlig belastende livshendelse kan fremkalle en akutt belastningsreaksjon, mens en vesentlig forandring i tilværelsen som fører med seg vedvarende ubehagelige forhold som kan føre til en tilpasningsforstyrrelse. Selv om mindre alvorlige psykososiale belastninger («livshendelser») kan utløse eller bidra til utviklingen av en rekke lidelser som er klassifisert annet sted i dette kapittelet, er den årsaksmessige betydningen av belastningen ikke alltid klar. Betydningen vil i hvert tilfelle avhenge av individuell sårbarhet. Livshendelsene er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten av lidelsen og dens ytringsform. Lidelsene som er samlet her, antas alltid å oppstå som direkte konsekvens av akutt alvorlig belastning eller vedvarende traumer. Den belastende hendelsen eller de vedvarende, ubehagelige

## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

omstendighetene er de primære og altoverskyggende årsaksfaktorene, og lidelsene ville ikke ha oppstått uten slik påvirkning. Reaksjoner på alvorlige belastninger og tilpasningsforstyrrelser i alle aldersgrupper, også barn og unge, er tatt med i denne kategorien.

Selv om hvert individuelt symptom som både den akutte belastningsreaksjonen og tilpasningsforstyrrelsen består av, også kan inntreffe i andre lidelser, er det visse egenskaper ved symptomenes uttrykk som berettiger at tilstandene tas med som en klinisk enhet. Den tredje tilstanden i dette avsnittet, posttraumatisk belastningslidelse, har relativt spesifikke og karakteristiske kliniske trekk.

Lidelsene kan således betraktes som uhensiktsmessige reaksjoner på alvorlig eller vedvarende belastning, ved at de forstyrrer funksjonelle mestringsmekanismer og gir et lavere sosialt funksjonsnivå.

Selvpåført skade, vanligvis forgiftning med foreskrevne medisiner, som er nært forbundet i tid med utbruddet av enten en belastningsreaksjon eller en tilpasningsforstyrrelse, skal registreres ved hjelp av en tilleggskode X fra ICD-10, kapittel XX. Disse kodene gir ikke rom for differensiering mellom selvmordsforsøk og «paraselvmord», som begge er inkludert i den generelle kategorien for selvpåført skade.

### F43.0 Akutt belastningslidelse

Forbigående lidelse av betydelig alvorlighetsgrad som utvikles hos et individ som ikke har noen andre påviselige psykiske lidelser, som reaksjon på uvanlig legemlig og psykisk belastning, og som vanligvis avtar innen timer eller dager. Belastningen kan bestå av en sterkt traumatisk opplevelse som innebærer en alvorlig trussel mot personens sikkerhet og fysiske integritet, eller mot hans nærmeste (f eks naturkatastrofer, ulykker, kamp, overfall, voldtekt), eller en uvanlig brå og truende endring i individets sosiale posisjon og sosiale nettverk, som store tap eller brann i hjemmet. Risikoen for lidelsen øker hvis også fysisk utmattelse eller organiske faktorer (f eks hos eldre mennesker) er til stede.

Individuell sårbarhet og mestringsevne har betydning for forekomsten og alvorlighetsgraden av akutte belastningsreaksjoner. Det faktum at ikke alle personer som er utsatt for eksepsjonell belastning, utvikler lidelsen, viser dette. Symptomene varierer sterkt, men omfatter vanligvis en

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

startfase med forvirring, med noe innsnevring av bevisstheten og av oppmerksomheten, samt manglende evne til å forstå stimuli og desorientering. Tilstanden kan bli etterfulgt av enten videre tilbaketrekning fra den aktuelle situasjonen (så langt som til dissosiativ stupor, se (F44.2), eller av agitasjon og hyperaktivitet (fluktreaksjon eller fugue). Autonome tegn på panikkangst (takykardi, svetting, rødming) er vanligvis til stede. Symptomene foreligger vanligvis i løpet av minutter etter den belastende påvirkningen eller hendelsen, og forsvinner innen to til tre dager (ofte i løpet av timer). Delvis eller total amnesi (se F44.0) for episoden kan være til stede.

***Diagnostiske retningslinjer***

Det må være en umiddelbar og klar tidsmessig forbindelse mellom en eksepsjonell belastning og symptomutbrudd. Symptomutbruddene kommer vanligvis i løpet av få minutter, hvis ikke umiddelbart. Videre må symptomene:

- (a) vise et blandet og vanligvis skiftende bilde. I tillegg til startfasen med forvirring, kan også depresjon, angst, sinne, desperasjon, hyperaktivitet og tilbaketrekning forekomme, men ingen symptomtype dominerer over lengre tid,
- (b) forsvinne raskt (innen få timer) i tilfeller der tilbaketrekning fra de belastende omgivelsene er mulig. I tilfeller der belastningen vedvarer eller ikke kan reverseres, begynner symptomene vanligvis å avta etter 24–48 timer og er vanligvis minimale etter rundt tre dager.

Diagnosen skal ikke brukes til å dekke over plutselige symptommessige forverringer hos personer som allerede har symptomer som oppfyller kriteriene for en annen psykisk lidelse, med unntak av de som omfattes av F60.- (personlighetsforstyrrelser). Individets eventuelle tidligere psykiske lidelser svekker ikke bruken av denne diagnosen.

Inkl.: akutt krisereaksjon  
kampretthet  
krisetilstand  
psykisk sjokk

**PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER****F43.1 Posttraumatisk stresslidelse**

Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste (dvs naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, møte med andre persons voldelige død, selv å bli utsatt for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger).

Predisponerende faktorer, som personlighetstrekk (f eks kompulsive eller asteniske) eller tidligere nevroser, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverre forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten av lidelsen.

Typiske symptomer omfatter episoder hvor man gjenopplever traumet i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, samtidig med at individet har en fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflatning, distansering fra andre mennesker, nedsatt reaksjoner på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det er vanlig at man frykter og unngår det som minner om det opprinnelige traume. I noen få tilfeller kan det være dramatiske, akutte utbrudd av frykt, panikk eller aggresjon, utløst av stimuli som utløser en brå tilbakekomst og gjenopplevelse av traumet eller av den opprinnelige reaksjonen på det.

Det foreligger vanligvis autonom hyperaktivitet og vaksomhet, lettskremthet og søvnløshet. Angst og depresjon blir ofte forbundet med ovennevnte symptomer og tegn, og ikke sjelden oppstår det også selvmordstanker. Omfattende bruk av alkohol eller stoff kan være en kompliserende faktor.

Symptomdebut etterfølger traumet med en latensperiode som kan vare i fra noen få uker til flere måneder (men sjelden mer enn seks måneder). Forløpet er svingende, men det kan i de fleste tilfeller forventes bedring. Hos noen få pasienter kan tilstanden ha et kronisk forløp over flere år, med eventuell overgang til en varig personlighetsforandring (se F62.0).

***Diagnostiske retningslinjer***

Lidelsen skal vanligvis ikke diagnostiseres hvis det ikke er beviser for at den oppstod innen 6 måneder etter en uvanlig alvorlig traumatisk hendelse. En «sannsynlig» diagnose kan fremdeles være mulig hvis

**F40–F48 NEVROTISKE LIDELSER**

perioden mellom hendelsen og debuten oversteg 6 måneder, forutsatt at de kliniske manifestasjonene er typiske og at ingen alternativ forklaring på lidelsen (f eks angstepisode, obsessiv-kompulsiv eller depressiv episode) er plausibel. I tillegg til beviser på traume, må det være en gjentatt og påtrengende erindring eller gjenopplevelse av hendelsen i individets hukommelse, dagdrømmer eller drømmer. Påfallende emosjonell distanse, følelseskulde og unngåelse av stimuli som kan føre til en gjenopplevelse av traumet, forekommer ofte, men er ikke nødvendige for at diagnosen skal kunne stilles. Autonome forstyrrelser, affektive lidelser og avvikende atferd bidrar til diagnosen, men er ikke de viktigste faktorene.

Den sene kroniske følgetilstanden etter store belastninger, dvs som fortsatt er til stede tiår etter den belastende livshendelsen, skal klassifiseres under F62.0.

Inkl.: traumatisk nevrose

**F43.2 Tilpasningsforstyrrelser**

Tilstander med subjektive plager og følelsesmessige forstyrrelser, som vanligvis påvirker individets sosiale funksjonsnivå og yteevne, og som oppstår i tilpasningsperioden etter betydelige livsendringer eller en belastende livshendelse (inkludert tilstedeværelse, eller mulig tilstedeværelse, av en alvorlig somatisk sykdom). Belastningen kan ha påvirket integriteten av individets sosiale nettverk (gjennom tap eller adskillelseopplevelser) eller det bredere systemet av sosiale støtte- og verdifunksjoner (emigrasjon eller flyktningstatus). Belastningen kan berøre selve individet, men også individets gruppe eller samfunn.

Individuell predisposisjon eller sårbarhet spiller en større rolle for risikoen for forekomst og utvikling av symptomene ved tilpasningsforstyrrelser enn tilfellet er for andre tilstander i F43.-, men man antar likevel at tilstanden ikke ville ha oppstått uten den belastende situasjonen. Symptomene varierer og omfatter nedtrykthet, angst eller bekymring (eller en blanding av disse), følelse av maktesløshet overfor situasjonen og manglende evne til å planlegge fremover eller å fortsette i nåværende situasjon, samt større eller mindre problemer med å utføre daglige rutiner. Individet kan oppfatte seg selv som tilbøyelig til dramatisk atferd eller voldelige utbrudd, men disse forekommer sjelden. Likevel kan atferds-

## PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

forstyrrelser (f.eks. aggressiv eller usosial atferd) forekomme, særlig hos ungdom. Ingen av symptomene er i seg selv tilstrekkelig alvorlige eller fremtredende til å rettferdiggjøre en mer spesifikk diagnose. Hos barn er regressive fenomener som tilbakegang til sengevæting, barnespråk eller tommelsuging en vanlig del av symptommonsteret. Hvis disse trekkene dominerer, skal F43.23 brukes.

Debuten inntreffer vanligvis innen én måned etter den belastende hendelsen eller livsendringen, og symptomene varer sjelden lenger enn 6 måneder, med unntak av tilfeller med langvarig depressiv reaksjon (F43.21). Hvis symptomene vedvarer utover denne perioden, skal diagnosen endres i henhold til det eksisterende kliniske bildet. Stress som eventuelt fortsetter, kan kodes ved hjelp av en av Z-kodene i kapittel XXI i ICD-10.

Individens kontakt med medisinsk og psykiatrisk ekspertise som følge av tapsreaksjoner som vurderes som normale i individets kultur, og som ikke sjelden varer i mer enn 6 måneder, skal registreres med en kode fra kapittel XXI i ICD-10, som Z63.4 (familiemedlem som forsvinner eller dør), eventuelt også Z71.9 (uspesifisert rådgivning) eller Z73.3 (belastning som ikke er klassifisert annet sted). Sorgreaksjoner av alle varigheter, vurdert som unormale på grunn av deres form eller innhold, skal kodes som F43.22, F43.23, F43.24 eller F43.25, og de som fremdeles er intense og varer i mer enn 6 måneder, som F43.21 (langvarig depressiv reaksjon).

### ***Diagnostiske retningslinjer***

Diagnostiseringen avhenger av en nøye evaluering av forholdet mellom:

- (a) symptomenes form, innhold og alvorlighetsgrad
- (b) bakgrunn og personlighet, og
- (c) belastende hendelse, situasjon eller livskrise.

Tilstedeværelsen av den tredje faktoren må være klar, og det må være klare eller sannsynlige holdepunkter for at lidelsen ikke ville ha oppstått uten denne. Hvis belastningen er relativt ubetydelig, eller det ikke kan påvises en tidsmessig forbindelse (mindre enn tre måneder), skal lidelsen klassifiseres et annet sted, i samsvar med dens foreliggende trekk.

**F40-F48 NEVROTISKE LIDELSER**

Inkl.: kultursjokk  
sorgreaksjon  
hospitalisering av barn

Ekskl.: separasjonsangst hos barn (F93.0)

Hvis kriteriene for tilpasningsforstyrrelser er oppfylt, kan klinisk form eller dominerende trekk spesifiseres med et femte tegn.

**F43.20 Kortvarig depressiv reaksjon**

Forbigående, mild depressiv tilstand som ikke varer mer enn én måned.

**F43.21 Vedvarende depressiv reaksjon**

Mild depressiv tilstand som inntreffer som følge av langvarig utsettelse for en belastende situasjon, men som ikke varer mer enn to år.

**F43.22 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon**

Symptomer på både angst og depresjon er til stede, men på nivåer som ikke overstiger de som er spesifisert for blandet angstreaksjon og depressiv lidelse (F41.2) eller annen blandet angstlidelse (F41.3).

**F43.23 Med dominerende forstyrrelse av andre følelser**

Symptomene er vanligvis knyttet til mange typer følelser, som angst, depresjon, bekymring, spenning og sinne. Symptomer på angst og depresjon kan oppfylle kriteriene for blandet angstlidelse og depressiv lidelse (F41.2) eller annen blandet angstlidelse (F41.3), men er ikke så dominerende at andre mer spesifikke depressive lidelser eller angstlidelser kan diagnostiseres. Denne kategorien skal også brukes for reaksjoner hos barn der regressiv atferd som sengevæting eller tommelsuging også er til stede.

**F43.24 Med dominerende atferdsforstyrrelse**

Den mest betydelige forstyrrelsen er atferdsforstyrrelser, som når en ungdoms sorgreaksjon fører til aggressiv eller dyssosial atferd.

**F43.25 Med blandet forstyrrelse av følelser og atferd**

Både følelsesmessige symptomer og atferdsforstyrrelse er fremtredende kjennetegn.

**F43.28 Med andre spesifiserte dominerende symptomer****F43.8 Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning****F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning**



## Et utvalg skåringsinstrumenter

På de neste sider følger et utvalg av skåringsinstrumenter (rating scales) som brukes ved angstlidelser. Noen skal skåres av terapeut, andre skal pasientene selv fylle ut. Instrumentene kan dels brukes til å få et kvantitativt inntrykk av hvor alvorlige plagene er, dels kan de brukes for å måle endring under behandling. De kan også brukes til forskning.

### Generelt angstnivå

*Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).*

Referanse: Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370

### Panikklidelse

*Panikkskala (Panic rating scale).*

Referanse: David Clark, Oxford

### Agorafobi: Unngåelsesatferd

*Fobiskåringsskjema (Phobic Avoidance Rating Scale (PARS)).*

Referanse: Hoffart A, Friis S, Martinsen EW. The Phobic Avoidance Rating Scale: a psychometric evaluation of an interview-based scale. *Psychiatric Developments* 1989;1:71-81.

*Unngåelse (Mobility Inventory).*

Referanse: Chambless DL, Caputo C, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy* 1985;23:35-44.

### Agorafobi: Angstanker og kroppsforannelser

*Kroppsforannelser (Body Sensations Questionnaire, BSQ)*

Referanse: Chambless DL, Caputo C, Bright P, Gallagher R. Assessment of fear of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52:1090-97.

*Angstskjema (Agoraphobic Cognitions Scale, ACS)*

Referanse: Hoffart A, Friis S, Martinsen EW. Assessment of fear of fear among agoraphobic patients: the agoraphobic cognitions scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1992;14:175-87.

### Sosial fobi

*Social phobia rating scale.*

Referanse: Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practical manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd: 1997

*Liebowitz' sosial fobi symptom skala.*

Referanse: Libowitz MR. Social phobia. In DF Klein. *Modern problems in psychopharmacology; anxiety*. Basel, Switzerland: Karger 1987.

### Spesifikke fobier

*Alminnelig angst og fobi-skjema.*

Referanse: KG Gøtestam, Psykiatrisk institutt, NTNU, Trondheim

### Obsessiv kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*

*Kontrolliste for tvangspregede tilstander*

Referanse: Marks IM. Å leve med angst. Hjelp og selvhjelp. Oslo: Aventura 1989

**Posttraumatisk stresslidelse***Impact of Events Scale (IES)*

Referanse: Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. - Impact of events scale : a measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine 1979;41(3):209-18

**Generalisert angstlidelse***Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).*

Referanse: Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67:361-370

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## Oversikt over pasient- og pårørendeorganisasjoner

ANANKE Norge  
Postboks Lade  
7002 TRONDHEIM  
Tel: 73 86 45 98  
epost: [ananke@geocities.com](mailto:ananke@geocities.com)

Mental Helse Norge  
Postboks 298 Sentrum  
3701 SKIEN  
Tel: 35 53 43 70  
Fax: 35 53 09 30  
Epost: [post@mentalhelse.no](mailto:post@mentalhelse.no)  
Internett: <http://www.mentalhelse.no/butikk.html>  
Hjelpetelefonen: 810 30 030

ANGSTRINGEN Norge  
Morells vei 9  
0487 OSLO  
Tel: 22 71 26 09/ 22 22 35 30  
Fax: 22 22 65 88  
Epost: [angstringen@linpro.no](mailto:angstringen@linpro.no)  
Internett: <http://www.linpro.no.angstringen>

Norsk selvhjelpsforum  
Professor Dahlsgt. 45  
0367 OSLO  
Tel: 22 44 65 80  
Epost: [selvhjelp@selvhjelp.no](mailto:selvhelp@selvhjelp.no)  
Internett: <http://www.selvhelp.no>

## STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

## PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom .....	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn .....	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen .....	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker .....	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.....	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 .....	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998 ....	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehus. En nasjonal kartlegging 1999 .....	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter .....	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser .....	IK-2692	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien .....	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov .....	IK-2707	(100)

**STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE**

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimatempere.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere .....	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)

**STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE**

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeids- prosjektet Sorg og Omsorg.....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning .....	IK-2702	(100)

**Samling av lover, forskrifter og rundskriv**

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 25 (1996-97) – Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene og St.prp. nr. 63 (1997-98) – Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utgi veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som ansees som god behandling innen psykisk helsevern.

Dette heftet er et resultat av dette oppdraget. I «Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling» tar man for seg undersøkelse, utredning, diagnostikk og behandling av disse lidelsene. Likeledes blir oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten berørt.

Dette heftet retter seg mot ulike profesjoner innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt brukerne.



## Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:  
Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90  
E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no  
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

