

Hva er god behandling av angst

AV TRINE BJØRNER

Denne artikkelen bygger på prøveforelesning over oppgitt tema «Hva er god behandling av angst i allmennpraksis» og på avhandlingen « Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care.



Trine Bjørner

f. 1953.

Spesialist i allmennmedisin.

Dr. med. 2003.

Opptatt av legemiddelforskriving i allmennpraksis.

Angst er i følge psykiatriens diagnoseklassifikasjonssystemer tilsynelatende klare diagnosegrupper. I allmennpraksiser begrepet videre og dekker alt fra uro, frykt, redsel til de mer veldefinerte angstlidelsene.

Denne artikkelen handler litt om angst generelt, forekomst, diagnostikk og behandling – for så å sette fokus på benzodiazepinforbruk ved angsttilstander. Hva som ideelt sett er god behandling, er ikke alltid det samme som realistisk behandling i travel praksis, men dokumentasjon av nyere behandling kan gi grunn til å revurdere en del av benzodiazepinforskrivningen. Angst er noe vi daglig møter på legekontoret, og angst er sagt å være en naturlig del av møtet mellom lege og pasient (1), men det er når angsten blir et problem, når «angsten eter sjelen» at vi møter angst som en psykisk lidelse.

Forekomst

Angst er en hyppig forekommende tilstand i befolkningen, Livstidsprevalensen er 30 prosent for kvinner og 20 prosent for menn. (2). Angst er en hyppig årsak til legesøkning i allmennpraksis, og utgjør tre til fem prosent av pasientkontaktene (3). Over en tredel av de pasientene som presenterer et psykiatrisk problem i allmennpraksis, klager over angst.

Manglende erkjennelse av behandlingstrengende angsttilstander oppgis å være et betydelig problem. Angst er for mange pasienter assosiert med skam som hindrer dem i å ta problemet opp i konsultasjonen. Vi har ofte både en doctor's delay og en patient's delay.

Hvordan diagnostiseres angst?

Angstdiagnosene stilles oftest klinisk. Diagnoseverktøy kan også være nyttig. De mest brukte er HADS (Hospital angst- og depresjonsskala), SPIFA (Strukturert psykiatrisk intervju for allmennpraksis) og Prime MD. Dessuten er MADRS

(Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale) nyttig fordi angst er vanlig ved en underliggende depresjon.

Diagnostikk av personlighetsforstyrrelser er ikke tatt med i diagnoseverktøy for allmennpraksis, fordi slik diagnostikk er ansett som en spesialistoppgave ifølge WHO.

Diagnoselisten for angsttilstander inneholder

- Panikklidelse
- Agorafobi
- Sosial fobi
- Spesifikke fobier
- Generalisert angst (GAD)
- Posttraumatisk stressyndrom (PTSD)
- Tvangslidelse
- Angst er et vanlig symptom ved depresjoner.

Om man ser på livstidsprevalensen for angstlidelsene (2), er de hyppigste panikklidelse, fobier og generalisert angst.

Alle unntatt GAD starter i barndom / ungdom, har et langvarig og svingende forløp og lidelsestrykket kan bli betydelig. Unngåelsesatferden kan bli stor og tilstandene kan gi betydelig funksjonssvikt og er hyppig årsak både til sykmelding og uføretrygd.

De forskjellige angsttilstandene kan opptre i kombinasjon med andre psykiske tilstander; komorbiditet forkludrer selvsagt bildet betydelig og skaper diagnostiske vansker.

Angst kan også være et symptom på eller nært assosiert med medikamenter, alkohol, livsstil og somatisk sykdom.

I tillegg til de veldefinerte angsttilstandene forekommer også uro, bekymring og helseangst som faller utenfor diagnosesystemene.

Angsttilstander i allmennpraksis?

En utfordring i praksis er pasienter der angsten er en del av en personlighetsforstyrrelse. Med disse pasientene når man ofte ikke frem med vanlige tilnærminger. Diagnostikk og behandling av personlighetsforstyrrelser krever samarbeid med annenlinjetjenesten.

Behandling av angst er et sammensatt kapittel

De forskjellige angsttyper skal ha litt forskjellig behandling. Og samtidig er det ofte slik at pasientens angstproblem er sammensatt, slik at forekjellige behandlingsopplegg må kombineres og modifiseres.

De aller fleste angstpasienter som søker hjelp vil først henvende seg til primærlegen. Mange pasienter med lettere tilstander kan ha god nytte av generell informasjon om angsttilstander, eventuelt kortvarig samtaleterapi i allmennpraksis.

Hovedstrategier for behandling er psykologisk og farmakologisk.

Psykologisk behandling

består av samtaler, eksponeringsbehandling, kognitiv terapi og psykodynamisk terapi.

Eksponeringsbehandling eller *fobitrening* er psykologiske mestringsteknikker som bygger på habituering: ved å avlære seg angsten som en respons på forskjellige angstfremkallende situasjoner eller ting. Treningsopplegget går ut på at når man blir lenge nok i angstsituasjonen reduseres angsten. Neste gang man eksponeres tar det kortere tid før angsten reduseres. Så gjentas dette til situasjonen kan oppleves uten angst. Dette krever en motivert og treningsvillig pasient. Behandlingen kan gjerne foregå i grupper. Eksponeringsbehandling er den mest effektive behandlingsform ved spesifikke fobier, er velegnet ved agorafobi, panikklidelse og tvangslidelse og kan også brukes som en del av behandlingsopplegg for sosial fobi.

Kognitiv terapi dreier seg om å få en intellektuell forståelse av hvordan symptomer, plager og angstopplevelser blir fortolket følelsesmessig, og å bruke denne forståelsen aktivt til å takle angsten. Skjematisk går det ut på å identifisere negative tanker som automatisk oppstår i gitte situasjoner, finne frem til en forståelse av begrunnelsen for disse negative automatiske tankene, å finne frem til

at disse tankene og handlingsmønstrene antagelig verken er særlig hensiktsmessige eller riktige – og så å komme frem til alternativer til disse negative automatiske tankene.

Det har kommet flere bøker om emnet, og det arrangeres kurs. (4). Det krever nok en sterk interesse for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap for å bruke metodene i travel praksis. Behandlingen er velegnet ved de fleste angsttilstandene, og effekten av behandling er godt dokumentert (5).

Psykodynamisk terapi er rettet mot mer dyptliggende indre forestillinger og fokuserer på ubevisste eller fortrente faktorer, som ofte handler om forbudte tema – oftest aggressivitet. Det handler om å identifisere ubevisste konflikter mellom ønsker og forbud og vise hvordan det er et mønster mellom konflikter i fortid og nåtid.

Dette er en terapiform som krever spesialistkompetanse, og slik innsiktsterapi i klassisk forstand er langvarige terapier som krever store ressurser. Det er indisert hos et utvalg av pasienter med store angstproblemer og hos psykologisk ressursrike pasienter. Det er lite studier og effektevaluering av psykodynamisk terapi.

Farmakologisk behandling

Ved siden av psykologisk behandling vil en god del av angsttilstandene ha behov for farmakologisk behandling, oftest i kombinasjon med en psykologisk teknikk eller behandlingsmåte.

Det er mye dokumentasjon av effekten av SSRI (serotonin-reopptakshemmere) ved flere av angsttilstandene. MAO hemmere og tricykliske antidepressiva kan også være virksomme, men er i mindre bruk.



SSRI gir ofte en del bivirkninger i starten, og effekten kommer ikke før i løpet av ca to uker. I den perioden kan både angst og søvnløshet øke. Informasjon til pasienten om dette er vesentlig for å komme gjennom disse startvanskene, og det kan være nyttig å gi benzodiazepiner kortvarig i denne perioden for å få pasienten til å holde ut med bivirkningene inntil effekten setter inn.

God farmakologisk behandling må følges nøye opp, og det kreves ofte litt justeringer for å komme frem til optimal dosering. Serumkonsentrasjonsmålinger er en god hjelp. Det kan ofte være snakk om kombinasjonsbehandling, om å skifte medisin, av å til også å revurdere diagnosen – tenk komorbiditet.

Bruk av benzodiazepiner til langvarig bruk ved kroniske angsttilstander bør unngås på grunn av fare for avhengighet. En del av den kroniske bruken av benzodiazepiner kunne nok vært unngått hvis dette hadde vært fokusert på ved oppstart av behandling.

Benzodiazepinbruk i angstbehandling

I vår studie « Forskrivning av vanendannende medikamenter i primærhelsetjenesten »(6) har vi sett på hvordan angstdiagnosen brukes som indikasjon for benzodiazepinforskrivning.

I en kvalitativ studie av allmennpraktikere (7) der vi benyttet benzodiazepin-forskrivningssituasjoner som analyseenheter (8, 9) (10) så vi på hvordan allmennpraktikere håndterer og forstår pasienters komplekse sykehistorier. Målet for analysen var å vise hvordan pasienthistorier forstås og transformeres til en håndterbar basis for forskrivningsbeslutninger.

I konsultasjoner der benzodiazepinforskriving er tema, vil legen ofte føle et sterkt press fra pasienter til handling; det kreves en beslutning om å forskrive, ikke forskrive og vente og se oppleves sjelden som en aktuell mulighet. Både for å komme frem til en god begrunnelse og for å rettferdiggjøre forskrivningsbeslutningen i ettertid, trengs solide argumenter. Jo klarere forståelsen av en sykehistorie er, jo enklere er det å foreta beslutning. Sterke argumenter kan oppnås ved å vektlegge noen deler av sykehistorien, kanskje på bekostning av annen informasjon, for så å passe historien inn i noen færre kategorier. Dette er velkjente metoder for å forstå og håndtere komplekse situasjoner. (11) (12). Vektleggingen av enkelte aspekter i sykehistoriene kan hjelpe til å få sortert argumentene inn i et håndterlig antall kategorier som kan passe inn i aksepterte normer for forskrivning.

Vi identifiserte åtte slike kategorier som brukes av allmennpraktikere til å forstå og klassifisere pasienthistorier (7). Kategoriene presenteres i tabell 1. Åtte kategorier kan sies å være oppsiktsvekkende få, og det kan tyde på at komplekse situasjoner tvinges inn i et forenklet format.

Det er tidligere vist at leger ofte danner hypotese om diagnose svært tidlig i konsultasjonen (13), og er raske til å avbryte pasienter for å styre konsultasjonen (14). Man må mistenke at dette kan gå på bekostning av nyanser og helhet. Det fremgår av tabell 1, at kro-

nisk angst er en hyppig brukt begrunnelse for å forskrive benzodiazepiner, og at denne indikasjonen er mest brukt av leger med høy forskrivning.

Dette kan være med på å forklare hvorfor benzodiazepinfor-
skrivning i så stor grad skjer til angstpasienter, og kanskje
uten at annen, nyere og bedre dokumentert behandling er
forsøkt. Man kan tenke både at angstdiagnosen stilles litt for
«uspesifisert» og at behandlingen blir for lite skreddersydd.

Mange pasienter argumenterer med at det er en fordel med
benzodiazepiner fremfor SSRI, fordi medikamentet ikke
må taes fast, men erfaringer viser at mange vil gli inn i et fast
forbruk av benzodiazepiner med velkjente problemer med
avhengighet.

Det er vist at SSRI ofte ikke erstatter benzodiazepinfor-
skrivning, men vil være et fast og langvarig supplement til
benzodapiner (15)

Doktorgrad om B-preparatforskrivning

Doktorgrad utgått fra

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 4.6.2003

Avhandlingens tittel: «Benzodiazepine and minor
opiate prescribing in primary health care»

Ved en reseptregistreringsundersø-
kelse fra samtlige apotek i Oslo og
Akershus i en to måneders periode
ble det påvist store variasjoner i le-
gers forskrivning av vanedannende
medikamenter. En liten gruppe le-
ger står for en betydelig andel av
forskrivningen.

Ifølge faglige retningslinjer er disse
medikamentene primært ment for
kortvarig bruk, men de forskrives li-
kevel ofte for fast forbruk. Det for-
skrives mest til eldre personer. Blant
de legene som forskriver mest var
det flest mannlige leger.

I en kvalitativ intervjuundersøkelse
av allmennpraktikere ble det påvist
et misforhold mellom deres gene-
relt restriktive holdninger til for-
skrivning, og den faktiske forskriv-
ningen. Det var en tendens til «å
dele» ansvaret for beslutningen om
forskrivning med den legen som
først startet behandlingen og med
pasienten selv. Dette kan ses som
en tilpasning til konflikten mellom
strengt faglige retningslinjer og
kravene i legens praktiske hverdag.
Forskrivning praktiseres ofte liberalt
til eldre pasienter og til pasienter
med flere andre sykdommer. Leger
opplever ofte konsultasjoner der
forskrivning diskuteres som en pres-
set situasjon, der kravet til handling

blir stort. I praksis har legen bare tre
valgmuligheter: forskrivning, for-
handling eller avvisning av pasien-
tens ønsker.

I disse situasjonene føler legene be-
hov for solide argumenter for sine
valg. Forståelsen av pasientens situ-
asjon blir viktig. Det var en tendens
blant legene til å gruppere sam-
mensatte problemer i et begrenset
antall kategorier. Vi fant åtte slike
kategorier. Slike forenklede model-
ler kan være nyttige for raskt å av-
gjøre om pasienten skal tilbys re-
sept eller eventuelt behandling uten
medisiner. Samtlige av de legene
som ble intervjuet benytter disse ka-
tegoriene. De legene som forskriver
mest medisiner fokuserer på kronisk
angst og låste livssituasjoner, mens
leger som forskriver mindre oftere
fokuserer på søvnvansker, smerter
og reaksjoner på alvorlig sykdom
som begrunnelse for forskrivning.
De legene som forskrev minst la
vekt på pasientenes egen evne til å
mestre problemer uten medika-
menter.

I en større spørreskjemaundersø-
kelse ble det konkludert med at
ikke-medisinske begrunnelser er
viktige for beslutning om forskriv-
ning. Det ble påvist sammenheng
mellom å forskrive mye og det å

være mannlig lege, å la pasientene
påvirke forskrivningen, å forskrive
medikamenter uten konsultasjon
og å oppleve forskrivning som pro-
blematiske.

Resultatene av studien tilsier at kva-
liteten på forskrivningspraksis kan
bli bedre ved at leger mer aktivt re-
flekterer over hvordan ikke-medi-
sinske forhold kan påvirke forskriv-
ningspraksis, og videre, ved å
forbedre praksisrutiner, blant annet
ved ikke å forskrive uten samtidig
konsultasjon.

Forbedret forskrivningspraksis kan
føre til en reduksjon i avhengighet
og misbruk av disse medikamen-
tene. En forbedret forskrivnings-
praksis betyr imidlertid ikke bare at
forskrivningen reduseres, men at de
pasientene som trenger behand-
ling, får de riktige medikamentene
forskrevet i riktig dosering og i riktig
varighet.

Trine Bjørner
Bogstadveien
legegruppe
Bogstadveien 11
0355 Oslo

	Høy-forskrivere (N %)	Medium forskrivere (N %)	Lav-forskrivere (N %)
Kronisk angst	10 (19)	4 (13)	2 (6)
Søvnvansker	3 (6)	11 (37)	8 (37)
Smerte	11 (21)	8 (26)	7 (23)
Reaksjon på somatisk sykdom	6 (12)	1 (3)	4 (13)
Kortvarig krise	1 (2)	1 (3)	1 (3)
Daglig strev for et verdig liv	3 (6)	1 (3)	2 (6)
Sosiale situasjoner «beyond repair»	17 (33)	4 (13)	1 (3)
Den mestrende pasient	5 (17)		
Total	51	30	30

Tabell 1. Kategorier av argumenter for forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis

Både i vår og i andres studier er det funnet at benzodiazepiner svært ofte forskrives fast (16) (17) og at det ofte etter noe tids benzodiazepinforbruk utvikler seg stilltende kontrakter mellom lege og pasient om fast forskrivning. Disse kontraktene virker ofte til å opprettholde et fast forbruk uten at medikamentbruken egentlig taes opp til diskusjon eller evalueres, eller at indikasjonen taes opp til ny vurdering.

Vi har fått gode og praktiske gjennomførbare retningslinjer for behandling av angst (18) og retningslinjer for benzodiazepinforskrivning (19). Kanskje er tiden inne for å stramme inn angstbegrepet og kanskje er en del av den tradisjonelle medikamentbehandlingen i allmennpraksis moden for utskifting?

Litteratur

- Larsen JH, M.L., *Det menneskelige møte i konsultasjonen*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2001. 121: p. 215-7.
- Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1994. 51(1): p. 8-19.
- Hunskår, S., *Allmennmedisin Klinisk arbeid*. 1997, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Oestrich, I. and N. Kolstrup, *Kognitiv terapi i lægepraksis. En manual for læger*. 2002, København: Dansk psykologisk forlag. 176.
- Stiles, T., *Cognitive therapy in the mental health service*. Nordisk psykiatrisk tidsskrift, 1995. 49: p. 90-92.
- Bjørner, T., *Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care, in Department of General Practice and Community Medicine*. 2003, University of Oslo: Oslo. p. 104.
- Bjørner, T. and L. Kjolsrod, *How GPs understand patients' stories. - A qualitative study of benzodiazepine and minor opiate prescribing in Norway*. The European Journal of General Practice, 2002. 8(1): p. 25-30.
- Flanagan, J., *The critical incident technique*. Psychological Bull, 1954. 51: p. 37-358.
- Bradley, C.P., *Turning anecdotes into data - the critical incident technique*. Fam Pract, 1992. 9(1): p. 98-103.
- Newble, D.I., *The critical incident technique: a new approach to the assessment of clinical performance*. Med Educ, 1983. 17 (6): p. 401-3.
- D'Andrade, R.G., *Cognitive Anthropology, in New Directions in Psychological Anthropology*, W.G. Schwartz T, Lutz CA, Editor. 1992, Cambridge University Press: Cambridge.
- Holland, D., *The woman who climbed up the house: some limitation of schema theory, in New Directions in Psychological Anthropology*, W.G. Schwartz T, Lutz CA, Editor. 1992, Cambridge University Press: Cambridge.
- Pendleton, D., et al., *The Consultation. An approach to Learning and Teaching*. 1983, Oxford: Oxford University Press.
- Beckman, H.B. and R.M. Frankel, *The effect of physician behavior on the collection of data*. Ann Intern Med, 1984. 101(5): p. 692-6.
- Thormodsen, M., et al., *[From valium to the happy pill? (see comments)]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 1999. 119(15): p. 2157-60.
- Dybwad, T.B., et al., *Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway*. Fam Pract, 1997. 14(5): p. 361-8.
- Krogsæter, D. and J. Straand, *[Benzodiazepines - quality assurance of prescriptions in own general practice]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2000. 120(26): p. 3121-5.
- Statens helsetilsyn, *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. 2000, Statens helsetilsyn: Oslo. p. 68.
- Statens helsetilsyn, *Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet*. 14. sept. 2001. <http://www.helsetilsynet.no.trykksak/ik-2755.htm>

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no