

143

Angst med panikanfald
- sygehistorier

Pert Hansen Reklamebureau/0965

CIBA-GEIGY

Ciba-Geigy A/S, Lyngbyvej 172, 2100 København Ø
01 29 14 22



Angst med panikanfald
sygehistorier

CIBA-GEIGY

Udgivet af CIBA-GEIGY A/S, januar 1988

Udgivelsen af denne publikation er muliggjort ved velvillig medvirken af praktiserende læger og speciallæger, der har bidraget med sygehistorier.

Nedennævnte læger bringes herved en tak for deres medvirken:

Dall, Ninna, læge, Odense

Hem, Johannes, læge, Odense

Jensen, Ais Egede, læge, Lendum, Sindal

Marstal, H. B., overlæge, psykiatrisk afd. H, Kolding sygehus, Kolding

Rasmussen, Stig, speciallæge, Hillerød

Rosenberg, Raben, 1. reservelæge, dr. med., psykiatrisk afd. O, Rigshospitalet, København

Wickers-Nielsen, N., læge, Aalborg

Indholdsfortegnelse:

Epidemiologiske undersøgelser	4
Patienternes henvendelsesklager/ diagnostiske problemer	5
Citater fra litteraturen	6
De hyppigst forekommende symptomer under angstanfald	7
Litteraturreferencer	8
Sygehistorier:	
Patienter med panikangst	9-10
Agorafobiske patienter med angstanfald	11-15
Agorafobiske patienter med angstanfald og alkoholmisbrug	17-20
Patienter med social fobi og panikanfald	21-23
Patient med angstanfald, der har modtaget psykoterapi uden effekt, og som indtil videre har nægtet at modtage medikamentel behandling	25-26

Epidemiologiske undersøgelser

Resultaterne af omfattende epidemiologiske undersøgelser af forekomsten af panikangst og agorafobi varierer mellem en prævalens for panikangst på 0,8-1,5% og for agorafobi mellem 2,3-5,8%. For begge tilstande gælder, at de forekommer med den største hyppighed hos kvinder - jvf. nedenstående tabeller (1).

Table 1. Prevalence of panic disorder at different sites.

Community Survey	Prevalence Period	Prevalence (%)		
		Total	Men	Women
New Haven (2)	6 months	0.6	0.3	0.9
Baltimore (2)	6 months	1.0	0.8	1.2
St. Louis (2)	6 months	0.9	0.7	1.0
Zürich (3)	1 year	1.5	0.7	2.2
Munich (4)	6 months	1.1		
Kangwha Island (5)	lifetime	1.4		
Stockholm county (6)	1 year	0.8	0.5	1.2

Table 2. Prevalence of agoraphobia at different sites.

Community Survey	Prevalence Period	Prevalence (%)		
		Total	Men	Women
New Haven (2)	6 months	2.8	1.1	4.2
Baltimore (2)	6 months	5.8	3.4	7.8
St. Louis (2)	6 months	2.7	0.9	4.3
Zürich (3)	1 year	2.3	2.9	1.7
Munich (4)	6 months	3.6		

Patienternes henvendelsesklager/ diagnostiske problemer

Mange patienter med panikangst fejldiagnostiseres og fejlbehandles ofte. I en undersøgelse (8) havde således alle patienter med panikangst konsulteret mindst 1 læge og 70% af dem havde konsulteret mere end 10 læger, før den korrekte diagnose blev stillet. Blandt grundene til disse svære diagnostiske problemer kan nævnes:

Først i de allerseneste år er den medicinske litteratur om diagnose og behandling af panikangst øget betydeligt.

Patienterne henvender sig ofte til deres læge med somatiske symptomer og er tit overbeviste om, at symptomerne må være forårsaget af somatisk sygdom. (9, 10, 12)

De hyppigst forekommende symptomer i forbindelse med panikanfald er uspecifikke og kan således relateres til forskellige sygdomme. (7)

Alkoholisme forekommer ofte i forbindelse med agorafobi og kan sløre sygdomsbilledet. (11)

Citater fra litteraturen

"... Thus, patients with panic disorder often express their distress in a somatic idiom; they may be misdiagnosed and treated symptomatically for their physical complaints or be labeled as suffering from hypochondriasis or somatization disorder because of their tendency toward a positive medical review of symptoms.¹⁰"

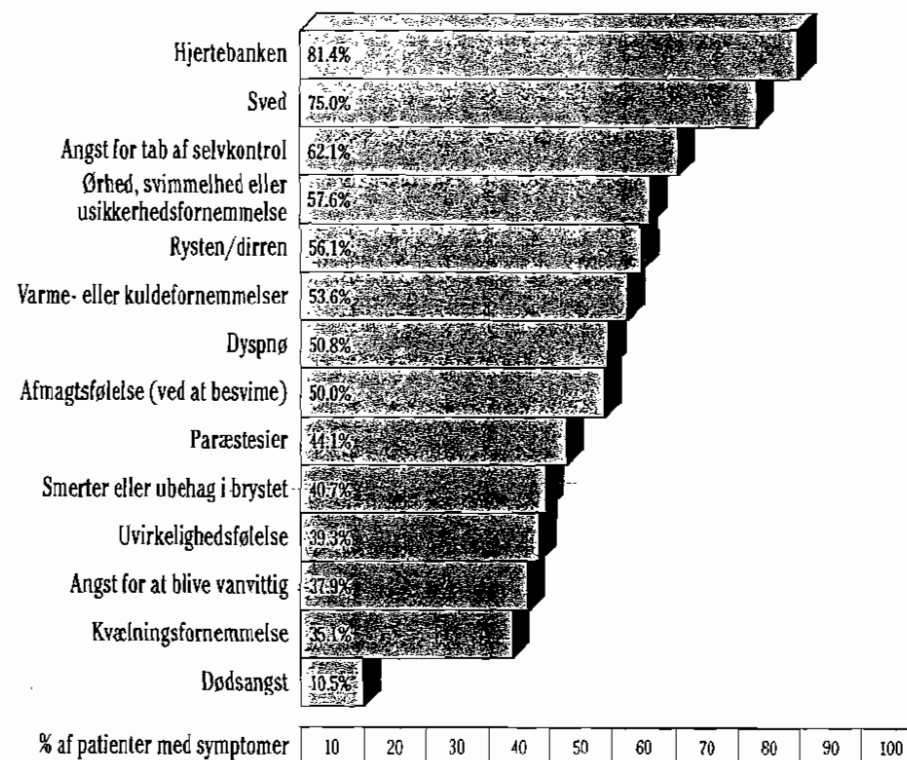
"... Agoraphobia generally, if not always, starts with panic disorder where the individual experiences spontaneous panic attacks associated with a high basal anxiety level. Gradually the patient will become phobic about situations where panics have occurred, particularly in public. They will avoid these situations whenever possible and as a result their 'orbit of activity' will diminish. In reality it is the panic attacks they fear rather than the situation, despite their belief to the contrary. This 'fear of fear' is characteristic of agoraphobia and agoraphobics are often frightened to be alone because of it.¹²"

"... The available data indicate that there exists a marked cooccurrence of agoraphobia with panic attacks and alcoholism.¹¹"

"... The findings indicate that approximately two thirds of patients with normal and near-normal coronary arteries have predominantly psychiatric rather than cardiac disorders: the symptoms in these patients are more likely to represent the somatic manifestations of anxiety and overbreathing than the consequences of underlying cardiac disease.⁹"

De hyppigst forekommende symptomer under angstanfald

Ved undersøgelse af symptomerne under panikanfald hos 56-59 patienter registreredes nedennævnte symptomer med den procentuelt angivne frekvens. (7)



Referencer:

1. S. J. Dencker & G. Holmberg (eds.): Panic disorder. Acta Psychiatr. Scand., suppl. 335, vol. 76, 1987.
2. Myers, J. K., Weissmann, M. M., Tischler, G. L. et al. Six-month Prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen Psychiatry 1984, 41: 959-67.
3. Angst, J., Dobler-Mikola, A. The Zürich study: Anxiety and phobia in young adults. Arch Psychiatry Neurol Sci 1985; 235: 171-8.
4. Wittchen, H-U. Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In: Hand, J., Wittchen, H-U., eds. Panic and phobias. Berlin: Springer-Verlag, 1986: 18-28.
5. Min, S. K., Lee, H.Y. No mitral valve prolapse in Korean patients with panic attacks. Am J Psychiatry 1986; 143: 943-4.
6. Haldin, J. Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden. Acta Psychiatr Scand 1984; 69: 503-18.
7. Katerndahl, D. A.: Panic attacks, psychological response or medical illness? Postgraduate Medicine. 1984, 75, no 8, 261-268.
8. Sheehan, D.V., Ballenger, J., Jacobsen, G.: Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. Arch. Gen. Psychiatry. 1980, 37 (1), 51-9.
9. Bass, C., Wade, C.: Chest pain with normal coronary arteries: a comparative study of psychiatric and social morbidity. Psychological Medicine. 1984, 14, 51-61.
10. Katon, W., Vitaliano, P. P., Russo, J., Jones, M., Anderson, K.: Panic disorder, spectrum of severity and somatization. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1987, 175, no. 1., 12-19.
11. Breier, A., Charney, D. S., Heninger, G. R.: Agoraphobia with panic attacks, development, diagnostic stability, and course of illness. Arch. Gen. Psychiatry. 1986, 43, 1029-1036.
12. Evans, L.: Phobias and how to treat them. Current Therapeutics. 1985, 26, 49-57.



41-årig gift mand, med fuldtidsarbejde som fritidspædagog igennem mange år. Gift med stabil kvinde, halvtidsarbejdende. Der er to børn i ægteskabet.

Forældre nervøse, de har siden hans barndom altid været ret opfarende og udskældende på ham.

Grundet dette har han altid været noget nervøs.

Udvikler i 1980 akut angstanfald i forbindelse med spekulationer over omstrukturering på hans arbejde. De akutte angstsymptomer bestod i hjertebanken, pressen i brystet, åndenød, lufthunger samt svaghedsfølelse i arme og ben.

Endvidere længerevarende diffuse symptomer i form af muskeltræthed, mave- rumlen, trykken i epigastriet samt forøget vandladningstrang, samt periodisk fornemmelse af svimmelhed. Var selv klar over de udløsende faktorer, og blev initialt behandlet med samtalerapi, uden at det lykkedes at bedre tilstanden væsentligt. Begyndte i november 1980 behandling med Anafranil® 20 mg x 3, med umiddelbar bedring og gradvis aftagende spændings- symptomer og reduktion af akutte angst- anfald.

Forsøgte kortvarigt skift i 1981 til Tolvon® 60 mg vesper, med recidiv af angstan- faldene, hvorefter han blev skiftet tilbage til Anafranil, nu 25 mg x 3.

På dette har patienten kun periodisk i forbindelse med arbejdsmæssige problemer haft lettere muskeltræthed og mavesmerter. Igennem de sidste fire år kun enkeltstående angstanfald, altid i forbindelse med at han har glemt at tage medicin. Har kunnet kupere disse anfald ved indtagelse af én enkelt Anafranil a 25 mg.

I September 1987 påny angstanfald i forbindelse med tale om strukturændring på arbejdet, bedredes dog umiddelbart efter kortvarig stigning i dosis til Anafranil 25 mg x 4.

Har igennem de forløbne syv år kun haft generelle klager i form af periodisk lidt træthed, der har ikke været bivirkninger og somatisk har der aldrig kunnet påvises organisk lidelse. Han har rapporteret hurtig og behagelig, beroligende virkning af tabletterne samt at humøret altid har været godt. Fungerer i ægteskabet uden problemer. Det skal bemærkes, at patienten ikke på noget tidspunkt har fået benzodiazepin præparater.

34-årig gift sygeplejerske. Både faderen og en søster suiciderede under en depression af ukendt ætiologi. Som barn livlig, glad og udadvendt, men med ret udtalt separationsangst, deltog aldrig i lejrskoleophold, feriekoloni eller lignende. I sygepleje- elevtiden periodisk symptomer med tremor manuuum under socialt samvær. Symptomerne svandt efter eksamen, men dukkede op igen for 6 år siden på et tidspunkt, hvor hun var afdelingssygeplejerske på plejehjem. Udviklede depressions- lignende tilstand og måtte opgive sit arbejde. Blev behandlet med Sinquan® og Lexotan® med udtalt overforbrug af sidstnævnte. Efterhånden udtalt tremor i stort set alle sociale situationer. For 2 år siden indlagt på psykiatrisk dagafsnit efter akut forværring af symptomerne under introduktionskursus som hjemmesygeplejerske. Indgik i gruppeterapi, men ophørte efter 9 måneders forløb efter udvikling af ny type

angstsymptomer med regulære angstan- fald med depersonalisationsoplevelser samt abdominale symptomer. Anfaldene optrådte især i hjemmet, mens hun fortsat var plaget af angst for at ryste i sociale situationer.

Der indledtes behandling med Anafranil® stigende med 10 mg's doser med betydelig bivirkningsproblematik, og først efter flere måneders langsom dosisøgning nåede hun 100 mg dgl.

Angstanfaldene, som kvalitativt oplevedes ganske forskelligt fra tremortilbøjeligheden, forsvandt efter et par måneder, mens sidstnævnte vedvarer omend i mindre omfang.

Efter 14 måneders behandling er det nu lykkedes, at få patienten i arbejde. Hun får fortsat Anafranil®, 75 mg alten, og har modsat sig udtrappingsforsøg. Får endvidere tbi. Serepax®, 15 mg p.n., men ikke dagligt.



Patienten er en 58-årig mand, der har været socialt veltilpasset i sit mangeårige ægteskab og ved sit arbejde som personalechef i en større virksomhed, indtil han for to år siden for første gang blev sygemeldt i nogle uger.

Han har i det væsentlige været somatisk rask, og han har aldrig haft misbrug af alkohol eller medicin.

Han har præmorbidt været glad og udadvendt, har altid sat pris på socialt samvær, og har været relativt afholdt på arbejdet. Han mener ikke at have haft vanskelighed med at give udtryk for kritik af andre, men har altid selv været noget sårbar og nærtagende. Han har været arbejdsom og pligt-opfyldende. Han har aldrig haft længere varende perioder med forstemning eller opstemthed. Patientens mor har i en periode været i antidepressiv behandling, men aldrig indlagt.

For omkring to år siden fik patienten en dag pludselig kraftig trykken i brystet. Hjertet galoperede afsted, han følte sig ubehagelig tilpas og var ved at besvime. Under udrykning blev han kørt på hospitalet og indlagt. Efter få dage blev han udskrevet. Der havde ikke været holddepunkt for AMI eller paroxysmisk takykardi. Ved indlæggelsen havde han haft let sinus-takykardi med puls omkring 110-120. Blodtrykket var 170/100, men normaliseredes senere.

En måned senere blev han genindlagt med lignende symptomer og samme forløb. I de efterfølgende år har han flere gange henvendt sig på skadestue pga. pludseligt indsættende trykken i brystet, hjertebanken, åndenød og besvimelsestendenser. Hver gang er han blevet sendt hjem igen. Man har meddelt ham, at det bare er "nervøst hjerte." Han har accepteret denne forklaring, men er ikke blevet beroliget heraf. Tværtimod. På måneder efter første hjertetilfælde, begyndte han at indskrænke sin bevægeradius, idet han nødigt alene gik længere væk end 1-2 kilometer fra sit hjem af angst for at være hjælpeløs og prisgivet, dersom næste anfald var et "rigtigt hjerteanfald." Han følte sig konstant anspændt, gik med en stadig indre uro, fordi han frygtede et nyt anfald. Det gik ud over hans arbejdsevne, og hjemme var han irriteret, klagede tit over træthed, og var i flere perioder af 2-3 uger sygemeldt. Under et week-end ophold i sit sommerhus

fik han et nyt anfald, og oplevede tiden til ambulancen kom og kørte ham til sygehuset som yderst ubehagelig. Ej heller denne gang var der holddepunkt for AMI. Patienten undlod herefter at tage i sommerhus sammen med sin kone, da han fandt en afstand af 25 km til nærmeste sygehus for lang.

Efterhånden optog bekymringerne om hjertets tilstand ham så meget, at det gik ud over hans arbejdsevne, og han har nu været sygemeldt i det sidste halve år. Han kører ikke længere i bus eller andre offentlige transportmidler, da han føler sig utilpas, hvis der er for mange mennesker. Egen læge har sendt patienten til kardiolog. Arbejds-EKG og ekkokardiografi har ligesom T3, T4, TSH, kolesterol og triglycerider vist normale forhold. Behandling med diazepam 5 mg x 3 har kun haft beskedent effekt. For at udelukke psykisk overbygning henvises patienten til psykiatrisk poliklinik.

Objektivt findes han bevidsthedsklar. Han er anspændt og lidt trist, men ikke dybere deprimeret. Han svarer uden latenstid, er omhyggelig og detaljeret i redegørelsen for sygdomsforløbet. Der er ingen psykosuspekterede symptomer iverigt. Patienten er i kontaktformen høflig og tilbageholdende og ikke påfaldende appellerende. Hustruen, der ledsager ham, bekræfter i al væsentlighed hans fremstilling. Hun er forstående overfor hans tilstand, men hun befrygter at den bliver kronisk.

Vurdering: Den grundige somatiske udredning har ikke påvist kardiell lidelse som forklaring på patientens anfald. Anfaldene kommer uprovoerede. I visse perioder har patienten haft næsten daglige anfald af samme karakter som de ovennævnte, men af mindre sværhedsgrad. Patienten har panikforstyrrelse; som komplikation har han udviklet moderat svær fobisk adfærd. Han er meget generet af forventningsangst samt bekymret over sin nedsatte arbejdsevne og beskæftigelsesmuligheder i fremtiden.

Behandling: Man begynder meget forsigtigt behandling med tabl. Anafranil® 10 mg x 3 i 1. uge, stigende herefter til 50 mg nocte, og efter 2 uger til 150 mg nocte. Patienten klager over lidt mundtørhed,

men intet andet. Han giver fremmøde én gang ugentligt, men i begyndelsen får han telefonkonsultation 1-2 gange ugentligt, da han er meget ængstelig for medicinsk behandling. Han informeres grundigt om lidelsens karakter og om sammenhængen mellem panikanfald, forventningsangst og undgåelsesadfærd. Efter 8 ugers behandling er han fri for anfald, men forventningsangsten er fortsat så udtalt, at det er vanskeligt at få ham til at gå alene længere væk fra hjemmet. Han udsætter hele tiden det foreslåede træningsprogram, der tilsigter at udsukke den fobiske undgåelsesadfærd. Helt afvisende er han dog ikke, og efter 12 uger er han for alvor gået i gang, og gør små men stadige fremskridt. Forventningsangsten aftager noget og hans bevægeradius øges.

35-årig gift husmor. I faderens familie har flere medlemmer haft angstlidelse. En faster har kronisk paranoid psykose, og moderen har i mange år fået nerve-medicin.

Gift 22 år gammel, har 3 børn og har været hjemmegående efter 1. barnefødsel. Præmorbidt livlig, glad og udadvendt, men har altid haft tilbøjelighed til situationsnervøsitet og led som barn en del af separationsangst. Somatisk i det væsentlige rask, men har altid været overvægtig, og har i en årrække været behandlet for forhøjet blodtryk.

Nuværende angstlidelse debuterede i 24-års alderen med første uventede angstanfald 4 måneder efter 1. barnefødsel. I perioder flere angstanfald ugentlig, og i de forløbne år maksimalt 2 måneder mellem anfald, som har hjertebanken som hovedsymptom. Udvikledede hurtigt fobier, og har i mange år ikke kunnet gå i forretninger alene, ikke kunnet køre i bil, gå i biografen eller deltage i større selskabelighed. På henvisningstidspunktet 2-3 angstanfald ugentlig. Imellem anfaldene moderat niveau af forventningsangst, overvejende i

Kommentar: Selv om den medicinske behandling stort set bringer hans panikanfald til ophør, resterer der en betydelig behandlingsopgave for at fjerne hans forventningsangst og hans fobiske undgåelsesadfærd. Panikforstyrrelsen debuterede med symptomer, der måtte give mistanke om AMI. Kardiologen stillede diagnosen neurosis cordis, men ud over at forsikre patienten om tilstandens godartede karakter, havde han ikke nogen specifik behandling at tilbyde. Ofte forsøges en beta-blokker, der sjældent har afgørende indflydelse på tilstanden, selvom tendensen til takykardi mindskes.

form af let trykken i brystet, og hun føler sig sjældent helt afslappet. Der er massiv agorafobi og hun bevæger sig sjældent uden for huset uden hun er ledsaget. Der indledes behandling med Anafranil® stigende til 75 mg aften initialt med betydeligt bivirkningsproblematik. Efter 3 uger beskrives dramatisk effekt med blokade af angstanfald, og hun gennemfører aftalture alene i Bruggen m.m. Beslutter sig for at tage til fætter-/kusinefest i Jylland, og efter yderligere 1½ måned har hun fuldstændig bevægelsesfrihed og inviterer ægtefællen til udstilling i Frederiksborg Hallen. Aktivitetsniveauet er højt, og der er vægttab trods Anafranil®-behandlingen. Ægtefællen klager over, at han har svært ved at følge med. 5 måneder efter indledt behandling er patienten fortsat uden angstanfald og med fuld bevægelsesfrihed uden fobier på en vedligeholdelsesdosis af Anafranil på 50 mg dgl. Der er ydet samtaleterapi omkring 2 år gammel ægteskabelig krise, og parsamtale omkring patientens markante adfærdsendring.

Patienten blev henvist til mig for knap 4 år siden, hvor hun var 32 år gammel. Det var med vanskelighed lykkedes hende efter studentereksamen at afslutte en videregående uddannelse i undervisningssektoren, men hendes langvarige sygdom havde medført en betydelig social deroute. Fra puberteten selvusikker og siden sit 20. år i permanent psykiatrisk behandling under diagnoser som: neurosis anxiosa, neurosis hysterica, anorexia nervosa, neurosis characterogenes (selvusikker, umoden). Blandt hendes mange og ofte vekslende svære symptomer var især utallige panikagtige angstanfald med hyperventilation, enkelte gange til bevidstløshed, svært udtalt fobi for at gå i forretninger, på gaden, køre med offentlige transportmidler, køre i elevator, ligesom hun ikke magtede at høre, læse om eller på TV at se voldelige eller blodige scener. Pt. havde været behandlet gennem 12 år dels under indlæggelse i psykiatrisk specialafdeling dels af 3 forskellige praktiserende psykiatriske speciallæger. Hun havde været behandlet med intensiv psykoterapi, autogen træning, familieterapi og med en række neurosemidler. På et tidspunkt havde patienten's alment praktiserende læge opkastet den hypotese, at patienten's angstanfald skulle skyldes fødemiddelallergi, hvorfor hun blev indlagt på 2 specialafdelinger, hvor intensive undersøgelser dog ikke kunne sandsynliggøre nogen form for allergi. Hypotesen medførte dog hos patienten en sådan spiseangst, at hun blev ekstremt afmagret og dermed kvalificerede sig til også at få diagnosen anorexia nervosa. Patienten havde aldrig spontant klaget over depressiv stemning udover, hvad de svære symptomer medførte, og hun er gennem årene stedse beskrevet som værende i neutral grundstemning, men "typisk neurotisk" og symptomfixeret.

Da jeg så hende, var hendes symptomklager typisk neurotiske, men pt. var absolut ikke nogen neurotisk personlighed. Hun fremførte sine klager stilfærdigt og uden det fjerneste forsøg på at ville engagere mig emotionelt i sin problematik. Stemningspræget var beskedent udtalt, lidt gråligt og modløst med erkendelig, ægte forpintthed. I hendes anamnese måtte man studse over, at de forhold, hun havde haft til mænd, aldrig havde været til "neurotiker-mænd," men at hendes mandlige forbindelser ikke var villige til at yde særligt hensyn til patienten og forlod hende, når de var "dødtrætte af hendes klager." Patienten blev straks sat i behandling med Anafranil® = clomipramin 150 mg vesp., som hun tålte helt uden bivirkninger. Efter 12 dage på denne dosis var patienten symptomfri og fraset et par gange, hvor vi kortvarigt har forsøgt at reducere dosis til 50 mg Anafranil vesp., har patienten siden været fuldstændig rask, gennem de sidste 2 år på Anafranil Retard 75 mg vesp. Hun klarer sig særdeles vel arbejdsmæssigt, har suppleret sin uddannelse, rejser frit med flyvemaskine og andre offentlige transportmidler, hun har ingen subjektive nervøse symptomer, ingen spiseproblemer og fremtræder som en fuldstændig normal yngre kvinde i et naturligt modulret stemningsleje. Hun er dybt taknemmelig over sin gode tilstand, som nu har været i 4 år, og hun erindrer de foregående 12 år som "et helvede her på jorden." I øvrigt skal det bemærkes, at pt.s moder er blevet behandlet for en ligeartet "angst-hysterisk" tilstand. Hun suiciderede ved hængning, og et studium af hendes psykiatriske journal gav holdepunkter for antagelsen af en agiteret endogen depression. Pt.s farbroder suiciderede for få år siden i en depression og en kusine på fædrene side er nu erkendt manio-depressiv og behandles som sådan med godt resultat.

Ca. 50-årig kvinde som gennem de sidste 30 år har haft angst og indre uro, som har medført indlæggelser for bl.a. neurosis respiratorica, insuff. dorsi., myosis variae, rhinopharyngitis chron., vertigo orthostatica. Har haft mange konsultationer hos egen læge, som efterhånden har løst sig belastet af hende. For tre år siden fik hun ny læge, som gav sig tid til at høre på hende som ny patient. Begyndte manipulation af hendes "insuff.

dorsi," som viste sig at være spændingsbettinget facetsymptomer. Patienten oplevede hurtig lindring. Men samtidig begyndtes med Anafranil® 25 mg x 3 dgl. I løbet af de næste tre måneder ændrede hun sig meget, blev mere glad og åben. Kunne nu gå alene i byen og fik ikke sine pludselige anfald af ildebefindende, med hukommelsestab og kraftsløshed med tegn til at hun var ved at besvime. Hun kommer nu kun, når hun skal have fornyet sin recept hvert år.

Agorafobiske patienter
med panikanfald
og alkoholmisbrug

30-årig mand, som første gang henvender sig i alkoholambulatoriet i september 1983. Faderen var svært alkoholiseret, døde af det. I øvrigt ingen kendt disposition til nerve- eller sindslidelser i familien.

Socialt: Almindelig skolegang, ufaglært. Faderen forlod hjemmet, da patienten var omkring 10 år, og moderen døde af cancer, da han var omkring 13. Boede hos sine ældre brødre til han var 18 år. Han er ugift og har boet alene, indtil han for 1½ siden flyttede ind hos sin nuværende samleverske. Han har periodisk arbejdet som jord- og betonarbejder og murerarbejdsmand, men har tidligere for det meste været arbejdsløs. Han skal have haft tilbøjelighed til angstanfald i form af globulusfønmelse og åndenød fra han var omkring 10 år. Af væsen har han altid været udadvendt, lidt "sprælsk", haft mange kammerater og har fortsat en stor omgangskreds. Da han var omkring 20, brugte han i en periode amfetamin, men ophørte hurtigt hermed, og han har aldrig været afhængig af morfina. Har periodisk røget lidt cannabis. Har sporadisk brugt Stesolid®. Han har aldrig tidligere haft noget dagligt alkoholforbrug, men der har hyppigt været enkelte dage med excessiv alkoholindtagelse. De sidste 4 år forud for indlæggelsen har der været tilbøjelighed til turevis drikkeri med ekstrem alkoholindtagelse på selvdestruktiv vis, idet han drikker op til 3 flasker whisky, altid alene i hjemmet med det formål at komme til at sove. Drikketurene forudgås af en periode med ophobede angstanfald, som han forsøger at dæmpe med øl, hvorefter drikkeriet eskaleres, idet han frygter angstsymptomerne, når han ophører med at drikke. Han har flere gange været indlagt på forgiftningscentral/psykiatrisk afdeling i svært alkoholintoksikeret tilstand. Efter afgiftning med påfaldende mangel på abstinensudvikling kunne der gå et par måneder, før mønstret gentager sig, forudgået af hyppige angstanfald. Drikkemønstret forekommer ikke egentlig addiktivt. Han har ikke haft noget dagligt forbrug af anxiolytika, men medbringer altid Stesolid samt nogle stærke øl til brug i tilfælde af angstanfald. Patienten har tidligere gået i behandling hos 3 praktiserende psykiatere, og har i 3 måneder været i gruppeterapi på Stolpe-

gård. Medikamenter har han tidligere været i behandling med benzodiazepiner samt en række neuroleptika.

Objektivt: virker han velbegavet og vel-formuleret, behandlingsmotiveret, og personlighedsmæssigt fremtræder han uden iøjenfaldende neurotiske eller andre karakterafvigende træk. Ved første henvendelse iværksættes et adfærdsterapeutisk behandlingsprogram baseret på in vivo exposure. Han udviser moderat fobisk undgåelsesadfærd over for situationer, der indeholder et element af fastlåsthed så som visse former for selskab, supermarkeder, kødanelser m.m. Han arbejder overraskende stædigt og seriøst og gør hurtigt store fremskridt. I begyndelsen af december begynder han at virke noget anspændt og irriteret og udebliver pludselig fra behandlingen og responderer ikke på skriftlige opfordringer til at møde op. Patienten henvender sig 2 år senere, i november 1985 efter et længerevarende drikkerediv på flere måneder med ekstrem stor alkoholindtagelse, der først blev afbrudt efter indlæggelse på forgiftningscentral en uge før henvendelsen. Der skal ikke have været nævneværdig abstinensudvikling. Han har været angstfri under drikketuren. Er interesseret i at genoptage den adfærdsterapeutiske behandling. Der har været flere tilløb til angstanfald, og patienten udebliver efter 14 dage. Henvender sig for 3. gang 1½ år senere i maj 1987. Har i mellemtiden haft beskæftigelse som murerarbejdsmand, men har været arbejdsløs det sidste ½ år. Der har været drikkerediv af uger til måneders varighed forudgået af angstanfald. Henvender sig, fordi veninden har truet med at bryde ud af forholdet. Indvilger endnu engang i at arbejde adfærdsterapeutisk med angstlidelsen og viser igen en imponerende kampånd, går bl.a. til tandlæge for første gang i 10 år uden at drikke. Køber racercykel og bevæger sig vidt omkring. Fører omhyggeligt dagbog over forventede og uventede angstanfald. Efter 2 måneders kontakt svarede han, og drikkemønstret gentog sig, og han måtte endnu engang afgiftes på forgiftningscentral, stadig uden fysisk abstinensudvikling. Har næsten daglige angstanfald og i begyndelsen af september påbegyndes behandling

med Anafranil® 10 mg stigende, initialt med betydelig bivirkningsproblematik. På Anafranil® 30 mg aften er der en markant bedring i tilstanden, idet der nu kun er småtilløb til angstanfald, som imidlertid ikke får tag i ham. Han fortsætter det adfærdsterapeutiske behandlingsprogram og oplever sig efterhånden angstfri imellem tilløbene til angstanfald, som aftager i både frekvens og intensitet. Humøret bliver mærkbart bedre. På Anafranil® 50 mg aften har han udtalt svedtilbøjelighed. Dosis reduceres til Anafranil® 40 mg aften, og han har de sidste 2 måneder været helt uden angstanfald, forventningsangst

46-årig gift officer af høj rang. En farbror skal have lidt af angstneurose, og også faderen havde angstproblemer med overforbrug af nervemedicin, og døde ved accidentiel selvforgiftning. Lever i et godt ægteskab, har 2 børn, hustruen havde hjemmegående. Har ikke tidligere frembudt psykiske problemer og beskriver sig selv personlighedsmæssigt gennemsnitligt svarende til det objektive indtryk. Angstlidelsen debuterede 2 år tidligere umiddelbart før, han skulle tiltræde ny stilling som garnisonschef. På kontoret fik han pludselig et ildebefindende med svimmelhedsfølelse, og et tilsvarende anfald 14 dage senere, begge med skadestuebesøg. Herefter mindre tilløb til anfald og tilbøjelighed til omlægning af vaner med undladelse af større selskabelighed og indskrænket aktionsradius uden for hjemmet. Efter jobskift har han de sidste

samt fobisk undgåelsesadfærd, og giver udtryk for at opleve en angstfrihed, han ikke har kendt til i mange år. Han er p.t. velfungerende såvel i sit nye arbejde som i parforholdet. Føler kun behov for at møde hver 14. dag, men passer uden problemer sin antabusbehandling, og det virker overbevisende, når han anfører, at han på intet tidspunkt føler drikketrang, og at socialt samvær er helt uproblematisk for ham uden alkohol. Hans drikkeri har aldrig haft social karakter, bryder sig angiveligt ikke om alkohol, som han alene har anvendt som angstbæmpende middel.

3 måneder været plaget af "periodisk influenzafølelse," f.eks. når han passerede lange gange, og de sidste 14 dage før henvisningen anfald med besvimelsestilløb og hjertebanken. Sideløbende med angstlidelsen har han haft et ikke ubetydeligt alkoholoverforbrug de sidste 3-4 år med karakter af medicinering. Er set af speciallæge i intern medicin og forsøgt behandlet med Inderal® 10 mg x 3 uden effekt. Der indledes behandling med Anafranil® stigende til 75 mg dgl. uden væsentlige bivirkninger. De følgende 14 dage kun et par tilløb til angstanfald. Da der fortsat er tilløb øges dosis til 100 mg dgl., og anfaldstillbøjeligheden svinder, men han er da plaget af tremor manuum om morgenen, svedtilbøjeligheder og mundtørhed. Passer nu sit arbejde og deltager i alle møder. P.g.a. angst for rysten suppleres med Inderal® 20 mg p.n. med god effekt.

Det drejer sig om en 49-årig kvinde, veluddannet, veletableret, uddannet som lægesekretær. Har arbejdet som sådan i perioder, men har oplevet 2 afskedigelser på grund af alkoholmisbrug/sygemeldinger i forbindelse med, hvad patienten selv beskriver som nedture. Disse perioder er præget af selvusikkerhed, angst, gråd-labilitet og søvnløshed.

Patienten har gennem opvæksten og i sit voksenliv været meget domineret af en 2 år yngre søster og en magtfuld mor. Ægteskabet knirker i de perioder, hvor patienten er totalt opgivende, til dels sengeliggende, småpimpende, meget appellerende.

Ægtefællen støtter et langt stykke ad vejen, men de er efterhånden noget opgivende. Har problemer med at passe sit arbejde i en overordnet stilling, fordi hustruen gentagne gange kalder ham hjem, da hun ikke tør være alene. I en sådan "down" periode accellereres patientens appel og klager over uro, angst og hjerte-

banken i en sådan grad, at hun gør halv-hjertede suicidalforsøg, der medfører indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Er indlagt i godt 2 mdr. og bliver udskrevet under diagnoserne neurosis characterogenes, psychosis reactiva et depressiva. Forsøges behandlet med samtaler inklusiv pærsamtaler samt lille dosis nortriptylin uden effekt.

Efter udskrivelsen tages hånd om patienten i form af hyppige konsultationer og hun sættes forsøgsvis i behandling med Anafranil®. Efter 2 uger begynder pt. psykisk at få det bedre og i løbet af en måneds tid er hun psykisk velbefindende og velfungerende. Har været arbejdsløs i en periode, men formået at udfylde denne tid på aktiv og fornuftig vis.

Før et par mdr. siden startet igen i nyt job som lægesekretær. Har ikke haft noget tilbagefald siden hun blev sat i denne behandling for godt 2 år siden. Er p.t. på 50 mg Anafranil til natten.



Patienten er en 30-årig kvinde, der henvender sig på et alkoholambulatorium for at påbegynde antabus-behandling. Hun er ugift, arbejder som sekretær, men er blevet fyret for 3 måneder siden, da hendes arbejdsindsats ikke var tilfredsstillende. Hun havde haft mange sygedage og begik for mange fejl.

Patienten oplyste, at hendes mor altid havde været meget nervøs, og at hun også havde et overforbrug af piller. Hun havde en enkelt gang været indlagt på psykiatrisk afdeling, vist nok på grund af et selvmordsforsøg.

Patienten har somatisk været rask. I de sidste tre år har hun haft et stort alkoholforbrug. Hun drikker fra morgenstunden, 1-2 glas bitter, og hun har længe sørget for altid at have alkohol med på arbejdet. Hun understreger, at hun aldrig virker beruset, men at det flere gange er blevet påtalt, at hun dufter af alkohol. Patienten begynder abstinensbehandling med diemal og to dage senere er hun i antabusbehandling. I den efterfølgende tid møder hun op to gange om ugen og taler med ambulatorielægen, der er psykiater, idet hun ønsker behandling for angst, som hun er meget generet af. Under samtalerne kommer det frem, at hun i flere år - også før hendes overforbrug af alkohol begyndte - havde haft anfald af indre uro og svimmelhed, som gjorde hende bange, da hun boede alene. Det var særligt om morgenen, kort efter at hun var vågnet, at hun var generet af disse symptomer. Hun begyndte derfor dagen med en bitter og opdagede, at ang-

sten svandt noget. Hun havde også i mange år følt sig utilpas, når hun var sammen med nye mennesker, og kunne tit føle sig genert som i barndommen. Hun opdagede hurtigt at alkohol mildnede hendes symptomer.

Efter 3 ugers behandling, hvor der kun initialt havde været lette abstinenssymptomer, fik hun pludseligt tre gange i løbet af en uge anfald med udtalt svimmelhed, hjertebanken, trykken for brystet og snurrende fornemmelser i hænderne.

Under mistanke om, at patientens angstsymptomer var led i panikforstyrrelse sættes hun i behandling med Anafranil® 100 mg dagligt. Hun havde på intet tidspunkt under behandlingsforløbet i ambulatoriet været depressiv. Efter 3 ugers behandling meddelte hun - igvrigt noget overrasket - at hun ikke længere var generet af indre uro og angstanfald. Ud over panikforstyrrelse havde patienten livet igennem været generet af social forbi, dvs angst for at være for tæt sammen med andre mennesker, særligt ukendte.

Vurdering: Behandlingsforløbet er kort og de fleste oplysninger om psykopatologi er anamnesticke. Man må alligevel mistænke panikforstyrrelse som baggrund for angstsymptomerne, særligt symptomerne om morgenen. De anfald, der optræder under antabusbehandlingen, er næppe abstinensfænomener, men panikanfald. Alkoholmisbrug hos yngre kvinder med god social baggrund bør give mistanke om panikforstyrrelse.

35-årig gift kvinde; lever i et ægteskab angivelig uden nogen form for konfrontation og med en arvelig disposition til sindslidelser af beskeden karakter. Ingen manifesterede psykoser, men en tilbøjelighed til forstemninger og sortsyn. Patienten er velbegavet og såvel hun selv som husbond er ansat i offentlige institutioner på fuldtid. Patienten har gennem flere år følt sig angst og nervøs og efterhånden er det steget til ulidelige højder, således at patienten føler, hun bliver kvalt af sin angst, når der kommer overordnede ind i kontoret.

Hun er angst for at handle, angst for at gå alene, angst for at have gæster og der er tiltagende socialt handicap med begyndende enkelte sygdomsmeldinger, men nok først og fremmest i form af en tiltagende isolation af familien. Man går ikke på besøg nogen steder, man modtager ikke gæster i hjemmet, dårlig nok den nærmeste familie. Patienten er ulykkelig over sin situation og på dette tidspunkt har hun været i behandling hos psykiater igennem 4 år med samtaleterapi og afspændingsterapi, arbejdet med forskellige systemer til styrkelse af jæg-strukturen fra diagnoserne neurosis anxiosa et hysteriformis, perfektionistisk selvhævdende karakterneurotiker. Kan på de 4 år tælle ca. 30 konsultationer. Patient-

ten er efterhånden så fortvivlet over sin situation, at hun er angst for at begå et eller andet desperat.

Der startes foråret 1983 med Anafranil® efter en lang samtale, hvor man har forklaret om dette stof og den mulige effekt. Man må samtidig give en sygdomsmelding, da patienten er helt ude af stand til at passe sit job.

I løbet af 2 måneder øges dosis fra 25 mg × 3 til 75 mg × 3. Der er på 50 mg × 3 næsten ingen effekt, men efter ordinationen af 75 mg × 3 skifter patienten fuldstændig psyke og bliver normal. I løbet af kort tid er hun i stand til at genoptage sit job, genoptage alle sociale funktioner. Tilstanden har holdt sig gennem de efterfølgende 3 år, men patienten har ikke kunnet få Anafranil seponeret og kører det meste af tiden med 50 mg × 3. Der har været ganske kortvarige episoder med angstanfald, der har kunnet kuperes med et lille tillæg af Truxal® mellem 5 og 15 mg × 3. Siden slutningen af 1984 har dette dog ikke længere været nødvendigt.

I 1987 har patienten det uændret godt. Der har i de forløbne 4 år ikke været tilbagefald. Patienten er dog fortsat på en Anafranil® dosis på imellem 25 mg × 3 til 50 mg × 3 dgl.

Ca. 60-årig kvinde med familær disposition til ulcus duodeni. Har altid haft for meget mavesyre med sure opstød og smerter i forbindelse med psykiske problemer. I forbindelse med menopause i 40-års alderen tiltager hendes gastritgener, og der påvises ulcus duodeni ved røntgenundersøgelse. Behandles med diæt og antacida. Dette gentager sig gennem årene og hun var i de sidste år i næsten konstant behandling med cimetidin, indtil hun for 2 år siden

begyndte at fortælle om sin triste tilværelse. Hendes selvudslettende, selvbebrejdende holdning, sammen med sin angst for fremmede invaliderede hende så meget, at hun ville ophøre med sin virksomhed. Hun fik da Anafranil® 25 mg × 3 og efter ca. 3 uger var hun "et nyt menneske" - hun genvandt sin selvtillid og fortsatte sin virksomhed og efter et år gik hun på eget initiativ ned til 25 mg × 2 og har ikke siden haft behov for ulcusbehandling overhovedet.

Patient med angstanfald,
der har modtaget psykoterapi
uden effekt, og som indtil videre
har nægtet at modtage
medikamentel behandling

En 27-årig kvinde henvises af egen læge til psykiatrisk poliklinik under diagnosen angstneurose. Patientens søster på 23 år har symptomer, der minder om patientens. Ellers har der ikke været psykisk lidelse i slægten. Soma-tisk har patienten været rask, og hun har aldrig haft misbrug af alkohol eller medicin. Patienten er uddannet grafiker og er i arbejde. Hun er glad for sit arbejde, som hun mener at passe tilfredsstillende. Hun har en jævnaldrende ven, som hun har boet sammen med i de sidste to år. Deres seksuelle samliv er godt. Patienten har altid været selvusikker, sår-bar og nærtagende. Som barn turde hun ikke sove hos venin-der, før hun var i den tidlige pubertet. Hun deltog i de obligatoriske lejr-ture med klassen, men befandt sig aldrig godt herved uden at hun kan præcisere det nærmere. Hun har altid været bange for at køre i elevator og for at flyve. Hun har prøvet det to gange, og oplevelsen var så ubehagelig, at det næsten ødelagde ferien for hende. Sit arbejde har hun passet uden mange sygedage, selv om hun i de sidste 3 år har været meget generet af angst. Hun oplyser, at hun flere gange helt upro-vokeret overvældes af angst. Sidst, for få dage siden, da hun med sin ven, spiste på en kinesisk restaurant. Mens de sad og hyggede sig over maden, begyndte hun pludseligt at ryste voldsomt på hænderne og hun følte, at hun ikke kunne holde hovedet i ro. Hun svedte samtidigt, følte sig svimmel og havde vanskeligt ved at trække vejret igennem. Oplevelsen var så ubehagelig, at hun frygtede at hun stod for at skulle blive sindssyg. Hun drak hurtigt et par glas vin, men fik det kun lidt bedre. De skyndte sig at betale og at tage hjem. Patienten oplyste, at hun i de sidste to år havde gået til forskellige former for psy-koterapi. I det sidste år havde hun således gået i terapi to gange om ugen. De havde talt meget om hendes barndom og det var

efterhånden gået op for hende, at hun altid havde følt sig mindreværdig med let vag angst og usikkerhed. Hun var glad for tera-pien, idet hun syntes at hun havde fået indsigt i mange problemer, som hun tidli-gere kun vagt havde anet eksistensen af. Til hendes overraskelse skete der ingen bedring af angsten, snarere tværtimod. Da hun ikke havde råd til den intensive behandling, blev hun af egen læge henvist til en praktiserende psykiater, som hun imidlertid slet ikke kom på bølgelængde med. Egen læge henviste hende derfor til psykiatrisk ambulatorium. Patienten fremtrådte nervøs og anspændt. I kontakten var hun noget sky, men til-lidsfuld. Der var ingen appel over hendes klager, og hun var stemningsneutral. En grundig udspørgning omkring hendes angstsymptomer viste klart, at angsten havde anfaldkarakter, og at hun udover sværere angstanfald i ugens løb havde mange lettere anfald. Hun havde enkelte fobiske symptomer, bl.a. udtalt flyskræk. Oplyst om diagnosen og de medikamen-telle behandlingsmuligheder, var hun initialt ret afvisende. Hun erkendte dog, at hun nok havde haft gavn af samtaletera-pien, men at den ikke havde afgørende mindsket hendes angstsymptomer. Ved næste fremmøde afviste hun fortsat den medicinske behandling under henvis-ning til, at hun og vennen begge fandt, at den tildækkede "problemerne." Hun ud-bad sig fortsat psykoterapi.

Kommentar: Patientens afvisning af me-dikamentel behandling er ikke sjældent forekommende, selv ved sværere former for panikforstyrrelse. I denne sygehistorie er medicinsk behandling nærliggende, alene fordi patienten allerede har forsøgt psykoterapeutisk behandling. Det ses ofte, at patienterne er glade for den psy-koterapeutiske behandling, også selv om den ikke direkte mindsker panikanfalde-nes hyppighed eller sværhedsgrad.