

Vad är hälsoångest?

Hälsoångest innebär en återkommande överdriven rädsla för, eller upptagenhet med, att ha eller utveckla ett allvarligt hälsotillstånd; t.ex. terminalcancer eller en allvarlig neurologisk sjukdom. Problemet finns hos ungefär 0,5-5% av befolkningen [1] och är kopplat till stort personligt lidande, nedsatt funktion i socialt samliv och arbete, och stora samhällskostnader bland annat p.g.a. förhöjd genomsnittlig vårdkonsumtion [2-7]. Många med hälsoångest har en stark rädsla för döden och många söker mycket vård, men inget av detta är besvär som alla med hälsoångest känner igen sig i.

Den diagnos som bäst korresponderar mot hälsoångestbegreppet skiljer mellan olika diagnossystem. Vanliga diagnoser är hypokondri enligt DSM-IV, kroppssyndrom enligt DSM-5, sjukdomsångest enligt DSM-5, hypokondri enligt ICD-10 och hypokondri enligt ICD-11. Hälsoångest kan mätas med ett flertal skalor. Ett bra exempel är 14-frågeversionen av Short Health Anxiety Inventory (SHAI-14).

Även om hälsoångest länge klassificerats som ett somatoformt syndrom [8], är de flesta kliniker och forskare idag överens om att hälsoångest bäst betraktas som ett ångestsyndrom eller möjligen som tillhörande tvångssyndromsspektrumet [9, 10]. Utifrån ett kognitivt och inlärningsteoretiskt perspektiv har synen på hälsoångest länge liknat synen på diagnoser som paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom och tvångssyndrom [11, 12]. Därför är det också naturligt att behandlingen för hälsoångest har mycket gemensamt med behandlingen för dessa tillstånd.

Referenser

1. Weck F, Richtberg S, Neng J. Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. *Current Psychiatry Reviews*. 2014;10(1):14-23.
2. Noyes R, Carney CP, Hillis SL, Jones LE, Langbehn DR. Prevalence and correlates of illness worry in the general population. *Psychosomatics*. 2005;46(6):529-39.
3. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological medicine*. 2001;31(4):577-84.
4. Kobori O, Okita M, Shiraishi T, Hasegawa T, Iyo M. Health anxiety and healthcare costs in Japanese individuals: an Internet survey. *Health Psychol Behav Med*. 2014;2(1):833-40.
5. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care*. 2001;39(7):705-15.
6. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;202(1):56-61.
7. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(8):737-44.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
9. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;194(6):481-2.
10. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, et al. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016;190:663-74.
11. Wolpe J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *J Nerv Ment Dis*. 1961;132(3):189-203.
12. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behav Res Ther*. 1990;28(2):105-17.

Evidensbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) för hälsoångest

Ett tjugotal randomiserade kontrollerade prövningar har visat att kognitiv beteendeterapi (KBT) kan ha god effekt på hälsoångest [1-3]. Behandlingen liknar på många sätt spridda behandlingsprotokoll för ångestsyndrom och tvångssyndrom. Behandlingen bygger främst på tre delar:

1. Självregistrering av beteenden och tankar i relation till hälsoångest
2. Psykoedukation utifrån en konventionell KBT-modell av hälsoångest
3. Exponeringsbaserade övningar eller kognitiv omstrukturering med beteendeeexperiment

Självregistrering innebär att patienten får börja föra protokoll över situationer där hälsoångesten gör sig påmind, och särskild situationer där patienten tar till negativt förstärkta hälsoångestbeteenden: kontrollbeteenden (t.ex. kontroller av födelsemärken), försäkrande beteenden (t.ex. söka läkare eller läsa på internet om symtom), förebyggande beteenden (t.ex. lägga om kosten för att inte utveckla cancer) och undvikanden (t.ex. avstå från att läsa texter om sjukdomar). Poängen är att patienten ska få en översikt av hur dennes hälsoångest fungerar, och att kartläggningen ska utgöra ett underlag för att kunna individanpassa behandlingen.

Psykoedukation vid hälsoångest handlar om att förmedla hur hälsoångest kan växa fram och bestå över tid utifrån ett KBT-perspektiv. Centralt i detta är att förklara hur hälsoångestbeteenden kan vidmakthålla utlösare för hälsoångest, hur uppmärksamhet mot kroppen bidrar till att fler symtom och avvikelser upptäcks, samt även hur uppmärksamheten mot kroppen långsiktigt kan brytas.

Exponeringsbaserade interventioner och kognitiv omstrukturering med beteendeeexperiment är huvuddelen av behandlingen. Poängen med dessa strategier är att åstadkomma en förändring i patientens tanke- och beteendemönster i förhållande till utlösare för hälsoångest. En viktig del i arbetet med exponering eller beteendeeexperiment är att parallellt arbeta med responsprevention, det vill säga nedtrappning av negativt förstärkta hälsoångestbeteenden som många gånger liknar säkerhetsbeteenden vid paniksyndrom och ritualer vid tvångssyndrom.

Behandlingsupplägg

KBT för hälsoångest kan förmedlas på många olika sätt. Det finns gott vetenskapligt stöd för att behandlingen kan förmedlas som individualterapi öga mot öga, och som internetbaserad behandling med behandlarstöd. Gruppbehandling, biblioterapi (alltså självhjälp med bok) och icke-vägledad internetbaserad behandling är tre mer experimentella format som bara prövats i enstaka studier för hälsoångest [1-3].

Evidensbaserad KBT för hälsoångest i form av konventionell individualterapi är ca 10-12 sessioner lång, och sessionerna är i regel ca 30-60 minuter långa. Mellan sessionerna får patienten praktiska hemuppgifter som huvudsakligen bygger på självregistrering, exponering med responsprevention eller beteendeeexperiment. Detta är den i särklass mest beprövade formen av KBT för hälsoångest.

Om strukturella förutsättningar inte gör det möjligt att bedriva evidensbaserad behandling är det exempelvis möjligt att bygga behandlingen kring en självhjälpsbok [4] med färre sessioner. Det bör dock påpekas att denna behandlingsform är långt ifrån lika beprövad som individualterapi öga mot öga, och att det är oklart om man kan förvänta sig lika stora genomsnittliga effekter på hälsoångest. För en mer djuplodande diskussion av svårigheter i KBT för hälsoångest, se övrigt material samt även Hedman och Axelsson (2017) [5] och Hedman-Lagerlöf och Axelsson (in press) [6].

Förutsättningar för behandling

Innan behandlingen inleds bör en differentialdiagnostisk bedömning ha gjorts. Patientens bör vara besvärad av hälsoångest, och vanliga differentialdiagnoser som paniksyndrom, tvångssyndrom och allvarlig somatisk sjukdom bör ha uteslutits i den mån detta är möjligt. Det är viktigt att patientens oro för sjukdom är överdriven i förhållande till dennes hälsotillstånd. I många fall är det emellertid inte möjligt att helt avfärda somatisk sjukdom som en förklaring till patientens symtom. En vanlig anledning till detta är att patienten så frekvent oroar sig för olika (nya) sjukdomar eller symtom att det inte blir meningsfullt att följa upp alla, eller komma till ett naturligt avslut i utredningen. I dessa fall kan det ändå vara befogat att inleda en behandling för hälsoångest, förutsatt att oron för hälsan länge varit uppenbart överdriven (oavsett vad en somatisk utredning slutligen landar i).

Om viken av individanpassning

Det här förslaget till behandlingssupplägg utgår från att behandlingen individanpassas utifrån en funktionell analys av patientens svårigheter. Denna funktionella analys revideras i takt med att behandlingen fortskrider och ny information tillkommer, t.ex. genom patientens självregistrering. Många gånger är det enormt viktigt att göra funktionella distinktioner, inte bara mellan patienter utan också mellan olika situationer för en och samma patient. Exempelvis är det vanligt att patienter läser mycket om hälsan under perioder med obekanta kroppsliga symtom, men också vanligt att samma patienter föredrar att undvika liknande texter under perioder utan kroppsliga symtom. En förutsättning för god behandling är att behandlingen skraddarsys efter patientens unika behov och tar hänsyn till den här typen av överväganden.

Session 1: introduktion till KBT och hälsoångest

Den första sessionen går framför allt ut på att bygga en god relation med patienten, att på ett öppet sätt förmedla hur KBT går till, och informera patienten om hälsoångest i allmänhet. Vanliga frågor från patienter handlar t.ex. om hur vanligt hälsoångest är, vad det är som gör att vissa personer utvecklar hälsoångest, och hur hälsoångest förhåller sig till andra begrepp som t.ex. "hypokondri". Redan i detta skede av behandlingen är det viktigt att förmedla ett långsiktigt perspektiv på oro för hälsan, d.v.s. signalera att behandlingseffekterna ses på lång tid, samt att detta kräver målmedvetet samarbete mellan patient och behandlare. Patienten får med sig instruktioner för självregistrering av hälsoångestbeteenden.

- Vad är hälsoångest?

Hälsoångest är en återkommande överdriven oro för, eller upptagenhet med, att ha eller utveckla en allvarlig sjukdom. Man kan få olika diagnoser i vården. Hälsoångest är vanligt. Ungefär 0,5-5% av befolkningen har det. Hälsoångest beror både på ärftliga faktorer och vad man är med om i livet. Ibland är orsakerna tydliga, och ibland är orsakerna svarare att hitta. Det viktigaste är inte exakt hur oron uppkommit, utan att det går att göra något åt den.

- Vad är kognitiv beteendeterapi (KBT)?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en praktisk behandling som fokuserar på att förändra måendet på kort sikt, inom loppet av några månader. Det viktigaste är inte samtalen, utan att man hittar ett sätt att individanpassa praktiska övningar som man arbetar med mellan samtalen. Att få till de praktiska övningarna är alltså oerhört viktigt och något som vi gemensamt behöver sträva efter. Det är viktigt att ha en öppen och jämlik dialog där så att övningar och moment i behandlingen kan skraddarsys för bästa möjliga effekt.

- Beteenden, tankar och kroppsliga reaktioner samverkar vid hälsoångest

Beteenden, tankar och kroppsliga reaktioner samspelar ständigt, och så även vid hälsoångest. Det har visat sig vara särskilt viktigt att förstå vilka som är ens beteenden, alltså det som man gör, i samband med att man slås av katastrofala tankar om hälsan. Det som man gör när man blir orolig för hälsan, t.ex. att man kontrollerar ett symtom eller tar reda på information om en sjukdom, kallar vi för hälsoångestbeteenden. Oftast kan man dela in hälsoångestbeteenden i fyra olika kategorier:



Här rekommenderas att man skriver på tavlan. Om möjligt, exemplifiera med patientens egna konkreta hälsoångestbeteenden.

1. Kontrollbeteenden

Det här är beteenden som går ut på att utvärdera kroppen eller kroppens funktion. T.ex. ta pulsen, klämma och känna på kroppen eller granska huden.

2. Försäkrande beteenden

Det här är beteenden som går ut på att söka information från andra källor för att minska oron eller risken för att man är sjuk. T.ex. gå till läkare, eller läsa på internet om symtom och sjukdomar.

3. Förebyggande beteenden

Det här är beteenden som går ut på att man gör något för att förebygga att man blir väldigt orolig eller utvecklar ohälsa i framtiden. T.ex. ta kosttillskott för att minska risken för sjukdom eller träna på ett överdrivet sätt.

4. Undvikanden

Det här är beteenden som helt enkelt går ut på att man avstår från att komma i kontakt med det som känns skrämmande eller har att göra med sjukdom och hälsa. T.ex. avstå från att se TV-program om hälsa eller avstå från att träna.

Det finns även andra typer av hälsoångestbeteenden, som inte uppenbart passar in under någon av kategorierna, men de flesta passar någorlunda under någon av rubrikerna. Det finns också exempel på hälsoångestbeteenden som går att placera ungefär lika väl under flera kategorier. Till exempel kan en restriktiv kost kategoriseras både som ett förebyggande och ett undvikande. Kategorierna glider in i varandra, och det viktigaste är inte exakt under vilken kategori som ett beteende hamnar. Poängen är snarare att vi kan tänka utifrån kategorierna för att hitta så många hälsoångestbeteenden hos dig som möjligt. När vi har en god översikt kan vi också skraddarsy behandlingen för dina behov, och du kan få bästa möjliga långsiktiga effekt.

- Självregistrering behövs för att förstå hur hälsoångest fungerar

Ett första mål i den här behandlingen är alltså att få en god översikt över de hälsoångestbeteenden du känner igen dig i, och har med dig sedan tidigare. Därför kommer du nu att börja registrera allt det som du gör när du blir som mest orolig för din hälsa. Ett viktigt syfte med att börja registrera hur ens hälsoångest fungerar är också att man blir mer uppmärksam på hur ens oro fungerar i vardagen. [Introducera beteendeloggboken eller, om patienten önskar detta, avtala att registreringen görs på annat sätt – t.ex. i mobiltelefonen. Dela förslagsvis också ut checklistan för hälsoångestbeteenden.]

- Summera gärna sessionens innehåll och nämn gärna nästa sessions tema

Session 2: KBT-modellen, påbörjad responsprevention

Den andra sessionen går ut på att presentera KBT-modellen för hälsoångest och i synnerhet att förmedla hur negativt förstärkta hälsoångestbeteenden kan bidra till att en stark oro för hälsan består och återkommer över längre tid. Responsprevention inleds med fördel redan här, då det i många fall kan ta lång tid för patienter med hälsoångest att nå tillräckligt långt med nedtrappningen av negativt förstärkta hälsoångestbeteenden. Arbetet med responsprevention följs upp varje vecka, och patienten uppmuntras att fortsätta med responsprevention efter avslutad behandling.

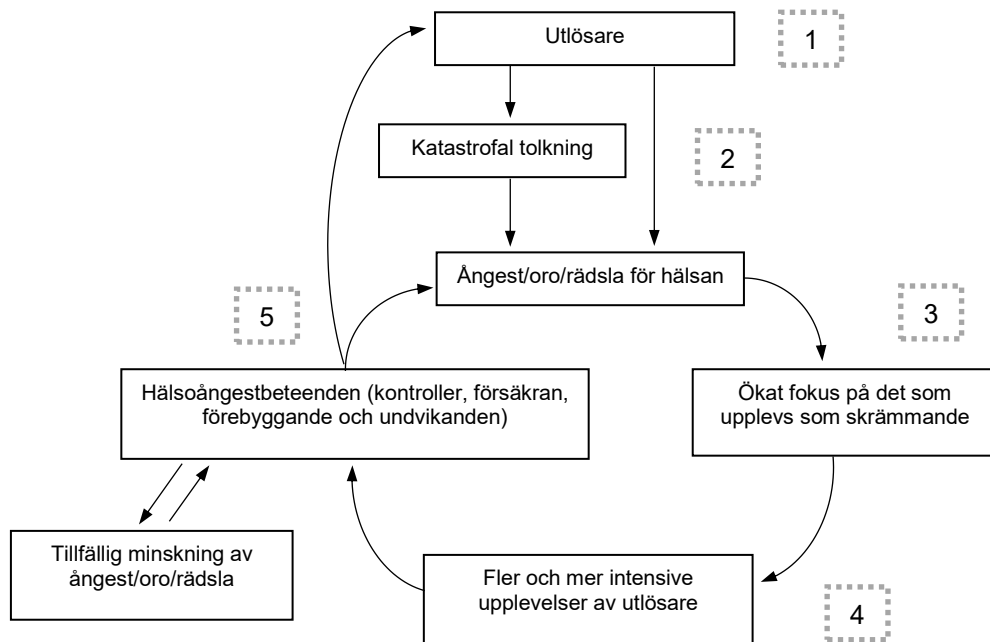
- Uppföljning av självregistrering

Undersök om patienten kommer ihåg syftet med självregistreringen. Repetera gemensamt vid behov. Följ på ett öppet sätt upp hemuppgiften, och uppmuntra registreringar som är enligt instruktionen. Besvara patientens frågor, och planera för fortsatt registrering. Vid eventuella hinder, gör en plan för att komma runt dessa. Om registreringarna exempelvis glöms bort, planera in dem i detalj. Om det som registreras inte är användbart, förklara vad som är användbart med exempel så att patienten får en chans att göra användbara observationer under kommande vecka. Om du delade ut checklisten för hälsoångestbeteenden, följ upp även denna och uppmärksamma användbara registreringar.

- KBT-modellen för hälsoångest



Här rekommenderas att man skriver på tavlan. Behandlaren går förslagsvis stegvis igenom modellen, och går igenom modellens olika delar i takt med att dessa ritas upp. Om det är möjligt, utgå gärna från ett exempel från patientens egen vardag; antingen en nuvarande eller tidigare period av hälsoångest.



Modellen löst baserad på Hedman E, Linde J, Leiler P, Andersson E, Axelsson E och Ljótsson B. (2016) [4], i sin tur löst baserad på Furer, Walker och Stein (2007) [7]. För mer utförlig bakgrund, se Axelsson (2018) [3].

För att du ska få tillfälle att bekanta dig lite med modellen kommer du att få med dig det här arbetsbladet till nästa gång vi ses. Genom att fylla i arbetsbladet kan du själv använda modellen för

att beskriva en period när du var orolig för hälsan. Det kan vara en kort period, t.ex. några minuter, eller en lång period, under veckor eller månader. [Introducera arbetsbladet för hälsoångestmodellen.]

- Responsprevention

Eftersom att hälsoångestbeteenden långsiktigt bidrar till att hälsoångest vidmakthålls, eller rent av gradvis ökar, är det enormt viktigt att använda sig av responsprevention – eller nedtrappning av hälsoångestbeteenden – som en del i behandlingen. Det här är ett arbete som vi inleder idag, och som är tänkt att pågå inte bara under behandlingen, utan även långt efter avslutad behandling.



Här rekommenderas att man skriver på tavlan.

Det finns flera sätt att få till responsprevention; nedtrappning av hälsoångestbeteenden:

- Sluta helt
 - T.ex. "Jag ska avstå helt från att läsa på mer om MS."
- Trappa ner
 - T.ex. "Jag ska läsa på om MS högst en timme per dag".
- Planera tid
 - T.ex. "Jag ska bara läsa på om MS klockan 17-18 varje torsdag".
- Skjuta upp
 - T.ex. "Varje gång jag känner en impuls att läsa om MS så ska jag vänta i en timme innan jag gör det."

Målet bör i princip alltid vara att sluta helt med hälsoångestbeteenden. Visst finns det undantag till regeln, som t.ex. vårdsökande och kontroller av knölar i bröst och testiklar, men när det gäller de flesta hälsoångestbeteenden är det viktigt att vi siktar på att sluta helt för att nå en riktigt god effekt.

Vissa beteenden är svårare än andra att trappa ner. Exempelvis kan vi ha tankemönster som liknar hälsoångestbeteenden, och som det är svårt att avstå från helt och hållet. Det är också vanligt att man haft hälsoångestbeteenden över en längre tid, vilket gör att man är så van att utföra dem att man knappt märker när man faller in i beteenden, och då blir det också svårt att förändra dem. Vi kan behöva diskutera dina beteenden mer noga om vi stöter på sådana exempel. Men, i regel kan man komma långt med de här enkla principerna som vi skrev på tavlan. [Introducera arbetsbladet för responsprevention.]

- Summera gärna sessionens innehåll och nämn gärna nästa sessions tema

Session 3: interoceptiv exponering

I detta skede är det viktigt att återigen stämna av att patienten har en grundläggande förståelse för KBT-modellen och även förstår tanken bakom responsprevention. Arbetet med exponering inleds, och förslagsvis med interoceptiv exponering. Fördelen med att börja med just denna form av exponering är framför allt att standardiserade övningar gör det enkelt att testa övningarna tillsammans under sessionen, och modellera hur exponeringsövningar kan göras. Relevansen av interoceptiv exponering skiljer mycket från patient till patient. Därför kan övningarna i interoceptiv exponering betraktas som ett slags beteendetest. Om övningarna ger patienten ett starkt obehag kan det vara rimligt att lägga mycket tid på olika typer av interoceptiv exponering, men om obehaget är svagt är det troligen bättre att fokusera på andra exponeringstyper såsom exempelvis läsning av skrämmande sjukdomstexter.

- Uppföljning av självregistrering (se samtal 2)

- Uppföljning av egenifylld KBT-modell

Här brukar det vara hjälpsamt att låta patienten presentera sin ifyllda modell, för att säkerställa att behandlingens huvudprinciper – såsom att upplevelsen av utlösare påverkas av uppmärksamhet och att hälsoångestbeteenden håller rädslan vid liv över tid – förmedlats. Om patienten inte upplevs ha hängt med på behandlingens huvudprinciper, repetera modellen och gärna med konkreta exempel.

- Uppföljning av responsprevention

Undersök att patienten förstått syftet med responsprevention och repetera vid behov. Säkerställ att patienten har konkreta mål för sin responsprevention. Säkerställ att målen är både utmanande och möjliga för patienten att hålla. Säkerställ att målen är beteendemål, d.v.s. att målet ej är formulerat på ett sådant sätt att patienten ibland gör undantag vid sämre mående. Sätt nya mål vid behov och problemlös vid behov inför kommande vecka.

Lägg även vikt vid att avstå från grubblerier kring sjukdom, där tankar kan fungera på ett liknande sätt som konventionella hälsoångestbeteenden. Arbetet med grubblerier är viktigt, men kan i regel inte utgå från samma typer av konkreta mål som övrig responsprevention. De flesta patienter kan komma långt genom en målsättning av typen "låt symtomen bara vara, träna på att avstå från att grubbla och fundera kring symtomens orsaker eller känna efter gång på gång i kroppen". För att nå långt med grubblerier är det i regel viktigt att introducera imaginär exponering (samtal 5).

- Vad är exponering?



Här rekommenderas att man skriver på tavlan. För förslag till exponeringsrationall, se "Handout - vad är exponering". [Dela ut handout.]

- Interoceptiv exponering

Som du vet är det vanligt att hälsoångest är kopplat till ett starkt obehag för kroppen, vilket gör det viktigt för oss att utforska obehag för kroppen som en del i den här behandlingen. Interoceptiv exponering är en sorts exponering där man närmar sig just känningar och symtom i kroppen, och tränar på att uppleva dem fullt ut, för att på så sätt få lättare att hantera dem i det långa loppet. Det är svårt att veta säkert hur pass viktig den här delen av behandlingen kommer att vara för oss. Jag har några standardövningar som vi alltid brukar testa, som ett test på om detta kan vara användbart för dig. Om du får ett starkt obehag av någon övning så är det troligen värt att arbeta vidare med interoceptiv exponering. Jag hoppas att du kan tänka dig att testa några av dessa övningar med mig, så får vi se hur vi ska gå vidare sedan. *[Introducera arbetsbladet för interoceptiv exponering, gör förslagsvis ett par övningar med patienten, och uppmuntra sedan patienten att arbeta igenom alla interoceptiva övningar tills nästa gång ni ses. Understryk gärna än en gång att obehaget inför dessa övningar kan skilja mycket från person till person, och att ni kommer fokusera på andra övningar om dessa inte visar sig vara relevanta.]*

- Summera gärna sessionens innehåll och nämn gärna nästa sessions tema

Session 4: exponering in vivo

Här inleds arbetat med exponering in vivo, som kan varieras i det oändliga efter patientens unika behov och önskemål. Exponering in vivo behöver inte bara handla om att avstå från undvikanden, utan det är också viktigt att aktivt söka upp situationer som annars riskerar att väcka hälsoångest i framtiden. Om patienten exempelvis varit orolig för många olika typer av cancer är det antagligen

viktigt att exponera inte bara för sådant som gäller den typ av cancer patienten senast var (eller är) orolig för, utan också för cancerrelaterade fenomen i allmänhet.

- Uppföljning av självregistrering (se samtal 2)

Efter ca 3 veckor brukar det sällan framkomma mycket mer information i beteendeloggboken. Vid behov, fortsätt arbetet, men ofta är det rimligt att avsluta självregistreringen ungefär vid samtal 4.

- Uppföljning av responsprevention (se samtal 3)
- Uppföljning av interoceptiv exponering

Följ upp patientens arbete med interoceptiv exponering och uppmuntra alla steg i rätt riktning. Vid problem, t.ex. om övningarna inte blivit av, prioritera problemlösning så att patienten kommer igång med exponering som är tänkt att vara behandlingens huvudkomponent. Understryk vikten av att få till exponering varje dag, och gör gärna en så konkret plan som möjligt för eventuellt fortsatt arbete med interoceptiv exponering. Om patienten inte upplevt något större obehag (minst 20 av 100) vid någon av övningarna, normalisera detta och understryk värdet av att ha uteslutit ett vanligt problem, samt att behandlingen nu kommer att skraddarsys utifrån andra typer av exponering.

- Exponering in vivo

”Exponering in vivo” betyder exponering som yttre fenomen, saker och situationer i vanliga livet. Poängen, som vid all exponering, är att man exponerar för utlösare för hälsoångest, så att man får lättare att hantera likande fenomen i framtiden. Det kan till exempel handla om en skrämmande sjukdomstext, att någon talar om sjukdomar, att man läser en dödsannons om någon i ens egen ålder, eller något helt annat. Instinktivt vill vi nästan alltid undvika utlösare för hälsoångest, för att på så sätt slippa väcka rädslan för sjukdom. Men, återigen är det viktigt att istället gång på gång närma sig det som känns skrämmande, så att du får lättare att hantera liknande saker i framtiden. Tanken är att vi nu utformar mer individanpassade exponeringsövningar, där du får tillfälle att närma dig sådant som du tycker är obehagligt och som tidigare väckt din hälsoångest.

[Introducera arbetsbladet för exponering in vivo. Sikta förslagsvis på att lista minst fem övningar och gör en konkret gemensam plan för att inleda exponering in vivo.]

- Summera gärna sessionens innehåll och nämn gärna nästa sessions tema

Session 5: katastrofberättelsen

Många gånger är exponering för katastroftankar den mest effektiva och givande interventionen vid hälsoångest. Genom att skriva en berättelse om att faktiskt drabbas av sjukdom, kanske till och med omkomma, kan patienten förhoppningsvis bearbeta obehagliga tankar och associationer som annars hade varit svåra att komma åt genom exponering.

- Uppföljning av responsprevention (se samtal 3)
- Uppföljning av exponering

Gå igenom både exponering in vivo och interoceptiv exponering och patienten arbetar med båda. Som vanligt, uppmuntra alla steg i rätt riktning. Vid problem, t.ex. om övningarna inte blivit av, prioritera problemlösning så att patienten kommer igång med exponering som är tänkt att vara behandlingens huvudkomponent. Understryk vikten av att få till exponering varje dag, och gör gärna

en så konkret plan som möjligt för eventuellt fortsatt arbete med interoceptiv exponering. Försök se till att exponeringen hela tiden ligger på en utmanande men också genomförbar nivå för patienten.

- Katastrofberättelsen

En vanlig del i oro för hälsan är ju skrämmande tankar, och ofta är det tyvärr inte möjligt att komma i kontakt med sina mest skrämmande tankar "fullt ut" genom de typer av exponeringar som vi ägnat oss åt hittills. Även med skrämmande tankar, t.ex. tankar om att bli allvarligt sjuk eller tankar om att dö, är det dock möjligt att genomföra exponeringar för att få lättare att hantera liknande saker i framtiden. För att du ska kunna komma i kontakt med obehagliga tankar på ett användbart sätt är tanken att du ska få skriva det som kallas för en katastrofberättelse. Det här är en berättelse där du beskriver hur du faktiskt drabbas av en allvarlig sjukdom, och där allt det som du är mest rädd för ska hända faktiskt inträffar. Gör allt vad du kan för att verkligen gå in i den mest obehagliga känslan och utveckla sådant som skrämmer dig mest i berättelsen. Du kan skriva på papper eller på dator och skriva ut, det spelar inte så stor roll. Men jag skulle vilja att du har med dig katastrofberättelsen nästa gång som vi ses.

- Summera gärna sessionens innehåll och nämn gärna nästa sessions tema

Session 6: rädsla för döden

När patienten skrivit sin sjukdomsberättelse kan den användas i ytterligare exponeringssyfte genom att patienten läser texten eller utvecklar den vidare. Här är tankesättet likt t.ex. spridda behandlingar för PTSD, där behandlaren och patienten gemensamt försöker hitta de associationer till, och aspekter av, berättelsen som väcker störst ångest och relevant obehag. Inte sällan landar detta i exponering för tankar om döden eller vad det innebär att dö, t.ex. vad gäller konsekvenser för barn och familj.

- Uppföljning av responsprevention (se samtal 3)
- Uppföljning av exponering utöver sjukdomsberättelsen (se samtal 5)

Lägg förslagsvis någon minut på att påminna om vikten av att exponera för sådant som gäller döden om detta är relevant. Vid behov, lista ett par övningar särskilt för detta – t.ex. att besöka kyrkogårdar eller skriva ett testamente.

- Uppföljning av katastrofberättelsen

Säkerställ att patienten förstått syftet med katastrofberättelsen och uppmuntra alla steg i rätt riktning. Vid problem, t.ex. om övningarna inte blivit av, prioritera problemlösning så att patienten kommer igång med exponering som är tänkt att vara behandlingens huvudkomponent. Understryk vikten av att få till exponering för tankar, och gör en konkret plan för att patienten ska kunna skriva en katastrofberättelse. Vid behov, skriv ett utkast till berättelse gemensamt under sessionen.

Om patienten har med sig en färdig sjukdomsberättelse, fråga om han eller hon är villig att läsa den högt som en exponeringsövning men också så att du kan stötta i arbetet. Uppmuntra alla steg i rätt riktning och hjälp gärna patienten att uppmärksamma och avstå från säkerhetsbeteenden som att läsa snabbt eller distanserat.

Det är vanligt att patienter missförstår tanken med katastrofberättelsen och t.ex. beskriver hur deras oro utvecklats över tid, snarare än att sätta fingret på sina mest ångestladdade katastroftankar. I dessa fall är det viktigt att behandlaren uppmuntrar ansträngningen i att skriva, men tydligt förklarar hur övningen är tänkt att göras, vad som är dess syfte, och planerar för en riktig katastrofberättelse.

Session 7-12: fortsatt exponering och responsprevention

Efter ungefär 6 sessioner är det rimligt att patienten har en inblick i hur exponering för hälsoångest kan åstadkommas genom responsprevention, interoceptiva övningar, in vivo-övningar och skrivande av katastrofberättelser. Oftast är det nu som behandlingen sätter igång på allvar. Strukturen kan hållas enkel, och det är naturligt att patienten tar ett allt större eget ansvar för att sätta upp nya mål och utforma nya övningar vid varje samtal. Sessioner kan rimligen bokas glesare och vara kortare.

Snart blir det viktigt att diskutera långsiktiga planer för vårdsökande, så att detta blir möjligt med minimal risk för stark hälsoångest över längre tid. Patienter som tidigare undvikit hälso- och sjukvård är ofta hjälpta av att planera återkommande vårdbesök, t.ex. en gång per år, för att inte återfalla i undvikande. Patienter som sökt mycket vård kan behöva sätta upp en långsiktig regel, som t.ex. att alltid vänta i minst 3 veckor på att söka vård eller kontakta sjukvårdsupplysningen vid vaga symtom.

- Uppföljning av responsprevention (se samtal 3)
- Uppföljning av exponering: interoceptiv, in vivo och katastrofberättelsen (se samtal 5)

Att avsluta behandlingen

Det är vanligt att hälsoångest kommer och går naturligt, inte minst på grund av hur medicinsk oförklarade kroppsliga symtom också kommer och går. När många oförklarade symtom är närvarande kan patientens oro vara hög, och när symtomen går över kan oron gå ner till en mycket låg nivå. Inte sällan växlar patienter mellan dessa lägen på veckobasis, med stora kontraster över tid. Därför är det viktigt att inte enbart baserat behandlingsavslutet på patientens nuvarande nivå av hälsoångest. Det är också viktigt att göra en bedömning av hur pass sannolikt det är att patienten återfaller i stark oro, givet att nya utlösare för hälsoångest dyker upp. Om risken är stor har patienten en uppenbar sårbarhet att arbeta med, och det är sannolikt viktigt med fortsatt exponering för en mer diversifierad uppsättning av hälsoångestutlösare om man vill åstadkomma en långsiktig effekt.

I slutskedet av behandlingen kan det vara naturligt att sammanfatta behandlingskontakten och säkerställa att patienten har med sig de verktyg som gör det möjligt att återuppta exponering och responsprevention på egen hand om detta blir nödvändigt. Den sista sessionen används gärna för att fokusera på återfallsprogram. Det kan vara hjälpsamt att lista vad som kan vara ett tecken på bakslag i oro för hälsan, och göra en konkret handlingsplan för att inte återfalla i stark hälsoångest.

Referenser

1. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*. 2014;58:65-74.
2. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2017;45(2):110-23.
3. Axelsson E. Severe health anxiety: Novel approaches to diagnosis and psychological treatment. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet; 2018.
4. Hedman E, Linde J, Leiler P, Andersson E, Axelsson E, Ljótsson B. Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsoångest med kognitiv beteendeterapi. Stockholm, Sweden: Natur & Kultur; 2016.
5. Hedman E, Axelsson E. Severe Health Anxiety in the Somatic Symptom and Related Disorders. In: McKay D, Abramowitz J, Storch E, editors. *Treatments for Psychological Problems and Syndromes*. Chichester, UK: Wiley press; 2017. p. 345-59.

6. Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Cognitive Behavioral Therapy for Health Anxiety. In: Hedman-Lagerlöf E, editor. Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment: Elsevier; in press.
7. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide. New York City: Springer; 2007.

Vanliga utmaningar i exponeringsbaserad KBT för hälsoångest

Om brist på undvikanden och vikten av att aktivt provocera fram ångest för att motverka återfall i framtiden

Vid arbete med hälsoångest är det inte ovanligt att uppleva en viss svårighet i att identifiera tydliga undvikanden och andra hälsoångestbeteenden hos patienten. En av flera anledningar till detta är att hälsoångest tenderar att komma och gå, t.ex. beroende på hur många kroppsliga symtom patienten upplever. När patienten har en "bra" period förekommer hälsoångestbeteenden mer sällan. För att kartlägga patientens hälsoångest och hitta så många hälsoångestbeteenden att arbeta med som möjligt kan det vara hjälpsamt att arbeta med självregistrering (beteendeloggbok) samt även att fråga om patienten känner igen sig i olika vanliga hälsoångestbeteenden. Men i de flesta fall är det möjligt att utforma effektiva exponeringar utan att man först kunnat identifiera tydliga undvikanden.

KBT för hälsoångest går inte bara ut på att minska undvikanden och andra hälsoångestbeteenden, utan också att aktivt söka upp utlösare för hälsoångest som en del i exponering eller arbetet med beteendeeperiment. Till skillnad från t.ex. paniksyndrom är de flesta med hälsoångest inte rädda enbart för en typ av kroppsliga symtom eller sjukdomar. För de flesta växlar rädslan mellan att gälla ett stort antal olika typer av symtom och sjukdomstillstånd, vilket får konsekvenser för behandlingen.

För det första, om man nöjer sig med att enbart reducera de undvikanden och hälsoångestbeteenden som patienten uppvisar för tillfället så är risken stor att man inte kommer åt patientens sårbarhet i grunden. Risken är att ett stort antal utlösare för framtida hälsoångest finns kvar även efter avslutad behandling, och att ett återfall sker förhållandevis snabbt (när en utlösare som har att göra med ett nytt symtom eller en ny sjukdom dyker upp). Inställningen bör snarare vara att aktivt provocera fram hälsoångest, och medvetet skapa "konstlade" situationer för att minska risken för hälsoångest i framtiden.

För det andra blir det särskilt viktigt att patienten själv förstår hur hälsoångestbeteenden kan förstås utifrån sin funktion, snarare än rent topografiskt. Om patienten enbart får en lista av beteenden att sluta med (råd av typen "sluta med att söka så mycket information om sjukdomar") är risken inte bara stor att rådet är direkt kontraindicerat givet patientens unika problembild, utan risken är också stor att patienten åter utvecklar hälsoångest efter avslutad behandling, så fort oron börjar gälla nya symtom eller sjukdomar som aktualiserar nya hälsoångestbeteenden (t.ex. en ny rädsla för skada på ögonen och kontroller av synen som inte diskuterades under behandlingen). Det är alltid bäst om patienten själv efter avslutad behandling klarar av att känna igen nya hälsoångestbeteenden.

Är patienten allvarligt sjuk?

I KBT för hälsoångest finns en rädsla som väcks lika mycket av behandlare som patienter: *Tänk om patienten faktiskt är sjuk på riktigt!* Detta är givetvis en oro som det är viktigt att ta på allvar, inte bara för att den utgör själva kärnan i patientens kliniska problembild, utan också av säkerhetsskäl.

För det första, om det skulle vara så att behandlaren på allvar börjar tvivla kring patientens hälsa kan det vara befogat att kontakta patientens läkare eller diskutera fortsatt somatisk utredning som ett alternativ. Även om detta riskerar att öka patientens hälsoångest är det givetvis viktigt att komma ihåg möjligheten att patienten faktiskt har en allvarlig sjukdom. Givetvis är det viktigt att överväga detta under bedömningsfasen, innan själva behandlingen eventuellt sätts igång.

I de flesta fall är patientens oro uppenbart överdriven. Behandlarens roll är då inte att förstärka patientens försäkrande rådfrågande (hälsoångestbeteende) genom att göra en somatisk utredning eller att försäkra patienten om att risken för sjukdom är liten. Oftast är det istället framgångsrikt att på ett öppet och empatiskt sätt lyfta funktionen av patientens rådfrågande, och understryka att man aldrig kan vara helt säker på att man inte har en allvarlig sjukdom. Budskapet bör (1) vara ärligt och öppet, (2) ej ångestreducerande, och (3) gärna uppmuntra patienten att fortsätta med exponering.

Ett rimligt svar är till exempel: "Det kan mycket väl vara så att du har en allvarlig sjukdom, och det är omöjligt för oss att veta säkert. Om du vill minska din hälsoångest behöver vi hitta ett sätt för dig att trappa ner dina hälsoångestbeteenden, men detta innebär ju också att du lever med större osäkerhet för hälsan, och att du har mindre kontroll över risken för sjukdom. Du får själv välja vilken grad av osäkerhet för hälsan som du är villig att leva med, och även hur långt du är villig att gå i exponering och responsprevention. Jag tror att du behöver gå långt för att minska din hälsoångest på lång sikt, och det är helt naturligt att detta känns som en utmaning. Återigen, du väljer själv hur långt du vill gå." Att på detta sätt låta patienten styra takten för exponering och responsprevention gynnar ofta ett öppet samtalsklimat, och gör förhoppningsvis övningarna mer meningsfulla för patienten.

När har patienten nått en lagom nivå av hälsoångest?

En vanlig fråga från både patienter och behandlare är hur långt man bör gå i sin exponering och responsprevention, och när man har nått tillräckligt långt för att börja avrunda behandlingen. Det finns inte något självklart svar på den här frågan, annat än att det skiljer från fall till fall, och rimligen har mycket att göra med patientens egen uppfattning om vilken nivå av oro som är att betrakta som ett problem. En annan aspekt som kan avgöra är vårdsystemets uppbyggnad, där tanken ofta är att man erbjuder behandling när symtomen ligger över det som betraktas som en klinisk nivå, vilket i sin tur kan översättas till poäng på standardiserade skalor.

Det kan dock påpekas att det inte finns något forskningsstöd för att det skulle vara viktigt att minska hälsoångest under en specifik nivå eller tröskel för att motverka stark oro i framtiden. Snarare tyder det mesta på att oro för hälsan existerar på en kontinuerlig glidande skala, där patienten troligen kan röra sig ytterligare mot lägre nivåer av oro, även långt under det som är en klinisk nivå [1]. På samma sätt kan en persons oro för hälsan skifta under livsspannet, och röra sig gradvis upp eller ner. En låg nivå av oro för hälsan mätt vid en enstaka tidpunkt är inte heller någon garanti för att patienten inte har hälsoångest. Det är vanligt att även stark rädsla för sjukdomar kommer och går, t.ex. beroende på om man precis utrett sina symtom hos läkare eller inte.

Hör göra med rädsla för allergier?

Vissa typer av hälsoångest kan kräva särskilda förutsättningar för en fullgod behandling. Rädsla för svår allergi är kanske det tydligaste exemplet. Om patienten själv vet med sig att han eller hon aldrig någonsin haft en anafylaktisk chock (svår allergisk reaktion), och tanken om att man är allergisk har karaktären av en tydlig tvångstanke utan objektiv påvisbar grund, kan det vara enkelt att gå vidare med vanliga exponeringsövningar. Men om det råder oklarhet kring huruvida patienten är allergisk på riktigt eller inte är det givetvis inte rekommenderat att arbeta med normala KBT-strategier i form av exponering eller beteendexperiment vid en vanlig psykologmottagning utan tillgång till vård vid livshotande allergiska reaktioner. Det finns särskilda mottagningar som erbjuder provokationstest för allergier, där läkare eller sjuksköterska medverkar och t.ex. adrenalinspruta finns tillgänglig. Utifrån ett KBT-perspektiv på hälsoångest utgör detta givetvis ett slags hälsoångestbeteende som, förutsatt att patientens oro visar sig vara obefogad, riskerar att försämra effekten av provokationen på oron. Dock är detta en form av säkerhetsbeteende som av uppenbara skäl både kan och bör motiveras.

När bör man avsluta behandlingen?

Som vi tidigare berört är frågan om att välja en tidpunkt för behandlingsavslut inte alltid lätt. Och vid hälsoångest kan det vara svårare än vid många andra, liknande, ångestdominerade diagnoser som paniksyndrom och generaliserad social fobi. Orsaken till detta är att hälsoångest påfallande ofta har en tendens att komma och gå. Ett typiskt mönster är att man är som mest orolig när man nya, obekanta, kroppsliga symtom, medan perioder med förhållandevis få nya symtom kan innebära att man också är mycket mindre orolig för sin hälsa. Om man är ovan att behandla hälsoångest är risken stor att man avslutar behandlingen prematurt för att patientens ångestnivå har gått ner. Beslutet att avsluta behandlingen bör således inte bara baseras på patientens ångestnivå, utan också risken för att hälsoångest utlöses på nytt av kvarvarande utlösare för stark oro. Målet med behandlingen bör rimligen vara att patienten ska få lättare att hantera flertalet av de typer av utlösare som tidigare riskerat att väcka en stark rädsla för hälsan.

Motstånd inför exponering

Det är vanligt att patienter med hälsoångest uttrycker en skepsis inför exponering, inte minst eftersom att många utlösare för hälsoångest – såsom hälsorelaterade TV-program och artiklar om sjukdomar – är förhållandevis lätta att undvika. Så: Vad är poängen med att exponera för sådana hemska saker om man ändå kan avstå från att komma i kontakt med dem under resten av livet?

Här är det viktigt att förstå att exponeringen för t.ex. ett hälsorelaterat TV-program inte bara innebär att man får lättare att hantera TV-programmet i sig, utan också alla de associationer och tankar som exponeringen ger upphov till. Den vanligaste hälsoångestutlösare som patienter inte kan undvika är naturligtvis symtomen i den egna kroppen, men sådana är i regel svåra att provocera fram på ett sätt som är relevant för hälsoångest. Däremot kan en "konstlad" övning, som att titta på ett TV-program om ALS göra det möjligt att möta många av de tankar och associationer som hade kommit till ytan om man en vecka upplevt oförklarliga darrningar i händerna. Kanske skulle TV-programmet till och med framkalla vissa kroppsliga känningar, vilket gör det möjligt att utveckla responsprevention.

Det finns naturligtvis många anledningar till att en patient kan känna ett motstånd inför exponering. Många gånger kan man komma långt med att validera och normalisera patientens tankar och känslor, som givetvis ofta är helt rimliga givet hur livsomvälvande och utmanande exponering kan vara. En annan framkomlig väg kan ibland vara att inkorporera tekniker från motiverande samtal (MI) i arbetet med exponering. I korthet innebär detta att behandlaren tillämpar aktivt lyssnande, avstår från att bemöta motstånd, understryker patientens egen makt över processen samt trevligt uppmuntrar alla steg och överväganden i riktning mot ytterligare exponering och responsprevention.

Ibland kan motståndet till exponering böttna i att exponeringsövningar genomförts på ett sätt som inte gynnar behandlingen, eller inte är anpassat till patientens unika behov. Ett typexempel på dåligt anpassad behandling är när patienten fått råd som är tydliga övergeneraliseringar. Säg till exempel att en patient med rädsla för bröstcancer har för vana att klämma och känna på bröstet så fort något känts konstigt eller hon upplevt något som skulle kunna vara en knöl. När hon äntligen lyckats avskrika risken för cancer gör samma patient gör allt hon kan för att undvika att vidröra bröstet och "väcka den björn som sover". Att denna patient får som exponeringsövning att klämma och känna på bröstet kan vara förödande, eftersom att behandlaren inte gjort en distinktion mellan de situationer där klämmandet är ett kontrollbeteende och de situationer där patienten snarare har ett undvikande gällande bröstet. I detta fall är det viktigt att patienten börjar förstå funktionen av sitt beteende i de olika situationerna, och hela tiden agerar på det sätt som känns fel i stunden. En framkomlig väg är kanske att känna på bröstet på ett förutbestämt sätt vid vissa tidpunkter, och avstå från ytterligare kontroller när impulsen att utföra sådana kommer.

Hur hantera tankar och grubblerier?

Precis som vid t.ex. generaliserat ångestsyndrom beskriver många med hälsoångest en oro som kännetecknas av förhållandevis få observerbara beteenden, men där en stark oro ändå är ständigt återkommande. Att adressera grubblerier och andra problematiska tankemönster kring sjukdom är givetvis en central del av behandlingen för hälsoångest. Grovt sett finns tre huvudspår i behandlingen för att adressera tankar och grubblerier kring hälsan:

1. Exponera, i synnerhet med katastrofberättelser

Alla tänkbara typer av exponering involverar ett element av exponering för tankar och associationer, och kommer därmed sannolikt att minska grubblerier över tid. Viktigast för att verkligen fullt ut exponera för katastrofala tankar av det slag som ofta driver grubblerier är dock imaginär exponering med katastrofberättelser. Det kan vara framgångsrikt att utforska patientens grubblerier för att hitta ytterligare katastrofala tankar, och utforma exponeringar utifrån dessa.

2. Responsprevention: "bara låta vara"-principen (medveten närvaro)

Responsprevention i relation till tankar kan betraktas som ett slags medveten närvaro. Patienten kan uppmuntras att träna på att låta obehagliga tankar om hälsan "bara vara". Även om detta ofta bara är möjligt i någon mån, uppmuntra patienten att försöka lägga märke till grubblerier kring hälsan, och att i dessa lägen träna på att låta den obehagliga tanken "bara vara". Om patienten har svårt att uppmärksamma sina grubblerier eller låta tanken "bara vara", överväg att introducera regelbunden övning i medveten närvaro [2].

3. T.ex. alarm om man inte upptäcker grubblerier i vardagen

Vissa patienter har svårt att upptäcka när grubblerier tar överhanden i vardagen. Då kan det vara användbart att introducera nya hållpunkter för att träna på att lägga grubblerierna åt sidan och låta katastroftanken "bara vara". En användbar strategi är t.ex. att be patienten ställa intermittenta alarm på telefonen (varje gång telefonen ringer tränar patienten på att lägga grubblerierna åt sidan). En annan användbar strategi är att patienten bestämmer vissa situationer eller tidpunkter under dagen (t.ex. frukosten) för att tänka extra mycket på att avstå från grubblerier.

Oro för anhörigas hälsa?

Många med hälsoångest är inte bara oroliga för sin egen hälsa, utan också för sina närståendes – t.ex. sina barns – hälsa. Detta är i regel inget större hinder för behandlingen på annat sätt än att vissa patienter, och i synnerhet de patienter som har svårigheter med abstrakt tänkande, kan behöva hjälp att förstå de funktionella parallellerna t.ex. mellan att söka information om den egna hälsan och att söka information om andras hälsa. På samma sätt som egna kroppsliga symtom kan vara en utlösare för hälsoångest gällande den egna hälsan, kan anhörigas symtom vara en utlösare för hälsoångest gällande ens anhöriga. På samma sätt som oro för den egna hälsan leder till ökad uppmärksamhet av sådant som hotar den egna hälsan, leder oro för andras hälsa till ökad uppmärksamhet av sådant som hotar andras hälsa. Exponering och responsprevention gällande andras hälsa brukar kunna införlivas på ett smidigt sätt med resten av behandlingen.

Hur särskiljer jag hälsoångest från differentialdiagnoser?

Det finns ett stort antal differentialdiagnoser till hälsoångest. När det gäller vissa av dessa kan gränsdragningar vara svåra att göra. Det bör också påpekas att i de fall där gränsdragningen mot andra psykiatriska syndrom är särskilt svår så är den typiska behandlingen också förhållandevis lik den vid hälsoångest. Här kommer några exempel på principer för överväganden om diagnos:

- Paniksyndrom. Vid paniksyndrom är patienten framför allt rädd för arousalresponsen. Hälsoångest kan gälla arousalresponsen, men kan också gälla helt andra symtom, och handlar inte om att trissa upp panikattacker på samma sätt som vid paniksyndrom. Panikattacker förekommer givetvis och är vanliga, patienten är då i regel inte rädd för attacken i sig (om inte paniksyndrom samtidigt föreligger).
- Generaliserat ångestsyndrom. Vid generaliserat ångestsyndrom gäller oron "ett antal olika händelser eller aktiviteter" [3]. Vid hälsoångest, däremot, gäller oron eller upptagenheten en risk för att ha eller utveckla ett allvarligt hälsotillstånd. I de fall där oro för hälsan inte är förhärskande, utan en mindre del i ett större mönster av oro för händelser i det dagliga livet, så kan det många gånger vara rimligare att ställa diagnosen generaliserat ångestsyndrom.
- Tvångssyndrom. Vid tvångssyndrom är fokus mer på stereotypa ritualer, och ofta har tvångshandlingar en vidskeplig karaktär emedan hälsoångestbeteenden vid hälsoångest tenderar att vara logiska (om än överdrivna) i förhållande till hotet. Vid tydliga vidskepliga beteenden (t.ex. att patienten har för vana att "räkna på rätt sätt" för att inte få cancer) kan det vara särskilt naturligt att koda tvångssyndrom. Tvångssyndrom kan också vara en rimlig diagnos när påträngande tankar om allvarlig sjukdom är kopplade till stereotypa beteenden och detta bara är en liten och icke-förhärskande del i ett större mönster av katastroftankar med stereotypa beteenden (t.ex. gällande lindrig smitta, brandfara, och allvarliga olyckor). En generell konvention är också att hälsoångest gäller oro för allvarlig sjukdom, emedan oro för t.ex. förkylningssmitta i många fall kodas som tvångssyndrom.

För vag responsprevention

Ett vanligt problem vid responsprevention är att målen är för otydliga, vilket gör det svårt eller omöjligt för patienten att påverka sin hälsoångest. Exempelvis kan en patient som länge kontrollerat pulsen hundratals gånger per dag ha som mål att "trappa ner sina pulskontroller". Som behandlare är det viktigt att fånga upp sådana vaga mål för responsprevention, och göra dem mer konkreta. Risken är annars att patienten har svårt att se en tydlig framgång i sitt arbete, och det blir naturligt att man lätt gör undantag till regeln eftersom att den aldrig gör det "förbjudet" att kontrollera pulsen.

Förutom att målen behöver vara tydliga, bör målen för responsprevention också hela tiden vara utmanande och samtidigt någorlunda möjliga att hålla. Om målen är för högt satta är risken att arbetet med responsprevention känns mindre meningsfullt, och att patienten aldrig rör sig framåt. Om målen å andra sidan är för lågt satta kan man inte heller förvänta sig en träningseffekt. Utöver att vara lagom utmanande bör målen även helst vara formulerade på ett sådant sätt att de inte beror av patientens mående. Mål av typen "jag avstår helt, utom när jag är orolig" bör undvikas eftersom att patienten då inte trappar ner sina hälsoångestbeteenden i de situationer där detta är som viktigast.

Slutmålet för responsprevention bör i regel vara att sluta helt med hälsoångestbeteenden. Det finns dock viktiga undantag, som t.ex. vårdsökande (se nedan). Andra undantag gäller t.ex. kontroller av kvinnors bröst (för bröstcancer) och mäns testiklar (för testikelcancer), som enligt riktlinjer bör göras någon gång per månad.

Att sluta med invanda kroppskontroller

Många hälsoångestbeteenden tenderar att bli invanda över tid, till den gräns att man knappast är medveten om varje gång man till exempel kontrollerar pulsen, undersöker huden i spegeln eller granskar innehållet i toaletten. Ändå är det viktigt att adressera denna typ av hälsoångestbeteenden eftersom att de riskerar att förhindra patienten att fullt ut exponeras för osäkerhet gällande hälsan. En framkomlig väg är ofta att bestämma ett alternativt beteende som patienten kan träna på i den risksituation där de invanda kontrollerna tenderar att göras. En patient med vana att kontrollera pulsen kan exempelvis inledningsvis träna på att lägga en hand på varje ben, t.ex. under arbetsmöten eller i TV-soffan där kontrollerna tidigare varit vanliga. Att arbeta med alternativa beteenden innebär i regel en viss mån av undvikande i den bemärkelse att det t.ex. är svårare att utföra pulskontroller när händerna är nära varandra än när de ligger på varsitt ben, men författarens erfarenhet är att det brukar vara lättare att långsiktigt sluta med överinlärd kroppskontroller om man på detta sätt först tränar på att uppmärksamma sin vana och göra på ett nytt sätt i de svåraste situationerna.

Utmattningssyndrom och rädsla för utmattning

Utmattningssyndrom är en diagnos som ingår i den svenska versionen av ICD-10, och som kännetecknas av symtom som orkeslöshet, kognitiv svikt och sömnsvårigheter efter långvarig stress. Inte sällan blir patienter med dessa typer av symtom rädda för sina kroppsliga symtom, och därmed är det naturligt att hälsoångest och utmattningssyndrom förekommer tillsammans. Kombinationen av utmattningssyndrom (eller liknande stressrelaterad ohälsa) och hälsoångest medför särskilda utmaningar i samband med psykologisk behandling.

Behandlingsprinciperna vid KBT för hälsoångest går på många sätt stick i stäv med de behandlingsprinciper som typiskt lärs ut vid behandling av utmattningssyndrom. Patienter med stressrelaterad ohälsa får under psykologisk behandling ofta lära sig att försöka uppmärksamma egna symtom på långvarig stress, och agera på sådana symtom genom att ägna sig åt återhämtning och meningsfulla aktiviteter för att påverka sitt mående i positiv riktning. Problemet med ett sådant förhållningssätt är att om patienten har en hälsoångest kopplad till stressrelaterade symtom blir det i värsta fall svårt att bryta patientens hälsoångest och uppmärksamhet mot kroppen utan att göra avkall på patientens copingstrategi för att hantera stress. En grundprincip vid KBT för hälsoångest är just att planeringen av exponering och responsprevention i så liten mån som möjligt bör styras av kortsiktigt mående.

I regel är det en god idé att diskutera motsättningen mellan det två strategierna på ett så öppet sätt som möjligt, och till stor del, åtminstone initialt, låta patienten själv styra takten i behandlingen. En framgångsrik strategi kan också vara att understryka vikten av att de av patientens beteenden som är tänkta att motverka utmattning i så liten mån som möjligt blir reaktiva på kortsiktigt mående, d.v.s. att återhämtning och meningsfulla aktiviteter planeras i förväg snarare än att de görs beroende på kortsiktigt mående. Principen är alltså: Vi fortsätter exponering och responsprevention, men planerar in återhämtning och meningsfulla aktiviteter parallellt för att långsiktigt öka chansen för bra mående. Författarens erfarenhet är att en sådan pragmatisk kompromiss tolereras och uppskattas av många patienter som annars inte är villiga att delta i en exponeringsbaserad behandling.

Motarbetad av vården: vikten av kommunikation

Det är inte ovanligt att patienter med hälsoångest har många vårdkontakter på samma gång. Detta kan ibland försvåra en psykologisk behandling. Ett exempel på detta är när patienter får olika typer av råd om hälsoångest från andra vårdkontakter. T.ex. är det inte ovanligt att medicinska specialister föreslår reguljära vårdbesök eller tät telefonkontakt som ett sätt för att hantera hälsoångest över tid. Ett annat vanligt fenomen är att patienten får förhållningsråd som inte är förankrade i en funktionell förståelse av patientens problem, utan utgör grova övergeneraliseringar om hälsoångest (t.ex. "läs

aldrig på internet om symtom eller hälsa”). Under KBT för hälsoångest kan sådana råd och strategier från andra vårdgivare vara helt förödande, eftersom att de sannolikt bidrar till att öka patientens oro för hälsan över tid.

För att förebygga liknande situationer kan det vara en god idé att diskutera KBT-protokollets omfattning och betydelsen av andra vårdkontakter under bedömningsfasen. Ofta är det inte möjligt (eller uthärdligt) för patienten att avstå från alla andra vårdkontakter under KBT, men det kan då åtminstone vara hjälpsamt att från början känna till patientens ytterligare kontakter, och på ett öppet och empatiskt sätt diskutera svårigheterna i att inte fullt ut arbeta enligt de metoder som visat sig vara effektiva i forskning. Ofta kan det också vara hjälpsamt att, med patientens godkännande, ha löpande kontakt med patientens andra vårdgivare såsom t.ex. läkare.

När är det befogat att söka vård?

En fråga som ofta kommer upp tidigt under behandlingen är när det faktiskt är befogat att söka vård och utreda kroppsliga symtom vidare. Många patienter ser oförmågan att avgöra vilka symtom som faktiskt är värda att ta på allvar som sitt mest centrala och viktiga problem. Därmed är det praktiskt taget alltid nödvändigt att någon gång under behandlingen diskutera patientens förhållningssätt till fortsatt vård sökande.

Som behandlare bör man ta möjligheten att patienten är allvarligt sjuk i beaktande, men samtidigt är det oftast rimligast att på ett öppet sätt lyfta det faktum att man aldrig kan vara säker på att man inte har en allvarlig sjukdom. Att utmana sina hälsoångestbeteenden innebär också att man tränar på att leva med en större osäkerhet gällande hälsan (färre kroppskontroller, mindre grad av övervakning och ”koll på läget” vad gäller sjukdomsrelaterad information och så vidare). Det är inte möjligt att i det enskilda fallet veta säkert vilket symtom som det är värt att ta på allvar. Och det är heller inte rimligt att förvänta sig att utveckla en sådan ”magkänsla” som en konsekvens av KBT för hälsoångest. Istället är det viktigt att sätta upp regler för sitt vård sökande som gör det möjligt att långsiktigt minska hälsoångestbeteenden, därmed långsiktigt minska hälsoångest, och samtidigt få adekvat vård under resten av livet.

Det är givetvis viktigt att understryka vikten av att patienten fortsatt tar akuta symtom på allvar och söker vård t.ex. vid extrem smärta i bröstet eller kraftiga synrubbingar m.m. Samtidigt är det ofta nödvändigt för patienter som tidigare sökt mycket vård att sätta upp långsiktiga mål för responsprevention, t.ex. att alltid vänta tre veckor på att söka vård för vaga kroppsliga symtom av de slag som är relevanta för patientens hälsoångest. På motsvarande sätt kan det ofta vara nödvändigt för patienter som tidigare undvikit hälso- och sjukvård att planera in regelbundna läkarbesök, t.ex. en gång per år, för att inte återfalla i generaliserat undvikande.

Referenser

1. Asmundson GJ, Taylor S, Carleton RN, Weeks JW, Hadjstavropoulos HD. Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *J Anxiety Disord.* 2012;26(1):246-51.
2. Hedman E, Linde J, Leiler P, Andersson E, Axelsson E, Ljótsson B. Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsoångest med kognitiv beteendeterapi. Stockholm, Sweden: Natur & Kultur; 2016.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.