

### **Fiktivt fall 1**

Greta söker behandling för att hon "alltid varit hypokondriker". Ända sedan hon var liten har hon reagerat på saker som känts konstiga i kroppen, och tänkt att det "säkert är cancer". Alla hennes vänner vet om hur det är, och problemet är något som Greta mer eller mindre tar för givet. I perioder har Greta svårt att sköta sitt arbete, hon blir deprimerad och ofta isolerad. Under månader med symtom söker hon upprepade gånger läkare för "second opinion", betalar för dyra utredningar och alternativmedicinska hälsokurer. Ändå har Greta aldrig tidigare sökt psykologisk behandling för hälsoångest. "Det har kommit annat i vägen."

I samband med att ni genomför bedömning är Greta entusiastisk och säger att hon "äntligen ska ta tag i sitt livs problem". Greta börjar fylla i beteendeloggboken och skriver redan första dagen att hon har för vana att kontrollera kiss och bajs på toa, så att det inte finns några avvikelser som skulle kunna tyda på sjukdom. Efter session 2 fyller Greta i ett skolboks-exempel av hälsoångestmodellen, och beskriver hur hon upptäckte en mindre knöl vid ena armhålan, började fundera kring olika sorters cancer i bålen, upptäckte allt fler knölar och började fråga sin omgivning om olika sjukdomar.

När ni inleder responsprevention tar Greta tag i sina toalettkontroller, och sedan går ni vidare till exponering in vivo. Av allt att döma verkar Greta ha förstått själva poängen med exponering, men hon verkar samtidigt lite vilsen. Problemet är att hon inte kan komma på något som hon undviker och kan exponera för. Oron har alltid återkommit titt som tätt, men mycket riktigt innehåller Gretas beteendeloggbok inte mycket mer än hennes dagliga toalettkontroller. Greta undrar nu hur hon ska gå vidare, för hon undviker ju ingenting.

### **Fiktivt fall 2**

Benny har länge oroat sig för att något "skulle vara fel på pumpen". Detta gäcker honom inte minst att när han ska somna och "huvet aldrig slutar mala". Du tänker att även om Benny inte är någon utpräglad panikpatient (han har nästan inga renodlade panikattacker) så kanske interoceptiv exponering skulle kunna passa honom. Förutom hyperventilering som Benny behöver upprepa någon enstaka gång (han går från 40 till 10 i maxångest) så ger dock ingen interoceptiv övning något större utslag. När ni börjar diskutera exponering in vivo, och i synnerhet att söka läkare, märker du snabbt hur Benny börjar dra öronen åt sig. "Det där gör mig skakis alltså, jag skulle aldrig fixa det!" säger han. Hur går ni vidare?

### **Fiktivt fall 3**

Det tar emot för Paula att berätta om sin oro för bröstcancer. Oron började växa i samband med att Paula för några år sedan hittade en knöl i ena armhålan. Efter en tid visade det sig att knölen inte var något annat än en tillfälligt svullen lymfkörtel. Men knölar och hårdheter, särskilt i området kring bröstet, har fortsatt att väcka en stark rädsla hos Paula. Varje gång hon upptäcker något nytt kontrollerar hon hårdheten gång på gång, för att utvärdera om det är någonting som är värt att ta på allvar. Det blir svårt för Paula att fokusera på jobb och familj, och nästan all tankeverksamhet ägnas åt kroppen. Inte minst har hon säkert läst allt som finns att läsa om bröstcancer på internet.

Eftersom att Paula blivit orolig för bröstcancer så pass många gånger har hon börjat känna ett starkt obehag bara inför tanken på att känna på området kring bröstet. Hon undviker nu helst att tvåla in kroppen när hon ska duscha, och hon avstår helst från att bära åtsittande kläder eller bygel-BH eftersom att det skulle kunna "kännas fel" kring bröstet. På samma sätt har Paula landat i att det bästa för henne är att avstå från att läsa om sjukdomar och hälsa. Paula håller helst all sådan information på armlängds avstånd, eftersom att den trissar upp en oro i onödan. Varje gång Paula upplever att något ändå känns fel kring bröstet eller avviker från det normala skjuter oron åter i höjden. Som vanligt börjar då Paula att klämma och känna, och frenetiskt läsa på om symtomens orsaker, för att utesluta bröstcancer.

Som en del i upptagenheten med hälsan har Paula också blivit orolig för andra problem med kroppen. En period handlade väldigt mycket om blodtrycket. För att själv ha koll på sitt blodtryck skaffade sig Paula en blodtrycksapparat för hemmabruk. Rätt snabbt hamnade hon i vanan att använda apparaten flera gånger om dagen. Ibland kunde värdet vara ganska högt, och då var det svårt att veta vad det berodde på. Var det kanske på grund av oron, för högt saltintag, eller något helt annat? Inte sällan fick Paula undersöka blodtrycket många gånger för att vara säker. Idag är Paula mer restriktiv. Hon har avtalat med vårdcentralen att bara mäta sitt blodtryck hos läkaren. Paula oroar sig mycket för sitt blodtryck, men det blir ju inte bättre av att man gör sig själv orolig i onödan genom att mäta sitt eget blodtryck. Apparaten har hon lämnat till sin bästa vän, som förvarar den under sin säng.

Du inleder behandling med Paula och börjar planera för exponering och responsprevention. Men tidigt uttrycker Paula en osäkerhet. *För hur ska hon egentligen göra?* Bör hon klämma på bröstet eller inte? Bör hon läsa på om sjukdomar och symtom eller inte? Och borde hon ta fram sin blodtrycksapparat, eller är det bäst att låta den vara?

#### **Fiktivt fall 4**

Malcom är livrädd för att utveckla en allvarlig sjukdom som MS eller kanske ALS. Det är en fruktansvärd, paralyserande, tanke som hållit honom i ett järngrepp under de sista tre åren. Och det är tydligt att Malcoms kropp blivit hans största fiende. Ständigt känner dyker det upp domningar, darrningar och ryckningar. Vid bedömningen framkommer ett mycket stort antal säkerhetsbeteenden, där Malcom verkar känna igen sig i praktiskt taget alla vanliga exempel. Vårdsökandet och googlandet har gått över styr. Efter tips från internet har han börjat med egna tester av balans och syn, och hela kvällarna går åt att fundera över symtom och fråga sambon vad hon tror är nödvändigt att undersöka närmare.

Under början av behandlingen är din känsla att Malcom känner igen sig väl i behandlingen. Efter att du förklarat upplägget får han till ungefär en exponeringsövning varje dag, genom att upprepade gånger besöka en blogg om att få diagnosen ALS och ligga inför döden. Vid ert samtal vecka 8 berättar Malcom att han börjat må så oerhört dåligt av sin exponering att han överväger att hoppa av behandlingen. Han tar fram sitt arbetsblad för responsprevention:

<b>Hälsöångestbeteende</b>	<b>Målsättning</b>
Neurotester	Sluta gradvis
Känna efter hur hjärtat slår	Inte göra det genom att tänka på något annat
Söka information online om sjukdomar	Bara när det är nödvändigt

Kolla två gånger	Inte göra
Söka läkare "second opinion"	Sluta göra på ett överdrivet sätt

### Fiktivt fall 5

Maja 53 har haft problem med smärta sedan tidiga 30-årsåldern. Vissa perioder är lättare, men i regel kan det räcka med att bära hem kassarna från affären för att Maja ska bli sängliggande och behöva smörja in lederna med hydrokortison för att inflammationen ska lägga sig. Av sin läkare har hon fått höra att hon har både fibromyalgi och artros.

I samband med bedömningen framkommer att Maja länge använt sig av väldigt typiska strategier för att hantera sin smärta. Det har till exempel handlat om att minimera rörelse, klädval och undvikande av sex för att slippa tryck mot kroppen. Först på senare år har hälsoångest blivit en inflätad del i detta, så pass mycket att Maja sökt KBT för detta. När smärtan blir som värst vandrar tankarna lätt till cancer och tanken på att allt en gång ska ta slut. För Maja är tanken på döden nästan outhärdlig och hon reagerar mycket starkt på att vid bedömningen få frågor om att vilja ta sitt eget liv.

I flera veckor har du nu stöttat Maja genom KBT, och gjort ditt bästa för att försäkra henne om att "det är helt normalt att inte känna igen sig i precis alla delar av behandlingen" (de flesta säkerhetsbeteenden som beskrivs i materialet känns främmande för Maja). Ni har också jobbat mycket med ett säkerhetsbeteende som handlar om att "bita ihop" för att hantera smärtan. Med detta menar Maja att hon spänner kroppen och distraherar sig från smärtan i huvudet för att slippa känna in obehaget och börja grubbla kring om hon skulle kunna ha en hjärntumör.

Hursomhelst uteblir Maja från ett av era sista samtal, och du söker henne via telefon. Maja ber så hemskt mycket om ursäkt och ber om att få hoppa över ett par veckor. Hon har ju ändå kommit så långt, och dessutom är hon sjuk, med blodkräk och ständiga svimningar. Hon tackar för att du orkat stötta henne genom behandlingen och frågar om det är OK att du skickar allt eventuellt ytterligare skriftligt material med post istället så att hon kan läsa det när hon orkar.

### Fiktivt fall 6

Aisha har blivit rekommenderad till KBT för hälsoångest från en privat stressmottagning i innerstan, där hon haft kontakt med psykolog genom sin arbetsförsäkring. Aisha arbetar som rådgivare på ett större börsnoterat fastighetsbolag. I samband med ett byte av företagets ledning fick Aisha ta över ett stort antal uppgifter som tidigare genomförts av en kollega. Detta var att betrakta som en form av befordran, där Aisha också fick möjlighet att köpa andelar i bolaget och bli titulerad "senior partner". Detta innebar långa arbetsdagar med lite utrymme för annat än jobb. Även om upplägget kunde kännas ansträngt var Aisha ändå OK med situationen i stort.

Dessvärre kom Alishas arbetssituation under de kommande månaderna gradvis att förändras. Genom en rad olyckliga omständigheter hamnade hon i en infekterad konflikt med en äldre kollega, vilket även sammanföll med en ytterligare schism mellan två falanger i

företagets ledningsgrupp. Alisha kände sig mycket pressad av dessa konflikter och började få utpräglade stressymptom. Hon gick till jobbet med en klump i halsen. Som en konsekvens av det dåliga arbetsmiljöet följde en rad uppsägningar där Alisha fick ansvar för att tillsätta nya personalposter, ta en del centrala beslut kring företagets investeringsstrategi med mera. Alisha gjorde vad hon kunde för att hålla näsan över vattenytan, men det var svårt när hon inte kunde tänka på något annat än jobb, och aldrig kunde komma till ro ens under nätterna.

Kring denna tid får Alisha ett oväntat samtal om att hennes mamma har fått en stroke och ligger på sjukhus. Med andan i halsgropen och tårar rullandes ned för kinderna tar Alisha bilen till sjukhuset. Klockan är 16.45 och besökstiden går ut 17, så hon hinner precis. Det hela känns så överkligt och skört. Mamman tillfrisknar snabbt, men Alisha känner sig skakad, och hon får allt svårare att genomföra dagliga rutiner. Hon tappar matlusten och får tvinga sig upp ur sängen för att ta sig till jobbet. Det slår Alisha hur hon senaste tiden börjat få svårt att orientera sig och komma ihåg vad som ska göras. Var och varannan dag känner hon sig trött och nästan febrig.

I samband med en bedömning några månader senare blir det tydligt att Alisha har en mängd symptom på stress och utmattning, men också en framträdande hälsoångest som handlar om att få en stroke eller att hon skulle kunna ha en allvarlig sjukdom av annat slag (kanske nedsatt immunförsvar eller begynnande Alzheimers?). Symtomen på stress har lagt sig något under de senaste två månaderna, men oron för sjukdom är stark och något som Alisha beskriver som sitt största problem just nu. Hon har svårt att fokusera på något annat eftersom att hon är så livrädd för att något ska vara fel.

Behandlingen förlöper först utan problem. Inför interoceptiv exponering får du klart för dig att Alisha är rädd för att få tillbaka sina utmattningssymptom. Hon "vill inte bli ett vrak igen". Hon säger att det var en mardröm utan dess like, där hon aldrig hade ork att ens tänka klart. Du väljer att validera detta men förklara att exponering är den enda vägen ur hälsoångest, och att det inte är skadligt om det görs på rätt sätt. Alisha får stark ångest av ungefär hälften av övningarna, och arbetar systematiskt igenom dessa helt enligt skolboken. Men några veckor senare får du åter ett långt meddelande där Alisha skriver att hon inte kan fortsätta behandlingen, eftersom att hon återigen börjat uppleva så pass starka symptom trötthet och kognitiv svikt. Hon refererar också till sin förra psykolog som instruerat Alisha att känna av sin gräns för stress, och "ta ett steg tillbaka" när symptom på utmattning börjar visa sig.

### **Fiktivt fall 7**

Emily är rädd för två sjukdomar: TBE och leukemi. Ibland är hon livrädd för att drabbas själv (då handlar det nästan alltid om TBE), men minst lika ofta är hon orolig för barnen. Emilys dotter Märta är 5 år och har precis tappat tänderna, vilket är ett typiskt exempel på något som får Emily att gå i taket. I flera veckor har Emily letat information om tandlossning och olika inflammatoriska tillstånd som skulle kunna vara markörer för blodcancer. Minsta tecken på feber hos barnen gör henne vettskrämd, och hon insisterar på att kontrollera barnens lymfkörtlar utförligt flera gånger under dagen. Det här är såklart bara toppen av isberget, vilket Emilys sambo Hugo känner väl till. Hugo vill så gärna att Emily ska må bra, och

försäkrar henne gärna en gång för mycket än för lite om att Märta och Benjamin säkert inte har några tecken på leukemi.

Vid samtal 2 får du en trevande fråga från Emily. Hon verkar inte riktigt förstå hur modellen är tänkt att fungera, och hur hon ska fylla i så att det passar. Det senaste ämnet för oro som Emily kan komma på är hur Märtas lillebror Benjamin fick ett prickigt utslag på ryggen. Familjen åkte direkt in till akuten och fick veta att utslaget var normalt och skulle gå över av sig självt, men att man oftast inte kunde uppge någon orsak till att små barn får eksem. Detta upplevde Emily som enormt ångestväckande, inte minst eftersom att eksem kan vara ett tecken på nedsatt immunförsvar och därmed leukemi!

### **Fiktivt fall 8**

Redan vid bedömningen är Sixten skeptisk till behandlingen och vad den ska leda till. Visst vill han bli mindre orolig, men "det är ju en orm som jag är rädd för precis"! Sixten rynkar på näsan.

Redan under första samtalet upplever du att Sixten uppvisar en viss distans, om än inte tillräckligt för att du ska göra en stor sak av detta. Det återkommande mönstret under era två första samtal är att Sixten svarat kort men korrekt på alla frågor. När du hämtar Sixten i väntrummet inför samtal tre ser han sammanbiten ut, och han ber dig om att få diskutera något som han funderat på. Sixten ger ett målmedvetet intryck, och du får känslan av att han övat in vad han ska säga.

Sixten förklarar att han haft ett långt samtal med sin läkare om sin behandling och vad som skulle passa honom och hans unika situation. Beskrivningen av KBT-modellen var, förklarar Sixten, "i mångt och mycket en bekräftelse av den förenklade bild som säkert passar många men inte mig". Eftersom att Sixten "har en högekänslig personlighet" och inte klarar av läsa om nya sjukdomar utan att "bli helt förstörd i flera veckor" har han i samråd med sin läkare kommit fram till att det bästa är att hoppa av behandlingen. Sixten och hans läkare har också lagt upp en plan för hur Sixten ska kunna samla sina symtom på listor, så att han därmed inte glömmer något att fråga om, eller behöver bli så orolig för att han glömt fråga sin läkare om något viktigt. Sixten ber dig med eftertryck att respektera den samsyn som han och hans läkare kommit fram till efter "åratal av dödsångest". Sixten framför nu ett önskemål om att avbryta behandlingen.

### **Fiktivt fall 9**

Under det senaste året har Aran gått till läkaren i snitt tre gånger i månaden. Men trots att han på nytt blivit rädd för att han skulle kunna ha HIV har Aran nu satt som mål att inte sätta sin fot på vårdcentralen förrän efter behandlingens slut. Mot behandlingens slut frågar Aran om hur han ska göra för att hantera detta med vårdsökande i det långa loppet. Hur vet man när det är dags att söka vård och inte? Hur vet man när det är legitimt att utreda HIV?