

9. Ängest – nödvändigt ont eller onödigt lidande?



PSYK-E BAS

Varför har vi ängest?

Angestsyndrom, eller ängestsjukdomar, är den största gruppen psykiatriska sjukdomar. Men varför har vi ängest? Vad är ängest, och hur skiljer man normal ängest från sjuklig?

Låt oss ta paniksyndrom som exempel. Den första panikattacken kommer nästan alltid som en blixtnedslåg från klar himmel, hemma eller kanske i bilen. Men de värsta ställen man sedan kan tänka sig att få en attack på är platser som man har svårt att snabbt komma bort ifrån, eller där man har svårt att sätta sig i »säkerhet«. Den katastroftanke man har vid en panikattack är att jag dör, svimmar eller förlorar kontrollen.

Det här är ett exempel på när ängest kan bli funktionsnedsättande och begränsande. Så vore det inte bättre om vi levde våra liv helt ängestbefriade?

»Jag tänker på en bild jag sett av en man som simmar med hajar«, säger Sergej Andréewitch. »Den visar varför vi behöver ängestreaktioner. Annars skulle alldeles för många av oss bete oss som han gör, och då skulle vi knappast ha överlevt som art.«

Man kan visa det med en kurva. I ena ändan av kurvan har man ingen ängest alls, kanske som mannen som simmade med hajar, och i den andra ändan maximal ängest. Någonstans delar vi av linjen. På ena sidan har vi det vi kallar funktionell eller naturlig ängest. Den gör att vi undviker faror och skärper till oss – en viss oro behövs för att förbereda sig för ett framträdande, till exempel.

På andra sidan har vi den funktionsnedsättande, plågsamma ängesten, den som hindrar oss från att leva våra liv fullt ut. Allt som finns till höger om linjen delar vi upp i de olika ängestsyndromen, beroende på hur ängesten yttrar sig.

ÄNGESTSYNDROM ÄR VANLIGA

Hur vanligt är det med ängestsyndrom, om man ser till hela gruppen? Det finns två sätt att besvara den frågan. Det ena är hur många som just nu lider av ett ängestsyndrom. Där finns det bra siffror från en undersökning gjord på ett slumpmässigt urval av stockholmare. För tio år sedan gick man ut och intervjuade stockholmare i arbetsför ålder. Man fann då, att vid ett visst givet tillfälle var det 7 av 100 personer – alltså sju procent av stockholmarna – som led av ett eller flera ängestsyndrom.

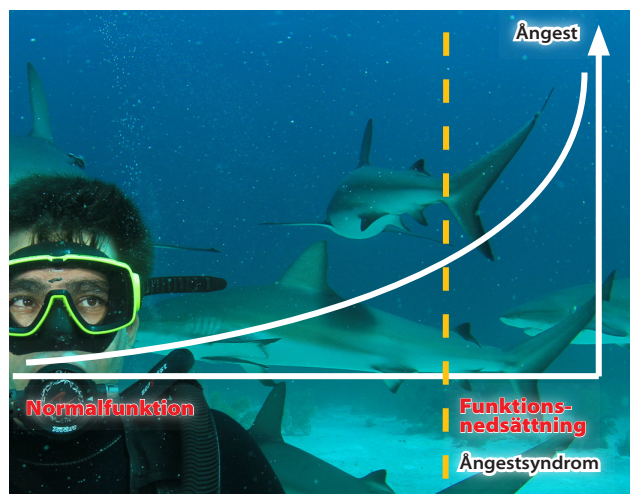
Ett annat sätt att besvara frågan är att titta på vad man kallar livstidsrisk, alltså risken att man någon gång i livet ska utveckla ett eller flera ängestsyndrom. Då hamnar man någonstans mellan 15 och 25 procent; siffrorna är förvånansvärt lika mellan olika länder och kontinenter. Ungefär var fjärde individ kan alltså lida av ett tvångssyndrom någon gång under livet.

Flera olika ängestsyndrom

Utifrån vilka uttryck ängesten tar sig, skiljer man ut de olika ängestsyndromen. Vi ska här kort beskriva de viktigaste. PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, behandlas dock i **faktablad 18**.

PANIKSYNDROM OCH AGORAFABI. Typiskt för paniksyndrom är plötsliga, oväntade panikattacker med hjärtklappning, andnöd och en känsla av att förlora kontrollen eller dö. Oron för nya attacker knyts ofta till platser där det är trångt, utsatt och där man har svårt att sätta sig i »säkerhet«; detta kallas agorafobi och drabbar de flesta av dem som har paniksyndrom.

Oron för nya attacker leder till en mängd olika undvikanden, från att man inte kan åka tunnelbana till att man



ÄNGESTKURVAN. Ett visst mått av oro och ängest är naturligt. Men någonsans går gränsen där ängesten blir sjuklig.

inte kan gå på bio eller teater. Man kompenserar detta på olika sätt, som att man tar sin egen bil eller aldrig går på bio, men livet blir alltmer begränsat. Successivt inrättar man livet efter sitt paniksyndrom.

SPECIFIKA FOBIER. Vid en specifik fobi är det ett speciellt objekt, eller en speciell situation, som är föremål för rädsla och oro. Man kan vara rädd för något djur, till exempel spindlar eller ormar, eller för platser – trånga utrymmen som vid klaustrofobi, eller höjder som vid höjdrädsla – eller för blod eller injektioner.

I och med att vi alla har många av de här rädsorna, fast i liten skala, tenderar vi ofta att bagatellisera de här fobierna. Men att vara rädd för en spindel är inte att ha spindelfobi. Har man en uttalad och allvarlig spindelfobi innebär det helt andra saker. Då kanske man inte kan övernatta i ett hus där man sett en spindel.

SOCIAL FOBI. Vid social fobi är rädslan knuten till sociala situationer, i synnerhet sådana där man känner sig iakttagen och bedömd av andra människor. Den vanligaste fruktade situationen är att tala inför andra människor, till exempel att hålla föredrag. Här handlar den centrala rädslan om att »jag kommer att göra bort mig«; »jag kommer att rodna«, »det syns att jag svettas«, »det hörs att jag darrar på rösten«. På detta följer katastroftankar, som slutar i att jag inte får vara med i gemenskapen.

Allra mest invalidiserande är den generaliserade sociala fobin. Då är man inte rädd för bara den här situationen utan för snart sagt alla sociala kontakter, där man antingen blir, eller upplever sig, granskad. Det kan vara sådana vardagliga situationer som att äta lunch eller fika med sina arbetskamrater, svara i telefon om man inte vet vem som ringer, prata med auktoritetspersoner, eller gå in i ett rum där alla redan sitter ner. Gemensamt för de här situatio-

SERGEJ ANDRÉEWITCH är psykiater specialiserad på ängestsjukdomar, och tidigare chef för mottagningen för ängestsyndrom vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. I dag överläkare vid mottagningarna för OCD och internetpsykiatri vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Han utbildar vårdpersonal om ängestsyndrom, och är adjungerad expert till OCD-förbundet Ananke.





nera är att man skulle kunna få uppmärksamheten på sig, och riskera att »göra bort sig«.

När man träffar vuxna med svår social fobi, är det ofta en likartad historia de berättar: de hade egentligen velat göra något annat i livet. Men den sociala fobin har hindrat dem från att skaffa sig den utbildning de drömt om och från att göra karriär, liksom från att hitta en partner och bilda familj.

GENERALISERAT ÄNGESTSYNDROM, GAD. Lider man av generaliserat ångestsyndrom, eller GAD som det kallas efter den engelska förkortningen, så känner man en närmast kontinuerlig, okontrollerbar oro för framtida katastrofer – utan att det finns några objektiva tecken på att sådana är på väg.

Det man oroar sig för är saker de flesta av oss känner igen. Man oroar sig för hur det ska gå för barnen, om de kommer att bli sjuka eller överkörda på väg till skolan. Man oroar sig för sina föräldrar och deras sjukdomar, för ekonomin och för sitt arbete. Men det som skiljer detta från den normala oron, är att oron vid GAD är ständigt närvarande och okontrollerbar.

Är man ständigt orolig och spänd översätts det också till kroppsliga symtom. När man spänner sig kan man få spänningshuvudvärk, ont i nacken och axlarna och ont i ryggen. Många av de här patienterna har bettskena och vaknar med värk i käkmuskelnerna, och det är också vanligt med orolig mage, så kallad IBS, irritable bowel syndrome. Sömnsvårigheter är också vanliga.

Många av de här personerna är inte patienter i psykiatrin utan i primärvården. De går till sin husläkare på grund av huvudvärk, nackvärk, ryggvärk eller ont i magen. Det kanske aldrig kommer fram att grunden till det hela är den ständigt närvarande, okontrollerbara oron.

TVÅNGSSYNDROM, OCD. Ett kännetecken på tvångssyndrom (OCD, obsessive compulsive disorder) är tvångstankar: påträngande och efterhängsna tankar som väcker ångest och obehag – till exempel »tänk om det börjar brinna för att jag inte kollade spisen«. För att söka skingra oron tillgrips tvångshandlingar, ett slags ritualer som ska hindra det fruktade från att inträffa. Det kan handla om att kolla lås, vattenkranar eller strömbrytare gång på gång, eller att duscha och tvätta sig många gånger i sträck. Svår OCD är ett allvarligt tillstånd, där ritualerna blivit så omfattande att de står i vägen för ett normalt liv.

De vanligaste tvångstankarna har att göra med smuts och renlighet, och den vanligaste tvångshandlingen är att gå på gång tvätta händerna. Några andra vanliga tvångstankar bör man känna till, eftersom de skapar så mycket skam att den som lider av dem sällan berättar det spontant. Det handlar om aggressiva eller sexuella tvångstankar.

Ett exempel på en aggressiv tvångstanke är »Tänk om jag sticker kniven i mitt barn?«. Nyblivna mammor drabbas inte sällan av sådana tankar och blir skrämde av dem. Men det är ingen risk att barnet tar skada. Sådana tvångstankar får absolut inte blandas ihop med allvarliga psykosjukdomar, där det faktiskt kan föreligga en fara för barnet.

Sexuella tvångstankar är också vanliga, och känner man till det kan man hjälpa patienten att berätta om dem. En typisk sexuell tvångstanke är »Tänk om jag är pedofil?«. Detta har ingenting att göra med verklig pedofili, där det finns en lust förknippad med tanken. Tvångstanken kretsar tvärtom kring det absolut sista man kan tänka sig att göra.

Information, KBT och läkemedel

Grunden för all behandling av ångestsyndrom är information, och då måste man kunna skilja på de olika ångestsyndromen. Ska man kunna ge bra information till någon med paniksyndrom måste man vara säker på att det är detta som föreligger, och inte en social fobi. För att patienten ska motiveras för behandling räcker det inte med bara muntlig information. Man ska alltid kombinera den med någon form av skriftlig information: en broschyr, en bok eller en webbplats som man vet är bra.

Efter information och motivation finns det i huvudsak två behandlingsmetoder: antidepressiva läkemedel – vanligtvis så kallade SSRI-preparat – och kognitiv beteendeterapi, KBT. Vid specifika fobier, som spindelfobi, har dock läkemedel ingen plats, medan man vid ett svårt tvångssyndrom nästan alltid börjar med läkemedelsbehandling. Men vid de andra ångestsyndromen har SSRI-medicinerna och KBT ungefär likvärdig effekt.

»KBT-behandling mot ångestsyndrom går ut på att man systematiskt utsätter sig för det man är mest rädd för«, förklarar Sergej Andréewitch. »Med det vetenskapliga underlag vi har i dag är KBT förstahandsmetod när det gäller psykologiska behandlingar. Ett problem är att det fortfarande finns för få utbildade KBT-terapeuter. Men det kan också fungera bra att en behandlare eller hjälpbehandlare får handledning hos en kompetent KBT-terapeut.«

Förstärk inte ångestbeteenden

Hur ska vi då bemöta personer med ångestsyndrom, som föräldrar och andra anhöriga, som vårdpersonal eller annan personal? Vi måste lära oss vad det är som kan förstärka ett ogynnsamt beteende, och motarbeta det. En elev med social fobi, till exempel, behöver hjälp att lära sig arbeta i grupp eller våga hålla föredrag för klassen. Vad händer om man i stället låter honom eller henne göra enskilda redovisningar i enrum med läraren? Jo, man förstärker beteendet och befäster sjukdomen.

Alla som är inblandade i en persons vård bör vara medvetna om detta. Det är inte ovanligt att personer med svårt tvångssyndrom är i behov av en boendestödare. Om denna inte vet vad målsättningen bör vara, är det alltför lätt att gå in i tvångsritualerna, göra ärenden åt patienten och på andra sätt understödja tvånget.

LÄS MER:

Maria Farm Larsson, Håkan Wisung: *Fri från oro, ångest och fobier: råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi* (Månepocket 2005).

Arne Öhman, Christian Rück: *Ångestsyndrom. Samt ytterligare några kapitler i Herlofson m fl (red): Psykiatri* (Studentlitteratur 2009).

Stockholms läns landsting: *Regionalt vårdprogram. Ångestsyndrom* (SLL 2011). Kan laddas ner från www.vardsamordning.sll.se

Susanne Bejerot: *Tvångssyndrom/OCD. Nycklar på bordet* (Studentlitteratur 2011).

Anna Kåver: *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord* (Natur & Kultur 2010).

INFORMATION:

ÅSS, Svenska Ångestsyndromsällskapet. www.angest.se

Svenska OCD-förbundet Ananke. www.ocdforbundet.se