

A person in silhouette stands on a beach, looking out at a stormy sea under a dark, cloudy sky. The entire image is monochromatic in shades of blue and black.

Når kroppen larmer og **angsten raser**

På Århus Universitetshospital ligger Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser, hvor man forsker i funktionelle tilstande. Et aktuelt projekt drejer sig om en ny forståelse og behandling af patienter med helbredsangst.

■ Helbredsangst, i ICD-10 kaldet *hypokonder tilstand*, er en lidelse, hvor patienten i overdreven grad er optaget af normale reaktioner i kroppen og ser dem som mulige tegn på en alvorlig sygdom. Når patienten først er kommet til at tænke på et symptom/en sygdom, kan han ikke, eller kun med stort besvær slippe tanken igen. Tankerne kredser om den mistænkte sygdom, og patienten bliver overdrevent optaget af kropslige fornemmelser og vil ofte have behov for at kontrollere og selvundersøge kroppen.

Den tiltagende rumination, angst og ubehag nødvendiggør ofte, at patienten hyppigt må søge læge og ønsker sig undersøgt. Selv om lægen ikke kan finde en medicinsk forklaring på symptomerne, vil patienten ikke eller kun kortvarigt kunne beroliges.

Oftest ses også en overdreven fascination af medicinsk information, fx optagethed af sundhedsstof og informationer om sygdom i ugeblade, populære lægebøger, tv-programmer mv. På grund af den lette påvirkelighed og suggestivitet kan interessen i nogle tilfælde være en betydelig belastning for personen selv og omgivelserne. Undertiden ses en frygt for at blive smittet med en sygdom, hvis patienten har været sammen med en, der er syg, eller hvis han rører ved snavsede ting, eller ting, som kunne være inficerede (fx et toiletsæde). Det sker også, at patienten er bange for at tage ordineret medicin.

Diagnosen helbredsangst

Helbredsangst er hyppig med en prævalens på 0,8-9,5% i primærsektoren og debuterer ofte i en ung alder og kan være langvarig og invaliderende [1-3]. En to-års follow-up undersøgelse har bekræftet, at helbredsangst er en vedvarende tilstand og kan være invaliderende, og at spontan bedring er sjælden. I undersøgelsen havde patienter med svær helbredsangst et forbrug af sundhedsydelser per år på 41-78 % mere end patienter med en >

- > veldefineret medicinsk lidelse, både gennem de tre år op til inklusion i undersøgelsen samt ved follow-up [2].

Alligevel stilles diagnosen sjældent, måske fordi helbredsangst ikke tages seriøst eller anses som sekundær til en anden psykiatrisk diagnose [4]. Ydermere ses en høj grad af komorbiditet mellem helbredsangst og psykiske lidelser, især mellem angstlidelserne. Størst synes overlappet med panikangst, hvor undersøgelser har vist en komorbiditet på 25-51 % [4].

Lige nu er der ikke enighed om, hvordan helbredsangst klassificeres, og hvordan patienter med helbredsangst adskiller sig fra personer med funktionelle symptomer [3;5]. Manglen på valide og generelt accepterede diagnostiske kriterier har været et stort problem i klinisk praksis og i studier af helbredsangst.

På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, FFL, oplever vi, at hypokonder tilstand har en stigmatiserende betydning og en nedsættende konnotation. Patienterne er bekymrede for at få denne diagnose, idet de oplever, at der

ikke har mulighed for at yde samme behandlingstilbud som til andre patienter, og patienterne oplever ikke at kan få tilstrækkelig hjælp, og at deres problemer ikke bliver taget alvorligt. Patienterne er i risiko for ”overbehandling” og kan have et meget stort forbrug af sundhedsydelser på grund af den lange række af frugtesløse undersøgelser, udredninger og behandlingsforsøg på tvivlsom indikation, som de har gennemgået [5].

Der ses ofte et pessimistisk syn på behandlingen af lidelsen hos såvel læger som psykologer grundet på den ofte udtalte selvforstærkende og uhensigtsmæssige angstcirkel, som patienter med helbredsangst er fanget i (fx hyppig lægekontakt med henblik på beroligelse).

Der hersker fortsat usikkerhed om, hvad den rette behandling for patienter med helbredsangst er, og helbredsangst beskrives ofte som en kronisk lidelse, der er vanskelig at behandle [6]. Der er kun gennemført otte tidligere randomiserede kontrollerede undersøgelser af behandlingen af helbredsangst. De har vist, at behandling i form af explanatory therapy, kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi har effekt på helbredsangst.

Forskningsprojekt byggende på ACT

Fra sommeren 2009 og frem til nu har vi på FFL afviklet pilotfasen af et projekt med fire gruppeterapiforløb. Erfaringerne er mundet ud i en større randomiseret kontrolleret undersøgelse, som vi påbegynder i efteråret 2010.

Formålet vil være at undersøge, om patienter med svær helbredsangst oplever en reduktion i deres symptomer, et bedre psykisk, fysisk og socialt funktionsniveau samt en reduktion i forbrug af sundhedsydelser og sygedage ved deltagelse i ACT-gruppeterapi sammenlignet med en venteliste. Sidste follow-up vil være ni måneder efter randomisering.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) er en nyere behandlingsmetode, som har vist effekt i behandlingen af blandt andet depression, angstlidelser, kroniske smerter, misbrug samt psykotiske symptomer [fx 7]. ACT er en videreudvikling af kognitiv adfærdsbehandling og går ind under gruppen af tredjegerations kognitive behandlingsformer [8]. Kort opridset er det overordnede mål i ACT at øge psykologisk fleksibilitet, evnen til at kunne være i kontakt med her-og-nu mere helt og bevidst og samtidig ændre i adfærd eller fastholde adfærd baseret på egne værdier. I te-

” Manglen på valide og generelt accepterede diagnostiske kriterier har været et stort problem i klinisk praksis og i studier af helbredsangst ”

ikke er tale om en ”reel” lidelse, men indbildning og et spørgsmål om at tage sig sammen.

I 2004 er en revideret helbredsangstdiagnose blevet introduceret som stedfortræder for hypokonder tilstand. Den bygger på empiriske undersøgelser og har vist sig at være mere valid end ICD-10- og DSM-IV-definitionerne [1]. I denne artikel anvendes derfor betegnelsen helbredsangst.

Behandling af helbredsangst

Helbredsangst medfører ofte frustration hos læger, psykologer og patienter. Lægerne føler sig magtesløse, fordi de

FAKTA ■ Mere om –

rapien arbejdes med mange af elementerne set i mindfulness i form af oparbejdelse af en accepterende og ikke-dømmende tilgang kombineret med et vedvarende fokus på tydeliggørelse af egne værdier.

I ACT anskues angst fra et andet perspektiv end i den mere traditionelle kognitive adfærdsterapi. ACT og kognitiv adfærdsterapi anskuer fælles, at kernen i angstlidelse er centreret om undgåelse, men i ACT er fokus rettet mod en mere generel type undgåelse kaldet oplevelsesmæssig undgåelse. Oplevelsesmæssig undgåelse refererer til alle patientens forsøg på at undgå, undertrykke og på anden vis ændre de negative følelser, der er associeret med det angstfulde.

Funktionen af oplevelsesmæssig undgåelse er at kontrollere eller minimere indvirkningen af den ubehagelige oplevelse. Ud fra denne tilgang er det således ikke stimuli eller

En mere komplet liste over referencer, ikke mindst til de empiriske undersøgelser, kan rekvireres hos artiklens forfatter: arb.tlf. 89 49 43 41, trine.eilenberg@aarhus.rm.dk. Nærmere om henvisning til behandlingen fås samme sted. Der henvises i øvrigt til www.funktionellelidelser.dk.

situationen, undgåelsen er rettet mod, men det at undgå at *mærke* sin egen psykologiske og følelsesmæssige oplevelse. Kernen i angsten bliver hermed en angst for negative følelser og medfører rigide og uflexible mønstre af emotionel og oplevelsesmæssig undgåelse – hvilket umuliggør et fleksibelt og værdifuldt liv.

>



FAKTA ■ Funktionelle tilstande

Funktionelle tilstande har i litteraturen mange navne: fx somatoforme tilstande, medicinsk uforklarede eller funktionelle fysiske symptomer. Kendetegnende er, at der er fysiske symptomer, som lægen ikke kan finde fysisk forklaring på. Diagnosen forudsætter, at lægen har udelukket medicinsk eller kirurgisk sygdom som forklaring. På FFL betragtes helbredsangst som en funktionel tilstand, hvor hovedproblemet er ufrivillige og vedvarende tankemæssige ruminationer om sygdom.

- > Fælles for traditionel kognitiv adfærdsterapi og ACT er et fokus på følelsesmæssig regulering, men interventionerne er rettet mod forskellige dele af den følelsesmæssige proces. ACT har fokus på oplevelsesmæssig undgåelse og de responderende følelsesmæssigt regulerende strategier – dvs. man i ACT arbejder med at skabe ændringer i den følelsesmæssige respons – hvorimod kognitiv adfærdsterapi overordnet har fokus på stimuli, der frembringer den følelsesmæssige oplevelse – dvs. man arbejder med at regulere følelser ved at ændre i evalueringen af den ydre eller indre følelsesmæssige stimuli [9].

ACT-gruppeterapi til helbredsangst

Målet med gruppeterapien er at øge patienternes funktionsniveau (den adfærdsmæssige komponent) frem for symptomreduktion *per se*. Selvfølgelig er det ønskværdigt, at symptomerne reduceres, men dette præsenteres ikke som hovedfokus eller succeskriterium for behandlingen, nærmere som en kærkommen ”sidegevinst”. Til gengæld understreges det, at målet med behandlingen er at udvide den enkeltes adfærdspertoire samt tydeliggøre egne værdier og gøre det muligt at leve det liv, den enkelte værdsætter. Det er altså ikke nødvendigt at få symptomer til at forsvinde for at kunne leve et frit og værdifuldt liv.

I gruppeterapien arbejder vi med to hovedmål: 1) At fremme accept af uønskede tanker og følelser forbundet med helbredsangsten, hvis forekomst eller forsvinden patienten (alligevel) ikke kan kontrollere. 2) Engagement og handling rettet mod at leve det liv, patienten værdsætter. Altså at lære patienterne at acceptere og leve med deres uønskede tanker, bekymringer, kropslige fornemmelser og andre følelser og påtage sig ansvar for at dirigere eget liv i den retning, de finder værdifuld. I behandlingen har vi fokus på at facilitere terapeutiske ændringer i konteksten, hvori de indre oplevelser har en funktion – og ikke på form, indhold og frekvens af indre oplevelser, som det ofte ses i den traditionelle kognitive adfærdsterapi.

Vores erfaring viser os, at når patienten stopper kampen med at kontrollere og eliminere de svære tanker, følelser og fornemmelser og i stedet lærer redskaber til også at kunne rumme og acceptere det svære, så mister de før så ubærlige tanker og fornemmelser deres skræmmende karakter. Kan patienten fastholde denne mere accepterende tilgang, vil den energi, der tidligere er brugt på at kontrollere og und-

gå, kunne kanaliseres over i adfærd, der har værdi og mening for patienten.

Tre fleksible faser

Behandlingsmanualen er inspireret af tilgængelige manualer [fx 10]. I produktionen af manualen har der været fokus på adfærdsmæssige øvelser i alle moduler og at finde den rette balance mellem fleksibilitet i interventionerne, men også tilpas forskningsstruktur. Manualen vil blive publiceret, når behandlingsdelen af projektet er afsluttet.

Som nævnt er målet i ACT at øge psykologisk fleksibilitet og dette menes at skabes gennem seks kerne-ACT-processer: accept, kognitiv defusion, at være i ”nuet”, selv som kontekst, værdier og engageret adfærd. Hver af disse er konceptualiseret som en positiv psykologisk færdighed og ikke blot som en metode til at undgå psykopatologi.

Til at beskrive, hvordan vi arbejder med disse processer i gruppeterapien, har jeg valgt her at beskrive tre fleksible faser, i hvilke der hver arbejdes med de nævnte processer under et overordnet tema.

Fase 1. Kreativ håbløshed og tidlig værdiklarifikation:

I de første moduler arbejdes der med, at vi anerkender, at patienten har en reel lidelse. Derefter kan fokus rettes mod, at patienten får indsigt i det fulde omfang af deres helbredsangst. Denne indsigt skabes ved at undersøge de strategier, patienten tidligere har brugt til at håndtere angsten. Som terapeuter har vi for øje at inducere kreativ håbløshed ved at fokusere på tidligere strategiers effekt på at få helbredsangsten til at forsvinde, og hvad dette har haft at betydning for patientens liv generelt. Endvidere lægges op til den mulighed, at kontrol ikke er løsningen, men måske problemet. Mindfulness introduceres som et redskab til at arbejde med ikke-dømmende og bevidst opmærksomhed, metaperspektiv samt nærvær i nuet.

Fase 2. Villighed og defusion:

Her trækkes der fortsat på patientens egne erfaringer samt erkendelsen af, at kontrol er problemet, og at overdreven sygdomsbekymring er en undgåelsesstrategi. I forlængelse heraf introduceres til villighed og accept som et alternativ til kontrol og oplevelsesmæssig undgåelse. Patienten opfordres til at stoppe kampen mod de uønskede tanker, følelser og kropslige fornemmelser, fx at kroppen ”larmer”, når vi retter opmærksomheden mod det, og vores hoved producerer skræmmende tanker – og i stedet lære at mærke fx

>

- > angst som en følelse, fuldt ud og uden forsvar. Begrebet defusion introduceres, og vi opøver evnen til at observere indre oplevelser frem for at blive indfanget i og opslugt af dem. Målet med kognitiv defusion er at ændre tanker og andre private oplevelsers uønskede funktion frem for at forsøge at ændre deres form eller frekvens. Patienten opfordres til og træner at være i kontakt med oplevelser og situationer, som de opstår, ud fra en ikke-dømmende tilgang. Verden kan på denne måde opleves mere direkte, hvilket medfører øget fleksibilitet i adfærd og mulighed for overensstemmelse i adfærd og værdier.

Fase 3. Fortsat værdiklarifikation og opsamling af egne brugbare strategier:

Fokus i de sidste moduler er at understrege funktionen af værdier. I terapien opfordres patienten til frit at vælge retning i livet inden for forskellige livsdomæner (familie, arbejde etc.). Værdier anses som foranderlige og ”uopnåelige” i den forstand, at de er retningsgivende for adfærd, men aldrig kan siges at være fuldt ud opnåede. Gennem engageret adfærd arbejdes der med måder, hvorpå patienten kan bevæge sig i den ønskede værdifulde retning i livet, og der opsættes mål herfor. Endelig fokuseres der på at øge sandsynligheden for, at patienten fortsætter med at anvende de nye færdigheder efter afslutning i gruppen og skelne mellem at træde ved siden af og tilbagefald.

Kliniske erfaringer

Vi har nu afsluttet tre af de fire pilotgrupper. Selv om det er stadig for tidligt at konkludere noget med en så begrænset mængde data, synes de foreløbige resultater lovende, og vi er optimistiske med hensyn til, at ACT-gruppeterapi kan reducere svær helbredsangst. Vi tror, at ACT er mindst lige så effektiv som kognitiv adfærdsterapi.

Som klinisk psykolog finder jeg, at ACT er en spændende og levende terapiform, som giver mening og grobund for udvikling for såvel terapeut som patient. ACT er bestemt ikke ligetil, og det er min erfaring, at det kræver megen øvelse og mod at blive en dygtig ACT-terapeut.

På samme vis kræver det åbenhed og mod som patient at gå ind i denne type behandling – men det er også vores erfaring, at indsatsen betaler sig.

*Trine Eilenberg, cand.psych.aut.
Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser,
Århus Universitetshospital*

REFERENCER ■

- [1] Fink, P.; Ornbøl, E.; Toft, T.; Sparle, K.C.; Frostholt, L.; Olesen, F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1680-1691.
- [2] Fink, P.; Ornbøl, E.; Christensen, K.S. The Outcome of Health Anxiety in Primary Care. A Two-Year Follow-up Study on Health Care Costs and Self-Rated Health. *PLoS ONE* 2010; 5: e9873.
- [3] Gureje, O.; Ustun, T.B.; Simon, G.E. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27: 1001-1010.
- [4] Noyes, R. Jr.; Kathol, R.G.; Fisher, M.M.; Phillips, B.M.; Suelzer, M.T.; Woodman, C.L. Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 78-87.
- [5] Dowrick, C.F.; Ring, A.; Humphris, G.M.; Salmon, P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 165-170.
- [6] Barsky, A.J.; Ahern, D.K. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1464-1470.
- [7] Forman, E.M.; Herbert, J.D.; Moitra, E.; Yeomans, P.D.; Geller, P.A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif* 2007; 31: 772-799.
- [8] Hayes, S.C.; Luoma, J.B.; Bond, F.W.; Masuda, A.; Lillis, J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1-25.
- [9] Hofmann, S.G.; Asmundson, G.J. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1-16.
- [10] Hayes, S.C.; Strosahl, K.D.; Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy, An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press, 1999.