



## En liten bok om paniksyndrom & agorafobi

Vad är det? Vad beror det på? Vad kan man göra åt det?

MATS HUMBLE

**En liten bok om  
paniksyndrom  
& agorafobi**

**Vad är det?  
Vad beror det på?  
Vad kan man göra åt det?**

Illustrationer: Anders Holmqvist

Produktion: Texttrimning AB

Copyright: H Lundbeck AB och författaren

ISBN: 91-973809-8-9

Tryck: Duro Grafiska, Malmö, 2003

Rubrikerna i texten är länkade tillbaka till innehållsförteckningen

Innehåll .....

Tänk dig in i följande situation... ..

Hur yttrar sig paniksyndrom? .....

Paniksyndromets konsekvenser .....

Hur skiljer man paniksyndrom från kroppsliga sjukdomar?

Vad beror paniksyndrom på? .....

Vad kan man göra åt paniksyndrom? .....

Läkemedel mot paniksyndrom och andra ångestillstånd .....

Hur går det till i praktiken när paniksyndrom behandlas  
med SSRI? .....

Terapimetod för självhjälp – handledning .....

Skattningsformulär för att bedöma sina framsteg .....



ROUSSEAU, Henri. The Sleeping Gypsy. 1897. Oil on canvas, 51" x 67" (129.5 x 200.7 cm).  
The Museum of Modern Art, New York. Gift of Mrs. Simon Guggenheim.  
Digital Image © 2002 The Museum of Modern Art, New York/Photo Scala, Florence

### *Tänk dig in i följande situation...*

...ensam ute i skogen, det börjar bli mörkt, fortfarande alltför lång väg hem, inget bebott hus inom synhåll, ganska kyligt för årstiden, månen har gått i moln, svårt att se vägen, marken är bitvis så blöt att det är svårt att ta sig fram...

...plötsligt bryts tystnaden av vargars ylande, först från ena hållet, sedan från motsatta riktningen, det hörs att det måste vara en stor

flock, minst 20 djur, de gläfsar åt varandra och det verkar som om de kommer närmare i skogens mörker...

Ingen skulle nog tycka att det vore konstigt om man fick panikkänslor i det här läget. Den extra kraft som paniken mobiliserar skulle kunna vara det som avgör om man skall lyckas fly ur en sådan situation. Å andra sidan är det nog redan för sent att fly om man är omringad av vargar. Om rädslan skall vara till verklig nytta borde den därför komma tidigare, på vägen in i en situation där man kan råka illa ut om något oväntat skulle dyka upp, t ex en vargflock. I så fall kan ju faran undvikas och chansen att klara sig helskinnad är betydligt större. Faktum är att panikbenägna personer ofta känner en instinktiv oro inför olika situationer där man är utsatt eller ensam, långt från anhöriga (som annars skulle ha kunnat komma till undsättning), instängd eller låst; kort sagt vid tillfällen då risken att bli ett offer för rovdjur är större, om de skulle finnas i närheten. En panikattack är ju ett effektivt sätt att få oss att fly ifrån en sådan situation innan vi blivit omringade av vargflocken.

Troligen har panikkänslor sedan urminnes tider hjälpt oss människor att undvika kritiska lägen. Anlag för panikattacker kan ha ökat våra överlevnadschanser när vi levt omgivna av yttre faror, t ex rovdjur. Trots att de flesta av oss de senaste 500 åren levt långt från risken att bli anfallna av rovdjur försvinner inte sådana anlag. Situationer som liknar dem där rovdjuren var ett hot förekommer dessutom fortfarande, fast rovdjuren är borta. Rädsla för dessa situationer kallas numera *agorafobi*. Panikanlagen gör att indivi-

den reagerar instinktivt, även om ingen fara föreligger. Eftersom instinkter inte är kopplade till förnuftet, är individen inte medveten om varför rädslan uppstår. Det känns bara som om en inre kraft sätter igång en reaktion, som inte låter sig påverkas av logiska motargument.

Det är naturligt att dessa signaler, som syftar till maximal trygghet, aktiveras i olika livsskederna då invand trygghet snabbt minskar – tonåringen som söker sig ut mot ett självständigt liv, den nyblivna mamman som plötsligt skall vara trygg nog för två personer, den som står inför ett uppbrott från en betydelsefull parrelation, den som genom kroppslig sjukdom plötsligt inser att det inte längre går att lita på att kroppen skall fortsätta fungera felfritt hur länge som helst.

Förståelsen av våra förfäders hotbild kan ge en förklaring till att många människor idag drabbas av panikkänslor i olika lägen där de sällan kan se en rimlig anledning till att rädslan skulle bli så stark just då. Panikattackerna kan således utgöra en skyddsmekanism som hjälpt människor att överleva faror i tusentals generationer. I så fall är det naturligtvis meningen att de skall kännas mycket obehagliga, så att vi verkligen flyr undan det som till synes är farligt eller hotfullt. Problemet är bara att när skräck och rädsla upplevs i för andra människor normala situationer, ger det upphov till så mycket svårigheter och obehag att livskvaliteten sänks till en orättvist låg nivå. Ofta leder det också till att en mängd situationer undviks som man egentligen borde kunna klara av och som dagens samhälle dessutom ofta kräver att man skall klara av. Kort

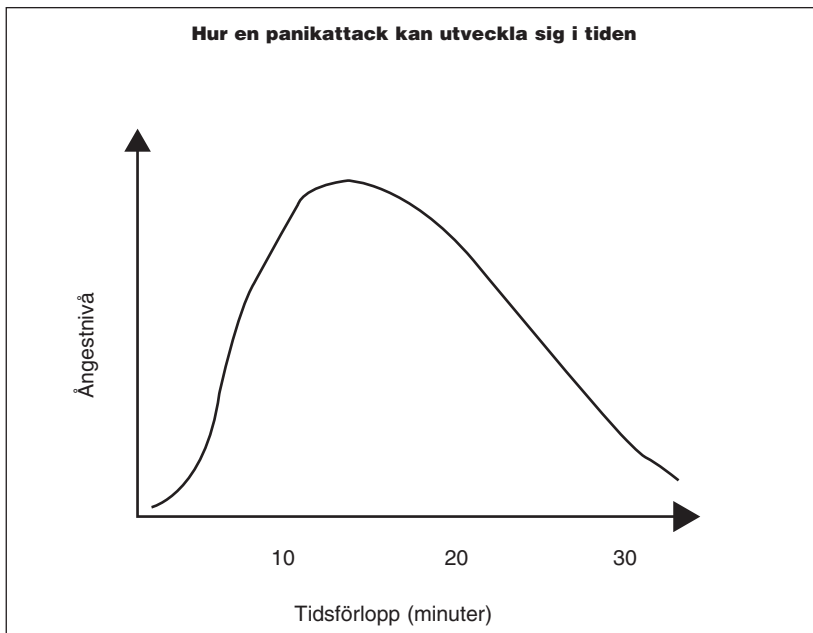
sagt, förmågan att fungera som andra inskränks och blir ofta kraftigt nedsatt. Olika undersökningar tyder på att paniksyndrom och agorafobi tillsammans förekommer hos 3-5% av befolkningen i västvärlden.

Som tur är finns idag flera sätt att komma ifrån problemen. Mycket kan göras på egen hand, din husläkare kan hjälpa, psykoterapeuter och psykiatrispecialister kan ta vid. Detta häfte är tänkt som en vägledning för dig som drabbats.

## Hur yttrar sig paniksyndrom?



Människor talar ofta om panikångest. Då vet man dock inte säkert om de menar panikattacker eller paniksyndrom. Det kan därför vara bra att skilja ut vad dessa begrepp innebär. Avgörande för dem som får paniksyndrom är att de drabbas av panikattacker. Ganska många människor får dock panikattacker utan att de utvecklas vidare till ett paniksyndrom och en del patienter med paniksyndrom får mycket sällan panikattacker. Ungefär hälften av dem med paniksyndrom får också så småningom den typ av fobier som



kallas agorafobi. Nedan definieras innebörden av panikattacker, paniksyndrom och agorafobi.

### **PANIKATTACK**

Vid panikattacker drabbas man plötsligt av en rad obehagliga ångestsymptom (se faktaruta), utan att det finns en förklaring till att de uppstår just vid den tidpunkten. Symptomen brukar tillta snabbt, och når maximum inom 10 minuter, oftast ännu snabbare (se figur). Dessutom brukar tillståndet uppstå oväntat, d v s det är svårt att förstå varför attacken kommer just då den kommer. Även om man en tid kan ha känt sig allmänt ur balans, blir själva

ögonblicket när attacken utlöses en obehaglig och oförutsägbart överraskning. Ofta förebådas attacken av diffust obehag som kan pågå under några minuter upp till en timme, men sedan kommer en punkt då det hela ”bär iväg”. Ångestsymptomen stegras mycket snabbt och den fullt utvecklade attacken är ett faktum.

Under panikattacken får man ofta känslan att situationen är

#### **Typiska symptom under panikattacker**

(sätt gärna kryss för de symptom som brukar ingå i Dina attacker!)

- Hjärtklappning; hjärtat slår starkt och/eller snabbt
- Tryck över bröstkorgen eller smärta i hjärttrakten
- Lufthunger; känsla av att luften inte räcker till, att man måste andas extra mycket eller öppna fönster
- Rädsla för att man håller på att kvävas, känsla att något täpper till i halsen eller sitter åt runt om strupen så att man inte kan andas ordentligt
- Yrsel, svindel, ostadighetskänsla, känsla att man håller på att svimma, upplevelse att underlaget ger vika
- Domningar, stickningar, krypningar t ex i ansikte, armar eller händer
- Svetteningar t ex i panna eller handflator
- Darrningar, skakningar t ex i händer eller knän
- ”Förstelning”, man tappar kraften i musklerna, känsla av att benen ”viker sig”
- Muntorrhet, svårt att svälja
- Frysningar/värmevallningar, rysningar, ”ståpals” d v s håren reser sig, att man känner sig kall eller varm om vartannat
- Illamående, obehag eller tomhetskänsla i magen, diarréattacker
- Derealisation eller depersonalisation; överklighetskänsla, man känner sig på ett otäckt sätt avskärmat från omgivningen eller får svårt att känna igen sig själv eller delar av sig själv
- Rädsla för att tappa kontrollen; man kommer att göra något obehärskat, rädsla för att förlora förståndet
- Dödsångest; rädsla för att man håller på att dö (trots att man kanske vet från tidigare attacker att man alltid överlever)

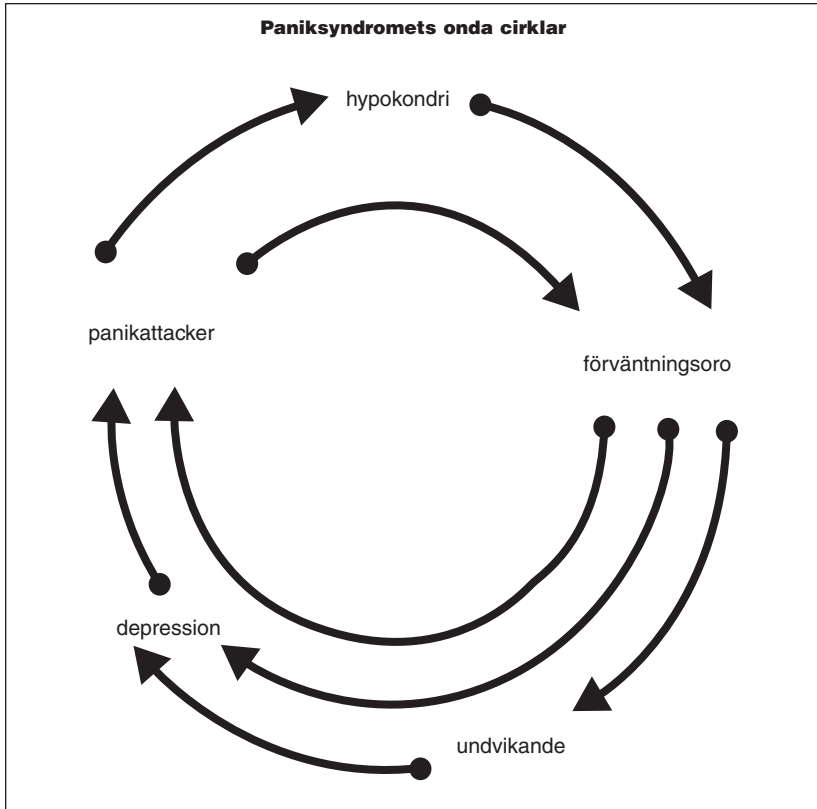
outhärdlig. Man måste fly, söka hjälp eller på annat sätt komma ur situationen. De obehagliga symptomen från kroppens olika delar och sinnesorgan (se faktaruta) kan variera från person till person, men hos dem som får återkommande attacker brukar ungefär samma kombination av yttringar ingå i de fullt utvecklade attackerna. ”Partiella” attacker, där kanske bara 1-2 symptom ingår, kan också förekomma. Sådana attacker har ofta ett framträdande kroppsligt symptom, t ex hjärtklappning eller yrsel, men de behöver inte vara så tydligt kopplade till rädsla. Den som även har erfarenhet av fullt utvecklade panikattacker har ofta ändå lätt att känna igen släktskapen mellan dessa och de partiella attackerna.

### **PANIKSYNDROM**

Den som fått ytterligare en attack blir helt naturligt rädd för att denna obehagliga upplevelse skall återkomma. Då börjar paniksyndromet utvecklas. Olika personer reagerar på olika sätt, men vissa mönster brukar kunna ses.

#### FÖRVÄNTNINGSORO

Man får mer och mer av det som kallas förväntningsoro, dvs mycket av tiden tas upp av oron för attackerna, och mer och mer av energin går åt för att försöka slippa nya attacker. Man funderar över vad de beror på och försöker hitta förklaringar och prövar olika metoder att slippa ifrån dem. Livsföringen blir mer och mer försiktig. Ibland kan ångestsymptomen och rädslan kännas så laddade att man helt undviker att tala om dem. Tyvärr leder detta för-



hållningssätt sällan till någon bättring. All denna oro leder nämligen till en allmänt förhöjd ångestnivå även mellan attackerna och en förhöjd ångestnivå i sin tur tycks öka risken att nya attacker skall utlösas. Man hamnar således lätt i en ond cirkel där återkommande attacker ger allt högre grad av förväntningsoro, vilket ökar risken för nya attacker (se figur).

## HYPOKONDRI

Eftersom panikattacker visar sig genom symptom från många olika delar av kroppen är det lätt att förstå att den drabbade börjar oro sig över den kroppsliga hälsan. Det är t ex vanligt att man blir rädd för att attacken är tecken på en allvarlig sjukdom i hjärtat, hjärnan eller andra delar av kroppen – hjärtinfarkt, hjärnblödning och hjärntumör hör till de vanligaste farhågorna. Man kanske tror att attacken med alla symptom kommer att tära på kroppen och leda till allvarlig sjukdom i framtiden. Vissa patienter med paniksyndrom är mycket medvetna om sina kroppsliga funktioner, de kontrollerar t ex ofta pulsen och ger akt på varje förändring i hjärtrytmen. Eftersom kroppens funktioner inte alltid är helt regelbundna kommer de ofta upptäcka förändringar att oro sig för. När oron väl kommit igång blir det ofta svårt att släppa tanken på att det kan vara något farligt och oron blir än värre.

De mest oroande symptomen i panikattackerna är antagligen de som kommer från hjärtat och lungorna. Blodcirkulationen och andningen måste ju fungera hela tiden för att vi skall överleva. De som får andnöd och bröstsmärtor under panikattacker söker ofta sjukhusens akutmottagningar i tron att ha drabbats av hjärtinfarkt eller en annan livshotande sjukdom. När de blivit undersökta av läkaren och fått svaren på proverna visar det sig att det inte var något fel på hjärtat. Beskedet att hjärtat var friskt brukar kännas som en lättnad, men bara för en stund. Efter ett tag undrar nämligen många patienter hur de kunde känna sig så dödligt sjuka om det inte var något fel: ”*Kanske doktorn missade något?*” Det uppstår

lätt en känsla av att man inte blivit tagen på allvar. Om patienterna då möts av kommentarer som *"Det är bara nerverna som spökar!"* eller *"Du inbillar dig bara!"*, är det inte till mycket hjälp. Faktum är ju att en panikattack är allt annat än inbillning. Visserligen startar attacken säkert i vissa nervceller i hjärnan (alltså "nerver") men sedan påverkas en lång rad kroppsliga organ, hjärtat slår verkligen i en helt onormal takt, blodtrycket kan stiga ganska högt och blodcirkulationen i hjärnan omdirigeras. Svettkörtlar aktiveras, håren reser sig och spänningen i kroppens muskler ökar, så att man blir stel eller darrig. Detta är ingen inbillning, men är inte heller farligt. Däremot kan den ursprungliga nyttan med panikattacken (d v s få oss att reagera så att vi flyr från något som vi kanske inte själva förstod var farligt) förstärkas av att attacken verkar så "farlig" och skrämmer upp oss ordentligt. Tyvärr kan det också leda till att många som drabbats av panik-attacker börjar leta efter kroppsliga orsaker till symptomen. De söker upp den ena specialisten efter den andra i hopp om att kunna finna någon som kan förklara vad som är fel. I en undersökning hade patienter med paniksyndrom gjort i genomsnitt 37 läkarbesök per år. Risken är givetvis stor att de får genomgå många olika kroppsliga undersökningar och utredningar utan att egentligen bli bättre. För en sådan patient är det värt mycket att hitta en klok läkare med helhetssyn som bedömer hur mycket som behöver utredas, ser till att det blir gjort och konstaterar att symptomen stämmer med paniksyndrom. Läkaren kan sedan antingen behandla själv eller hänvisa patienten till en specialist på området.

## UNDVIKANDE

Man kanske får en känsla av att attackerna kommer lättare i vissa situationer och då börjar man vara extra vaksam, man kanske tror att attacken kommer att medföra att man ”gör bort sig”, slår till någon, hoppar ut genom fönstret eller tappar förståndet. Om man är rädd att sådant skall hända är det ju inte konstigt att dessa situationer undviks. En del undviker till och med att tala om sådant man är rädd för, t ex hjärtinfarkter, hjärntumörer eller ångestsymptom. Den som är rädd för hjärtklappning kanske börjar undvika motion och annan fysisk ansträngning. Den som får en känsla av att tappa kontrollen under panikattackerna kan börja undvika allt som försämrar kontrollen. Allt som kan påverka hjärnan blir då fokus för ångest och dessa personer blir ofta helnykterister. Det är ju i och för sig inget problem, men samma personer brukar inte våga låta sig sövas inför en operation, och även mycket viktiga ingrepp kan bli svåra att genomföra. Tandläkarbedövning kan kännas oöverstigligt och att använda psykofarmaka blir helt omöjligt.

När man har börjat undvika den ena situationen efter den andra, har fobiutvecklingen startat. Ett fullt utvecklat sådant undvikande kallas agorafobi (se nedan).

Om man är rädd för attackerna och deras konsekvenser och därför börjar anpassa sitt liv efter attackerna eller för att slippa dem, men ändå drabbas igen, då har man ett *paniksyndrom*. Det räcker alltså inte att bara drabbas av panikattacker, det avgörande för att diagnosen paniksyndrom skall kunna ställas är att patien-

tens livsföring begränsas av rädslan för attackerna eller deras konsekvenser. Paniksyndrom beskrivet på detta sätt drabbar 1-2% av befolkningen. 15-30% kan få panikattacker i något livsskede utan att hamna i någon av de onda cirkelarna, men de har alltså inte paniksyndrom.

Den inställning individen har till attackerna, hur rädd man blir för ångestsymptomen och hur man påverkas av dessa kallas *ångestkänslighet*. Graden av ångestkänslighet förefaller inverka mer på hur man mår överlag än själva attackernas svårighetsgrad och frekvens. Hos en del som drabbats svårt av paniksyndrom kommer kanske attackerna i själva verket ganska sällan.

#### AGORAFOBI

Fobi är beteckningen på oresonlig rädsla för något som under normala förhållanden inte är farligt. Rädslan är så stark att man undviker det man är rädd för, och just undvikandet gör att vardagslivet påverkas och man fungerar sämre. *Agorafobi* kallas en särskild typ av fobi, som ungefär en tredjedel av de panikdrabbade får. Undvikandet gäller en rad olika situationer och genomsyrar hela tillvaron. De situationer som undviks följer ett gemensamt mönster – allt som minskar tryggheten, alla situationer där man är låst och inte fritt kan välja att fly eller söka hjälp. Vid sådana tillfällen skulle det givetvis också bli särskilt svårt att drabbas av panikattacker, eftersom attacken medför just att man helst vill fly och söka hjälp. Typiska situationer där agorafobi visar sig finns i fakturutan.

**Agorafobi: situationer som väcker ångest och leder till undvikande (alla situationer brukar bli värre om man är ensam)**

(sätt gärna kryss för de situationer som Du har svårt med!)

- Att handla i affärer, särskilt stormarknader med mycket folk och trängsel
- Att stå i kö
- Att åka med tåg, buss, tunnelbana, båt eller flygplan
- Att köra bil på motorvägar med långa avstånd mellan avfarterna
- Att vara passagerare när någon annan kör bil
- Att gå eller åka över broar
- Att gå eller åka genom tunnlar
- Att åka hiss
- Att se ut från höga byggnader
- Att ta sig tvärs över en bred gata eller öppen plats
- Att sitta mitt i bänkraden på en biograf eller teater
- Att sitta i ett klassrum eller i en möteslokal
- Att äta ute på restaurang
- Middagsbjudningar med bordsplacering
- Att vara långt hemifrån
- Att ha långt till närmaste sjukhus
- Att lämna ifrån sig sina barn

Många personer med agorafobi kan klara sådana påfrestningar om de har en trygg anhörig med sig, medan samma situation på egen hand känns helt omöjlig. Det kan också variera från dag till dag hur mycket som klaras av – vissa dagar vågar man knappt gå utanför dörren, andra dagar känns det från början att det kommer att gå bra att handla. Även när det känns som tryggast kan dock en oväntad panikattack överraska. Denna oberäknelighet, att aldrig i förväg veta om en panikattack skall hindra det man vill göra, får som följd att även ganska glesa attacker kan leda till ett omfattande handikapp.

Agorafobi kan förekomma utan paniksyndrom, men i de svårare fallen brukar dessa två åkommor hänga ihop. 2-5% av befolkningen har agorafobi och åtminstone 2/3 av dessa är kvinnor.

I lindriga fall av agorafobi undviker man att åka buss eller tåg och väljer hellre att köra bil själv. Inköpen görs bara i en välbekant butik vid en tid då det sällan är kö. I extrema fall av agorafobi klarar personen inte att gå utanför hemmet på egen hand och kan inte heller vara ensam hemma, och ser till att det hela tiden finns någon anhörig till hands. Ibland kan det räcka med telefonkontakt, och mobiltelefoner har gjort det lättare för många anhöriga att finnas tillgängliga. Ändå är givetvis en sådan inskränkning av handlingsfriheten tärande på sikt och de som lider av agorafobi och inte kommer ur sitt tillstånd blir ofta med tiden deprimerade.

Det kan ibland vara svårt att skilja mellan agorafobi och social fobi (en annan typ av ångesttillstånd). Patienter med båda sjukdomarna kan ha svårt att åka buss eller gå på bio, men av helt olika skäl – en person med social fobi har svårt stå ut med känslan av att bli granskad av andra människor, medan det centrala för en person med agorafobi är att hela tiden ha flyktvägen fri.

Agorafobi är som nämnts vanligare hos kvinnor än hos män. Den osjälvständighet som blir resultatet av tillståndet gör att kvinnor ofta tvingas in i en traditionell kvinnoroll. Kvinnor med agorafobi är t ex oftare gifta än befolkningen i allmänhet. En tillvaro som hemmafru är lättare att förena med agorafobi än yrkesverksamhet. Agorafobi utvecklas ofta under den period av livet när kvinnan är småbarnsförälder, och den som lider av sjukdomen får

ofta särskilt starka bindningar till barnen, vilket kan leda till svårigheter när de skall skolas in på dagis. Män med agorafobi kan ha ännu svårare att anpassa sig till de begränsningar i livsföringen och den osjälvständighet som tillståndet orsakar, eftersom det så illa överensstämmer med den traditionella mansrollen.

## Paniksyndromets konsekvenser



*... Det är en svår sak, fruktan,  
och det är tungt för den, som hon blifvit bofast hos.*

(Selma Lagerlöf: En Herrgårdssägen, 1899)

Rädsla, panik, ångest, oro, fobier, helt klart medför allt detta ett stort lidande. Ångestsymptomen i sig är plågsamma, och de som drabbas av paniksyndrom får kraftigt försämrad livskvalitet till följd av sjukdomen. Det blir ofta svårt att sköta ett arbete när koncentrationsförmågan störs av oro och funderingar kring panikattackerna. Fobier gör att många aktiviteter som är självklarheter för andra (åka buss eller tunnelbana till arbetet, gå på bio eller tea-

ter, resa på charterresa med flyg) kan verka oöverstigligen. Rädsla (=fruktan) är alltså ”en svår sak”. Utan effektiv behandling är det tyvärr också vanligt att ångesttillstånd blir kroniska (”bofasta”). I olika långtidsuppföljningar av paniksyndrom brukar 20-30% av patienterna vara återställda efter ett antal år, medan ungefär lika många fortsätter att lida av rädslan mer eller mindre kontinuerligt. Övriga har ett förlopp där ångesten kommer och går, i takt med livets olika kriser och vändpunkter. Selma Lagerlöf hade också rätt i att ”det är tungt” för dem som har långvarig rädsla. Depression och nedstämdhet tillstöter nämligen ofta hos dem som fortsätter lida av rädsla, oro och fobier under lång tid. Depression kan också öka risken för nya panikattacker och även här kan man hamna i en ond cirkel (se figuren sidan 13).

De som drabbats av en ångestsjukdom förlorar ofta delar av självständigheten och kan bli beroende av anhöriga för att klara vardagsbestyren. De blir ofta ängsliga att lämnas åt sitt öde och kan gå med på samlevnadsvillkor som andra inte skulle acceptera, hellre än ta risken att bli övergivna. Vissa blir beroende av alkohol eller lugnande tabletter i försök att lindra ångestsymptomen för stunden. Många som går i samtalsterapi märker efter en tid att det är svårt att tänka sig att den skall avslutas och en del kan bli lika beroende av psykoterapi som andra blir av beroendeframkallande läkemedel.

Allt detta gör att omgivningen kan uppfatta dem som lider av paniksyndrom som mer eller mindre hjälplösa och passiva. Till många förvåning har det tvärtom, när det gäller verklig fara, visat sig att personer med paniksyndrom kan vara de som hanterar situa-

tionen bäst. I dagens skyddade samhälle utsätts vi sällan för verkliga faror, och ”vanliga människor” kan därför bli helt handfallna när de får känna av vad verklig ångest innebär. De med paniksyndrom däremot har dagligen tränat på att tampas med ångesten och kan vara mera vana att agera målinriktat trots hög ångestnivå.

Ett obehandlat paniksyndrom kan alltså gå över av sig självt, men vissa patienter fastnar i ett system av onda cirklar som gör att rädslan fortsätter och gör individen mer och mer invalidiserad. En effektiv behandling skall alltså bidra till att dessa cirklar kan brytas och frigöra patienten från rädslans låsningar.

### **HUR SKILJER SIG PANIKSYNDROM FRÅN ANDRA PSYKISKA SJUKDOMAR?**

Det finns många olika former av psykiska problem. För att komma fram till det bästa sättet att hjälpa bör det klargöras vilket psykiskt problem patienten har. Forskningen går framåt och undan för undan vet vi mer om olika orsaker som bidrar till psykiska problem och vad som samtidigt händer i hjärnan.

#### **ALLMÄNT OM RÄDSLÅ, ORO OCH ÅNGEST**

Rädsla är kopplat till nuet och något som är aktuellt för tillfället gör att man blir rädd. Oron gäller något som kan tänkas inträffa, t ex något som skulle kunna inträffa långt bort eller som kan inträffa i framtiden och drabba en själv eller barnen. De symptom som uppstår i kropp och sinne när man är rädd eller orolig kan sammanfattas som ångest. Ångestkänslor kan även uppstå som en del vid många typer av psykiska problem. Ångest är alltså i sig ingen diagnos utan ett delsymptom som kan förekomma vid en rad olika tillstånd. Ångest upplevs som en stark känsla av obehag, en sorts inre spänning, en klump i maggropen, ett tryck över bröstkorgen eller en tillsnörd känsla i halsen och gör att man inte

kan slappna av. Vid svår ångest känner man sig antingen som förlamad eller nödgad att snabbt ta sig ur den situation man befinner sig i.

Rädsla/ångest är helt friskt och naturligt när man utsätts för hotande situationer, t ex om det vid ärende på banken plötsligt kommer in två män med rånarluvor, eller när man i egna kroppen märker tydliga tecken på allvarlig sjukdom. Men när rädslan verkar överdriven eller orimlig i förhållande till hotet, och ångestnivån är förhöjd i onödan kan den ses som ett problem eller ett tecken på sjukdom.

I vissa fall kan ångest också uppstå som en biverkan av ett läkemedel, vara resultatet av en missbruksdrog eller utgöra symptom vid vissa kroppsliga sjukdomar, t ex överproduktion av sköldkörtelhormon (giftstruma).

Vissa personer har en djupt rotad överdriven tendens att oroa sig i onödan för allt möjligt. De får en allmänt förhöjd ångestnivå med koncentrations-svårigheter, muskelspänningar, rastlöshet och sömnsvårigheter. Symptomen är vanliga vid paniksyndrom och även vid depressioner, men när de förekommer utan samband med nämnda tillstånd, kallas det *generaliserat ångestsyndrom* och utgör då en egen sjukdom. Behandling av generaliserat ångestsyndrom har likheter med behandling av paniksyndrom. Eftersom panikattacker inte ingår, kan dock både den psykologiska och den medicinska behandlingen se något annorlunda ut.

## DEPRESSIONER

Nästan varenda patient med depression lider också av ångest. Det typiska för depressioner är annars att den drabbade är nedstämd och tappar intresset för sådant man annars brukar vara intresserad av. Man känner sig också överdrivet missnöjd med sig själv. Upplevelser och misslyckanden åltas vanligen tills det känns som en dov ångest i magtrakten (ett av Afrikas många språk har inga speciella ord för rädsla och depression, de kallas i stället "ont i bröstet" respektive "ont i magen"). Ofta kommer ångesten tillbaka vid ungefär samma tid på dygnet, t ex tidig morgon och förmiddag och kan lätta upp framåt kvällen. (Vid paniksyndrom däremot brukar inte symptomen återkomma regelbundet på det

sättet – ångestbenägenheten brukar variera från dag till dag, och många personer med paniksyndrom känner på sig redan när de vaknar att just den här dagen kommer att vara en ”bra dag” eller en ”dålig dag”). De som drabbas av paniksyndrom under lång tid hamnar relativt ofta så småningom i depressionstillstånd. Dessutom kan depressioner ge upphov till typiska panikattacker. För att behandlingen skall lyckas är det viktigt att avgöra vad som är grundsjukdomen.

#### PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR MED DÅLIG IMPULSKONTROLL

Vissa personer ger lätt efter för impulser, andra har mycket god självkontroll. Om en person är så impulsiv att hon/han regelmässigt ”handlar först och tänker sen” i sådan grad att denne utsätter sig för risker och fungerar sämre till vardags av detta skäl är antagligen en s k *impulskontrollstörning* orsaken. Många som drabbas av panikattacker får under själva attacken olika impulser, t ex att springa ut, öppna fönstret eller ringa någon mitt i natten. De flesta som lider av paniksyndrom brukar däremot mellan attackerna uppfattas som välkontrollerade. Personer som under lång tid har svårt att kontrollera sina impulser och dessutom fungerar dåligt t ex vad gäller självbild och relationer till andra kan tänkas ha en speciell typ av personlighetsstörning, s k *borderline-störning*, där bristande impuls kontroll är ett framträdande drag. De med en borderline-personlighet har dessutom ofta panikattacker. Här överskuggar dock andra problem och behandlingen bör därför få en annan inriktning än vid ”vanliga” paniksyndrom.

#### PSYKOSER, SCHIZOFRENI

Vid de svåraste psykiska störningarna, s k psykos, tappas förankringen i verkligheten. Det kan yttra sig som att individen hör röster som inte finns, är övertygad om att ha kontakt med utomjordingar eller tror hela tiden att en liga är ute efter att förgifta en. Givetvis blir man då också rädd och får ångestsymptom. Hur plågsam ångesten än blir, är dock andra problem viktigast. *Schizofreni* är en allvarlig typ av psykos som ofta blir långvarig. Det brukar vara lätt för en psykiater eller en erfaren husläkare att skilja mellan schizofreni och paniksyndrom.

En typ av symptom som ibland förekommer i samband med panikattacker är *derealisation* och/eller *depersonalisation* (upplevelsen att omgivningen eller man själv är främmande eller överklig) kan ibland misstolkas för att vara ett psykotiskt symptom. Symptomen kan alltså förekomma vid paniksyndrom utan att vara något tecken på schizofreni. Patienter med schizofreni kan ha panikattacker, men å andra sidan finns inget som tyder på att patienter med paniksyndrom riskerar att tillståndet skall utvecklas vidare till schizofreni.

## Hur skiljer man paniksyndrom från kroppsliga sjukdomar?



Den som har paniksyndrom får återkommande panikattacker som kommer plötsligt och oväntat. De flesta kroppsliga sjukdomar har emellertid ett tidsförlopp som tydligt skiljer sig från detta. Två någorlunda vanliga åkommor utöver paniksyndrom utmärks dock av återkommande attacker med både kroppsliga och psykiska symptom. Den ena är migrän, som domineras av huvudvärk, men som kan ge andra symptom som delvis liknar panikattacker. Den andra är epilepsi, som för det mesta medför attacker med med-

vetslöshet och krampräckningar i kroppen, men som ibland kan yttra sig mindre typiskt och då ha vissa likheter med paniksyndrom. I bägge fallen räcker det vanligtvis med en noggrann genomgång av sjukhistorien och symptombilden för att avgöra vilken sjukdom det rör sig om. Ibland vill dock läkaren undersöka med EEG (elektroencefalografi, en metod att avläsa hjärnans elektriska aktivitet) för att säkrare kunna avgöra huruvida det rör sig om epilepsi eller paniksyndrom.

I vissa fall när läkaren tvekar mellan olika sjukdomar kan patienten ha bägge – migrän och paniksyndrom är båda relativt vanliga tillstånd, och dessutom har de ett samband – den ena sjukdomen tycks öka risken för att en person också skall ha den andra. I sådana fall brukar dock patienten lätt kunna skilja ut hur de olika attackerna yttrar sig. Även astma, hypertyreos (giftstruma) och Parkinsons sjukdom medför en högre risk för panikattacker än genomsnittet. Om panikliknande attacker kommer regelmässigt strax efter måltider eller då man tagit ett visst läkemedel eller en viss missbruksdrog finns det också anledning att överväga kroppsliga orsaker till panikattackerna.

Det är alltså i regel lätt att skilja paniksyndrom från kroppsliga sjukdomar. Vid den första panikattacken vet man ju inte hur utvecklingen blir på sikt och det är framförallt vid de första attackerna som frågan om kroppslig sjukdom blir aktuell. Personer med panikattacker tror ofta själva att de har fått en hjärtinfarkt och när de då söker på en akutmottagning kan jourläkaren beställa undersökningar för att säkert kunna avgöra om det rör sig om en hjärt-

infarkt eller inte. Dels tas ett EKG (elektrokardiogram, ett sätt att avläsa hjärtats elektriska aktivitet), dels tas vissa blodprover. Om dessa åtgärder genomförts ordentligt i början av sjukhistorien behöver givetvis inte provtagningen upprepas vid nya liknande attacker. Om nya symptom uppstår som patienten inte känner igen från tidigare och som inte ingår i den vanliga listan på paniksymptom, kan det vara klokt att diskutera detta med en läkare. Bara för att du en gång konstaterats lida av paniksyndrom, är du givetvis inte skyddad mot att senare drabbas av en ”riktig” kroppslig sjukdom. Obehandlad ångest tycks dessutom på sikt kunna leda till såväl högt blodtryck som magsår.

### **SPECIELLA VARIANTER AV PANIKATTACKER**

#### AGGRESSIONSATTACKER

Det finns en nära koppling mellan rädsla och ilska. När en farlig situation uppstår har man ofta att välja mellan ”att fly eller att illa fåkta”, dvs att undvika situationen eller vid behov försvara sig med våld. Sett i det sammanhanget är det inte så förvånande att en del personer upplever aggressiva känslor i samband med panikattacker (annars är det vanligast att de som har paniksyndrom har så svårt att visa aggressiva känslor, att de beskrivs som aggressionshämmade). Det finns alltså personer som, i trängda situationer när paniken börjar visa sig, kan tappa fattningen och bli våldsamma som ett sätt att komma ur situationen. Sådana ”aggressionsattacker” kan framgångsrikt behandlas på samma sätt som andra panikattacker.

#### PARTIELLA PANIKATTACKER

En del människor får av och till attacker med kroppsliga symptom som uppstår på liknande sätt som panikattacker. Det kan vara yrsel med lätt illamående, det

kan vara hjärtrusningar med känsla av svaghet i benen. Ibland har individen tidigare haft fullt utvecklade panikattacker, och kan känna igen symptomen som en mildare attack med bara vissa av symptomen i behåll. Ibland kan patienten då ha svårt att se sammanhanget, och vill gärna tro att det nu i stället rör sig om en kroppslig sjukdom.

### **NÅGRA SOM DRABBATS AV PANIKSYNDROM**

KRISTINA 27 ÅR (PANIKSYNDROM MED AGORAFOBI)

*Bakgrund:* Kristina hade varit ängslig redan som barn. Hon sov i sin mammas säng tills hon var 11 år gammal. Hon hade varit mörkrädd och haft svårt för olika djur, från spindlar till hundar. I skolan hade hon varit flitig men tillbakadragen och försiktig. Hon hade några ”bästisar” som hon var mycket tillsammans med, men stannade hemma när klassen skulle på skolresa och övernatta på vandrarhem. Hon träffade sin blivande man, som var snickare, när hon var 17 år, och när hon var 20-25 år fick hon i rask följd tre barn. Hon hade då gått en sekreterarutbildning, men valde att stanna hemma med barnen.

*Den första panikattacken:* När det andra barnet var några månader och mannen hade ett byggnadsjobb på annan ort fick hon sin första svåra panikattack. Hon var i affären för att handla, när det plötsligt kändes som om marken skulle ge vika under henne, allting liksom gungade, hon tyckte inte att hon kunde se ordentligt och trodde att hon höll på att kvävas. Hon hade mycket snabb puls och hjärtat bultade hårt. Hon ropade till affärskassörskan att hon trodde hon höll på att dö, och ambulans tillkallades. På akutmottagningen hade hjärtat redan lugnat sig, och EKG och

blodprover var normala. Läkaren sa att hjärtat var helt friskt, men att det ibland kan bli så här när man oroar sig för något. Om hon fick det tillbaka skulle hon söka sin husläkare, sa han. Efter några timmar på akuten var hon så pass återställd att hon kunde åka hem, men hon kände sig väldigt matt och uppskrämd av att något sådant kunde hända.

*Fortsättningen:* Efter två veckor fick Kristina en ny svår attack, denna gång när hon körde bil på väg till en stormarknad. Efter det slutade hon med bilkörning, och blev mer och mer försiktig med att gå ut. Hennes man fick sjukskriva sig och vara hemma och hjälpa till med handling. När han så småningom försökte börja jobba igen, brukade Kristina hela tiden kontrollera att någon i bekantskapskretsen (grannar, släktingar, bekanta) fanns till hands, så att hon kunde ringa dem om något skulle inträffa. Hon ville att de skulle ha möjlighet att snabbt åka hem till henne, även om det för det mesta räckte att hon kunde ringa dem. Hon var mycket mån om sina barn, somliga tyckte att hon var ”överbeskyddande”. Under denna tid fick Kristina då och då panikattacker, men de var sällan så svåra som de första attackerna. Hon ordnade så att antingen hennes syster eller hennes mamma kunde vara med när hon skulle handla och hon hankade sig fram i flera år.

*Behandlingen:* När äldsta dottern skulle börja i skolan kom nästa kris. Det verkade som om hon hade varit en sorts trygghet för Kristina, och när hon inte fanns hemma längre blev ångesten värre. Maken såg då till att hon kom till behandling. Hon fick komma till en psykiatrisk mottagning där man fick henne att för-

stå vad hon led av och startade behandling. Hon fick kognitiv beteendeterapi under tre månader, vilket bl a innebar att hon fick träna, först i sällskap, så småningom på egen hand, att gå och handla i affärer och stå i kö. Hon fick också ett serotoninförstärkande läkemedel. Efter denna tid var hon så förbättrad att hon kunde släppa sitt skyddsnät och göra inköp på egen hand. Ett halvår senare kände hon sig mogen att börja arbeta som sekreterare på deltid. Både arbete och andra aktiviteter fungerade undan för undan allt bättre, men det fanns fortfarande gränser för vad hon klarade av. När familjen storhandlade och hon stod i kö vid kassan kunde panikkänningarna ge sig till känna så pass att hon inte klarade av att stå kvar. Denna påminnelse om hur det kändes när hon satt som en fånge i sitt eget hus var dock lätt att hantera när hon för övrigt hade blivit så mycket bättre.

#### OLOF 32 ÅR

*Bakgrund:* Som barn var Olof glad och utåtriktad, och hade lätt för att få kompisar. I familjen fanns vissa psykiska problem, hans pappa hade under olika delar av livet utvecklat ökad rädsla och oro, och hade under sådana perioder tidigare druckit rätt mycket alkohol. Farmodern hade haft långvariga sk neurotiska depressioner. Olof växte emellertid upp utan särskilda problem, utbildade sig till dataingenjör och träffade sin första sambo, med vilken han efter en separation delar vårdnaden om en minderårig dotter. Olof har nu sedan två år en ny sambo med barn från ett tidigare förhållande.

*Problemen startar:* Ungefär samtidigt som Olof och hans första sambo började få svårigheter med relationen, drabbades Olofs far av en första hjärtinfarkt. Olof, som stod ganska nära sin far, besökte honom ofta under sjukhusvistelsen. En kväll, några veckor senare, när Olof satt ensam hemma (sambon och dottern var hos svärföräldrarna) och tittade på sin favoritserie på TV, fick han intensiv hjärtklappning, andningssvårigheter och smärtor till vänster i bröstkorgen. Han blev genast övertygad om att han liksom sin far drabbats av en hjärtinfarkt. Via sjukvårdsupplysningen blev han hämtad med ambulans och förd till stadens akutmottagning där han var inom 20 minuter. Redan i ambulansen hade man kopplat in ett EKG, och framme på akuten tog man blodprover, samtidigt som jourläkaren gjorde en snabb undersökning. Olof fick snart veta att ”EKG och prover såg bra ut” och att han skulle få mer besked från läkaren senare. Han väntade 3,5 timmar på akuten och i ett kort samtal konstaterade akutläkaren att det nog rörde sig om en psykologisk reaktion på faderns hjärtinfarkt, och att det inte fanns någon anledning att oroa sig för hjärtat.

*Behandling:* Akutläkaren ville skicka remiss till en psykiater, men Olof såg till att han fick komma till hjärtspecialistmottagningen för fortsatt kontroll. Han fick återkommande attacker och flera gånger uppmättes ett klart förhöjt blodtryck. Samtidigt bestämde sig sambon (som hade börjat träffa en annan man) för att hon ville separera. På hjärtmottagningen fick Olof så småningom behandling med en  $\beta$ -blockerare (läkemedel som sänker pulsen och blodtrycket), men attackerna med andnöd och yrsel fort-

satte ändå. Han hade haft litet hösnuva i tonåren och trodde nu att han kanske hade fått astma. Husläkaren skrev ut astmaspray, men den verkade snarast öka ångestnivån, och attackerna fortsatte. Det blev allt svårare för Olof att klara sitt arbete och han hade också svårt att hantera separationen. I denna situation hittade han en Internetsajt med medicinsk information där paniksyndromet beskrevs i detalj. Nu bad han sin husläkare om en remiss till en psykiater. Denne kunde bekräfta diagnosen som Olof redan ställt, och hade några ingående samtal med inriktning på sambandet mellan kropp och själ. Samtidigt trappades de mediciner ut som hela tiden hade varit onödiga och Olof blev successivt bättre. Han började sedan engagera sig i en patientförening för paniksyndrom där han träffade sin nya sambo, som hade god förståelse för de lindriga ångestsymptom som Olof fortfarande kunde drabbas av emellanåt.

## Vad beror paniksyndrom på?



Många olika teorier har funnits om orsaker till panikyttringar. Ingen enighet finns dock om vilken som är den rätta. Med säkerhet kan många olika faktorer spela in och det viktiga är kanske inte frågan om vilken teori som är rätt eller fel, utan mera vilken faktor som bidrar mest i det enskilda fallet. Från tvillingforskning vet man att både genetiska (ärflika) och miljöfaktorer (omgivningens inverkan på oss) har stor betydelse för såväl paniksyndrom som fobier. På detta område pågår omfattande forskning, och även om

det idag inte är känt vilka gener på kromosomerna som är inblandade, vet man att ungefär 45% av orsakerna ligger på det genetiska planet. Samtidigt anger denna forskning att ungefär 55% orsakas av miljö, d v s sådant som vi har utsatts för under fosterutvecklingen, uppväxten eller som inträffat senare i livet. Det behöver inte bara vara frågan om psykologiska eller sociala faktorer utan kan även tänkas gälla infektioner, diet, droger etc. För övrigt tycks vi ha lärt oss mest om orsakerna till paniksyndrom genom att studera de behandlingar som ger effekt.

#### STÖRNING AV HJÄRNANS KEMI – TRANSMITTORMEKANISMER

Aktivitetsnivå, vakenhet och stress är kopplat till signalsubstansen *noradrenalin*. Ångestsymptom som att hjärtat slår snabbare, att man blir kallsvettig och att man börjar skaka och darra är typiska tecken på förhöjd noradrenalinaktivitet. Noradrenalin och en annan signalsubstans, *serotonin*, är utbredda i hjärnan parallellt med varandra. De påverkar varandra hela tiden och verkar stå i någon sorts balans med varandra. Serotonin verkar ha förmåga att dämpa noradrenalinssystemet. Mycket tyder alltså på att noradrenalin i hjärnan fungerar som en "ångestmotor", medan serotonin utgör en "ångestbroms". Man letade länge efter tecken på allvarliga störningar i "ångestmotor" hos panikpatienter, men kunde inte hitta så mycket. Däremot blev det ett stort genombrott när man kunde visa att förstärkning eller stabilisering av serotoninssystemet ger ångestlindring på sikt. Nästan alla medel som ger långsiktig effekt mot panikattacker och fobier har, på ett eller annat sätt, en förstärkande eller stabiliserande inverkan på serotoninssystemet. Dessa medel dämpar således inte ångesten bara för stunden utan förstärker i stället hjärnans egen ångestbroms, så att hjärnan bättre kan kontrollera de ångestimpulser som uppstår. Eftersom alla hjärnans kemiska system är sammankopplade och påverkar varandra, är forskning på dessa områden mycket komplicerad, och ännu vet man inte med säkerhet om

”felet” verkligen finns i serotoninssystemet. Ett annat system skulle kunna vara stört, men den bristande funktionen kan i så fall stöttas upp effektivt genom att serotoninssystemet balanseras.

*Andra biokemiska system* i hjärnan som definitivt är inblandade i ångestens mekanismer är gamma-amino-smörsyra (GABA),olecystokinin (CCK) och kortikotropins frisättningsfaktor (CRF), som ökar frisättningen av stresshormonet kortisol från binjurarna. *Hjärnans centrum för andningsreglering* har också diskuterats. Paniksyndrom är nämligen kopplat till en ökad känslighet för koldioxid (CO<sub>2</sub>) – inandning av 5% CO<sub>2</sub> får personer med paniksyndrom att snabbt reagera med en panikattack, medan andra människor inte märker något särskilt. Både serotonin och acetylcolin har viktiga roller när det gäller att reglera denna reaktion.

#### FELINLÄRNING – KOGNITIV INLÄRNINGSTEORI

Den som brukar oroa sig överdrivet mycket jagar ganska ofta upp sig för ofarliga saker. Varje gång man jagar upp sig startar ångestmekanismerna i kroppen (hjärtat slår snabbare, man blir spänd i musklerna, man kanske darrar och svettas litet grann). Om man då tror att det kan vara farligt när hjärtat slår snabbare jagar man upp sig ännu mer. Hjärtat slår då ännu mer och man blir än mer rädd och ”ångestspiralen” sätter igång. Tror man sedan att den plats där attacken inträffade på något sätt hade betydelse för att paniken uppstod, kan man för varje ny attack förknippa nya situationer (platser) med rädslan. På så sätt kan ett system byggas upp där olika vardagliga upplevelser eller aktiviteter får ett samband med fara och rädsla.

All rädsla och ångest kan nog inte förklaras på detta sätt, men med speciella psykologiska metoder (ingår i kognitiv beteendeterapi) försöker man komma åt ”ångestspiralen”. Man försöker att få patienten att ”lära om” de invanda tankemönstren och paniksyndromet brukar förbättras. Det talar alltså för att inläring och tankemönster är väsentliga faktorer, åtminstone för att ångestproblemen skall vidmakthållas.

## OLÖSTA BARNDOMSKONFLIKTER – PSYKOANALYTISK FÖRSTÄELSE

Sigmund Freud, var den som först beskrev det vi idag kallar paniksyndrom, då under namnet "Angst-Neurose". Han tänkte sig att panikattacker skulle vara en signal från det omedvetna, när ett obehagsladdat minne eller en otillåten impuls, som var så förbjudna att man till varje pris ville undvika dem, var på väg in i medvetandet. Panikattackens rädsla, ångest och kroppsliga yttringar tar då upp så mycket uppmärksamhet, att personen "slipper" bli medveten om det som (enligt teorin) var orsaken till attacken. I många terapiformer har man försökt klargöra vilka tankegångar som förde fram till panikattacken. Det är dock ovanligt att man har lyckats hitta en enstaka händelse som kan förklara hela problemet. Många panikpatienter kan minnas episoder från barndomen om rädslan att bli lämnad ensam, om separationer från föräldrar och trygghet. Mycket tyder dock på att de som har benägenhet för att utveckla paniksyndrom också är mer känsliga för separationer och reagerar starkare än genomsnittet när de utsätts för sådana eller hot om sådana, i första hand från föräldrarna. När dylika upplevelser blir utdragna och ångestfyllda kommer de givetvis att sätta spår för framtiden – barnets känslighet kommer att förstärkas. Det kommer att reagera ändå lättare med oro och ångest, om nya hot om separation uppkommer. Andra barn, utan den blivande panikpatientens ökade känslighet för separation, kan dock utsättas för samma händelse utan nämnvärda konsekvenser på sikt.

Freud tänkte sig också att såväl kvinnor som män kan få impulser om förbjuden sexualitet (t ex prostitution eller homosexualitet) som "maskeras" som panikattacker, för att individen skall slippa bli medveten om de förbjudna tankarna. Skulle det stämma borde paniksyndrom ha blivit ovanligare i takt med den sexuella frigörelsen under andra hälften av 1900-talet, men så är inte fallet. En minskning av tabun kring sexualiteten kan dock tänkas uppvägas av en ökning av en annan orsaksfaktor, men det ter sig ändå osannolikt att undanträngd sexualitet skulle vara en väsentlig orsak till paniksyndromet.

Freud beskrev också att förbjudna aggressiva impulser kan framkalla ångestattacker. Detta stämmer väl överens med att personer med paniksyndrom ofta har en aggressionshämmad personlighet. En annan återkommande tanke hos

Freud är att ångesten blir ett resultat av en konflikt mellan vårt ”djuriska” driftliv, Detet, och vår civiliserade samvetsfunktion, Överjaget.

En annan av psykoanalysens grundare, Carl Gustav Jung, har beskrivit att vi i det undermedvetna har gemensamma symboluppfattningar av konflikter som härrör från människosläktets förhistoria. Detta ”kollektivt undermedvetna” kan förklara hur vissa situationer ger upphov till ångest utan att individen är medveten om varför. De två psykoanalytiska teorierna stämmer faktiskt ganska väl överens med en nyare typ av förklaringsmodeller som brukar kallas evolutionära.

#### KVARLEVA FRÅN VÅRA FÖRFÄDER – DEN EVOLUTIONÄRA FÖRKLARINGEN

I inledningen beskrivs i korta drag en teori om orsaker till sjuklig rädsla och ångesttillstånd som bygger på Darwins utvecklingslära, vilken oftast kallas den evolutionära teorin. Även här ses rädsla/ångest som en försvarsmekanism, inte mot förbjudna drifter i det undermedvetna, utan snarare mot faror som hotade vår överlevnad i mänsklighetens barndom. Människan levde då som jägare, fiskare och samlare i Afrika, tex rovdjur var närvarande runt omkring oss och stora risker fanns om vi skulle bli övergivna av våra närmaste anhöriga. Dagens samhälle erbjuder gott om låsta, instängda, otrygga situationer där gamla instinkter kan aktiveras (hissar, bussar, tåg, öppna platser, folksamlingar, köbildningar). Å andra sidan är dessa situationer i de flesta fall egentligen ofarliga, och det är ovanligt att någon faktiskt faller offer för dem numera (undantag: rockfestivaler). Därför är det svårt att förnuftsmässigt förstå varför en person drabbas av ångest i bussen eller i snabbköpsköen. Man tänker sig alltså att vi ”i bagaget” har med någon form av gener som gör att vi lätt utvecklar rädsla i vissa situationer, oavsett om de är farliga eller ej. Några personer har mer av dessa gener medan andra kanske har tappat dem under de generationer då mänskligheten inte har haft så stor nytta av dem. Dessutom tycks de flesta av oss också ha mekanismer för att träna bort rädsla, därför är det viktigt att förklara varför ångestpatienterna fortsätter att bli rädda i vissa situationer. Om det verkligen gällde livshotande faror har individen helt klart bättre nytta av att bli rädd några

gångar i onödan än att bli rädd en gång för litet (och dö på kuppen). Enligt den evolutionära teorin är våra gener inte anpassade för att vi skall "må bra" och känna oss tillfreds, utan för att vi ska överleva i möjligaste mån. En variant av den evolutionära förklaringen är att panikattacker uppstår om en person har ett överkänsligt "kvävningssalarm". När vi t ex simmar under vatten och luften börjar tryta, söker vi oss instinktivt mot ytan. Denna mekanism, som styrs av koldioxidhalten, kan hos känsliga individer aktiveras "i onödan" och yttra sig som en panikattack, där ju lufthunger i regel ingår.

Teorin om genernas betydelse innebär *inte alls* att de som drabbas är dömda att fortsätta lida av rädslan. Det är nämligen tydligt att många yttre faktorer, förutom generna, inverkar på problemen. Åldersdiabetes är en sjukdom, även om den till stor del styrs av ärftliga faktorer, där livsstilen i vårt moderna välfärdssamhälle spelar så stor roll, att förändringar av kost, motion och stress mycket väl kan utgöra ett effektivt botemedel. På samma sätt kan en övergång till lugnare och tryggare levnadsmönster med mindre utmaningar av "ångestinstinkterna", och samtidigt en konsekvent strategi att inte ge efter för den onödiga rädslan, leda till att patienten kommer ur ångestcirkelarna. Det skulle inte vara förvånande om det visar sig att en person med ångestinstinkter i behåll också har bättre förmåga att uppmärksamma den moderna tidens hot mot vår överlevnad.

## PANIKSYNDROM PÅ RIM

*Se, Sivan skakar i sån' skräck,  
hon varken ser eller hör.  
Helt sammanramlad, alld'les väck,  
tror säkert att hon dör!*

*Och hjärtat far med snabba slag  
och luften finns knappt till.  
Nu kroppen känns så darrigt svag,  
att hon till sjukhus vill.*

*Så Sivan körs med blåljus på,  
raskt till akutens port.  
Men plötsligt kan ju Sivan gå.  
Att hon blev frisk så fort!*

*En konstig sjuka Sivan har,  
en blixtnabb räddattack,  
men oron dröjer länge kvar,  
hon fattar knappt ett smack!*

*För Siv kan ej va' ensam mer,  
hon stannar hemma mest;  
där vet man alltid vad som sker  
och det känns tryggt och bäst.*

*Mer sällan kommer rädslan då  
när allt är lugnt och känt,  
men tråkigt blir det ju förstås  
att glo på TV jämt.*

*Hon kände inte till det spratt  
som psyket gör iblan';  
man tror man dör, man får som fnatt  
men allt är lurtt minsann!*

*För kroppen den är alld'les frisk,  
fast signalerar hot,  
men strunt i det, och ta en risk,  
för det kan skänka bot.*

Dikten är hämtad från Susanne Bejerot:  
Vem var det du sa var normal? Psykiatri och rim,  
Cura AB, Stockholm 1998, med tillstånd från författaren.

## Vad kan man göra åt paniksyndrom?



### **ENKLA KNEP SOM MAN KAN TILLÄMPA PÅ EGEN HAND**

Livsstilen har betydelse för paniksyndrom. Måttliga till höga doser *koffein* är ett ganska effektivt sätt att öka ångestnivån. Den som har ett ångesttillstånd och dricker mer än tre normalstora koppar kaffe per dag bör därför trappa ner kaffedrickandet. Kom ihåg att vanligt te också innehåller koffein, liksom cola-drycker och många sk energidrycker. Ibland kan sanering av koffeinförbrukningen vara tillräckligt för att få bukt med ett paniksyndrom.

De som dricker *alkohol*, brukar tycka att det lindrar ångestsymptomen för stunden. Tyvärr har alkohol också en tendens att göra ångesten värre på sikt. Det sker på två sätt. Många känner ju av när alkoholen går ur kroppen och patienter med paniksyndrom är ofta mycket känsligare än andra och reagerar med klart ökad ångest ”dagen efter”. Ibland kommer de första svåra panikattackerna just vid dessa tillfällen och alkohol kan således utgöra en utlösande faktor. Dessutom kan alkohol på sikt ändra balansen i hjärnans kemi så att benägenheten för ångest och depression ökar.

Dålig *nattsömn* gör att man mår sämre på dagen i alla möjliga avseenden. Många med paniksyndrom märker det tydligt och regelbundna sömnvanor kan hjälpa en hel del. De som snarkar och får *andningsuppehåll under natten* löper ökad risk för panik-attacker. Idag finns flera olika sätt att komma till rätta med de problemen vilka kan diskuteras med allmänläkaren.

Fysisk aktivitet och *motion* är nyttigt. De som är rädda för olika känningar från kroppen har dessutom extra stor anledning att motionera. Det ger en god träning, inte bara av muskler, lungor och hjärta, utan framför allt av sinnets förmåga att uppfatta och acceptera att det kan hända en mängd saker i kroppen utan att det är farligt. Alla panikpatienter borde alltså ut och jogga, simma eller något liknande, motion bidrar positivt till att behandlingen av rädsla och ångest.

Slutligen är det, för ångestpatienter som för andra, viktigt med allsidig och näringsriktig *kost*. Flera vitaminer och mineralämnen (särskilt vitamin B<sub>6</sub>, vitamin B<sub>12</sub>, folsyra och selen) har visat sig

betydelsefulla för att nervsystemet skall fungera bra och för att förhindra uppkomsten av sjuklig ångest och/eller nedstämdhet. B<sub>12</sub>-brist förekommer bl a hos veganer och vegetarianer och selen är ett mineralämne som svensk kost är relativt fattig på. De senaste rönen på detta område gäller fiskfett – omega-3-fettsyror finns nästan enbart i fiskfett och är helt nödvändiga för att hjärnan skall fungera väl. Sannolikt skulle många må bättre psykiskt om de åt mera lax, sill, strömming, makrill och sardiner samt rikligt med olika sorters färska grönsaker.

Alltså, en sund själ i en sund kropp. Bra mat, lagom motion, god nattsömn och försiktighet med koffein och alkohol förbättrar psykiska hälsan överlag.

### **ALLMÄNNA PSYKOTERAPIFORMER**

Sedan Sigmund Freuds dagar har man tänkt sig att panikattacker skulle vara en signal från det omedvetna om någon viktig erfarenhet eller impuls, som är så förbjuden att en individ till varje pris vill undvika att den kommer upp i medvetandet. Panikattackens ångest och kroppsliga yttringar tar då upp så mycket uppmärksamhet, att denne ”slipper” bli medveten om orsaken till attacken. Denna teori är grunden för psykodynamisk psykoterapi som ofta bedrivs på ett ospecifikt sätt, för att upptäcka ett trauma som skulle ligga bakom problemen. Eftersom paniksyndrom inte beror på ett sådant trauma, är det inte förvånande att det varit svårt att visa effekt av denna behandlingsform.

På senare tid har dock psykodynamiska terapeuter utvecklat

nya metoder, som inriktar sig på konflikter som gäller självständighet i förhållande till beroende av andra och självhävdelse kontra aggressionshämning. Med dessa metoder är resultaten bättre i de små studier som hittills genomförts. Mer forskning krävs emellertid innan behandlingsformen kan rekommenderas generellt.

### **PANIK-/AGORAFOBISPECIFIKA PSYKOTERAPIFORMER**

Numera finns flera olika psykoterapimetoder som är speciellt anpassade för att hjälpa mot paniksyndrom och/eller agorafobi. De mest använda metoderna ingår i vad som brukar kallas kognitiv beteendeterapi (KBT). Metoderna är utvärderade i noggranna studier som visar att de har effekt utöver en vanlig samtalskontakt.

*Kognitiva metoder* baseras på att vi har vissa automatiska tankemönster som påverkar hur vi upplever vardagen. Den som är benägen att ofta se risker och faror drabbas av rädsla och ångest mycket mer frekvent än andra. I stället för att försöka dämpa rädslan bearbetar man i KBT de tankemönster som gör att vi ser risker och faror. När dessa omprövas visar det sig att vi ofta har överdrivit riskerna enormt och att det egentligen inte är så farligt. Nya tankemönster kan sedan tränas in som ger en mera realistisk riskvärdering och rädslan och ångesten brukar minska betydligt. Man kan till exempel få lära sig att symptomen från hjärtat inte behöver betyda att man har fått en hjärtinfarkt.

*Beteendeterapeutiska metoder* innebär kortfattat att individen med stöd av terapeuten gradvis utsätter sig för det man är rädd för.

I beteendeterapi rangordnar man sina rädslor, man klargör det som känns ”farligast” och det som känns mindre svårt. Sedan börjar man behandlingen med de lättaste sakerna på listan och planerar hur patienten skall utsättas för dessa situationer på ett rimligt sätt. När patienten utsätter sig (exponerar sig) för de ångestframkallande situationerna, är det avgörande att denne stannar kvar i dem till dess rädslan och ångesten har minskat avsevärt. Sedan fortsätter med nästa situation på listan. Många personer med fobier menar att de redan har prövat att utsätta sig för ångestframkallande situationer utan att det har hjälpt. Ofta visar det sig dock, att man inte har stannat tillräckligt länge i situationen, utan istället lämnat den med avsevärd kvarstående ångest. Drar man sig ur för att ångesten är för stark, får exponeringen alltså inte avsedd verkan. I sin enklaste form kallas beteendeterapi ofta fobiträning.

En terapimetod för självhjälp presenteras på sidan 66.

## Läkemedel mot paniksyndrom och andra ångesttillstånd



Vi skall här gå igenom hur olika sorters läkemedel kan användas mot rädsla/ångest. Deras egenskaper kan vara mycket olika, och det är viktigt att veta hur de olika medlen skall användas och vilken effekt som bör förväntas av ett visst medel.

### **LUGNANDE MEDEL (KORTSIKTIGT VERKANDE)**

Sedan gammalt har ångestsymptom behandlats med olika medel som har förmågan att lugna för stunden, d v s att mer eller mindre snabbt dämpa ner de symptom i sinnet och i kroppen som upp-

står när en person är rädd och har ångest. Troligen hade man redan på stenåldern upptäckt att saften från en viss vallmoblomma (*opium*) eller olika jästa drycker (*alkohol*) kunde dämpa ångest för stunden. Opium är släkt med morfin och heroin, d v s det är mycket beroendeframkallande, och alkoholens problem är välkända. Dessa medel kan inte heller användas på längre sikt.

#### DIREKTVERKANDE LUGNANDE MEDEL – GABA-AKTIVA

(RISK FINNS FÖR BEROENDE)

Många medel som kan lugna för stunden verkar genom att aktivera en signalsubstans som heter GABA (gamma-amino-smör-syra). GABA har en allmänt dämpande, avspännande och i viss mån hämninglösande verkan, och medlen har en snabbt insättande (15 minuter-1 timme) lugnande effekt. De kan också vara muskelavslappande och kramplösande och fungera som sömnmedel. Alla medel som verkar via GABA tycks kunna ge tillvänjning och därmed beroendeproblem om de används på fel sätt. De flesta av dessa medel hör till en grupp som kallas *bensodiazepiner* (se tabell). Vissa är bäst lämpade som sömnmedel, medan andra kan användas även dagtid som lugnande. Om man bara behöver ta lugnande medel vid enstaka tillfällen (tex vid flygresor eller när man skall på föräldramöte) eller sömnmedel enstaka kvällar när det är viktigt att man sover under natten, är dessa medel utmärkta. Man kan ta dem 1/2-1 timme innan de behövs, och effekten kommer inom 20-60 minuter (diazepam-medlen verkar snabbast och oxazepam-medlen tar längst tid). Man kan därför vänta och se

**Lugnande och sövande medel för tillfälligt bruk  
(kan vara beroendeframkallande vid mer frekvent bruk)**

Substans	Varumärken	Jämförbar dos vid tillfälligt bruk
<i>Bensodiazepiner som lugnande medel</i>		
diazepam	Apozepam, Diazepam, Stesolid	5 mg
oxazepam	Oxascand, Sobril	15 mg
alprazolam	Alprazolam, Xanor, Xanor Depot	0,5 mg
klonazepam	Iktorivil	0,5 mg
lorazepam	Temesta	1 mg
<i>Bensodiazepiner som sömnmedel</i>		
nitrazepam	Apodorm, Mogadon, Nitrazepam	5 mg
triazolam	Halcion, Triazolam	0,25 mg
<i>Andra GABA-aktiva medel som sömnmedel</i>		
zolpidem	Stilnoct	10 mg
zopiklon	Imovane, Zopiclone, Zopiklon	7,5 mg
zaleplon	Sonata	10 mg

om man verkligen behöver dem, och kanske avstå om det visar sig att situationen inte var så besvärlig. Är man mycket känslig för dessa medel kan man bli mycket trött eller känna sig ”drogad”, men det går oftast att hitta en dos som ger lagom effekt. Andra biverkningar är så kraftig muskelavslappning att man får svårigheter med balansen eller sludrar. Minne och inlärningsförmåga kan också nedsättas vid kontinuerligt bruk.

Det stora problemet med dessa medel är dock tillvänjningen, och att man hamnar i ett *beroende* om man tar dem regelbundet. Redan efter någon månads bruk kan det märkas att ångestnivån höjs när dessa medel går ur kroppen. Det kan också hända att den

dos som från början var effektiv inte längre räcker. Vissa personer kan dock ta medlen till synes utan problem under långa perioder. Andra blir så beroende och får så mycket problem med biverkningar av de ökande doserna, att de måste gå igenom en besvärlig avgiftning. När nervsystemet anpassat sig till en kontinuerlig påverkan av dessa medel, och man minskar eller avslutar behandlingen uppstår utsättningssymptom eller abstinens. För bensodiazepiner yttrar den sig som ökad ångest, skakningar, svettningar, förhöjd puls och ibland högt blodtryck. En avgörande faktor för beroendeutvecklingen är att medlen ger snabb effekt, vilket gör att hjärnans omedvetna delar kopplar tablettintaget till en behaglig effekt. Då kan ett psykiskt beroende uppstå där man får en omedveten drift att ta dessa tabletter så fort man upplever något sorts obehag, även om man förnuftsmässigt vet att man inte borde. En annan faktor är att nervsystemets kemi ibland måste tillåtas ”lufta sig” från medlen. Om läkemedlet hela tiden finns kvar i systemet påskyndas det fysiska beroendet, d v s att kemin i nervsystemet anpassar sig till substansen och det kan behövas högre dos för att få samma effekt som innan. De numera mest använda sömnmedlen går ur kroppen så snabbt att risken för denna effekt är mycket liten även om de skulle intas varje kväll.

Sammanfattningsvis kan bensodiazepinerna ha utmärkt effekt för korta behandlingar (mindre än en månad) eller som tillfälligt bruk. De bör dock inte användas som enda behandling vid mera långvariga besvär. Mycket tyder också på att de försämrar effekten av psykologiska behandlingar. De kan emellertid vara ett bra

**Lugnande och sövande medel för tillfälligt och återkommande bruk  
(ej beroendeframkallande)**

Substans	Varumärken	Jämförbar dos vid tillfälligt bruk
<i>Antihistaminer som lugnande medel</i>		
hydroxizin	Atarax	25 mg
prometazin	Lergigan, Lergigan forte, Lergigan mite	25 mg
<i>Antihistaminer som sömnmedel</i>		
propiomazin	Propavan	25 mg
alimemazin	Theralen	20 mg
<i>Andra besläktade medel</i>		
dixyrazin	Esucos	25 mg
melperon	Buronil	25 mg
<i>Örtmediciner med liknande egenskaper</i>		
valeriana	Baldrian-Dispert, Neurol, Valerecen Baldrian Radiotron, Melival Klinipex, Neval, Valeriana Bioforce, Valerina Forte	-
<i>Beta-blockerande medel mot hjärtklappning och skakningar</i>		
propranolol	Inderal, Propranolol	20 mg

komplement till andra läkemedelsbehandlingar, framför allt i början, innan huvudmedlet har givit full effekt.

**EJ BEROENDEFRAMKALLANDE MEDEL**

Vissa *antihistaminer* (som ursprungligen togs fram för att vara medel mot allergier) och några besläktade medel har en hygglig ångestdämpande effekt för stunden men är inte beroendeframkal-

lande på samma sätt som t ex bensodiazepiner. Dessa medel kan vara en god ersättning för bensodiazepiner, men brukar inte ge lika genomgripande förbättring som antidepressiva medel. Även dessa medel kan ge trötthet och dåsighet som biverkan. Vissa av dem kan framkalla krypningar i benen och en obehaglig känsla av att man inte kan vara stilla. Å andra sidan har flera en god effekt mot illamående. I många fall kan dessa medel också vara utmärkta som sömnmedel, särskilt om man dessutom behandlas med antidepressiva medel. Vad gäller valeriana och andra örtmedel beskrivs de närmare senare (sidan 57).

#### MEDEL SOM BARA PÅVERKAR KROPPSLIGA SYMPTOM

Vissa ångestsymptom, framför allt hjärtklappning och skakningar, kan dämpas med en typ av läkemedel som kallas *betablockerare* ( $\beta$ -blockare). Dessa medel har använts sedan 60-talet, framför allt mot högt blodtryck. Propranolol är mycket välbeprövat mot ”rampfeber”, d v s de särskilda ångestsymptom som förstör nöjet att framträda för så många, även för framstående artister.  $\beta$ -blockare har egentligen ingen direkt effekt mot själva rädslan eller den mentala ångesten, däremot pålitlig effekt mot några av de ångestsymptom som brukar vara särskilt besvärande när man står i fokus för uppmärksamheten. När man väl har prövat att detta läkemedel verkligen minskar den situationsframkallade hjärtrusningen och darrhäntheten, känns situationen i fortsättningen betydligt tryggare och själva rädslan för en viss situation kan minimeras.  $\beta$ -blockare skall användas med stor försiktighet

om man har astma, och kan hos känsliga personer även vid tillfälligt bruk framkalla mardrömmar och andra sömnstörningar, framför allt om man tar högre doser på kvällen. Dagligt bruk bör dessutom undvikas av personer med paniksyndrom, eftersom betablockare ibland kan bidra till uppkomsten av depression.

### **SEROTONINFÖRSTÄRKANDE MEDEL (LÅNGSIKTIGT VERKANDE)**

En stor landvinning vid de senaste 15 årens forskning kring räds- la och ångest är, att man kommit fram till att signalsubstansen serotonin har en avgörande betydelse när det gäller att reglera ångestmekanismer. Den viktigaste pusselbiten som ledde forskarna till denna slutsats var, att man kunnat visa att så gott som alla läkemedel som ger en långsiktig förbättring av olika ångestillstånd på ett eller annat sätt stabiliserar och/eller förstärker serotoninmekanismer i hjärnan. De flesta av dessa medel används också för att behandla depressioner, men det är klart visat att de kan hjälpa mot paniksyndrom och andra ångestillstånd även om personen inte alls är deprimerad. Serotonin har beskrivits som ”en termostat för känslolivet”, och när serotoninförstärkningen fungerar som det är tänkt, ger den förutom lägre ångestnivå även en minskning av nedstämdhet, tvångsmässighet, irritabilitet och aggressivitet. Det finns flera olika typer av serotoninförstärkan- de/antidepressiva medel. Gemensamt är att det tar minst två veckor innan serotoninförstärkningen blir tydlig.

### Serotoninåterupptagshämmare

Substans	Varumärken	Rekommenderad dos vid paniksyndrom
----------	------------	------------------------------------

*SSRI (selektiva (renodlade) serotoninåterupptagshämmare)*

citalopram	Cipramil, Citalopram, Desital	20-60 mg/dygn
escitalopram	Cipralext	10-20 mg/dygn
fluvoxamin	Fevarin	100-300 mg/dygn
paroxetin	Euplix, Paroxetin, Seroxat	40-60 mg/dygn
sertralin	Zoloft	50-200 mg/dygn
fluoxetin	Fluoxetin, Fluxantin, Fontex, Seroscand	20 mg/dygn?

*Serotoninåterupptagshämmare som dessutom har andra effekter*

klomipramin	se nästa ruta "Tricykliska antidepressiva"	
venlafaxin	Efexor, Efexor depot	75 mg/dygn?

*Örtmediciner med i viss mån liknande egenskaper*

johannesört	Calmigen, Esbericum, Hypermin, Libramin, Movina, Neurokan	??/dygn
-------------	---	---------

SSRI (SELEKTIVA SEROTONINÅTERUPPTAGSHÄMMARE  
(REUPTAKE INHIBITORS))

Dessa är den helt dominerande gruppen antidepressiva medel idag, och utgör en hörnpelare även när det gäller läkemedelsbehandling av ångest. De verkar serotoninförstärkande genom att förhindra att serotonin transporteras bort (återupptas) från de kopplingar (synapser) mellan nervceller där serotonin utövar sin effekt. Därigenom sker på sikt en viss förstärkning, men framför allt stabilisering av de serotoninproducerande cellernas aktivitet. På grund av verkningsmekanismen tar det några veckor innan effekten kommer vid ångest. Dessa medel har alla visat god effekt

mot flera olika former av ångesttillstånd, flera även i långtidsbehandling, och vissa hävdar att de är väl så effektiva mot ångest som mot depression. Det kan därför verka något förvirrande att de betecknas som "antidepressiva" medel, de skulle lika gärna kunna kallas "antipaniciska", "antifobiska" eller "antiobsessiva" (medel mot panik, fobier eller tvångstankar/tvångshandlingar) eller rentav antineurotiska medel.

Sex olika substanser räknas till SSRI-gruppen (varav en är mindre väl utprovad vid paniksyndrom). Det finns gradskillnader när det gäller olika egenskaper hos dessa medel, men överlag är likheterna större än skillnaderna. Än så länge finns inga säkra belägg för att något av de utprovade medlen skulle vara bättre eller sämre än de andra. Ytterligare två substanser har samma sorts serotonineffekt, men dessutom andra effekter som kan bidra ytterligare till både effekter och biverkningar. Örtmedicinen johannesört har också visats ha en viss serotoninåterupptagshämmande effekt som en av många egenskaper.

Hur SSRI används vid paniksyndrom beskrivs mer i detalj senare (sidan 59).

#### TRICYKLISKA ANTIDEPRESSIVA MEDEL (TCA)

Det finns fortfarande anledning att i vissa fall använda denna äldre typ av antidepressiva medel, som har effekt på många andra substanser i hjärnan utöver serotonin, bl a noradrenalin. Imipramin är det mest utprovade av alla medel i amerikansk panikforskning, medan *klomipramin* har varit mycket använt i Europa sedan 1970-

### Tricykliska antidepressiva medel vid paniksyndrom

Substans	Varumärken	Rekommenderad dos vid paniksyndrom
imipramin	Tofranil	150-300 mg/dygn
klomipramin	Anafranil, Anafranil Retard Klomipramin NM Pharma	25-150 mg/dygn
lofepramin	Tymelyt	105-210 mg/dygn

talet. Klomipramin skiljer sig från andra tricykliska medel just genom att det i hög grad har samma sorts serotonineffekt som SSRI och har visats vara ännu effektivare än imipramin mot paniksyndrom. Därför används imipramin sällan i Sverige. För rätt valda patienter kan klomipramin faktiskt vara överlägset effektivt även jämfört med de nyare SSRI-preparaten. Klomipramin har dock en klart högre risk för en rad biverkningar, t ex muntorrhet (med kariesrisk), förstoppning och viktuppgång, varför det brukar reserveras för de patienter som inte får effekt av de nyare medlen. Vissa får dock effekt av klomipramin i mycket låga doser som inte brukar ge besvärande biverkningar.

### ÖVRIGA ANTIDEPRESSIVA MEDEL

En rad andra medel mot depression prövas då och då vid panikbehandling. Inget av dem har dock utprovats lika väl som de olika SSRI och TCA som nämnts. Även dessa medel har effekt på serotonin, men via helt andra mekanismer. Hit hör mianserin (Mianserin, Tolvon®) och mirtazapin (Remeron®) samt moklobemid (Aurorix®). Det verkar som om vissa patienter kan få effekt av

dessa medel, åtminstone på kort sikt, men det är oklart hur länge behandlingen kan fortsätta med god effekt. Venlafaxin (Efexor<sup>®</sup>, Efexor<sup>®</sup> depot) har däremot effekter som i hög grad liknar SSRI och klomipramin. Venlafaxin har visat god effekt vid generaliserat ångestsyndrom (patienten har allmän förhöjd oro/ångestnivå, utan att drabbas av återkommande panikattacker), men det är ännu otillräckligt dokumenterat för behandling av paniksyndrom.

BUSPIRON (BUSPAR<sup>®</sup>, BUSPIRON)

Detta medel kan användas mot generaliserat ångestsyndrom (se ovan). Egenskaperna är i viss mån lika SSRI-preparaten, det verkar på serotoninsystemet, men via andra mekanismer, vilket gör att effekter och biverkningar blir något annorlunda. Liksom SSRI har det inte heller någon direkt insättande effekt, utan resultatet kan bedömas först efter några veckors behandling. En nackdel är att det behöver tas 2-3 gånger/dag. Det är väl visat att enbart buspiron inte har effekt vid paniksyndrom, men det händer att det används i kombination med SSRI-preparat för att förstärka effekten mot ångest och/eller för att motverka sexuella biverkningar.

KAN MAN BEHANDLA PANIKSYNDROM MED ÖRTMEDICINER?

Johannesört (*Hypericum perforatum*) har en mekanism som liknar serotoninåterupptagshämmarnas. Dessutom tillkommer flera andra effekter. Att johannesört kan vara bra mot milda till måttliga depressioner står klart, men effekten tycks vara svagare än

SSRI vid paniksyndrom. Det har hittills inte visats i någon kontrollerad prövning (jämfört med placebo) att johannesört skulle ha effekt vid ångestillstånd, och det kan därför inte rekommenderas om rädsla/ångest är huvudproblemet. Om det ändå prövas får man räkna med att effekten låter vänta på sig på liknande sätt som med SSRI-preparaten. Det är ett misstag att tro att johannesört skulle ha en direkt lugnande effekt – det bör inte tas till natten, eftersom det ibland (liksom många antidepressiva medel) kan ge sömnstörningar som biverkan.

Det finns några andra örtmediciner som har en mera direkt verkan mot oro och ångest. Hit hör framför allt vänderot (*Valeriana officinalis*), men även citronmeliss (*Melissa officinalis*), hagtorn (*Crataegus oxyacantha*), humle (*Humulus lupulus*), kamomill (*Matricaria recutita*) och passionsblomma (*Passiflora incarnata*). Dessa örtmediciner är mildt rogivande för stunden och liknar i det avseendet bensodiazepinerna eller antihistaminerna. De kan således användas som tillfälligt lugnande eller som insomningsmedel, men har betydligt svagare effekt än bensodiazepinerna. Problem med beroende av dessa örter har ej rapporterats, men beroende och missbruk har däremot förekommit med en mera exotisk växt, kava eller kava-kava (*Piper methysticum*), som tycks ha en mera kraftfull både ångestdämpande och hämningslösande effekt.

## Hur går det till i praktiken när paniksyndrom behandlas med SSRI?



### **DEN FÖRSTA TIDEN**

Förutsättningen för behandling är att läkare och patient har klart för sig vilket problem som skall behandlas. En allmänt förhöjd ångestnivå, tendens att alltför lätt få panikattacker med tillhörande kroppsliga symptom samt fobier för olika situationer där patienten tror att paniken kan uppstå, är typiska ”måltavlor” för en SSRI-behandling. Syftet är att normalisera de olika symptomen, vilket givetvis inte sker i en handvändning. Den positiva effekten kommer i regel inte förrän tidigast efter ett par veckors behandling. Bi-

verkningar kan dock komma redan från början. Dessutom är det inte helt ovanligt att ångesten övergående förvärras i början av behandlingen. Den första tiden kan alltså kännas som en provotid att gå igenom eller en investering som görs för att så småningom få nytta av behandlingen. För den som redan har hög ångestnivå och skall börja en behandling kan det kännas svårt att tänka sig att kanske bli försämrad. De allra flesta slipper dock en sådan försämring och för dem som drabbas är det viktigt att känna till att det inte alls är ett tecken på att behandlingen skulle vara fel. De som försämras i början blir på sikt minst lika förbättrade som andra, bara de fortsätter att ta läkemedlet. Biverkningar som ofta kommer i början av behandlingen är framför allt illamående och nedsatt aptit, men även muskelspänningar, sömnsvårigheter, huvudvärk och yrsel kan förekomma. Dessa biverkningar brukar avta snabbt under fortsatt behandling och är i regel över inom två veckor.

Vissa med panikattacker är rädda för allt som kan tänkas påverka hjärnan. Läkemedel som skall ta sig in i hjärnan och utöva sin effekt just där känns som en svår utmaning. Det är då viktigt att själv tänka igenom vad man har att vinna på att pröva medicinen och väga mot de risker man tar. Man bör också tänka på vad man riskerar om man inte prövar läkemedlet.

### **UNDERHÅLLSBEHANDLING**

När läkaren har ställt in en dos som ger tillräcklig effekt men ändå inte besvärande biverkningar, fortsätter man med denna dos i minst tre månader. Läkemedelsbehandlingen kan jämföras med en flytväst när man lär sig simma. Den kommer att göra det lättare att utsätta

sig för sådant som tidigare undvikits. Det är viktigt att utnyttja denna ”flythjälp” för att återta kontrollen över livet. När man sedan börjar känna sig så trygg att man faktiskt klarar av sådant som tidigare var ångestfyllt, kan det visa sig att ”flytvästen” inte är lika viktig längre. De landvinningar som gjorts under läkemedelsbehandlingen kan ofta kvarstå även efter avslutad behandling.

### **BIVERKNINGAR**

SSRI-preparaten har använts i stor omfattning av många miljoner patienter sedan andra hälften av 1980-talet. Vi vet idag att det är trygga preparat när det gäller biverkningar, d v s allvarliga biverkningar är utomordentligt sällsynta. Å andra sidan vet vi också att patienter med ångesttillstånd är mer oroliga för biverkningar än genomsnittet, och denna oro kan bidra till att det uppstår kroppsliga problem som tolkas som biverkningar. När man upplever något som man tror kan vara en biverkan av läkemedlet, är det alltså värt att fundera över om det egentligen kan vara ett lindrigt ångestsymptom som dykt upp. Det finns några lätta biverkningar som är relativt vanliga och som det därför är bra att känna till. Dessa är ökade svettningar, huvudvärk, lös avföring, minskad sexuell lust, fördröjd eller utebliven orgasm, minskad förmåga att gråta, tendens till gäspningar. Vakenhet och sömn kan också påverkas: morgontrötthet och allmän trötthet, men även allmänt ökad vakenhet och nattligt uppvaknande förekommer. Det finns en del knep för att komma till rätta med vissa av dessa biverkningar, men i de flesta fall är de så beskedliga att det inte motiverar t ex ett insät-

tande av andra läkemedel. Som alltid måste nyttan av behandlingen vägas mot svårigheten hos biverknings symptomen.

### **VIKTFÖRÄNDRINGAR?**

Ångest påverkar hela kroppen. När man är ängslig går hjärtat extra snabbt, andningen är snabbare, musklerna är på spänn och även hjärnan förbrukar mer energi. Detta kan vara en förklaring till att många människor med ångestproblem är påtagligt magra, ångesten förbrukar helt enkelt kalorier. När ångesten minskar finns därför bara av denna anledning risk för viktuppgång. För att slippa detta kan näringsintaget antingen minskas med lika många ”kalorier” som ångesten förbrukade eller motionerandet kan öka så att motsvarande energimängd förbrukas. I annat fall kommer man att drabbas av en viss viktuppgång. För de flesta blir det inte mer än ett par kilo.

### **BEROENDE?**

Eftersom många äldre läkemedel som använts vid ångestbehandling (t ex Valium® och Sobril®) är beroendeframkallande och kan leda till missbruk, har många varit oroliga för att även SSRI skulle medföra sådana problem. Så är det inte. När man påbörjar och även när man avslutar en SSRI-behandling behöver nervsystemet 1-2 veckor för att ställa om sig till serotoninets nya funktionsnivå. Därför uppstår ibland vissa symptom när man slutar ta ett SSRI-medel, så kallat utsättnings symptom. (Ökad ångest under behandlingens första vecka beror troligen på en liknande process fast i motsatt riktning.) De vanligaste utsättnings symptomen när man avslutar behandlingen är

yrsel, ostadighetskänsla, illamående, koncentrationssvårigheter och irritabilitet. Mera sällan beskrivs myrkrypningar eller en känsla som av elektriska stötar i kroppen, t ex när man vrider huvudet åt sidan. Det är ovanligt att sådana besvär blir svåra, de går nästan alltid över på 1-2 veckor och de är helt ofarliga. Ett sätt att slippa ifrån dem är att trappa ner SSRI-dosen gradvis, förslagsvis med 1/4 av dosen per vecka, eller i vissa fall ännu långsammare. Att kroppen behöver ställa om sig efter en läkemedelsbehandling är vanligt, och förekommer t ex både med blodtryckssänkande medel och medel mot magsår. Detta fenomen är viktigt att skilja från psykologiskt beroende av t ex alkohol eller cigaretter, som inger ett så starkt sug att man tar drogen även om man vet att man inte borde. SSRI ger inget sådant "drogsug" eller psykologiskt beroende. Snarare brukar de flesta ha svårt att komma ihåg att ta sin SSRI-behandling.

En helt annan sak är att de ångestbesvär man hade innan behandlingen kan återkomma när behandlingen avslutas. Det vanligaste är att det dröjer flera månader innan detta i så fall sker, och då vet man ju ganska säkert att läkemedlet hade effekt. Om detta händer bör man rådgöra med sin läkare om behandlingen bör återupptas eller inte.

### **GRAVIDITET**

Helst bör inte några mediciner alls användas under graviditet. För vissa kvinnor är emellertid en graviditet omöjlig att genomgå utan effektiv läkemedelsbehandling mot ångest. I de undersökningar som har gjorts av barn till mödrar som behandlats med SSRI eller

klomipramin under graviditeten, har man inte kunnat visa någon ökad risk för missbildningar eller andra fosterskador. Rådgör dock alltid med din läkare när det gäller graviditet och amning i samband med dessa läkemedel.

### **HUR LÄNGE SKALL MAN HÅLLA PÅ?**

När en god effekt uppnåtts tycker många att de mår så bra att de inte behöver medicin längre. Ibland kan det vara så, men risken är stor att symptomen visar sig på nytt om behandlingen avslutas för tidigt. Behandlingen bör fortsätta så länge att man hunnit komma över de anpassningar som man av rädslan och ångesten tvingats till. När fobierna har övervunnits och man vant sig vid att leva ett normalt liv är chansen mycket större att medicinbehandlingen kan avslutas och att man i fortsättningen mår bra. I praktiken är det ofta rimligt att räkna med minst ett års behandling. När en långsiktig medicinbehandling skall avslutas är det dock viktigt att den planeras noggrant. De som t ex brukar må sämre på vintern bör inte avsluta behandlingen på hösten utan hellre på våren. Läke-medelsdosen bör minskas gradvis och långsamt, så att patienten på varje dosnivå hinner märka om några symptom kommer tillbaka. Det finns ingen anledning att oroa sig om vissa ångestsymptom skulle dyka upp under nedtrappningen. Nu är nämligen ett utmärkt tillfälle att träna sig i att själv bemästra ångesten, t ex genom den på sidan 66 beskrivna 4-stegsmodellen. Ofta kan man med sådan träning gradvis minska medicineffekten och samtidigt bygga upp sin förmåga att klara ångestkontrollen själv.

## Terapimetod för självhjälp – handledning

Flera olika enkla metoder har presenterats för beteendeterapi eller kognitiv terapi på egen hand. Personer med paniksyndrom har också behandlats med hjälp av datoriserade system via Internet eller knapptelefoner. Bra böcker med självhjälpsinstruktioner återfinns i faktarutan. Här följer en bearbetad kortversion av en enkel metod för självbehandling. Fyrstegsmodellen (*cognitive bio-behavioral therapy*) utarbetades av Dr Jeffrey Schwartz (University of California, Los Angeles) som en metod att behandla tvångs- syndrom. Den har givit goda resultat och varit lätt att använda i självbehandling och har nu tillämpats på paniksyndrom och även där givit lovande resultat.

### **Böcker om paniksyndrom och/eller annan rädsla med mer kunskap och bra tips för självbehandling**

#### *På svenska*

- Vanna Beckman: Medicin mot ångest och förtvivlan. Bonnier Alba/Månpocket 1994.
- Susanne Bejerot: Vem var det du sa var normal? Psykiatri och rim. Cura 1998.
- Ben Furman: Fjärilar i magen. Behandlingsmetoder vid rädsla, panik och andra ångesttillstånd. Natur och Kultur 2002.
- Kerstin Hellström, Åsa Hanell: Fobier. Prisma 2000, Pan 2002.
- Anna Kåver: Social fobi, att känna sig granskad och bortgjord. Cura 1999.
- Arne Öhman: Rädsla, ångest, fobi. Forskningens frontlinjer. Scandinavian University Press/ Universitetsforlaget AS 1994.

#### *På engelska*

- Isaac Marks: Living with Fear. McGraw-Hill Publishing Company 2001.
- Claire Weekes: Self Help for Your Nerves. HarperCollins 2000.
- Claire Weekes: Essential Help for Your Nerves. HarperCollins 2000.

**FYRSTEGSMODELLEN FÖR PANIKBEHANDLING**  
**(J SCHWARTZ, BEARBETAD AV M HUMBLE)**

1. *Byt benämning (Relabel)*

Första steget är att alltid identifiera och göra dig noga medveten om vad i dina upplevelser och reaktioner som utgör ett led i paniksyndromet. Varje gång du blir rädd och upplever ångest (utan att det finns rimlig yttre anledning) skall du göra klart för dig själv att detta är en panikattack (eller någon annan rädsla som har med ditt paniksyndrom att göra) och inget annat: ”*Detta är inte mitt verkliga jag, det är mitt paniksyndrom*”. Du vet ju att detta har inträffat på liknande sätt många gånger tidigare, du har överlevt varje gång hittills och det har inte inträffat något allvarligt med dig eller din hälsa.

Du skall alltså träna på att känna igen alla olika sätt som ditt paniksyndrom yttrar sig på. Panikattacken kan verka lätt att känna igen, men nu skall du, varje gång den dyker upp, med koncentrerad beslutsamhet övertyga dig att detta är en av dina panikattacker, inget annat. Samma sak gäller förväntningsoron eller det fobiska undvikandet. Är du tveksam var gränsen går kan du rådfråga din behandlare, men en grundregel är att när du själv misstänker att någon reaktion är en yttring av paniksyndromet så stämmer det alltid. Fortsätt att träna tills du känner att du vet var gränsen går mellan panikytringarna och ditt förnuftiga tänkande. I och med att du lärt dig att identifiera varje gång du får en panikytring och benämner den paniksyndrom (panikattack, förväntningsoro,

agorafobi etc), inte ditt egentliga jag, så är du färdig att ta andra steget.

## 2. *Byt förklaring (Reattribute)*

Andra steget är att göra klart för dig varför du får dessa panikattacker eller andra yttringar av paniksyndromet. Dessa reaktioner är falska budskap som kommer från din hjärnas överkänsliga panikcentrum. Paniken kan möjligen ha varit av värde när människor levde under helt andra förhållanden än våra. I dagens samhälle är dina panikattacker en onödig och felriktad reaktion som inte betyder något. Det finns ingen anledning att bry dig om reaktionen.

Eftersom det ingår som ett inbyggt budskap i paniksyndromet att det som händer är så farligt att det måste undvikas till varje pris, är detta steg mycket svårt. Du måste träna länge för att kunna erkänna att det är ett falskt budskap, intala dig att det inte gäller och bestämma dig för att det helt enkelt är ett ”hjärnspöke”.

När du kan känna dig säker på att panikattacken är ett falskt budskap som du med gott samvete kan bortse ifrån är du färdig att ta tredje steget.

## 3. *Byt inriktning (Refocus)*

Om du har klarat de två första stegen är du mogen att gå vidare med tredje steget. Här gäller det att inrikta din uppmärksamhet på något annat, trevligare och vettigare än panikattacker.

en. Det kan du göra om du har lärt dig att identifiera panikat-tacken som ett falskt budskap från din hjärnas överkänsliga panikcentrum som du kan bortse ifrån.

I förväg, när du inte har pågående panik, är det lätt att komma på något som du skulle kunna ägna dig åt i stället för att ge efter för panikreaktionerna. Svårigheten är bara att komma på det även just då paniken dyker upp. Om du står i en kö i livs-medelsaffären kan du t ex börja gå igenom steg för steg hur middagsmaten skall lagas till. Om du sitter på en buss eller i tunnelbanan kan du börja fantisera om dina medpassagerare, t ex gissa vad de har för yrke eller deras ålder.

Så snart som du regelmässigt kan nonchalera din panikattack och ägna dig åt något annat, är du färdig med tredje steget och därmed kan det fjärde att påbörjas.

#### 4. *Omvärdera (Revalue)*

I och med att du har klarat de första tre stegen kommer det avslutande steget att utvecklas av sig självt. Ju fler gånger du har identifierat paniken som något du kan nonchalera och lyckats med att inrikta dig på något annat, desto mindre betydelse kommer paniksymptomen att få.

Din hjärnas överkänsliga panikcentrum kommer att ”lära sig” att det faktiskt inte händer något farligt, även om du nonchalerar paniken. Ditt panikcentrum kommer då att minska sin överkänslighet och panikreaktionerna kommer inte lika lätt. Deras intensitet kommer också att avta och du kommer att

märka att du inte alls behöver bry dig om paniken längre. Nu har du lärt dig att vara självständig i förhållande till dina paniksymptom, du har lärt dig att omvärdera dem och behärska dem, istället för att låta dig behärskas av dem. Om det skulle komma nya attacker så spelar det faktiskt ingen roll eftersom du ändå inte låter dig påverkas av dem.

I början av denna behandling är det klokt att förbereda dig i situationer där du tror att attackerna kan komma. Du kan då repetera de första stegen för dig själv, så att de finns till hands i medvetandet i fall de skulle behövas.

Alla steg i 4-stegsmetoden måste göras med en klar mental närvaro, det fungerar inte att ”slarva igenom” tankeprocesserna. Man skall se till att tankeförmågan koncentreras på det aktuella steget med en intensiv medvetenhet.

#### **FOBIBEHANDLING ENLIGT FYRSTEGSMODELLEN**

När du utsätter dig för situationer som du helst vill undvika (fobisituationer), är det viktigt att du gör det på ett genomtänkt sätt. Det är lämpligt att börja med enklare situationer som inte känns så svåra. När du klarat dem kan du ge dig in på det som känns litet svårare. Gör dig först medveten om att det är din agorafobi som gör att du vill undvika situationen (steg 1), därefter klargör du för dig själv att den rädsla du upplever bara beror på ett falskt budskap från din hjärnas ångestcentrum, något som du inte behöver bry dig om (steg 2). Sedan kan du koncentrera dig på något annat

än det du är rädd för eller din ångest, t ex planera kvällen (steg 3). Här är det viktigt att du inte ger efter om du skulle uppleva att rädslan bryter igenom och ångesten känns för stark. Den situation du utsatt dig för är inte farligare för att din ångest känns värre. Du har bestämt i förväg att detta är något som du skall klara att utsätta dig för. Låt inte rädslan och ångesten ta över utan bestäm själv. Stanna i situationen tills ångestsymptomen har lagt sig. Då har du bevisat för ditt ångestcentrum att situationen inte var farlig, då kommer det att bli lättare nästa gång du hamnar i samma situation. När du på detta sätt går igenom allt ”svårare” situationer, kommer du så småningom att klara även det som från början kändes mest otänkbart (steg 4).

## Skattningsformulär för att bedöma sina framsteg

Under behandling av paniksyndrom är det givetvis viktigt att ta reda på om man blir bättre eller inte. Om en förbättring inte sker inom rimlig tid, bör läkaren undersöka om behandlingen behöver ändra inriktning eller göras effektivare. Man tycker att det borde vara lätt att märka en förbättring, men när tankarna är upptagna av rädsla och ångest, och stämningsläget är hämmat av depression, kan det vara svårt att se nyanser i svårigheterna. Många patienter med ångest och depression är så upptagna av hur de mår för stunden att det blir svårt att se hur tillståndet förändrats på sikt. Många som har blivit bättre vill dessutom helst glömma problemen fullt ut (vilket i och för sig är förstaeligt). Den som behandlar är i regel inriktad på de mest iögonenfallande symptomen, och det kan då vara svårt att också hinna gå igenom hela situationen och kartlägga olika saker som kan ha förbättrats eller försämrats.

För att råda bot på dessa problem har särskilda frågeformulär, *skattningsskalor*, konstruerats. Dessa underlättar kartläggningen av symptomen och gradering av svårighetsgraden. På så sätt räknas en poängsumma fram för att gradera det aktuella tillståndet. Sedan upprepas poängskattningen vid senare tillfällen och man kan lätt se hur poängsumman ändras och få en säkrare uppfattning om behandlingens resultat. Här följer ett lättanvänt formulär för självskattning av paniksyndrom i dagboksform, Panikkalendern DaND. Det kan lämpligen användas en vecka i början av behand-

lingen, för att få ett utgångsvärde, och sedan en vecka i taget med jämna mellanrum, t ex en vecka i månaden eller en vecka i kvartalet, för att följa förbättringen.

### **PANIKKALENDERN DaND**

Utarbetad av Mats Humble vid Ångestmottagningen, Danderyds Sjukhus och Psykiatriska sektorn Norra Dalarna, Mora Lasarett 1988-2001. Avsedd att användas av personer som har paniksyndrom med eller utan agorafobi.

#### ANVISNINGAR

Att uppskatta hur svårigheten av ett paniksyndrom förändras är inte helt lätt. Dels ändras panikattacker, fobier och andra symptom inte alltid i samma riktning. Dels kan allmänna ångestnivån ändras snabbt från dag till dag. Därför är det vettigare att utvärdera en hel vecka än att titta på enskilda dagar. Eftersom det är svårt att minnas en vecka tillbaka hur symptomen har varit, kan en kalender vara till nytta. I ångestkalendern införs dagligen hur mycket som förekommit av olika symptom, och efter en vecka räknar man ut en veckosumma. Låt gärna formuläret ligga på nattduksbordet. När Du har gått till sängs kan Du tänka igenom vad som har hänt under dagen. Försök också att minnas från natten innan, om Du t ex hade panikattacker då. Fyll sedan i uppgifter om dygnets ångest, medicinering och yttre omständigheter enligt följande anvisningar:

		Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7	Veckosumma Addera dag 1-7 (0-28)
A. Antal (0-4)	Panikattacker								
B. Svårighets- grad Graderas 0-4	1. Panik- attacker								
	2. Agorafobi								
	3. Sjukdoms- rädsla								
	4. Förväntnings- oro mm								
	5. Nedstämd- het								
Totalsumma: Summera veckosummorna för A och B 1-5. Kan variera mellan 0 och 168									
C. Läkemedels- intag Ange sort och styrka i första rutan. Därefter anges antal tabletter.	1. Långsiktigt verkande .....								
	2. Lugnande medel .....								
	3. Sömn- medel .....								
	4. Övriga Läkemedel .....								
D. Yttre omständig- heter Skriv in vad som hänt	1. Fri text								
	2. Fri text								
	3. Menstruation (kryssa blödningsdagar)								
Dagens datum:									

#### A. PANIKATTACKER: ANTAL

Här anger Du hur många gånger Du har fått attackvisa symptom senaste dygnet. Typiska symptom är plötsligt påkommande hjärtklappning, andnöd, yrsel, darrningar, svettningar och rädsla. Det viktigaste kännetecknet på panikattacker är tidsförloppet. En attack inleds med en relativt snabb stegring av obehagsupplevelsen, som inte säkert kunde förutsägas. Även attacker med relativt milda symptom skall räknas hit, om symptomen kommer attackvis och oväntat. På rad A anger Du bara antalet attacker, medan attackernas svårighet anges på rad B 1. Räkna alltså även lindriga attacker. För de dagar Du inte har haft någon attack, fyller Du i en nolla (0) i rutan. En etta (1) innebär att Du den dagen (eller natten innan) råkade ut för en attack vid ett tillfälle, och har Du t ex haft tre attacker under samma dygn skriver Du 3 i den dagens ruta. Om Du har haft fler än 4 attacker samma dygn, skriver Du ändå 4, så att siffrorna på A-raden varierar mellan 0 och 4.

#### B. SKATTNING AV SYMPTOMENS SVÅRIGHET: GRADERAS 0 - 4

- |   |
|---|
| <p>0 = inte alls, förekommer ej<br/>1 = litet grand, märkbart men ej besvärande<br/>2 = måttligt, framkallar en del besvär<br/>3 = ganska mycket, inskränker Din livsföring<br/>4 = väldigt mycket, svårt invalidiserande</p> |
|---|

Här följer exempel på vad graderingen motsvarar för de olika symptomen:

- B 1. *Panikattacker*: avser sådana symptomattacker som Du har noterat på rad A. Det viktiga kännetecknet är alltså tidsförloppet. Grad 1 motsvarar en attack med t ex litet hjärtklappning och lätt darrighet, som Du noterar men ej känner Dig besvärad av och som inte egentligen innebär någon panikkänsla. En attack med stark panikkänsla och minst 6 olika symptom bör graderas som 4. Om Du har flera olika attacker samma dygn, så anger Du den svåraste här på rad B 1. Om du inte haft någon attack (0 på A-radens) bör det också stå 0 på B 1-radens.
- B 2. *Agorafobi*: avser hur mycket Du undviker situationer där Du känner sig låst eller hjälplös, och hur mycket ångest Du får i/inför sådana situationer. Vanliga yttringar är att Du ogärna går ut på egen hand, att Du inte klarar att stå i kö i affärer, att Du inte vill åka tunnelbana, buss eller andra kollektiva färdmedel och att Du helst stannar hemma, i synnerhet om det finns någon trygg anhörig där. Grad 1 kan vara att Du får lindrig ångest i hissar och bussar/tunnelbanor, men uthärdar den utan egentliga problem. Att undvika en rad viktiga aktiviteter på grund av fobin och inte kunna ta sig hemifrån annat än med tryggt sällskap motsvarar grad 4.
- B 3. *Sjukdomsrädsla*: avser rädsla för att Du kan ha någon kroppslig sjukdom, som orsakar t ex andnöd eller feberkänsla. Grad 1 kan vara att Du ibland funderar på om det kan vara någon

annan förklaring till symptomen än ångest, men att Du lätt kan släppa detta. Grad 4 kan motsvaras av att Du känner Dig övertygad om att Du har en oundärlig kroppslig sjukdom, att Du så snart som möjligt vill ha en noggrann genomgång med blodprover och röntgen, och att Du har besökt läkare pga detta.

B 4. *Förväntningsoro och annan diffus ångest*: avser dels oro för att en attack skall komma (ångest för ångest), och dels annan ångest som inte kommer i plötsliga attacker och inte har med agorafobisituationer eller sjukdomsrädsla att göra. Det kan också föreligga kroppsliga ångestsymptom. Grad 1 kan vara att Du emellanåt bekymrar Dig för nästa panikattack eller känner Dig litet anspänd, utan att det ger något nämnvärt obehag. Om Du hela tiden går och oroar Dig för Dina panikupplevelser, så till den grad att Du knappt kan tänka på annat, är rastlös och lättirriterad, och ständigt har snabb puls och smärtsamt spända muskler, motsvarar detta grad 4.

B 5. *Nedstämdhet*: avser att Du känner Dig ”deppig”, håglös och dyster till sinnes. Grad 1 kan vara att Du tillfälligtvis känner Dig litet ”ur gängorna”, men utan att uppleva det som något att bekymra sig över. Grad 4 motsvaras av en oförmåga att glädjas, en stark känsla av hopplöshet, och en upplevelse av att livet inte är värt att leva längre.

C. LÄKEMEDELSINTAG, ANGES EXAKT FÖR VARJE DAG

Intag av läkemedel påverkar givetvis ångesten. Ångestnivån kan

också påverka hur mycket läkemedel Du tar. Bland annat därför är det värdefullt att hålla reda på hur mycket Du tar av olika läkemedel. Till vänster i formuläret anger Du vilka sorter och styrkor Du använder, i rutorna anger Du dagligt antal tabletter.

- C 1. *Långsiktigt verkande läkemedel:* t ex serotoninåterupptagshämmare eller tricykliska antidepressiva, hit räknas bl a Anafranil, Cipramil, Klomipramin, Seroxat och Zoloft.
- C 2. *Lugnande medel:* t ex bensodiazepiner eller antihistaminer, hit räknas bl a Alprazolam, Atarax, Diazepam, Lergigan, Oxascand, Sobril, Stesolid och Xanor.
- C 3. *Sömnmedel:* ange den sort Du använder till natten, även om den klassas som lugnande, hit räknas vanligtvis t ex Imovane, Nitrazepam, Propavan, Stilnoct och Zopiklon.
- C 4. *Övriga läkemedel:* t ex värktabletter, blodtrycksmedel etc.

#### D. YTTRE OMSTÄNDIGHETER

Eftersom yttre omständigheter, livshändelser och påfrestningar, men även sönmönster, matvanor och menstruationer påverkar Ditt ångestillstånd, vill vi att Du anger väsentliga förändringar i kalendern. Detta är svårt att sätta siffror på. Ange i stället med ord vad det gäller, t ex att sambon vill separera, att barnen fått urusla betyg, att Du själv har en envis förkylning, att en nära vän blivit allvarligt sjuk, att en släkting har dött, att Du råkat i onåd hos chefen eller gjort misslyckade börsaffärer. Om Du sovit för litet eller genomför en fasteperiod bör det också anges. Menstruationsdagar anges med kryss i sin egen rad.

### **SAMMANRÄKNING**

Fyll i dessa skattningar under 7 på varandra följande dagar, dvs en vecka. Addera veckans poäng för A- och B 1-5-raderna var för sig, så får Du en veckosumma som kan variera mellan 0 och 28. Sedan kan Du räkna ihop en totalsumma för veckan genom att addera dessa 6 radsummor. Totalsumman kan variera mellan 0 och 168. Totalsummor under 10 är tecken på att Du är i stort sett frisk. Från 30 och uppåt är tecken på aktiv paniksjukdom (såvida inte huvuddelen av poängen kommer från rad B 5). Den som lider av relativt svår agorafobi med panikattacker kan komma upp i 50 eller mer.

### **NÄR SKALL MAN SKATTA?**

Det är knappast meningsfullt att fylla i detta vecka efter vecka. Det är bättre att välja ut en vecka då och då, i början kanske en vecka per månad, därefter glesare. Om Du skall påbörja en ny behandling bör Du fylla i minst en veckas utgångsvärde innan Du startar. Nästa veckoskattning kan Du fylla i när det finns anledning att tro att behandlingen börjat få effekt.

### **VARFÖR SKALL MAN SKATTA?**

När man bedömer ett ångestillstånd är det viktigt att få en uppfattning om hur svårt tillståndet är och vilka delsymptom som är mest framträdande. Det kan avgöra hur behandlingen skall läggas upp. Under en pågående behandling är det viktigt att följa upp om den är effektiv eller inte. Panikkalendern DaND kommer att göra

det lättare att se vilka förändringar behandlingen medför, och vad som ytterligare kan behöva behandlas. Om Du är noggrann med skattningarna kan behandlingen alltså effektiviseras.