

Behandling av panikklidelse på en offentlig poliklinikk



Therese Brask- Rustad

Drammen psykiatriske senter, Sykehuset Buskerud HF

I den kliniske hverdag har pasienter med panikklidelse ofte også andre former for psykisk lidelse og store sosiale vansker. Effektiv behandling finnes, men hvordan tilpasse disse metodene til pasienter med sammensatte problemer?

Panikklidelse kjennetegnes av ubehagelig og kraftig angst i situasjoner som man i utgangspunktet ikke har opplevd som farlige. Typiske symptomer innebærer hjerteklapp, brystmerter, svimmelhet eller følelsen av å miste kontrollen over seg selv. Pasienten har ofte ikke noen klar opplevelse av angst eller stress i forkant og kan frykte at symptomene varsler alvorlig feil med kroppen, f.eks. hjertesvikt, eller at en er i ferd med å miste forstanden (WHO, 1992, s. 138–139). Panikklidelse kan ha et langvarig og invalidiserende forløp hvis pasienten ikke får adekvat behandling, og er forbundet med betydelige økonomiske belastninger for pasienten og samfunnet.

I det følgende vil jeg redegjøre for hvordan panikklidelse kan behandles med kognitiv terapi. Mitt spørsmål er hvordan tilpasse behandlingsmetoden til den kliniske hverdag der pasientene ofte presenterer svært sammensatte problemer.

Behandlingsmetoden har fått sterk empirisk støtte (Berge & Repål, 2004a, s. 41–42; Hoffart, 2001; Milrod & Busch, 1996; Statens helsetilsyn, 1999). Den vektlegger muligheten for at behandlingen kan skje på mest mulig tidseffektiv måte. Det gjør den attraktiv for offentlige poliklinikker som har stor pågang av pasienter. Prinsippene er lett forståelige og anvendelige både for terapeut og pasient.

Utvikling av panikklidelse

Det første panikkanfallet utløses ofte i forbindelse med en periode med større eller mindre belastende livshendelser og interpersonlige problemer. Ofte blir anfallene tolket som et uttrykk for somatisk eller psykisk sykdom.

Panikkanfallene kommer gjerne som følge av forhøyet stress eller angst med påfølgende aktivering av det autonome nervesystemet. Personer som har en medfødt biologisk tendens til å reagere med sterke autonome reaksjoner på stress, vil lettere kunne oppleve kraftige somatiske symptomer på angst.

Anfallene kan utløses i forbindelse med situasjoner som vekker ubehag eller ubevisst angst, ofte fordi de minner om situasjoner der man tidligere har hatt anfall. Panikkanfallene kan også bli utløst av indre stimuli, og vil da ofte bli opplevd som at de skjer uten forvarsel. Slike indre utløsere kan være tanker og mentale bilder som man er mer eller mindre bevisst om. De kan dessuten være normale kroppslige opplevelser som svimmelhet etter at man har reist seg fort opp, eller hjerteklapp etter å ha anstrengt seg. Andre utløsende stimuli er koffeinholdige drikker som øker blodtrykket, og autonome reaksjoner som følge av sinne eller opphisselse.

Problemene opprettholdes og forsterkes ved at pasientene knytter angst til spesielle kroppslige opplevelser, og derfor kontinuerlig sjekker etter i kroppen for slike symptomer. Dermed blir de oftere oppmerksomme på kroppslige opplevelser andre ikke ville lagt merke til, noe som øker sårbarheten for nye anfall (Clark, 1989, 1996).

Trygghetssøkende strategier

Problemerkene fører ofte til unngåelsesatferd som bidrar til å opprettholde troen på at symptomene er farlige. Pasienten konkluderer med at grunnen til at det gikk bra denne gangen, var at man unngikk eller flyktet unna situasjonen, eller at man foretok seg noe spesielt for å redusere faren. Den uhensiktsmessige eller feilaktige slutningen om fare blir dermed ikke realitetstestet og avkrefte (Clark, 1996; Salkovskis et al., 1999). Den trygghetssøkende atferden blir forsterket ved at den oppleves å føre til det ønskede resultat – reduksjon av symptomer og unngåelse av katastrofen.

Salkovskis (1996) deler trygghetssøkende strategier inn i tre hovedformer: Unngåelse av situasjoner som kan tenkes å utløse panikkanfall, flukt fra situasjoner etter at panikkanfallene har inntruffet, og trygghetssøkende atferd som utføres under panikkanfallet for å forhindre mulige katastrofer. Eksempler på det siste er å forsøke å kontrollere tankene for å forhindre et mentalt kollaps, forsøke å kontrollere pusten for å forhindre hjerteproblemer, eller holde seg fast i noe for å forhindre at man faller om.

Hovedprinsipper i terapien

Behandlingen hviler på prinsipper innen-for kognitiv terapi, men er spesielt tilpasset de kroppslige opplevelsene og symptomene på sterk angst (Clark, 1989, 1996, 1997, 1999; Salkovskis, 1996). Etter en grundig kartlegging utforskes og evalueres uhensiktsmessige tankemønstre. Eksponering for angstprovoserende stimuli, for eksempel kroppsfornemmelser som fryktes fordi de kan varsle et panikkanfall, benyttes ikke bare som ledd i en habitueringsprosess, men også som en måte å teste ut pasientens fryktsomme forventninger på.

Kartlegging

Det lønner seg å starte med en detaljert kartlegging av siste anfall, fordi det er det pasienten husker best, og de aller første anfallene, fordi de vanligvis er de mest opprivende og skremmende. Man retter oppmerksomheten mot kroppsfornemmelser, tanker, følelser, atferd, omgivelsenes reaksjoner og hvilke konsekvenser som fulgte av disse anfallene. Man finner så frem til typiske situasjoner der det er størst sannsynlighet for at panikkanfall inntreffer, og når det er minst sannsynlighet: Er det ytre fellestrekk ved situasjonene? Er det pasientens opplevelse og tolking av disse situasjonene som gjør at de blir særlig skremmende? Ofte er det ikke mulig å finne likhetstrekk ved de ytre omstendighetene. Dette fordi den økte autonome aktiviteten også kan være en følge av mentalt stress knyttet til negative tanker eller mentale forestillinger som er så flyktige at pasienten ikke husker dem i etterkant.

Parallelt kartlegges livsbelastninger rundt pasienten generelt, og man drøfter hvordan redusere eller mestre slike belastninger.

Atferdseksperimenter

Pasientens hypotese om at symptomene er indikasjoner på forestående katastrofe, utfordres ved hjelp av atferdseksperimenter. Man hjelper pasienten til å eksponere seg for symptomene, for slik å erfare hvordan de kan bli utløst aktivt og viljestyrt. Deretter kan man i fellesskap utforske sammenhengen mellom symptomer og katastrofetanker.

Ved å trene systematisk på å mestre angstprovoserende kroppslige stimuli, vil man kunne erfare at man på sikt blir mindre redd for disse opplevelsene og redusere troen på katastrofetolkningen. Treningen kan starte med de minst angstvekkende symptomene, og trappes gradvis opp i styrke og med mer angstvekkende symptomer etter hvert. Man oppfordrer for eksempel pasienten til å



snurre rundt til han/hun blir svimmel, eller til å utsette seg for en anstrengende fysisk aktivitet som gir økt puls, for å hjelpe pasienten til å bli fortrolig med vanlige autonome reaksjoner. Ved angst for hjertebank, kan man gå fra lettere til mer krevende fysisk trening. Ved å stramme musklene ved ribbena eller ved å fylle lungene med så mye luft man bare kan, kan man oppleve stramming eller smerter i brystet som man tidligere har knyttet til angst for hjerteinfarkt (for mer detaljerte treningsopplegg, se for eksempel Berge og Repål, 2004b, s. 168–174). Samtidig anbefales pasienten om å eksponere seg for typiske situasjoner der symptomene blir utløst, og å oppleve symptomene uten å gjøre noe for å fjerne dem gjennom trygghetssøkende atferd. Målet er at pasienten etter hvert får erfaring på at de ubehagelige og skremmende symptomene ikke er tegn på alvorlig somatisk lidelse eller galskap, men ufarlige og vanlige symptomer ved sterk angst. Et viktig budskap er at pasienten ved å akseptere angsten og la være å kjempe mot den, vil få kontroll over problemene.

I behandlingen kan det være nyttig å benytte et enkelt kartleggingsskjema, som gjerne utformes i samarbeid med pasienten. Pasienten fyller ut skjemaet mellom timene og kartlegger slik situasjonene, de første symptomene, de angstfylte tankene, følelsene, eventuelle trygghetssøkende strategier og konsekvenser. Dette øker pasientens evne til selv å se slike sammenhenger i hverdagen. Pasienten må også få opplæring i hvordan slike symptomer kan oppstå, hva som er normalt og harmløst å oppleve, og informasjon om kroppens naturlige alarmreaksjon, effekten av hyperventilering etc.

Kognitiv bearbeiding

For pasienter som har hatt panikklidelse over tid, eller som har en samtidig agorafobi, kan det være vanskelig å få tak i tankene eller de mentale bildene som kommer i forkant av anfallet. I slike tilfeller kan det være nyttig å spørre om hva som ville ha skjedd hvis pasienten ikke hadde klart å unnsnippe situasjonen, eller symptomene bare hadde blitt verre og verre. Hva er det aller verste som kan skje? Da kan det bli enklere å resonnerer seg frem til de underliggende antakelsene og hva som er det mest skremmende ved panikkanfallet og symptomene (Salkovskis & Clark, 1991).

Mange pasienter har skremmende mentale bilder, som pasienten selv ofte ikke er seg bevisst. For eksempel kan noen pasienter ha et forestillingsbilde av seg selv i en svært ydmykende situasjon, eller som døende på gaten som følge av hjerteinfarkt. Bildet er ofte «frosset i tid» ved det mest katastrofale øyeblikket. Man kan da hjelpe pasienten med å forestille seg hva som kan antas å skje videre. Hvis det ikke hjelper å lage en mer gunstig fortsettelse, kan det være verd å forsøke å endre forestillingen til noe mindre truende (Clark, 1997, s. 139). For å vurdere endring i pasientens opplevelse av fare i slike situasjoner, kan man sjekke ut hvor mye pasienten på en skala fra 0–100 %, tror på katastrofetankene før og etter introduksjon av alternative fortolkninger og atferdseksperimenter.

Egne kliniske erfaringer

I perioden 2000–2003 behandlet jeg 19 pasienter med panikklidelse. To var barn på 10 og 12 år. Flere hadde til dels alvorlig tilleggsproblemer. I tillegg kom seks pasienter som hadde sporadiske panikkanfall knyttet til psykose.

De fleste av pasientene fikk en relativt rask bedring av panikkanfallene. Anfallene kom sjeldnere, ble mildere og utgjorde totalt en mindre belastning i hverdagen. For fire av pasientene ble anfallene helt borte i løpet av få måneder. Dette var pasienter som initialt hadde trodd at symptomene hadde sammenheng med hjerteorganisk lidelse og som hadde fått til dels uklare og dermed skremmende svar fra legeundersøkelsene. For de fleste var imidlertid ikke problemene løst ved at panikkanfallene ble mildnet eller helt borte. Det var fortsatt mye gjenstående knyttet til mellommenneskelige konflikter og



problemer som forringet livskvaliteten. Det var særlig konflikter knyttet til nære relasjoner de hadde behov for å få hjelp med.



«Kari» hadde hatt flere brått innsettende anfall med sterke smerter i bryst og hjerteregion, og var redd for at hun hadde fått en alvorlig hjertelidelse. Hun hadde det første anfallet etter et brudd med mannen, noe som førte til at hun ble svært deprimert. Det hadde vært mye oppmerksomhet rundt sykdom i familien generelt i oppveksten. I voksen alder opplevde hun at noen hun kjente, døde brått av hjertesvikt. Hun satte ikke selv disse tidligere dramatiske opplevelsene i forbindelse med sin angst for at smertene kunne henge sammen med hjerteorganisk lidelse. Det var først under kartleggingen at dette kom frem. Kari hadde i tillegg vært under mye press på jobben. Anfallene sank dramatisk i både frekvens og styrke etter noen få samtaler der hovedmålet var å formidle informasjon. Da Kari fikk en alternativ forklaring på symptomene, opplevde hun selv dette som en mer troverdig forklaring. Det var dermed trolig den kognitive reformuleringen av anfallet som førte til symptomlette uten at det var nødvendig med eksponeringsbehandling.

«Fredrik» var redd for å få panikk mens han kjørte bil. Vi satte opp et angstmestringsprogram der vi kartla det minst og mest angstprovoserende ved det å kjøre bil. Parallelt jobbet vi med å kartlegge hvilke katastrofetanker som kom i situasjonene der angsten ble provosert. Vi la en plan for hvordan Fredrik skulle starte med det enkleste – bare sitte i bilen mens den sto stille, og kartlegge hva som skjedde i disse situasjonene først. Han skulle forbli i situasjonen til angsten var betydelig redusert, slik at han fikk erfaringer med at det gikk bra. Forventningsangsten gjorde at bare det å sette seg bak rattet førte til hyperventilering, svimmelhet, hjerteklapp og sterk trang til flukt. Vimåtte planlegge treningen nøye for å forhindre at han tydde til sine vanlige trygghetssøkende strategier, som unngåelse, det å ta med seg noen eller å flykte fra situasjonen. Vi satt opp delmål som han med stor sannsynlighet ville klare å gjennomføre med økende vanskelighetsgrad. Eksponeringen førte over tid til at angsten i situasjonene ble mindre. Samtidig la vi vekt på å utfordre katastrofetankene han hadde når han fikk symptomer, og diskuterte hvordan de kunne forklares ut fra situasjonelle betingelser og påfølgende angst. Sammen utfordret vi troen på at det var hjertet som var problemet når han fikk symptomer i forskjellige situasjoner, ikke bare i tilknytning til bilkjøring, men også mange sosiale situasjoner der han følte seg presset. Effekten av bilmestringsprogrammet ble overført til andre skremmende situasjoner slik at han fikk økt mestringstro generelt i hverdagen.

Sammensatte problemer

Både Kari og Fredrik ønsket primært å jobbe med sin panikklidelse. Selv om de hadde tilleggsplager, var det panikken som ble opplevd som det største problemet. Da denne ble lindret, var de fornøyd. For mange pasienter er behandlingen mer komplisert. Særlig pasienter med samtidige andre angstlidelser, depresjon eller personlighetsforstyrrelser, kan være mer tidkrevende å behandle (Alnæs & Torgersen, 1999). Kleiner og Marshall (1987) fant for eksempel at en del pasienter med samtidig agorafobi og panikklidelse, i utgangspunktet ofte var avhengige, sosialt engstelige og lite selvhevdende. Slike personlighetstrekk gjør det vanskeligere å takle interpersonlige problemer og konflikter. Brown og Barlow (1995) henviser til forskning som finner at et betydelig antall pasienter etter endt behandling er panikkfrie. Likevel er det ikke alle som rapporterer tilfredsstillende generell fungering etter

behandling. Symptomlette i seg selv førte ikke nødvendigvis til økt sosial tilpasning og livskvalitet. Følgende historie er et eksempel på det.



«Marie» slet med angst for ulike sykdommer, var svært deprimert og hadde kraftige panikkanfall som hemmet henne mye i hverdagen. Hun stilte høye krav til seg selv, og var nådeløs i sin selvkritikk når hun følte at hun ikke strakk til. Gang på gang kom hun til time og fortalte om nye anfall som kom helt brått på. Hun kunne ikke knytte anfallene til noen klar belastning eller til hvordan hun hadde det i hverdagen. Den eneste forklaringen hun hadde, var at det likevel måtte være noe galt med hjertet hennes som legene ikke hadde funnet ut av. I time etter time gikk vi igjennom anfallene, så på forhold i hverdagen og hennes måte å reagere på, og temaer hun tenkte på som skapte stress og engstelse. Via kognitive intervensjoner viste det seg alltid å være mulig å finne alternative forklaringer på anfallene, ved at vi kartla reaksjoner på belastninger hun i utgangspunktet trodde hun ikke hadde reagert på, eller mente hun ikke burde reagere på. Hun så etter hvert hvordan hun forlangte av seg selv at hun ikke skulle bekymre seg. Hun så også hvor store problemer hun hadde med å akseptere egne emosjonelle reaksjoner, da særlig knyttet til mellompersonlige forhold. Uten at vi gikk veien gjennom systematisk eksponering, men holdt oss til kognitiv terapi, ble hun stadig mer klar over hvordan hun reagerte kroppslig på angst og frustrasjon som hun ikke ville vedstå seg fordi hun mente dette var uttrykk for svakhet. Hun ble i økende grad bevisst forholdet mellom bekymring, stress og frustrasjon i hverdagen og kroppslige reaksjoner. Hun trodde mer og mer på den alternative forklaringen på anfallene. Etter hvert som hun også ble mer kjent med sine sårbare sider, kunne hun se hvordan hennes reaksjonsmåte og tankesett hang sammen med forhold knyttet til oppvekst og hennes måte å forholde seg til seg selv, sine følelser og andre mennesker på. Når anfallene avtok, ble hun mindre motløs, selvkritisk og deprimert. Hun så lettere sammenhenger som førte til kroppslig uro. Som følge av dette kom anfallene stadig sjeldnere, og hun fikk mindre angst for angsten. I ettertid er det vanskelig å si om det primært var endring i forståelse av symptomene eller om det var den endrete selvopplevelsen, som førte til bedring. Det er trolig mer fruktbart å forstå dette som gjensidig forsterkende prosesser i det terapeutiske samarbeidet.

Avslutning

Tsao, Mystkowski, Zucker og Craske (2002) presenterer undersøkelser som viser motstridende tendenser når det gjelder hvilken effekt komorbiditet har på utfallet av behandling av panikklidelse. I deres studie fant de imidlertid at kognitiv terapi hadde effekt både på panikklidelsen og komorbide tilstander som generalisert angstlidelse og depresjon. De antok at bedring av panikklidelsen kunne føre til økt optimisme og mindre belastninger og begrensninger i hverdagen, og slik redusere depresjon og motløshet. Men de peker også på muligheten for at ferdigheter som læres ved metoden, kan brukes på andre problemområder av pasienten i dennes hverdag, slik at pasienten opplever økt mestring. De mener derfor at dette øker modellens anvendbarhet også i den kliniske hverdagen der pasientene preges av høy grad av komorbiditet.

Wade, Treat og Stuart (1998) undersøkte overføring av nøye kontrollerte former for kognitiv terapi for panikklidelse til offentlige behandlingstilbud innen psykisk helse. De fant at gruppen som fullførte behandlingen i det offentlige hadde tilsvarende bedring sett i forhold til gruppen som ble behandlet i de kontrollerte studiene.

Min erfaring er at pasientene i den kliniske hverdagen ofte ikke bare er preget av høy komorbiditet, men også av vekslende motivasjon og mye sosiale problemer. Dette gjør at modellen for behandling av panikklidelse må tilpasses en ofte ustabil behandlingssituasjon. Ofte må man skifte

fokus underveis og jobbe med selvmordsproblematikk, interpersonlige konflikter, problemer i forhold til familie, skole eller jobb, eller andre akutte psykiske vansker som skaper problemer i hverdagen. Andre problemer kan til dels overskygge panikkilidelsen. Det må i blant gjøres så mangetilpasninger at det til slutt kan være usikkert om man i det hele følger modellen. Dette gjør at det blir mer usikkert hva som da blir de virksomme elementene i behandlingen.

Jeg opplever likevel at denne behandlingsmodellen har vært svært nyttig å støtte seg til. For mange av pasientene er panikkangsten et stadig tilbakevendende tema, og virksomme tiltak her bidrar ofte raskt til bedret livskvalitet. Modellen har vært viktig som et utgangspunkt for samarbeid med pasientene. Den virket oppklarende og avmystifiserende både når det gjaldt teorier om lidelsens opprinnelse og den påfølgende behandlingen.

Referanser

- Alnæs, R., & Torgersen, S. (1999). A 6 year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric out-patients: Development and continuity with personality traits as predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 409–416.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754–765.
- Berge, T., & Repål, A. (2004a). Den indre samtalen. *Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2004b). *Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (3. rev. utg.). Oslo: Aschehoug
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. I K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems; A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. I P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (ss. 318–344). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. I D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (ss. 119–154). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 39, S5–S27.
- Hoffart, A. (2001). Kognitiv og psykodynamisk terapi av panikkilidelse og agorafobi: En gjennomgang av empiriske studier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 540–549.
- Kleiner, L., & Marshall, (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorder*, 1, 313–323.
- Milrod, B., & Busch, F. (1996). Long-term outcome of panic disorder treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 723–730.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsession. I P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (ss. 48–74). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 5, 215–226.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559–574.

Statens helsetilsyn (1999). *Angstlidelser; Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*.

Utredningsserien 4:99. Oslo: Statens helsetilsyn.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493–509.

Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231–239.

World Health Organization (1999). ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

