



INFORMATION TILL PATIENTER OCH ANHÖRIGA
OM GENERALISERAD ÅNGEST



Vad är Generaliserad ångest?

Christer Allgulander
Docent, specialitälkare i allmän psykiatri

H. Lundbeck AB – CNS-företaget
Box 23, 250 53 Helsingborg • Telefon 042-25 43 00 • www.lundbeck.se

CIP 39/2007





Vad är Generaliserad ångest?

Christer Allgulander

Docent, specialistläkare i allmän psykiatri
Karolinska Institutet





Du har kanske fått denna broschyr av din läkare, en närstående eller hittat den i ett väntrum. Generaliserad ångest finns hos omkring 3 av 100 vuxna och dubbelt så ofta bland primärvårdens patienter. Om du är ängsligt lagd kan du här få mer kunskap om vad det kan medföra och vilka behandlingar som utprovats vetenskapligt.

Broschyren är skriven för att besvara de vanligaste frågorna inför en behandling för generaliserad ångest.

© H. Lundbeck AB och författaren

Utgivare: H. Lundbeck AB, Box 23, 250 53 Helsingborg

Produktion: Roccia AB

Tryck: Holmbergs i Malmö AB

Arbetsnr: CIP.39.2007

*H. Lundbeck AB ansvarar inte för innehållet i denna bok.
Åsikterna som framförs är författarens egna och behöver inte delas av företaget.*





Olle hade sökt flera läkare för sin stressmage. Han hade blivit ordentligt undersökt och nu visste han att det var oro som satte sig i mellangärdet, inget annat.

Sista tiden hade han emellertid mest varit spänd, i hela kroppen, och vaknat med "träningvärk" utan att vara utsövd. Tandläkaren hade funnit tandskador som berodde på att han gnisslade tänder nattetid, och han hade provat ut en bettskena. Han var så van själv, men familjen tyckte att han var jobbig som aldrig kunde koppla av. Ständig oro för att någon i familjen skulle råka ut för någonting; en sjukdom eller en olycka.

Trygghetsnarkoman, det var Olle det. Minsta osäkerhet och han började tänka på olyckor och risker.



Frågor & Svar...

1 Det känns bra att till sist få ett namn på mina besvär: *Generaliserat ångestsyndrom*. Min partner tycker att jag oroar mig hela tiden istället för att ta dagen som den kommer. Men hur ska man skilja denna diagnos från vardaglig oro, när man helt enkelt har en dålig dag?

Ängslan kan vi alla känna utan att det finns något egentligt hot eller någon risk, men vissa har lättare för att ängslas än andra. Det sammanhänger med en ökad känslighet i ett mandelstort organ i hjärnan som heter *amygdala*. Om man känner brandrök, hör tjutande bromsar eller en grupp hotfulla ungdomar närmar sig på perrongen är det amygdala som samordnar sinnesintrycken och ger upphov till rädsla. Det är alltså en viktig funktion för att kunna hantera en hotfull situation.

Forskning vid bland annat Uppsala universitet visar att vissa personer har överkänslig amygdala, som reagerar även på triviala sinnesintryck eller föreställningar. Denna överkänslighet skapar ett mentalt beredskapsläge med förhöjd vaksamhet rörande hot och risker. Reaktionsmönstret är medfött och har påvisats i vuxen ålder hos barn som var räddhågsna redan i 3–4 årsåldern. För vissa aktiveras amygdala av vardagliga sociala stimuli, vilket kan resultera i social ångest. För andra har amygdala en ökad reaktivitet avseende frågeställningar som rör hälsa, välfärd och säkerhet.



En annan typ av forskning inriktar sig på de signalämnena i hjärnan som reglerar hur vi mår. En otalig mängd av nervceller kommunicerar med varandra genom signalämnena som hämmar och stimulerar. Ett femtiotal sådana signalämnena har identifierats, och utbredningen av ett av dem kartlades vid Karolinska Institutet på 1960-talet: *serotonin*. Nobelpristagaren Arvid Carlsson la grunden för utvecklingen av läkemedel som specifikt påverkar omsättningen av serotonin.

Serotoninomsättningen i hjärnan styrs av en gen som kallas serotonintransportgenen. För att förstå betydelsen av denna gen gjordes en enastående studie av 847 barn på Nya Zeeland som följdes från födsel till 26 års ålder. Man kontrollerade deras uppväxtmiljö (välordnad, tveksam eller svår uppväxt) och deras genfunktion avseende serotonintransport. Det visade sig att bara de barn som hade en sämre medfödd genfunktion löpte en ökad risk att få depression före 26 års ålder, och att en svår uppväxt ökade denna risk ytterligare. Omvänt var barnen "skyddade" från att bli deprimerade även under svåra uppväxtförhållanden om de hade en bra genfunktion för serotonintransport i hjärnan.

Alltså har vi tack vare forskningen på 2000-talet en ganska bra förklaring till hur primär och invalidiserande ångslan och ångest uppkommer i hjärnan. Vid universitetet i Oxford har man nyligen visat att friska personers sätt att tolka ansiktsuttryck kan påverkas av läkemedel som påverkar serotoninomsättningen. De kunde snabbare och korrekt identifiera ansikten som uttryckte glädje, ilska eller förtvivlan, något som man anser har ett socialt värde.

Hjärnan är emellertid inte lätt att studera, och det finns idag inget vardagstest som kan visa att en viss patient har en störd serotonintransport. När vi ställer diagnoser förlitar vi oss på det som patienten berättar och på den kliniska, genetiska och epidemiologiska forskning som gjorts under de senaste trettio åren. Överdriven ångslan går ut över beslutsförmågan, över relationer, över arbetsförmågan och kan bidra till social isolering. Överdriven ångslan ökar påtagligt risken för att bli deprimerad, och det är frestande att ta till alkohol, som först lindrar och sedan förvärrar oron. När ångslan medför kroppsliga och sociala konsekvenser har vi grund för att ställa diagnosen generaliserat ångestsyndrom.

Hur vanlig är denna diagnos? I intervjuundersökningar i USA, Storbritannien, Tyskland och de nordiska länderna finner man likartade resultat; omkring tre procent av alla vuxna (tre per hundra) har i nuläget diagnosen. I en studie av det svenska tvillingregistret vid Karolinska Institutet fann man att tre procent av tvillingar i åldern 55–74 år hade diagnosen, och att en fjärdedel av risken att få diagnosen var medfödd. Troligen är detta underskattningar av den verkliga förekomsten av generaliserat ångestsyndrom på grund av mätfel (förnekanden, bortfall, felkällor m.m.).





Frågor & Svar...



2 **Många jag talat med skulle föredra psykoterapi framför piller om de mår dåligt. Hur kan man påstå att två så väsensskilda behandlingar fungerar?**

Genom tiderna har man tillämpat över 250 former av psykoterapi. Den mest kända formen är den psykodynamiska som grundas i Sigmund Freuds psykoanalytiska credo från 1923; att psyket består av tre strukturer: överjaget, jaget och detet. Detet representerar enligt Freud drifterna (sexualitet och aggression), jaget relationerna till omvärlden, och överjaget moralbegrepp och ideal. Freud beskrev såväl panikångest som ångslan och trodde att ångest har en biologisk nedärvd grund. Han menade att ångest uppkommer till följd av konflikter mellan jaget och detet. Genom att gå i psykoanalys eller insiktsterapi skulle man medvetandegöra konflikten och därmed kunna påverka sin ångest.

Den psykoanalytiska modellen ifrågasattes på allvar först i början av 1960-talet när en amerikansk psykiater, Donald F. Klein, visade att panikångest kan elimineras med ett läkemedel som påverkar signalämnena noradrenalin och serotonin i hjärnan. Ungefär samtidigt började en annan amerikansk psykiater, Aaron T. Beck, att försöka mäta effekter av psykodynamisk terapi. Han kunde visa att den verksamma komponenten bestod i att lära sig tänka mer adekvat; att öva in nya positiva tankebanor som inte resulterade i ångest och nedstämdhet. Detta kallas kognitiv terapi, vilken kan kombineras med träning i så kallad kognitiv beteendeterapi (KBT).



Donald Klein blev pappa till en helt ny diagnostik av ångestsyndrom 1980, då man först formulerade diagnosen generaliserat ångestsyndrom. Aaron Becks banbrytande arbete är idag grunden för evidensbaserad psykoterapi vid flera olika psykiska störningar. Han fick 2006 Albert Lasker-priset i klinisk forskning, kallat det amerikanska Nobelpriset.

För att veta om en behandling har effekt måste den ha prövats i flera vetenskapliga studier. Studieupplägget måste först godkännas av en forskningsetisk kommitté. Därefter informeras patienterna om vad ett deltagande innebär för att sedan kunna ge sitt medgivande. Patienterna lottas till antingen den behandling man vill studera, till en tidigare utprövad behandling eller till ingen behandling alls. Effekterna av behandlingen mäts med intervjuer eller självskattningar där man använder sig av vedertagna mätmetoder. För att matematiskt kunna bearbeta resultaten behövs ett tillräckligt antal patienter. Resultaten granskas sedan av andra forskare innan de publiceras.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillsatte en oberoende arbetsgrupp som granskade alla de behandlingar som prövats för ångestsyndrom. SBU publicerade denna omfattande rapport i oktober 2005. Då stod det klart att kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi ger mätbara effekter i behandlingen av ångestsyndrom, och att det inte finns motsvarande dokumentation för psykodynamisk terapi. Flera olika läkemedel har också dokumenterad effekt.

Kan det verkligen stämma, att man kan må bättre med antingen kognitiv terapi eller med läkemedel? Det finns studier som talar för att man påverkar hjärnans aktivitetsmönster med bådadera. Vid Uppsala universitet undersökte man blodflödet i hjärnan hos försökspersoner med social ångest. Blodflödet ändrades när flera personer kom in i rummet och tittade försökspersonen i ögonen; det "shuntades" från hjärnbarken till amygdalaområdet som uttryck för att amygdala aktiverades och vederbörande blev rädd. Efter behandling med antingen kognitiv terapi eller med ett serotoninpåverkande läkemedel uppstod ingen blodflödesförändring i experimentet, och inte heller någon rädsla.





Frågor & Svar...



3 Jag är rädd för dom här medicinerna; i medierna påstås att dom är beroendeframkallande och att jag kommer att bli personlighetsförändrad. Och vad ska omgivningen säga om dom får veta att jag tar medicin; att jag är koko!

Tyvärr framställs psykofarmaka vanligen negativt i medierna. Även om det blivit mer accepterat att behandlas med psykofarmaka numera uppfattas det som konstigt och onödigt av många. Vilken journalist eller förespråkare för olika naturmetoder skulle ifrågasätta insulinbehandling av sockersjuka eller blodtrycksmediciner vid för högt blodtryck?

Läkare som behandlar ångestfyllda patienter vet att de kan räkna med en förbättring hos tre av fyra patienter inom några veckor. När patienterna mår bättre beskriver de också att de kan prioritera och fatta bättre beslut, hantera risker, samarbeta och ta ansvar. Sammantaget fungerar de bättre och känner sig återställda i flertalet fall inom ett år.

Gatunarkomaner och alkoholberoende personer som eftersträvar eufori, berusning eller kick-effekter av droger har ingen nytta av serotoninläkemedel. De kan inte användas för att förstärka andra drogeffekter eller lindra abstinens efter narkotika och saknar alltså beroendeframkallande egenskaper.



Frågor & Svar...

4 Hmm, berätta nu om biverkningarna av dessa mediciner.

Jag beskriver de vanligaste biverkningarna som man ser till vardags med dessa läkemedel och utelämnar sällsynta biverkningar.

Under de första 1–2 veckorna är det vanligt att patienten känner sig antingen illamående, svettig eller dåsig, och i enstaka fall även mer orolig. Därför börjar man alltid med en låg dos som sedan ökas i den takt som passar patienten. Patienten har på så vis själv kontroll över doseringen. Det är ingen idé att gå med klockan i handen och förvänta sig att bli bra i morgon. Bäst är att beväpna sig med tålamod och ställa in siktet på två månader för att ha lite marginal. Förbättringen kommer smygande efter tidigast en vecka eller två, och märks ibland först av en anhörig, som tycker att patienten blivit lugnare eller piggare och mer tillgänglig.

Vissa biverkningar åtföljer behandlingen under längre tid. Sexlusten kan minska eller öka och det kan ta längre tid att få orgasm, vilket också påverkas av om man druckit alkohol. Svettningar förekommer. I sällsynta fall känner patienten ett begränsat känsleregister, vilket kan vara obehagligt. Man kan då behöva ompröva behandlingen; sänka dosen, byta preparat eller i stället pröva behandling med kognitiv terapi. Patienter som glömmer att ta medicinen dagligen kan känna sig åksjuka (yrsel och illamående) men dessa besvär försvinner inom ett par timmar efter en ny dos.



Även om denna skrift besvarar de viktigaste frågorna kan det vara bra om sköterskan på mottagningen har intresse och kunskap på området, så att hon/han kan besvara frågor. Det kan också vara av värde att kontakta Svenska Ångestsyndromsällskapet, som har medlemmar och lokalföreningar som kan ge stöd och där man kan umgås med lika-sinnade (www.angestsyndrom.com).





Frågor & Svar...

5 Antag att medicinen gör mig gott och att jag känner mig återställd och fungerar bättre om ett år. Innebär det att jag måste ta medicinen resten av livet?

Vissa patienter säger spontant att de känner sig inte bara återställda, utan som om de vore yngre. De beskriver det faktiskt som om de lidit av en "brist" på något och att de med medicinens hjälp känner sig hela för första gången på länge. Trots detta vill en del pröva att avsluta behandlingen efter 1–2 år; inte på grund av biverkningar utan för att de vill se om de klarar sig utan. Andra vill inte ta risken att må dåligt en enda dag till utan vill fortsätta med behandlingen under överskådlig tid.

Experterna rekommenderar att man tar medicinen minst ett år om det märks en tydlig lindring inom några veckor, eftersom man inte bara mår bättre utan också fungerar bättre. Flertalet patienter känner sig i så fall inte bara bättre utan återställda inom ett år. Det finns ingen risk att långtidsbehandling ger upphov till kroppsliga skador (ex. demens eller cancer). Tvärtom, ställer man riskerna med obehandlad ångest (sekundär depression, alkoholmissbruk, hjärt-kärlsjukdom, nedsatt arbetsförmåga, social isolering) mot riskerna med läkemedelsbehandling är de senare försumbara. Eventuella biverkningar upphör helt när behandlingen avslutas.



Om patienten vill avsluta behandlingen sänks dosen gradvis under en månad. Ändå upplever vissa yrsel, illamående och myrkrypningar under ett par veckor efter den sista dosen. Många andra läkemedel kan också ge kroppsliga utsättningsfenomen, t. ex. kortison vid reumatism och astma, blodtrycksmediciner och andra psykofarmaka. I studier där patienter gjort på detta viset kan ångest och oro återkomma, vanligen inom några månader. Jämfört med "sockerpiller" (placebo) är risken fyra gånger högre att återfå ångest och oro jämfört med fortsatt läkemedelsbehandling.





Frågor & Svar...



6 Och om jag blir gravid?

Det har lagts ned mycken möda på att besvara denna fråga, och data finns bland annat från det svenska födelseregistret; 4 000 mödrar hade behandlats med dessa läkemedel (SSRI/SNRI-preparat) under graviditeten. Data finns också på ytterligare 2 600 mödrar i 15 olika studier. Det finns ingen mätbar risk för fosterskador enligt dessa studier. Enstaka barn har visat tecken på serotoninaktivitet efter förlossningen (ökad muskelspänning, irritabilitet, sänkt kroppstemperatur och oregelbunden andning upp till 48 timmar efter förlossningen). Inga biverkningar har noterats vid amning, fast kunskapsbasen är begränsad eftersom det saknas välgjorda studier. Allmänt sett är fostret mer utsatt för läkemedel via passagen över moderkakan under graviditeten än det nyfödda barnet är via bröstmjölken. Vid en uppföljning av amerikanska barn vars mödrar behandlats under graviditeten sågs inga avvikelser avseende depressivitet, ångest eller social isolering jämfört med andra barn.

Välkänt är att fostret visar stress om mamman är orolig eller nedstämd under graviditeten. Därför är mödravården angelägen att identifiera sådana mammor för psykiatrisk bedömning och behandling, eftersom både mamma och foster annars löper avsevärda risker.



Frågor & Svar...



7 Finns könsskillnader beträffande risken att få ångest och nyttan av läkemedelsbehandling?

I alla typer av undersökningar (hemma-hos-intervjuer, i läkarens väntrum och i behandlingsstudier) dominerar kvinnor, vanligen två kvinnor för varje man. Varför det är så vet man inte. Kanske är den sociala tröskeln att söka hjälp högre för män. I utvärderingen av behandlingen har man inte sett några systematiska könsskillnader avseende effekt och biverkningar.



Frågor & Svar...



8 Jag känner många äldre personer som har ångest; har de också GAD?

Äldre människor skiljer sig från yngre på flera vis; de har klarat sig förbi sociala och medicinska "konkurrerande risker" fram till mogen ålder. Då möter de nya risker: kroppssjukdom, nedsatt rörlighet, ensamhet, sorg och konsekvenserna av stroke och demens. Dessa nya levnadsvillkor försvårar tolkningen av ångest och nedstämdhet bland äldre. Vi borde utveckla nya begrepp för de äldre, och fokusera på nya symtom. När man specialgranskar äldre i behandlingsstudier med SSRI/SNRI-preparat finner man inga viktiga skillnader avseende effekt och biverkningar jämfört med yngre. Sunda förnuftet säger dock att psykiska problem på ålderdomen kan motverkas med social stimulans, kroppsaktivitet och god mat.



Frågor & Svar...



9 Är jag en "svår" patient med alla mina frågor?

Verkligen inte. Det är ditt liv och dina känslor det handlar om. Känner du att du fattat ett välgrundat beslut om behandlingen ökar chansen till förbättring. Vi läkare måste sätta av tid för detta. Du har rätt till saklig information om nyttan och riskerna med läkemedelsbehandling för ångest.

10 Var kan jag få mer information?

Några bra informationskällor:

www.angest.se svenska ångestsyndromsällskapet

www.psykiatrikarolinska.org

www.sbu.se/www.index.asp SBU rapport om behandling av ångestsyndrom

Litteratur:

"Introduktion till klinisk psykiatri" av Christer Allgulander
Studentlitteratur ISBN: 9789144035383

