

Effektiv behandling för hypokondri!

■ Hypokondri innebär rädsla för att drabbas eller övertygelse om att ha drabbats av en allvarlig sjukdom. Tillståndet är inte ovanligt. Patienternas oro medför lidande och funktionsnedsättning, frekventa läkarbesök samt kostsamma – och i regel resultatlösa – somatiska utredningar. Ofta ligger utredningens fokus på den somatiska sjukdom som individen fruktar och mindre på den oproportionerligt starka rädslan för sjukdomen i fråga.

Trots att hypokondri av många läkare uppfattas som terapiresistent finns en ökande mängd rapporter om lyckad behandling. Tidigare studier har givit begränsad vetenskaplig evidens. Två större sjukdomsmonografier [Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady. Starcevic V, Lipsitt DR, editors. Oxford: Oxford University Press; 2001. Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions. Asmundson GJG, et al, editors. Chichester: Wiley; 2001], båda med mycket hög professionell ambitionsnivå, har nyligen recenserats i Läkartidningen, vilket indikerar ett ökat intresse och att tiden är mogen att ge denna patientgrupp möjlighet till kvalificerad behandling. Speciella kliniker för hypokondriker finns numera i våra skandinaviska grannländer men ännu inte i Sverige.

En för hypokondri designad modell av kognitiv beteendeterapi, KBT, har prövats i en randomiserad kontrollerad studie, vars resultat nu redovisats i JAMA [3]. En av artikelförfattarna, psykiatern Arthur Barsky, är en internationellt ledande hypokondriforskare med en rad publikationer inom området. Författarnas teoretiska utgångspunkt är att hypokondrin kan förstås som en störning av våra kognitioner kring varseblivningen av kroppsliga symtom. Kroppsliga stressymtom, vilka kan ha utlösts av t ex påfrestningar i livssituationen, får individerna att misstänka att de blivit sjuka. Oron och misstanken gör att de selektivt börjar uppmärksamma kroppsliga förnimmelser och sådan hälsoinformation som bekräftar deras sjukdomsmisstanke samt att de också ignorerar information av det motsatta slaget. Godartade kroppsliga förnimmelser förstärks, amplifieras, därmed och attribueras till den misstänkta sjukdomen i fråga, vilket underblåser patientens övertygelse om att ha drabbats av en allvarlig sjukdom.

Behandlingen strävade till att korrigera felaktiga symtomattribueringar; omformulera övertygelser och negativa förväntningar om hälsa och sjukdom;

klargöra missuppfattningar om den medicinska utredningsgången; modifiera maladaptiva sjukdomsbeteenden; lära ut tekniker för att omdirigera uppmärksamheten.

Patienter rekryterades via primärvård och annons. 102 personer behandlades vid sex 90 minuter långa och manualiserade KBT-sessioner, och 85 kontroller fick »sedvanlig behandling«.

Följande råd angående fortsatt omhändertagande skickades brevledes till primärvårdsläkaren: Sträva efter att lära patienten bemästra symtomen, inte eliminera dem; lägg in regelbundna återbesök, så att patienten inte behöver ha mer symtom för att få träffa doktorn; ge lugnande besked endast i begränsad omfattning, dvs undvik att säga att det absolut inte finns något kroppsligt fel; förklara symtomen genom att använda modellen för kognitiv och perceptuell amplifiering; var återhållsam med medicinsk diagnostik och behandling, dock utan att äventyra god medicinsk praxis.

Utfallsmåtten var hypokondriska övertygelser, farhågor och attityder, somatiska symtom, rollfunktion och funktionsnedsättning.

Uppföljning gjordes efter 6 och 12 månader. Efter 12 månader hade patienterna i KBT-gruppen signifikant lägre nivåer av hypokondriska symtom, övertygelser, attityder och hälsorelaterad ångest. De förbättrades även beträffande rollfunktion och ADL-funktion. Somatiska symtom påverkades inte. Endast 30 procent av de tillfrågade patienterna accepterade att delta i studien. 70 procent var så övertygade om den medicinska naturen av sina problem att de var ovilliga att engagera sig i en psykologiskt orienterad behandling!

Detta är en utomordentligt välgjord studie, föredömligt redovisad med stor öppenhet i diskussionen av möjliga felkällor och begränsningar. Att etablera behandling för denna målgrupp i Sverige är ett angeläget uppdrag, som psykoterapeuter förhoppningsvis uppmärksammar. Ökad kunskap om behandling kommer att göra åkomman mer rumsren, minska dess nuvarande idiotstämpel och göra det mindre laddat såväl att acceptera diagnosen som att genomgå behandling för den.

Anders Lundin

anders.lundin@reh.ds.sll.se

Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA 2004;291(12):1464-70.

Militär läkaretik

■ Den då 37-årige militärjuristen Telford Taylor ledde som åklagare i Nürnbergprocessen målet mot de tjugotre läkare och forskare som fälldes för krigsförbrytelser under Nazitiden. Taylors sätt att företräda rättsstatens principer och hans förmåga att klargöra etiska och rättsliga problem gjorde intryck på den amerikanska militärledningen. Ett år senare blev han rättegångens chefsåklagare och befordrades till



Josef Milerad

medicinsk chefredaktör

brigadgeneral. Taylor valde en akademisk karriär som professor i juridik, men hamnade åter i rampljuset efter sin kritik av Vietnamkriget.

Nürnbergprocessen ledde till att flertalet länder införde krav på etisk granskning och informerat samtycke vid all forskning på människor. Världsläkarorganisationens Tokyo-deklaration mot läkares medverkan i tortyr och kränkande behandling har också påverkats av denna.

Steven Miles, professor i medicinsk etik i Minnesota, har i en artikel i Lancet (2004;364:725-29) granskat den medicinska personalens roll när det gäller behandling av krigsfångar i Irak. Det är ingen upplyftande läsning, inte minst med tanke på Taylors och andra amerikaners insatser.

Fängelseläkarna har personligen deltagit i brutala förhörsmetoder, underlåtit att ge fångar sjukvård och förvanskat dödsattester – allt i strid med försvarsmaktens egna regler och internationell lag.

Miles har inget svar på frågan vad som egentligen har gått snett och vem som bär ansvaret – förutom att konstatera att det alltid är ledningens ansvar att gällande bestämmelser följts.

Han menar dock att det även i en militär konfliktsituation finns ett personligt ansvar. Man kan behöva följa direktiv som strider mot den egna rättsuppfattningen. Det är viktigt att det kommer fram i ljuset i efterhand.

josef.milerad@lakartidningen.se