Bekymringer

OCD, generaliseret angst og sygdomsangst

Sebastian Swane
September 2026

Indholdsfortegnelse

BEKYMRINGER **1**

OCD, GENERALISERET ANGST OG SYGDOMSANGST **1**

SEBASTIAN SWANE *SEPTEMBER 2026* 1

INDLEDNING **4**

KAPITEL 1 ..... **5**

HVAD ER ÅRSAGEN ELLER HENSIGTEN MED AT BEKYMRE SIG? **5**

1. Type 1-bekymringer og positive metakognitive antagelser *6*
2. Type 2-bekymringer og negative metakognitive antagelser *7*
DER ER FORSKEL PÅ BEKYMRINGER OG PROBLEMER 7
FORSKELLE MELLEM UPRODUKTIV BEKYMRING OG PROBLEMLØSNING 8

GENERALISERET ANGST (GAD) **8**

STRATEGIER, SOM KAN VEDLIGEHOLDE BEKYMRINGER 9
BEKYMRINGSTENDENS, ERFARINGER OG SCHEMAER 10
Forekomst, debut og forløb *11*

TVANGSTANKER OG TVANGSHANDLINGER (OCD) **12**

Tvangstanker og indsigt *12*
Tvangshandlinger og følelsen af, at noget ikke er helt rigtigt *13*
OCD og anankastiske personlighedstræk *13*
Forekomst, udvikling og behandling *14*

SYGDOMSANGST OG HELBREDSANGST **15**

HVAD KENDETEGNER SYGDOMSANGST? 16
SYGDOMSANGST OG VEDVARENDE KROPSLIGE SYMPTOMER 16
HVAD KAN HOLDE SYGDOMSANGSTEN I GANG? 17
SÅRBARHED, ERFARINGER OG ANDRE LIDELSER 17
FOREKOMST OG BEHANDLING 18

SYGDOMSANGST I PRAKSIS: RISIKO, UNDERSØGELSER OG VEJEN UD AF BEKYMRINGEN **18**

NÅR EN TIDLIGERE SYGDOMSERFARING BLIVER FORKLARINGEN PÅ ET NYT SYMPTOM 19
DEN FORKLARING, DER KOMMER HURTIGST I TANKE, ER IKKE NØDVENDIGVIS DEN MEST SANDSYNLIGE 19
ANGSTEN ER VIRKELIG. MEN DENS STYRKE AFGØR IKKE, HVILKEN SYGDOM ET SYMPTOM SKYLDES 20

Et symptom er ikke en diagnose....20
Når mere information ikke giver mere sikkerhed....21
Hvorfor endnu en undersøgelse ikke altid giver varig tryghed....22
Målet er at gå relevant til lægen, ikke at gå så lidt eller så meget som muligt....23
Flere undersøgelser kan give flere fund. Det er ikke i sig selv dokumentation for et bedre helbred eller et længere liv....24
Hvad betyder forskningen om sygdomsangst og dødelighed?....24
Når personen siger: Men jeg kunne jo være en af de få....25
Fra forståelse til en anden måde at reagere på....26
At passe på helbredet uden at lade kontrollen overtage....28

FORSKELLE OG LIGHEDER MELLEM OCD, GAD OG SYGDOMSANGST....29

Forskellige måder at forholde sig til usikkerhed på....30
Eksempler på typiske OCD-tanker....30
Når forsøgene på at få sikkerhed skaber mere tvivl....31
Ophobning af ejendele....32
Trusselsreaktioner, opmærksomhed og bekymringer....32
TEF (Thought-Event Fusion) ved især OCD....33
TAF (Thought-Action Fusion) og angsten for at miste kontrol ved OCD....35
TOF (Thought-Object Fusion) ved OCD....37

KAPITEL 2....37

PSYKOLOGIEN OG NEUROLOGIEN BAG OCD....37

DEN ONDE CIRKEL....37

Udsagn til at undersøge tankefusion....38
Hvorfor kortvarig lettelse kan holde ritualet i gang....39
Gentagen kontrol kan svække tilliden til hukommelsen....40
Når kontrollen skifter form....41
”7, 9, 13” og lettelsen efter et ritual....41
Når viden og fornemmelse peger i forskellig retning....42

EN NÆRMERE BESKRIVELSE AF HJERNEN VED OCD....43

Basalganglierne og striatum....44
De cortico-striato-thalamo-corticale kredsløb....44
Flere netværk er involveret....45
Hvad viser hjernescanningerne?....46
Serotonin, dopamin og glutamat....46
Hvad sker der i hjernen under behandling?....47
Ansvar, skyld og moralske vurderinger....48
Mange genetiske varianter bidrager....48
Hvad er en SNP?....49
Hvad ved vi så neurologisk om OCD?....49
Fra neurobiologi til klinisk forståelse....50
Tillid til hukommelsen og sanseindtrykkene....50
Tics og Tourette syndrom....50
Genetisk sårbarhed ved OCD....51
Hvad betyder arvelighed?....51
Den psykologiske onde cirkel samlet....52
Fra forståelse til behandling....53
Medicinsk behandling....53
Specialiserede behandlinger ved meget svær OCD....54

KAPITEL 3....55

PSYKOTERAPEUTISKE OG ADFÆRDSTERAPEUTISKE STRATEGIER TIL AT AFHJÆLPE OCD....55

Udredning og planlægning 55
Vurderingsredskaber *56*
Psykoedukation og den fælles forståelse 56
Det kognitive arbejde 57
Schematerapi ved OCD 57
Hvad viser undersøgelserne? *57*
Schemaer og modes *58*
Schematerapeutiske metoder *59*
Eksempler på kognitive undersøgelsesspørgsmål 59
Eksponering og responshindring (ERP) 61
Habituation og ny læring *61*
Tilrettelæggelse af øvelserne *61*
Forestillingsbaseret og verbal eksponering *62*
Længere scenarier og indre billeder *63*
Skjulte ritualer og pårørende *63*
Medicin og ERP 63
Metakognitive strategier 64
Forskningen i MCT ved OCD *64*
Inference-Based Cognitive Behavioural Therapy (I-CBT) 65
Bergen 4-Day Treatment: koncentreret ERP på fire dage 66
Resultater og begrænsninger *66*
Internetbaseret behandling og digitale hjælpemidler 67
Acceptance and Commitment Therapy og mindfulness 67
Andre nyere og supplerende behandlinger 68
Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT) ved OCD 68
Hvorfor jeg begyndte at udvikle NCT *68*
Tre niveauer som klinisk arbejdsmodel *70*
Reaktionens styrke og tankens sandhedsværdi *71*
NCT som støtte under ERP *72*
Mine kliniske erfaringer *72*

KAPITEL 4 73

METAKOGNITIVE STRATEGIER TIL BEHANDLING AF BEKYMRINGER VED GAD, OCD OG SYGDOMSANGST 73

DE UHENSIGTSMÆSSIGE STRATEGIER, SOM VEDLIGEHOLDER BEKYMRING OG ANGST 73

Evidensen for MCT er forskellig ved GAD, sygdomsangst og OCD 73

DET KOGNITIVE OPMÆRKSOMHEDSSYNDROM I PRAKSIS. CAS 74

Problem eller bekymring 75
Flyveturen og det sprungne vandrør *76*
Når følelsen bliver et argument for at fortsætte *76*
Hvorfor tankeundertrykkelse kan blive vanskelig 77
Underliggende antagelser og metakognitioner 78
Andre hjælpsomme strategier ved GAD 78
Afkoblet opmærksomhed 79
Mindfulness og opmærksomhedstræning 79
Bekymringsudsættelse og "bekymringsrum" 80

SÅDAN BRUGES DE KOMMENDE SPØRGSMÅL TIL DE 12 UNDERLIGGENDE ANTAGELSER 81

1. "Bekymringer hjælper mig med at forhindre sygdomme eller ulykker i at ske" 82
2. "Hvis jeg bekymrer mig, har jeg mere kontrol over fremtiden og er bedre forberedt" 84
3. "Jeg er nødt til at bekymre mig om, hvorvidt jeg har taget det rigtige valg, for tænk hvis jeg har valgt forkert" 86
4. "Jeg føler mig kun sikker, hvis jeg bekymrer mig, fordi jeg ikke kan leve med uvished og tvivl" 87
5. "Jeg håndterer bekymringerne ved at analysere og mærke efter, og det hjælper mig til at handle" 89
6. "Når jeg bekymrer mig, forhindrer jeg dårlige ting i at ske" 91

7. "Jeg løser problemer ved at bekymre mig" 92
8. "Jeg bør bekymre mig om andre og om verdens problemer, ellers er jeg et dårligt og uempatisk menneske" 93
9. "Bekymringer forhindrer mig i at blive skuffet, og det er farligt at tænke positivt" 95
10. "Jeg er nødt til at bekymre mig om alt det, jeg kan gøre forkert, ellers risikerer jeg at fejle, blive kritiseret, afvist, svigtet eller afsløret som utilstrækkelig" 96
11. "Hvis jeg bliver ved med at bekymre mig, bliver jeg sindssyg, får stress, depression eller fysisk sygdom og tager permanent skade. Mine tanker og følelser er farlige, og jeg kan ikke kontrollere mine bekymringer" 99
12. "Jeg er nødt til hele tiden at holde øje med mine tanker, følelser, min krop eller omgivelserne, ellers overser jeg noget farligt" 101

ØVELSE OG TRÆNING 103

Fra forståelse til erfaring 103
Når de gamle strategier vender tilbage 104
Hvad tæller som fremskridt? 104
At bruge det lærte i forskellige situationer 104
Et liv med mindre plads til bekymring 105
Til eftertanke 105

Indledning

Artiklen omhandler **generaliseret angst (GAD), sygdomsangst og OCD**, som er den engelske forkortelse for *obsessive-compulsive disorder*, på dansk en lidelse præget af tvangstanker og tvangshandlinger. De beskrives under ét, fordi bekymring, tvivl, opmærksomhed på mulige trusler og forsøg på at opnå sikkerhed er væsentlige fælles mekanismer, selv om der også er betydelige forskelle mellem lidelserne.

Sygdomsangst er en selvstændig lidelse, men sygdomsrelaterede bekymringer kan også forekomme ved GAD eller OCD. Ved GAD indgår sygdom typisk som ét blandt flere bekymringstemaer. Sygdomsangst er især koncentreret omkring frygten for at have eller udvikle alvorlig sygdom. Ved OCD kan sygdom, smitte eller helbred være tema for tvangstanker og tvangshandlinger. Gentagen kontrol og søgen efter beroligelse kan forekomme ved alle tre lidelser, så diagnosen beror på det samlede symptommønster. Man kan desuden have flere af lidelserne samtidig (WHO, 2024).

Artiklen er opdelt i fire kapitler. **Kapitel 1** beskriver lidelserne, deres lighedspunkter og forskelle samt bekymringernes funktion. **Kapitel 2** handler om de psykologiske og neurobiologiske forklaringer på OCD. **Kapitel 3** gennemgår psykoterapeutiske metoder til behandling af OCD. **Kapitel 4** beskriver metakognitive strategier og indeholder en større samling spørgsmål til underliggende antagelser, som kan holde bekymringer i gang.

Har man ikke OCD, kan man primært koncentrere sig om kapitel 1 og 4 og springe de afsnit over, der specifikt handler om OCD. Materialet kan læses som en samlet vejledning, men

også bruges som en arbejdsbog, hvor man vælger de dele og spørgsmål, der passer til ens egne vanskeligheder. Det er ikke en opgave, hvor alt skal læses eller besvares perfekt.

Artiklen er skrevet til mennesker med disse lidelser og til pårørende, som kan have svært ved at forstå reaktioner, der udefra forekommer irrationelle. Den kan også bruges af psykologer, læger, psykiatere og andre terapeuter, som ønsker en samlet introduktion til lidelsernes mekanismer og behandling.

Ved mere udtalte symptomer vil artiklen sædvanligvis være et supplement til et behandlingsforløb. Udredning og behandling bør tilpasses den enkelte persons symptomer, øvrige helbred, livssituation og tidligere behandling.

Metoderne bygger primært på kognitiv adfærdsterapi, forkortet **KAT**, og på engelsk **CBT**. Ved OCD står **eksponering og responshindring (ERP)** centralt. Artiklen omtaler desuden metakognitiv terapi, acceptbaserede metoder, mindfulness, Inference-Based Cognitive Behavioural Therapy og schematerapeutiske principper. Disse metoder har forskellige forskningsgrundlag, og deres dokumentation varierer mellem lidelserne. Det gennemgås i behandlingskapitlerne. Min egen tilgang, **Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT)**, beskrives særskilt som en klinisk arbejdsmodel, der endnu ikke er undersøgt som en selvstændig behandling.

Når artiklen anbefaler at reducere bekymring, kontrol eller sikringssøgende adfærd, handler det om den overdrevne og gentagne aktivitet, som fastholder problemerne. **Relevant forebyggelse, almindelige sikkerhedsforanstaltninger og lægeligt anbefalede undersøgelser og behandlinger skal fortsat gennemføres.** At arbejde med sygdomsangst betyder således ikke, at man skal ignorere nye symptomer eller undlade nødvendig lægehjælp.

Om ICD-11 i Danmark: Artiklen anvender WHO's ICD-11-klassifikation og de tilhørende kliniske beskrivelser. I Danmark anvendes fortsat ICD-10-baserede koder i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem, SKS, mens overgangen til ICD-11 forberedes. Sundhedsdatastyrelsen har på tidspunktet for denne revision ikke angivet en endelig dato for dansk implementering (Sundhedsdatastyrelsen, oplysninger tilgået september 2026).

Kapitel 1

Hvad er årsagen eller hensigten med at bekymre sig?

I Adrian Wells' metakognitive model er det centralt, **hvad vi tror, bekymring gør for os**. Mange mennesker, som bekymrer sig meget, har en forestilling om, at bekymringen på en eller anden måde er nyttig. Man kan eksempelvis tænke: *"Hvis jeg bekymrer mig, er jeg*

bedre forberedt", "hvis jeg tænker alle muligheder igennem, kan jeg måske forhindre noget dårligt" eller *"hvis jeg forbereder mig på det værste, bliver jeg ikke så skuffet."* Wells kalder dette **positive metakognitive antagelser**, fordi personen tillægger bekymringen en nyttig eller beskyttende funktion.

Disse antagelser kan få personen til at gå videre ind i det, Wells kalder **Type 1-bekymring**. Det er bekymringer om ting, der kan ske i livet, eksempelvis: *"Hvad nu hvis mit barn bliver syg?", "hvad nu hvis jeg mister mit arbejde?"* eller *"hvad nu hvis dette symptom er tegn på noget alvorligt?"*

Hvis bekymringen fortsætter længe og bliver vanskelig at kontrollere, kan personen imidlertid begynde at udvikle en anden slags forestillinger om selve bekymringen: *"Mine bekymringer er ukontrollable", "jeg kan ikke stoppe dem"* eller *"det kan være farligt for mig at bekymre mig så meget."* Wells kalder disse **negative metakognitive antagelser**.

De negative antagelser kan derefter udløse **Type 2-bekymring**, også kaldet metabekymring, hvor personen begynder at bekymre sig om selve det at bekymre sig: *"Hvad hvis jeg aldrig kan stoppe mine bekymringer?", "hvad hvis jeg får et sammenbrud?"* eller *"hvad hvis jeg bliver syg af det?"*

Der kan dermed opstå et paradoks. Personen bekymrer sig, fordi han eller hun tror, at bekymringen hjælper, men bliver samtidig bange for selve bekymringsprocessen. Bekymringen er således både blevet en strategi til at håndtere mulige farer og en ny fare i sig selv. Det kan være med til at skabe en selvforstærkende cirkel af stadig mere bekymring (Wells, 1999).

1. Type 1-bekymringer og positive metakognitive antagelser

Type 1-bekymringer handler om mulige problemer eller hændelser i livet, eksempelvis sygdom, arbejde, økonomi eller familie. De begynder ofte med *"Hvad nu hvis …?"* og kan opstå automatisk.

Det, der kan få personen til at fortsætte bekymringen, er en **positiv metakognitiv antagelse**, altså en forestilling om, at det er nyttigt at bekymre sig. Man kan eksempelvis tænke: *"Hvis jeg bekymrer mig, er jeg bedre forberedt"* eller *"hvis jeg tænker alle muligheder igennem, kan jeg måske forhindre noget dårligt."*

Ordet **positiv** betyder her ikke, at bekymringen føles behagelig, men at personen tillægger den en nyttig eller beskyttende funktion.

Bekymring kan selvfølgelig nogle gange gøre os opmærksomme på et reelt problem. Men hvis processen fortsætter uden at føre til ny information eller relevant handling, bliver den let til gentagen mental problemløsning af forhold, som ikke kan afgøres med den sikkerhed, personen ønsker.

2. Type 2-bekymringer og negative metakognitive antagelser

Hvis personen efterhånden bliver bange for selve bekymringsprocessen, kan der opstå **Type 2-bekymringer**, også kaldet **metabekymringer**. Det kan eksempelvis være: *"Hvad hvis jeg ikke kan stoppe mine bekymringer?"* eller *"hvad hvis jeg bliver syg af at bekymre mig så meget?"*

Bag disse bekymringer ligger ofte **negative metakognitive antagelser** om, at bekymring er ukontrollabel, farlig eller skadelig, eksempelvis: *"Mine bekymringer er ukontrollable"* eller *"bekymringer kan skade mig."*

Som beskrevet ovenfor er forskellen fin. Den negative metakognitive antagelse er den mere generelle forestilling om bekymringens egenskaber, mens Type 2-bekymringen er den konkrete bekymring, som denne forestilling giver anledning til.

Det særlige paradoks ved GAD er, at personen samtidig kan tænke: *"Jeg er nødt til at bekymre mig, fordi det hjælper mig"* og *"mine bekymringer er ukontrollable og kan skade mig."* Bekymringen bliver dermed både en strategi, personen forsøger at bruge, og noget, personen selv bliver bange for. Det kan være med til at skabe en selvforstærkende cirkel af mere bekymring og flere forsøg på at kontrollere tankerne (Wells, 1999).

Der er forskel på bekymringer og problemer

Et problem kan man forsøge at håndtere gennem relevant information, beslutninger og handling. Nogle problemer kan løses. Andre kan kun påvirkes delvist, og nogle forhold må man lære at leve med. I alle tilfælde er det nyttigt at skelne mellem det, man faktisk kan gøre, og den gentagne tænkning, som ikke bringer én videre.

En **Type 1-bekymring** kan være: *"Bare det ikke regner til mit bryllup."* Bekymringen kan ikke ændre vejret.

En **Type 2-bekymring** kan være: *"Bare jeg ikke tager skade af at bekymre mig så meget om brylluppet."* Her er selve bekymringen blevet genstand for ny bekymring.

Et **konkret problem** kan være: *"Hvis det regner, kan gæsterne ikke spise udendørs i haven."* En mulig løsning er: *"Jeg laver en nødplan og sørger for, at vi kan spise under tag."*

Man kan godt mærke bekymring, mens man løser et problem. Den afgørende forskel ligger i, om det, man gør, fører til en brugbar beslutning eller handling, eller blot til endnu en runde af de samme spørgsmål.

Forskelle mellem uproduktiv bekymring og problemløsning

Uproduktiv bekymring: Du forsøger at besvare spørgsmål med en sikkerhed, som ikke kan opnås.
Problemløsning: Du undersøger, hvilken information og handling der er tilstrækkelig til at komme videre.

Uproduktiv bekymring: Du forestiller dig stadig nye kæder af hændelser, som måske kunne ske.
Problemløsning: Du afgrænser den situation, der skal håndteres, herunder relevante problemer, som kan forebygges.

Uproduktiv bekymring: Du afviser en brugbar løsning, fordi den ikke er perfekt eller ikke garanterer udfaldet.
Problemløsning: Du kan vælge en tilstrækkelig god løsning på baggrund af den viden, du har.

Uproduktiv bekymring: Du fortsætter, indtil du føler dig helt rolig eller sikker.
Problemløsning: Du vurderer, om der er gjort det relevante, også selv om der fortsat er uro eller tvivl.

Uproduktiv bekymring: Du forsøger at opnå fuldstændig kontrol over fremtiden.
Problemløsning: Du handler på det, du kan påvirke, og giver plads til den usikkerhed, der er tilbage.

Når man bekymrer sig, forsøger man ofte at dæmpe ubehaget gennem analyse, kontrol eller forsikringer fra andre. Flere af disse strategier kan give kortvarig lettelse, samtidig med at de fastholder forestillingen om, at bekymringen kræver endnu mere opmærksomhed. Dette er en central del af Wells' beskrivelse af den vedligeholdende proces (Wells, 1999).

Generaliseret angst (GAD)

Ved **generaliseret angst** er personen gennem længere tid præget af udtalt ængstelighed eller overdreven bekymring. Ifølge **ICD-11, som er Verdenssundhedsorganisationen WHO's internationale klassifikationssystem for sygdomme og psykiske lidelser**, skal symptomerne have været til stede de fleste dage gennem mindst flere måneder. De kan vise sig som en generel ængstelighed, der ikke er bundet til bestemte situationer, ofte kaldet **fritflydende angst**, eller som overdreven bekymring om negative hændelser på flere områder i hverdagen.

Der forekommer desuden symptomer som muskelspænding, rastløshed, koncentrationsbesvær, irritabilitet eller søvnforstyrrelser. Nogle oplever **autonom aktivering**, altså kropslige reaktioner fra det nervesystem, som automatisk regulerer blandt andet puls, sved og fordøjelse. Det kan eksempelvis give hjertebanken, sved, rysten,

mundtørhed eller mavegener. Symptomerne skal medføre betydelig lidelse eller påvirke personens daglige funktion. Andre forklaringer, herunder fysisk sygdom, rusmidler og andre psykiske lidelser, skal indgå i vurderingen (WHO, 2024).

Bekymringerne kan handle om, at man selv eller ens nærmeste bliver syge eller kommer ud for en ulykke. De kan også dreje sig om uddannelse, arbejde, opgaver, aftaler, økonomi, parforhold, relationer, krig, naturkatastrofer eller mere overordnede spørgsmål om fremtiden og livet.

Bekymringstankerne gentager sig ofte, men kan også bevæge sig fra det ene emne til det næste. Personen forsøger måske at forhindre noget dårligt, være forberedt eller beskytte sig mod skuffelse. Det kan føles, som om processen løser noget, selv om den ikke fører til en anvendelig beslutning.

Et tilbagevendende problem kan være kravet om at have tænkt alle muligheder igennem. En løsning bliver måske afvist, fordi den ikke giver fuldstændig sikkerhed. Derfor fortsætter bekymringen, mens tvivl, ubeslutsomhed og uro holdes ved lige.

Bekymringsprocessen kan sættes i gang af nye, uforudsigelige eller flertydige situationer og begynder ofte med en tanke som: *"Hvad nu hvis …?"* Personen kan overvurdere sandsynligheden for eller konsekvensen af et negativt udfald og samtidig undervurdere sin evne til at håndtere det.

Tanken kan få stor følelsesmæssig betydning og være forbundet med kropsligt alarmberedskab. Når personen mærker reaktionen, kan den blive brugt som yderligere argument: *"Når jeg bliver så urolig, må der være noget alvorligt at bekymre sig om."* Følelsen får dermed en vægt i vurderingen, som dens styrke alene ikke kan begrunde. Samspillet mellem bekymring, antagelser om bekymring og følelsesmæssige reaktioner er centralt i den metakognitive model (Wells, 1999).

Strategier, som kan vedligeholde bekymringer

De følgende handlinger er ikke uhensigtsmæssige i enhver sammenhæng. Problemet opstår især, når de bliver overdrevne, gentagne eller bruges for at opnå en sikkerhed, der aldrig føles tilstrækkelig.

Forsøg på at dæmpe bekymringen her og nu kan være:

- At diskutere med bekymringen igen og igen.
- At forsøge at undertrykke bestemte tanker.
- At undgå emner eller situationer, som udløser bekymring.
- At søge gentagen forsikring, kontrollere eller aflede sig selv for straks at få ubehaget væk.
- At dulme ubehaget med alkohol, rusmidler eller anden uhensigtsmæssig selvmedicinering.

Forsøg på at forebygge enhver usikkerhed kan være:

- At indsamle stadig mere information, efter at der allerede er et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag.
- At genåbne beslutninger, som er tænkt grundigt igennem.
- At spørge andre gentagne gange, om man har valgt rigtigt.
- At kontrollere eller udføre opgaver flere gange.
- At være overbeskyttende over for andre.
- At gøre alting selv og undlade at uddelegere.
- At planlægge og forberede sig langt ud over det, opgaven kræver.

Undgåelsesstrategier kan være:

- At undlade at forpligte sig, fordi man ikke kan kende udfaldet.
- At opgive aktiviteter eller finde stadig nye grunde til at udsætte dem.
- At udskyde problemer, som kunne håndteres nu.
- At træffe forhastede beslutninger alene for at slippe for tvivlen.
- At bruge eksempelvis alkohol, spil, mad eller seksuel aktivitet som en gentagen flugt fra ubehag, selv når det får negative konsekvenser.

I Wells' model kan undgåelse, tankeundertrykkelse og andre kontrolforsøg være med til at fastholde både bekymringen og antagelserne om, at den er nødvendig eller ukontrollabel (Wells, 1999).

Bekymringstendens, erfaringer og schemaer

Nogle har haft en stærk bekymringstendens det meste af livet. Temperament, genetisk sårbarhed, læring og livserfaringer kan spille sammen. En forælder, som selv bekymrer sig meget eller er stærkt overbeskyttende, kan eksempelvis være med til at formidle, at verden er farlig, og at usikkerhed skal kontrolleres. Det er én mulig påvirkning og ikke en forklaring, der gælder for alle.

I **schematerapi** bruges ordet **schema** om et dybtliggende og forholdsvis stabilt mønster af tanker, følelser, erindringer og forventninger til én selv, andre mennesker og verden. Schemaer forstås som udviklet gennem et samspil mellem temperament og erfaringer, især tidligt i livet. Når et schema aktiveres, kan de tilhørende tanker og følelser opleves som meget overbevisende, selv om den aktuelle situation ikke giver tilstrækkeligt belæg for dem (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

I denne forståelsesramme kan en stærk bekymringstendens blandt andet hænge sammen med schemaet **Bekymring/pessimisme**, på engelsk *Negativity/Pessimism*. Det er præget af et vedvarende fokus på det, der kan gå galt, og en tendens til at undervurdere neutrale eller gode udfald.

Schemaet **Afhængighed/inkompetence**, *Dependence/Incompetence*, kan være relevant, hvis personen har lav tillid til egne vurderinger og føler sig afhængig af andres støtte eller

forsikringer. Schemaet Sårbarhed for sygdom og katastrofe, *Vulnerability to Harm or Illness*, kan være fremtrædende, når sygdom, ulykker eller tab af kontrol fylder meget.

Schemaerne er her kliniske begreber, som kan hjælpe med at forstå den enkeltes mønster. De er ikke nødvendige forklaringer på GAD og kan ikke i sig selv bruges til at stille diagnosen.

Redskaber til at håndtere bekymringer ved GAD gennemgås i kapitel 4.

Forekomst, debut og forløb

Livstidsprævalens betyder, hvor stor en andel af en befolkning der på et tidspunkt i livet har haft en bestemt lidelse. I en stor international undersøgelse på tværs af 26 lande var livstidsprævalensen for GAD omkring **3,7 %** og omkring **5 %** i højindkomstlandene. **Tolvmånedersprævalensen**, altså andelen, der havde haft GAD inden for det seneste år, var omkring **1,8 %**.

Undersøgelsen anvendte kriterier fra **DSM-5**, det amerikanske diagnosesystem for psykiske lidelser. Tallene er derfor ikke en direkte opgørelse af forekomsten efter ICD-11. GAD var hyppigere hos kvinder og var blandt andet forbundet med lavere socioøkonomisk status og arbejdsløshed (Ruscio et al., 2017).

GAD kan begynde i barndommen, ungdommen eller voksenlivet. Debutalderen varierer betydeligt, så ét gennemsnit beskriver ikke den enkelte persons forløb. Symptomerne kan være vedvarende eller have et **fluktuerende forløb**, hvilket betyder, at de ændrer sig i styrke over tid (WHO, 2024).

Komorbiditet betyder, at flere lidelser forekommer hos samme person samtidig. Nogle undersøgelser opgør også, om personen på noget tidspunkt i livet har haft andre lidelser. I den internationale undersøgelse havde over 80 % af personer med livstids-GAD også haft mindst én anden psykisk lidelse på et tidspunkt, især depression eller andre angstlidelser (Ruscio et al., 2017).

Panikangst adskiller sig fra GAD ved tilbagevendende, uventede panikanfald og vedvarende bekymring for nye anfald eller ændringer i adfærden på grund af dem. GAD er i højere grad præget af en længerevarende ængstelighed og bekymring på flere områder. Panikanfald kan dog også forekomme som led i andre lidelser, og GAD og panikangst kan optræde samtidig (WHO, 2024).

Tvangstanker og tvangshandlinger (OCD)

Ved OCD forekommer **tvangstanker, tvangshandlinger eller begge dele**. Symptomerne skal være vedvarende og enten tage væsentlig tid, eksempelvis mere end en time dagligt, medføre betydelig lidelse eller påvirke den daglige funktion. Den samlede vurdering skal også afklare andre mulige forklaringer.

OCD har i ICD-11 diagnosekoden **6B20** og tilhører gruppen **tvangsprægede og beslægtede lidelser**, på engelsk *Obsessive-compulsive or related disorders*. ICD-11 opstiller ikke det samme faste minimumskrav på to uger, som indgik i ICD-10's beskrivelse (WHO, 2024).

Tvangstanker og indsigt

Tvangstanker er tilbagevendende og påtrængende tanker, billeder eller impulser, som opleves som uønskede og ofte medfører betydeligt ubehag. Personen kan forsøge at ignorere dem, undertrykke dem eller **neutralisere** dem, altså ophæve deres oplevede betydning eller fare gennem en anden tanke eller handling.

Tankerne kan føles fremmede for personens værdier, ønsker og selvopfattelse. Man siger da, at de er **egodystone**, det vil sige **jeg-fremmede**. En person kan eksempelvis blive stærkt plaget af en voldelig tanke, netop fordi vedkommende ikke ønsker at skade nogen.

Indsigt handler om noget andet: I hvilken grad personen kan overveje, at den frygtede forestilling eller det oplevede behov for ritualer kan være overdreven eller forkert. ICD-11 skelner mellem OCD med **god eller rimelig indsigt** og OCD med **ringe eller manglende indsigt**. Vurderingen tager højde for, hvordan overbevisningen er over tid. En kort periode med stærk overbevisning under intens angst er ikke i sig selv ensbetydende med vedvarende manglende indsigt.

En tanke kan således både være stærkt uønsket og opleves som meget troværdig. Personen kan tænke: *"Jeg ønsker på ingen måde at skade nogen, men jeg er bange for, at tanken betyder, at det kan ske."* Oplevelsen af jeg-fremmedhed og graden af indsigt skal derfor vurderes hver for sig (WHO, 2024).

Forsøgene på at få tanken væk kan efterhånden fylde lige så meget som selve tanken. Personen diskuterer måske med den, gennemgår erindringer, undersøger sine hensigter eller prøver at opnå sikkerhed for, at den ikke betyder noget. Når disse forsøg bliver gentagne og uden varig afklaring, kan de være med til at fastholde symptomerne.

Tvangshandlinger og følelsen af, at noget ikke er helt rigtigt

Tvangshandlinger er gentagne synlige eller mentale handlinger, som personen føler sig drevet til at udføre. De kan være knyttet til en tvangstanke, følge bestemte rigide regler eller udføres for at mindske ubehag og skabe en følelse af sikkerhed eller afslutning.

Eksempler er gentagen vask, kontrol af døre eller apparater, tælling, gentagelse af bestemte ord og mentale gennemgange af det, man har gjort. Hos nogle er orden og symmetri centrale.

Ritualet behøver ikke være drevet af en tydelig katastrofetanke. Det kan også være knyttet til en **"just not right feeling"**, altså en stærk følelse af, at noget ikke er helt rigtigt, færdigt eller på plads. Personen gentager måske en bevægelse, retter på en genstand eller tænker en bestemt sætning, indtil det føles rigtigt.

OCD kan derfor være præget af angst, men også af afsky, spænding, tvivl eller ufuldstændighed. Lidelsen kan ikke defineres alene ud fra angst (WHO, 2024).

Tvangshandlingen giver ofte kortvarig lettelse. Personen kan godt vide, at handlingen er overdreven, men samtidig føle, at den er nødvendig. Når ritualet gentagne gange efterfølges af mindre ubehag, kan det blive stadig sværere at undlade.

Behandlingen retter sig blandt andet mod denne sammenhæng. Gennem eksponering og responshindring får personen mulighed for at gøre erfaringer med tanken, tvivlen eller ubehaget uden at udføre ritualet. Målet omfatter både ændret adfærd og ny læring om, hvad den indre oplevelse kræver af én. Behandlingen gennemgås i kapitel 3 (Abramowitz et al., 2026).

OCD og anankastiske personlighedstræk

Anankastiske personlighedstræk er en udtalt tendens til perfektionisme, regelbundethed og kontrol samt stærke forestillinger om, hvordan ting bør gøres. Disse træk er noget andet end OCD, selv om begge dele kan forekomme hos samme person.

En **personlighedsforstyrrelse** indebærer vedvarende vanskeligheder i forholdet til én selv, til andre mennesker eller begge dele. Det kan eksempelvis handle om selvværd, identitet, evnen til at forfølge mål eller til at skabe og fastholde relationer. Vanskelighederne skal være gennemgribende og medføre betydelig lidelse eller funktionspåvirkning.

En personlighedsforstyrrelse er ikke det samme som psykose. Den betyder heller ikke, at personligheden er fuldstændig medfødt eller uforanderlig. Personligheden udvikles gennem samspil mellem biologiske dispositioner og erfaringer og kan påvirkes gennem senere udvikling og behandling.

I ICD-11 vurderes først personlighedsforstyrrelsens **sværhedsgrad**. Derefter kan man beskrive fremtrædende træk gennem nogle overordnede grupper, som kaldes **trait-domæner**, altså personlighedstræk samlet i bredere områder. Et af disse er **Anankastia**, som blandt andet omfatter rigid perfektionisme og stærkt behov for kontrol (WHO, 2024).

ICD-11 anvender således ikke længere den tidligere anankastiske personlighedsforstyrrelse som en selvstændig kategorisk diagnose. Ved OCD er den tidligere opdeling i overvejende tvangstanker, overvejende tvangshandlinger og blandet type også bortfaldet. Her beskriver man symptommønstret og angiver graden af indsigt.

Forekomst, udvikling og behandling

Forekomsten af OCD afhænger af undersøgelsesmetode og befolkning. I en stor amerikansk befolkningsundersøgelse havde cirka **1,2 %** haft OCD inden for det seneste år, mens **livstidsprævalensen**, altså andelen, der på et tidspunkt i livet havde haft lidelsen, var cirka **2,3 %** (Ruscio et al., 2010).

Mange mennesker kender milde fænomener som overtroiske regler om bestemte tal eller forestillingen om ikke at måtte træde på bestemte fliser. Sådanne forbigående ritualer er ikke i sig selv OCD. Det samme gælder mærkelige eller ubehagelige tanker, som pludselig dukker op. Forskningen viser, at tanker, billeder og impulser med indhold, der minder om kliniske tvangstanker, også forekommer hos mennesker uden OCD (Purdon & Clark, 1993).

OCD kan begynde i barndommen, ungdommen eller voksenlivet. Hos nogle er symptomerne relativt vedvarende, mens andre har perioder med bedring og senere forværring. Nyopståede symptomer, især ved pludselig eller sen debut, bør vurderes med henblik på andre mulige forklaringer (WHO, 2024).

OCD bliver en lidelse, når tvangstankerne og/eller tvangshandlingerne bliver vedvarende, tidskrævende, belastende eller funktionshæmmende. Nogle kan have OCD i mange år uden at være klar over, hvad de fejler. De opdager det måske tilfældigt, fordi de læser om lidelsen og genkender symptomerne, eller indirekte fordi de udvikler depression, stress eller angst som følge af den betydelige belastning.

Det kan eksempelvis være angst for at være **pædofil, homoseksuel, ond eller psykopatisk**, selv om tankerne opleves som stærkt uønskede og strider imod personens egne værdier og ønsker. Andre kan være bange for at **skade mennesker, de holder af**, for eksempel deres børn, partner eller andre familiemedlemmer. Nogle bliver bange for knive, fordi de får tanken: *"Hvad hvis jeg mister kontrollen og stikker nogen, jeg elsker?"* Andre kan være bange for ikke at elske deres børn eller partner rigtigt og begynder derfor gentagne gange at mærke efter, om følelserne er stærke nok.

Seksuel orientering er ikke i sig selv en sygdom eller moralsk fejl. Ved OCD om seksuel orientering er behandlingsmålet at reducere tvivlen, kontrollen og tvangshandlingerne. Målet er ikke at ændre eller garantere en bestemt orientering.

Andre klassiske temaer kan være angst for at have begået noget kriminelt eller umoralsk uden at kunne huske det, angst for at have kørt nogen ned uden at opdage det, angst for at have smittet eller skadet andre, overdreven skyldfølelse, religiøse eller blasfemiske tanker, seksuelle tanker, som opleves som uacceptable, eller frygt for at miste kontrollen og pludselig gøre noget farligt.

Det er vigtigt at understrege, at sådanne tanker i sig selv ikke fortæller, hvad personen ønsker at gøre. Ved OCD er det ofte netop, fordi tankens indhold opleves som så fremmed, skræmmende eller moralsk uacceptabelt, at personen bliver fanget i tvivl, kontrol og forsøg på at opnå sikkerhed.

Ved OCD er en uønsket tankes tilstedeværelse ikke i sig selv dokumentation for et ønske eller en intention. Vurderingen beror på hele sammenhængen. Det er særlig vigtigt ved aggressive og seksuelle temaer, som kan blive misforstået, også af fagpersoner uden erfaring med OCD (Veale et al., 2009).

OCD har en betydelig genetisk og neurobiologisk komponent, samtidig med at læring, coping og adfærd er meget vigtige for, hvordan lidelsen vedligeholdes. Den bedst dokumenterede psykoterapeutiske behandling er **kognitiv adfærdsterapi med eksponering og responshindring (ERP)**. Metakognitive og andre kognitive metoder kan anvendes som supplement eller hos udvalgte patienter, men evidensen er stærkest for ERP-baseret KAT.

Medicinsk behandling, især **SSRI**, kan også være relevant. SSRI er lægemidler, som påvirker signalstoffet serotonin ved at hæmme dets genoptagelse mellem nerveceller. Det ældre antidepressivum **clomipramin** har ligeledes dokumenteret effekt. Valget mellem psykoterapi, medicin eller en kombination afhænger blandt andet af sværhedsgrad, tidligere behandling og patientens ønsker.

Ved meget svær OCD, som ikke har reageret tilstrækkeligt på omfattende behandling, kan højt specialiserede behandlinger af hjernens netværk i sjældne tilfælde overvejes. Disse muligheder beskrives senere (Abramowitz et al., 2026).

Sygdomsangst og helbredsangst

I artiklen bruges **sygdomsangst** og **helbredsangst** som betegnelser for samme problemområde. I ICD-11 hedder diagnosen **Hypochondriasis (health anxiety disorder)** og har koden **6B23**.

Diagnosen er primært placeret blandt **tvangsprægede og beslægtede lidelser**. Den er samtidig sekundært krydsklassificeret blandt **angst- og frygtrelaterede lidelser**, hvilket betyder, at WHO også henviser til den under denne gruppe. Det afspejler dens fællestræk med begge områder (WHO, 2024).

Hvad kendetegner sygdomsangst?

Det centrale er en vedvarende og belastende optagethed af muligheden for at have eller udvikle en alvorlig, fremadskridende eller livstruende sygdom. Personen kan have få eller ingen væsentlige kropslige symptomer. Almindelige fornemmelser eller mindre forandringer kan blive fortolket som tegn på noget alvorligt.

Sygdomsfrygten ledsages typisk af en eller begge af følgende former for adfærd:

1. **Overdreven sygdomsrelateret aktivitet**, eksempelvis gentagen undersøgelse af kroppen, måling af værdier, søgning efter sygdomsinformation, gentagne lægebesøg eller forsøg på at få andre til at forsikre én om, at der ikke er noget alvorligt galt.
2. **Uhensigtsmæssig undgåelse**, eksempelvis at undgå læger, hospitaler, prøver eller sygdomsinformation, fordi man frygter, hvad man kan få at vide.

Tilstanden skal medføre betydelig lidelse eller funktionspåvirkning. ICD-11 angiver ved denne diagnose ikke et bestemt minimumsantal måneder, men kræver, at optagetheden er vedvarende og klinisk betydningsfuld. Relevant medicinsk vurdering indgår i udredningen (WHO, 2024).

Også ved sygdomsangst beskriver ICD-11 graden af indsigt. Ved **god eller rimelig indsigt** kan personen overveje, at sygdomsfrygten eller de tilhørende handlinger er overdrevne. Ved **ringe eller manglende indsigt** er personen gennemgående langt mere overbevist om sine sygdomsrelaterede forestillinger.

Sygdomsangst og vedvarende kropslige symptomer

I ICD-10 hørte hypokondri til gruppen af **somatoforme lidelser**. Det var en gruppe diagnoser, hvor kropslige symptomer og optagethed af fysisk sygdom stod centralt.

En **somatiseringstilstand** var kendetegnet ved mange tilbagevendende eller skiftende kropslige symptomer, som ikke blev tilstrækkeligt forklaret af lægelige fund. Betegnelsen betød ikke, at symptomerne var opdigtede. Ved hypokondri var frygten for eller overbevisningen om alvorlig sygdom mere fremtrædende.

I ICD-11 findes blandt andet **Bodily Distress Disorder**, en lidelse præget af vedvarende kropslige symptomer og en uforholdsmæssigt stor opmærksomhed og belastning knyttet til dem. Her fylder symptomerne og deres konsekvenser typisk mest. Ved sygdomsangst står frygten for en alvorlig sygdom mere centralt.

Bodily Distress Disorder kræver ikke, at symptomerne er medicinsk uforklarede. En person kan have en fysisk sygdom og samtidig have en vedvarende, uforholdsmæssigt omfattende optagethed af symptomerne. Det afgørende er en samlet vurdering af reaktionen i forhold til den konkrete helbredstilstand (WHO, 2024).

Hvad kan holde sygdomsangsten i gang?

Et lægebesøg eller et normalt prøvesvar kan give lettelse. Men hos en person med sygdomsangst kan tvivlen hurtigt vende tilbage: *"Har lægen overset noget?", "var prøven tilstrækkelig?"* eller *"kan sygdommen være opstået bagefter?"*

Søgning på internettet kan have samme forløb. Personen søger beroligelse, men hæfter sig især ved alvorlige sygdomme, som et almindeligt symptom også kan optræde ved. Resultatet bliver måske endnu mere søgning og mere tvivl.

Konstant opmærksomhed på kroppen kan gøre almindelige variationer mere fremtrædende. Omvendt kan omfattende undgåelse af sygdomsinformation eller nødvendig undersøgelse fastholde forestillingen om, at informationen er uudholdelig. I begge tilfælde kan personen få stadig færre erfaringer med at håndtere almindelig usikkerhed om helbredet.

Det er derfor vigtigt at skelne mellem **relevant sundhedsadfærd** og **gentagne kontrolforsøg, der ikke giver varig afklaring**. Et lægebesøg er ikke i sig selv sikringssøgende adfærd i uhensigtsmæssig forstand. Funktionen, omfanget og den lægelige sammenhæng er afgørende (Fink, 2025).

Sårbarhed, erfaringer og andre lidelser

Årsagerne til sygdomsangst er **multifaktorielle**, hvilket betyder, at flere forhold kan spille sammen. Tvillingeforskning peger på både genetiske og miljømæssige bidrag. I et studie forklarede miljømæssige forskelle størstedelen af variationen mellem deltagerne efter hensyntagen til deres fysiske sygdomme. Det identificerer dog ikke én bestemt miljøpåvirkning som årsag.

Læring gennem forældre eller andre, erfaringer med egen sygdom, sygdom eller dødsfald blandt nærtstående og belastende møder med sundhedsvæsenet kan være relevante i den enkeltes historie. Stress, uklare prøvesvar og sygdomshistorier i medierne kan også udløse eller forstærke bekymring.

Der kan desuden forekomme **iatrogene påvirkninger**. Det betyder, at bekymringer utilsigtet bliver udløst eller forstærket af sundhedsvæsenets undersøgelser, information eller behandling. Hos andre kan der ikke findes nogen tydelig udløsende begivenhed. Barndomstraumer er således ikke en nødvendig forklaring på sygdomsangst (Fink, 2025).

Sygdomsangst kan forekomme sammen med blandt andet depression, GAD, panikangst eller OCD. Forekomsten af samtidige lidelser varierer mellem undersøgelser og patientgrupper.

Nogle har desuden høj **negativ affektivitet**, altså en generel tilbøjelighed til ofte at opleve eksempelvis bekymring, tristhed, irritabilitet eller skyld. **Neuroticisme** er et beslægtet personlighedsbegreb, som beskriver følelsesmæssig følsomhed over for belastning og usikkerhed. Sådanne træk kan være en del af personens sårbarhed, men sygdomsangst forudsætter ikke en personlighedsforstyrrelse.

Forekomst og behandling

Den danske Lægehåndbog angiver et estimat på omkring **3,1 %** med helbredsangst i befolkningen, heraf omkring **1,7 % i svær grad**. Tallene bygger på bestemte undersøgelser og deres definitioner af helbredsangst og er ikke en direkte opgørelse efter de nye ICD-11-kriterier.

I en dansk undersøgelse af 18 til 65-årige, som henvendte sig til almen praksis med et nyt helbredsproblem, blev helbredsangst fundet hos omkring **9,5 %**, mens yderligere **2,5 %** havde en mildere form. Langt de fleste deltagere havde altså ikke helbredsangst. Et nyt symptom eller et lægebesøg er ikke i sig selv udtryk for en psykisk lidelse (Fink et al., 2004; Fink, 2025).

Helbredsangst forekommer hos både mænd og kvinder og på tværs af aldersgrupper. De præcise fordelinger varierer med undersøgelse og definition.

Kognitiv adfærdsterapi har et omfattende specifikt forskningsgrundlag ved sygdomsangst. Behandlingen kan blandt andet omfatte arbejde med katastrofale fortolkninger, eksponering, mindre gentagen kontrol og større tolerance for usikkerhed. Andre tilgange, herunder ACT, metakognitiv terapi og mindfulnessbaseret kognitiv terapi, har også vist effekt.

En netværksmeta-analyse fra 2026, som sammenlignede behandlinger på tværs af 35 forsøg, fandt blandt andet effekt af disse tilgange sammenlignet med venteliste. Det betyder ikke, at de er lige godt undersøgt, eller at én metode er dokumenteret bedst for alle patienter (Lai et al., 2026).

Medicin kan også være relevant efter lægelig vurdering, især ved svære symptomer eller samtidige lidelser. De psykologiske metoder gennemgås nærmere i kapitel 4.

Sygdomsangst i praksis: risiko, undersøgelser og vejen ud af bekymringen

Når en tidligere sygdomserfaring bliver forklaringen på et nyt symptom

Som beskrevet ovenfor kan sygdom hos én selv eller ens nærmeste få betydning for, hvordan man senere fortolker kroppen. Det, vi tidligere har oplevet, hørt eller læst, kan påvirke, hvilken forklaring vi først kommer i tanke om.

Forestil dig en ung mand, hvis far tidligere har haft kræft og i den forbindelse havde hævede lymfeknuder. Da den unge mand senere mærker en lymfeknude på halsen under en forkølelse, kommer tanken næsten øjeblikkeligt: *"Det var sådan, det begyndte hos min far. Hvad hvis det også er kræft hos mig?"*

Reaktionen er forståelig. Han sammenligner ikke blot to kropslige fund. Han bliver også mindet om en erfaring, som er forbundet med sygdom, usikkerhed og måske frygten for at miste sin far.

Eksemplet kan illustrere **tilgængelighedsheuristik**, som kan give anledning til **tilgængelighedsbias**. En heuristik er en mental tommelfingerregel, og en bias er en systematisk skævhed i vurderingen. Her vurderer man sandsynligheden ud fra, hvor let relevante eksempler kommer frem i hukommelsen. En stærk personlig erfaring kan derfor få større vægt end mere upersonlig viden om, hvor almindelige forskellige årsager er.

Reference: Tversky A, Kahneman D. Availability: A heuristic for judging frequency and probability. Cognitive Psychology. 1973;5(2):207-232. DOI: 10.1016/0010-0285(73)90033-9.

Den forklaring, der kommer hurtigst i tanke, er ikke nødvendigvis den mest sandsynlige

Hvis den unge mand samtidig bliver meget bange, kan følelsen få yderligere betydning: *"Når jeg reagerer så voldsomt, må der være noget alvorligt galt."* Her kan der opstå **emotionel ræsonnering**, altså at man bruger sin følelsesmæssige reaktion som bevis for sin vurdering af situationen.

Eksperimentel forskning har vist, at mennesker med angstproblemer kan tillægge oplysninger om en angstreaktion betydning for deres vurdering af fare, ud over den konkrete information om situationen. Undersøgelsen omfattede forskellige angstlidelser, ikke specifikt sygdomsangst.

Reference: Arntz A, Rauner M, van den Hout M. "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(8):917-925. DOI: 10.1016/0005-7967(95)00032-S.

Angsten er virkelig. Men dens styrke afgør ikke, hvilken sygdom et symptom skyldes

Samspillet mellem kroppens reaktioner, opmærksomheden og den betydning, man tillægger oplevelsen, uddybes senere i dette kapitel under **"Trusselsreaktioner, opmærksomhed og bekymringer"**. I kapitel 4 vender vi tilbage til, hvordan en fortsat følelse af uro kan blive et argument for at genåbne et spørgsmål, som allerede er undersøgt tilstrækkeligt.

Et symptom er ikke en diagnose

Når man læser om en alvorlig sygdom, møder man ofte en liste over mulige symptomer. Problemet opstår, hvis man vender sammenhængen om: *"Sygdommen kan give dette symptom. Derfor må mit symptom være et stærkt tegn på sygdommen."*

Men det er to forskellige spørgsmål:

Hvor ofte forekommer symptomet hos mennesker med sygdommen?

Hvor ofte har mennesker med symptomet faktisk sygdommen?

Lymfeknudeeksemplet kan gøre forskellen tydelig. Et klassisk hollandsk almenpraksisstudie fra 1988 anslog, at malign sygdom, altså kræft, forklarede omkring **0,4 procent** af tilfældene med uforklaret lymfeknudesvulst hos personer under 40 år. Det er et ældre estimat fra en bestemt klinisk sammenhæng, ikke en præcis risiko for enhver person med en hævet lymfeknude.

Reference: Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. Journal of Family Practice. 1988;27(4):373-376. PMID: 3049914.

De 0,4 procent svarer til cirka **fire ud af 1.000**. Forestil dig, at hver person får ét sekund. Hele gruppen fylder da **16 minutter og 40 sekunder**. De fire personer repræsenterer **fire sekunder**.

Billedet gør proportionerne synlige. Det betyder ikke, at præcis fire personer i enhver gruppe på 1.000 har kræft. Det betyder heller ikke, at den unge mands risiko kan beregnes ud fra tallet. Undersøgelsen handlede om **uforklaret lymfeknudesvulst**, ikke specifikt om halslymfeknuder under forkølelse. Tallet erstatter ikke en lægelig vurdering.

Ved migræne findes et andet relevant forskningsfund. Et **prospektivt studie**, hvor deltagerne blev fulgt fremad i tiden, omfattede **39.534 kvinder**, som blev fulgt gennem gennemsnitligt **15,8 år**. Forskerne fandt ingen statistisk sikker øget risiko for senere hjernetumor hos kvinder med migræne sammenlignet med kvinder uden hovedpine. Der forekom dog forholdsvis få tumorer, så undersøgelsen beviste ikke, at risikoen var nøjagtig ens.

Studiet undersøgte fremtidige tumordiagnoser. Det var ikke en undersøgelse af, om en konkret ny hovedpine var symptom på en allerede tilstedeværende tumor.

Reference: Kurth T, Buring JE, Rist PM. Headache, migraine and risk of brain tumors in women: prospective cohort study. The Journal of Headache and Pain. 2015;16:17. DOI: 10.1186/s10194-015-0501-0.

Eksemplerne skal ikke bruges til at love, at man aldrig bliver syg. De skal hjælpe med at skelne mellem **en mulig forklaring og en sandsynlig forklaring**.

Ved sygdomsangst kan den alvorlige mulighed komme til at optage næsten hele opmærksomheden. Spørgsmålet *"Er det en almindelig hovedpine eller en hjernetumor?"* kan føles, som om de to forklaringer nødvendigvis er lige sandsynlige. Men det følger ikke af, at man kan opstille to muligheder.

Når mere information ikke giver mere sikkerhed

Det er nærliggende at tænke, at sygdomsangst må forsvinde, når man får tilstrækkelig information. Som beskrevet i det foregående sygdomsangstafsnit kan viden og normale undersøgelsesresultater imidlertid blive efterfulgt af nye spørgsmål. Det afgørende er derfor også, **hvordan informationen bruges, og hvornår man mener at have fået nok**.

Man kan eksempelvis kende mange almindelige forklaringer på hovedpine, men alligevel tænke: *"Det hjælper ikke, at det næsten altid er noget andet. Jeg kunne jo være undtagelsen."*

Så er opgaven ikke længere blot at korrigere en faktuel misforståelse. Man må også undersøge kravet om sikkerhed. Skal en sygdom kunne udelukkes fuldstændigt, før personen tør lade spørgsmålet ligge?

Internettet kan blive en del af denne proces. En søgning begynder måske som et forsøg på afklaring, men hvert svar giver anledning til nye spørgsmål. Et normalt prøvesvar efterfølges af søgninger på prøver, som kan overse sygdom. En almindelig forklaring efterfølges af søgninger på sjældne undtagelser.

Cyberchondria betegner et mønster med overdreven eller gentagen helbredsrelateret informationssøgning på nettet, som er forbundet med bekymring og belastning. En systematisk gennemgang og **meta-analyse**, altså en statistisk sammenfatning af forskningsresultater, fandt en tydelig sammenhæng mellem cyberchondria og helbredsangst. Det viser ikke, at internettet alene er årsagen, eller at almindelig søgning efter sundhedsoplysninger er skadelig.

Reference: Schenkel SK, Jungmann SM, Gropalis M, Witthöft M. Conceptualizations of Cyberchondria and Relations to the Anxiety Spectrum: Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 2021;23(11):e27835. DOI: 10.2196/27835.

Et nyttigt spørgsmål er derfor:

Får jeg ny information, som ændrer en relevant beslutning, eller forsøger jeg at få den sidste rest af usikkerhed til at forsvinde?

I kapitel 4 undersøges denne forskel blandt andet under spørgsmålene til underliggende antagelser.

Hvorfor endnu en undersøgelse ikke altid giver varig tryghed

Et normalt undersøgelsesresultat kan være lægeligt vigtigt, uden at det giver den følelsesmæssige sikkerhed, personen søger. Der kan stadig komme en ny tanke: *"Var undersøgelsen grundig nok? Kan noget være overset? Kan sygdommen være opstået bagefter?"*

En systematisk gennemgang af **14 randomiserede forsøg med 3.828 patienter** undersøgte diagnostiske tests i situationer, hvor sandsynligheden for alvorlig sygdom på forhånd var lav. I randomiserede forsøg fordeles deltagerne ved lodtrækning til forskellige undersøgelses- eller behandlingsbetingelser, så man bedre kan vurdere virkningen.

Forskerne fandt ikke nogen sikker samlet reduktion i sygdomsbekymring eller generel angst. Undersøgelserne kunne muligvis reducere senere lægebesøg lidt, men havde samlet begrænset beroligende effekt.

Reference: Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine. 2013;173(6):407-416. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.2762.

Deltagerne havde forskellige symptomer og ikke nødvendigvis diagnosticeret sygdomsangst. Resultatet betyder heller ikke, at lægelig forklaring, omsorg eller en nødvendig undersøgelse er uden værdi. Det viser, at **en ekstra test ikke uden videre er en behandling for vedvarende sygdomsbekymring**.

Sygdomsangst kan samtidig føre i to retninger. Nogle søger gentagen afklaring. Andre undgår lægen eller prøvesvaret, fordi de frygter, hvad de kan få at vide. I et klinisk studie skiftede mange af deltagerne med *illness anxiety disorder*, en sygdomsangstdiagnose i det amerikanske diagnosesystem, mellem at søge og undgå sundhedshjælp.

Reference: Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. Journal of Psychosomatic Research. 2017;101:31-37. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.07.010.

Behandlingsmålet kan derfor ikke være, at alle skal gå mindre til lægen. Hos den undgående person kan det netop være nødvendigt at øve sig i at gennemføre en relevant undersøgelse.

Målet er at gå relevant til lægen, ikke at gå så lidt eller så meget som muligt

At finde mere sygdom er ikke det samme som at forbedre helbredet

En anden forståelig tanke er: *"Hvis jeg bliver undersøgt grundigt og ofte, må jeg have større mulighed for at få alvorlig sygdom opdaget i tide."*

Tidlig diagnostik kan være værdifuld. Men gevinsten afhænger af, hvad man undersøger for, hvem man undersøger, og om fundet fører til en indsats, der forbedrer udfaldet.

En Cochrane-gennemgang omfattede **17 randomiserede forsøg med generelle helbredstjek**, hvoraf 15 rapporterede resultater fra i alt **251.891 deltagere**. Gennemgangen fandt, at sådanne helbredstjek havde lille eller ingen effekt på samlet dødelighed og kræftdødelighed.

Det gjaldt brede helbredstjek hos voksne, som ikke var udvalgt på grund af en bestemt sygdom eller risikofaktor. Resultaterne er ikke et argument imod målrettet screening, lægeligt begrundede prøver eller kontrol af kendt sygdom. **Screening** betyder her undersøgelser, som tilbydes uden forudgående symptomer på den sygdom, man leder efter.

Reference: Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;(1):CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.

Det er også vigtigt at skelne mellem to forskellige problemer ved undersøgelser. **Et falsk positivt fund** giver mistanke om en sygdom, som efterfølgende ikke bliver bekræftet. **Overdiagnostik** er noget andet: Her finder man en reel forandring eller sygdom, som aldrig ville have givet symptomer eller forkortet personens liv. Et fund kan dermed være korrekt uden at være til gavn at opdage.

Et norsk studie undersøgte sammenhængen mellem helbredsangst og senere kræftdiagnoser gennem **13,2 års opfølgning**. Mænd med høj helbredsangst fik flere kræftdiagnoser, mens der ikke blev fundet en statistisk sikker sammenhæng hos kvinder. Der var heller ikke en sikker sammenhæng med, om kræften havde spredt sig ved diagnosen.

Studiet kunne ikke afgøre, om forskellen skyldtes nyttig tidligere opdagelse, overdiagnostik eller andre forhold. **Det undersøgte ikke, om den ekstra diagnostik forlængede livet.** Man kan derfor hverken konkludere, at bekymringen reddede mændene, eller at undersøgelserne var uden nytte.

Reference: Knudsen AK, Berge LI, Skogen JC, Veddegjærde KE, Wilhelmsen I. The prospective association between health anxiety and cancer detection: A cohort study linking

the Hordaland Health Study (HUSK) with the Norwegian Cancer Registry. Journal of Psychosomatic Research. 2015;79(2):148-152. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.002.

Flere undersøgelser kan give flere fund. Det er ikke i sig selv dokumentation for et bedre helbred eller et længere liv

Dette hænger sammen med den tidligere beskrevne forskel mellem bekymring og problemløsning. I kapitel 4 vender vi tilbage til den under **"Problem eller bekymring"** og under **antagelse 7: "Jeg løser problemer ved at bekymre mig."**

Hvad betyder forskningen om sygdomsangst og dødelighed?

Nogle forskningsresultater kan blive særligt svære at læse, når man allerede har sygdomsangst. En overskrift om øget dødelighed kan straks blive til: *"Nu er min angst også farlig. Jeg må få den væk, før den skader mig."*

Et svensk registerstudie sammenlignede **4.129 personer med diagnosticeret hypokondri med 41.290 kontrolpersoner**. Et registerstudie anvender allerede registrerede oplysninger, eksempelvis om diagnoser og dødsfald.

Under opfølgningen døde **6,5 procent mod 4,3 procent**. Det var andele gennem opfølgningsperioden, ikke årlige dødsrisici. Der fandtes øget dødelighed af både naturlige og unaturlige årsager, herunder selvmord.

Fundet skal tages alvorligt, men fortæller ikke, at selve angstfølelsen forårsagede dødsfaldene. Gruppen havde ofte andre psykiske lidelser. Sammenhængen blev mindre i supplerende analyser, som tog højde for disse, men den samlede overdødelighed var fortsat statistisk sikker. Mulige livsstilsforklaringer var heller ikke fuldt undersøgt.

Studiet kan derfor ikke afgøre, hvor meget selve sygdomsangsten bidrog, eller beregne, hvor mange leveår en bestemt person mister.

Reference: Mataix-Cols D, Isomura K, Sidorchuk A, et al. All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Individuals With Hypochondriasis. JAMA Psychiatry. 2024;81(3):284-291. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.4744. Publiceret online i december 2023.

Et norsk studie af **7.052 personer** fandt tilsvarende, at **6,1 procent med høj helbredsangst mod 3,0 procent blandt de øvrige** udviklede iskæmisk hjertesygdom under opfølgningen. Iskæmisk hjertesygdom er sygdom med utilstrækkelig blodforsyning til hjertemusklen.

Sammenhængen bestod efter statistisk justering for flere almindelige hjerte-kar-risikofaktorer. **Justering** betyder, at forskerne forsøger at tage højde for andre forskelle

mellem grupperne. Det gør sammenligningen mere oplysende, men beviser ikke i sig selv en årsagssammenhæng. Helbredsangsten var her målt med et spørgeskema, ikke ved en klinisk diagnose.

Reference: Berge LI, Skogen JC, Sulo G, et al. Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. BMJ Open. 2016;6(11):e012914. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012914.

Disse undersøgelser understøtter, at mennesker med sygdomsangst skal have deres **samlede psykiske og fysiske helbred taget alvorligt**. De giver ikke grundlag for at omdanne enhver bekymring eller kropslig angstreaktion til et tegn på, at man er ved at skade sig selv.

Her er forbindelsen til den tidligere beskrevne **Type 2-bekymring** vigtig. Den første bekymring kan være: *"Hvad hvis jeg har kræft?"* Den næste bliver: *"Hvad hvis min bekymring gør mig syg?"* Så får personen endnu flere tanker, følelser og kropslige signaler at overvåge.

I den metakognitive forståelse bliver frygten for bekymringen dermed selv en del af den vedligeholdende proces. Det er en anvendelse af Wells' model, ikke noget, mortalitetsstudierne i sig selv har undersøgt.

Reference til modellen: Wells A. A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy. 1999;6(2):86-95.

I kapitel 4 undersøges netop dette under **antagelse 11**, som handler om, at bekymringer, tanker og følelser opleves som farlige eller ukontrollable. Spørgsmålene hjælper blandt andet med at skelne mellem en kraftig indre reaktion og dokumentation for skade samt mellem gruppestatistik og en konklusion om ens eget helbred.

Opgaven er ikke at opnå fuldstændig kontrol over hver angstreaktion. Den er at få hjælp til sygdomsangsten og tage vare på helbredet uden at gøre den mentale overvågning endnu mere omfattende.

Når personen siger: Men jeg kunne jo være en af de få

Statistiske oplysninger kan give perspektiv, men de kan ikke fjerne alle undtagelser. Personen kan derfor svare: *"Det kan godt være, at risikoen er lille. Men jeg kunne stadig være en af dem."*

Det er rigtigt. Behandlingen skal ikke bygge på et løfte om, at man aldrig kan blive syg. Den skal undersøge, **hvilken betydning den resterende mulighed får for ens handlinger og liv**.

Man kan eksempelvis spørge:

Hvad taler i netop denne situation for, at den alvorlige forklaring er sandsynlig? Bruger du nye oplysninger, eller bruger du styrken af din angst? Hvad vil være et tilstrækkeligt grundlag for at gå videre, også selv om du ikke føler dig helt sikker?

Et andet spørgsmål er:

Hvis du allerede har handlet relevant, hvad tilfører yderligere en times bekymring?

Som tidligere beskrevet kan bekymring gøre én opmærksom på et problem, som bør håndteres. Men denne opmærksomhed skal skelnes fra den gentagne mentale gennemgang, som fortsætter, efter at den relevante handling eller plan er på plads.

I det næste hovedafsnit, **"Forskelle og ligheder mellem OCD, GAD og sygdomsangst"**, beskrives vanskelighederne ved at leve med usikkerhed som et fælles problemområde. I kapitel 4 kan man arbejde mere konkret med det under **antagelse 4: "Jeg føler mig kun sikker, hvis jeg bekymrer mig, fordi jeg ikke kan leve med uvished og tvivl."**

Tallene skal bruges til at korrigere proportionerne, ikke som en sætning, man skal gentage for sig selv, hver gang man bliver bange. Hvis man føler sig nødt til igen og igen at kontrollere, at risikoen stadig er lille, kan statistik selv blive en ny sikkerhedsstrategi.

Fra forståelse til en anden måde at reagere på

Lad os vende tilbage til den unge mand med lymfeknuden. I dette tænkte behandlingseksempel er han blevet lægeligt vurderet, og der er lagt en plan for eventuel opfølgning. Alligevel mærker han gentagne gange på halsen, søger efter symptomer på nettet og beder andre om at forsikre ham om, at det ikke er kræft.

I **kognitiv adfærdsterapi, KAT**, undersøger man både hans fortolkning og den adfærd, der følger efter. Hvad tænker han, lymfeknuden betyder? Hvilke andre forklaringer er relevante? Hvad er den frygtede konsekvens, hvis han ikke kontrollerer igen?

En teknik kaldes **den nedadgående pil**. Terapeuten spørger videre til betydningen af en tanke: *"Hvis det var sådan, hvad ville det så betyde for dig?"* På den måde kan man undersøge, hvad der ligger bag den umiddelbare frygt.

Måske er han ikke kun bange for selve sygdommen, men også for, at lægen overser den, at han bliver hjælpeløs, eller at hans familie skal gennemleve det samme igen. Spørgsmålene afdækker betydningen. De er ikke i sig selv et bevis for, at tanken er forkert.

I **metakognitiv terapi, MCT**, undersøger man især, hvordan han forholder sig til tankerne, og hvilke antagelser der får ham til at fortsætte bekymring, analyse og kontrol. Som beskrevet i begyndelsen af kapitel 1 kan en positiv metakognitiv antagelse være: *"Hvis jeg tænker grundigt nok over det og holder øje med kroppen, opdager jeg sygdommen i tide."* En negativ kan være: *"Når jeg først får tanken, kan jeg ikke stoppe, og bekymringen vil skade mig."*

De to tilgange overlapper, men lægger forskellig vægt på spørgsmålene. KAT kan undersøge fortolkningen af lymfeknuden og den efterfølgende sikkerhedsadfærd. MCT undersøger blandt andet, om den fortsatte mentale bearbejdning er nødvendig, og om han kan forholde sig anderledes til tanken.

I kapitel 4 beskrives disse vedligeholdende processer samlet under **det kognitive opmærksomhedssyndrom**, på engelsk *Cognitive Attentional Syndrome*, forkortet **CAS**. Det omfatter især vedvarende bekymring og grubleri, opmærksomhed rettet mod mulige trusler og kontrolstrategier, som fastholder bearbejdningen. Det er et begreb i den metakognitive model, ikke en selvstændig diagnose.

Et **adfærdseksperiment** er en planlagt øvelse, hvor man undersøger en konkret forventning gennem erfaring. Den unge mand kan eksempelvis forudsige: *"Hvis jeg ikke undersøger halsen eller googler igen, kan jeg ikke koncentrere mig om noget andet."*

Derefter øver han sig i et aftalt tidsrum i at deltage i en almindelig aktivitet uden den ekstra kontrol, mens den lægelige plan fortsat følges.

Det, man undersøger, er ikke, om øvelsen beviser, at han aldrig får kræft. Man undersøger, om han kan deltage i en aktivitet, selv om tanken kommer, og om opmærksomheden er mere fleksibel, end han forventede.

Han kan eksempelvis registrere: *"Der kom sygdomstanken igen."* Derefter øver han sig i at lade den være uden straks at analysere eller tilbagevise den.

Det er et eksempel på **afkoblet opmærksomhed**, på engelsk *detached mindfulness*: at registrere en tanke uden automatisk at fortsætte analyse, undertrykkelse eller forsøg på at ændre dens indhold. Målet er ikke at skubbe tanken væk, men at få mindre behov for at følge den videre.

Reference: Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2005;23(4):337-355. DOI: 10.1007/s10942-005-0018-6.

I kapitel 4 uddybes teknikken under **"Afkoblet opmærksomhed"**. Her forklares også forskellen mellem at lade en tanke være til stede og at bruge en aktivitet som flugt fra den. Under **"Bekymringsudsættelse og 'bekymringsrum'"** beskrives en anden måde at undersøge, om den videre bekymringsproces kan udsættes.

Disse teknikker skal ikke udføres perfekt. Hvis man begynder at kontrollere, om tanken nu er væk, eller om afkoblingen er lykkedes, kan selve øvelsen blive endnu et kontrolprojekt.

At passe på helbredet uden at lade kontrollen overtage

Behandlingen skal have to spor samtidig. Det ene er relevant sundhedsadfærd og lægelig vurdering. Det andet er arbejdet med den ekstra overvågning, analyse, kontrol og undgåelse, som begrænser livet.

En sygdomsangstdiagnose må ikke bruges som begrundelse for at afvise nye symptomer. Omvendt behøver en tilbagevendende bekymring ikke automatisk at føre til endnu en undersøgelse. Det er den konkrete helbredsmæssige sammenhæng, ikke angstens styrke alene, der skal afgøre, hvad der er relevant.

I kapitel 4 kan man undersøge den overdrevne kropskontrol under **antagelse 12: "Jeg er nødt til hele tiden at holde øje med mine tanker, følelser, min krop eller omgivelserne, ellers overser jeg noget farligt."** Her beskrives **trusselsovervågning**, altså vedvarende opmærksomhed rettet mod mulige faresignaler. Spørgsmålene handler om den ekstra overvågning, ikke om at opgive almindelig opmærksomhed eller aftalt lægelig kontrol.

Der er samtidig god grund til håb. En meta-analyse af kognitiv adfærdsterapi ved helbredsangst fandt, at omkring **to tredjedele opnåede behandlingsrespons**, altså en klinisk betydningsfuld bedring. Knap halvdelen opnåede **remission**, hvilket i de pågældende undersøgelser betød, at de ikke længere opfyldte diagnosen eller lå under en fastsat symptomgrænse.

Definitionerne og resultaterne varierede mellem undersøgelserne. Tallene er ikke en garanti for den enkelte, men viser, at sygdomsangst kan ændres betydeligt gennem behandling.

Reference: Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2019;19(6):663-676. DOI: 10.1080/14737167.2019.1703182.

Fremskridt behøver ikke først at vise sig ved, at alle sygdomstanker forsvinder. De kan vise sig ved kortere bekymringsperioder, mindre kontrol, lettere tilbagevenden til en samtale eller større frihed til at gøre noget vigtigt, mens en vis uro stadig er til stede.

Kapitel 4 er tænkt som hjælp til dette arbejde. Under antagelse 1, **"Bekymringer hjælper mig med at forhindre sygdomme eller ulykker i at ske"**, findes spørgsmål, som undersøger bekymringens påståede beskyttelse. De øvrige spørgsmål kan hjælpe med at undersøge behovet for sikkerhed, gentagen analyse, frygten for selve bekymringen og trangen til at overvåge kroppen.

Spørgsmålene er min kliniske samling af undersøgelsesredskaber, ikke en diagnostisk test og ikke en opgave, hvor alt skal besvares. Vælg dem, der passer til den antagelse, du genkender. Formålet er at forstå mønstret og blive i stand til at afprøve en anden reaktion, ikke at diskutere sig frem til fuldstændig sikkerhed.

Til sidst i kapitel 4 beskriver **"Øvelse og træning"**, hvordan forståelsen kan omsættes til konkrete ændringer i hverdagen, og hvordan man kan håndtere, at de gamle strategier vender tilbage.

Målet er ikke at blive ligeglad med kroppen. Det er at kunne tage helbredet alvorligt uden at bruge livet på at forsøge at opnå fuldstændig sikkerhed.

Forskelle og ligheder mellem OCD, GAD og sygdomsangst

Forskellene handler både om **tankernes indhold, den betydning personen tillægger dem, og de handlinger, der følger**.

Ved **OCD** er påtrængende og uønskede tanker, billeder eller impulser centrale. Personen kan forsøge at afklare deres betydning eller neutralisere dem gennem synlige eller mentale ritualer. Nogle er især plaget af en følelse af ufuldstændighed.

Ved **GAD** er bekymringerne typisk fordelt på flere almindelige livsområder. Personen kan opleve bekymring som mental forberedelse eller problemløsning og samtidig have positive metakognitive antagelser om, at det er nødvendigt at fortsætte.

Ved **sygdomsangst** er opmærksomheden især organiseret omkring helbred, kroppen og muligheden for alvorlig sygdom. Personen kan søge gentagne undersøgelser og forsikringer eller undgå dem af frygt for resultatet (WHO, 2024).

Tankerne ved OCD beskrives ofte som **egodystone**, altså jeg-fremmede. Ved GAD kan bekymringen i højere grad opleves som forståelig eller i overensstemmelse med personens måde at tænke på. Man bruger undertiden betegnelsen **egosynton** om noget, der passer med ens selvopfattelse. Denne forskel er en tendens og ikke en sikker måde at skelne diagnoserne på. Mennesker med GAD kan være stærkt plaget af deres bekymringer, og mennesker med OCD kan have ringe indsigt.

Sygdomsangst kan både handle om en sygdom, man frygter allerede at have, og om en sygdom, man frygter at udvikle. Graden af overbevisning varierer. Man kan derfor ikke skelne GAD og sygdomsangst alene ud fra, om personen mener, at sygdommen allerede er til stede.

Gentagen søgen efter beroligelse kan forekomme ved alle tre lidelser. Den kan give kortvarig lettelse og efterfølges af ny tvivl. Ved OCD kan beroligelsen indgå som en tvangshandling, men også mennesker med GAD eller sygdomsangst kan blive fanget i gentagne spørgsmål og kontrolforsøg.

Et fælles problem kan være **intolerance over for usikkerhed**, altså store vanskeligheder ved at leve med, at et spørgsmål ikke kan afgøres fuldstændigt. Personen kan tillægge en lille mulighed så stor betydning, at den næsten behandles som en sandsynlighed eller en forestående katastrofe.

Forskellige måder at forholde sig til usikkerhed på

Uhensigtsmæssig antagelse: Usikkerhed betyder, at noget sandsynligvis går galt.
Mere realistisk forståelse: Usikkerhed betyder, at udfaldet ikke er kendt. Den fortæller ikke i sig selv, at udfaldet bliver dårligt.

Uhensigtsmæssig antagelse: Hvis noget går galt, bliver det katastrofalt.
Mere realistisk forståelse: Et problem kan have mange forskellige udfald. Det værst tænkelige er ikke automatisk det mest sandsynlige.

Uhensigtsmæssig antagelse: Jeg kan ikke håndtere problemer.
Mere realistisk forståelse: Jeg har tidligere håndteret vanskeligheder og kan ofte finde hjælp eller løsninger, selv om jeg ikke har forudset alt.

Uhensigtsmæssig antagelse: Usikkerhed er uacceptabel og uudholdelig.
Mere realistisk forståelse: Usikkerhed er en del af tilværelsen. Jeg kan øve mig i at handle og leve, mens en vis tvivl stadig er til stede.

Eksempler på typiske OCD-tanker

De følgende eksempler viser nogle almindelige temaer. De udgør ikke en diagnostisk test. Har man primært GAD eller sygdomsangst, kan man springe dette og de efterfølgende OCD-specifikke afsnit over.

1. *"Selv om jeg aldrig har oplevet seksuel tiltrækning til børn, hvad så hvis jeg alligevel er pædofil og kunne finde på at forgribe mig på mit barn eller andre børn, selv om det er det sidste, jeg ønsker?"*
2. *"Selv om jeg altid har været tiltrukket af kvinder og opfatter mig som heteroseksuel, hvad så hvis jeg alligevel er homoseksuel?"* Tilsvarende tvivl kan forekomme hos en homoseksuel person, som bliver optaget af, om vedkommende i virkeligheden er heteroseksuel. Eksemplet handler om tvangsmæssig tvivl, ikke om at én orientering er rigtig og en anden forkert.
3. *"Jeg elsker min mand og mit barn, men nogle gange kan jeg ikke mærke følelsen. Betyder det, at jeg ikke elsker dem, og at jeg er en dårlig hustru og mor?"*
4. *"Hvad hvis jeg pludselig mister kontrollen og skader mig selv eller nogen, jeg holder af? Hvad hvis jeg stikker en kniv i dem, skubber dem ned ad trappen eller springer ud fra et højt sted, selv om jeg ikke ønsker at gøre det?"*
5. *"Har jeg mon gjort, sagt eller skrevet noget grænseoverskridende, som har gjort nogen kede af det eller vrede på mig?"*

6. *”Har jeg rørt ved noget urent eller farligt, eksempelvis et håndtag, penge eller et toiletsæde? Har jeg spist eller drukket noget forurenet eller indåndet farlige stoffer som kemikalier eller asbest? Kan jeg selv eller andre derfor blive syge, komme til skade eller dø, og vil det være min skyld?”*
7. *”Har jeg sendt en mail til den forkerte, afsløret sikkerhedskoder eller været inde på en forbudt hjemmeside, så jeg kan blive fyret, straffet eller bringe andre i fare?”*
8. *”Hvis jeg har bestemte seksuelle, aggressive, umoralske eller mærkelige tanker, betyder det så, at jeg er et dårligt menneske eller overtræder min moral eller religion?”*
9. *”Har jeg glemt at slukke for komfuret eller et elektrisk apparat, lukke for vandhanen, låse døren eller lukke vinduet? Kan jeg have ramt nogen på cykel eller i bil uden at opdage det og dermed være skyld i en ulykke?”*
10. *”Jeg skal føle noget bestemt i denne situation. Hvis jeg føler noget andet eller ikke kan mærke den følelse, jeg synes, jeg burde have, betyder det så, at der er noget galt med mig, eller at jeg er kold, kynisk eller et dårligt menneske?”*

Ved OCD kan sådanne temaer føre til omfattende tvivl og behov for afklaring. Men tankens indhold alene afgør hverken diagnosen eller, hvad personen ønsker at gøre. Fagpersoner skal vurdere, om der er tale om uønskede tvangstanker og ritualer eller om andre tilstande og intentioner (Veale et al., 2009).

Når forsøgene på at få sikkerhed skaber mere tvivl

En person med frygt for smitte kan vaske hænder, gå i bad eller gøre rent igen og igen. En anden kan tælle, gentage bestemte ord eller udføre bevægelser, indtil det føles rigtigt. Handlingerne giver måske lettelse, men tvivlen vender tilbage og kræver endnu en gentagelse.

Ved kontroltvang kan personen eksempelvis have set, at komfuret er slukket, og alligevel vende tilbage for at kontrollere det igen. Eksperimentel forskning viser, at gentagen kontrol kan mindske tilliden til hukommelsen, selv om den faktiske hukommelsespræstation påvirkes langt mindre. Kontrollen kan derfor skabe netop den usikkerhed, den skulle fjerne (Abbasi Jondani et al., 2023).

Påtrængende, mærkelige eller ubehagelige tanker forekommer også hos mennesker uden OCD. Forskningen viser, at **intrusive tanker**, det vil sige ufrivillige og påtrængende tanker, billeder eller impulser, er almindelige i normalbefolkningen. Det afgørende er derfor ikke blot, **at tanken opstår**, men hvilken betydning man tillægger den, hvor meget opmærksomhed den får, og om man forsøger at neutralisere den gennem mentale eller ydre ritualer.

Ved tvivl om seksualitet eller seksuel tiltrækning kan en tvangshandling være at undersøge kroppens reaktioner. Personen mærker måske efter ved synet af et barn eller en person af samme køn og forsøger at afgøre, hvad enhver fornemmelse betyder. Intens opmærksomhed og gentagne tests kan gøre kropslige fornemmelser mere fremtrædende og vanskelige at fortolke. En enkelt fornemmelse kan ikke i sig selv afgøre seksuel

orientering, præference eller intention. Den kliniske vurdering skal bygge på en langt bredere sammenhæng (Veale et al., 2009).

Ved tvivl om kærlighed kan personen tilsvarende teste, om følelsen er stærk nok. *"Mærker jeg nok, når jeg ser min partner? Føles det rigtigt, når jeg tænker på mit barn?"* Den gentagne selvobservation kan gøre det sværere at være til stede i relationen. Følelser varierer, og ambivalens eller irritation er ikke i sig selv dokumentation for, at kærlighed mangler.

Det er derfor vigtigt at undersøge processen: Giver testen brugbar viden, eller bliver den blot anledning til endnu en test? Behandlingen retter sig mod det mønster, hvor tvivlen hele tiden skal besvares, før personen tør gå videre.

Ophobning af ejendele

Nogle mennesker har meget svært ved at skille sig af med ejendele, så boligen efterhånden fyldes og bliver vanskelig at bruge. Det kan være udtryk for **hoarding disorder**, her omtalt som **ophobningslidelse**.

Lidelsen indebærer mere end at have mange ting. Vanskeligheden ved at kassere dem og den efterfølgende ophobning skal medføre væsentlige problemer. Betegnelsen *samlermani* kan være misvisende, fordi tilstanden ikke er en mani.

I ICD-11 er ophobningslidelse en selvstændig diagnose blandt tvangsprægede og beslægtede lidelser. Den kan forekomme sammen med OCD, men er ikke blot en undertype af OCD (WHO, 2024).

Trusselsreaktioner, opmærksomhed og bekymringer

Vi får hele tiden tanker, billeder, erindringer og impulser, som opstår automatisk uden en bevidst beslutning. Nogle af dem har bekymrende eller katastrofepræget indhold, men hvis vi ikke tillægger dem særlig betydning, passerer de ofte igen uden større følelsesmæssig reaktion.

Andre tanker rammer derimod noget, som personen forbinder med fare, ansvar, skyld, sygdom, tab eller andre særligt betydningsfulde temaer. Her kan tanken få langt større opmærksomhed og udløse en trusselsreaktion. Det er derfor ikke alene tankens indhold, men også **den betydning, vurdering og opmærksomhed, vi knytter til tanken**, som er afgørende for den følelsesmæssige reaktion.

Det er forsimplet at tale om amygdala som ét enkelt ”trusselcenter”, fordi flere områder og netværk i hjernen samarbejder om at registrere og reagere på fare. Man behøver imidlertid ikke kende navnene på disse områder for at forstå det vigtigste.

Amygdala er en vigtig del af hjernens trusselssystem og kan lære, at noget er forbundet med fare. Et **stimulus**, det vil sige noget vi ser, hører, lugter, mærker eller på anden måde registrerer, kan eksempelvis blive forbundet med en tidligere ubehagelig eller farlig oplevelse. Hvis vi senere møder det samme eller noget, der minder om det, kan amygdala være med til hurtigt at udløse en trusselsreaktion.

Denne reaktion kan begynde, før vi bevidst har forstået, hvad der har udløst den. Hjernen kan aktivere det **autonome nervesystem**, som er den del af nervesystemet, der automatisk regulerer blandt andet puls, vejrtrækning, sved, blodtryk og fordøjelse. Det kan give kropslige forandringer som hjertebanken, sved, ”sommerfugle” i maven, ændret vejrtrækning, kvalme, svimmelhed, muskelspændinger, mundtørhed og en generel oplevelse af uro. Kroppen bliver dermed gjort klar til at **flygte, kæmpe eller fryse**.

Amygdala fungerer ikke som et almindeligt hukommelsescenter, hvor vi bevidst kan genkalde os en tidligere hændelse. Den indgår snarere i en form for indlært trusselshukommelse, hvor hjernen har lært, at et bestemt stimulus kan være forbundet med fare.

Vi kan derfor registrere kropslige forandringer og reagere på dem, før vi bevidst har forstået, hvad der sker. Vi kan derfor reagere kropsligt og befinde os i en følelsesmæssig tilstand, før vi refleksivt har forstået eller sat ord på, hvad der sker. Når vi retter opmærksomheden mod oplevelsen, kan vi forsøge at forstå og navngive den, eksempelvis som angst.

Disse reaktioner kan derefter selv blive fortolket som tegn på, at tanken må være vigtig eller farlig: *”Når jeg reagerer så voldsomt på denne tanke, må der være noget om den.”* Her får følelsen for stor evidensværdi. Dette kaldes ofte **emotionel ræsonnering**: at man bruger sin følelsesmæssige reaktion som bevis for, hvordan virkeligheden faktisk er.

Angsten kan være virkelig, uden at den i sig selv beviser fare. Tilsvarende kan en kropslig efterreaktion fortsætte, selv om personens forståelse og følelse allerede har ændret sig.

(Hvis man bliver bange for sine kropslige angstsymptomer og udvikler panikangst eller angst for at miste kontrollen, kan man eventuelt læse ”Angsten for at miste kontrol og blive sindssyg” af Sebastian Swane.)

TEF (Thought-Event Fusion) ved især OCD

I den metakognitive OCD-model beskrives blandt andet **Thought-Event Fusion (TEF)**. TEF betyder ikke blot, at en tanke ”føles sand”. Mere præcist er det en antagelse om, at det at have en bestemt tanke enten **kan påvirke sandsynligheden for, at en hændelse sker, eller betyder, at hændelsen allerede kan være sket**.

Eksempler kan være: *"Hvis jeg tænker, at min familie kommer ud for en ulykke, gør tanken det måske mere sandsynligt"* eller *"Hvis tanken om, at jeg måske ramte nogen med bilen, bliver ved med at dukke op, kan det betyde, at det faktisk skete."*

TEF indgår sammen med to beslægtede fænomener i Wells' metakognitive model af OCD. Det ene er **Thought-Action Fusion (TAF)**, hvor personen tillægger en tanke en særlig forbindelse til en mulig handling. Det kan eksempelvis være forestillingen om, at det at tænke på at skade nogen betyder, at man måske vil gøre det. Det andet er **Thought-Object Fusion (TOF)**, hvor tanker, følelser eller egenskaber opleves som om de kan overføres til eller gennem genstande. Begge begreber forklares mere udførligt i de følgende afsnit. (Myers et al., 2017).

Disse former for tankefusion er veldokumenterede som relevante ved OCD-symptomer, men de er ikke specifikke for OCD og kan også forekomme ved andre psykiske problemer.

Ved GAD og sygdomsangst kan beslægtede processer forekomme, men her er det ofte mere præcist at tale om katastrofal fortolkning, intolerance for usikkerhed, metakognitive antagelser og emotionel ræsonnering end automatisk at kalde enhver oplevelse af, at en tanke føles sand eller sandsynlig**,** for TEF.

Hvis man har sygdomsangst, kan et i sig selv harmløst eller tvetydigt kropssignal eksempelvis føre til tanken: *"Det kan være kræft."* Hvis denne tanke aktiverer hjernens trusselssystem, kan der opstå kropslige alarmsignaler som hjertebanken, ændret vejrtrækning, spænding eller uro. Når man bliver bevidst om disse signaler, kan man tolke dem som yderligere bevis for, at der virkelig er noget galt: *"Når det føles så alvorligt, må der være noget galt."* Det er et eksempel på **emotionel ræsonnering**, hvor man bruger sin følelsesmæssige oplevelse og de kropslige signaler som bevis for, hvordan virkeligheden faktisk er, og samtidig foretager en katastrofal fortolkning af det, man mærker. Det er ikke nødvendigvis TEF i streng metakognitiv forstand.

Det er vigtigt at forstå, at amygdala og andre dele af hjernens trusselssystem kan have lært, at et bestemt stimulus er forbundet med fare. Et **stimulus** er noget, vi ser, hører, lugter, mærker, forestiller os eller husker. Hvis et stimulus tidligere er blevet forbundet med noget farligt eller ubehageligt, kan trusselssystemet senere blive aktiveret, selv om stimulussen i den aktuelle situation ikke er farlig.

Denne reaktion kan begynde, før vi bevidst har forstået, hvad der sker. Amygdala kan således være med til at reagere på både noget, der faktisk sker omkring os, og på en forestilling, erindring eller drøm. Hjernens trusselsrelaterede systemer kan reagere på forestillinger, erindringer og billeder, selv om personen samtidig ved, at der ikke er en aktuel fare. Den del af hjernen, der foretager vores mere bevidste vurdering af situationen, kan samtidig godt vide, at der kun er tale om et billede, en tanke, en erindring eller en drøm.

Det kender man eksempelvis fra en person med edderkoppefobi, som kan få kroppens alarmberedskab aktiveret ved blot at se et fotografi af en edderkop, selv om personen ved, at billedet ikke kan gøre noget. Under et mareridt kan vi tilsvarende få hjertebanken, svede og vågne med kroppen i alarmberedskab, selv om den fare, vi oplevede i drømmen, aldrig fandtes i virkeligheden.

Det centrale er derfor, at **de kropslige signaler er virkelige, men den betydning, vi tillægger dem, kan være forkert**. At trusselssystemet er aktiveret, fortæller ikke i sig selv, at der faktisk er fare. Vi kan vide, at vi mærker noget, uden endnu at vide, hvilken mental følelse hjernen vil fortolke det som, eller om den betydning, vi efterfølgende tillægger følelsen, svarer til virkeligheden.

Denne skelnen er central i den terapeutiske tilgang, jeg selv arbejder med, og som jeg kalder **Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT)**. Her træner man blandt andet evnen til at skelne mellem de kropslige signaler, som hjernens trussels- og overlevelssystemer fremkalder, den mentale følelse, som opstår, når hjernen fortolker disse signaler, og den betydning, vi efterfølgende tillægger følelsen.

I NCT kan man også lære at **omfortolke de kropslige fornemmelser**, som man gennem livet har lært at forbinde med og kalde angst. Hjertebanken, uro, spænding, ændret vejrtrækning og andre kropslige signaler kan i stedet forstås som tegn på, at hjernens trussels- og overlevelsessystemer er blevet aktiveret. Hvis der ikke er tegn på en aktuel fare, behøver man derfor ikke automatisk fastholde fortolkningen: *"Jeg har angst, så der må være noget, jeg er bange for."* Man kan i stedet registrere: *"Jeg mærker, at mit trusselssystem er aktiveret. Hjernen har slået alarm, men det fortæller mig ikke i sig selv, at jeg befinder mig i fare."*

På den måde lærer man at skelne mellem **det, man mærker i kroppen, den mentale følelse, man har lært at give et bestemt navn, og den betydning, man efterfølgende tillægger følelsen**. De kropslige signaler kan ligne dem, man tidligere har forbundet med angst, uden at det betyder, at man aktuelt er bange eller befinder sig i fare. Kroppen giver signaler. Den giver ikke automatisk den korrekte forklaring på dem.

Man kan illustrere fusionstænkning med et kendt adfærdseksperiment. En person bliver bedt om at tænke på én, vedkommende holder meget af, og derefter skrive en sætning som: *"NN vil komme alvorligt til skade i den kommende uge."* Mange oplever tydeligt ubehag ved at skrive sætningen, selv om de rationelt ved, at det at skrive eller tænke noget ikke kan påvirke den anden persons skæbne.

Ved OCD kan aktiveringen af trusselssystemet og de efterfølgende kropslige signaler være med til at gøre tanken mere overbevisende. Personen kan opleve en følelsesmæssig eller magisk forbindelse mellem tanke og begivenhed, selv om vedkommende rationelt ved, at forbindelsen ikke er kausal. Hvis de kropslige signaler samtidig tolkes som bevis for, at tanken må være vigtig eller sand, kan behovet for at neutralisere tanken gennem et ritual eller undgåelse blive endnu stærkere.

TAF (Thought-Action Fusion) og angsten for at miste kontrol ved OCD

Thought-Action Fusion (TAF) beskriver antagelsen om, at det at have en bestemt tanke gør det mere sandsynligt, at man vil udføre handlingen, eller at tanken moralsk set næsten svarer til selve handlingen. TAF er et velundersøgt begreb inden for OCD-forskningen, men forekommer også ved andre psykiske lidelser og er derfor ikke specifikt for OCD.

Ved OCD kan personen eksempelvis få en uønsket tanke om at skade sit barn eller sin partner og derefter tænke: *"Hvis jeg kan tænke det, betyder det måske, at jeg kan finde på at gøre det."* Et andet eksempel er: *"Hvis jeg har en seksuel eller aggressiv tanke, betyder det måske, at jeg er et umoralsk menneske."*

Det er vigtigt at skelne mellem en **egodyston (jeg-fremmed), frygtet OCD-tanke** og et egentligt ønske, en intention eller en plan. Ved **harm-OCD**, det vil sige OCD med påtrængende tanker om at kunne skade sig selv eller andre, er personen typisk stærkt plaget af tankerne, netop fordi de strider mod personens ønsker, værdier og selvopfattelse.

Man bør dog være forsigtig med kategoriske formuleringer som, at "man aldrig gør noget, man er bange for". Hvis der eksempelvis forekommer tanker om selvmord eller alvorlig skade, skal en kliniker altid vurdere, om der er tale om OCD-prægede intrusive tanker, altså ufrivillige og påtrængende tanker, eller om der foreligger egentlig suicidalitet, et reelt ønske om at skade, intention, planlægning eller anden risiko.

Man kan terapeutisk arbejde med at undersøge forestillingen om, at en tanke i sig selv medfører tab af kontrol. Det centrale er ikke at bevise med 100 % sikkerhed, at patienten aldrig kunne handle, men at lære at skelne mellem **tanke, impuls, intention og handling** og samtidig reducere den kompulsive kontrol af tankerne.

Et særligt illustrativt eksempel er den pludselige tanke eller impuls, som mange mennesker kan opleve, når de står et højt sted: *"Hvad hvis jeg pludselig sprang ud?"* Fænomenet kaldes **high place phenomenon** og er overraskende almindeligt. Det forekommer også hos mennesker, som aldrig har haft selvmordstanker, og betyder derfor ikke i sig selv, at personen ønsker at dø eller springe.

I mit kliniske arbejde har jeg gennem mange år ofte mødt mennesker med højdeskræk, hvor den mest skræmmende tanke ikke har været: *"Hvad hvis jeg falder?"*, men snarere: *"Hvad hvis jeg pludselig mister kontrollen og springer?"* Den uønskede tanke eller impuls bliver dermed fortolket som et muligt tegn på, at man kunne komme til at udføre handlingen.

Her kan der opstå **Thought-Action Fusion (TAF)**. Personen tænker eksempelvis: *"Når jeg overhovedet kan få tanken om at springe, må der være en risiko for, at jeg faktisk gør det."* Det er den samme mekanisme, man kan se ved andre OCD-tanker: *"Når jeg får tanken om at stikke mit barn med en kniv, betyder det måske, at jeg kan finde på at gøre det."*

Tanken, impulsen, intentionen og selve handlingen er imidlertid forskellige fænomener. En pludselig uønsket forestilling om at springe fra en højde fortæller ikke i sig selv, at personen ønsker at gøre det. Problemet kan opstå, når personen bliver bange for selve tanken og begynder at overvåge, kontrollere eller undgå situationer for at sikre sig imod et frygtet tab af kontrol.

Mange med OCD har en udtalt **inflated responsibility**, altså en overdrevet følelse af ansvar for at forhindre skade, og kan være særligt optagede af moral, skyld og risikoen for at gøre andre fortræd. Netop fordi en aggressiv eller umoralsk tanke strider så stærkt mod deres værdier, kan de fejltolke tankens tilstedeværelse som tegn på, at der må være noget galt med dem.

TOF (Thought-Object Fusion) ved OCD

Thought-Object Fusion (TOF) beskriver antagelsen om, at tanker, følelser, egenskaber eller en form for ”essens” kan overføres til eller gennem objekter. Begrebet indgår sammen med TEF og TAF i Wells’ metakognitive OCD-model.

Hvis man eksempelvis sætter sig på et sæde i et tog, hvor en anden lige har siddet, og mærker varmen i sædet, kan dette hos nogle med OCD udløse en forestilling om, at den anden persons sygdom, urenhed eller negative egenskaber på en eller anden måde kan være blevet overført til sædet og derfra til én selv.

Hvis personen så syg eller ubehagelig ud, kan kontakten med sædet opleves som om, man nu selv kan blive ”forurenet” eller få noget af den andens skæbne eller egenskaber overført. Dette har karakter af **magisk kontamination**, hvor association, kontakt eller lighed tillægges en fysisk eller psykologisk overføringskraft, som ikke svarer til den faktiske kausalitet. Nyere litteratur beskriver sådanne *magical contagion beliefs* ved blandt andet OCD, men også ved andre psykiske tilstande.

Nogle kan tilsvarende være bange for, at en genstand, musik, et foto eller andre objekter er blevet ”smittet” med en negativ betydning, fordi de forbindes med sygdom, død eller en bestemt person. Det kan føre til undgåelse, rengøring, neutralisering eller andre ritualer.

Det afgørende er ikke, at personen nødvendigvis intellektuelt tror på magi. Som ved andre OCD-processer kan personen rationelt være klar over, at forestillingen er usandsynlig, men alligevel opleve et så stærkt ubehag eller en så stærk ”hvad nu hvis?”-tvivl, at han eller hun føler sig tvunget til at reagere på den.

Kapitel 2

Psykologien og neurologien bag OCD

Den onde cirkel

En OCD-proces kan sættes i gang af en **trigger**, altså noget, der udløser eller aktiverer symptomerne. Triggeren kan komme fra omgivelserne, eksempelvis noget man ser, hører, lugter eller rører ved. Den kan også være indre, såsom en tanke, erindring, impuls, kropslig fornemmelse eller forestilling. Personen opdager ikke altid, hvad der satte processen i gang.

Hvis triggeren ikke berører et tema, som personen tillægger særlig fare, ansvar eller betydning, vil den sædvanligvis passere uden større reaktion. Hvis den derimod rammer et af personens OCD-temaer, kan den aktivere tvivl, ubehag og et behov for at undersøge, kontrollere eller neutralisere situationen. OCD beskæftiger sig ofte selektivt med netop de områder, personen oplever som særligt alvorlige eller moralsk betydningsfulde. Det kan være sygdom, smitte, ansvar for andre, seksualitet, moral, religion, vold eller behovet for, at noget skal føles helt rigtigt.

Det er ikke nødvendigt, at personen tidligere har oplevet noget traumatisk omkring netop dette tema. Tidligere erfaringer kan være relevante, men OCD kan også udvikle sig uden en sådan forhistorie. En forklaring på lidelsen må derfor rumme både sårbarhed, udvikling og de processer, som aktuelt holder symptomerne ved lige (Stein et al., 2019).

OCD-processens funktion kan psykologisk forstås som et forsøg på at skabe **sikkerhed, kontrol eller en følelse af, at noget er afsluttet eller rigtigt**. De fleste med tvangstanker plages af gentagne tanker eller tvivl, som næsten kræver et svar: *"Kan tanken passe? Er jeg helt sikker? Har jeg gjort noget forkert? Kan jeg garantere, at katastrofen ikke sker?"* OCD er historisk blevet omtalt som **tvivlesyge**, fordi netop den vedvarende tvivl er så central.

Som beskrevet i kapitel 1 kan nogle også opleve en stærk **"just not right feeling"**, altså en følelse af, at noget ikke er helt rigtigt, færdigt eller på plads. Her behøver der ikke være en tydelig katastrofetanke. Personen kan føle sig nødt til at gentage en bevægelse, rette på en genstand eller udføre en handling på en bestemt måde, indtil den føles afsluttet.

Det kan derfor være forskelligt, hvad ritualet skal opnå. Hos én skal det forhindre en forestillet ulykke. Hos en anden skal det fjerne skyldfølelse. Hos en tredje skal det ophæve en stærk fornemmelse af ufuldstændighed. Denne variation er vigtig, når man undersøger, hvad der vedligeholder den enkelte persons OCD (Katz et al., 2022).

Udsagn til at undersøge tankefusion

De forestillinger om **TEF, TAF og TOF**, som blev beskrevet i kapitel 1, kan undersøges nærmere gennem udsagn om tankernes betydning og oplevede magt.

De følgende 14 udsagn er inspireret af **Thought Fusion Instrument (TFI)**, udviklet af Adrian Wells, Petra Gwilliam og Samantha Cartwright-Hatton. Det er et redskab til at undersøge forestillinger om forbindelser mellem tanker, handlinger, hændelser og genstande. Instrumentet indgår i forskningen i den metakognitive OCD-model (Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Fisher & Wells, 2008).

Det originale TFI anvender vurderinger fra 0 til 100. Udsagnene nedenfor er **en sprogligt bearbejdet, pædagogisk version**, hvor skalaen for enkelhedens skyld er ændret til **0 til 10**. Det er ikke en valideret dansk udgave af TFI og ikke en diagnostisk test.

Her betyder 0, at man slet ikke tror på udsagnet, og 10, at man er helt overbevist. Det kan også være relevant at tale om forskellen mellem det, man rationelt tror, og det, man alligevel føler sig nødt til at handle, som om det var sandt.

1. Hvis jeg tænker på en ubehagelig begivenhed, vil det gøre det mere sandsynligt, at den sker.
2. Hvis jeg har tanker om at skade mig selv, vil jeg ende med at gøre det.
3. Hvis jeg tænker, at jeg er i fare, må det betyde, at jeg er i fare.
4. At have en dårlig tanke betyder, at jeg vil gøre noget dårligt.
5. Hvis jeg tænker på en ubehagelig begivenhed, betyder det, at den måske allerede er sket.
6. Hvis jeg har tanker om at skade nogen, betyder det, at jeg vil handle på dem.
7. Hvis jeg tænker, at ting er ”smittet” af andre menneskers oplevelser eller egenskaber, betyder det, at de er det.
8. Mine tanker alene kan ændre begivenhedernes gang.
9. Nogle objekter kan føles, som om de indeholder eller afgiver noget negativt.
10. Når jeg har en dårlig tanke, må det betyde, at jeg ønsker at have den.
11. Mine tanker eller egenskaber kan overføres til objekter.
12. Hvis jeg tænker på at skade nogen, betyder det, at jeg kan komme til at skade vedkommende.
13. Mine tanker kan blive til virkelighed, alene fordi jeg tænker dem.
14. Mine erindringer, tanker eller oplevelser kan overføres til objekter.

Man kan genkende nogle af antagelserne uden at genkende dem alle. Et højt tal fortæller heller ikke i sig selv, at man har OCD. Udsagnene er tænkt som udgangspunkt for en samtale om, hvilken betydning tankerne får.

Hvis et udsagn opleves som overbevisende, kan man sammen med terapeuten undersøge antagelsen og afprøve den gennem relevante adfærdseksperimenter. Formålet er at forstå mønstret og finde andre måder at reagere på. Gentagen besvarelse af udsagnene skal ikke blive et nyt ritual, som man føler sig nødt til at gennemføre, hver gang en tvangstanke opstår.

Forskningen i den metakognitive model peger på sammenhænge mellem OCD-symptomer, tankefusion, forestillinger om ritualers nødvendighed og regler for, hvornår man må stoppe. Sådanne sammenhænge understøtter relevansen af at undersøge antagelserne, men viser ikke alene, hvad der er årsag og virkning hos den enkelte (Myers et al., 2017).

Flere eksempler på kognitive undersøgelsesspørgsmål findes i kapitel 3.

Hvorfor kortvarig lettelse kan holde ritualet i gang

Tvangstanker, tvivl og følelsen af, at noget ikke er helt rigtigt, forsøges ofte håndteret gennem tvangshandlinger. Personen kan kontrollere, gentage, vaske sig, søge forsikring hos andre eller mentalt gennemgå det, der er sket.

Hvis handlingen efterfølges af lettelse, kan den blive styrket gennem **negativ forstærkning**. Det betyder, at en adfærd bliver mere sandsynlig, fordi noget ubehageligt mindskes eller forsvinder. Ordet *negativ* henviser her til, at noget fjernes. Det betyder ikke, at personen bliver straffet.

En person kan eksempelvis være bange for, at der sker noget frygteligt med en nærtstående, medmindre en bestemt remse bliver sagt. Når remsen er gentaget, falder ubehaget måske. Personen kan derefter tænke: *"Nu føles det mere sikkert. Måske var det nødvendigt at sige den."*

Lettelsen bliver på den måde både en umiddelbar gevinst og en mulig bekræftelse af ritualets betydning. Men **at ritualet blev efterfulgt af lettelse, viser ikke, at det forhindrede en ulykke**. Det er en vigtig del af den kognitive forståelse af, hvordan kontrol og andre tvangshandlinger kan blive selvforstærkende.

En anden person kontrollerer, om hoveddøren er låst. Kort efter kommer spørgsmålet: *"Er du nu helt sikker?"* Personen går tilbage, ser og mærker efter og oplever kortvarigt mindre tvivl. Når tvivlen vender tilbage, bliver endnu en kontrol nærliggende.

Denne proces er forståelig. Personen søger den lettelse, som tidligere har fulgt efter kontrollen. Samtidig kan kontrollen gøre det stadig sværere at acceptere den usikkerhed, der er tilbage.

Gentagen kontrol kan svække tilliden til hukommelsen

Her findes et særligt relevant forskningsfund. Gentagen kontrol kan mindske **hukommelsestilliden**, altså hvor sikker man føler sig på det, man husker, uden at den faktiske hukommelse forringes tilsvarende.

I den systematiske oversigtsartikel *Memory confidence and memory accuracy deterioration following repeated checking* samlede Abbasi Jondani, Yazdkhasti og Abedi resultater fra **29 studier med i alt 2.180 deltagere**. Analysen fandt en stor gennemsnitlig reduktion i hukommelsestillid efter gentagen kontrol og en væsentligt mindre påvirkning af hukommelsesnøjagtigheden (Abbasi Jondani et al., 2023).

Mange af undersøgelserne var eksperimentelle undersøgelser med deltagere uden OCD. Fundene skal derfor ikke læses som en fuldstændig forklaring på alle hukommelsesproblemer ved OCD. De viser imidlertid, hvordan en strategi, som skal skabe sikkerhed, under bestemte betingelser kan gøre personen mindre sikker.

Det kan illustreres med spørgsmålet: *"Jeg tjekker, fordi jeg ikke stoler på min hukommelse. Men kan den gentagne kontrol samtidig gøre det sværere at stole på den?"*

Når kontrollen skifter form

Ved frygt for brand eller vandskade kan personen kontrollere kogeplader, stikkontakter og vandhaner igen og igen. Hos nogle handler det især om egen sikkerhed. Hos andre er det oplevelsen af ansvar for, at naboer eller familie kan komme til skade.

Et mobilfoto kan umiddelbart virke som en praktisk løsning: *"Så kan jeg jo bare se på billedet og vide, at komfuret er slukket."* Men hvis personen derefter føler sig nødt til at se på billedet gentagne gange eller begynder at tvivle på, hvornår det blev taget, har kontrollen blot fået en ny form.

Tilsvarende kan frygten for at sende en mail til den forkerte eller afsløre fortrolige oplysninger føre til gentagen gennemlæsning. En relevant kontrol inden afsendelsen og en lang række gentagelser, som aldrig føles tilstrækkelige, har forskellige funktioner.

Det afgørende er derfor ikke blot, om personen kontrollerer. Man må undersøge, **hvad kontrollen skal opnå, hvornår den kan afsluttes, og hvad der sker, når tvivlen vender tilbage**. Den kognitive model for tvangsmæssig kontrol lægger netop vægt på ansvar, trusselsvurdering og vanskeligheder ved at nå frem til et tilstrækkeligt stopkriterium (Rachman, 2002).

"7, 9, 13" og lettelsen efter et ritual

Mange mennesker uden OCD kender små overtroiske ritualer. Man kan tale om noget ubehageligt, mærke en smule uro og derefter sige *"7, 9, 13"* eller banke under bordet. Man behøver ikke rationelt tro, at handlingen påvirker fremtiden, for at opleve en lille lettelse bagefter.

Det kan bruges som en pædagogisk sammenligning. Hvis ritualet igen og igen efterfølges af mindre ubehag, kan forbindelsen blive indlært, så handlingen føles nærliggende næste gang. Det er den tidligere beskrevne mekanisme med negativ forstærkning.

Hjernens belønnings- og motivationssystemer omfatter blandt andet **ventralt striatum og nucleus accumbens**, som indgår i læring om motivation, belønning og forventning. Dopamin spiller en vigtig rolle i læring og motivation, men er ikke et simpelt "lykkestof". Serotonin har meget brede funktioner i hjernen og er blandt andet involveret i regulering af emotion, impulser og fleksibilitet. OCD ser sandsynligvis ud til at involvere flere neurotransmittersystemer, blandt andet **serotonin, dopamin og glutamat**, uden at sygdommen kan reduceres til mangel eller overskud af ét enkelt signalstof.

Et lille overtroisk ritual er heller ikke i sig selv OCD. Sammenligningen kan hjælpe med at forstå den kortvarige lettelse, men OCD kan være langt mere omfattende, belastende og bindende. Ritualerne kan desuden være drevet af andre oplevelser end frygt, eksempelvis afsky, ufuldstændighed eller en stærkt automatiseret trang til at gentage.

OCD-tanken bliver ikke mere sand, fordi den kommer igen og igen, og styrken af angst eller ubehag fortæller ikke, hvor sandsynlig den frygtede hændelse er. Følelser og kropslige reaktioner kan være meget voldsomme og vedvarende, men de er ikke i sig selv bevis for den fortolkning, personen giver dem.

Det kan også forklare, hvordan man samtidig kan have **to forskellige oplevelser af den samme situation**. Man kan rationelt vide, at døren er låst, og samtidig have en stærk automatisk fornemmelse af, at noget måske stadig er galt. Man kan pædagogisk forstå det som **rivaliserende netværk i hjernen**, hvor forskellige systemer på samme tid repræsenterer forskellige vurderinger og handlingsmuligheder. Den bevidste vurdering kan sige: *"Jeg ved, at døren er låst"*, mens et mere automatisk system fortsat signalerer: *"Er du nu helt sikker?"* Ved OCD kan det sidste signal få så stor vægt, at personen føler sig nødt til at kontrollere igen.

Der er også en begrænset lighed med afhængighed: I begge tilfælde kan gentagen adfærd blive fastholdt af en kortvarig ændring i den indre tilstand. Det gør ikke OCD til en afhængighedslidelse. De tilstande har både fælles og forskellige mekanismer, og vanemæssig adfærd er kun én del af forståelsen af OCD (Stein et al., 2019).

Når viden og fornemmelse peger i forskellig retning

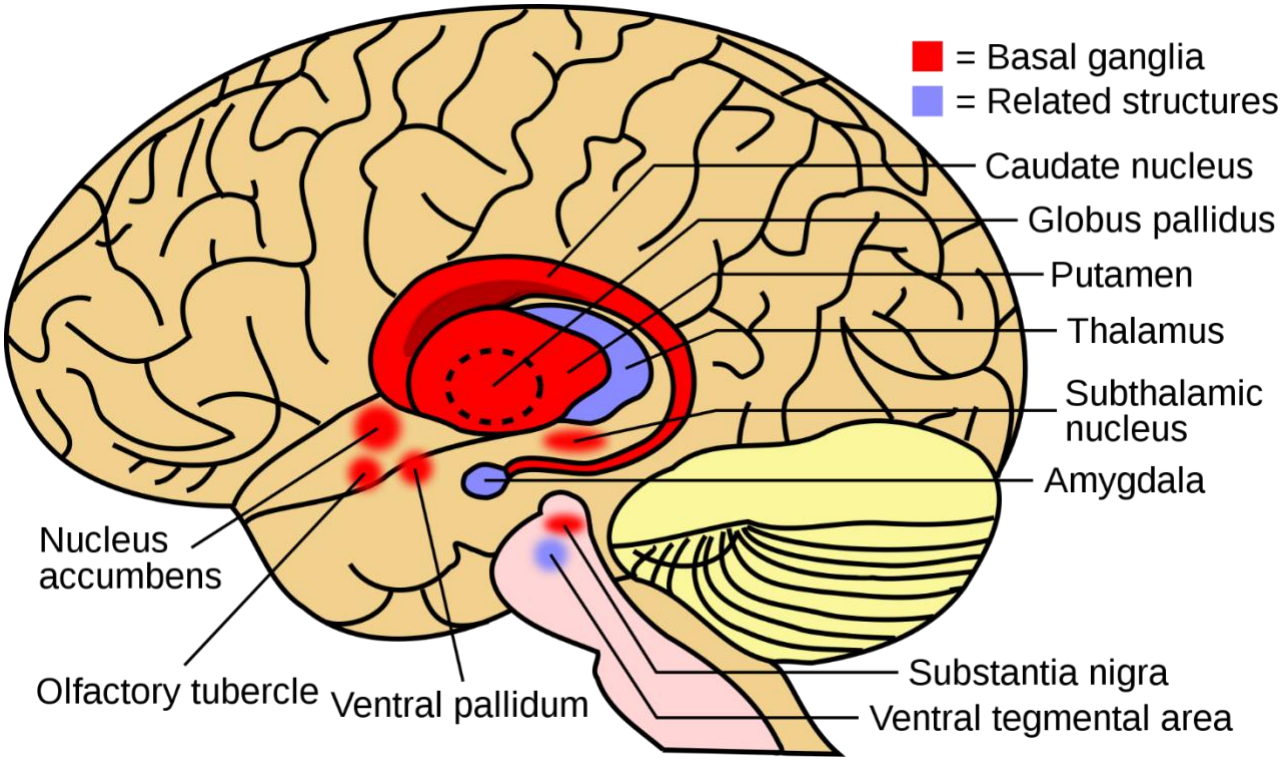
En person kan vide, at døren er låst, og samtidig have en stærk fornemmelse af, at noget stadig er galt. Den nye kontrol bliver da et forsøg på at få den indre oplevelse til at stemme med det, personen allerede har set.

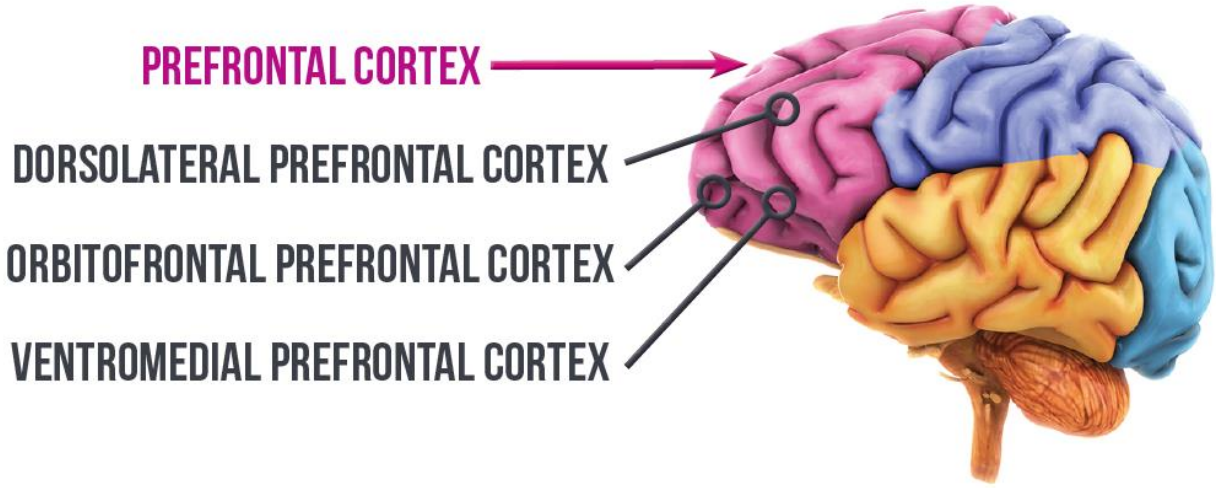
Denne oplevelse har tidligere været forsøgt forklaret meget enkelt neurobiologisk. Jeffrey Schwartz populariserede blandt andet metaforen **"Brain Lock"**, hvor OCD blev beskrevet, som om **nucleus caudatus**, på dansk halekernen, ikke kunne registrere, at et problem var afsluttet. Nucleus caudatus er en del af **striatum** dybt i hjernen og indgår blandt andet i systemer, som har betydning for valg og afslutning af handlinger, vaner og skift fra én adfærd til en anden. (Schwartz & Beyette, 1996).

Metaforen kan gøre oplevelsen forståelig, men den bør ikke opfattes som en fastslået forklaring om, at halekernen alene glemmer at afslutte et problem. Nutidige modeller undersøger samspillet mellem flere kredsløb for blandt andet handling, vaner, kontrol og følelsesmæssig betydning (Pauls et al., 2014; Shephard et al., 2021).

En nærmere beskrivelse af hjernen ved OCD

Det følgende afsnit gennemgår noget af den neuroanatomiske og neurofysiologiske forskning. Neuroanatomi handler om hjernens opbygning, og neurofysiologi om dens funktion. Afsnittet er især for særligt interesserede og fagfolk, men fagudtrykkene forklares undervejs. Man kan springe videre til "Fra neurobiologi til klinisk forståelse", uden at det er nødvendigt at kende alle hjernestrukturerne.





Basalganglierne og striatum

Basalganglierne er en gruppe dybtliggende hjernestrukturer. De indgår blandt andet i styring af bevægelser, valg og hæmning af handlinger, vaneindlæring og motivation. Til de centrale strukturer hører **striatum**, **globus pallidus**, **nucleus subthalamicus** og **substantia nigra**.

Striatum omfatter flere områder. Det **dorsale striatum**, den mere øvre del, består især af **nucleus caudatus**, halekernen, og **putamen**. Det **ventrale striatum**, den mere nedre del, omfatter blandt andet **nucleus accumbens** og tilgrænsende dele af caudatus og putamen. Grænsen mellem de dorsale og ventrale områder er ikke overalt skarp.

Man møder også den anatomiske betegnelse **nucleus lentiformis**, på dansk linsekernen. Den omfatter **putamen og globus pallidus**. Putamen indgår altså både i striatum og i nucleus lentiformis, fordi betegnelserne beskriver forskellige, overlappende inddelinger.

Basalganglierne modtager og bearbejder information fra store dele af hjernebarken. Deres funktion rækker derfor ud over bevægelse og omfatter også læring og regulering af adfærd (Lanciego, Luquin & Obeso, 2012).

De cortico-striato-thalamo-corticale kredsløb

Ved OCD har forskningen gennem flere årtier især interesseret sig for **cortico-striato-thalamo-corticale kredsløb**, forkortet **CSTC**. Navnet beskriver kredsløb fra **hjernebarken**, på latin *cortex*, til striatum, videre gennem basalgangliernes udgående forbindelser til **thalamus** og tilbage til hjernebarken.

Der findes flere delvist adskilte og samarbejdende kredsløb. De indgår blandt andet i valg af handlinger, registrering af fejl, vurdering af konsekvenser og muligheden for at ændre adfærd. De har derfor været centrale i neurobiologiske forklaringer på tvangsmæssig gentagelse og vanskeligheder ved at afslutte handlinger (Pauls et al., 2014).

Forbindelserne fungerer ikke som en simpel række aktiverende pile. Nogle forbindelser øger aktiviteten i det næste led, mens andre hæmmer den. Hæmning af et hæmmende led kan desuden frigøre aktivitet længere fremme. Denne regulering er en væsentlig del af basalgangliernes funktion (Lanciego et al., 2012).

Blandt de relevante områder i hjernebarken er:

Orbitofrontal cortex (OFC) ligger på undersiden af pandelapperne, over øjenhulerne. Området medvirker blandt andet til at vurdere forventede konsekvenser og ændre adfærd, når forholdene ændrer sig.

Anterior cingulate cortex (ACC) ligger på hjernens inderside, over og foran dele af hjernebjælken, som forbinder de to hjernehalvdele. ACC indgår blandt andet i bearbejdning af konflikt, fejl, motivation og behovet for at justere sin indsats.

Præfrontale områder er dele af den forreste hjernebark, som blandt andet bidrager til planlægning, opmærksomhed og regulering af adfærd.

Thalamus er en gruppe kerner dybt i hjernen, som formidler og bearbejder information mellem flere hjernesystemer. De forskellige kerner indgår i forskellige kredsløb.

Disse områder har hver flere funktioner. Deres involvering ved OCD betyder ikke, at man kan udpege ét af dem som lidelsens årsag (Shephard et al., 2021).

Flere netværk er involveret

Forskningen omfatter også **saliensnetværket**, som bidrager til at udvælge betydningsfulde indtryk, tanker og kropslige signaler. **Frontoparietale kontrolnetværk**, som forbinder områder i pande- og isselapperne, indgår i fleksibel styring af opmærksomhed og handling.

Dertil kommer systemer for blandt andet trusselsbearbejdning, vaner og motivation. Denne bredere forståelse passer med variationen i OCD-symptomer: angst, tvivl, ufuldstændighed og gentagelser behøver ikke udspringe af præcis samme mønster hos alle patienter (Shephard et al., 2021).

Nucleus accumbens og andre dele af det ventrale striatum er blandt andet involveret i motivation, forventning om belønning og læring om handlingers konsekvenser. Det gør dem relevante for forståelsen af gentagen adfærd. Deres funktion kan dog ikke reduceres til at give nydelse eller til at forklare, hvorfor en person med OCD ikke føler sig sikker (Kelley, 2004).

Hvad viser hjernescanningerne?

Neuroimaging betyder billeddannende undersøgelser af hjernen. Forskellige scanningstyper undersøger forskellige forhold.

MR-scanning kan blandt andet vise hjernens opbygning. **Funktionel MR-scanning, fMRI**, måler ændringer i blodets iltning som et indirekte mål for aktivitet. **PET**, positronemissionstomografi, anvender radioaktive sporstoffer og kan afhængigt af sporstoffet undersøge eksempelvis stofskifte eller bestemte molekylære systemer.

Scanninger har vist gennemsnitlige forskelle mellem grupper med og uden OCD. Store undersøgelser fra **ENIGMA-OCD-samarbejdet**, hvor data fra mange forskningscentre analyseres samlet, har blandt andet fundet mindre forskelle i hjernebarkens og nogle dybere strukturers mål. Fundene varierer med blandt andet alder og patientgruppe (Boedhoe et al., 2017, 2018).

Andre undersøgelser understreger, at resultaterne også kan variere med samtidig sygdom og medicinsk behandling. Sådanne sammenhænge viser ikke i sig selv, at medicinen har forårsaget en bestemt strukturel forskel (Fouché et al., 2022).

Fundene er **heterogene**, hvilket betyder, at de varierer mellem undersøgelser og mennesker. Der findes fortsat ikke en almindeligt anvendelig, valideret hjernescanning, som alene kan stille diagnosen OCD hos den enkelte. Scanningerne bidrager til forskning i lidelsen, mens diagnosen stilles ud fra den kliniske vurdering (Abramowitz et al., 2026).

Serotonin, dopamin og glutamat

Nerveceller kommunikerer blandt andet gennem **signalstoffer**, også kaldet neurotransmittere. Flere signalstofsystemer er relevante i OCD-forskningen.

Serotonin har fået stor opmærksomhed, fordi lægemidler, som påvirker serotoninsystemet, kan reducere OCD-symptomer. De mest anvendte er **SSRI**, selektive serotoningenoptagelseshæmmere. De hæmmer genoptagelsen af serotonin og ændrer dermed signaleringen mellem nervecellerne.

Effekten af medicinen er imidlertid ikke i sig selv dokumentation for, at OCD skyldes mangel på serotonin. En oversigtsartikel over molekylære scanningsundersøgelser hos umedicinerede personer med OCD fandt ændringer i dele af serotoninsystemet, men resultaterne giver ikke grundlag for en enkel mangelmodel (Pastre et al., 2025).

Dopamin indgår blandt andet i motivation, læring og regulering af handlinger. Det er derfor heller ikke blot et ”lykkestof”. Hos nogle patienter, som ikke har haft tilstrækkelig effekt af serotonerg medicin, kan antipsykotisk medicin anvendes som tillægsbehandling. Der findes blandt andet dokumentation for **risperidon og aripiprazol** (Dold et al., 2015).

Risperidon blokerer blandt andet en type dopaminreceptorer kaldet **D2-receptorer**. Receptorer er molekyler, som modtager signalstoffernes påvirkning. Aripiprazol er ved disse receptorer en **partiel agonist**: Det kan aktivere receptoren, men svagere end dopamin selv, og påvirker dermed signaleringen på en anden måde end en ren blokering.

At sådanne lægemidler hjælper nogle patienter, støtter relevansen af at undersøge dopaminsystemet. Det fortæller ikke alene, hvilken dopaminfunktion der eventuelt er ændret hos den enkelte.

Glutamat er hjernens vigtigste **excitatoriske signalstof**. Det betyder, at det ved mange forbindelser øger sandsynligheden for, at den modtagende nervecelle aktiveres og sender signaler videre. Genetiske, eksperimentelle og kliniske undersøgelser har peget på glutamatsystemets mulige betydning ved OCD. Den præcise rolle er endnu ikke afklaret, og resultaterne kan ikke sammenfattes som generelt ”for meget glutamat” hos alle med OCD (Grassi, Scillitani & Cecchelli, 2024).

OCD kan således ikke beskrives dækkende som en forstyrrelse af ét enkelt signalstof. De kemiske systemer indgår i kredsløb, hvor deres virkninger afhænger af blandt andet receptor, område og sammenhæng.

Hvad sker der i hjernen under behandling?

Studier har også sammenlignet scanninger før og efter behandling. Undersøgelser af SSRI-behandling har fundet ændringer i blandt andet aktivitet og forbindelser i præfrontale områder, striatum og andre dele af de undersøgte kredsløb. Studierne er ofte små, og resultaterne er ikke ensartede (Bracco et al., 2024; Seyedmirzaei et al., 2024).

Tilsvarende har undersøgelser fundet ændringer efter kognitiv adfærdsterapi og ERP. En systematisk oversigt fra 2022 gennemgik 26 studier af neurobiologiske forhold før og efter KAT ved OCD. En senere meta-analyse undersøgte ændringer i hjerneaktivering efter KAT og ERP (Poli et al., 2022; Stephenson et al., 2025).

Disse fund er forenelige med, at ny læring og ændret adfærd ledsages af ændringer i hjernens funktion. De viser ikke, at alle patienter får samme ændring, eller at alle mål normaliseres. Et før- og efterstudie kan heller ikke alene afgøre, hvilken hjerneændring der skabte bedringen.

Psykologiske og biologiske beskrivelser handler om det samme menneske. At en behandling foregår gennem samtale og erfaring, gør den ikke uafhængig af hjernen.

Ansvar, skyld og moralske vurderinger

Ved OCD kan personen opleve et meget stort ansvar for at forhindre skade. I den kognitive forskning kaldes det **inflated responsibility**, altså overdreven ansvarsfølelse. Personen kan eksempelvis mene, at selv en meget lille mulighed for skade gør det nødvendigt at kontrollere igen (Rachman, 2002).

Det kan være nærliggende at forestille sig et bestemt ”moralcenter”, som er særligt aktivt. Forskningen i moralske vurderinger peger imidlertid på flere samarbejdende områder. Hvilke der er involveret, afhænger blandt andet af, om opgaven kræver forståelse af intentioner, vurdering af konsekvenser eller følelsesmæssig stillingtagen (Sevinc & Spreng, 2014).

Ventromedial præfrontal cortex, som ligger på den indre og nedre del af den forreste hjernebark, kan indgå i sådanne vurderinger. Det gør området ikke til et afgrænset center, der kan forklare OCD-præget skyldfølelse.

Man kan også blive fristet til at se OCD med stærk skyld som modsætningen til **psykopatiske træk**, hvor blandt andet empati og skyldfølelse hos nogle er reduceret. En psykologisk kontrast er imidlertid ikke det samme som to modsatte tilstande i hjernen. Psykopatiske træk er selv forbundet med komplekse mønstre og kan ikke reduceres til ”for lidt aktivitet” i de områder, som antages at være ”for aktive” ved OCD (Blair, 2013).

Mange genetiske varianter bidrager

OCD er **polygen**, hvilket betyder, at mange genetiske varianter bidrager til sårbarheden, hver med en lille effekt.

En stor **genomundersøgelse**, altså en undersøgelse på tværs af arvemassen, omfattede **53.660 personer med OCD og 2.044.417 kontrolpersoner**. Forskerne fandt **30 genomområder**, kaldet *loci*, forbundet med OCD og pegede på **249 mulige kandidatgener** (Strom et al., 2025).

Et *locus* er et sted eller område på et kromosom. En statistisk forbindelse til et område er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det ansvarlige gen eller den biologiske virkning allerede er identificeret.

Undersøgelsen pegede også på bestemte nervecelletyper i hjernebarken, hippocampus og striatum, herunder striatale **medium spiny neurons** med D1- og D2-dopaminreceptorer. Det er fingerpeg fra genetiske analyser, ikke direkte målinger af, hvordan disse celler fungerer hos hver patient (Strom et al., 2025).

Hippocampus er blandt andet vigtig for dannelsen af erindringer og bearbejdning af sammenhæng. *Medium spiny neurons* er mellemstore nerveceller med mange små udløbere på deres forgreninger. De udgør hovedparten af striatums nerveceller og sender

information videre til andre dele af basalganglierne. D1 og D2 betegner to typer receptorer, som reagerer på dopamin (Lanciego et al., 2012).

Hvad er en SNP?

En almindeligt undersøgt type genetisk variation kaldes en **SNP**, som står for *single nucleotide polymorphism*. DNA's byggesten betegnes med bogstaverne A, C, G og T. En SNP er en variation i ét sådant "bogstav" på et bestemt sted i DNA'et. Én person kan eksempelvis have et A, hvor en anden har et G.

Mange variationer er almindelige og uden væsentlig betydning i sig selv. I store genetiske undersøgelser sammenligner forskerne mønstrene hos personer med og uden en bestemt lidelse for at finde variationer, der forekommer lidt forskelligt. En SNP kan selv have en biologisk virkning eller fungere som markør for en nærliggende variant (National Human Genome Research Institute).

SNP-baseret arvelighed er et estimat af, hvor stor en del af den samlede variation i tilbøjeligheden til en lidelse i en befolkning der kan forbindes med de almindelige genetiske varianter, analysen opfanger. Det er altså ikke en procentdel af den genetiske del.

Disse estimater ligger ofte lavere end tvillingestudiernes. Metoderne undersøger ikke præcis det samme og bygger på forskellige antagelser. Almindelige SNP-analyser opfanger eksempelvis ikke nødvendigvis sjældne genetiske variationer lige godt. Forskellen omtales undertiden som **"missing heritability"**, manglende forklaret arvelighed. Den kan både handle om genetisk variation, som ikke er målt tilstrækkeligt, og om metodiske forskelle og usikkerheder (Wainschtein et al., 2022).

Strom og kolleger beregnede, at omkring **11.500 varianter** kunne bidrage til **90 % af den SNP-baserede arvelighed**. Det var et modelbaseret skøn over, hvor mange små bidrag der kan være, ikke 11.500 konkret identificerede OCD-gener eller 90 % af hele lidelsens årsag. Studiet fandt desuden genetisk overlap med blandt andet angst, depression, anoreksi og Tourette syndrom (Strom et al., 2025).

Genetisk overlap betyder, at nogle variationer kan have betydning for flere tilstande. Det gør ikke lidelserne identiske. Og en genetisk sårbarhed udelukker ikke, at symptomer kan påvirkes gennem behandling, ændret adfærd og nye erfaringer.

Hvad ved vi så neurologisk om OCD?

Hjerneforskningen har især vist, at OCD er forbundet med forskelle i flere samarbejdende kredsløb for handling, kontrol, vaner, motivation og følelsesmæssig betydning. Fundene varierer mellem mennesker, og ingen enkelt struktur, scanning eller signalstofforklaring kan i dag rumme hele lidelsen.

Behandlingsstudier viser samtidig, at bedring kan ledsages af ændringer i hjernens funktion. Hjerneforskningen bidrager derfor både til at forstå vanskelighederne og til at undersøge, hvordan de kan ændres. Den kan endnu ikke give en præcis biologisk forklaring på den enkelte patients symptomforløb eller vælge den bedste behandling ud fra en scanning alene (Pauls et al., 2014; Poli et al., 2022; Abramowitz et al., 2026).

Fra neurobiologi til klinisk forståelse

Den mere detaljerede gennemgang af hjernens strukturer og signalstoffer slutter her. De følgende afsnit samler viden om hukommelsestillid, tics og arvelighed og forbinder den med den kliniske forståelse af OCD.

Tillid til hukommelsen og sanseindtrykkene

Som tidligere beskrevet kan gentagen kontrol mindske tilliden til hukommelsen. Et beslægtet fund ses, når man sammenligner mennesker med og uden OCD i forskellige opgaver.

En meta-analyse fandt gennemsnitligt både lavere præstation og lavere tillid til præstationen hos personer med OCD. Forskellen i **tillid til hukommelse og perception**, altså det, man husker og registrerer gennem sanserne, var større end forskellen i den faktiske præstation (Dar et al., 2022).

Det betyder ikke, at hukommelsen altid er upåvirket. Det viser, hvorfor det er vigtigt at skelne mellem *"jeg kan ikke huske det"* og *"jeg føler mig ikke sikker på det, jeg husker"*. Mere kontrol er ikke nødvendigvis en hjælp til det sidste problem.

Tics og Tourette syndrom

Tics er gentagne bevægelser eller lyde, som typisk er pludselige og vanskelige at lade være med. Motoriske tics kan være blink, grimasser, skuldertræk eller hovedbevægelser. Vokale tics kan være rømmen, grynt eller andre lyde.

Tics opleves forskelligt. Nogle kan holde dem tilbage en tid, ofte med stigende ubehag, men det gør dem ikke til almindelige vaner, som personen blot kan beslutte at stoppe.

Tourette syndrom er en kronisk tic-lidelse med både motoriske og vokale tics, som begynder i udviklingsperioden og har været til stede gennem mindst ét år. De to typer behøver ikke forekomme samtidig eller uafbrudt. Andre årsager til symptomerne skal indgå i vurderingen (WHO, ICD-11; Szejko et al., 2022).

OCD og tic-lidelser forekommer forholdsvis ofte sammen. I et brasiliansk multicenterstudie med **813 patienter med OCD** havde **29 %** på et tidspunkt haft en tic-lidelse. **8,9 % af alle deltagerne** havde haft Tourette syndrom. Det var et klinisk patientmateriale, og tallene kan ikke uden videre bruges som forekomst blandt alle mennesker med OCD (de Alvarenga et al., 2012).

Man taler undertiden om **tic-relateret OCD**, når OCD forekommer hos en person med nuværende eller tidligere tics. I nogle undersøgelser er dette mønster forbundet med tidlig debut og relativt flere drenge og mænd. Symmetri, gentagelser, berøring og banken på ting kan være fremtrædende.

I forskningen bruges ordet **fænotype** om det observerbare mønster, altså hvordan egenskaber og symptomer kommer til udtryk. En sådan beskrivelse betyder ikke, at alle med tic-relateret OCD har samme symptomer eller samme behandlingsbehov.

En tic kan være forudgået af en **premonitory urge**, en forudgående kropslig trang eller spænding, som kortvarigt lettes ved tic'et. En tvangshandling er ofte knyttet til en tanke, regel eller tvivl, men kan også være drevet af ufuldstændighed. Derfor kan grænsen mellem en kompleks tic og en tvangshandling være vanskelig at trække. Funktionen af handlingen skal undersøges, frem for at man alene vurderer dens udseende (Katz et al., 2022).

Genetisk sårbarhed ved OCD

Hvad betyder arvelighed?

Arvelighed er et statistisk mål for, hvor stor en del af forskellene i en egenskab eller tilbøjelighed i en bestemt befolkning der kan forbindes med genetiske forskelle.

Det er ikke en opdeling af den enkelte persons lidelse i en genetisk og en miljømæssig procentdel. Tallet afhænger af den undersøgte befolkning, dens livsbetingelser og den måde, egenskaben måles på. Arvelighed betyder heller ikke, at et træk er uforanderligt (MedlinePlus Genetics, 2021).

I tvillingestudier sammenligner man typisk **enæggede tvillinger**, som deler næsten hele deres DNA, med **tveæggede tvillinger**, som i gennemsnit deler omkring halvdelen af deres nedarvede genetiske variation. Større lighed mellem enæggede tvillinger kan bruges til at beregne genetiske bidrag, under bestemte antagelser om blandt andet deres miljø.

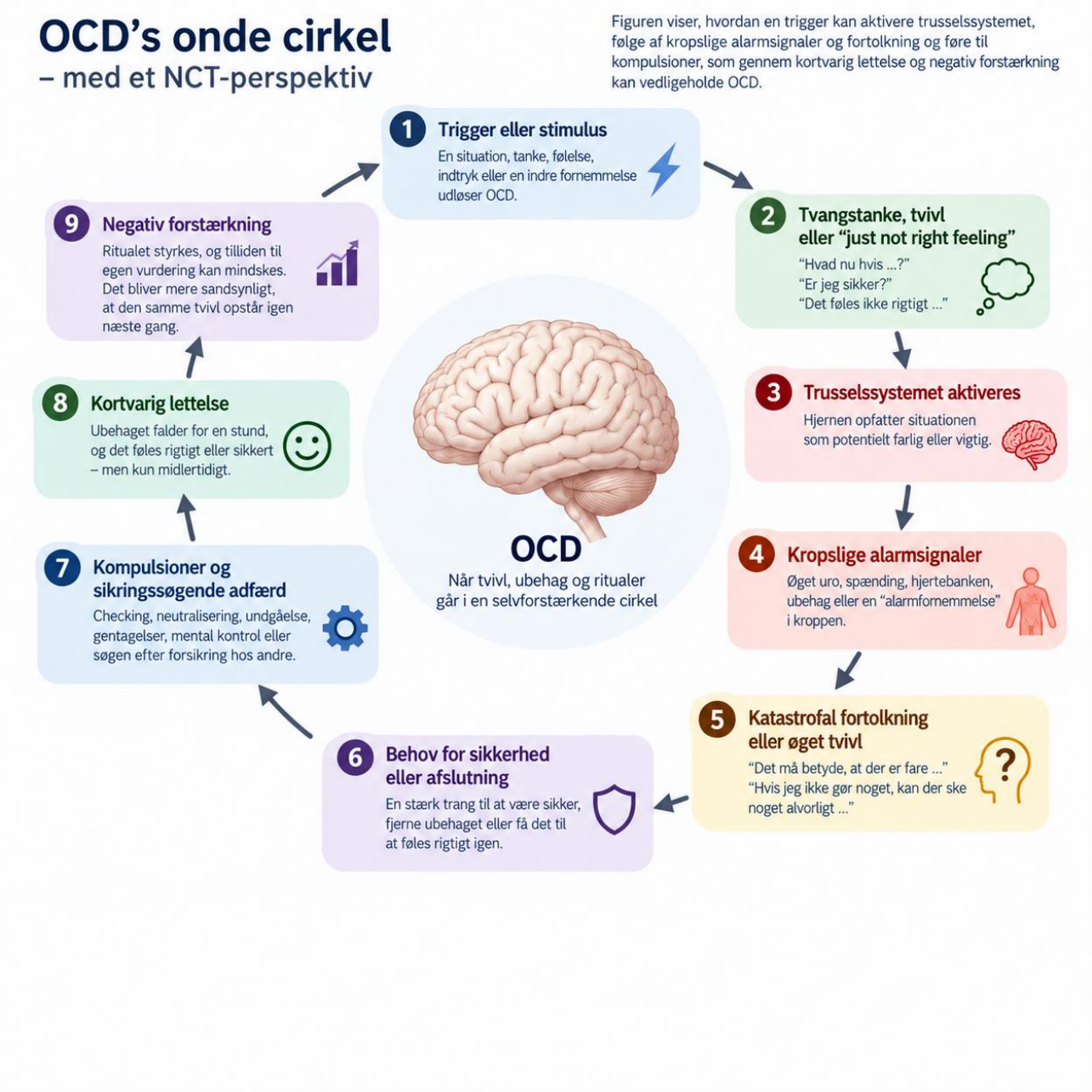
En stor systematisk oversigt fra 2023 omfattede **29 publikationer om tvillingestudier**. Samlet pegede resultaterne på en arvelighed i størrelsesordenen **omkring halvdelen**. En væsentlig del af undersøgelserne målte OCD-symptomer i befolkningen og ikke udelukkende klinisk diagnosticeret OCD. Estimatet bør derfor forstås som et samlet billede af genetiske bidrag til OCD og beslægtede symptommål, med variation mellem undersøgelserne (Blanco-Vieira et al., 2023).

Den psykologiske onde cirkel samlet

Den ledsagende figur **"OCD's onde cirkel"** viser et eksempel på, hvordan en vedligeholdende proces kan udvikle sig:

Trigger → tvangstanke, tvivl eller følelse af ufuldstændighed → oplevet trussel eller ubehag, eventuelt med kropslig aktivering → fortolkning og behov for sikkerhed eller afslutning → tvangshandling eller sikringssøgende adfærd → kortvarig lettelse → stærkere tilbøjelighed til at gentage strategien næste gang.

Ved gentagen kontrol kan der desuden opstå mindre tillid til egne vurderinger og erindringer.



Figuren er en pædagogisk fremstilling. Forløbet behøver ikke begynde samme sted eller følge en fast rækkefølge. Tanker, fortolkninger, kropslige reaktioner og handlinger kan påvirke hinanden i flere retninger. Nogle ritualer er især drevet af ufuldstændighed og behøver ikke ledsages af tydeligt alarmberedskab.

Det fælles behandlingsspørgsmål bliver: **Hvad lærer personen gennem den måde, tvivlen og ubehaget håndteres på?**Hvis ritualet igen og igen får æren for lettelsen eller for, at katastrofen udeblev, kan behovet for ritualet blive fastholdt (Rachman, 2002; Myers et al., 2017).

Fra forståelse til behandling

Eksponering og responshindring (ERP) retter sig mod denne cirkel. Personen møder frivilligt en relevant situation, tanke eller usikkerhed og øver sig i at undlade de tvangshandlinger, som normalt følger. Det kan eksempelvis være at forlade hjemmet efter en almindelig kontrol af døren og undlade at gå tilbage, tage billeder eller spørge andre. Personen får dermed mulighed for at gøre erfaringer med den tilbageværende tvivl.

En vigtig forståelsesramme er **inhibitorisk læring**. Det betyder, at ny læring kan konkurrere med en gammel forventning, uden at den gamle forbindelse nødvendigvis slettes. Personen kan lære: *"Jeg kan fortsætte, selv om jeg ikke føler mig helt sikker, og jeg behøver ikke udføre ritualet."*

Habituation, altså tilvænning med aftagende reaktion, kan også forekomme. Det er imidlertid ikke et krav, at ubehaget falder til nul under hver øvelse, for at ny læring kan finde sted (Craske et al., 2014).

Medicinsk behandling

SSRI er almindeligt førstevalg, når OCD skal behandles med medicin. Der kan være behov for et længere behandlingsforsøg og hos nogle en højere dosis end ved depression. Dosis skal tilpasses effekt, bivirkninger og øvrige helbredsforhold. Man bør ikke selv ændre den.

Clomipramin har også dokumenteret effekt, men vælges ofte senere, blandt andet på grund af bivirkninger og behovet for særlig opmærksomhed på sikkerhed. Ved utilstrækkelig effekt kan en specialist hos udvalgte patienter overveje tillægsbehandling, eksempelvis med risperidon eller aripiprazol (NICE, CG31; Dold et al., 2015).

Der er forskel på **behandlingsrespons** og **remission**. Respons betyder en klinisk betydningsfuld bedring. Remission indebærer, at symptomerne er blevet så begrænsede, at lidelsen ikke længere er klinisk fremtrædende, eller at kun få og lette symptomer er tilbage. Studier anvender nærmere definerede kriterier for begge dele. Remission er ikke en garanti for, at symptomer aldrig kan vende tilbage (Mataix-Cols et al., 2016).

Nogle får stor effekt af medicin, mens andre får delvis eller utilstrækkelig effekt. Forskellen kan ikke forklares enkelt ved, at medicinen påvirker serotonin, mens andre signalstoffer også er involveret. Behandlingsresultatet må vurderes samlet og kan give anledning til ændringer i behandlingen eller kombination med ERP.

Specialiserede behandlinger ved meget svær OCD

Behandlingsresistent betyder, at personen ikke har haft tilstrækkelig effekt af relevante behandlinger gennemført i tilstrækkeligt omfang. Betegnelsen **behandlingsrefraktær** bruges ofte om særligt vedvarende behandlingsmodstand, men ordene anvendes ikke med helt ens grænser i alle studier.

På nogle specialiserede klinikker anvendes **repetitiv transkraniel magnetisk stimulation (rTMS)**. Her påvirker gentagne magnetiske impulser aktiviteten i hjernens netværk uden operation. Der findes forskellige teknikker og behandlingsprotokoller, og dokumentationen kan ikke overføres ukritisk fra én protokol til en anden. Anbefalinger og adgang varierer mellem sundhedssystemer (Abramowitz et al., 2026; NICE, vejledning om rTMS ved OCD).

Ved ekstremt svær, langvarig OCD kan **deep brain stimulation (DBS)**, på dansk dyb hjernestimulation, i sjældne tilfælde overvejes på højt specialiserede centre. Behandlingen indebærer kirurgisk placering af elektroder, som stimulerer bestemte dybe områder eller forbindelsesbaner.

DBS kræver omfattende udredning, nøje afvejning af mulige gevinster og risici samt langvarig opfølgning. Forskningen undersøger i stigende grad, hvilke forbindelsesnetværk stimulationen påvirker, frem for kun hvilket anatomisk punkt elektroden ligger i (Li et al., 2020).

OCD kan således forstås gennem flere niveauer, fra genetisk sårbarhed og hjernens funktion til den måde, personen reagerer på tvivl og ubehag. Disse niveauer supplerer hinanden. I næste kapitel gennemgås de psykoterapeutiske metoder og den konkrete træning, som kan hjælpe med at ændre de vedligeholdende mønstre.

Kapitel 3

Psykoterapeutiske og adfærdsterapeutiske strategier til at afhjælpe OCD

Behandling af OCD indebærer ofte, at man øver sig i at gøre noget andet end det, lidelsen kræver. Man skal måske forlade hjemmet uden endnu en kontrol, have en ubehagelig tanke uden at analysere den eller tåle følelsen af, at noget ikke er helt rigtigt. Det kan være krævende, fordi ritualerne tidligere har givet kortvarig lettelse.

Der kan derfor være afstand mellem ønsket om at få det bedre og modet til at gennemføre en bestemt øvelse. Denne usikkerhed hører med til behandlingen. Terapeut og patient må sammen undersøge, hvad der gør øvelserne vanskelige, og hvordan de kan tilrettelægges, så patienten kan deltage aktivt. Motivation og tillid kan udvikles undervejs.

Man behøver heller ikke være fuldstændig overbevist om, at alle tvangstanker er irrationelle, før behandlingen begynder. Et udgangspunkt kan være villigheden til at undersøge, om de hidtidige strategier faktisk hjælper, og afprøve andre måder at reagere på. Behandlingen skal tilpasses symptomernes sværhedsgrad, tidligere erfaringer og patientens præferencer (NICE, CG31).

Nogle oplever det som uvant, når OCD'en begynder at fylde mindre. Ritualerne kan have struktureret en stor del af dagen og givet en oplevelse af kontrol. Det kan derfor også være relevant at arbejde med, hvad den frigjorte tid og opmærksomhed skal bruges til.

Manglende bedring bør ikke uden videre forklares med manglende motivation. Det er også nødvendigt at undersøge, om behandlingen har været relevant, tilstrækkelig og gennemførlig, og om andre vanskeligheder står i vejen.

Udredning og planlægning

Inden behandlingen tilrettelægges, vurderes diagnosen, symptomernes omfang, tidsforbrug og konsekvenser for hverdagen. Man undersøger også **komorbiditet**, altså andre samtidige lidelser. Det kan være depression, andre angstlidelser, ADHD, autismespektrumtilstande, tic-lidelser, spiseforstyrrelser, rusmiddelproblemer eller **somatiske lidelser**, det vil sige fysiske sygdomme.

Ved tanker om selvskade eller selvmord skal man skelne mellem frygtede, **egodystone eller jeg-fremmede OCD-tanker** og et egentligt ønske, en intention eller en plan. Fænomenerne kan forekomme samtidig, eksempelvis hvis en person med OCD også har

depression. Vurderingen skal være grundig og relevant, men gentagne unødvendige risikovurderinger kan også forstærke frygten for selve tankerne (Veale et al., 2009).

Det er relevant at gennemgå medicin, tidligere behandlinger og eventuel selvmedicinering. Man kan desuden undersøge livshistorie, belastninger, familiære mønstre og mere gennemgribende antagelser. Som tidligere beskrevet er **schemaer** forholdsvis stabile mønstre af tanker, følelser, erindringer og forventninger. De kan være relevante for forståelsen af den enkelte, men man behøver ikke finde én bestemt hændelse eller årsag, før OCD kan behandles.

Vurderingsredskaber

Et udbredt redskab er **Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)**. Den oprindelige skala består af ti vurderinger og går fra **0 til 40 point**, hvor højere tal angiver sværere symptomer. Skalaen undersøger blandt andet tidsforbrug, belastning og påvirkning af hverdagen. Den bruges til at vurdere sværhedsgrad og ændring under behandling og stiller ikke diagnosen alene (Goodman et al., 1989).

Andre redskaber kan undersøge bestemte symptomområder eller antagelser om ansvar, tankefusion og usikkerhed.

Som beskrevet i kapitel 1 anvender ICD-11 ikke længere undertyperne overvejende tvangstanker, overvejende tvangshandlinger og blandet type. Behandlingen tager udgangspunkt i personens konkrete symptomer og indsigt. Det er især vigtigt at få øje på **mentale ritualer**, som ikke er synlige udefra. Patienten kan eksempelvis gennemgå hændelser, kontrollere sine hensigter eller gentage beroligende sætninger i tankerne.

Psykoedukation og den fælles forståelse

Psykoedukation betyder undervisning i og forklaring af lidelsen og behandlingen. Patienten lærer blandt andet om den onde cirkel fra kapitel 2 og om, hvorfor kortvarig lettelse efter et ritual kan gøre ritualet sværere at undlade næste gang.

Den tidligere beskrevne **negative forstærkning** er central her. Når en handling mindsker ubehaget, kan den blive mere nærliggende ved næste tvivl. Personen får samtidig færre erfaringer med, at tvivlen eller ubehaget kan håndteres uden handlingen.

Patient og terapeut kortlægger derfor, hvad der sætter symptomerne i gang, hvordan personen reagerer, og hvilke konsekvenser reaktionen har. Det kan være nyttigt at registrere hyppighed, tidsforbrug og påvirkning af livet og at rangordne de situationer, der er vanskelige (Foa, 2010).

Man undersøger også de uhensigtsmæssige leveregler, personen forsøger at operere efter. Det kan eksempelvis være: *"Jeg skal gøre alting perfekt", "jeg må aldrig lave fejl", "jeg må ikke gøre noget, som kunne såre andre", "jeg skal have fuldstændig kontrol over mine tanker og følelser"* eller *"jeg må ikke have mærkelige tanker."*

Sådanne regler kan gøre det svært at afslutte en handling eller acceptere en almindelig grad af usikkerhed.

Det kognitive arbejde

Kognitiv terapi kan undersøge overvurdering af trussel, **overdreven ansvarsfølelse**, perfektionisme, tanke-handlingsfusion, uhensigtsmæssige leveregler og vanskeligheder ved at tolerere usikkerhed. Man ser blandt andet på, hvilke slutninger patienten drager, og hvordan disse påvirker handlingerne.

Arbejdet skal gøre det lettere at afprøve en anden adfærd. Hvis patienten føler sig nødt til at finde et modargument, hver gang tvivlen opstår, kan argumentationen selv få funktion som et mentalt ritual. Derfor undersøges antagelserne i et omfang, som hjælper patienten videre, frem for at der kræves fuldstændig sikkerhed før hver handling (Gillihan et al., 2012).

Hos nogle kan mere gennemgribende mønstre af skyld, sårbarhed, perfektionisme eller selvkritik være relevante. Her kan schematerapeutiske principper inddrages som supplement.

Schematerapi ved OCD

Jeg anvender selv schematerapeutiske principper i nogle OCD-forløb, især når lidelsen er langvarig, tidligere behandling har haft utilstrækkelig effekt, eller gennemgribende mønstre ser ud til at vanskeliggøre behandlingen. Dette er et område, jeg fortsat undersøger klinisk.

Schematerapi er endnu ikke en etableret førstelinjebehandling af OCD. Forskningsgrundlaget er betydeligt mindre end for KAT med ERP, men der findes undersøgelser af dens mulige anvendelse som supplement.

Hvad viser undersøgelserne?

En systematisk oversigtsartikel om schematerapi ved angstlidelser, OCD og PTSD omfattede **seks studier med i alt 316 patienter**. Resultaterne pegede på forbedringer i symptomer og tidlige maladaptive schemaer, altså indlærte mønstre, som skaber vanskeligheder. Studierne havde dog væsentlige metodiske begrænsninger, og deltagerne havde forskellige lidelser. De 316 var således ikke alle patienter med OCD. Forfatterne vurderede tilgangen som lovende og efterlyste stærkere undersøgelser (Peeters, van Passel & Krans, 2022).

I et pilotstudie fra 2016 fik **ti indlagte patienter med OCD** en 12-ugers kombination af schematerapi og ERP. Patienterne havde tidligere haft utilstrækkelig effekt af KAT med ERP. Behandlingen blev kaldt **STERP**, *Schema Therapy augmented Exposure and Response Prevention*, altså ERP suppleret med schematerapi. Der sås store forbedringer inden for gruppen, og fem patienter opnåede mindst 35 % reduktion på Y-BOCS. Studiet var lille og uden kontrolgruppe og kunne derfor ikke afgøre, hvor stor en del af bedringen der skyldtes tilføjelsen af schematerapi (Thiel et al., 2016).

En **case-serie fra 2025**, hvor et mindre antal patientforløb blev undersøgt systematisk, omfattede seks patienter med behandlingsresistente angstlidelser eller OCD. Behandlingen kombinerede eksponering med schematerapeutiske principper. Fire viste forbedring i hele eller dele af de undersøgte mål, mens to var mere stabile. Resultaterne er foreløbige og kan ikke i sig selv dokumentere en generel behandlingseffekt (Peeters et al., 2025).

Der findes også et ukontrolleret pilotstudie af **27 patienter i dagbehandling**, hvor schematerapi blev kombineret med KAT ved behandlingsresistente angstlidelser og OCD. Også her sås forbedringer, men undersøgelsen kunne ikke vise, at kombinationen var bedre end en tilsvarende behandling uden schematerapi (Remmerswaal et al., 2023).

Schemaer og modes

En meta-analyse af **22 studier med 3.699 deltagere** fandt sammenhænge mellem OCD og tidlige maladaptive schemaer. Blandt de stærkeste var sammenhængene med afhængighed/inkompetence, sårbarhed for sygdom og katastrofe samt bekymring/pessimisme. Social isolation var også blandt de undersøgte schemaer. De fleste studier var tværsnitsundersøgelser, som måler forhold på samme tidspunkt. Resultaterne kan derfor ikke afgøre, om schemaerne er årsag, konsekvens eller ledsagende sårbarhed (Dostal & Pilkington, 2023).

I en individuel formulering kan **Ufravigelige standarder/overkritiskhed** være relevant ved krav om at gøre ting helt rigtigt. **Selvstraf** kan være relevant, når personen fordømmer sig selv for uønskede seksuelle, aggressive eller moralsk ubehagelige tanker. **Sårbarhed for sygdom og katastrofe** kan knytte sig til sygdoms- og smittetemaer, mens **Bekymring/pessimisme** kan præge forventningen om, hvad der vil ske.

En **mode** er et aktuelt følelses- og reaktionsmønster. Personen kan eksempelvis være sårbar og hjælpeløs, hårdt selvkritisk eller stærkt optaget af at beskytte sig gennem kontrol. Modes kan skifte, mens schemaerne beskriver mere vedvarende mønstre.

I schematerapeutisk sprog kan en **Sårbar Barn-mode** være præget af overvældende skyld eller usikkerhed. En **Krævende eller Straffende Forælder-mode** kan vise sig som en indre stemme: *”Du må aldrig begå fejl”, ”du må ikke have sådanne tanker”* eller *”du skal være helt sikker.”* Beskyttende modes kan forsøge at håndtere ubehaget gennem kontrol, undgåelse eller ritualer. Betegnelserne er måder at beskrive personens skiftende tilstande på, ikke forskellige personligheder.

Schematerapeutiske metoder

Schematerapi kan give plads til at arbejde med den indre kritiske stemme, tidlige erfaringer med skyld eller kontrol og følelsesmæssige behov, som kan være vanskelige at tilgodese.

Ved **imagery rescripting**, forestillingsbaseret omskrivning, arbejder patienten med en smertefuld erindring eller forestilling og forestiller sig et forløb, hvor behov for eksempelvis beskyttelse eller støtte bliver mødt. Øvelsen ændrer den emotionelle bearbejdning af erindringen, ikke de historiske fakta.

Modearbejde hjælper med at genkende de aktuelle reaktionsmønstre og udvikle mere hjælpsomme svar. **Empatisk konfrontation**, *empathic confrontation*, forener forståelse for mønstrets baggrund med undersøgelse af dets omkostninger. **Adfærdsmæssigt mønsterbrud**, *behavioral pattern breaking*, indebærer at øve handlinger, som bryder med de gamle vaner (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Arbejdet skal forbindes med det, patienten gør i hverdagen. En dyb forståelse af schemaer bør ikke blive en grund til at udskyde eksponeringen på ubestemt tid.

Tanken om at arbejde med dybere antagelser ved OCD er heller ikke ny. **Sookman og Pinard** beskrev allerede i 1999 en integrativ kognitiv tilgang med fokus på blandt andet sårbarhed, perfektionisme, tilknytning og reaktioner på uforudsigelighed. Den var blandt andet udviklet til patienter med utilstrækkelig effekt af tidligere behandling. Det er en relevant historisk baggrund, men ikke i sig selv dokumentation for effekten af en bestemt nutidig schematerapeutisk metode (Sookman & Pinard, 1999).

Jeg betragter derfor foreløbig schematerapi som et muligt supplement i udvalgte forløb. En eventuel fordel ud over velgennemført ERP skal undersøges mere direkte.

Eksempler på kognitive undersøgelsesspørgsmål

De følgende spørgsmål er min kliniske samling af mulige indgange til samtalen. De er ikke en test, og patienten skal ikke besvare dem alle. Man udvælger de spørgsmål, som belyser den aktuelle antagelse, og bruger forståelsen til at afprøve en anden adfærd.

Om tankens tilstedeværelse og betydning

Kan man bestemme alle de tanker, der spontant opstår? Betyder en mærkelig tanke i sig selv, at der er noget galt med dig? Hvilke andre forklaringer findes på, at en uønsket tanke dukker op?

Bliver tanken mere sand, fordi den gentages? Hvis en tanke om at skade dig selv eller andre vender tilbage, fortæller gentagelsen så, hvad du ønsker, eller kan den hænge sammen med den betydning og opmærksomhed, tanken har fået?

Er en tanke, en oplevet impuls, et ønske, en intention og en handling det samme? Hvad taler for og imod din antagelse om, at tankens tilstedeværelse betyder, at du vil handle?

Om kontrol, ansvar og afklaring

Hvad mener du konkret med at ”miste kontrollen”? Hvad forestiller du dig vil ske? Er oplevelsen af kontroltab i sig selv dokumentation for faktisk kontroltab eller psykose?

Hvis du føler behov for at kontrollere igen, betyder det så, at din hukommelse er upålidelig, eller kan selve den gentagne kontrol have svækket din tillid til den?

Føler du dig ansvarlig for at forhindre enhver mulighed for, at du har sagt eller gjort noget skadeligt? Hvad er et rimeligt ansvar i den konkrete situation?

Hvad taler for, at de gentagne tvivlstanker indgår i et OCD-mønster? Giver analysen varig afklaring, eller opstår snart et nyt spørgsmål?

Om at undlade ritualet

Hvad forventer du vil ske, hvis du undlader ritualet? Kan forventningen undersøges i en relevant og forsvarlig øvelse?

Hvordan ville det være at lade en sandsynlig OCD-tanke stå ubesvaret? Kan du lade tanken eller billedet være til stede uden at forsøge at ophæve det?

Hvordan kan du give plads til tvivl eller en følelse af ufuldstændighed uden at udføre den sædvanlige handling? Hvilken konkret handling ville være uforenelig med ritualet?

Om omkostninger og nye valg

Har de mange tidligere diskussioner med tanken hjulpet på længere sigt? Hvilke omkostninger har ritualerne for din tid, dine relationer og dine muligheder?

Hvad er du villig til at afprøve, selv om der fortsat er ubehag? Hvad kan prisen blive ved at fortsætte uændret, og hvad kunne du få mere plads til, hvis OCD’en fyldte mindre?

Hvis spørgsmålene afdækker **tankefusionsantagelser**, altså forestillinger om, at tanker har en særlig forbindelse til hændelser, handlinger eller genstande, kan man vende tilbage til TEF, TAF og TOF fra kapitel 1.

Når antagelsen er undersøgt tilstrækkeligt, skal spørgsmålene ikke gentages som en ny sikkerhedsrutine. Behandlingen bevæger sig videre til erfaringer med en anden respons. Det er også vigtigt at forklare, at uønskede aggressive, seksuelle og moralsk ubehagelige tanker kan forekomme uden OCD. Diagnosen og behandlingen afhænger af det samlede mønster, ikke alene af tankeindholdet (Veale et al., 2009; Gillihan et al., 2012).

Eksponering og responshindring (ERP)

Eksponering betyder, at personen frivilligt møder tanker, situationer, genstande, kropslige fornemmelser eller usikkerhed, som OCD'en normalt får vedkommende til at undgå. **Responshindring** betyder, at de tilhørende tvangshandlinger undlades. Det gælder både synlige handlinger og mentale ritualer.

ERP er den bedst dokumenterede psykoterapeutiske behandling af OCD. Behandlingen tilrettelægges ud fra den enkeltes symptomer og kan kombineres med kognitivt arbejde og medicin (Abramowitz et al., 2026).

Habituation og ny læring

Eksponering er traditionelt blandt andet blevet forklaret gennem **habituation**, altså tilvænning, hvor reaktionen på en gentagen eller længerevarende påvirkning aftager.

En anden vigtig forståelsesramme er **inhibitorisk læring**. Her lægges vægt på, at nye erfaringer kan konkurrere med gamle forventninger, uden at den gamle læring nødvendigvis bliver slettet. Patienten kan eksempelvis erfare: *"Jeg kan fortsætte, selv om jeg er usikker", "jeg kan have denne tanke uden at neutralisere den"* eller *"følelsen af urenhed behøver ikke bestemme, om jeg vasker mig."*

Flere læringsprocesser kan være involveret. Et tydeligt fald i ubehag kan være værdifuldt, men er ikke det eneste tegn på udbytte. En øvelse kan også være hjælpsom, når personen lærer at undlade ritualet og fortsætte med det relevante, selv om uroen endnu er til stede (Craske et al., 2014).

Tilrettelæggelse af øvelserne

Øvelser planlægges sammen med terapeuten og gentages i hverdagen.
Et **eksponeringshierarki** er en oversigt over situationer med forskellig sværhedsgrad. Det kan hjælpe med at begynde et sted, hvor patienten kan deltage, og gradvist udvide træningen. Øvelserne behøver dog ikke altid følge en helt fast rækkefølge.

Hos en person, som kontrollerer en dør meget hyppigt, kan en gradvis reduktion være en overgang. Målet er, at personen efterhånden kan forlade situationen efter almindelig relevant handling, uden at gentagne kontroller skal skabe fuldstændig sikkerhed. Et permanent "tilladt antal" kontroller kan ellers blive et nyt ritual.

Man kan også i en overgang ændre et rituals form, rækkefølge eller tempo for at gøre det mindre automatisk. Det skal følges op af arbejde med selve behovet for ritualet.

En skala fra 0 til 10 kan bruges til at beskrive ubehag, men bør ikke blive en regel om, at øvelsen først må afsluttes ved et bestemt tal. Relevante spørgsmål er også: *"Hvad forventede jeg?", "hvad gjorde jeg anderledes?"* og *"hvad lærte jeg om at håndtere usikkerheden?"* (Foa, 2010; Craske et al., 2014).

Ved smittefrygt kan man eksempelvis øve almindelig kontakt med hverdagsgenstande og undlade overdreven vask bagefter. **Eksponeringen skal være relevant, sikker og etisk forsvarlig.** Almindelig hygiejne og særlige lægelige hensyn skal fortsat respekteres. Det er OCD'ens ekstra sikkerhedskrav, der undersøges.

Forestillingsbaseret og verbal eksponering

Ved tvangstanker og mentale ritualer kan man anvende **imaginal eksponering**, altså forestillingsbaseret eksponering. Personen fremkalder en frygtet tanke eller forestilling og øver sig i at undlade den sædvanlige neutralisering.

Hvis frygten er: *"Hvad hvis jeg mister kontrollen og skader min partner?"*, kan patient og terapeut sammen udforme en sætning, tekst eller lydoptagelse, som aktiverer netop den usikkerhed, personen normalt forsøger at undgå. Forestillingsbaserede øvelser kan kombineres med eksponering i hverdagen (Foa, 2010).

En metode er at gentage en særlig frygtet sætning. Ved OCD med frygt for at være pædofil kan sætningen eksempelvis være: *"Jeg er pædofil og har lyst til at forgribe mig på børn."* Sætningen bruges her som en bevidst fremkaldelse af det frygtede OCD-indhold. Den er ikke en diagnose, tilståelse eller beskrivelse af patientens faktiske ønsker.

En sådan øvelse skal bygge på en klinisk vurdering og aftales med patienten. Formuleringen tilpasses den enkelte, og personen øver sig i at sige den uden straks at tilbagevise den, kontrollere sine følelser eller udføre et beskyttende ritual.

I mit eget kliniske arbejde har jeg ofte anvendt gentagen verbal eksponering. Hos nogle begynder det oplevede ubehag og de kropslige reaktioner at aftage efter omkring ti gentagelser. Vi fortsætter ofte op mod 20 til 25 gentagelser, hvor nogle oplever en mere markant ændring. Øvelsen kan derefter gentages flere gange dagligt gennem en aftalt periode.

Antallene beskriver min kliniske praksis og er **ikke en standardiseret dosis**. Patienten skal heller ikke gentage sætningen, indtil en bestemt følelse er opnået, hvis dette bliver et nyt ritual. Udbyttet vurderes også på, om personen får lettere ved at undlade neutralisering og vende tilbage til hverdagen.

Hos nogle bliver sætningen efterhånden næsten kedelig. Den kan miste sin særlige betydning og opleves som mere **ligegyldig**, så den ikke længere kræver analyse eller kontrol. Det er en værdifuld erfaring. Den behøver blot ikke indtræffe under hver øvelse, for at træningen kan have et formål.

Øvelsen kan samtidig udfordre TEF og TAF. Personen fremkalder det frygtede tankeindhold uden den handling eller neutralisering, som tidligere oplevedes nødvendig. Erfaringerne kan svække forestillingen om, at tanken er en intention eller en kraft, som skal kontrolleres. De giver ikke en matematisk garanti for alle tænkelige fremtidige hændelser.

Længere scenarier og indre billeder

Man kan også arbejde med et længere frygtet scenarie, som patienten skriver, læser eller lytter til. Denne teknik er beslægtet med andre former for eksponering, men skal ikke forveksles med **Prolonged Exposure Therapy (PE)**, som er en samlet, traumefokuseret behandling af **PTSD**, posttraumatisk belastningsreaktion (National Center for PTSD, 2026).

Ved indre billeder kan patienten øve sig i at lade billedet være til stede uden at skubbe det væk eller straks erstatte det med et positivt. Hvis ændringen af billedet bruges for akut at ophæve en frygtet betydning, kan den fungere som neutralisering.

Det er en anden terapeutisk opgave end den tidligere beskrevne imagery rescripting, hvor man planlagt arbejder med en erindrings betydning. **Teknikkens funktion og sammenhæng er afgørende.** En metode, der er hjælpsom i én sammenhæng, kan blive et ritual, hvis den bruges som et obligatorisk svar på enhver tvangstanke.

Skjulte ritualer og pårørende

Responshindring kræver opmærksomhed på, om ritualet blot flytter sig. Patienten kan holde op med at kontrollere døren fysisk og i stedet se på et foto, spørge partneren eller mentalt rekonstruere øjeblikket, hvor døren blev låst (Gillihan et al., 2012).

Pårørende kan uforvarende blive en del af mønstret. De svarer måske gentagne gange på samme spørgsmål, hjælper med kontrol eller ændrer familiens rutiner for at undgå ubehag. Det kaldes **family accommodation**, altså familiens tilpasning til OCD'en.

Inddragelse kan hjælpe familien med at støtte patienten uden at deltage i ritualerne. Ændringer bør aftales og gennemføres med forståelse, frem for at støtte pludselig trækkes væk. Et mindre randomiseret studie fandt lovende resultater af en kort familieintervention, men den bedste form for familieinddragelse afhænger af situationen (Thompson-Hollands et al., 2015).

Medicin og ERP

SSRI kan være relevant ved blandt andet moderat til svær OCD, samtidige lidelser eller symptomer, som gør psykoterapeutisk arbejde vanskeligt. ERP og medicin kan anvendes hver for sig eller i kombination.

Et randomiseret studie med 108 patienter, som fortsat havde OCD-symptomer trods serotonerg medicin, viste, at tillæg af ERP gav bedre resultater end tillæg af

stresshåndtering. Patienterne fortsatte deres medicin under behandlingen (Simpson et al., 2008).

I et andet randomiseret studie var ERP og kombinationen af ERP med **clomipramin** mere effektive end clomipramin alene. Der blev ikke fundet en statistisk sikker forskel mellem ERP og kombinationen. Det er ikke det samme som endeligt bevist ligeværdighed, og studiet undersøgte clomipramin, ikke et SSRI-præparat (Foa et al., 2005).

Disse fund viser, at eksponering kan have effekt under samtidig medicinsk behandling. De undersøger ikke direkte, om en bestemt grad af medicinsk angstdæmpning påvirker læringen.

Der er derfor ikke grundlag for rutinemæssigt at reducere en effektiv SSRI-behandling alene for at ”skabe nok angst” under ERP. Det relevante er, om patienten kan arbejde med de vedligeholdende mønstre og gøre nye erfaringer. Medicinsk behandling vurderes samlet ud fra effekt, bivirkninger og patientens situation.

Eventuel nedtrapning skal planlægges med lægen og ske gradvist med opmærksomhed på både seponeringssymptomer og risiko for tilbagefald. Overvejelserne om SSRI kan ikke uden videre overføres til alle andre angstdæmpende lægemidler (NICE, CG31).

Metakognitive strategier

Metakognitiv terapi (MCT) retter opmærksomheden mod, hvordan personen forholder sig til tankerne, og hvilke antagelser der holder den efterfølgende proces i gang. Eksempler er: *”Denne tanke er farlig”, ”jeg skal forstå, hvorfor den kom”* eller *”hvis jeg ikke kontrollerer den, mister jeg kontrollen.”*

Patienten øver sig i at registrere tanken uden automatisk at analysere, undertrykke eller neutralisere den. En teknik er **afkoblet opmærksomhed**, på engelsk *detached mindfulness*. Tanken kan være til stede, mens personen undlader den sædvanlige bearbejdning.

Det adskiller sig fra at bruge afledning som et krav om, at tanken straks skal væk. At rette opmærksomheden mod en aktivitet er dog ikke i sig selv problematisk. Det afgørende er, om handlingen bruges fleksibelt eller som en nødvendig beskyttelse mod tanken (Melchior et al., 2019).

Forskningen i MCT ved OCD

Et randomiseret studie fra 2024 omfattede **74 patienter**, som fik 12 ugentlige sessioner med MCT eller ERP. Begge grupper fik betydelig symptomreduktion. Studiet undersøgte **non-inferiority**, altså om MCT med tilstrækkelig sikkerhed kunne udelukkes at være mere end

en på forhånd fastsat, klinisk relevant størrelse dårligere end ERP. Forfatterne fandt støtte til dette ved behandlingens afslutning, men ikke ved seksmånedersopfølgningen (Exner et al., 2024).

Der er efterfølgende rejst metodologisk kritik af, hvor sikkert resultaterne kan begrunde konklusionen om non-inferiority. Studiet bør derfor ikke bruges som endeligt bevis for, at behandlingerne er lige effektive (Leichsenring, Heim & Steinert, 2025).

Et andet randomiseret studie fandt også forbedringer efter både MCT og ERP uden statistisk sikker forskel mellem grupperne. Forbedringerne var overordnet bevaret ved opfølgning efter seks måneder (Melchior et al., 2023).

MCT er således en lovende mulighed, men har et mindre forskningsgrundlag ved OCD end ERP. De metakognitive principper og deres anvendelse ved bekymring gennemgås mere udførligt i kapitel 4.

Inference-Based Cognitive Behavioural Therapy (I-CBT)

Inference-Based Cognitive Behavioural Therapy, forkortet **I-CBT**, kan beskrives som slutningsbaseret kognitiv adfærdsterapi. Tilgangen er udviklet specifikt til OCD og undersøger, hvordan den tvangsmæssige tvivl bliver opbygget.

En **inferens** er en slutning på baggrund af oplysninger. I I-CBT's model kan personen komme til at give forestillede muligheder større vægt end de oplysninger, som er tilgængelige gennem sanserne og den aktuelle sammenhæng. Det kaldes **inferentiel forvirring**.

Personen ser eksempelvis, at døren er låst, men tænker: *"Måske så jeg forkert. Måske sprang låsen op bagefter. Måske husker jeg en anden dag."* Behandlingen undersøger overgangen fra almindelig vurdering til en stadig mere omfattende OCD-fortælling. Patienten træner i at genkende denne overgang og anvende sanseindtryk og almindelig viden uden at genåbne tvivlen gennem nye hypotetiske muligheder (Wolf et al., 2024).

I et randomiseret studie med **197 deltagere** blev I-CBT sammenlignet med KAT for OCD. Begge grupper fik betydelig bedring, og I-CBT blev vurderet som mere tålelig af patienterne. Der var ikke en statistisk sikker forskel i symptomreduktionen.

Den planlagte non-inferiority-analyse var imidlertid **inkonklusiv**: Resultaternes usikkerhed var for stor til at udelukke den på forhånd definerede forskel til I-CBT's ugunst. Studiet giver derfor støtte til videre undersøgelse af I-CBT, men dokumenterer ikke sikkert ligeværdighed med den sammenlignede behandling (Wolf et al., 2024).

Bergen 4-Day Treatment: koncentreret ERP på fire dage

Bergen 4-Day Treatment (B4DT) er udviklet af Gerd Kvale og Bjarne Hansen i Bergen. Behandlingen samler intensiv ERP over fire sammenhængende dage, typisk i små grupper med omtrent én terapeut til hver patient.

Den første dag bruges især på forståelse og planlægning. Dag to og tre indeholder intensiv, individuelt tilrettelagt eksponering med terapeutstøtte. Den fjerde dag bruges til at samle erfaringerne og planlægge fortsat træning og håndtering af tilbagefald.

Et centralt princip er **LET**, *LEaning into The anxiety*. Det kan forklares som aktivt at gå ind i den usikkerhed eller det ubehag, som OCD'en får personen til at forsøge at kontrollere. Patienten øver sig i at opdage det øjeblik, hvor et ritual eller en sikkerhedsstrategi er ved at tage over, og vælge en anden handling (Launes et al., 2019).

Resultater og begrænsninger

I et randomiseret studie med **48 patienter** blev 16 fordelt til B4DT, 16 til selvhjælp og 16 til venteliste. Blandt de 16, der fik B4DT, opnåede **15 behandlingsrespons**, svarende til cirka **94 %**, og **10 remission**, svarende til cirka **63 %**.

Respons var defineret som mindst 35 % reduktion på Y-BOCS. Remission krævede også en score på højst 12. Som tidligere nævnt går den oprindelige Y-BOCS fra 0 til 40. De høje procenter skal ses i lyset af, at B4DT-gruppen kun omfattede 16 personer, og at sammenligningen var med selvhjælp og venteliste (Launes et al., 2019).

I et klinisk opfølgningsstudie med 77 patienter var cirka **69 % i remission efter fire år**. Det er et lovende langtidsfund, men undersøgelsen havde ikke en samtidig kontrolgruppe og kan derfor ikke afgøre, om B4DT giver bedre langtidsresultater end andre tilstrækkeligt intensive ERP-forløb (Hansen et al., 2019).

B4DT er også indført uden for Bergen, blandt andet på andre norske klinikker og i Tyskland. Erfaringerne fra nye behandlingssteder bidrager til at undersøge, hvor godt metoden kan overføres til andre rammer (Yassari et al., 2024).

Metoden er desuden blevet indført på mit tidligere psykoterapeutiske afsnit F4 på Frederiksberg. Jeg var selv med til at tage initiativ til at få behandlingsformen indført, mens jeg arbejdede på afsnittet, men selve implementeringen fandt først sted, efter at jeg var gået selvstændig.

En systematisk oversigt fra 2026 omfattede **38 publikationer**, hvoraf 27 indeholdt originale data om tilsammen **1.144 behandlede patienter**. Blandt de studier, oversigten omfattede frem til februar 2026, var kun ét randomiseret kontrolleret. Kun få undersøgelser var gennemført helt uden deltagelse af metodens udviklere.

Forfatterne vurderede sikkerheden af den samlede evidens som lav, især på grund af risiko for systematiske skævheder og mangel på direkte sammenligninger med etableret ERP. B4DT er derfor en lovende, koncentreret behandlingsform, som fortsat bør undersøges i større uafhængige sammenligningsstudier (Hardman, Deacon & Gates, 2026).

Internetbaseret behandling og digitale hjælpemidler

Internetbaseret KAT kan indeholde undervisning, eksponeringsopgaver, registrering og kontakt med en terapeut. For nogle gør det specialiseret behandling mere tilgængelig. Der er dog stor forskel på et undersøgt behandlingsprogram og en almindelig selvhjælpsapp.

En meta-analyse af **12 randomiserede studier med 1.416 deltagere** fandt samlet effekt af internetbaseret KAT sammenlignet med inaktive kontrolbetingelser. Resultaterne var mindre entydige over for aktive behandlinger. I de få direkte sammenligninger mellem programmer med og uden vejledning fandtes ingen statistisk sikker forskel. Analysen giver derfor ikke grundlag for en enkel regel om, at én grad af terapeutstøtte altid er bedst (Polak & Tanzer, 2024).

Et randomiseret studie fra 2025 med **120 deltagere** sammenlignede app-behandlingen *Perspectives* med en aktiv digital kontrolintervention. Forskellen på det på forhånd fastlagte primære resultat var ikke statistisk signifikant. Flere supplerende analyser var positive, men de ophæver ikke usikkerheden om det primære resultat (Wilhelm et al., 2025).

Digitale løsninger bør derfor vurderes ud fra det konkrete program, patientgruppen og dokumentationen. De kan levere egentlig behandling eller støtte et forløb, men teknologien er ikke i sig selv en garanti for kvalitet eller tilstrækkelig hjælp.

Acceptance and Commitment Therapy og mindfulness

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) arbejder blandt andet med accept, værdier og **kognitiv defusion**. Defusion betyder, at personen øver sig i at opleve tanker som mentale begivenheder, så de ikke automatisk bliver behandlet som sandheder eller ordrer.

Ved OCD kan arbejdet eksempelvis være at lade tvivlen være til stede og samtidig vælge handlinger, som passer til det liv, man ønsker. Det kan være relevant, når patienten venter på, at ubehaget skal forsvinde, før vedkommende tør handle.

ACT kan kombineres med ERP. I et randomiseret studie med **58 voksne** gav både ERP og ERP suppleret med ACT betydelig bedring. Der blev ikke fundet en statistisk sikker yderligere gevinst ved ACT-tilføjelsen. Studiet viser dermed ikke, at kombinationen generelt er bedre end ERP alene (Twohig et al., 2018).

Mindfulnessbaserede strategier kan også bruges til at registrere tanker og kropslige reaktioner uden straks at reagere. Som ved andre teknikker bør man undersøge funktionen. Hvis en øvelse bliver obligatorisk, hver gang en tvangstanke opstår, og skal fjerne ubehaget, kan den få karakter af et ritual.

ACT og mindfulnessbaserede metoder har et mindre og mere varieret forskningsgrundlag ved OCD end ERP. De kan være relevante i behandlingen, men bør ikke præsenteres som generelt bedre dokumenterede alternativer (Abramowitz et al., 2026).

Andre nyere og supplerende behandlinger

Der forskes i **virtual reality** og beslægtede teknologier, hvor dele af eksponeringen foregår i computergenererede miljøer. Foreløbige undersøgelser kan vise gennemførlighed og mulige anvendelser, men afgør endnu ikke, om teknologien giver bedre behandling end veltilrettelagt ERP i almindelige omgivelser (Miegel et al., 2023).

Ved svært behandlingsresistent OCD kan de specialiserede metoder **rTMS og DBS**, som blev beskrevet i kapitel 2, være relevante at vurdere. Der forskes også i blandt andet **ketamin og psilocybin**. Disse lægemiddeltilgange er fortsat eksperimentelle ved OCD og skal ikke sidestilles med etableret førstelinjebehandling (Abramowitz et al., 2026).

Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT) ved OCD

Jeg arbejder desuden med min egen terapeutiske tilgang, som jeg kalder **Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT)**, og som jeg også afprøver ved OCD. Den er min kliniske og teoretiske syntese af viden om hjernens regulerings- og læringssystemer og principper fra kognitiv terapi, adfærdsterapi, metakognitiv terapi og schematerapi.

NCT er endnu ikke undersøgt videnskabeligt som en selvstændig samlet behandling. Den skal derfor forstås som en klinisk arbejdsmodel og hypotese, ikke som en behandling med samme evidensgrundlag som ERP.

Hvorfor jeg begyndte at udvikle NCT

Den vigtigste teoretiske inspiration til udviklingen af Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT) kom fra Joseph LeDoux' forskning i hjernens trusselssystemer. LeDoux gjorde op med den udbredte forestilling om amygdala som et egentligt "angstcenter" eller "frygtcenter". Amygdala indgår i systemer, som registrerer og lærer betydningen af mulige trusler og kan medvirke til at sætte kroppen i et beredskab, der gør organismen bedre i stand til at håndtere fare. Pulsen kan stige, musklerne spændes, vejrtrækningen ændres, og opmærksomheden skærpes. Disse biologiske reaktioner er en del af kroppens forberedelse på blandt andet kamp, flugt eller andre defensive handlinger. De er ikke i sig selv den bevidste mentale følelse, vi kalder angst eller frygt (LeDoux & Pine, 2016).

Denne skelnen blev afgørende for min egen måde at forstå følelser på. Hvis de systemer, der forbereder kroppen på fare, ikke i sig selv producerer den bevidste følelse af angst, bliver det relevant at skelne mellem **det hjernen og kroppen automatisk gør, det vi bliver bevidste om, og den betydning vi tillægger oplevelsen**.

I NCT har jeg valgt at undersøge, om denne skelnen også kan være terapeutisk nyttig bredere i forståelsen af følelser. Dette er min egen videreudvikling og skal ikke forstås som noget, LeDoux selv har dokumenteret for alle emotioner. Min arbejdshypotese er, at hjernens forskellige biologiske regulerings-, motivations- og overlevelsessystemer kan bringe organismen i bestemte tilstande, mens den bevidste mentale følelse formes gennem et langt bredere samspil mellem den kropslige tilstand, situationen, tidligere erfaringer, erindringer og den fortolkning, som oplevelsen får.

Det betyder, at det, vi mærker, ikke nødvendigvis behøver at forstås på præcis den måde, vi tidligere har lært at forstå det. En kropslig reaktion kan være virkelig og kraftig, samtidig med at den betydning, vi automatisk tillægger den, stammer fra tidligere erfaringer og ikke længere passer særlig godt til den aktuelle situation. Man kan se den som et **ekko af gammel læring**, som hjernen fortsat reagerer ud fra.

Dette åbner efter min opfattelse for en større fleksibilitet i forholdet til følelserne. Hvis jeg eksempelvis mærker hjertebanken, spænding og uro, har jeg måske gennem hele mit liv lært straks at kalde oplevelsen angst og derfra slutte: *"Jeg er bange, derfor må der være noget farligt."* Men hvis jeg har undersøgt situationen og ikke befinder mig i fare, kan jeg øve mig i en anden forståelse: *"Min hjerne og min krop reagerer på noget, de tidligere har lært at behandle som en trussel. Reaktionen er virkelig, men den fortæller mig ikke i sig selv, at der er fare nu."*

Hos nogle patienter kan det endda være hjælpsomt ikke længere automatisk at kalde enhver sådan kropslig aktivering for angst. De kan opleve, at betegnelsen *angst* i sig selv fastholder forestillingen om, at de må være bange for noget. I stedet kan de beskrive det mere neutralt som en aktivering af kroppens beredskab. Hos andre er den bevidste angstoplevelse tydeligt til stede, og da er pointen ikke at omdøbe den, men at lære, at **angstens styrke ikke afgør, om den fortolkning, man giver situationen, er rigtig**.

Det blev også relevant for mig i arbejdet med OCD. Jeg mødte igen og igen patienter, som rationelt vidste, at deres tvangstanke ikke var troværdig, men som fortsat tillagde den stor betydning, fordi de reagerede så kraftigt på den. En patient kunne sige: *"Jeg ved godt, at døren er låst, men det føles stadig, som om noget er galt."* En anden kunne få en uønsket voldelig tvangstanke og vide, at han ikke ønskede at handle på den, men samtidig tænke: *"Når jeg føler så voldsomt et ubehag, må tanken måske alligevel være sand."*

Her kom den neurobiologiske forståelse til at give en anden mulighed. Den kraftige reaktion kunne forstås som tegn på, at hjernen havde lært at behandle netop dette tema som betydningsfuldt eller truende. **Reaktionen behøvede ikke længere at fungere som bevis for tankens sandhed.** Patienten kunne begynde at tænke: *"Min hjerne reagerer kraftigt på denne tanke. Det fortæller mig noget om min indlærte reaktion på tanken, ikke nødvendigvis noget om, hvor sand tanken er."*

Selve det at bruge en følelse som information om virkeligheden er allerede velbeskrevet i psykologien som **emotionel ræsonnering**, blandt andet af Arntz, Rauner og van den Hout (1995). NCT's mulige bidrag ligger derfor ikke i opdagelsen af, at mennesker kan bruge følelser som bevis. Det ligger i forsøget på at forbinde denne psykologiske mekanisme med en mere differentieret forståelse af hjernens automatiske biologiske reaktioner og den efterfølgende bevidste fortolkning og gøre denne skelnen direkte anvendelig i psykoterapien.

Tre niveauer som klinisk arbejdsmodel

I NCT skelner jeg mellem **tre niveauer** i den proces, hvor en automatisk biologisk reaktion kan udvikle sig til en bevidst mental følelse og efterfølgende få en bestemt betydning.

På **det første niveau** reagerer hjernens trussels-, regulerings- og andre involverede systemer automatisk på det, der registreres som betydningsfuldt. Ved OCD kan det eksempelvis være en tvangstanke, et indre billede, en situation eller en kropslig fornemmelse. Hjernen kan påvirke kroppen og gøre organismen parat til handling, før personen har nået at forholde sig bevidst til, hvad der sker.

På **det andet niveau** befinder personen sig i den kropslige og følelsesmæssige tilstand, som denne aktivitet er med til at skabe. Der kan være spænding, ændret vejrtrækning, varme, hjertebanken, uro, tyngde, rastløshed eller blot en diffus stemning af, at noget ikke føles helt rigtigt. Man behøver ikke på dette tidspunkt være refleksivt eller metakognitivt bevidst om de enkelte signaler. Man kan ganske enkelt være påvirket af tilstanden og befinde sig i en bestemt stemning uden at have spurgt sig selv, hvad man egentlig mærker.

Hvis man stopper op og spørger personen: *"Hvad mærker du lige nu?"*, kan opmærksomheden rettes mod oplevelsen. Personen opdager måske: *"Jeg kan mærke noget i brystet", "jeg er anspændt", "der er en uro i mig"* eller blot *"der er et eller andet, som ikke føles rigtigt."* Dette er overgangen til **det tredje niveau**, hvor oplevelsen bliver genstand for bevidst refleksion og fortolkning.

På **det tredje niveau** forsøger vi at forstå og eventuelt sætte ord på det, vi mærker. Vi kan identificere oplevelsen som eksempelvis angst, vrede, sorg, glæde, skam eller skyld. Men niveau 3 kræver ikke, at vi kan finde et præcist følelsesord. Man kan godt sige: *"Jeg ved ikke rigtig, hvad følelsen er. Jeg kan bare mærke en uro, noget uforløst eller noget frustrerende."* Det afgørende er, at vi nu er blevet bevidste om, at vi befinder os i en følelsesmæssig tilstand, og forsøger at forstå, hvad den er, og hvad den betyder.

Det er også på dette niveau, at fortolkningen kan få særlig betydning. Personen kan eksempelvis tænke: *"Det her er angst. Jeg er altså bange."* Derefter kan følge en ny slutning: *"Hvis jeg er bange, må der være noget farligt", "hvis jeg reagerer så voldsomt på denne tvangstanke, må den måske være sand"* eller *"hvis jeg føler skyld, må jeg have gjort noget forkert."*

Netop her ligger et centralt terapeutisk arbejdsområde i NCT. Når oplevelsen bliver bevidst og skal forstås, er der mulighed for at undersøge den første, automatiske fortolkning. Man kan nuancere den, udvide den eller i nogle tilfælde omfortolke den, hvis den ikke passer til den aktuelle situation.

En person kan eksempelvis opdage: *"Det, jeg automatisk kalder angst, er måske en kropslig og følelsesmæssig reaktion, som min hjerne har lært gennem tidligere erfaringer. Jeg mærker reaktionen nu, men den aktuelle situation er ikke den samme som dengang."* På den måde kan følelsen forstås som et **ekko af tidligere læring**, som fortsat aktiveres i nutiden, selv om den betydning, man tidligere tillagde den, ikke længere passer lige godt.

Det betyder ikke, at følelsen er uvirkelig eller skal tales væk. Tværtimod er oplevelsen virkelig. Det, der kan undersøges, er **hvad den betyder**. Kroppen og hjernen kan reagere ud fra tidligere læring, mens den bevidste person i nutiden har mulighed for at forholde sig mere fleksibelt til reaktionen.

Ved kontroltvang kan personen eksempelvis tænke: *"Jeg ved, at døren er låst, men jeg mærker stadig uro. Tidligere ville jeg have brugt uroen som tegn på, at jeg måtte kontrollere igen. Nu kan jeg forstå den som en fortsat reaktion, som ikke nødvendigvis fortæller mig noget nyt om døren."*

Ved en voldelig tvangstanke kan det tilsvarende være: *"Jeg mærker et voldsomt ubehag, når tanken kommer. Det fortæller mig, at tanken aktiverer noget stærkt i mig. Det fortæller mig ikke i sig selv, at tanken er sand, eller at jeg ønsker at handle på den."*

Reaktionens styrke og tankens sandhedsværdi

En kraftig reaktion kan blandt andet afspejle indlærte mønstre, men dens styrke fortæller ikke præcist, hvor meget der er lært, eller hvilket hjernenetværk der er aktivt.

Ved en uønsket tanke om at skade sit barn kan en NCT-formulering derfor være: *"Jeg registrerer en stærk reaktion på dette tema. Reaktionen er ikke i sig selv dokumentation for et ønske eller en intention."*

Det har forbindelse til TEF og TAF. Personen kan komme til at bruge ubehaget som støtte for forestillingen om, at tanken kan fremkalde en hændelse eller er tæt forbundet med en handling. I NCT undersøger vi den ekstra slutning: *"Jeg mærker det så stærkt, derfor må det være sandt."*

Denne undersøgelse skal ikke blive et forsøg på at bevise fuldstændig sikkerhed. Et rimeligt klinisk vurderingsgrundlag og almindelige forholdsregler er noget andet end at genåbne spørgsmålet, hver gang følelsen vender tilbage.

NCT som støtte under ERP

NCT kan indgå som min måde at hjælpe patienten med at bruge sin forståelse under en øvelse. Ved verbal eksponering kan personen eksempelvis registrere: *"Nu reagerer jeg på den sætning, jeg plejer at være bange for. Jeg behøver ikke afgøre dens betydning igen eller neutralisere den."*

Det kan gøre det lettere at fortsætte, selv om reaktionen endnu ikke er faldet. Hvis sætningen senere mister sin kraft og bliver mere ligegyldig, kan denne erfaring indgå i læringen. Hvis ubehaget varer ved, kan personen stadig have øvet en vigtig anden respons.

NCT-forklaringen må imidlertid **ikke blive et nyt mentalt ritual**. Patienten skal ikke gentage *"det er bare mit trusselssystem"*, indtil det føles rigtigt, eller kontrollere kroppen for at afgøre, om forklaringen har virket. Hensigten er at få mindre behov for at løse den indre oplevelse, før man går videre.

Kognitiv terapi, ERP, MCT og acceptbaserede metoder arbejder allerede med flere beslægtede processer. I min NCT-model organiserer jeg dem omkring forbindelsen mellem kroppens reaktion, den bevidste oplevelse og den betydning, der får lov at styre handlingen. Om denne særlige organisering giver en fordel ud over de etablerede metoder, er endnu ikke undersøgt.

Mine kliniske erfaringer

Jeg har haft meget positive erfaringer med denne tilgang i mit eget arbejde. Mange patienter har fortalt, at netop denne del var blandt de mest hjælpsomme, når de skulle begynde at gennemføre ERP og andre adfærdseksperimenter.

De havde måske allerede forstået den kognitive forklaring, men den kraftige indre reaktion fik dem til at afbryde eller undgå øvelsen. Når reaktionen kunne forstås anderledes og ikke længere automatisk blev gjort til bevis for fare, oplevede nogle, at de blev mindre bange for det, de mærkede.

Flere har beskrevet, at de derefter kunne gennemføre øvelsen uden først at vente på, at kroppen føltes helt tryg. De kunne i højere grad blive i situationen, undlade ritualet og gøre nye erfaringer.

Det er patienternes tilbagemeldinger og mine kliniske observationer. De kan ikke i sig selv dokumentere NCT's effekt eller adskille dens bidrag fra den øvrige behandling. De er imidlertid en væsentlig del af grunden til, at jeg fortsat anvender og udvikler modellen som supplement til etableret behandling.

Kapitel 4

Metakognitive strategier til behandling af bekymringer ved GAD, OCD og sygdomsangst

De uhensigtsmæssige strategier, som vedligeholder bekymring og angst

I Adrian Wells' metakognitive model er et centralt spørgsmål, **hvordan man forholder sig til sine tanker** i stedet for indholdet af tankerne, og hvad man gør, når de opstår. En spontan tanke kan passere igen, men den kan også blive begyndelsen på langvarig bekymring, analyse og kontrol.

Den vedligeholdende proces kaldes **Cognitive Attentional Syndrome (CAS)**, på dansk **det kognitive opmærksomhedssyndrom**. CAS omfatter især vedvarende bekymring eller grubleri, opmærksomhed rettet mod mulige trusler og håndteringsstrategier, som fastholder bearbejdningen af det frygtede. Det er et begreb i den metakognitive model, ikke en selvstændig diagnose (Wells, 2019).

Beslægtede processer kan forekomme ved GAD, sygdomsangst og OCD. Behandlingen må samtidig tage højde for, at lidelserne er forskellige, og at dokumentationen for metakognitiv terapi varierer mellem dem.

Evidensen for MCT er forskellig ved GAD, sygdomsangst og OCD

I kapitel 3 blev forskningen i **metakognitiv terapi (MCT) ved OCD** gennemgået. Her udvides perspektivet til GAD og sygdomsangst.

Ved **generaliseret angst (GAD)** har MCT vist effekt i randomiserede undersøgelser. I et studie med 81 deltagere, fordelt mellem MCT, KAT og venteliste, gav begge terapier bedring. MCT gav i dette studie større forbedringer på bekymringsmålet og flere deltagere opfyldte undersøgelsens kriterier for bedring. Forskellen var også til stede ved opfølgning efter to år. Resultatet er lovende, men ét studie afgør ikke, hvilken behandling der er bedst for alle patienter (Nordahl et al., 2018).

KAT har et bredere samlet forskningsgrundlag ved GAD. En netværksmeta-analyse med 65 randomiserede studier og 5.048 deltagere understøttede KAT som førstelinjebehandling. Analysen sammenlignede brede behandlingskategorier og skal ikke læses som et direkte bevis for, at KAT er bedre end MCT. MCT er en relevant behandlingsmulighed, samtidig med at større, uafhængige sammenligningsstudier fortsat er værdifulde (Papola et al., 2024, korrigeret udgave).

Ved **sygdomsangst** er dokumentationen for MCT mindre omfattende. En netværksmeta-analyse fra 2026 omfattede 35 forsøg med 3.263 deltagere med udtalt sygdomsangst. Den fandt blandt andet effekt af MCT, KAT, eksponeringsbehandling, ACT og mindfulnessbaseret KAT sammenlignet med venteliste. En netværksmeta-analyse sammenholder både direkte behandlingssammenligninger og indirekte sammenligninger på tværs af studier. Resultaterne betyder derfor ikke, at alle behandlingerne er lige godt undersøgt eller indbyrdes lige effektive (Lai et al., 2026).

Ved **OCD** er KAT med eksponering og responshindring fortsat den bedst dokumenterede psykoterapeutiske behandling. MCT har et mindre, men voksende forskningsgrundlag, som beskrevet i kapitel 3 (Abramowitz et al., 2026).

Strategierne i dette kapitel kan således have forskellig plads i behandlingen. Ved GAD kan MCT være den centrale terapiform. Ved sygdomsangst og OCD skal anvendelsen vurderes i sammenhæng med den øvrige behandling og dens dokumentation.

Det kognitive opmærksomhedssyndrom i praksis. CAS

I det følgende vender vi tilbage til de processer, som indgår i ***det kognitive opmærksomhedssyndrom*** (**CAS)**. For at gøre processerne lettere at genkende er de her opdelt i **fire typiske strategier**. Det er en pædagogisk opdeling, hvor grupperne overlapper, frem for fire skarpt adskilte komponenter.

1. At bekymre sig eller gruble. Bekymringer kan handle om helbred, alderdom, arbejde, økonomi, familie, venner, klima, indbrud, overfald, epidemier eller udseende. Ved GAD er fremadrettede *"hvad nu hvis?"*-bekymringer fremtrædende. Ved depression kan grubleri især handle om tidligere hændelser, egne fejl, symptomer eller oplevet utilstrækkelighed. Grubleri kan dog også handle om nutid og fremtid.

2. At analysere tanker og følelser igen og igen. Personen kan eksempelvis spørge: *"Er det normalt, at jeg tænker sådan?", "hvad betyder denne tanke om mig?"* eller *"er jeg ved at blive sindssyg?"* Det afgørende problem er den gentagne analyse, som ikke tilfører brugbar viden eller fører til en beslutning.

3. At rette opmærksomheden vedvarende mod mulige faresignaler i den indre eller ydre verden. Indadtil kan man holde øje med kropslige fornemmelser, følelser og tanker, som fortolkes som tegn på sygdom eller kontroltab. Udadtil kan man lede efter tegn på, at andre vurderer én negativt, afviser én eller tænker dårligt om én. Man kan også overvåge mulige ulykker, konflikter eller katastrofer. Dette kaldes **trusselsovervågning**.

Hvis bekymringerne især handler om, hvad andre tænker om én, kan min artikel ***"Angsten for hvad andre tænker"*** være relevant.

4. At forsøge at kontrollere, undertrykke, aflede eller neutralisere ubehaget. Det kan være gentagen tankeundertrykkelse, overdreven planlægning, søgen efter forsikring eller beroligelse, tjekkeadfærd, undgåelse eller ritualer. Ved OCD kan der være tale om egentlige tvangshandlinger.

I den metakognitive model undersøges, hvordan disse strategier fastholder opmærksomheden på negative eller truende forhold og mindsker muligheden for at erfare, at bearbejdningen kan ophøre. En handling er dog ikke uhensigtsmæssig alene, fordi den eksempelvis indebærer planlægning eller opmærksomhed på kroppen. **Funktionen, omfanget og fleksibiliteten er afgørende** (Wells & Matthews, 1996; Wells, 2019).

Nogle strategier giver kortvarig lettelse. Andre giver snarere en oplevelse af at gøre noget nødvendigt eller være forberedt. Derfor kan en strategi fortsætte, selv om personen ikke bliver roligere af den.

Problem eller bekymring

En **triggertanke** er en tanke eller forestilling, som kan sætte en bekymringsproces i gang. Den kan opstå tilsyneladende uden anledning eller være udløst af noget, personen registrerer i sig selv eller omgivelserne.

En **trigger** kan eksempelvis være en samtale, en nyhed, et sanseindtryk, en erindring, en kropslig fornemmelse eller en impuls. Triggeren og triggertanken er dermed ikke nødvendigvis det samme. En tanke kan også selv være trigger for en ny tanke.

En person mærker eksempelvis et stik i brystet. Den kropslige fornemmelse kan blive fulgt af triggertanken: *"Hvad nu hvis der er noget galt med mit hjerte?"* En anden hører om en fyring og tænker: *"Hvad nu hvis jeg også mister mit arbejde?"*

Den første tanke opstår automatisk. Det terapeutiske spørgsmål bliver derefter, om der er et konkret forhold, som kræver relevant handling, eller om personen fortsætter ind i en bekymringskæde.

Flyveturen og det sprungne vandrør

Hvis jeg skal flyve til Mallorca i morgen og lande klokken fire om eftermiddagen, kan jeg bekymre mig om et flystyrt helt frem til landingen. Den gentagne bekymring ændrer ikke flyets sikkerhed. Jeg har blot brugt timerne på at forestille mig det frygtede udfald.

Hvis der springer et vandrør i mit hjem, har jeg derimod et konkret problem. Jeg forsøger at lukke for vandet og få hjælp. Jeg kan godt være bekymret imens, men det er de relevante handlinger, der begrænser skaden.

Det samme gælder forebyggelse. Hvis der findes noget rimeligt, jeg kan gøre på forhånd, kan jeg gøre det. Derefter bliver spørgsmålet, hvad yderligere bekymring tilfører.

Det viser en vigtig forskel: **Et problem kalder på relevant information, beslutning eller handling. En bekymringsproces forsøger at skabe kontrol over noget, man ikke kan kontrollere ved at tænke mere over det.**

Hvis et problem først kan håndteres senere, kan man aftale, hvornår man tager det op. Hvis situationen ikke kan ændres, bliver opgaven at forholde sig til den usikkerhed eller belastning, som er tilbage.

Når følelsen bliver et argument for at fortsætte

En person kan have tænkt tilstrækkeligt over et spørgsmål og alligevel fortsat befinde sig i en tilstand af uro. Det kan være spænding, rastløshed, hjertebanken, en knugende fornemmelse eller blot en diffus oplevelse af, at noget ikke føles helt rigtigt.

Problemet opstår, hvis denne fortsatte reaktion bliver brugt som ny information om selve situationen: *"Jeg føler mig stadig ikke rolig, så der må være noget, jeg har overset."* Personen genåbner dermed et spørgsmål, som måske allerede var undersøgt tilstrækkeligt.

Her bruges den indre oplevelse som bevis for en ydre konklusion. Som tidligere beskrevet kaldes dette **emotionel ræsonnering**. Eksperimentel forskning har vist, at mennesker med angstproblemer kan bruge deres oplevelse af angst som information om, hvor farlig en situation er, ud over de konkrete oplysninger om situationen (Arntz, Rauner & van den Hout, 1995).

I **Neurologisk Bevidsthedsterapi (NCT)** undersøger jeg denne proces mere detaljeret. Først kan hjernen og kroppen automatisk være bragt i en bestemt tilstand. Personen kan derefter befinde sig i denne uro uden nødvendigvis at have gjort sig klart, hvad den er. Når opmærksomheden rettes mod oplevelsen, begynder personen at forsøge at forstå og sætte ord på den: *"Jeg er stadig urolig. Det må betyde, at jeg stadig er bange. Og hvis jeg stadig er bange, må der være noget farligt eller uafklaret."*

Det er især denne sidste overgang, som er vigtig. **Det, personen mærker, er virkeligt, men den betydning, der tillægges det, er en fortolkning.** Uroen fortæller, at personen fortsat befinder sig i en bestemt kropslig og følelsesmæssig tilstand. Den fortæller ikke i sig selv, at problemet ikke er løst, at situationen er farlig eller at en tvangstanke er sand.

I NCT kan personen øve sig i at give oplevelsen en bredere og mere nutidig betydning: ”Jeg mærker fortsat en reaktion. Den kan være et ekko af tidligere læring eller af den bekymringsproces, jeg lige har været inde i. Jeg behøver ikke genåbne spørgsmålet alene, fordi kroppen endnu ikke er faldet helt til ro.”

Hvorfor tankeundertrykkelse kan blive vanskelig

At vi ikke frit kan kontrollere, hvilke tanker (triggertanker) der spontant opstår, kan illustreres med et klassisk tankeundertrykkelseseksperiment: Prøv i 30 sekunder **ikke at tænke på Eiffeltårnet**.

Nogle vil opleve, at tanken straks dukker op. Andre kan holde opmærksomheden på noget andet gennem hele perioden. Begge oplevelser er mulige. Øvelsen er en variant af klassiske tankeundertrykkelsesforsøg, hvor deltagerne blandt andet blev bedt om ikke at tænke på en hvid bjørn (Wegner et al., 1987).

En mulig vanskelighed er, at man både forsøger at tænke på noget andet og holder øje med, om den forbudte tanke er vendt tilbage. Det, der skal undgås, bliver dermed stadig relevant for opgaven. I Wegners teori beskrives dette som et samspil mellem et forsøg på at styre tankerne og en overvågning af, om styringen lykkes (Wegner, 1994).

At en person faktisk kan holde tanken væk i et halvt minut, skal tages alvorligt. Man kan ikke ud fra øvelsen konkludere, at tanken nødvendigvis var bevidst til stede ”i baghovedet”. Det relevante er også, hvor meget indsats forsøget kræver, og hvad der sker bagefter.

Forskningsresultaterne viser ikke, at undertrykkelse altid giver flere tanker med det samme. En meta-analyse fandt tydeligere støtte til, at tankerne kan vende stærkere tilbage efter undertrykkelsen, mens en umiddelbar forøgelse især sås under samtidig mental belastning (Wang, Hagger & Chatzisarantis, 2020).

Ved angst kan regler som *”jeg må ikke tænke på kræft”* eller *”jeg må ikke blive bange”* på tilsvarende vis gøre det frygtede til noget, man hele tiden skal holde øje med. Derfor retter behandlingen sig mod at kunne lade en tanke være til stede uden at gøre dens forsvinden til en betingelse for at fortsætte dagen.

Bekymring kan være stærkt automatiseret og vanskelig at afbryde. Det er derfor ikke rimeligt blot at bede personen om at ”holde op”. Behandlingen undersøger og træner den indflydelse, personen kan udvikle på sin videre bearbejdning, samtidig med at spontane tanker fortsat kan opstå (Wells, 2010).

Underliggende antagelser og metakognitioner

Metakognition handler bredt om, hvordan vi registrerer, vurderer og regulerer vores tænkning. **Metakognitive antagelser** er de forestillinger, vi har om tankerne og de mentale processer.

Som beskrevet i kapitel 1 kan **positive metakognitive antagelser** handle om, at bekymring er nyttig, nødvendig eller beskyttende: *"Hvis jeg bekymrer mig, er jeg bedre forberedt"* eller *"hvis jeg tænker alle muligheder igennem, kan jeg forhindre noget dårligt."*

Negative metakognitive antagelser handler om, at bekymringen opleves som ukontrollabel, farlig eller skadelig: *"Jeg kan ikke styre mine bekymringer"* eller *"hvis de fortsætter, mister jeg kontrollen."*

Begge typer kan være til stede samtidig. Personen kan opleve sig nødt til at fortsætte en proces, som vedkommende samtidig frygter (Wells, 1999).

Arbejdet består blandt andet i at undersøge disse regler. Senere i kapitlet gennemgår jeg 12 eksempler på underliggende antagelser. Flere af dem er positive eller negative metakognitive antagelser, mens andre er beslægtede regler og forestillinger, som kan være med til at fastholde bekymringsprocessen. Jeg udfordrer dem med en række spørgsmål, som kan hjælpe med at belyse, bevidstgøre og udfordre de underliggende antagelser.

Først beskrives nogle af de færdigheder og strategier, der kan bruges til at afprøve andre måder at reagere på.

Andre hjælpsomme strategier ved GAD

I et individuelt forløb kan man blandt andet arbejde med at:

- Tage rimelige chancer og give plads til usikkerhed.
- Gøre en opgave godt nok uden at kræve perfektion.
- Afprøve noget andet end den vanlige kontrolstrategi.
- Lade uro og angst være til stede uden straks at forsøge at fjerne dem.
- Bruge konkret problemløsning, når der er noget relevant at handle på.
- Øve fleksibel opmærksomhed og mindske den overdrevne trusselsovervågning.
- Undersøge, om yderligere bekymring faktisk bringer én videre.

Det sidste kan formuleres enkelt: *"Hvis jeg bekymrer mig om dette i yderligere fem minutter, vil jeg så komme nærmere en løsning?"* Hvis svaret er nej, kan man øve sig i at lade spørgsmålet ligge og vende tilbage til en aktivitet, samtale eller opgave.

Det kan være vanskeligt, når bekymring længe har været den vanlige reaktion. Derfor er forståelsen kun en del af arbejdet. Den skal forbindes med erfaringer med at gøre noget andet.

En fast regel om at finde **en positiv modtanke til hver bekymring** kan skabe endnu et krav til tænkningen. Kognitive øvelser kan være relevante, men de skal ikke udvikle sig til en obligatorisk beroligelse. I den metakognitive behandling undersøges især, om den gentagne bearbejdning behøver at fortsætte, og hvilke antagelser der får den til at gøre det (Wells, 2010).

Afkoblet opmærksomhed

Afkoblet opmærksomhed, på engelsk ***detached mindfulness*****,** indebærer at registrere en tanke uden straks at gå ind i analyse, undertrykkelse eller forsøg på at ændre dens indhold.

Man kan eksempelvis bemærke: *"Der kom den tanke igen."* Derefter øver man sig i at lade den være og fortsætte med det, man var i gang med. Formuleringen er en mulig hjælp, ikke en sætning, som skal gentages et bestemt antal gange (Wells, 2005).

Det kan sammenlignes med en radio i baggrunden. Man behøver hverken slukke den eller følge hvert ord. Man kan fortsætte sin aktivitet, selv om noget af lyden stadig når bevidstheden.

Der er forskel på at flytte opmærksomheden fleksibelt og på at flygte fra en tanke, fordi den opleves som farlig. En gåtur, en samtale eller en arbejdsopgave kan have begge funktioner. Spørgsmålet er, om tanken må være der, eller om aktiviteten bruges som en nødvendig beskyttelse eller distraktion, som skal få tanken væk.

Afkoblet opmærksomhed er heller ikke helt det samme som en almindelig mindfulnessmeditation. Wells bruger begrebet mere specifikt om en måde at forholde sig til tanker på med mindre bearbejdning af deres indhold og større afstand til dem som mentale hændelser (Wells, 2005).

Man skal således ikke kontrollere, om afkoblingen er lykkedes perfekt. Når tanken vender tilbage, kan man øve samme retning igen. **At tanken stadig findes, betyder ikke, at man skal følge den videre.**

Mindfulness og opmærksomhedstræning

Mindfulnessøvelser kan bruges til at øve registrering af tanker, følelser og kropslige signaler. Som beskrevet i kapitel 3 bør man være opmærksom på, om øvelsen bliver et ritual, som skal fjerne ubehaget, hver gang en tanke opstår.

Metakognitiv terapi anvender også **Attention Training Technique (ATT)**, en særlig opmærksomhedstræning. Her øver man at rette opmærksomheden mod udvalgte lyde, skifte mellem dem og være opmærksom på flere lyde samtidig. Formålet er at træne fleksibilitet frem for at opnå en bestemt rolig følelse.

En systematisk oversigtsartikel omfattede ti studier med 295 deltagere og fandt lovende resultater. Studierne var dog få, ofte små og omfattede både kliniske og ikke-kliniske grupper (Knowles et al., 2016).

I et senere randomiseret eksperiment deltog **78 voksne med sandsynlig GAD**, altså personer, hvis symptomer tydede på lidelsen. Deltagerne lyttede dagligt til enten ATT eller en kontroloptagelse gennem en uge. ATT gav ikke større forbedringer end kontrollen i bekymring eller de undersøgte relaterede processer (Stewart, Antony & Koerner, 2021).

Evidensen for ATT alene er derfor begrænset og mindre entydig end dokumentationen for MCT som samlet behandling. Resultatet af et kort forsøg med én teknik kan samtidig ikke uden videre overføres til et helt terapiforløb.

I dette kapitel er den praktiske retning at få større frihed til at vende tilbage til aktiviteter, relationer og egne behov. Det overlapper med værdibaseret handling, som blev beskrevet under ACT. Man behøver ikke vente på, at enhver triggertanke forsvinder, før man deltager i livet.

Bekymringsudsættelse og ”bekymringsrum”

Ved **bekymringsudsættelse** øver man sig i at lade en bekymringsproces vente til et planlagt senere tidspunkt. Det kan især være relevant, når personen tror, at bekymringen ikke kan afbrydes eller udsættes.

Når en triggertanke opstår, registrerer man den kort og kan eksempelvis tænke: *”Den kan jeg tage op i mit bekymringsrum senere.”* Derefter vender man tilbage til det, man var i gang med. Den første tanke (triggertanken) må gerne være til stede. Det er den videre bekymringsproces, man øver sig i at udsætte.

På det aftalte tidspunkt kan man i en kort, afgrænset periode tage stilling til, om man fortsat ønsker at beskæftige sig med bekymringen. Man skal ikke tvinge sig til at bekymre sig eller lede efter glemte emner for at udfylde tiden. Tidspunktet vælges, så øvelsen kan passes ind i hverdagen uden at overtage aftenen eller forstyrre søvnen.

Hensigten er at få erfaring med, at bekymringens fortsættelse kan påvirkes. Teknikken bruges altså til at undersøge antagelsen om ukontrollabilitet.

Et randomiseret ventelistekontrolleret studie omfattede **47 deltagere med GAD og 35 med hypokondri**. Interventionen bestod af to sessioner og træning i bekymringsudsættelse imellem dem. Hos GAD-gruppen fandtes lavere bekymringsniveau efter interventionen end på venteliste. Der fandtes ikke tilsvarende statistisk sikker støtte i hypokondrigruppen. Studiet giver foreløbig støtte til teknikken ved GAD, men det var kortvarigt og anvendte ikke en aktiv kontrolbehandling (Krzikalla et al., 2024).

I det kliniske arbejde kan bekymringsrummet også bruges til at undersøge, hvad bekymringen faktisk fører til: *”Fik jeg ny information?”, ”traf jeg en beslutning?”* eller *”gentog*

jeg de samme muligheder og fik mere uro?" Hvis der viser sig et konkret problem, kan man vælge en relevant handling. Hvis bekymringen fortsætter uden at bringe én videre, kan den erfaring udfordre forestillingen om, at den er nødvendig.

Bekymringsrummet kan på den måde blive en **overgangsstrategi**. Efterhånden kan behovet for det blive mindre, fordi personen får lettere ved at lade en triggertanke være uden at fortsætte bekymringskæden. Det bør ikke udvikle sig til et dagligt ritual, som skal gennemføres for at holde katastrofer væk.

Sådan bruges de kommende spørgsmål til de 12 underliggende antagelser

Vi er nu nået til de **12 underliggende antagelser**, som tidligere blev varslet. Nogle handler om, at bekymring er nyttig eller beskyttende. Andre handler om, at tanker, følelser eller bekymringer er farlige og skal kontrolleres.

Spørgsmålene er **min egen kliniske samling**, inspireret af metakognitiv terapi, kognitiv adfærdsterapi, schematerapi og de perspektiver, jeg undersøger i NCT. De udgør ikke et standardiseret eller valideret spørgeskema og er ikke en direkte gengivelse af Wells' behandlingsmanual. De skal forstås som metakognitive undersøgelsesredskaber.

Udvælg de spørgsmål, som passer til den antagelse, du arbejder med og som er relevant for dig. Formålet er at undersøge reglen og få en dybere forståelse af, hvad holdt den ved lige, og hvorfor den ikke nødvendigvis var hjælpsom. Derefter kan du afprøve en ny strategi og reaktion. Man skal ikke genbesvare spørgsmålene, hver gang der opstår tvivl, eller bruge dem til at diskutere sig frem til fuldstændig sikkerhed, da det kan medføre en ny sikkerhedsadfærd. Man kan derimod repetere dem regelmæssigt, når man føler, at bekymringer får overtaget igen.

Nogle spørgsmål er bevidst formuleret som paradokser. De kan åbne en samtale, men er ikke i sig selv videnskabelige beviser. Svar ud fra dine faktiske erfaringer, også når de ikke passer med den forventning, et spørgsmål kunne lægge op til.

Det samme gælder erfaringer med tidligere bekymringer. Få indtrufne katastrofer beviser hverken, at alle bekymringer var urealistiske, eller at det var bekymringen, som forhindrede katastroferne. Det er mere relevant at undersøge **risikovurderingen, den konkrete handling og den gentagne bekymringsproces hver for sig**.

Når man afprøver at bekymre sig eller kontrollere mindre, skal relevant forebyggelse, almindelige sikkerhedsforanstaltninger og lægeligt anbefalede undersøgelser fortsat

gennemføres. Træningen vedrører den ekstra, gentagne aktivitet, som ikke giver brugbar afklaring.

1. ”Bekymringer hjælper mig med at forhindre sygdomme eller ulykker i at ske”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål til denne antagelse:

a. Hvor mange potentielle ulykker kan ske, og hvor mange sygdomme kan et menneske i princippet få? Kan du forhindre dem ved at bekymre dig, eller giver bekymringen primært en oplevelse af kontrol?

b. Ville du råde en ven, dine forældre eller dine børn til at lave en liste over alle tænkelige sygdomme og ulykker og derefter bekymre sig om dem for at være mere sikre? Hvis ikke, hvorfor gælder der så andre regler for dig?

c. Hvis du bekymrer dig fem minutter mere, bliver risikoen for sygdom eller ulykke så mindre?

d. Hvis bekymringer faktisk forhindrer sygdom og ulykker, burde du så ikke bekymre dig endnu mere og anbefale alle andre at gøre det samme?

e. Er der sket flere ulykker eller sygdomme i de perioder, hvor du har bekymret dig mindre?

f. Hvis du konstant er optaget af at blive syg, hvor meget af den tid, hvor du faktisk er rask, kommer du så til at bruge på sygdom?

g. Kender du mennesker, som bekymrer sig mindre end dig, uden at de derfor kommer ud for flere sygdomme eller ulykker?

h. Hvis du reagerer fornuftigt på relevante kropslige symptomer og søger læge, når der faktisk er indikation for det, hvad tilfører bekymringen så ud over denne handling?

i. Er mennesker, der bekymrer sig meget, dokumenterbart bedre beskyttet mod sygdom og ulykker end mennesker, der bekymrer sig mindre?

j. Kører dine tanker ofte i ring og vender tilbage til de samme scenarier? Hvis ja, hvilken beskyttende information producerer den gentagelse?

k. Hvad gør bekymringen ved dig her og nu? Gør den dig roligere, mere klar og mere handlekraftig, eller mere angst, usikker og optaget?

l. Hvis du fik et reelt problem i morgen, ville du så være bedst rustet til at håndtere det efter en god nats søvn eller efter en nat med bekymringer?

m. Hvor mange af de katastrofer, du gennem livet har bekymret dig om, er faktisk indtruffet? Hvad fortæller det om din måde at estimere risiko på?

n. Hvor meget tid har du gennem livet brugt på bekymringer, og hvor meget af denne tid har faktisk ændret udfaldet af fremtidige hændelser?

o. Skelner du mellem **bekymring** og **problemløsning**? Hvilken af dem kan konkret ændre en situation?

p. Når du forestiller dig sygdom eller en ulykke og mærker en kraftig kropslig reaktion, bruger du så det, du mærker, som bevis for, at hændelsen er sandsynlig? Kan reaktionen i stedet være hjernens trusselssystemers respons på den forestilling, du netop har aktiveret, uden at den fortæller dig, hvor stor den virkelige risiko er?

q. Har bekymringer om sygdom og ulykker påvirket din søvn? Hvis ja, har den manglende søvn gjort dig bedre eller dårligere rustet til at håndtere livet?

r. Hvordan ville dit liv være, hvis du bekymrede dig væsentligt mindre, men fortsat reagerede relevant og ansvarligt på virkelige problemer?

s. Hvis bekymring forhindrede katastrofer, burde vi så undervise børn i systematisk bekymring som forebyggelsesmetode? Eller ville vi hellere lære dem at være opmærksomme, handle relevant og derefter give slip?

t. Ville det være mere hensigtsmæssigt at håndtere sygdom og ulykker, hvis og når de opstår, end at bruge store dele af livet på mentalt at forberede sig på alle tænkelige muligheder?

u. Har du lagt mærke til, hvor ofte fremtiden udvikler sig helt anderledes end de scenarier, du havde forsøgt at forudsige?

v. Hvis der er et reelt problem, hvad hjælper bedst, bekymring eller konkret problemløsning?

w. Hvis du har haft tusind bekymringer, har du så også haft tusind katastrofer eller ulykker? Har du måske bekymret dig mange gange om de samme mulige hændelser? Hvor sandsynlige vurderede du dem til at være, og har bekymringens omfang stået mål med risikoen og med det, du kunne gøre?

x. Hvordan ville det være at rette kontrollen mod noget, du faktisk kan påvirke, nemlig om du fortsætter bekymringsprocessen, frem for at forsøge at kontrollere fremtiden?

y. Når bekymringen selv aktiverer trusselssystemet og du bagefter mærker mere uro, fortolker du så denne uro som tegn på, at der virkelig må være noget at bekymre sig om? Kan bekymringen dermed komme til at skabe den reaktion, som du bagefter bruger som bevis for bekymringen?

z. Holder du gennem dagen særligt øje med kroppen, symptomer, nyheder, trafikken eller andre mulige faresignaler for at opdage sygdom eller ulykker i tide? Giver

denne trusselsovervågning, som tidligere beskrevet som en del af CAS, dig varig sikkerhed, eller opdager du blot flere ting, som bagefter kan blive genstand for bekymring?

æ. Når du kontrollerer et symptom, søger information eller får andre til at forsikre dig om, at der ikke er fare, føler du måske kortvarig lettelse. Men beviser lettelsen, at kontrollen forhindrede sygdom eller ulykke, eller kan den blot betyde, at dit trusselssystem faldt til ro et øjeblik? Hvis behovet for kontrol derefter vender tilbage, hvor meget sikkerhed gav strategien så egentlig?

2. ”Hvis jeg bekymrer mig, har jeg mere kontrol over fremtiden og er bedre forberedt”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Kan man forberede sig på alt? Hvad ville prisen være for at forsøge?

b. Kan man være godt forberedt uden først at have bekymret sig?

c. Hvis du bekymrer dig fem minutter mere, bliver du så reelt bedre forberedt?

d. Hvis mere bekymring gav mere kontrol, burde den optimale strategi så ikke være at bekymre sig hele tiden?

e. Kan du kontrollere fremtiden ved at tænke længe nok over den? Hvis du kan kontrollere fremtiden, hvorfor så bekymre dig? Hvis du ikke kan, hvorfor så bekymre dig?

f. Har du tidligere håndteret problemer, som du ikke havde forudset? Hvad fortæller det om din evne til at reagere, når noget faktisk sker?

g. Tænk på situationer, hvor du ikke bekymrede dig på forhånd. Var du faktisk dårligere forberedt, da situationen opstod, eller kunne du håndtere den alligevel?

h. Har du oplevet, at meget forberedelse og meget bekymring alligevel ikke kunne forudsige, hvad der faktisk skete?

i. Kender du mennesker, som bekymrer sig langt mindre end dig, men stadig er ansvarlige, velforberedte og gode til at håndtere problemer? Er de faktisk udsat for flere ulykker eller problemer af den grund?

j. Hvis bekymringerne kører i ring og gentager de samme tanker, hvilken ny forberedelse skaber de så?

k. Når du bekymrer dig med gentagne *”hvad nu hvis?”*-tanker, undersøger du så mulighederne neutralt, eller fører næsten hvert svar videre til endnu et negativt udfald? Hvis bekymringen hele tiden leder efter den næste fare, er den så realistisk problemløsning?

l. Gør bekymring dig mere rolig, fleksibel og god til at løse problemer, eller gør den dig mere anspændt, usikker og ubeslutsom?

m. Er du bedst rustet til at håndtere et problem, når du er udhvilet, fleksibel og har mentalt overskud, eller når du har brugt timer på at bekymre dig om det?

n. Kunne tillid til din evne til at håndtere problemer, når de opstår, være mere anvendelig end forsøget på at forudsige dem alle?

o. Hvad bliver et liv med konstant beredskab på bekostning af? Hvad kunne du have brugt tiden og opmærksomheden på i stedet?

p. Omsætter du din bekymring til en konkret handling, som faktisk påvirker problemet, eller fortsætter du blot med at tænke?

q. Hvad kunne du gøre lige nu, som faktisk påvirker situationen, i stedet for at bruge mere tid på det, du ikke kan kontrollere?

r. Når du forsøger meget hårdt at kontrollere dine tanker, får du så faktisk større kontrol, eller bliver tankerne mere påtrængende og vigtige for dig?

s. Er dit behov for kontrol rettet mod noget, der faktisk kan kontrolleres, eller mod fremtiden, sygdom, ulykker, skuffelser og andre menneskers adfærd?

t. Hvordan ville det være at træne fleksibel kontrol over din opmærksomhed**,** altså selv at kunne vælge, om du vil gå videre ind i en bekymring eller rette opmærksomheden mod noget andet, frem for at forsøge at kontrollere alle tænkelige udfald?

u. Hvornår oplever du mest frihed og livsglæde, når du hele tiden forsøger at have kontrol, eller når du kan slippe noget af kontrollen og være til stede i det, der sker? Giver dit fokus på kontrol dig faktisk et bedre liv, eller gør det dig mere anspændt og begrænset?

v. Er du bange for, at du kan miste kontrollen over dig selv eller blive sindssyg, hvis du holder op med hele tiden at kontrollere dine tanker og bekymringer? Hvilke erfaringer har du faktisk for, at mindre mental kontrol skulle føre til det?

w. Bliver du bange, hvis der pludselig dukker en mærkelig, skræmmende eller uforståelig tanke op, og tænker du, at det måske betyder, at du er ved at miste kontrollen eller blive sindssyg? Har du overvejet, at spontane mærkelige og påtrængende tanker forekommer hos de fleste mennesker? Kan forskellen være, at du tillægger tanken særlig betydning og begynder at analysere og bekymre dig om den, mens andre lader den passere?

x. Hvis bekymring skulle give dig kontrol og gøre dig mere sikker, bliver du så faktisk mindre bekymret af at bekymre dig, eller bliver du mere urolig og usikker? Hvis bekymringen øger den tilstand, den skulle beskytte dig imod, hvor hjælpsom er strategien så?

y. Når du forsøger at være forberedt på alt, holder du så samtidig hele tiden øje med tegn på, hvad der kan gå galt i kroppen, omgivelserne eller fremtiden? Giver

denne trusselsovervågning, som tidligere beskrevet som en del af CAS, dig mere kontrol, eller opdager du blot stadig flere mulige problemer, som du derefter føler dig nødt til at forberede dig på?

z. Når du forestiller dig noget, der kan gå galt, og hjernens trusselssystemer reagerer, bliver du så bevidst om uro, spænding eller andre kropslige reaktioner og fortolker dem som: *"Det her er angst, så der må virkelig være noget, jeg skal være forberedt på"*? Kan reaktionen i stedet være trusselssystemets respons på den forestilling, du selv lige har aktiveret, uden at den fortæller dig, hvor sandsynligt det frygtede er?

æ. Kan der dermed opstå en cirkel, hvor du først bekymrer dig for at være forberedt, bekymringen aktiverer trusselssystemet, du mærker reaktionen og bruger den som tegn på, at bekymringen var nødvendig, hvorefter du føler behov for at forberede dig endnu mere?

3. "Jeg er nødt til at bekymre mig om, hvorvidt jeg har taget det rigtige valg, for tænk hvis jeg har valgt forkert"

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Er det muligt på forhånd at vide med sikkerhed, om et valg senere viser sig at være det rigtige?

b. Har du prøvet, at et valg, du var meget usikker på, senere viste sig at være godt, og at et valg, du følte dig sikker på, senere viste sig mindre godt?

c. Hvor meget mere sikker bliver du efter yderligere ti minutters analyse af et valg, du allerede har tænkt grundigt igennem?

d. Tilfører den fortsatte analyse ny information, eller gentager du efterhånden blot de samme argumenter og tvivl?

e. Er problemet selve valget, eller kravet om, at du skal kunne kende udfaldet på forhånd?

f. Hvis du ikke kan opnå fuld sikkerhed om udfaldet, kunne du så træffe det valg, som ud fra den information, du har nu, bedst passer til dine behov, ønsker og værdier?

g. Hvor meget hænger din tvivl sammen med tidligere valg, som senere viste sig uheldige? Skal et tidligere dårligt udfald have magt over alle dine fremtidige beslutninger?

h. Handler bekymringen om frygt for at fejle, ikke slå til, blive kritiseret eller blive vurderet negativt? Hvis ja, gør yderligere bekymring dette mindre sandsynligt?

i. Kan den fortsatte bekymring være blevet en måde at **udskyde selve beslutningen på**, fordi du dermed midlertidigt undgår risikoen for at opdage, at du valgte forkert?

j. Hvis du udskyder valget for at undgå risikoen for at vælge forkert, hvad er så prisen ved ikke at vælge?

k. Ville du opdrage et barn til kun at træffe beslutninger, når barnet på forhånd kunne være sikker på, at resultatet blev godt? Hvor meget ville barnet så turde prøve i livet?

l. Føler du dig overansvarlig for enhver mulig negativ konsekvens af dit valg? Hvor realistisk er dette ansvar?

m. Hvis dit valg får en uheldig konsekvens, kan bekymring på forhånd så faktisk have forhindret den?

n. Hvor mange af de valg, du har truffet gennem dit liv, har faktisk haft katastrofale følger for andre? Passer din oplevelse af ansvar med det, der reelt er sket?

o. Undervurderer du andre menneskers evne til selv at håndtere konsekvenserne af dine valg og overvurderer samtidig dit eget ansvar for deres liv?

p. Må mennesker træffe beslutninger, som senere viser sig ikke at være optimale? Hvilket liv ville være muligt, hvis man aldrig måtte vælge forkert?

q. Hvis du kritiserer dig selv hårdt for et valg, der senere viste sig uheldigt, overser du så de grunde og den information, du faktisk havde, da du traf beslutningen?

r. Kan en beslutning have været **fornuftig på det tidspunkt, den blev truffet**, selv om udfaldet senere blev dårligt? Et godt valg og et godt udfald er ikke nødvendigvis det samme.

s. Hvis du aldrig afprøvede det alternative valg, kan du så vide med sikkerhed, at det ville være blevet bedre?

t. Når beslutningen først er truffet, bliver du så ved med mentalt at genåbne den og spørge, om du skulle have valgt anderledes? Giver denne efterfølgende analyse dig ny viden, eller holder den blot tvivlen i live?

u. Hvad skulle der konkret til, før du ville mene, at du havde tænkt **tilstrækkeligt** over valget? Findes der overhovedet et punkt, hvor din søgen efter sikkerhed selv siger stop?

v. Kan et godt nok valg, truffet på baggrund af den information, der faktisk er til rådighed, være mere hensigtsmæssigt end at vente på en sikkerhed, som måske aldrig kommer?

4. ”Jeg føler mig kun sikker, hvis jeg bekymrer mig, fordi jeg ikke kan leve med uvished og tvivl”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Gør bekymringen dig faktisk mere sikker, eller giver den dig først og fremmest en oplevelse af, at du aktivt forsøger at skabe sikkerhed?

b. Kan du være lige så sikker uden at bekymre dig? Er der forskel på at være sikker **og** at føle sig helt sikker**?**

c. Hvis du har haft tusind bekymringer, har du så også haft tusind katastrofer eller ulykker? Har du måske bekymret dig mange gange om de samme mulige hændelser? Hvor sandsynlige vurderede du dem til at være, og har bekymringens omfang stået mål med risikoen og med det, du kunne gøre?

d. Hvor mange af dine bekymringer er faktisk blevet til virkelighed? Står den tid og uro, du har brugt på dem, mål med det, der reelt skete?

e. Når du vurderer en risiko, hvor meget opmærksomhed giver du det, der kan gå galt, sammenlignet med alle de neutrale eller gode udfald, som også er mulige? Kan et vedvarende fokus på fare få risikoen til at fremstå større, end den faktisk er?

f. Kan selve bekymringsprocessen gøre dig mere usikker, fordi hvert svar giver anledning til et nyt *"hvad nu hvis?"*?

g. Når du bekymrer dig, ender du så oftest med mere sikkerhed eller med flere spørgsmål og mere tvivl?

h. Hvis du fortsætter med at bekymre dig i yderligere fem minutter, kommer du så reelt tættere på sikkerhed?

i. Har du været mindre sikker eller udsat for flere problemer i de perioder, hvor du bekymrede dig mindre?

j. Kender du mennesker, som accepterer mere usikkerhed og bekymrer sig mindre? Er deres liv faktisk mindre sikkert af den grund?

k. Hvis dine tanker kører i ring og gentager de samme muligheder, hvordan skulle gentagelsen så kunne øge din sikkerhed?

l. Hvad sker der med dig, når du bekymrer dig? Bliver du roligere, mere sikker og bedre i stand til at handle, eller bliver du mere anspændt, nervøs, usikker og tilbageholdende?

m. Er du måske bedre rustet til at håndtere det, der faktisk sker, når du er udhvilet, fleksibel og har mentalt overskud, end når du har brugt lang tid på at bekymre dig?

n. Må du godt være i tvivl, eller kræver du af dig selv, at tvivlen skal forsvinde, før du kan føle dig tryg?

o. Kræver du 100 procent sikkerhed på områder, hvor 100 procent sikkerhed ikke findes? Hvis kravet ikke kan opfyldes, kan det så være selve kravet, der holder tvivlen og bekymringen i gang?

p. Findes der overhovedet vigtige områder i livet, eksempelvis helbred, kærlighed, relationer, arbejde og fremtid, hvor man kan være fuldstændig sikker?

q. Hvis fuldstændig sikkerhed ikke kan opnås, hvad vil så hjælpe dig mest, mere bekymring eller større evne til at leve med en vis usikkerhed?

r. Har du oplevet, at en tanke føles mere sandsynlig eller farlig, fordi den fremkalder en stærk kropslig reaktion, som du fortolker som angst? Er styrken af det, du mærker, det samme som sandsynligheden for, at det frygtede faktisk sker?

s. Forsøger du at kontrollere, hvilke tanker du må og ikke må have, for at føle dig sikker? Hvad sker der med de forbudte tanker, når du hele tiden holder øje med, om de dukker op?

t. Som tidligere beskrevet ved TEF og TAF, kan en tanke føles særlig betydningsfuld, fordi den er ubehagelig eller moralsk frastødende. Men kan et menneske tænke noget aggressivt, seksuelt, umoralsk eller mærkeligt uden at ønske at handle på det? Gør en tanke en hændelse mere sandsynlig, blot fordi tanken opstår?

u. Tager du alle de tanker, der spontant dukker op i dit hoved, lige alvorligt, eller især dem, der rammer noget, du i forvejen er bange for? Hvis det især er de sidste, fortæller det så mere om tankens sandhed eller om det, du frygter?

v. Hvis en tanke vender tilbage igen og igen, betyder gentagelsen så, at den er blevet mere sand, eller kan den vende tilbage netop fordi du har givet den så meget opmærksomhed og forsøgt at kontrollere den?

w. Når du mærker tvivl, bruger du så selve tvivlen som tegn på, at der må være noget galt? Kan tvivl i stedet blot betyde, at du endnu ikke har sikkerhed? Og hvis du reagerer på enhver tvivl med mere analyse, risikerer du så at skabe endnu mere tvivl?

5. ”Jeg håndterer bekymringerne ved at analysere og mærke efter, og det hjælper mig til at handle”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. De dage, hvor du har bekymret dig mindre, har du så fået mindre eller mere gjort?

b. Kender du mennesker, som får ting gjort uden at analysere dem i samme grad som dig?

c. Hvis du bekymrer dig fem minutter mere, fører det så faktisk til mere handling?

d. Hvis bekymring er en effektiv måde at få handlet på, burde det så ikke hjælpe at bekymre sig endnu mere?

e. Når tankerne kører i ring, kommer der så ny information, som fører til handling, eller gentager du efterhånden det, du allerede ved?

f. Får du flere brugbare svar, jo længere du analyserer, eller bliver analysen på et tidspunkt blot en vane, der fortsætter uden at bringe dig videre?

g. Gør analysen dig mere beslutsom og handlekraftig, eller mere usikker og tilbageholdende?

h. Er du måske bedre i stand til at løse et problem, når du er udhvilet, fleksibel og har mentalt overskud, end når du har brugt lang tid på at bekymre dig og analysere?

i. Omsætter du bekymringen til en konkret handling, eller fortsætter du med at analysere, efter at den relevante handlemulighed allerede er klar?

j. Skelner du mellem et **konkret problem**, som kræver en handling, og en **bekymring**, hvor yderligere tænkning ikke ændrer situationen?

k. Hvornår går nyttig problemløsning over i grubleri? Hvad kunne være et rimeligt tegn på, at du har tænkt tilstrækkeligt og nu bør handle eller lade spørgsmålet ligge?

l. Hvis du scanner din krop, dine følelser eller dine tanker igen og igen for at finde ud af, om noget er galt, får du så mere klarhed eller opdager du blot flere ting, som du bagefter kan blive usikker på?

m. Når du hele tiden holder øje med mulige tegn på fare i kroppen eller tankerne, kan selve **trusselsovervågningen**, som tidligere beskrevet som en del af CAS, så være med til at holde din opmærksomhed fast på det, du er bange for?

n. Kan du skelne mellem **det, du mærker**, og **den betydning, du bagefter tillægger det**? Hvis du eksempelvis mærker uro eller kraftig kropslig aktivering, følger det så nødvendigvis, at noget er galt?

o. Bruger du nogle gange styrken af det, du mærker, som bevis for din fortolkning? Tænker du eksempelvis: *"Når det føles så forkert, må der være noget galt"*? Kunne det, du mærker, i stedet være en aktivering af trusselssystemet, som ikke i sig selv fortæller dig, om din fortolkning er rigtig?

p. Hvis du har OCD, giver tvangshandlinger, tjekkeadfærd eller mentale ritualer dig varig afklaring, eller kommer tvivlen tilbage og kræver endnu en kontrol?

q. Kan selve forsøget på at opnå den helt rigtige følelse, før du handler, være det, der holder dig fast? Hvad ville der ske, hvis du handlede ud fra den information, der allerede er tilstrækkelig, selv om du stadig mærker tvivl eller uro?

r. Kunne du prøve at handle på den information, der allerede er tilstrækkelig, og lade resten af tvivlen være ubesvaret?

6. ”Når jeg bekymrer mig, forhindrer jeg dårlige ting i at ske”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Hvilken mekanisme skulle gøre en bekymring i stand til at ændre en ydre hændelse?

b. Sker dårlige ting ikke også, når mennesker har bekymret sig meget?

c. Har du observeret færre ulykker eller dårlige hændelser i perioder, hvor du bekymrede dig mest?

d. Skete der flere dårlige ting de dage eller perioder, hvor du bekymrede dig mindre eller helt glemte at bekymre dig?

e. Kender du mennesker, som bekymrer sig langt mindre end dig? Bliver de faktisk ramt af flere ulykker eller katastrofer?

f. Hvis bekymring var en effektiv ulykkesforsikring, burde vi så ikke anbefale alle mennesker at bekymre sig mere?

g. Ville du anbefale politikere at bekymre sig om krig, klimakatastrofer eller økonomiske problemer frem for at handle på de forhold, de faktisk kan påvirke?

h. Hvis den samme bekymring gentages hundrede gange, hvilken yderligere beskyttelse giver gentagelse nummer 100?

i. Når bekymringen kører i ring, påvirker den så noget uden for dig, eller holder den først og fremmest truslen aktiv i din egen opmærksomhed?

j. Forveksler du måske *”jeg gjorde noget mentalt”* med *”jeg påvirkede det, der skete”*?

k. Hvis den frygtede hændelse ikke sker, tænker du så bagefter: *”Det var måske, fordi jeg bekymrede mig”*? Hvordan kan du vide, at hændelsen ikke ville være udeblevet alligevel?

l. Hvis bekymringen efter et stykke tid giver en følelse af lettelse, betyder lettelsen så, at bekymringen faktisk fjernede en fare, eller fortæller den kun, at din indre tilstand ændrede sig?

m. Kan lettelsen efter bekymring eller kontrol få dig til at tro, at strategien virkede, og dermed gøre det mere sandsynligt, at du bekymrer dig igen næste gang?

n. Som tidligere beskrevet ved TEF og TAF, kan tanker nogle gange føles, som om de har en særlig forbindelse til det, der sker i virkeligheden. Men bliver en ulykke mere eller mindre sandsynlig af, at du tænker på den?

o. Hvis du mærker kraftig uro, mens du forestiller dig noget dårligt, bruger du så denne reaktion som tegn på, at hændelsen må være mere sandsynlig? Kan det, du mærker, i stedet være trusselssystemets reaktion på den forestilling, du netop har aktiveret?

p. Hvad gør selve bekymringen ved dig? Bliver du mere rolig, fri og handlekraftig, eller mere urolig, anspændt og optaget af fare?

q. Hvis der findes noget konkret, du kan gøre for at mindske risikoen, er det så mere hjælpsomt at gøre det end at bekymre sig? Og hvis der ikke findes noget, du kan gøre, hvad ændrer yderligere bekymring så?

r. Hvad ville ske, hvis du næste gang lod bekymringen være og observerede, om verden fortsat udviklede sig uafhængigt af den?

7. ”Jeg løser problemer ved at bekymre mig”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Er bekymring og problemløsning det samme?

b. Hvordan kan du kende forskel på de to? Fører problemløsningen frem mod en beslutning eller konkret handling, mens bekymringen bliver ved med at stille nye spørgsmål?

c. De gange, hvor du bekymrede dig mindre, løste du da færre problemer?

d. Kender du mennesker, som kan løse problemer uden først at bekymre sig længe?

e. Hvis dine tanker gentager sig, hvilken ny løsning kommer der så ud af gentagelsen?

f. Hvis bekymring er effektiv problemløsning, hvorfor gør mere bekymring så ofte problemet mere uklart og beslutningen vanskeligere?

g. Hvad sker der med din evne til at løse problemer, når du bekymrer dig længe? Bliver du mere rolig, fleksibel og handlekraftig, eller mere anspændt, usikker og tilbageholdende?

h. Er du måske bedre til at løse problemer, når du er udhvilet og har mentalt overskud, end når du har brugt lang tid på at bekymre dig?

i. Ville du råde en ven med et konkret problem til at bekymre sig mere eller til at definere problemet, undersøge mulighederne og handle?

j. Hvis du bruger yderligere fem minutter på at bekymre dig, har du så flyttet problemet tættere på en løsning?

k. Kan problemet løses nu? Hvis ja, hvad er den næste konkrete handling?

l. Hvis problemet ikke kan løses nu, hvad tilfører yderligere bekymring?

m. Er du på et tidspunkt gået fra at løse problemet til blot at holde opmærksomheden fast på alt det, der kan gå galt? Kan denne trusselsovervågning og fortsatte analyse være blevet en del af CAS, som tidligere beskrevet?

n. Når du mærker uro eller kropslig aktivering, bruger du så dette som tegn på, at problemet endnu ikke er tilstrækkeligt løst? Tænker du eksempelvis: *"Jeg føler mig stadig urolig, så jeg må tænke mere over det"*?

o. Kunne den uro, du mærker, i nogle situationer være trusselssystemets reaktion på problemet frem for information om, at du mangler at finde en bedre løsning?

p. Venter du på, at du skal føle dig helt sikker eller rolig, før du tør træffe en beslutning eller handle? Hvis ja, kan dette krav så være med til at holde analysen i gang?

q. Afviser du en tilstrækkelig løsning, fordi den ikke er perfekt? Hvor længe kan problemløsningen fortsætte, hvis kun en perfekt løsning er god nok?

r. Kan du acceptere en løsning, der er god nok, handle på den og lade en vis resterende tvivl være til stede uden at genåbne hele problemet?

8. "Jeg bør bekymre mig om andre og om verdens problemer, ellers er jeg et dårligt og uempatisk menneske"

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Er bekymring det samme som omsorg?

b. Kan man holde meget af et andet menneske og være empatisk uden konstant at bekymre sig om vedkommende?

c. Hvad hjælper et andet menneske mest, at du bekymrer dig, eller at du lytter, støtter og handler, når der faktisk er noget, du kan gøre?

d. Ændrer verden sig, fordi du bekymrer dig om dens problemer, eller fordi mennesker foretager handlinger, som faktisk påvirker dem?

e. Hvis der ikke er noget konkret, du kan gøre lige nu, hvad tilfører yderligere bekymring så den anden person eller verden?

f. Har du lært at bruge bekymring til at dæmpe dårlig samvittighed, eksempelvis: *"Hvis jeg i det mindste bekymrer mig, viser det, at jeg er et godt menneske"*?

g. Hvis du holder op med at bekymre dig et øjeblik og straks mærker skyld eller uro, bruger du så denne følelse som bevis for, at du er egoistisk eller svigter nogen? Kan følelsen være virkelig, uden at den afgør, hvor stort dit ansvar faktisk er?

h. Bliver man et mere empatisk menneske af at være mere bekymret, eller viser empati sig snarere i den måde, man forholder sig til og handler over for andre på?

i. Hvis du forsøgte at bekymre dig tilstrækkeligt om alle mennesker, der lider, hvor meget tid, energi og opmærksomhed ville der så være tilbage til dit eget liv?

j. Hvad gør den vedvarende bekymring ved dit humør, din energi og din evne til faktisk at være noget for andre?

k. Hvordan tilgodeser du dine egne behov, hvis omsorg for andre altid kræver, at deres mulige problemer kommer før dine egne?

l. Ville du lære et barn, at egenomsorg er egoistisk, og at et godt menneske bør gå rundt med dårlig samvittighed, når andre har det svært? Hvis ikke, hvorfor skal den regel gælde for dig?

m. Hvis du bekymrer dig fem minutter mere om et menneske, du holder af, er vedkommendes situation så blevet bedre?

n. Er du overinvolveret i mennesker, du holder af, fordi du kommer til at undervurdere deres evne til selv at håndtere problemer og gøre deres egne erfaringer?

o. Hvordan føles det selv, når et andet menneske blander sig meget i dit liv og siger: *"Jeg gør det kun, fordi jeg er bekymret for dig og vil dig det bedste"*? Kan din egen bekymring nogle gange opleves på samme måde af andre?

p. Hvis du har børn, hvordan skal de lære selvstændighed, problemløsning og tillid til deres egne evner, hvis din bekymring hele tiden får dig til at overtage problemerne eller beskytte dem mod enhver risiko?

q. Kan det nogle gange være mere omsorgsfuldt at have tillid til et andet menneskes ressourcer og lade vedkommende gøre egne erfaringer end konstant at forsøge at beskytte gennem bekymring?

r. Holder du gennem bekymring og trusselsovervågning konstant øje med tegn på, at noget kan gå galt for mennesker, du holder af? Kan denne overvågning få verden til at fremstå farligere og dit ansvar større, end det faktisk er?

s. Tjekker du gentagne gange nyheder, beskeder, telefoner eller andre informationskilder for at sikre dig, at der ikke er sket noget? Giver det varig tryghed, eller finder din opmærksomhed snart en ny mulig trussel?

t. Kan omsorg indebære, at du gør det, der faktisk er dit ansvar, og samtidig accepterer, at du ikke kan beskytte andre mennesker eller verden mod alt?

9. ”Bekymringer forhindrer mig i at blive skuffet, og det er farligt at tænke positivt”

Her kan to forskellige antagelser være på spil. Den ene er, at bekymring gør et negativt udfald lettere at bære. Den anden er, at glæde eller positive tanker i sig selv kan medføre noget dårligt.

Den første antagelse skal undersøges åbent. Forskning i **kontrastundgåelse** peger på, at nogle mennesker med GAD bruger bekymring til at fastholde en negativ følelsestilstand og dermed undgå et brat skift fra ro til ubehag. I et eksperiment øgede bekymring den negative følelsestilstand før følelsesvækkende filmklip, så den efterfølgende stigning i ubehag blev mindre. Deltagere med GAD oplevede samtidig bekymringen som mere hjælpsom. Det viser en mulig kortvarig funktion, men ikke en samlet fordel ved vedvarende bekymring (Llera & Newman, 2014).

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Kan bekymring forhindre selve skuffelsen, hvis det, du frygter, faktisk sker?

b. Bliver en skuffelse mindre smertefuld, fordi du allerede har været ulykkelig eller bekymret på forhånd?

c. Risikerer du i stedet at komme til at lide to gange, først over noget, du frygter vil ske, og senere igen, hvis det faktisk sker?

d. Er det nødvendigt at betale med bekymring hver dag for at beskytte sig mod enkelte fremtidige skuffelser?

e. Når du har bekymret dig grundigt på forhånd, bliver du så faktisk immun over for sorg, skuffelse eller svigt?

f. Hvor meget hænger denne regel sammen med tidligere skuffelser eller svigt? Skal noget, der skete tidligere, afgøre, hvor meget du må glæde dig til noget i fremtiden?

g. Hvordan bliver et liv, hvor mulige fremtidige skuffelser får lov til at fylde, allerede før de eksisterer?

h. Hvor meget spontanitet og **forventningsglæde** mister du, hvis du hver gang, noget godt kan ske, samtidig skal forberede dig mentalt på, at det går galt?

i. Kender du mennesker, som tillader sig at glæde sig til noget og alligevel kan håndtere skuffelsen, hvis udfaldet bliver anderledes?

j. Giver bekymringen dig mere psykisk overskud til at håndtere en skuffelse, hvis den kommer, eller bruger du en del af dit overskud på forhånd?

k. Er du bange for, at det at glæde sig, håbe eller tænke positivt på en eller anden måde kan **bringe uheld** eller gøre det mere sandsynligt, at noget dårligt bagefter sker?

l. Hvis noget dårligt følger efter noget godt, betyder rækkefølgen så, at det gode forårsagede det dårlige? Ville den dårlige hændelse måske være sket alligevel?

m. Som tidligere beskrevet ved TEF, kan tanker nogle gange opleves, som om de påvirker det, der sker i virkeligheden. Men kan det, at du glæder dig til noget eller forestiller dig et godt udfald, faktisk ændre sandsynligheden for en senere ulykke?

n. Hvis du oplever uro eller kropslig aktivering, når du tillader dig selv at håbe på noget godt, bruger du så denne reaktion som bevis for, at det er farligt at glæde sig? Kunne det, du mærker, i stedet være trusselssystemets reaktion på, at du gør noget, du tidligere har lært at forbinde med risikoen for skuffelse?

o. Når noget går godt, begynder du så straks at lede efter tegn på, hvad der nu kan gå galt? Kan denne trusselsovervågning, som tidligere beskrevet som en del af CAS, gøre det svært overhovedet at være til stede i det gode?

p. Hvis du hver gang en positiv tanke opstår føler behov for at neutralisere den med en negativ mulighed, hvad lærer du så hjernen om positive forventninger? Kan selve neutraliseringen være med til at fastholde forestillingen om, at glæde er farlig?

q. Hvis du undgår forventningsglæde for at undgå skuffelse, hvor meget glæde kommer du så til at opgive i alle de tilfælde, hvor det gode faktisk sker?

r. Ville du anbefale et barn eller en ven aldrig at glæde sig til noget, fordi der altid findes en mulighed for skuffelse? Hvis ikke, hvorfor skal den regel gælde for dig?

s. Kunne målet være at lære, at du godt kan glæde dig nu og håndtere en eventuel skuffelse senere**,** frem for at forsøge at undgå skuffelsen ved at fjerne glæden på forhånd?

Målet med disse spørgsmål er ikke at erstatte enhver negativ tanke med en positiv. Det er at undersøge reglen om, at selve det at glæde sig skulle være farligt eller uansvarligt.

10. ”Jeg er nødt til at bekymre mig om alt det, jeg kan gøre forkert, ellers risikerer jeg at fejle, blive kritiseret, afvist, svigtet eller afsløret som utilstrækkelig”

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Forhindrer bekymring dig faktisk i at begå fejl, eller kan frygten for at fejle gøre dig mere anspændt, mindre nærværende og mindre spontan?

b. Kan den store opmærksomhed på ikke at begå fejl paradoksalt gøre det sværere at koncentrere sig og dermed øge risikoen for netop de fejl, du forsøger at undgå?

c. Er dine krav til dig selv så høje, fordi du forsøger at forhindre, at andre får noget at kritisere dig for?

d. Kan du ved at bekymre dig kontrollere, hvad andre mennesker tænker om dig?

e. Hvor meget af dit liv skal styres af forestillingen om, hvad andre måske tænker, sammenlignet med dine egne behov, ønsker og værdier?

f. Hvis bekymringerne især handler om, hvad andre tænker om dig, holder du så løbende øje med deres ansigtsudtryk, tonefald, reaktioner eller andre mulige tegn på kritik og afvisning? Kan denne **trusselsovervågning**, som tidligere beskrevet som en del af CAS, få dig til at opdage stadig flere tvetydige tegn, som bagefter kan analyseres?

g. Er bekymringen blevet et forsøg på at beskytte dit selvværd ved at sørge for, at ingen nogensinde ser dig begå en fejl eller opdager en svag side?

h. Skal det, du gør, være perfekt, før du må føle dig tilfreds eller holde op med at bekymre dig?

i. Er det muligt at være perfekt? Forventer du den samme perfektion af dine venner, kolleger eller mennesker, du holder af?

j. Hvis ikke, hvorfor gælder der strengere regler for dig?

k. Bekymrer du dig om dit udseende, fordi en bestemt egenskab ikke føles perfekt? Hvis du eksempelvis har en skæv tand, er det så tanden i sig selv, der skaber problemet, eller den betydning du tillægger den?

l. Bedømmer du selv andre menneskers værdi, tiltrækningskraft eller betydning ud fra små fysiske ufuldkommenheder? Hvis ikke, hvorfor antager du så, at andre nødvendigvis gør det ved dig?

m. Hvis du mærker stærk skam, uro eller kropslig aktivering, når du forestiller dig, at andre vurderer dig, bruger du så det, du mærker, som bevis for, at der virkelig er noget galt med dig? Kunne reaktionen i stedet være trusselssystemets aktivering på baggrund af gammel læring uden dermed at fortælle, hvad andre faktisk tænker?

n. Har du lært, måske allerede tidligt i livet, at høje krav og hård selvkritik er nødvendige for at få dig til at præstere?

o. Er du bange for, at du ville blive doven, slap, uansvarlig eller mindre moralsk, hvis du holdt op med at kritisere og presse dig selv?

p. Hvis den krævende og straffende indre stemme har været aktiv i mange år, har den så fjernet din usikkerhed, eller er bekymringen stadig til stede?

q. Hvad motiverer mennesker bedst på længere sigt, konstant frygt for straf og fejl eller interesse, mening, støtte og realistiske forventninger?

r. Kunne du måske præstere bedre, hvis du havde mere mentalt overskud og mindre frygt for at begå fejl?

s. Hvordan ville du hjælpe et barn, som var usikkert og bange for at fejle? Ville du kritisere barnet hårdere eller støtte det, opmuntre det og hjælpe det til at lære af fejl? Hvorfor skulle helt andre psykologiske regler gælde for dig?

t. Ville du afgøre, om et menneske er værd at være ven med eller forelske sig i, ved først at se vedkommendes eksamenskarakterer, præstationer og fejl? Ville du selv ønske at blive vurderet på den måde?

u. Hvis du er bange for at blive svigtet eller forladt, fører bekymringen så til, at du ofte søger forsikring og bekræftelse hos din partner, kontrollerer partnerens adfærd eller bliver mistroisk?

v. Giver denne kontrol dig varig tryghed, eller kommer tvivlen snart tilbage, så du igen har behov for at undersøge, spørge eller kontrollere?

w. Kan den vedvarende mistro, kontrol og søgen efter bekræftelse i nogle tilfælde skabe den afstand i forholdet, som du netop forsøger at forhindre?

x. Hvordan ville din partner sandsynligvis reagere, hvis du i højere grad mødte forholdet med tillid, åbenhed og respekt for, at ingen relation kan gøres fuldstændig sikker?

y. Hvis din partner faktisk svigter dig, har bekymringen på forhånd så forhindret svigtet? Eller har du først lidt under bekymringen og derefter under selve svigtet?

z. Hvis din partner ikke svigter dig, hvad har alle timerne med bekymring så beskyttet dig imod?

æ. Er der således nogen af de to muligheder, hvor selve bekymringen forbedrer udfaldet? Hvis svigtet sker, forhindrede bekymringen det ikke. Hvis svigtet ikke sker, var bekymringen unødvendig.

ø. Venter du nogle gange på, at du skal føle dig sikker på dig selv, før du tør handle spontant, vise dig som du er eller stole på et andet menneske? Kan kravet om den rigtige følelse holde dig fast i kontrol og selvobservation?

å. Kunne målet i stedet være at acceptere, at du indimellem vil begå fejl, blive misforstået, opleve kritik eller måske endda blive svigtet, og samtidig have tillid til, at du kan håndtere det, hvis det sker?

At arbejde med sin bekymring betyder ikke, at man skal overse konkrete tegn på svigt eller acceptere grænseoverskridende adfærd. Den anden er ansvarlig for sine handlinger.

Spørgsmålene handler om din mulighed for at skelne mellem relevant handling og den gentagne kontrol, som ikke giver varig afklaring.

11. ”Hvis jeg bliver ved med at bekymre mig, bliver jeg sindssyg, får stress, depression eller fysisk sygdom og tager permanent skade. Mine tanker og følelser er farlige, og jeg kan ikke kontrollere mine bekymringer”

Her samles **negative metakognitive antagelser** om bekymringens farlighed og ukontrollabilitet. De kan udløse **Type 2-bekymring eller metabekymring**, hvor selve bekymringsprocessen bliver en ny trussel: *”Hvad hvis jeg ikke kan stoppe, og hvad hvis det skader mig?”* (Wells, 1999).

En stærk følelse af kontroltab eller en kraftig kropslig reaktion er ikke i sig selv en diagnose. Nye eller vedvarende symptomer skal vurderes relevant, men deres intensitet kan ikke alene afgøre, hvilken forklaring der er rigtig. Ved eksempelvis akutte paniklignende symptomer kan det være nødvendigt med en lægelig vurdering for at afklare andre mulige årsager. Arbejdet med bekymring skal ske på et relevant klinisk grundlag, ikke ved at antage, at alle symptomer er psykiske (NICE, CG113).

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Når du bliver bange for selve bekymringen, hvad sker der så med mængden af bekymring? Falder den, eller får du endnu mere at bekymre dig om?

b. Kan forestillingen *”mine bekymringer er farlige”* selv blive en ny triggertanke, som starter endnu en bekymringsproces?

c. Har du dokumentation for, at det at bekymre sig i sig selv fører til psykose eller tab af realitetssans?

d. Forveksler du følelsen af kontroltab med faktisk tab af kontrol?

e. Kan en kraftig indre og kropslig reaktion få dig til at tænke *”jeg er ved at miste kontrollen”*, uden at du faktisk mister den?

f. Er angstlidelser og psykotiske lidelser det samme? Hvis ikke, hvorfor bruger du så din angst eller uro som bevis på, at du er ved at udvikle psykose?

g. Når du mærker uro, hjertebanken, spænding eller mental overbelastning, tænker du så: *”Nu kan jeg mærke, at bekymringerne skader mig”*? Er det, du mærker, i sig selv dokumentation for skade, eller kan det være hjernens trussels- og andre systemers aktuelle aktivering?

h. Bruger du med andre ord styrken af det, du mærker, som bevis for den fortolkning, du er bange for? Som tidligere beskrevet i NCT er en kraftig reaktion virkelig, uden at den dermed beviser, at den katastrofale forklaring er rigtig.

i. Hvis du frygter, at bekymring giver mere angst eller stress, hvad sker der så, når du begynder at holde øje med hvert tegn på, at du bekymrer dig, er anspændt eller føler dig anderledes?

j. Kan denne overvågning af dine egne tanker, følelser og kropslige reaktioner blive en form for trusselsovervågning og dermed en del af CAS?

k. Tjekker du eksempelvis din koncentration, hukommelse, søvn, puls eller følelsesmæssige tilstand for at undersøge, om bekymringen allerede har skadet dig? Giver det dig varig sikkerhed, eller finder du snart et nyt tegn at undersøge?

l. Er kortvarig eller almindelig stress det samme som en alvorlig langvarig stressrelateret tilstand?

m. Når forskning finder helbredsrisici hos grupper med kroniske angst- eller stresslidelser, betyder det så, at enhver episode af bekymring er farlig for den enkelte?

n. Kan gruppestatistik fortælle præcist, hvad der vil ske med dig, eller hvilke mekanismer der forklarer en statistisk sammenhæng?

o. Hvis kronisk angst er forbundet med visse helbredsrisici, er den mest hjælpsomme reaktion så at blive bange for hver ny bekymring, eller at behandle angstproblemet og tage vare på dit helbred på almindelig vis?

p. Har du oplevet tanker, følelser og perioder med stærk uro, som på det tidspunkt virkede overvældende, men senere gik over?

q. Er en tanke eller følelse farlig alene, fordi den er intens eller meget ubehagelig?

r. Forveksler du, at du ikke fuldstændigt kan bestemme, hvilke **triggertanker** der spontant opstår, med at du slet ingen indflydelse har på, om du bagefter engagerer dig i en lang bekymringsproces?

s. Stiller du måske et urimeligt krav til dig selv om, at du skal kunne forhindre eller stoppe enhver bekymring fuldstændigt? Kunne målet i stedet være, at tanken godt må opstå, uden at du behøver følge den videre?

t. Kan du bevidst flytte din opmærksomhed til en samtale, en arbejdsopgave, en film eller noget andet, selv om bekymringstanken stadig findes et sted i baggrunden?

u. Har du oplevet situationer, hvor bekymringen fyldte mindre eller blev afbrudt? Hvad var anderledes dér, og kan noget af det bruges til at træne større fleksibilitet i din opmærksomhed?

v. Har du prøvet, at en bekymring mistede sin betydning eller forsvandt, fordi du blev optaget af noget andet, uden først at have løst den?

w. Er målet nødvendigvis aldrig mere at få en bekymring, eller at kunne have en bekymring uden at blive fanget i en lang kæde af analyse og nye bekymringer?

x. Hvis du tror, at bekymring er en fast del af din personlighed, hvordan ved du så, hvor meget der skyldes temperament, og hvor meget der er en indlært og vedligeholdt måde at reagere på tanker?

y. Der findes genetiske bidrag til blandt andet angst og tendensen til bekymring, men betyder genetisk sårbarhed, at en psykologisk vane eller måde at reagere på ikke kan ændres gennem læring og træning?

z. Hvis tanker i sig selv var farlige, hvordan skulle mennesker så kunne have mærkelige drømme, fantasier, aggressive tanker, seksuelle tanker og katastrofeforestillinger uden at tage skade af dem?

æ. Har du også mærkelige eller voldsomme tanker i drømme? Hvis de ikke er farlige om natten, hvad skulle gøre selve tankens eksistens farlig om dagen?

ø. Hvorfor er det kun bestemte tanker, du bliver bange for, mens mange andre mærkelige tanker passerer uden betydning? Kan forskellen være den betydning, du giver dem, og den opmærksomhed, du efterfølgende retter mod dem?

å. Kan det være din fortolkning, trusselsovervågning og efterfølgende bekymring snarere end selve tankens eksistens, der afgør, hvor meget den kommer til at fylde?

Spørgsmålene skal heller ikke bruges til selv at afgøre, at en konkret risiko kan udelukkes. Ved uønskede skadetanker er det den samlede kliniske vurdering, der skal skelne mellem OCD og andre forhold. Retningslinjer fremhæver både behovet for relevant risikovurdering og risikoen for at fejlfortolke almindelige aggressive, seksuelle eller dødsrelaterede OCD-tanker som intentioner (NICE, CG31).

12. ”Jeg er nødt til hele tiden at holde øje med mine tanker, følelser, min krop eller omgivelserne, ellers overser jeg noget farligt”

Denne antagelse handler om **trusselsovervågning**, som indgår i Wells’ metakognitive model og er en central del af CAS. Opmærksomheden bindes til mulige faresignaler, mens personen forsøger at få sikkerhed gennem fortsat observation og kontrol (Wells, 2010).

Ved sygdomsangst kan overvågningen rette sig mod kroppen. Ved GAD kan den rette sig mod mulige problemer på mange områder, og ved OCD mod tanker, impulser, følelser eller fejl. Spørgsmålene nedenfor vedrører den overdrevne overvågning, ikke almindelig opmærksomhed eller aftalt lægelig kontrol.

Eksempler på opklarende og undersøgende spørgsmål:

a. Hvis du aktivt leder efter noget unormalt i kroppen hele dagen, bliver du så mere eller mindre tilbøjelig til at opdage almindelige kropslige variationer?

b. Betyder det, at du opdager flere kropslige fornemmelser, at der faktisk er kommet mere sygdom, eller kan det skyldes, at du er blevet bedre til at opdage dem?

c. Hvis du hele tiden holder øje med, om en bestemt tanke dukker op, hvad sker der så med tankens plads i din opmærksomhed?

d. Hvis du konstant kontrollerer, om du føler "det rigtige", bliver det så lettere eller vanskeligere blot at være til stede i det, du oplever?

e. Giver trusselsovervågningen dig varig sikkerhed, eller producerer den stadig flere signaler, som bagefter skal undersøges og fortolkes?

f. Hvis du bliver beroliget efter at have kontrolleret kroppen, tankerne eller omgivelserne, hvor længe varer denne sikkerhed så? Hvor hurtigt opstår behovet for at kontrollere igen?

g. Hvor mange potentielle farer kunne du i princippet overvåge, hvis du virkelig skulle sikre dig mod alt?

h. Hvilke risici vælger din opmærksomhed ud, og hvilke tusindvis af andre mulige risici ignorerer den? Hvad fortæller det om, hvor objektiv din overvågning er?

i. Hvis trusselsovervågning virkelig gjorde dig sikker, hvorfor føler du dig så ikke mere sikker efter måneder eller år med den?

j. Kan selektiv opmærksomhed gøre det, du leder efter, mere fremtrædende og betydningsfuldt, uden at det dermed er blevet farligere?

k. Når du opdager en kropslig fornemmelse, tanke eller følelse, går du så straks videre fra *"jeg registrerer noget"* til *"der må være noget galt"*?

l. Som tidligere beskrevet i NCT, kan det du registrerer være virkeligt, uden at den efterfølgende fortolkning nødvendigvis er rigtig? Kan et aktiveret trusselssystem eksempelvis få kroppen til at reagere kraftigt, uden at reaktionens styrke i sig selv beviser fare?

m. Hvis du mærker stærk uro, fordi du har holdt øje med et muligt faresignal i lang tid, bruger du så denne uro som yderligere bevis for, at der må være noget farligt at holde øje med?

n. Kan der dermed opstå en cirkel, hvor du leder efter fare, opdager flere signaler, reagerer stærkere på dem og derefter bruger reaktionen som grund til at overvåge endnu mere?

o. Hvad sker der, hvis du i en afgrænset periode undlader den ekstra, gentagne kontrol, samtidig med at du fortsat følger relevante lægelige råd og almindelige sikkerhedsforanstaltninger?

p. Hvordan opdager mennesker, der ikke konstant overvåger sig selv og omgivelserne, reelle problemer, når de opstår?

q. Er der forskel på at være ansvarligt opmærksom og på konstant at være på vagt efter noget, der måske kan gå galt?

r. Hvis et symptom eller problem er vigtigt nok til at kræve handling, er det så nødvendigt at kontrollere det igen og igen for at opdage det?

s. Kan du træne fleksibel opmærksomhed, så du selv i højere grad vælger, hvad du vil rette opmærksomheden mod, frem for at lade mulige trusler bestemme det?

t. Hvad ville der ske med dit liv, hvis du brugte mindre tid på at lede efter tegn på fare og mere tid på de mennesker, aktiviteter og oplevelser, du faktisk ønsker at være til stede i?

Øvelse og træning

Når du har arbejdet med nogle af de spørgsmål, der passer til dine vanskeligheder, kan næste skridt være at vælge **én konkret ændring i din måde at reagere på**. Det kan være at undlade endnu en gennemgang af en beslutning, udsætte en bekymringsrunde eller vende tilbage til en aktivitet uden først at få en forsikring fra andre.

Du behøver ikke have besvaret alt eller føle dig helt overbevist. Formålet er at forstå mønstret godt nok til at kunne afprøve noget andet. Spørgsmålene skal hjælpe dig frem til træningen, ikke blive en ny betingelse, som skal opfyldes perfekt.

Fra forståelse til erfaring

En øvelse kan begynde med en enkel forudsigelse: *"Hvis jeg lader denne bekymring ligge, tror jeg, at jeg ikke vil kunne koncentrere mig om andet."* Derefter kan du afprøve det i et aftalt tidsrum og undersøge, hvad der skete. Kunne du deltage i noget af aktiviteten? Vendte opmærksomheden tilbage til bekymringen, og kunne du så vende tilbage igen?

Det relevante er ikke at bevise, at du nu har fuldstændig kontrol. Det er at undersøge, om der findes mere bevægelighed, end den gamle antagelse gav plads til. Det tidligere beskrevne forsøg med bekymringsudsættelse er et eksempel på, at sådanne færdigheder kan undersøges og trænes, selv om en kort intervention ikke hjælper alle i samme grad (Krzikalla et al., 2024).

Ved OCD kan træningen indgå i ERP. Her vurderes både den relevante eksponering og de synlige eller mentale ritualer, som patienten øver sig i at undlade. Man behøver ikke først få kroppen til at falde helt til ro for at gøre nye erfaringer (Craske et al., 2014).

Når de gamle strategier vender tilbage

Når du har gennemgået spørgsmålene i forhold til din bekymring, skulle du gerne have fået en bedre indsigt i, hvorfor du ikke længere behøver at bruge de uhensigtsmæssige håndteringsstrategier, selv om det kan føles svært, utrygt og angstprovokerende at lade være. Målet er ikke at opnå 100 % sikkerhed for, at du aldrig behøver at bekymre dig. Det ville blot være et nyt krav om sikkerhed. Målet er at forstå processen godt nok til, at du er villig til at handle anderledes, også når følelsen endnu ikke er overbevist.

Forsøg ikke at gøre den nye tilgang til en ny form for kontrol. *"Nu skal jeg straks afkoble mig perfekt"* eller *"jeg må ikke mærke efter én eneste gang"* kan blive krav, som skaber mere selvobservation. Træningen handler om større fleksibilitet, ikke om fejlfri styring af dit indre liv.

Hvad tæller som fremskridt?

Fremskridt kan være, at bekymringsperioderne bliver kortere, at du opdager mønstret tidligere, eller at du får gjort noget vigtigt, selv om du stadig mærker uro. Det kan også være, at du bruger mindre tid på kontrol eller lettere vender tilbage til en samtale, en opgave eller en oplevelse.

For nogle er forståelsen en stor ahaoplevelse. For andre udvikles færdigheden gradvist gennem mange forsøg. Der er ikke én bestemt hastighed, man skal leve op til.

At bruge det lærte i forskellige situationer

En ny måde at reagere på kan være lettere i nogle situationer end i andre. Derfor kan det være nyttigt at øve den flere steder og under forskellige betingelser.

Inden for eksponeringsforskningen beskrives det, at tidligere frygt kan vende tilbage, selv efter god bedring. Det betyder ikke nødvendigvis, at den nye læring er forsvundet. Variation i øvelser og arbejde med at anvende erfaringerne i forskellige sammenhænge kan derfor være relevant (Craske et al., 2014).

Det er en grund til at have en plan for perioder, hvor problemerne fylder mere: Hvilke gamle strategier skal du især være opmærksom på? Hvilken øvelse kan du vende tilbage til? Hvornår er der brug for hjælp eller opfølgning?

Et liv med mindre plads til bekymring

Målet er ikke at gøre dig ligeglad med dine nærmeste, dit helbred eller de problemer, som faktisk findes. Du skal fortsat kunne bekymre dig i ordets almindelige betydning, tage noget alvorligt og reagere relevant.

Det, du arbejder med, er den gentagne proces, som forsøger at skabe mere sikkerhed, end tænkningen kan levere, og som kan lægge beslag på store dele af livet.

Du kan øve dig i at tage et problem alvorligt uden at gennemgå det uendeligt. Du kan vise omsorg uden konstant overvågning. Du kan træffe et valg uden garanti for udfaldet. Og du kan give plads til en tanke eller følelse uden straks at lade den afgøre, hvad du skal gøre.

Et hverdagsbillede kan samle forskellen mellem relevant handling og gentagen bekymring. Jeg kan sørge for at parkere efter reglerne og betale, hvor det er nødvendigt. Når det er gjort, giver det mig ikke yderligere beskyttelse at bruge resten af dagen på at forestille mig en parkeringsbøde. Skulle der alligevel komme en, kan jeg tage stilling til den på det konkrete grundlag.

Målet er et liv, hvor bekymringerne får mindre magt over din tid, din opmærksomhed og dine muligheder for at leve.

Til eftertanke

”Jeg har i mit liv haft mange bekymringer, men det er kun de færreste af dem, der er blevet til noget.”

Ofte tillagt Mark Twain

”Bekymringer trækker en negativ rente. De vokser sig små, hvis man kan la' dem vente.”

Piet Hein

”I mange år tog jeg sorgerne på forskud, men det har jeg nu aldrig haft glæde af.”

Benny Andersen

”Bekymringer er som småbørn. Jo mere man kæler for dem, jo bedre trives de.”

Douglas William Jerrold

”Bekymringer plejer ikke at forhindre de dårlige ting i at ske, det stopper dig bare i at kunne nyde de gode.”

Ofte gengivet som et Søren Brun/Peanuts-citat; den præcise oprindelse er usikker.

I stedet for at bekymre mig over, om jeg får en parkeringsbøde, er det bedre at få en parkeringsbøde uden at have bekymret sig.

Sebastian Swane

”Hvis båden synker, er det ikke hensigtsmæssigt at bekymre sig over de ubetalte regninger”.

Sebastian Swane

Sebastian Swane. Revideret september 2026. Inspireret af bl.a. Aaron Beck, Adrian Wells, Paul Salkovskis, Jeffrey Young, LeDoux og nyere forskning i kognitiv adfærdsterapi, metakognitiv terapi, schematerapi og neurovidenskab.