

Hugbrigðaröskun

- yfirlitsgrein

Ágrip

Í nútímalæknisfræði er oft talað um starfrænar truflanir þegar vísað er til einkenna sem ekki finnast vefræn skýring á. Rannsóknir hafa sýnt að allt að helmingur sjúklinga sem leitar sér lækniástoðar hjá sérfræðingum í heimilislækningum og um þriðjungur allra sjúklinga sem sækja til taugalækna utan spítala hafa slík einkenni. Þessir sjúklingar ganga oft á milli lækna og undirgangast óþarfa rannsóknir og meðferðir með litlum árangri. Vandinn getur orðið langvinnur og haft í för með sér færniskerðingu og minnkuð lífsgæði. Til er flokkun í bæði DSM IV og ICD 10 greiningarkerfunum sem inniheldur raskanir er fela í sér líkamleg einkenni þar sem ekki er hægt að sýna fram á vefræna orsök. Til þessa hóps raskana telst hugbrigðaröskun þar sem einstaklingar hafa einkenni frá taugakerfinu á borð við lamanir og skyntruflanir án þess að vefræn orsök finnist. Hér verður veitt yfirlit yfir nútímahugmyndir um orsök, greiningu, meðferð og horfur hugbrigðaröskunar.

Inngangur

Líkamleg einkenni sem engin vefræn skýring finnst á með aðferðum læknisfræðinnar eru oft sögð vera starfræn (functional). Í geðlæknisfræði er slíkt ástand kallað röskun (disorder).^{1, 2} Hér verða notuð hugtökin starfræn einkenni og starfræn truflun í þessari merkingu. Ekki er útilokað að sú nafngift eigi eftir að breytast með aukinni þekkingu, en að okkar og annarra álit henta þessi hugtök best umræddum truflunum.³

Í þessari grein verður fjallað um þau einkenni sem felld hafa verið undir hugtakið eða sjúkdómsgreininguna hugbrigðaröskun (conversion disorder) sem er ein undirgrein starfrænna einkenna. Áður var notað hugtakið hystera en það heyrir nú sögunni til enda merking þess gildishlaðin og neikvæð. Hér verður ekki rætt sérstaklega um aðrar starfrænar truflanir eins og líkamsgervingarheilkenni (somatisation disorder) eða heilsukvíða (hypochondriasis). Heilsukvíði einkennist af þrálátum kvíða þar sem fólk telur sig haldið alvarlegum sjúkdómi

þrátt fyrir að skoðun og rannsóknir bendi til annars. Í líkamsgervingarheilkenni er gjarnan um að ræða ungan einstakling (undir 30 ára) sem hefur haft fjölda líkamlegra einkenna sem leiða til endurtekinna læknisheimsókna. Öfugt við heilsukvíða er einstaklingurinn gagnstekinn af einkennunum frekar en mögulegum undirliggjandi sjúkdómi. Algeng einkenni eru verkir, meltingaróþægindi og óþægindi frá kyn- og æxlunarlíffærum. Allar ofanefndar raskanir eru skyldar og heillavænlegast er að líta á þær sem róf raskana sem hafa ekki alltaf skörp skil sín á milli.

Mikilvægt er að lækna þekki vel til starfrænna raskana en fyrir því má í fljótu bragði finna þrjár ástæður. Í fyrsta lagi eru þær algengar. Rannsóknir hafa sýnt að allt að helmingur sjúklinga sem leitar til heimilislækna kemur vegna starfrænna einkenna.^{4, 5} Um þriðjungur allra sjúklinga sem sækja til taugalækna á göngudeildir hafa starfræn einkenni.^{6, 7} Í öðru lagi hafa margir sjúklinganna ríka tilhneigingu til að festast í hlutverki sjúklingsins. Vandinn verður því gjarnan langvinnur og hefur í för með sér færniskerðingu og minnkuð lífsgæði sambærileg við að einkennin væru af vefrænum toga.⁸⁻¹⁰ Í þessu sambandi er gagnlegt að gera greinarmun á sjúkdómi (disease) og veikindum (illness). Þó að sjúklingar með starfrænar truflanir hafi ekki vel skilgreindan vefrænan sjúkdóm eru þeir eigi að síður veikir og þurfa sannarlega hjálpa, ekki síst vegna þess að þeir hafa tilhneigingu til að upplifa sig veikari í samanburði við sjúklinga með sambærileg einkenni af vefrænum toga.¹¹ Í þriðja lagi fara sjúklingar með starfræn einkenni oft á milli lækna, undirgangast endurtekið óþarfa rannsóknir, jafnvel aðgerðir, og reyna margvísleg lyf. Þetta getur verið kostnaðarsamt og áhættusamt án þess að leiða til nokkurrar niðurstöðu og fest sjúklingsinn enn frekar í sjúklingshlutverkinu.

Hugbrigðaröskun

Conversion disorder hefur verið þýtt sem hugbrigðaröskun (íslensk þýðing ICD 10 greiningarkerfisins) eða sefasýki og munum við notast

Ólafur Árni Sveinsson^{1,2}
læknir

Sigurjón B. Stefánsson¹
sérfræðingur í geðlækningum og klínískri taugalífisfræði

Haukur Hjaltason¹
sérfræðingur í taugasjúkdómum

Lykilorð: hugbrigðaröskun, starfræn einkenni, starfræn segulómmyndataka, endurhæfing.

¹Taugalækningadeild Landspítala,

²taugadeild Karolinska sjúkrahússins, Stokkhólmi.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:

Ólafur Sveinsson,

taugadeild Karolinska

sjúkrahússins, Stokkhólmi,

Svíþjóð.

olafur.sveinsson@

karolinska.se

Tafla I.**Skilgreining**

Hugbrigðaröskun tilheyrir líkömnunarröskunarsjúkdómum (somatoform disorders) í ameríska greiningarkerfinu DSM IV. Þrátt fyrir að einkenni séu líkamleg er sjúkdómurinn talinn vera tjáning á undirliggjandi sálrænni togstreitu. Þessi togstreita kemur ekki ávallt upp á yfirborðið strax en gerir það yfirleitt við frekari sögutöku. Þá koma oft í ljós tengsl milli ytri streituválds og byrjunar líkamlegra einkenna.

Greiningarskilyrði¹²

1. Eitt eða fleiri einkenni er hafa áhrif á viljastýrðar hreyfingar eða skynjun og ekkert bendir til annars læknisfræðilegs sjúkdóms.
2. Greining er aðeins gefin ef áþreifanleg taugaeinkenni á borð við lómun, blindu og málstol eru til staðar. Ef einkenni eru vægari og óljósari eru þau meira í ætt við líkamsgervingu (somatisation).
3. Sálrænnir þættir eru taldir tengjast eða liggja til grundvallar einkennunum.
4. Einkenni eru ekki vísitandi framkölluð eða búin til eins og í uppgerðarveiki (malinger).
5. Ekki er hægt að útskýra einkenni á annan hátt eftir viðeigandi rannsóknir eða á grunnni efnamisnotkunar eða sem menningarlega viðeigandi atferli eða upplifun.
6. Einkenni leiða af sér töluverða skerðingu fyrir sjúklinginn félagslega, í starfsorku eða öðrum mikilvægum þáttum lífs hans.
7. Einkenni takmarkast ekki við sársauka eða kynlífstruflun og koma ekki eingöngu fram í samhengi við líkamsgervingarraskanir og ekki er hægt að skýra þau betur á grunni annars geðsjúkdóms.
8. Einkenni eiga ekki að vera undir meðvitaðri stjórn.

við hið fyrrnefnda þótt hvorugt þessara orða sé fyllilega heppilegt að okkar mati. Einkenni sem talin hafa verið til hugbrigðaröskunar eru einkenni sem við fyrstu sýn eru talin tengjast truflun eða skemmd í taugakerfinu eins og til dæmis lamani, skjálfti, krampar, skyntruflanir og blindu. Við sögutöku, skoðun og rannsóknir reynist svo ekki vera. Einkenni hafa sérstakan blæ og eiga sér sálrænar skýringar. Greiningarskilmerki fyrir hugbrigðaröskun má sjá í töflu I.¹²

Það var fyrst á 19. öld sem hugbrigðaröskun var lýst eins og við þekkjum hana í dag. Franski læknirinn Pierre Briquet (1796-1881) taldi hugbrigðaröskun orsakast af truflun í starfsemi miðtaugakerfisins. Samlandi hans, hinn frægi taugalæknir Jean-Martin Charcot (1825-93), hafði mikinn áhuga á röskuninni. Hann sýndi fram á að bæði var hægt að framkalla og lækna einkenni hennar með dáleiðslu. Frægar voru sýningar hans þegar *la grande attaque d'hysterie* var sýnd fyrir fullum sal áhorfenda. Sigmund Freud (1856-1939) varð fyrir miklum áhrifum af Charcot. Segja má að verk og hugmyndir þessara tveggja lækna og ekki síst Freuds hafi verið ráðandi fram á okkar daga. Freud taldi hugbrigðaröskun vera eina tegund varnartaugaveiklunar (Abwehr-Neuropsychose), þar sem togstreitu í sálarlífinu er umbreytt í líkamleg einkenni.

Faraldsfræði og lýðfræðilegir þættir

Takmarkaðar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á hugbrigðaröskun. Á Íslandi mældist árlegt nýgengi hugbrigðaröskunar 11 á hverja 100 þúsund íbúa frá 1960-1969,¹³ sem er talið með því

læsta sem þekktist en á sama tímabili 22 á hverja 100 þúsund íbúa, eða tvöfalt hærra, í Monroe-sýslu í New York-fylki, auk þess sem hærra nýgengi þekktist í öðrum menningarsamfélögum.¹⁴ Hugbrigðaröskun er algengari meðal kvenna. Kynjahlutfallið er þó breytilegt eftir rannsóknum (2:1-15:1).¹⁵

Áhættuþættir

Margir sjúklingar með hugbrigðaröskun hafa annan geðsjúkdóm. Í einni rannsókn höfðu 89,5% sjúklinganna að minnsta kosti eina aðra geðræna greiningu.¹⁶ Allt að helmingur sjúklinganna þjáist af þunglyndi meðan tíðni persónuleikaröskunar er á bilinu 16-46% og er tíðni uppgerðarpersónuröskunar (histrionic) algengust.^{17,18}

Einstaklingar með hugbrigðaröskun virðast hafa lægri greind og menntunarstig en viðmiðunarhópur.¹⁵ Þá hefur því verið haldið fram að röskunin sé algengari í dreifbýli en í þéttbýli og meðal þeirra sem hafa lægri félagslega stöðu og þeirra sem hafa litla læknisfræðilega og sálfræðilega þekkingu.¹⁵ Athyglisvert er að eftir því sem þekking sjúklings eykst á sjúkdómum þeim mun mótaðri verður sjúkdómsmynd þeirra. Oft er þessi þekking sprottin af því að sjúklingur á ættingja eða vini eða þekkir til annarra með sjúkdómseinkenni, eða þá að sjúklingurinn sjálfur er heilbrigðisstarfsmaður.

Viss ætllægni er til staðar í hugbrigðaröskun. Um 20% fyrstu gráðu ættingja kvenna með röskunina hafa sögu um sama sjúkdóm sem er tífalt á við það sem tíðkast í samfélaginu.¹⁹ Hugbrigðaröskun er algengust á milli 20 og 50 ára aldurs en getur komið fram á hvaða aldri sem er. Hún er þó sjaldgæf hjá börnum og eldra fólki. Hjá börnum og táníngum er oft um líkamlega eða kynferðislega misnotkun að ræða í fyrri sögu.²⁰

Menningarlegir þættir eru taldir skipta máli. Tíðni röskunarinnar er til að mynda mun hærri meðal kvenna í Norður-Afríku en á Vesturlöndum.²¹ Virðist þetta tengjast því hvernig andleg vanlíðan er tjáð. Halda ýmsir því fram að aukin vitund um og aukin tjáning á andlegri vanlíðan hafi minnkað tíðni hugbrigðaröskunar á Vesturlöndum enda reynist tíðni röskunarinnar einna hæst í þeim löndum þar sem ekki telst eðlilegt að viðra með orðum andlega vanlíðan á borð við þunglyndi eða kvíða.²²

Meingerð hugbrigðaröskunar*Sálfræðilegar skýringar*

Þó að fjöldi áhættuþátta sé þekktur er meingerð

hugbrigðaröskunar lítt þekkt. Flestir telja hana eiga rót sína að rekja til áfalla eða tilfinningalegrar togstreitu. Eins og getið var að ofan hafa hugmyndir Freuds verið lífseigar á þessu sviði. Þær byggjast að einhverju leyti á tvíhyggju sálar og líkama þótt Freud sjálfur hafi verið harður efnishyggjumaður. Í bók Breuers og Freuds Studien über Hysterie frá 1895 er því haldið fram að þeir sjúku þjáist af endurminningum sem hafa verið bældar en valda spennu sem þarf að losa um. Spennan eða sálræna togstreitan skapar kvíða og vanlíðan og hótar sálrænu jafnvægi. Kenningin er sú að þegar spennan fær ekki útrás er henni umbreytt í líkamleg einkenni. Við þetta næst ákveðin málamiðlun í sálarlífi einstaklingsins og honum líður betur. Sjúklingurinn hefur af þessu ávinning, honum léttir andlega og þetta getur leitt til þess að hann lætur sér fátt um líkamlegu einkennin finnast, en slíkt fálæti er vel þekkt og hefur verið kallað *la belle indifférence*.

Freud skilgreindi ávinning sjúklinganna sem frum- og afleiddan (primary and secondary gain). Þessi tvö hugtök hafa haft mikla þýðingu þegar kemur að hugbrigðaröskun og skyldum sjúkdómum. Frumávinningur fæst með því að umbreyta togstreitunni og kvíðanum í sálarlífinu yfir í líkamleg einkenni og minnka þar með kvíðann. Afleiddan ávinning fær sjúklingurinn með umhyggju annarra vegna líkamlega einkenna sinna og veikinda. Auk þessa losnar hann undan ýmsum kröfum umhverfisins og samfélagsins sem áður voru gerðar til hans.

Þótt skýringar Freuds hafi haft mikil áhrif hafa komið fram aðrar sálfræðilegar skýringar og ber þar helst að nefna námssálarfræðilegar skýringar. Þær eru með breytilegum áherslum en eiga það sammerkt að litið er á hugbrigðaröskun sem lært atferli og að einkenni sjúklings orsakist og sé viðhaldið af einhvers konar umbun sem sjúklingurinn fær í víxlverkan hans og umhverfisins.

Taugalífedlisfræðilegar og myndrænar skýringar

Nýlegar rannsóknir á hugbrigðaröskun benda til truflunar í taugabrautum sem tengja og samhæfa heilasvæði tengd ætlun, skynjun og hreyfingu.²³ Hér er fyrst og fremst um að ræða niðurstöður sem fengist hafa með starfrænni (functional) segulómstækni (fMRI). Þótt þessar rannsóknir hafi fært hið starfræna nær hinu vefræna, ef svo má segja, er rétt að benda á að þótt ákveðin virkni heilasvæða sjáist við segulómun er ekki víst að hún endurspegli orsök eða afleiðingu þess sem á undan fór. Hvort kom fyrst, sálarkvölin, líkamlegu einkennin eða virkinn á segulómuninni?

Talið er að taugabrautir milli ennisblaðs (frontal) og neðanbarkarkjarna (subcortical nuclei) stjórni og miðli mörgum hliðum mannlegs atferlis. Börkur augntóttarhluta ennisblaða (orbitofrontal cortex) heilans samhæfir starfsemi stúkunnar (thalamus), möndlungsins (amygdala) og heilabarkarins. Í hugbrigðaröskun virðist stilling og samhæfing skyn- og hreyfiáætlunar (planning) trufluð vegna aukinnar virkni í fremri gyrðilgára (cingulate cortex), augntóttarhluta ennisblaðs og randkerfi (limbic system) heilans sem leiðir til aukinnar hömlunar.²³ Aftur á móti sést minnkuð virkni á neðanbarkarsvæðum við hugbrigðarlömun²⁴ og minnkuð virkni í líkamskynberki (somatosensory cortex) við hugbrigðatilkennningarleysi (conversion anaesthesia).²⁵

Hvað ef sjúklingar með hugbrigðaröskun eru bornir saman við einstaklinga sem gera sér upp lömun? Í einni slíkri rannsókn kom í ljós minnkuð virkni í gagnstæðu framennisblaði (prefrontal cortex) þegar sjúklingar með hugbrigðalömun reyndu að hreyfa máttvana útlím. Slíkt gerðist ekki hjá sjálfboðaliðum sem vísvitandi gerðu sér upp lömun. Sú niðurstaða bendir til þess að sjúklingarnir hafi ekki verið að gera sér upp veikindi sín.²⁶ Með þessum hætti mætti hugsanlega í framtíðinni greina á milli hugbrigðaröskunar og uppgerðar.

Hugbrigðaröskun og dáleiðsla

Joseph Babinski (1857-1932) taldi einkenni hugbrigðaröskunar benda til aukins sefnæmis (hypersuggestibility) og var þar sammála Charcot. Því er tilkomið hugtakið sefasýki. Babinski kallaði hysteriu piathisma og taldi röskunina sálræna. Svo virðist sem sjúklingar með hugbrigðaröskun séu næmari fyrir dáleiðslu en gengur og gerist. Hægt er að framkalla og lækna hugbrigðaeinkenni með sefjun, enda hefur dáleiðsla verið notuð sem meðferð eins og vikið verður að síðar. Svipaðar breytingar koma fram í starfrænni segulómun hjá sjúklingum annars vegar með hugbrigðamáttleysi og hins vegar með máttleysi framkallað með dáleiðslu. Þær lýsa sér í aukinni virkni í gagnstæðum fremri hluta gyrðilgára og í augntóttarberki ennisblaðs en minnkaðri eða engri virkni í hreyfisvæðum heilans (motor-premotor cortex). Aukna virkinn virðist tákna aukna hömlun á viljastýrðri hreyfigetu sjúklinganna.²⁷ Svo virðist sem þeir séu að reyna að hreyfa viðkomandi útlím en ná ekki að virkja hreyfisvæði heilans.

Sögutaka

Mikilvægt er að taka ítarlega sögu en þó af nærgætni. Nokkuð algengt er að sjúklingar með hugbrigðaröskun greini frá því að þeir hafi orðið fyrir líkamlegri eða kynferðislegri áreitni eða öðrum stórum áföllum.³⁰ Oft er áberandi að sagan sem sjúklingurinn gefur er óskýr og svör hans við spurningum óljós og ekki í samræmi við þá sögu sem ættingjar gefa. Ósannar minningar koma líka fyrir.

Ekki er óalgengt að sjúklingar lýsi einkennum með miklum tilfinningum þótt hitt sé líka til að þeir sýni einkennum sínum fálæti sem kallað hefur verið *la belle indifférence* eins og rætt var að ofan. Í nýlegri rannsókn þar sem allar rannsóknir á *la belle indifférence* frá 1965 voru teknar saman leiddi niðurstaðan í ljós að þótt slíkt fálæti sé oft til staðar er það ekki meinkennandi (pathognomonic) sem slíkt. Fálæti gagnvart einkennum getur einnig komið fyrir við líkamlega sjúkdóma.¹⁷

Helstu flokkar hugbrigðaeinkenna

Flog

Sýndarflog (pseudo-seizures) eru nokkuð algeng. Mikilvægt er að greina þau frá sönnum flogum, yfirliðum eða dástjarfa (cataplexy). Það sem helst einkennir sýndarflog er að þau eru án áru eða fyrirboða við upphaf kasts. Þau einkennast af því að sjúklingurinn skaðar sig yfirleitt ekki, missir ekki þvag eða hægðir, bítur ekki í tungu og bláan ekki í framan. Í sýndarflogi er sjúklingurinn gjarnan með lokuð augun og klemmir þau jafnvel aftur ef reynt er að opna þau. Algengt er að allir útlímur hristist á handahófskenndan hátt, að sjúklingurinn gretti sig, reigi og beygi. Höfuðið hreyfist gjarnan til hliðanna og sjúklingur getur slegið til viðstaddra. Ef hann heldur meðvitund í því sem virðist í fljótu bragði vera alflog, eru allar líkur á að um sýndarflog sé að ræða. Sýndarflog eru oftast lengri en raunflog, geta hætt snögglega við sterka skynörvun og lítill sem enginn slappleiki eða rugl fylgir á eftir kastinu. Engin hækkun er á kreatín kínasa eða prólaktín eins og algengt er í sönnum flogum. Sýndarflogin verða yfirleitt í návist annarra en ekki þegar sjúklingur er einn eða sofandi.

Þó að allt framangreint sé hjálplegt við greiningu sýndarfloga er ekkert af því fyllilega sértækt. Stundum leikur vafi á því hvers eðlis einkenni sjúklings eru. Í slíkum tilvikum er svokallaður heilasírítí til mikillar hjálpar. Þá er tekið heilalínurit af sjúklingi í margar klukkustundir og jafnvel daga og samtímis gerð myndbandsupptaka. Hafa verður í huga að sýndarflog koma einnig fyrir hjá sjúklingum með

raunveruleg flog sem gerir greiningu og úrlausn mun erfiðari fyrir vikið.

Máttminnkun

Hugbrigðalamanir geta lagst á griplím, ganglím, aðra hlið líkamans eða báðar. Lömunin leggst fremur á útlími en andlit. Ef sjúklingur getur á annað borð hreyft útlím eru hreyfingar gjarnan veikar og rykkjótta, hægar og hikandi. Styrkurinn er oft í réttu hlutfalli við mótstöðu prófandans. Þegar mótstöðunni léttir er ekkert gegnumbrot eða endurkast á hreyfingunni eins og venjulega er. Mögulegt er að sjá og þreifa andstæða vöðva dragast samtímis saman sem hindrar þannig hreyfingu. Í hugbrigðalömun eru sinaviðbrögð eðlileg og eiginlegar vöðvarýrnar ekki til staðar. Svokallað Hoover-próf getur verið afar gagnlegt þegar um er að ræða máttminnkun í öðrum ganglímum. Þegar liggjandi sjúklingur er beðinn að þrýsta að því er virðist lömuðum hægri hælum niður gegn mótstöðu gerir hann það ekki. Ef hann er svo beðinn um að lyfta vinstri ganglím upp gegn mótstöðu þrýstir hann hægri hælum ósjálfrátt mun betur niður en áður. Þetta er jákvætt Hoover-próf.

Gangtruflun

Erfitt getur reynst að greina hugbrigðagöngulag vegna þess hve margvíslegt það getur verið. Oft er göngulagið „skrýtið og ýkt“ á einhvern hátt og ekki dæmigert fyrir aðrar göngulagstruflanir. Einkennandi er ósamræmi milli liggjandi og standandi stöðu. Astasia-abasia (gríska) sem þýðir vangetan til að geta staðið eða gengið og var upphaflega lýst af taugalæknum Paul Blocz (1860-1896), felur í sér vangetu til að standa eða ganga þó svo sjúklingur geti hreyft fætur sitjandi eða liggjandi með ágætum hætti.³¹ Í hugbrigðagöngulagi koma gjarnan fram skyndilegar stöðubreytingar og sjúklingurinn er við það að detta en gerir það þó ekki. Einnig getur göngulagið verið óvenjulega hægt og varfærnislegt. Fyrir kemur að sjúklingurinn telji sig alls ekki geta gengið og þarf þá lækurinn að leiða hann fram á gólfið og telja honum trú um hið gagnstæða.

Skyntap

Útbreiðsla skyntaps fylgir yfirleitt ekki líffræðilegum mörkum og samrýmist sjaldan rótar- eða úttaugadreifingu og fylgir ekki húðgeirum (dermatomes). Ósamræmi kemur fram við endurteknar prófanir. Oft eru mörk skyntaps

alveg við miðlínu, til dæmis í enni sem samræmist ekki ítaugun líkamans. Í hugbrigðaröskun getur snertiskyn, bragð, lykt, sjón og heyrn allt verið skert samtímis í sömu líkamshlið sem erfitt er að skýra út frá einni vefjaskemmd. Önnur dæmi um skyntap er þegar það nær yfir allan líkamann frá toppi til tótar. Annað er fullt skyntap í útlím sem hefur samtímis eðlilegan styrk og eðlilegar fínhyrfingar. Til frekari athugunar er hægt að beita sársaukaáreiti á útlím með augu sjúklings lokuð og athuga hvort útlímurinn hreyfist. Einnig má skoða útlími sjúklings krosslagða yfir brjóstið og víxla þannig hægri og vinstri og athuga samræmi við skyntap útlíma í venjulegri stöðu.

Sjóntruflanir

Um 1-5% sjúklinga með sjóntap eru taldir hafa hugbrigðablindu, venjulega sambland af sjóntapi og sjónsviðsskerðingu.³² Blindan kemur yfirleitt fram í tengslum við tilfinningahlaðna uppákomu. Við skoðun augna horfir sjúklingurinn yfirleitt fram og sumir virðast getað blikkað minna við sjónáreiti. Hjálpleg aðferð við greiningu er að framkalla augnrykki (nystagmus) í aðra áttina þegar sjúklingur horfir á röndotta vindu sem er snúð en slíkt viðbragð verður ekki ef um raunverulega blindu er að ræða. Öðrum augneinkennum en blindu hefur einnig verið lýst í sefasýki, til dæmis tvísýni, þrísýni, eða rörsýni (tunnel vision).

Rannsóknir þegar grunur er um hugbrigðaröskun

Nokkuð erfitt er að gefa ráðleggingar um umfang þeirra rannsókna sem á að framkvæma til að útiloka vefræna orsök þegar grunur um hugbrigðaröskun er til staðar. Rannsóknirnar verða að stjórnast af hverju tilviki fyrir sig. Góð saga og skoðun eru hér grundvallaratriði og með það að vopni má yfirleitt ákvarða með nokkurri vissu hvort um vefræna sjúkdóm sé að ræða. Eigi að síður koma oft endurtekið upp spurningar um líkur á vefrænum sjúkdómi. Í slíkum tilvikum verður að taka tillit til óska sjúklings og aukinna krafna samtímans um rannsóknir og vissu í sjúkdómsgreiningu.

Rannsóknir geta verið tvíeggjað sverð. Eðlilegar rannsóknarniðurstöður geta minnkað kvíða og hræðslu sjúklinga. Þær geta einnig skapað pírting og leiða þegar ljóst er að þær skýra ekki einkennin. Yfirleitt fara hugbrigðasjúklingar í allar helstu rannsóknir sem gerðar hefðu verið ef um raunveruleg líkamleg einkenni hefði verið að ræða. Viðbótarrannsóknir og endurtekning

rannsókna fer meðal annars eftir vissu læknisins í sjúkdómsgreiningu sinni. Í stað rannsókna getur komið til eftirfylgni í vissan tíma til að grunda sjúkdómsgreininguna enn betur. Traust sjúklings til læknis skiptir hér miklu máli. Sjúklingur með hugbrigðaröskun skynjar gjarnan öryggi eða öryggisleysi læknis sé það til staðar. Traustið ávinnst fyrst og fremst í krafti faglegs viðmóts fremur en vegna fjölda þeirra rannsókna sem gerðar eru. Sé læknir sjúklings í vafa eða skynji vantraust hans getur getur verið góður leikur að fá álit annars læknis.

Hve alengt er að hugbrigðaröskun sé misgreind?

Skiljanlega óttast læknar að greina sjúklinga með hugbrigðaröskun sem í raun eru með vefræna sjúkdóm og á sú hræðsla sér meðal annars sögulegar forsendur. Nokkuð þekkt er rannsókn Slaters frá árinu 1965.³³ Hún sýndi að í 33% hugbrigðagreininga var um vefræna orsök að ræða. Hafa verður í huga að rannsóknin var gerð á afar sérhæfðu sjúkrahúsi fyrir taugasjúklinga (National Hospital for Nervous Diseases) í London og sjúklingaþýðið því ekki dæmigert í víðara samhengi.

Samantektarrannsókn frá 2005 sem var gerð á alls 27 hugbrigðaröskunarrannsóknum allt frá árinu 1965 sýndi að tíðnirangrahugbrigðagreininga hefur lækkað til muna og haldist um 4% síðastliðna áratugi en er um 8% yfir allt tímabilið.³⁴ Fljótt á litið má ætla að bætt rannsóknartækni, til að mynda í myndgreiningu, sé helsta ástæða þessa en þegar betur er að gáð varð þessi lækun fyrir daga tölvusneiðmyndataekninnar. Telja höfundar ofannefndrar samantektarrannsóknar ástæðurnar vera bætt greiningarskilmerki og að misbresti sé að finna í aðferðafræði eldri rannsókna.³⁴

Þeir þrír þættir sem helst spá fyrir um vefræna orsök eru: ef sjúklingar höfðu áður verið grunaðir um taugasjúkdóm, hár aldur þeirra við greiningu og ef einkenni höfðu varað lengi.³⁵ Mikilvægt er að hafa þetta í huga við rannsókn á sjúklingi sem grunaður er um hugbrigðaröskun.

Meðferð við hugbrigðaröskun

Almennar ráðleggingar

Þó að sjúklingar með hugbrigðaröskun séu misleitur hópur og erfitt að alhæfa um meðferð eru viss grundvallaratriði í meðferð sem vert er að tíunda. Jafnvel þó að sérhæfð geðmeðferð geti verið góður kostur má ekki gera lítið úr þeirri meðferð sem læknir sjúklingsins getur veitt hverju sinni. Grundvallaratriði er að sjúklingurinn finni

ekki fyrir höfnun vegna vandans og að komið sé fram við hann af virðingu og alúð. Nauðsynlegt er að útiloka af festu vefræna orsök og reyna að komast nær sálrænum ástæðum röskunarinnar. Gott getur verið að spyrja sjúklinginn sjálfan hvort hann telji að sálrænar ástæður geti legið einkennum hans að baki. Sjúklingar taka slíkum spurningum yfirleitt ekki illa. Þó er nauðsynlegt að ákveðið traust hafi myndast áður.

Miklu máli skiptir hvernig greiningin er borin fram. Greiningarviðtalið er gjarnan ráðandi varðandi framhaldið og í raun fyrsta meðferðarskrefið.³⁶ Mikilvægt er fyrir lækinn að vera vel undirbúinn og gott samræmi þarf að vera í útskýringum hans. Leggja ber áherslu á að ekki sé um neinn alvarlegan líkamlegan sjúkdóm að ræða. Stundum hafa sjúklingar beinar áhyggjur af vissum sjúkdómum. Þá getur verið gott að spyrja um slíkt og eyða þeirri óvissu með því að tilgreina að ekki sé um þá sjúkdóma að ræða.

Sérfræðingar í hugbrigðaröskun eru sammála um að ekki sé æskilegt að segja við sjúkling að einkenni hans séu ekki raunveruleg eða að um móðursýki sé að ræða. Gerð hefur verið könnun á því hvaða orðalag sé æskilegast.³ Kom í ljós að orðið móðursýki (hysteria) hafði ekki góð áhrif á sjúklingana, ekki heldur að þetta væri „allt í huganum“. Í þessum tilvikum upplifðu sjúklingarnir að gefið væri til kynna að þeir væru geðsjúkir. Orðalagið „læknisfræðilega óskýranlegt“ var heldur ekki gott. Við það upplifðu sjúklingarnir að þeir væru skildir eftir án skýringar og í óvissu. Best reyndist að nota orðalagið starfræn truflun. Með því fékkst þrennt. Í fyrsta lagi ákveðin greining. Útskýrt að taugakerfið starfi ekki rétt þó að ekki væri hægt að sýna fram á vefræna orsök. Í öðru lagi var ekki gefið til kynna að einkennin væru einber ímyndun. Í þriðja lagi, og kannski það sem mestu máli skipti, gaf þetta orðalag tilefni til bjartsýni og hugsunar um bata og mögulega meðferð.³

Nauðsynlegt getur verið að vinna með fjölskyldu sjúklingsins, sérstaklega ef um ungt fólk er að ræða, treggáfaða eða þá sem meðtaka illa sjúkdómsupplýsingar. Fjölskyldan þarf að fá sambærilegar skýringar og sjúklingurinn þannig að ósamræmi skapist ekki. Helst þarf fjölskyldan að vita hvernig bregðast eigi við frekari einkennum, annars getur hún dregist inn í óæskilegt mynstur sem einkennist af óánægju, skilningsleysi, endurteknum ferðum með sjúkling á bráðamóttöku sjúkrahúsa og til nýrra lækna svo eitthvað sé nefnt. Sameiginlegir fundir með sjúklingi og aðstandendum hans geta líka skilað gagnlegum upplýsingum sem ella hefðu ekki komið fram. Rétt er að benda á að samráð lækna

á bráðamóttöku getur afstýrt óþarfa innlögnum. En innlögn á sjúkrahús getur einnig reynst nauðsynleg. Með henni getur gefist rýmri tími til að ræða við sjúkling og aðstandendur, framkvæma frekari skoðun, ljúka viðeigandi rannsóknnum og fá álit annarra sérhæfðra lækna. Með þessum hætti má grunda greiningu og meðferð betur en ella hefði orðið, auk þess sem slíkt vinnulag getur aukið það traust sem nauðsynlegt er að ríki í samskiptum læknis og sjúklings.

Ef einkenni sjúklings hafa staðið lengi eru minni líkur á bata og ekki víst að sjúklingi líði betur meðan á meðferð stendur eða eftir að henni lýkur. Þetta verður að meta í hverju tilviki og í eins góðu samkomulagi við sjúkling og hægt er. Í slíkum tilvikum skyldi endinn skoða!

Sálfræðimeðferð

Sálfræðimeðferð hefur verið beitt við hugbrigðaröskun, ekki síst ef aðrir geðsjúkdómar eiga í hlut. Tegund sálfræðimeðferðar ræðst að vissu leyti af því hvaða sjúkdómslíkan meðferðaraðilinn aðhyllist. Í meðferðinni felst ávallt hvatning til tjáningar, það er að sjúklingurinn komi vanlíðan sinni í orð. Nýlegar rannsóknir hafa gefið til kynna árangur hugrænnar atferlismeðferðar við hugbrigðaröskun.³⁷ Sálaraflsfræðileg viðtalsmeðferð (psychodynamic psychotherapy) virðist einnig geta skilað árangri.³⁸ Auk þess getur dáleiðsla verið kostur enda þekkt frá dögum Charcots. Ekki hafa þó allar rannsóknir sýnt fram á árangur af dáleiðslu og er hún almennt talin vera ágætis viðbótarmeðferð en ekki fullnægjandi sem aðalmeðferð.^{31, 39, 40}

Lyffjameðferð

Á þessu sviði er lítið um framsýnar rannsóknir. Þó eru nokkrar rannsóknir yfirstandandi þegar þetta er ritað sem kanna áhrif nýrrar geðdeyfðarlyfja (sere-tonín endurupptöku hemla) við hugbrigðaröskun.⁴¹ Einnig eru þekktar tilfellarannsóknir þar sem sýnt hefur verið fram á árangur óhefðbundinna (atypical) geðrofslyfja í lágum skömmtum til að minnka kvíða og spennu hugbrigðasjúklinga.²⁶ Almennt eru fræðimenn sammála um að nota eigi lyf sparlega. Einna helst kemur til greina að nota lyf í bráðafasa ef mikill kvíði er til staðar. Dæmi um slíkt væri að gefa bensódíazepínsamband (til dæmis lórazepam 0,5-1,0 mg) ásamt sefjun og tiltrú læknisins þar sem hann leggur áherslu á að einkennin muni að öllum líkindum ganga til baka á næstu klukkustundum. Ef notuð eru önnur geðlyf er réttast að þau beinist gegn undirliggjandi eða samverkandi geðsjúkdómi.

Segulörvun heila

Segulörvun heila (transcranial stimulation, TCS) er meðferð sem hefur rutt sér til rúms á undanförunum árum og bent er á yfirlitgrein um þetta efni í Læknablaðinu.⁴³ Breytilegt segulsvið í spólu sem lögð er á höfuðið spanar upp straum í heila sem eftir tíðni áreitisins getur haft örvandi eða hemlandi áhrif á heilasvæðin undir spólunni. Á þennan hátt hefur verið reynt að nota segulörvun til að meðhöndla taugasjúkdóma og geðraskanir. Rannsóknir um þetta hafa meðal annars beint að flogaveiki, mænu- og hnykilhrörnun og djúpri geðlægð. Nokkrar nýlegar rannsóknir benda til gagnsemi segulörvunar við hugbrigðaröskun en þörf er á stærri rannsóknum á því sviði.⁴⁴ Út frá áhrifum segulörvunar hefur verið ályktað að um truflun sé að ræða í hringrásinni milli ennisblaðs og neðanbarkarkjarna heilans. Er það í samræmi við niðurstöður stafrænnar segulómmyndatöku (fMRI) sem um var getið að ofan þegar rætt var um meingerð hugbrigðaröskunar.

Endurhæfing

Þess má geta að ein meðferð útilokar ekki aðra. Í dag er oftast mælt með þverfaglegri meðferð.^{15,45} Í niðurstöðum rannsókna undanfarinna ára er lögð mikil áhersla á að virk endurhæfing sé hafin eins fljótt og kostur er á, sérstaklega á þetta við þegar um hreyfitruflun er að ræða. Sjúkraþjálfarar og þær meðferðir sem þeir hafa yfir að ráða skipta miklu máli og mikilvægt er að þeir vinni í nánú sambandi við lækni sjúklingsins.^{15,45} Aukin áhersla á þjálfun hefur leitt til þess að sjúklingar með hugbrigðaröskun eru frekar lagðir inn á tauga- og endurhæfingardeildir en geðdeildir í seinni tíð. Í endurhæfingunni er lögð áhersla á að þjálfu upp fyrri starfsgetu að nýju. Minni áhersla er lögð á að greina „undirliggjandi“ sálrænan vanda. Þörfina á sálrænni meðferð er þó mikilvægt að meta hverju sinni.

Sjúkdómsgangur og horfur

Um 50-90% sjúklinga verða betri af einkennum sínum eftir hefðbundnar rannsóknir og útskýringu á eðli vandans en um fjórðungi þeirra versnar aftur með sömu eða ný einkenni.³¹ Einkennin geta tekið sig upp aftur á sama líkamssvæði, en þau geta einnig „ferðast“ milli líkamshluta. Ef sjúklingar með fyrri sögu um hugbrigðaröskun fær ný einkenni er að sjálfsgöðu mikilvægt að taka faglega á hverjum veikindum fyrir sig en ekki dæma einkennin sem hugbrigðaröskun án frekari athugunar. Horfur sjúklinga eru verri hafi einkenni staðið í lengri tíma og ef um aðra geðsjúkdóma er

að ræða.³¹ Jákvæðir forspárþættir eru skyndilegt upphaf veikinda, þekktur streituvaldur í nánú samhengi við upphaf veikinda, ef meðferð er hafin snemma, góð greind sjúklings og fjarvera annars geðsjúkdóms.¹⁵

Lokaorð

Mikilvægt er fyrir alla lækna að þekkja til starfrænna einkenna þar sem þau eru algeng og hafa í för með sér að minnsta kosti jafnmikil veikindi og ef um vefrænan sjúkdóm væri að ræða. Hugbrigðaröskun er starfræn röskun þar sem einstaklingar hafa taugaeinkenni á borð við lömum, skyntap eða blindu án þess að vefræn skýring finnist. Greiningin byggist fyrst og fremst á sögutöku og skoðun þó að rannsóknir séu oft nauðsynlegar til að útiloka vefrænan sjúkdóm. Meðferðin felst í því að komast að undirliggjandi sálrænni streitu sjúklingsins auk endurhæfingar þar sem lögð er áhersla á að koma starfsgetu hans aftur í eðlilegt horf.

Heimildir

1. Wakefield JC. Disorder as a harmful dysfunction. A conceptual critique of DSM-III's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992; 99: 232-47.
2. Smári J, Stefánsson SB. Frá Sveini Pálssyni til Jerome Wakefield: Sjúkdómar, raskanir og greiningakerfi. Í: Þekking – engin blekking (ritstj. Jónsson E, Frimansson GH, Gissurarson HH). Háskólaútgáfan, Reykjavík 2006: 133-44.
3. Stone J, Wojcik W, Durrance D, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend”. *BMJ* 2002; 325: 1449-50.
4. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274: 1931-4.
5. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
6. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 207-10.
7. Nimmuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361-7.
8. Carson AJ, Best S, Postma K, Stone J, Warlow CP, Sharpe M. The outcome of neurology outpatients with medically unexplained symptoms: a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 897-900.
9. Stone J, Sharpe M, Rothwell PM, Warlow CP. The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 591-6.
10. Crimlinsk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316: 582-6.
11. Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Neurological disease, emotional disorder and disability: they are related. A study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 202-6.
12. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. American Psychiatric Press, Washington 1994: 445-69, 844-9.
13. Stefánsson JG, Messina JA, Meyerowitz S. Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand* 1976; 53: 119-38.

14. Sagduyu A, Rezaki M, Kaplan I, et al. Prevalence of conversion symptoms in a primary healthcare center. *Turkish J Psychiatry* 1997; 8: 161-9.
15. Heruti RJ, Levy A, Adunski A, Ohry A. Conversion motor paralysis disorder: overview and rehabilitation model. *Spinal Cord* 2002; 40: 327-34. Review.
16. Sar V, Akyuz G, Kundakci I, et al. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2271-6.
17. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifference in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 204-9. Review.
18. Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63: 83-8.
19. Adams & Victor's Principles of Neurology. Edit: Ropper, Allan H; Brown, Robert H. McGraw-Hill, 8th Edition, 2005.
20. Roelofs K, Keijsers GPJ, Hoogduin KAL, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1908-13.
21. Heafeiz HB. Hysterical conversion: a prognostic study. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 548-51.
22. Shorter E. From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic illness in the modern era. The Free Press, New York 1992.
23. Black DN, Seritan AL, Taber KH, Hurley RA. Conversion hysteria: lessons from functional imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16: 245-51.
24. Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet* 2000; 355: 1243-4.
25. Mailis-Gagnon A, Giannoylis I, Downar J, et al. Altered central somatosensory processing in chronic pain patients with „hysterical“ anesthesia. *Neurology* 2003; 60: 1501-7.
26. Stone J, Zeman A, Simonotto E, et al. fMRI in patients with motor conversion symptoms and controls with simulated weakness. *Psychosom Med* 2007; 69: 961-9.
27. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR, Wade DT, Frackowiak RS. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition* 1997; 64: B1-B8.
28. Halligan PW, Athwal BS, Oakley DA, Frackowiak RS. Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria (letter). *Lancet* 2000; 355: 986-7.
29. Yazici KM, Kostakoglu L. Cerebral blood flow changes in patients with conversion disorder. *Psychiatry Res* 1998; 83: 163-8.
30. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1510-7.
31. Okun MS, Koehler PJ. Paul Blocq and (psychogenic) astasia abasia. *Mov Disord* 2007; 22: 1373-8.
32. Werring DJ, Weston L, Bullmore ET, Plant GT, Ron MA. Functional magnetic resonance imaging of the cerebral response to visual stimulation in medically unexplained visual loss. *Psychol Med* 2004; 34: 583-9.
33. Slater ET. Diagnosis of 'hysteria'. *BMJ* 1965; i: 1395-9.
34. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ* 2005; 331: 989. Review.
35. Moene FC, Landberg EH, Hoogduin KA, et al. Organic syndromes diagnosed as conversion disorder: identification and frequency in a study of 85 patients. *J Psychosom Res* 2000; 49: 7-12.
36. McCahill ME. Somatorm and related disorders: delivery of diagnosis as first step. *Am Fam Physician* 1995; 52: 193-204.
37. Goldstein LH, Deale AC, Mitchell-O'Malley SJ, Toone BK, Mellers JD. An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *Cogn Behav Neurol* 2004; 17: 41-9.
38. Gabbard GO. Dissociative disorders, in *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 4th ed. American Psychiatric Publishing, Washington DC 2005: 283-312.
39. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn* 2003; 51: 29-50.
40. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 66-76.
41. LaFrance WC Jr, Barry JJ. Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 364-74.
42. Voon V, Lang AE. Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1529-34.
43. Möller AL, Stefánsson SB. Segulörvun heila. *Læknablaðið* 2004; 90: 755-8.
44. Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Spitzer M, Herwig U. Transcranial magnetic stimulation in the reversal of motor conversion disorder. *Psychotherapy Psychosom* 2003; 72: 286-8.
45. Heruti RJ, Reznik J, Adunski A, Levy A, Weingarden H, Ohry A. Conversion motor paralysis disorder: analysis of 34 consecutive referrals. *Spinal Cord* 2002; 40: 335-40. Review.

Conversion disorder – review

In modern medicine the term “functional symptoms” is usually used to refer to symptoms where an organic cause cannot be found. Studies have shown that up to half of all patients consulting their family physician and approximately one third of all those attending neurology outpatient clinics present with such symptoms. These patients commonly go between doctors, repeatedly undergo unnecessary tests, even surgery, and various drugs are tried with limited success. These problems tend to be prolonged and greatly reduce the quality

Sveinsson OA, Stefánsson SB, Hjaltason H

Conversion disorder – review. *Icel Med J* 2009; 95: 269-76

Keywords: conversion disorder, functional symptoms, functional MRI, rehabilitation.

Correspondence: Ólafur Sveinsson olafur.sveinsson@karolinska.se

of life for the patients involved. Both the DSM IV and ICD 10 classifications include a group for the so-called medically unexplained disorders. Among these disorders is conversion disorder where patients present with neurological symptoms, affecting motor or sensory function, but with no neurological explanation. Here we provide an overview of the current ideas on the aetiology, diagnosis, treatment and prognosis of conversion disorder.