

# Heilsukvíði – aukin þekking og meðferðarmöguleikar

## Ágrip

**Sóley Dröfn Davíðsdóttir<sup>1</sup>**  
klínískur sálfræðingur

**Ólafur Árni Sveinsson<sup>2</sup>**  
taugalæknir

Heilsukvíði einkennist af óhóflegum og hamlandi kvíða þar sem fólk óttast að vera haldið alvarlegum sjúkdómi þrátt fyrir að niðurstöður læknisskoðana og rannsókna bendi til annars. Heilsukvíðinir hafa margir hverjir ítrekað gengist undir læknisrannsóknir sem ekki hafa verið til þess fallnar að veita trúverðugar skýringar á þeim vanda sem fyrir er. Endurteknar fregnir af því hvað sé líklegast ekki að hrjá hinn heilsukvíðna slær aðeins á kvíða hans í skamman tíma og getur aukið á ráðaleysið og grafið undan trausti hans á heilbrigðiskerfið þegar til lengri tíma er litið.

Aukinn áhugi hefur vaknað á heilsukvíða á síðastliðnum árum og áratugum. Ekki síst er það góður árangur hugrænnar atferlismeðferðar sem getið hefur af sér þennan aukna áhuga. Samkvæmt hugrænu skýringarlíkani á heilsukvíði rætur í og er viðhaldið af rangtúlkunum á eðlilegum líkamseinkennum. Auk þess hefur lyfjameðferð með sértækum serótónín-endurupptökuhemlum getið af sér ágætis árangur. Hefur vandinn löngum þótt illviðráðanlegur en með hugrænni atferlismeðferð og/eða lyfjameðferð hefur náðst betri árangur í meðferð þessa oft illvíga vanda. Tilgangur þessarar greinar er að auka þekkingu íslensks heilbrigðisstarfsfólks á heilsukvíða og ekki síst að gera grein fyrir auknum meðferðarmöguleikum.

## Inngangur

Hóflegar áhyggjur af heilsunni geta verið gagnlegar og stuðlað að heilsusamlegu líferni. Hjá sumum verða þessar áhyggjur hins vegar að óhóflegum og hamlandi kvíða þar sem fólk óttast að vera haldið alvarlegum sjúkdómi þrátt fyrir að niðurstöður læknisskoðana og rannsókna bendi til annars. Þetta ástand nefnist á ensku *hypochondriasis* og var áður þýtt sem ímyndunarveiki. Ekki er sú þýðing heppileg því vanlíðanin sem vandanum fylgir er engin ímyndun. Undanfarið hefur orðið heilsukvíði (health anxiety) verið notað og mun það einnig gert hér. Greiningarskilmerki heilsukvíða (DSM-IV) má sjá í töflu I.<sup>1</sup>

Heilsukvíði er flokkaður með líkömnunar-

röskunum í bæði DSM-IV og ICD-10 greiningarkerfunum. Einkennast þessar raskanir af líkamlegum einkennum sem talin eru eiga sér sálrænar orsakir. Undir þennan flokk heyra geðraskanir, svo sem hugbrigðaröskun (conversion disorder) og líkamsgervingarheilkenni (somatisation disorder).

Heilsukvíðinir hafa ósjaldan gengið á milli lækna og eiga margir hverjir flókna sjúkrasögu að baki. Þrátt fyrir ítarlegar rannsóknir eru þeir oft óánægðir með þjónustuna sem þeir hafa fengið enda hafa þeir oft fengið að heyra hvað sé *ekki* að þeim en trúverðugar skýringar lækna á því hvað sé raunverulega að hrjá þá.<sup>2</sup> Þeir upplifa að þeim sé illa sinnt og ekki teknir alvarlega. Því missa þeir oft traust á læknum og telja þá illfæra um réttar sjúkdómsgreiningar. Á sama hátt geta þessir einstaklingar reynst læknum erfiðir. Læknarnir upplifa að heilsukvíðinir hlusti ekki á þá, treysti þeim ekki og leiti til annarra lækna og erfiðlega gengur að sannfæra þá um að vandinn eigi sér sálrænar rætur.<sup>3</sup>

Aukinn áhugi hefur vaknað á heilsukvíða á síðastliðnum árum og áratugum. Ekki síst er það góður árangur hugrænnar atferlismeðferðar sem

### Tafla I. Greiningarskilmerki heilsukvíða.<sup>1</sup>

Viðkomandi er gagntekinn af þeirri hugmynd að hann sé haldinn alvarlegum sjúkdómi sökum mistúlkunar á líkamlegum óþægindum eða breytingum.

Þessi hugmynd viðhelst þrátt fyrir viðeigandi læknisfræðilegt mat og hughreystingar.

Hugmyndin um að vera haldinn alvarlegum sjúkdómi er ekki ranghugmynd í ströngum skilningi eins og í hugvilluröskun (*delusional disorder*) og takmarkast ekki við áhyggjur af útliti eins og líkamslýtaröskun (*body dysmorphic disorder*).

Röskunin hefur í för með sér markverða þjáningu eða minnkaða starfshæfni.

Ástandið hefur varað í að minnsta kosti sex mánuði.

Vandinn skýrist ekki betur af almennri kvíðaröskun, þráhyggju- og árátturöskun, felmtursröskun, þunglyndisskeiði, aðskilnaðarkvíða eða annari líkömnunaröskun.

<sup>1</sup>Kvíðameðferðarstöðinni, Reykjavík, <sup>2</sup>taugadeild Karolinska sjúkrahúsins, Stokkhólmi.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Ólafur Sveinsson, taugadeild Karolinska sjúkrahúsins, Stokkhólmi, Svíþjóð [olafur.sveinsson@karolinska.se](mailto:olafur.sveinsson@karolinska.se)

getið hefur af sér þennan aukna áhuga. Víða, meðal annars á Norðurlöndunum, hafa verið stofnsettar sérstakar göngudeildir þar sem fengist er fyrst og fremst við þennan vanda. En áður en heilsukvíði er ræddur sérstaklega verður tekið dæmi af manni sem haldinn er þessum vanda.

### Tilfelli

Gunnar er 41 árs gamall og hefur lengi glímt við mikinn heilsukvíða, en móðir hans lést þegar hann var 14 ára gamall af völdum krabbameins sem uppgötvað var á lokastigi. Gunnar hefur farið í gegnum mörg tímabil þar sem hann hefur talið sig vera haldinn alvarlegum sjúkdómum. Í fyrra taldi hann sig vera með eitlakraðbamein sem leiddi loks til sýnatöku. Fyrir fjórum árum taldi hann sig vera með heilaæxli vegna spennuhöfuðverkjur sem endaði með segulómsskoðun. Í dag getur hann minnst þessara upþákoma með bros á vör en það kemur ekki í veg fyrir að hann óttist nú að vera haldinn MS (heila- og mænusiggi). Undanfarna mánuði hefur hann fundið fyrir dofa af og til á nokkrum stöðum vinstra megin í líkamanum. Fyrir um hálfu ári fann hann fyrir svima í eina viku, sem gekk yfir af sjálfu sér. Gunnar hefur lesið sér mikið til um MS og finnst lesturinn renna stöðum undir grunsemdir hans. Hann telur sig uppfylla skilmerki sjúkdómsins, taugaeinkenni sem samrýmast MS (dofa og svima) frá tveimur aðskildum hlutum taugakerfisins á mismunandi tímum.

Gunnar fór til heimilislæknisins sem taldi afar ólíklegt að hann væri haldinn sjúkdóminum en sendi engu að síður beiðni til taugalæknis að ósk Gunnars, og fékk þar tíma eftir þrjá mánuði. Í millitíðinni leitaði Gunnar, viðþolslaus af áhyggjum, til bráðamóttökunnar, og bað um steragjöf sem hann hafði lesið sér til um að gæfist vel við MS-köstum.

Við skoðun þar fundust engin teikn um taugasjúkdóm. Þó að læknirinn teldi ekki þörf á frekari rannsóknum náði Gunnar í sömu viku að knýja fram segulómum af höfði og mænu, auk mænuvökvaprófs. Reyndust rannsóknirnar eðlilegar nema að þrír ósértækir flekkir sáust í hvíta efninu umhverfis heilahólfin. Sjúkrahúslæknirinn útskýrði fyrir Gunnari að engin teikn væru um MS en að þrír ósértækir flekkir sæjust á segulómsskoðun af höfði. Fyrir Gunnari var þetta staðfesting á því að hann væri haldinn MS. Hann spurði lækninn hvort hann gæti útilokað að þetta væru breytingar af völdum MS. Læknirinn sagðist nokkuð viss í sinni sök og útskýrði að margir væru með slíkar breytingar án þess að um sjúkdóm væri að ræða. Þessar skýringar nægðu Gunnari ekki,

hann taldi að einkennin hlytu að eiga sér vefræna orsök.

Á þessum tímamarki var kvíðinn orðinn svo mikill að Gunnar var hættur að geta sinnt starfi sínu, átti erfitt með svefn og það hrikli í stöðum hjónabandsins. Óvissan var honum svo erfið að hann var farinn að óska þess að fá einhverja sjúkdómsgreiningu í stað þess að fá ítrekað þau skilaboð að „ekkert væri að“. Gunnar fékk meðhöndlun með serótónín endurupptökuhemli í stigvaxandi skömmtum og var vísað til sálfræðings sem hann þó var tregur til að hitta í fyrstu. Hann sá ekki tengslin milli líkamlegu einkennanna og þess að taka geðlyf, hvað þá að hitta sálfræðing. Hann viðurkenndi þó að kvíðinn, svefnerfiðleikarnir og áhyggjurnar væru honum um megn. Eftir nokkrar vikur af lyfja- og sálfræðimeðferð minnkaði kvíðinn til muna og hjálpaði sálfræðimeðferðin Gunnari að öðlast innsýn í þann hugarfarslega vítahring sem hann var kominn í. Hann varð fær um að skoða og trúá öðrum skýringum á meinlausum líkamlegum óþægindum sem hann, líkt og aðrir, fann og finnur enn fyrir með reglulegu millibili.

### Faraldsfræði heilsukvíða

Öfugt við flestar aðrar kvíða- og líkömnunarraskanir virðist heilsukvíði vera jafn algengur hjá körlum og konum og getur hafist á hvaða aldri sem er, en algengast er að hann hefjist snemma á fullorðinsárum.<sup>3</sup> Oft gerir heilsukvíði vart við sig þegar fólk er undir álagi, til dæmis í kjölfar veikinda eða andláts nákomins ættingja. Áætlað er að 2-6% fólks veikist einhvern tíma á ævinni af heilsukvíða (lífsalgengi)<sup>4,6</sup> en tölur eru nokkuð breytilegar þar sem mismunandi viðmið hafa verið notuð. Hins vegar má ætla að mun fleiri, eða í kringum 10-20% þeirra sem eru heilbrigðir á hverjum tíma, hafi áhyggjur af að vera haldnir einhverjum sjúkdómi.<sup>7</sup> Þá má nefna að 25-50% heimsókna á heilsugæslustöðvar tengjast umkvörtunum sem ekki finnast læknisfræðilegar skýringar á.<sup>8</sup>

Heilsukvíði virðist ekki háður menntunarstigi, kyni, kynþætti, félagslegum eða efnahagslegum aðstæðum.<sup>6,9-11</sup> Er þetta öfugt við hugbrigðaröskun sem einnig telst til líkömnunarraskana, en er algengari meðal kvenna, og fólks sem býr við lægra menntunarstig og í fátækari löndum.<sup>9</sup>

### Hugrænt skýringarlíkan heilsukvíða

Samkvæmt hugrænni kenningu Salkovskis og Warwick um heilsukvíða getur reynsla fólks af veikindum, hjá því sjálfu eða öðrum, átt þátt í

myndun neikvæðra og ósveigjanlegra hugmynda um veikindi, sjúkdómseinkenni, vinnubrögð lækna og svo framvegis.<sup>12</sup> Andlát móður Gunnars, heilsukvíðna mannsins sem lýst er fyrir í greininni, stuðlaði til dæmis að þeim hugmyndum Gunnars að það sama ætti fyrir honum að liggja og móður hans, að veikjast og deyja fyrir aldur fram. Hann þróaði jafnframt með sér afar neikvæðar hugmyndir um veikindi, eins og að þau hlytu óhjákvæmilega að fela í sér miklar kvalir, bjargarleysi og örvæntingu. Gunnar leit einnig svo á að líkamleg einkenni mætti ávallt rekja til undirliggjandi sjúkdóms og að ekki væri á lækna treystandi til að greina sjúkdóma í tæka tíð.

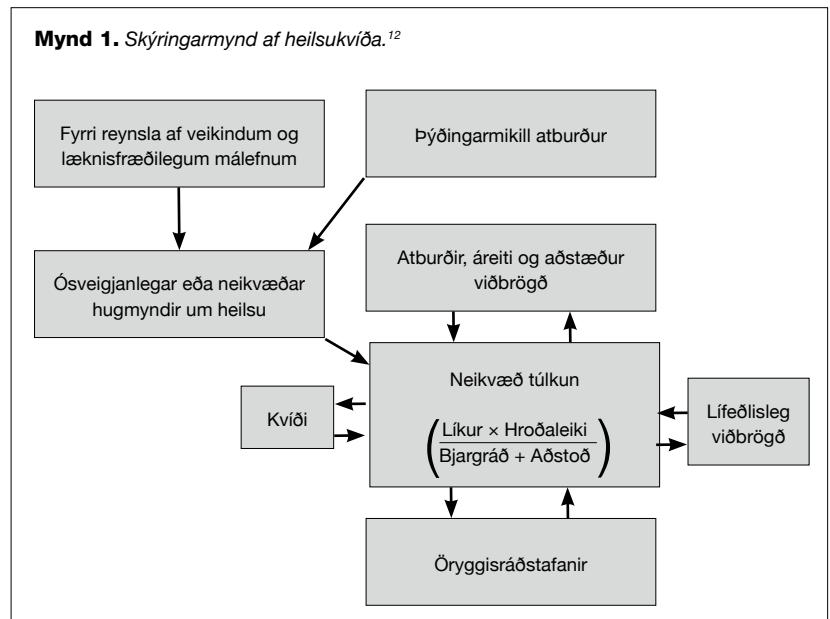
Eins og sjá má á meðfylgjandi skýringarlíkani af heilsukvíða (sjá mynd 1) verður eitthvert þýðingarmikið atvik, eins og að greinast með frumubreytingar í leghálsi, til þess að þær hugmyndir sem fyrir eru um veikindi yfast upp. Þrálátrar tilhneigingar fer svo að gæta til að túlka líkamleg einkenni, eðlilegar líkamsbreytingar og heilsutengdar upplýsingar, til dæmis frá læknum eða niðurstöður læknisrannsókna, til marks um veikindi eða hættu á að veikjast alvarlega í náninni framtíð. Styrkur þessarar túlkunar ræðst af samspili eftirfarandi þátta: Líkum sem viðkomandi telur á að veikjast, hversu slæm hann álitur að veikindin yrðu, þeim bjargráðum sem viðkomandi telur sig búa yfir til að fást við veikindin og þeim utanaðkomandi þáttum sem hann telur að gætu komið sér til aðstoðar. Samspil þessara þátta má sjá á mynd 2.

Samkvæmt mynd 2 getur kvíðinn orðið mikill þrátt fyrir að líkur á veikindum séu metnar litlar, þar sem viðkomandi gæti álitnið það hroðalegt að veikjast með ákveðnum hætti og séð fyrir sér hægfara og kvalarfullt andlát, svo dæmi sé nefnt. Kvíðinn yrði enn meiri liti viðkomandi svo á hann yrði ófær um að takast á við veikindin og að það væri ekkert sem læknavísindin gætu gert til að lina þjáningar hans. Sýnt hefur verið fram á að heilsukvíðnir meti hættuna meiri en aðrir á að veikjast af sjúkdómum<sup>13</sup> og þeir eru jafnframt líklegri en aðrir til að álíta sig veila og illfæra um að fást við streitu.<sup>14</sup>

### Skekkt úrvinnsla upplýsinga

Samkvæmt hugrænni kenningu vinna einstaklingar með heilsukvíða úr heilsutengdum upplýsingum í samræmi við hugmyndir um veikindi og gætir ríkrar tilhneigingar til að gera ráð fyrir því versta, horfa framhjá meinlausum skýringum á einkennum og taka upplýsingar úr samhengi.<sup>15</sup> Gunnar varð til dæmis mjög upptekinn af ósértæku flekkjunum sem sáust við segulóm skoðun og leiddi hjá sér þau

Mynd 1. Skýringarmynd af heilsukvíða.<sup>12</sup>



ummæli læknisins að engin teikn væru um MS-sjúkdóminn.

Athygli fólks með heilsukvíða beinist sérstaklega að áreitum eða upplýsingum sem styðja þær hugmyndir sem fyrir eru, meðan upplýsingar sem benda til annars njóta minni athygli.<sup>12</sup> Það geta annars vegar verið utanaðkomandi upplýsingar sem fanga athygli heilsukvíðinna, eins og að heyra umfjöllun um tiltekinn sjúkdóm í fjölmiðlum. Rannsókn frá 1999 benti til þess að heilsukvíðnir ættu auðveldara með að muna heilsutengd orð en önnur orð og kom þessi skekkja ekki fram hjá samanburðarhópi.<sup>16</sup> Þá benti önnur rannsókn til að heilsukvíðnir ættu auðveldara með að muna orð tengd sársauka.<sup>17</sup>

Athygli heilsukvíðinna beinist hins vegar að líkamlegum einkennum og líkamsbreytingum. Til dæmis gæti manneskja fylgst grannt með nýjum fæðingarblettum og óttast að um sortuæxli væri að ræða.<sup>18</sup> Þekkt er að fólk finni meira fyrir eðlilegum líkamlegum óþægindum beini það athyglinni að þeim,<sup>19</sup> og því er hætt við að heilsukvíðnir magni upp hjá sér þau einkenni sem fyrir eru og telji þau stafa af undirliggjandi veikindum.

### Lífeðlisleg viðbrögð

Hugsanir um alvarleg veikindi vekja gjarnan upp kvíða og streitu, jafnvel sorg og reiði. Þessum tilfinningum fylgja örvunartengd viðbrögð eins og aukinn hjartsláttur, vöðvaspenna,

$$\text{Kvíði} = \frac{\text{Áætlaðar líkur á veikindum} \times \text{Áætlaður kostnaður, hroðaleiki og byrði veikinda}}{\text{Áætluð bjargráð til að fást við veikindi} + \text{Áætlaðir ytri þættir sem koma til aðstoðar}}$$

Mynd 2.

mæði og meltingartruflanir. Þá má nefna að örvunartengd einkenni frá meltingarfærum geta verið ógleði, magakrampar og niðurgangur. Langvarandi streitutengd vöðvaspenna getur lýst sér í vöðvakippum, andþyngslum og verkjum. Heilsukvíðnir eiga oft erfitt með að trúá því að þessi einkenni séu meinlausir fylgifiskar kvíða.<sup>20</sup>

### Öryggisráðstafanir

Öryggisráðstafanir eru varnarviðbrögð sem ætlað er að koma í veg fyrir eða draga úr líkum eða áhrifum skynjaðrar ógnar, en geta jafnframt átt þátt í að viðhalda óraunhæfum hugmyndum um ógnina.<sup>12</sup> Til dæmis gæti manneskja sem óttast hjartaáfall tekið púlsinn á klukkutíma fresti og lagst niður í hvert sinn sem hún finnur fyrir auknum hjartslætti. Þessar öryggisráðstafanir aftra því að hún komist að því að ekkert alvarlegt gerist þótt hún sleppi þessum ráðstöfunum, hún sé hraust og poli eðlilegt álag.

### Ásókn í hughreystingu

Augljósasta öryggisráðstöfunin meðal heilsukvíðinna er að sækja ítrekað í hughreystingu (reassurance) en hún getur falist í að spyrja maka eða fjölskyldumeðlimi út í einkenni eða lýsa einkennum ítrekað fyrir öðrum. Hún getur einnig einkennst af lestri um sjúkdóma eða endurteknum heimsóknum til lækna og beiðni um læknisrannsóknir. Hughreystingin felst þá í því að utanaðkomandi aðili, oft lækni, komi því ítrekað á framfæri að ekkert alvarlegt sé að, oft með vísun í niðurstöður lækni skoðunar og rannsóknna.<sup>20</sup>

Það er freistandi að veita heilsukvíðnum hughreystingu en það gerir þeim lítið gagn og kann fremur að ýta undir heilsukvíðann þegar til langs tíma er lítið.<sup>15, 20</sup> Hughreystingin slær í fyrstu á kvíðann en kvíðinn tekur sig oftast upp á innan við sólarhring frá því að hughreysting er veitt.<sup>13, 21</sup> Hætt er við að ásóknin í hughreystingu festist í sessi hjá þeim heilsukvíðna, sem leið til að fást við kvíða, og er það óheppilegt þar sem um skammvinna lausn er að ræða sem krefst ítrekaðrar hughreystingar. Viðkomandi getur þannig orðið háður öðrum um hughreystingu sem ýtt getur undið bjargarleysi hans og ósjálfstæði. Þá stuðla þessi viðbrögð að því að viðkomandi verji mun meiri tíma í umræður um heilsufar sitt, sem getur gert hann enn meðvitaðri um þau einkenni sem hann hræðist.<sup>20</sup> Eins er hætt við að viðkomandi fái misvísandi upplýsingar frá öðrum, sem grafið getur undan trausti á aðra.<sup>15</sup> Heilsukvíðnir þróa að komast til botns í því hvað hrjáir þá og vilja sumir frekar fá

einhverja greiningu en að kljást við óvissuna. Ummæli Woodys Allen í hlutverki manns með heilsukvíða í myndinni *Deconstructing Harry* lýsa þessu vel: „Fallelastu orðin í enskri tungu eru ekki ég elska þig heldur það er góðkynja.“

### Líkamsskönnun

Algengt er að einstaklingar með heilsukvíða skanni líkamann reglulega í leit að útlitsbreytingum eða líkamsósamhverfu. Algengt er þreifing á ákveðnum stöðum eins og hálsi eða brjóstum til að athuga hvort eitthvað óvenjulegt finnist þar. Endurtekin þreifing getur framkallað eymsli sem eru svo túlkuð á versta veg. Jafnvel þótt engin eymsli hljóttist af, viðheldur líkamsskönnunin aukinni meðvitund um líkamann, sem gerir það að verkum að fólk tekur betur eftir ýmsum eðlilegum óþægindum og túlkar þau til marks um veikindi.<sup>15, 20</sup>

### Forðun

Forðun getur lýst sér með ýmsum hætti. Hinn heilsukvíðni getur til dæmis forðast „áhættusama hegðun“ eins og að reyna á sig líkamlega af hræðslu við að auka á einkennin og ofgera líkamanum sem álitinn er veikur fyrir. Þessi forðun kemur í veg fyrir að hann komist að því að hann hafi í raun eðlilegt úthald og að ekkert alvarlegt gerist þótt hann reyni á sig. Hreyfingarleysið stuðlar svo smám saman að verra líkamsformi sem gerir það að verkum að sá sem í hlut á finnur meira fyrir sleni, verkjum og spennu sem eru svo talin til marks um versnandi heilsufar, og víthringur skapast.<sup>15</sup>

Heilsukvíðnir eiga það einnig til að forðast aðstæður sem aukið geta á heilsukvíðann. Þeir gætu til dæmis forðast að lesa minningargreinar eða hlýða á sjúkrasögur annarra. Sumir forðast lækniheimsóknir alfarið af ótta við að fá slæmar fregnir. Þessi viðbrögð hjálpa ekki, því þau aftra því að viðkomandi komist að því að ekkert alvarlegt sé að. Viðbrögðin geta einnig gert það að verkum að sá sem í hlut á komist of seint undir læknihendur, þá sjaldan eitthvað alvarlegt er að. Öll þessi forðunarviðbrögð koma í veg fyrir að sá heilsukvíðni komist að því að hann ráði við aðstæðurnar.<sup>15, 20</sup>

### Heilsukvíði og þráhyggjuárátturöskun

Margir telja að heilsukvíði ætti frekar að flokkast með kvíðaröskunum á borð við þráhyggjuárátturöskun í stað líkömnunarraskana. Margt styður að svo sé.<sup>22-26</sup> Báðar raskanirnar

einkennast af miklum kvíðaeinkennum, þrálátum hugsunum um ógnina og litlu óvissuþoli. Í báðum röskununum sækja óþægilegar hugsanir að sjúklingunum og valda þeim kvíða. Einstaklingar með þráhyggjuárátturöskun og þeir sem haldnir eru heilsukvíða leitast við að minnka kvíðann með öryggisráðstöfunum. Sá sem haldinn er þráhyggju og áráttu kann til dæmis að ganga ítrekað úr skugga um að slökkt sé á eldavélinni en sá heilsukvíðni kann að leita ítrekað til læknis til að fullvissa sig um hann sé ekki alvarlega veikur. Slíkar ráðstafanir slá aðeins á kvíðann til skamms tíma og eiga í raun þátt í að viðhalda vandanum.<sup>15</sup> Einnig hefur svipuð meðferð með serótónín-endurupptökuhæmlum borið árangur.<sup>25</sup>

### Meðhöndlun heilsukvíða

Heilsukvíði þótti löngum illviðráðanlegur vandi en með tilkomu nýlegra rannsóknarniðurstæðna hafa þessar hugmyndir tekið að breytast. Teknar hafa verið saman helstu rannsóknir sem gerðar hafa verið á árangri mismunandi meðferðarforma við heilsukvíða.<sup>20</sup> Hugræn atferlismeðferð og flúoxetín reyndust vera árangursríkustu meðferðarinngrípin með áhrifastærðir (effect sizes) 2,05 og 1,92, sem samsvarar mjög góðum meðferðarárangri.<sup>27</sup> Árangur hugrænnar atferlismeðferðar virðist haldast, í það minnsta ári eftir að hún er veitt, en ekki er vitað hvort það sama eigi við þegar töku lyfja er hætt. Þá mætti rannsaka betur hvort auka megi árangurinn með því að sameina hugræna atferlismeðferð og lyfjameðferð. Einnig hefur komið í ljós að fræðsla ber góðan árangur við vægum heilsukvíða, en þá er veitt fræðsla í nokkur skipti um áhrif hugarfars, athygli, öryggisráðstafana og streitu á vandann.<sup>28-31</sup>

Þegar einstaklingur með heilsukvíða leitar til læknis er sérlega mikilvægt að sýna hlýju og skilning. Í töflu II má finna frekari ráð um hvernig beri að nálgast fólk með heilsukvíða. Mælt er með að viðkomandi sé rannsakaður vandlega í upphafi þar sem tilvist heilsukvíða útilokar ekki að líkamlegur sjúkdómur kunni að vera á ferðinni. Að þessum rannsóknum loknum er mælt með að sneitt sé hjá frekari rannsóknum þar sem þær geta, eins og fram er komið, átt þátt í að viðhalda heilsukvíða. Í framhaldinu er mikilvægt að skoða með viðkomandi hvort meinlausar skýringar kunni að vera á einkennunum. Mikilvægt er að draga aldrei í efa líkamleg óþægindi viðkomandi, heldur aðeins þá hugmynd að einkennin séu til marks um alvarleg líkamleg veikindi. Gott er að útskýra að líkaminn sé sjaldnast einkennalaus og að líkamleg

**Tafla II.** Leiðir til að fást við heilsukvíða.<sup>20</sup>

Það sem ber að gera

- Sýna þjáningu viðkomandi samúð og skilning
- Samþykkja líkamlegar umkvartanir viðkomandi
- Grennslast fyrir um ástæður þess að viðkomandi telji sig veikan
- Skoða með viðkomandi hvort meinlausar skýringar kunni að vera á líkamlegum óþægindum
- Fara yfir hugmyndir viðkomandi um vandann og reyna að leiðrétta misskilning
- Setja hugræna atferlismeðferð fram sem möguleika sem viðkomandi tapi engu á að prófa, þar geti hann öðlast betri skilning á heilsufarsáhyggjum sínum
- Benda á að þó að líkamleg óþægindi kunni að eiga sér vefrænar ástæður, geti hugræn atferlismeðferð hjálpað viðkomandi að fást við þau
- Ræða ókosti þess að flækjast milli lækna

Það sem ber að forðast

- Senda viðkomandi í ónauðsynlegar rannsóknir
- Hughreysta viðkomandi með því að segja honum ítrekað að ekkert sé að
- Gefa í skyn að umkvartanir séu ímyndun eða taugaveiklun
- Gefa viðkomandi lyf við líkamlegum kvillum
- Leiðast út í þras eða rökræður í stað þess að skoða málin í sameiningu
- Öreglulega og „einkennamiðaða“ fundi. Betra er að bjóða viðkomandi að koma reglulega í eftirlit

óþægindi tengist oft eðlilegum breytingum á líkamsstarfsemi sem meðal annars geta hlotist af breyttu svefnmynstri, mataræði, hreyfingu eða örvun tengdri kvíða eða öðrum tilfinningum. Kvíði einn og sér lýsi sér í fjölda líkamlegra einkenna, svo sem vöðvaspennu, slappleika, verkjum, svima, dofa, meltingartruflunum og auknum hjartslætti.<sup>20</sup>

Ræða má hvort viðkomandi vilji aðstoð við að fást við heilsukvíðann og hverju það myndi breyta fyrir hann ef hann næði tókum á kvíðanum. Nefna má hugræna atferlismeðferð sem kost sem viðkomandi tapi engu á að reyna, hann geti í það minnsta lært að höndla einkennin betur og minnka heilsufarsáhyggjur og streitu. Þá megi jafnframt bæta líðanina með lyfjameðferð.

#### Lyfjameðferð

Lyfjameðferð, helst með serótónín-endurupptökuhæmlum (SSRI), hefur reynst nokkuð vel við heilsukvíða þrátt fyrir að fátt sé um tvíblindar rannsóknir. Mikilvægt er að meðhöndla aðrar samhliða geðraskanir, svo sem þunglyndi, felmtursröskun og áráttu- og þráhyggjuröskun. Hafi heilsukvíðinn komið í kjölfar annarrar geðröskunar nægir oft að meðhöndla frumvandann til að heilsukvíðinn minnki. Með serótónín-endurupptökuhæmlum er oft hægt að slá tvær flugur í einu höggi þegar kemur að

**Tafla III.** Lyfjameðferð og skammtar.

Lyf	Upphafsskammtur	Viðmiðunarskammtur
Flúoxetín	5-10mg/dag	20-80mg/dag
Citalopram	10mg/dag	20-40mg/dag
Paroxetín	10mg/dag	20-50mg/dag
Sertralín	12,5-25mg/dag	50-200mg/dag

lyfjameðferð heilsukvíðans og annarrar tengdrar röskunar.<sup>32-34</sup> Sérstaklega ber að nefna nýlega rannsókn sem sýndi fram á áþekkan árangur með paroxetín og hugrænni atferlismeðferð gegn heilsukvíða.<sup>35</sup> Í töflu III má sjá yfirlit yfir helstu lyf og skammta sem notuð eru við heilsukvíða. Algengt er að það þurfi að nota nokkuð háa skammta en eigi að síður er nauðsynlegt að byrja hægt þar sem heilsukvíðnir eru sérstaklega viðkvæmir fyrir aukaverkunum, ekki síst í byrjun meðferðar.<sup>33,36,37</sup>

### Pakkir

Höfundarnir þakka Aðalheiði D. Matthíasdóttur, Péttri Berg Matthíassyni og Helenu Jónsdóttur fyrir yfirllestur greinarrinnar og góðar ábendingar.

### Heimildir

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.): APA, Washington DC 2000.
- Simon G. Psychiatric disorders and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatr Med* 1992; 10: 49-59.
- Barsky AJ, Wyshak G, Latham KS, Klerman GL. Hypochondriacal patients, their physicians, and their medical care. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 413-9.
- Magariños M, Zafar U, Nissenson K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *CNS Drugs* 2002; 16: 9-22.
- Barsky AJ. Clinical practice. The patient with hypochondriasis. *N Engl J Med* 2001; 345: 1395-9.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL, Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 89-94.
- Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987; 258: 2718-22.
- Barsky AJ. The validity of bodily symptoms in medical outpatients. In: Stone AA, Turkkan JS, Bachrach CA, Jobe JB, Kurtzman HS, Cain VS eds. *The science of self-report: Implications for research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000: 339-61.
- Kellner R. *Somatization and hypochondriasis*. Praeger, New York 1986.
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 24-9.
- Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27: 1001-10.
- Salkovskis PM, Warwick HMC. Making sense of hypochondriasis: A cognitive model of health anxiety. In Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ (Eds.) *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. John Wiley & Sons Ltd, New York 2001: 46-64.
- Haenen MA, de Jong PJ, Schmidt AJ, Stevens S, Visser L. Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behav Res Ther* 2000; 38: 819-33.
- Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 587-95.
- Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. John Wiley & Sons, Chichester 1997.
- Brown HD, Kosslyn SM, Delamater B, Fama J, Barsky AJ. Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondriacal individuals. *J Psychosom Res* 1999; 47: 67-78.
- Pauli P, Alpers GW. Memory bias in patients with hypochondriasis and somatoform pain disorder. *J Psychosom Res* 2002; 52: 45-53.
- Miller SM, Brody DS, Summerton J. Styles of coping with threat: implications for health. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54: 142-8.
- Haenen MA, Schmidt AJ, Kroeze S, van den Hout MA. Hypochondriasis and symptom reporting - the effect of attention versus distraction. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 43-8.
- Taylor S, Asmundson GJG. *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. The Guilford Press, New York 2004.
- Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1986; 24: 597-602.
- Abromowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 503-19.
- Starcevic V. Relationship between Hypochondriasis and Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Close Relatives Separated by Nosological Schemes? *Am J Psychother* 1990; 154: 340-7.
- Greeven A, van Balkom AJ, van Rood YR, van Oppen P, Spinhoven P. The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study from the Netherlands. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 1682-9.
- Fallon BA, Qureshi AI, Laje G, Klein B. Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000; 23: 605-16.
- Barsky AJ. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992; 15: 791-801.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. útg.). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale 1988.
- Bouman TK. A community-based psychoeducational group approach to hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 326-32.
- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205-15.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al. Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 218-25.
- Stern R, Fernandez M. Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *BMJ* 1991; 303: 1229-31.
- Noyes R, Reich J, Clancy J, O'Gorman TW. Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 631-5.
- Keeley R, Smith M, Miller J. Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressed family medicine outpatients. *Arch Fam Med* 2000; 9: 46-54.
- Fava GA, Mangelli L. Hypochondriasis and anxiety disorders. In: Starcevic V, Lipsitt DR, eds. *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. Oxford University Press, Oxford, England 2001: 89-102.
- Greeven A, van Balkom AJ, van der Leeden R, Merkelbach JW, van den Heuvel OA, Spinhoven P. Cognitive behavioural therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: an 18-month naturalistic follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2009; 40: 487-96.
- O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999; 48: 980-90.
- Fallon BA, Schneier FR, Marshall R, et al. The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 607-11.

## Health anxiety – increased knowledge and treatment options

Patients with hypochondriasis are preoccupied with the fear or belief that they have a serious, undiagnosed disease. This concern derives from misinterpretations of benign physical sensations, and persists despite appropriate reassurance to the contrary. They have, on average, disproportionately high rates of visits to physicians, specialty consultations, laboratory tests, and surgical procedures, as well as high health care costs. Despite this extensive medical attention, they find their

care unsatisfactory, which is understandable, as convincing alternative explanations to their ailments are repeatedly delayed. Physicians, in turn, may feel discouraged and frustrated in relation to these individuals where their best efforts to help often prove ineffective or are even rejected. Recent scientific studies have shown that cognitive behavioural therapy (CBT) and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are effective treatment options for health anxiety as demonstrated in clinical trials.

Davidson SD, Sveinsson OA.

**Health anxiety – increased knowledge and treatment options.** *Int J Med J* 2020; 96: 755-61

**Key words:** hypochondriasis, somatoform disorders, cognitive behavioral treatment, selective serotonin reuptake inhibitors.

**Correspondence:** Ólafur Sveinsson, [olafur.sveinsson@karolinska.se](mailto:olafur.sveinsson@karolinska.se)

Barst: 3. júní 2010, - samþykkt til birtingar: 14. október 2010  
Hagsmunatengsl: Engin

### Seretide Diskus

(Flúttikasón og salmeteról) ATC flokkur: R03AK06. R,0

Hver skammtur af Seretide Diskus gefur: 50 mikróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 mikróg af flúttikasónprópríónati. **Ábendingar:** *Astmi:* Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsætt meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja eða þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. Athugið: Seretide Diskus 50/100 mikróg styrkleikinn hæfir hvorki fullorðnum sjúklingum né börnum með slæman astma. **Langvinn lungnateppa:** Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með langvinnna lungnateppu með FEV<sub>1</sub> < 60% af áætluðu eðlilegu gildi (fyrir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Gera þarf sjúklingum ljóst að Seretide Diskus verður að nota daglega til að ná hámarksárangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Finna þarf lægsta skammt sem nær að halda einkennum niðri. Þegar hægt er að halda einkennum niðri með lægsta styrkleika samsettu meðferðarinnar, tvisvar á dag, gæti næsta skref falist í að prófa eingöngu barkstera til innöndunar. Einnig væri hægt að finna hæfilegan skammt af Seretide Diskus, til notkunar einu sinni á dag, fyrir sjúklinga sem þarfnast langvirks berkjuvíkkandi lyfs ef læknirinn telur það nægja til þess að halda sjúkdómnum í skefjum. Ef lyfið er notað einu sinni á dag og sjúklingurinn hefur haft nætureinkenni gæti hann notað lyfið á kvöldin en ef sjúklingurinn hefur aðallega haft einkenni á daginn gæti hann notað lyfið á morgnana. Ef sjúklingur þarf á skömmtum að halda sem liggja utan ráðlagðra skammtastærða, ætti að ávísa viðeigandi skömmtum af berkjuvíkkandi lyfi og/eða barkstera. **Ráðlagðir skammtar:** *Astmi:* Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 mikróg salmeteról og 100 mikróg flúttikasónprópríónat, tvisvar sinnum á dag eða einn skammtur með 50 mikróg salmeteról og 250 mikróg flúttikasónprópríónat, tvisvar sinnum á dag eða einn skammtur með 50 mikróg salmeteról og 500 mikróg flúttikasónprópríónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 mikróg salmeteról og 100 mikróg flúttikasónprópríónat, tvisvar sinnum á dag. Hámarksksammtur af flúttikasónprópríónati í Seretide Diskus, sem skráður er fyrir börn, er 100 mikróg tvisvar á dag. Upplýsingar varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. **Langvinn lungnateppa:** Fullorðnir: Einn skammtur með 50 mikróg salmeteról og 500 mikróg flúttikasónprópríónat, tvisvar sinnum á dag. **Sérstakir sjúklingahópar:** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Það liggja ekki fyrir upplýsingar um notkun Seretide Diskus hjá sjúklingum með skerta lifrarárfsemi. Notkun Diskus-tækisins: Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukkið með vörnum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og síðan er tækinu lokað. **Frábendingar** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefnum. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Meðferð á astma ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörum sjúklings ætti að meta út frá klíniskum einkennum og lungnaprófum. Seretide Diskus er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum astmaeinkennum sem þarfnast skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfja. Ráðleggja ætti sjúklingum að hafa lyf við bráðum astmaköstum ávallt við höndina. Önnur sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun (sjá nánar sérylfjaskrártexta). **Milliverkanir** Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra beta-blokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn. Samtímis notkun annarra beta-adrenvírka lyfja getur hugsanlega valdið aukinni verku. Undir eðlilegum kringumstæðum fæst mjög lág þéttni flúttikasónprópríónats í plasma eftir innöndun lyfsins, vegna verulegra umbrota við fyrstu umferð um lifur og mikillar úthreinsunar fyrir tilstilli cytókróms P450 3A4 í meltingarvegi og lifur. Því er ólíklegt að klínískt mikilvægar milliverkanir við flúttikasónprópríónat komi fram. **Meðganga og brjóstgjöf** Ekki liggja fyrir nægjanlegar upplýsingar varðandi notkun á salmeteróli og flúttikasónprópríónati á meðgöngu og við brjóstgjöf hjá konum, til þess að meta hugsanleg skaðleg áhrif. Notkun Seretide Diskus á meðgöngu ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur. Við meðferð hjá þunguðum konum ætti að nota lægsta skammt af flúttikasónprópríónati sem nærir til að halda astmaeinkennum í skefjum. **Aukaverkanir** Þar sem Seretide Diskus inniheldur salmeteról og flúttikasónprópríónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Mjög algengar ( $\geq 1/10$ ), höfuðverkur, skjálfti. Algengar ( $\geq 1/100$  og  $< 1/10$ ) hjartsláttarónot, erting í hálsi, hæsi/raddtrufnanir, vöðvakraman. Sjaldgæfar ( $\geq 1/1000$  og  $< 1/100$ ) Ofnæmisviðbrögð í húð, hraður hjartsláttur. Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við reglubundna meðferð. Vegna flúttikasónprópríónatþáttarins geta hæsi og sveppasýking í munn og hálsi komið fram hjá sumum sjúklingum. Hægt er að draga úr bæði hæsi og tíðni sveppasýkinga með því að skola munninn með vatni, eftir notkun lyfsins. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. Cushingssjúkdómur, einkenni sem líkjast Cushingssjúkdómi, bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglíngum, beinþynning, drer í auga og gláka. Örsjaldan hefur verið greint frá hækkuðum blóðsykurs. Eins og á við um önnur innöndunarlyf getur óvæntur berkjusamdráttur komið fyrir. sjá nánar [www.lyfjastofnun.is](http://www.lyfjastofnun.is)

**HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14,105 Reykjavík

#### PAKKNINGAR OG VERÐ (Ágúst 2010)

Seretide Diskus 50/100 mikróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. Kr. 6.844 - Greiðsluþáttaka B merkt

Seretide Diskus 50/250 mikróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. Kr. 11.104 - Greiðsluþáttaka O merkt

Seretide Diskus 50/500 mikróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. Kr. 14.543 - Greiðsluþáttaka O merkt

Seretide innúðalyf 25/50 mikróg/skammt 120 skammtar. Kr. 6.597 - Greiðsluþáttaka B merkt

Seretide innúðalyf 25/125 mikróg/skammt 120 skammtar. Kr. 9.222 - Greiðsluþáttaka O merkt

Seretide innúðalyf 25/250 mikróg/skammt 120 skammtar. Kr. 12.493 - Greiðsluþáttaka O merkt