

## **Somatisering - en oftast missvisande förklaring till svårbegripliga symtom**

**Det finns många skäl att ifrågasätta somatiseringsbegreppet. Även om biologiska avvikelser anses vara ospecifika, måste man kunna förklara varför de enbart skulle vara psykologiskt grundade. Ny kunskap om kroniska smärttillstånd gör det befogat att fråga när patienten egentligen är färdigutredd. Likaså finns anledning att ifrågasätta psykodynamiska hypoteser som inte går att verifiera med vedertagen metodik. Slutsats: iaktta försiktighet med somatiseringsdiagnosen!**

*Robert Olin  
professor, Skillinge*

Den ledande somatiseringsexperten i USA, AJ Barsky, döljer inte hur han ser på patienter med sk funktionella somatiska symtom, vilka han anser [1] inte har organiska eller biologiska orsaker.

Barsky hävdar att somatiserande patienter är förslagna, de är sjukvårds- och försäkringsutnyttjande, de är övertygade om vissa bestämda orsaker till sina symtom, och de är oemottagliga för motargument. De är ofta allierade med massmedierna. >>Epidemier<< av typ amalgamkänslighet, Gulfkrigssyndrom osv anser han ha denna bakgrund.

### **Övertyga patienten.**

För att patienten inte ska försämrats i sin >>sjukroll<< hävdar Barsky att läkaren måste vara restriktiv med att rekommendera medicinska utredningar och att ordinera behandlingar. En samtidig förekomst av en annan psykiatrisk diagnos måste noga övervägas eftersom sannolikheten för en sådan ökar ju fler kroppssymtom som patienten uppger. Patienten bör på lämpligt sätt övertygas om att sjukdomen har psykiska orsaker. Barsky rekommenderar också återhållsamhet med sjukskrivning och liknande åtgärder.

### **Mekanismerna förklaras inte**

Detta synsätt, som har många anhängare i västvärlden, finns, om än i mer sminkad form, bakom det temanummer som Läkartidningen nyligen publicerade [2]. Skribenter var Åke Thörn, Ulla Maria Anderberg, Lars-Gunnar Gunnarsson, Lars Wahlström med Jörgen Malmqvist som medicinsk kommentator. Inläggen kan sammanfattas med att >>somatisering innebär att psykosociala påfrestningar tar kroppslig

gestalt i form av sjukdomssymtom av somatisk typ, symtom som inte kan tillskrivas en organisk sjukdom<<.

Av de olika avsnitten framgår att författarna anser att somatiseringsbegreppet egentligen täcker många diagnoser i tiden såsom kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi, sjuka hus-syndromet, amalgamkänslighet, elöverkänslighet, multipel kemisk känslighet, kronisk ryggvärk m fl. Artiklarna är egendomligt ytliga. Man försöker varken förklara somatiseringens bakomliggande mekanismer eller problematisera det av den engelske auktoriteten på området, S Wessely, citerade-och uppseendeväckande - uttalandet >>att professionen redan nu förlorat tolkningsföreträdet när det gäller nya 'moderna' sjukdomar<<.

### **Täckmantel för existentiella problem?**

Malmqvist hävdar att existentiella problem ligger bakom svårbegripliga symtom, vilka därmed fått en >>medicinsk förklädning<<. Men här är han - liksom de övriga - vag och i sanning långt ifrån den subtila analys som präglade t ex Kierkegaard.

Författarna begränsar sig istället till att räkna upp väl kända psykosociala faktorer, dock utan att ge begripliga förklaringar till varför - och på vilka sätt - som dessa behöver leda till somatisering. Ett undantag är Neurologen Gunnarsson, som i ett kort avsnitt nämner att stressupplevelser framför en dator skulle kunna leda till en klassisk betingningsreaktion. Men i övrigt berör Gunnarsson endast några få neuroendokrina stressregleringsmekanismer liksom några disponerande och utlösande faktorer.

Såväl han som Malmqvist tar upp störningsyttringar i noradrenerga respektive kortisolsystem, men Malmqvist finner det härutöver vara >>ett kuriöst synsätt att göra länkarna till det centrala<<. Vadan denna skräck för att ta in och reflektera över den snabbt växande neurovetenskapliga kunskapen om olika hjärnfunktioners tillstånd och processer vid t ex ständig värk eller trötthet [3-9]?

### **Pålästa patienter upplevs som ett hot**

Minst lika egendomlig är författargruppens oförmåga att hantera Wesselys uttalande. Det bär ju väl känt att många läkare upplever det som både hotfullt och förödmjukande att möta och samtala med den snabbt växande kadern av pålästa patienter. Den tiden torde för evigt vara förbi då läkarens ord okritiskt anammades av patienten.

Varför problematiserar man då inte följande utsago, som Wahlström citerar: >> Psykiatrin förklarar ett ( t ex funktionellt ) syndrom med ett annat ( psykiatriskt ) syndrom utan känd orsak<<? Några av skribenterna åberopar ett modeuttryck på området, nämligen >>attribuering<<, som används för att - med avståndstagande - beteckna en del patienters uppfattning om att deras symtom har en bestämt orsak, t ex inomhusluft eller elektromagnetiska fält.

Det ges flera förslag på hur behandlaren ska kringgå denna, som de ser det, fälla i patient- läkarrelationen. Men är i själva verket inte också psykiaterns uppfattning att existentiella problem ligger bakom symtomen

en ovanligt renodlad form av attribuering - för vilken hårdföra bevis saknas?

### **Skäl ifrågasätta somatiseringsbegreppet**

Det finns därför många skäl att ifrågasätta somatiseringsbegreppet:

**1.** Psykiaterns/psykologens utgångspunkt är att det inte finns någon kroppslig eller organisk förklaring till patientens symtom. Men analyserar psykiatern somatiseringsdiagnosen och patientens symtom? Även om man har uppfattningen att de biologiska avvikelser som finns rapporterade vid olika >> nya diagnosjukdomar << inte är specifika för något av dessa tillstånd, måste man kunna ge övertygande förklaringar till varför de enbart skulle vara psykologiskt grundade. Här räcker det inte med att i allmänna ordalag hänvisa till stress, eftersom flera av avvikelserna inte brukar vara typiska för vare sig akuta eller kroniska former av stress.

### **Aktuellt om smärta**

**2.** Är psykiatern - som kliniskt i regel har måttlig erfarenhet av smärtpatienter - orienterad i aktuella teorier som rör t ex smärta? Enligt dagens kunskapsläge [3-7]

beror förmodligen en ganska stor andel av kroniska smärttillstånd på att vissa hjärnfunktioner blivit överkänsliga för smärtsignaler. Detta medför ofta störningar i andra nervsystem, liksom i hormonella och immunologiska funktioner. Om man nu inte accepterar denna teori, varför skulle det vara mer troligt att orsaken i stället är av psykisk natur? Vilken vetenskaplig grundad kunskap bygger en sådan uppfattning på?

### **När är patienten färdigutredd?**

**3.** Mot bakgrund av den mängd nya biologiska kunskaper som successivt kommer fram inom detta område finns det anledning att fråga psykiatern: när är patienten medicinskt färdigutredd? När kan man utesluta att det rör sig om en kroppslig/organisk sjukdom? Frågan är särskilt berättigad eftersom det nuförtiden brukar dröja 10-15 år innan medicinska forskningsresultat når ut och blir accepterade i den dagliga sjukvården. Med andra ord, om läkaren på vårdcentralen inte kan ge någon förklaring till en patients symtom, betyder det då att orsaken till dem verkligen måste vara psykisk?

### **Teorier som inte kan utvärderas**

**4.** Det finns anledning betona att en psykodynamisk förklaringsmodell är baserad på *hypoteser* om samband själ- kropp och på antaganden om psykiska i betydelsen själsliga processer. Det handlar således här om teorier och - i och för sig i flera avseenden imponerande- tankebyggnader vars avgörande problem dock är att de inte kan utvärderas med (natur-)vetenskaplig metodik.

**5.** Att en patient enträget söker sjukvård för att få en förklaring på sina symtom anses, enligt en ofta angiven definition av somatisering, vara ett av kriterietecknen vid denna diagnos. Men är det verkligen så? Kan det

inte vara tvärtom: att söka läkare för att få förklaringar borde uppfattas som ett adekvat hjälpsökande beteende. Att representanter för sjukvården sällan kan lämna några övertygande svar på en värk- eller trötthetspatients frågor borde ställa krav på ödmjukhet från vårdens sida och medföra förståelse för att patienten söker. Därför behövs det synnerligen starka skäl för att tolka själva förhållandet att man söker hjälp som ett uttryck för en psykisk sjukdom!

### **Diagnosen kan upplevas som kränkande**

6. Det är oomtvistligt att patienter med oklara symtom kan känna sig kränkta och skuldbelagda om den psykiater som de remitterats till anser att deras diagnos är somatiseringssyndrom. Psykiatern tar här ett stort ansvar och bör noga förklara för patienten vad som lett fram till den diagnosen och vad som därefter gäller.

### **Konsekvenser av fel diagnos**

Det borde vara uppenbart att om en sådan diagnos ställts på en patient, och om den senare visar sig vara felaktig, så kan det medföra fler långsiktiga problem än om diagnosen kroniskt trötthetssyndrom hade använts. Detta är viktigt att betona eftersom en del psykiatrer å sin sida brukar hävda att diagnoser som kroniskt trötthetssyndrom ( CFS ) och fibromyalgi ( FMS ) driver in patienten i en sjukroll, i passivitet osv.

### **Bör användas sparsamt**

Somatiseringsdiagnosen bör av dessa skäl tills vidare användas med återhållsamhet eftersom det kan komma att visa sig att det finns rent biologiska förklaringar till patientens symtom och sjukdomsupplevelse [5-10].

### **Referenser**

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-21
2. Malmqvist J Somatisering- en viktig orsak till svårbegripliga symtombilder. *Läkartidningen* 2001;98:5852-5.
3. Lidbeck J. Centralt störd smärtmodulering förklaring till långvarig smärta. *Läkartidningen* 1999;96:2483-51
4. Henriksson KG. Fibromyalgi- en funktionsstörning i det nociceptiva nervsystemet. *Läkartidningen* 2000;97:4118-9
5. Bennet R. Emerging concepts in the neurobiology of chronic pain. *Mayo Clin Proc* 1999;74:385-98
6. Rönnbeck L, Olsson T, Hansson E. Astrocyterna - hjärnans doldisar, delaktiga i neurastena symtom. *Läkartidningen* 2000;97:2956-61
7. Watkins LR, Milligan ED, Maier SF. Glial activation: a driving force for pathological pain. *Trends Neurosci* 2001;24:450-5
8. Olin R. Trötthet & värk - fibromyalgi och andra neurosomatiska sjukdomar. Karlstad: Rafaels förlag, 2002.

McWhinney IR, Epstein RM, Freeman TR. Rethinking somatization. *Ann Intern Med* 1997;126:747-50