

Den somatiserende pasient i det moderne samfunn



Kommentar og debatt

Somatiseringslidelser er hyppige både i primær- og sekundærhelsetjenesten, og stiller helsearbeideren overfor betydelige diagnostiske og terapeutiske utfordringer. I løpet av de siste tiår har det særlig vært en økning av uspesifikke tilstander med smerter og vitalitetsforstyrrelser. Somatiseringslidelser kjennetegnes av selvdiagnostisering og en tro på at lidelsen er alvorlig og upåvirkelig, og pasienten er skeptisk til medisinske autoriteter. Somatisering forstås best innenfor en biopsykososial ramme, der personlighetsfaktorer, psykososiale belastninger og faktorer på gruppe- og samfunnsnivå virker gjensidig forsterkende. Påvirkning fra mediene, pasientstøttegrupper og helsetørker kan bidra til å forsterke sykerollen og forlenge uførhet.

Til tross for store fremskritt i behandlingen av mange av våre vanligste lidelser, finnes en stor gruppe pasienter der symptomene forblir uavklarte og der behandlingsresultatene som regel er langt fra tilfredsstillende. Slike pasienter påtreffes innen forskjellige spesialiteter. Uklare smertetilstander, i stor grad utgående fra støtte- og bevegelsesapparatet, har vist sterk økning de siste tiårene, og sees hyppig innen fysikalsk medisin og delvis innen ortopedi og revmatologi. Også for øvrige spesialiteter er uspesifikke og uavklarte tilstander vanlige: nevrologi (f.eks. uspesifikk hodepine, kronisk tretthetssyndrom), urologi (interstitiell cystitt), gastroenterologi (ikke-ulcus dyspepsi) og kardiologi (ikke-kardiale brystmerter).

Somatisering kan defineres som tendensen til å oppleve og kommunisere somatiske symptomer som ikke har patofysiologiske forklaringer (1). Det finnes i befolkningen et nærmest utømmelig reservoar av uspesifikke plager, de fleste forbigående. De fleste med slike symptomer viser en avventende holdning og lar være å søke hjelp (2), mens et mindretall kjennetegnes av hyppig kontakt med helsevesenet. Medikalisering av hverdagsproblemer og vektlegging av helse-risiko kan tenkes å forklare at flere synes å søke hjelp for slike plager nå enn tidligere.

Det er betydelig symptomoverlapping mellom grupper av somatiseringslidelser, men hvilke faktorer symptomene tilskrives varierer (3). Nosologiske avgrensings-

Robin Holtedahl
rholteda@online.no
Dronningensgate 23
0154 Oslo

☞ Se også side 1092

problemer vanskeliggjør forskning på hyppighet, naturlig forløp og behandling (4). Somatiseringslidelser synes å være like hyppig i industrialiserte som i ikke-industrialiserte land (5), men uttrykksformene varierer (6). Forskjeller i sosial læring og aksept synes å påvirke både forekomst og symptomatologi (7).

Symptomer på jakt etter en diagnose

Symptomer som ledd-/muskelsmerter, svimmelhet, hodepine, tretthet og hyppig vannlating har forekommet til alle tider og i alle samfunn. Det nye synes å være en tendens til selvdiagnostisering, attribusjon til bakenforliggende sykdom eller påvirkning og skepsis til forklaringer fra medisinske autoriteter (som heller ikke fungerer så autoritativt som før). Hos pasienter innlagt i sykehus utgjør uavklarte somatiske tilstander anslagsvis 20–25 %, og i allmennpraksis enda flere (8). Symptomene kan være utløst av psykososialt stress eller aktuell eller tidligere psykiatrisk lidelse, først og fremst angst og depresjon (9). Det er blitt hevdet at psykososiale problemer manifesterer seg betydelig hyppigere gjennom somatisering enn gjennom de vanlige psykologiske symptomer i allmennpraksis (10). Klinikeren bør imidlertid huske at somatiseringslidelser kan maskere organisk betingede tilstander.

Medisinhistorikere kan berette at somatiseringslidelser viser stor plastisitet over tid. Hvilke symptomer som blir godtatt som legitime grunner til fritak fra ansvar og forpliktelse, har skiftet med tidene. På slutten av 1800-tallet dominerte funksjonelle motoriske symptomer som paralyse, kramper og ufrivillige bevegelser, oftest hos yngre kvinner (11). Etter hvert som medisinsk kunnskap kunne «avsløre» slike symptomer og dermed diskreditere dem i samfunnets øyne, svant epidemien raskt hen. Somatiseringslidelsene tilpasset seg de nye realiteter, skiftet ham så å si, og dreide fra og med den første verdenskrig over i tilstander dominert av

smertes og tretthet. Denne type symptomer er på et vis mer sofistikerte enn 1800-tallets dissosiative forstyrrelser, og lar seg ikke i samme grad «motbevis».

Til tross for overgangen fra industri og landbruk til et servicedominert samfunn synes forekomsten av muskel- og skjelettlidelser å ha økt de siste tiår. Mens 15 % av de spurte i 1985 oppgav å ha muskel- og skjelettlidelser, var det økt til 26 % i 1995 (12). Det er hevdet at 80 % av alle konsultasjoner i primærhelsetjenesten i USA er smerterelaterte (7). Uførhet som følge av ryggsmertes har vist sterk økning i de fleste land. Mye tyder på at problemet mer er manglende mestring enn økt prevalens (13). Kronisk tretthet er et hyppig delsymptom hos somatiserende pasienter, og det er blitt knyttet til det postindustrielle samfunns vektlegging av konkurranse og effektivitet (14).

En biopsykososial modell

Den dualistiske oppdeling i somatiske og psykiske årsaker til sykdom og funksjonstap strekker ikke til for å forklare de «nye» lidelser. Jo lenger et uforklarlig symptom har vart, desto større grunn er det til å lete etter vedlikeholdende faktorer knyttet til personlighet, psykiske forhold og miljø. Opplevelse og kommunikasjon av sykdom formes av personlighet, livserfaring og sosialt nettverk, og av mer overordnede samfunnsforhold, i samhandling med helseapparatet (15).

Alle opplever vi kroppslige fornemmelser av forskjellig art, og noen ganger er de ubehagelige og smertefulle. De fleste sensoriske impulser sorteres ut av vår oppmerksomhet fordi de oppleves som hverdagslige og ufarlige. Dersom tolkingen av et symptom endres fordi det oppfattes som en trussel mot egen sårbarhet eller som ledd i sykdom eller skade, vil det i neste omgang kunne lede til en forsterket symptomopplevelse. Selv det å få vite at man tilhører en risikogruppe, kan medføre økt årvåkenhet overfor symptomer og i neste omgang atferdsendringer, av frykt for uønskede konsekvenser. Persepsjonen kan også påvirkes av forventning om symptomer. Smertes og øvrige symptomer lar seg indusere eksperimentelt, uten noen ytre påvirkning. I Tyskland ble forsøkspersoner narret til å tro at de var utsatt for påkjørsel bakfra. En femdel angav «whiplashsymptomer» de påfølgende uker (16).

Personlighetsfaktorer

Somatiseringslidelser er i flere studier blitt knyttet til begrepet negativ affekt (også benevnt nevrotisisme), kjennetegnet av blant annet lav selvfølelse, fiendtlighet, angst og depresjon (17). Slike pasienter rapporterer flere somatiske plager, opplever disse som mer truende og velger mindre effektive mestringsstrategier. Et beslektet begrep er katastrofepregede tenkning (18), en mestringsstil som innebærer overdreven bekymring for eller forventning om negative konsekvenser av en helsemessig situasjon eller

Tabell 1 Prinsipper for behandling av somatiseringslidelser

Søk å oppnå en terapeutisk allianse ved å uttrykke at du aksepterer pasientens plager
Unngå overutredning
Utred på samme tid somatiske, psykiske og psykososiale aspekter
Sett realistiske mål, med vekt på aktiv mestring og bedring av funksjon trass i plager
Oppmuntre til daglig fysisk aktivitet og unngå om mulig sykmelding
Utelukk alvorlig depresjon og panikklidelse
Forsøk antidepressiver for bedring av smerter og søvnkvalitet
Undersøk mulighetene for kognitiv behandling eller atferdsterapi
Vær bevisst egen frustrasjon, og tål usikkerhet

skade. Slike personlighetstrekk kan påvirke symptom- og funksjonsnivå også ved forskjellige organiske lidelser. De kan imidlertid ikke sees isolert fra den sosiale kontekst de spiller seg ut i, idet kommunisering av ubehag gjennom sykdomsatferd kan forsterkes via sosial belønning.

Familiens rolle

Familien står sentralt i sosialiseringen av helsereelatert atferd, og de fleste helseproblemer takles primært av familien. De siste tiår har det skjedd en forvitring av familien som institusjon, hvilket må antas å medføre økt helsemessig usikkerhet. Dermed er presset mot helsevesenet ved uforklarte symptomer økt. Det er imidlertid også holdepunkter for å hevde at familien spiller en rolle i generering og vedlikehold av somatiseringslidelser. Uavklarte smertetilstander forekommer hyppigere i enkelte familier (19). Forskning, inkludert tvillingstudier, tyder på at biologisk arv spiller en underordnet rolle, mens det er bedre empirisk støtte for sosiale overføringsmekanismer, basert på både psykodynamisk teori, familiesystem- og lærings-teori. Lærings-teori påpeker at tidlig premiering av smerteatferd hos barn kan medføre en forsterkning av smerter og smerteatferd senere i livet (operant betinging). Både aktuelle og tidligere psykososiale belastninger, som depresjon, vold og seksuelt misbruk, forekommer relativt hyppig hos pasienter med uklare smertetilstander (20).

Samfunnsfaktorens rolle

Arbeidsmarkedet er blitt mer krevende, med vektlegging av effektivitet. Det er færre rettmuligheter for den som faller igjennom. Dette må antas å ha store helsemessige kon-

sekvenser. Paradokset er at i den samme perioden som ergonomiske tiltak har vært høyt prioritert i arbeidslivet, har antall uføre som følge av «belastningslidelser» økt betydelig. Flere tverrsnittstudier og longitudinelle studier de siste tiår har styrket hypotesen om at psykososiale faktorer (f.eks. frykt for å miste arbeidet, liten jobbvariasjon og liten medbestemmelse) kan være en vel så viktig faktor som de rent fysiske arbeidsmomenter ved slike plager (21).

Hyppige sensasjonsoppslag i mediene om «månedens sykdom» kan skape helseangst og bidra til økt symptomopptatthet. Ukritisk generalisering ut fra enkeltskjebner eller prelimnære undersøkelsesfunn kan berede grunnen for nye somatiseringsepidemier. Pasientstøtteforeninger kan nok bidra med emosjonell og praktisk støtte, men samtidig er det en fare for at fremherskende holdninger i slike foreninger kan virke antiterapeutiske. F.eks. ble det funnet at deltakelse i støttegruppe er ledsaget av dårligere utsikt til bedring ved kronisk tretthetssyndrom (22). I allianse med mediene og sympatiserende deler av helsevesenet søker slike grupperinger å vinne aksept for «sin» lidelse, og også rettsapparatet tas i bruk for å fremme medlemmenes interesser. At den amerikanske produsenten Dow Corning ble slått konkurs i 1998, etter erstatningskrav i milliardklassen fra kvinner med «silikonbrystimplantatsyndromet», viser hvordan det kan gå når interessegrupper unndras faglige og samfunnsmessige kontrollmekanismer (23).

Velferdsordningenes noceboeffekter

Mange klinikere sitter med det inntrykk at skader som dekkes av erstatningsordninger, oftere medfører langvarige og intraktable følgetilstander. Både kliniske og epidemiologiske studier indikerer også at muligheter for erstatning medfører økt skaderapportering, forlenget sykefravær og dårligere behandlingsresultat (24). To metaanalyser ved henholdsvis lukkede hodeskader (25) og kronisk smertesyndrom (26) viste at mulighet for erstatning påvirket prognosen. I en gruppe på 465 yrkesskadepasienter henvist for vurdering av invaliditetsgrad, var det kun 142 som var i fullt arbeid ca. fire år etter skaden (gjennomsnittlig), til tross for at det oftest dreide seg om beskjedne kontusjoner og forstrekninger (eget materiale, upublisert).

Også øvrige erfaringer de siste tiår bidrar til å kaste lys over hvordan utformingen av uføre- og erstatningsordninger kan påvirke sykdomsatferd. Den australske epidemien av angivelig arbeidsrelaterte armsmerter (repetitive strain injury) i 1980-årene er velkjent. På ett tidspunkt var hver tredje arbeidstaker i enkelte bransjer arbeidsufør på grunn av slike plager. Etter bortfall av erstatningsmuligheter, i kombinasjon med en mer restriktiv holdning blant legene, sank antall meldte «skader» kraftig de påfølgende år. I

en prospektiv kanadisk studie (27) ble det påvist en raskere bedring etter nakkeslengskade, indirekte målt som saksavslutning (fra 415 til 220 dager) etter overgang til et «no-fault» erstatningssystem (det vil si bortfall av erstatning for tort og sveie). Man konkluderte med at forsikringssystemet i seg selv kunne være den viktigste prediktor for tilheling. I New Zealand fikk man en markert økning i antall krav om uførepensjon etter innføring av full sykefraværdeknning etter skade (28). Dilemmaet utformerne av sosialpolitikken står overfor blir da: Hvordan skal erstatningsordninger ivareta de alvorlig skadedes rettigheter uten å medvirke til en vekst i uberettigede krav (moral hazard)?

Iatrogene faktorer

Psykiske lidelser oppleves som stigmatiserende i de fleste samfunn. Også innen helsevesenet har sykdommer forskjellig status. Psykiske plager og somatiseringslidelser skåres ikke høyt her. Legeutdanningen har tradisjonelt vektlagt lidelser med klare årsaker og gode behandlingsresultater. Særlig i «maskuline» medisinske miljøer blir psykososiale aspekter ofte nedvurdert, kanskje fordi de utfordrer legens sårbarhet. Det kan fortone seg som mer bekvemt å sette i gang omfattende somatisk utredning enn å søke å trenge bak de umiddelbare symptomer og finne meningsfulle mønstre i pasientens livssituasjon.

Håndteringen av den somatiserende pasient oppleves av mange som en ferd mellom Skylla og Kharybdis. Overidentifisering med pasienten kan resultere i svakt fundert somatisk utredning (29). Mange pasienter sendes ut på en fruktløs vandring mellom spesialister og behandlere, bokstavelig talt en via dolorosa. Som regel ender begge parter opp skuffet. Kritikkløs utredning, uten hensyn til nytteverdi, kan signalisere en alvorlighetsgrad som det ikke er dekning for, og medføre risiko for vektlegging av irrelevante funn. Pasienter med somatiseringslidelse risikerer å gjennomgå flere operasjoner og medisinske inngrep enn ikke-somatiserende, oftest med dårlig utfall (30). Også en avvisende eller nihilistisk holdning medfører farer, dels for symptomskalering, dels for at alternativ behandling oppsøkes.

Helsearbeideren kan i møtet med den somatiserende pasient risikere å svekke vedkommendes iboende mestringsressurser ved å vektlegge passive behandlingsmåter. Ved å signalisere at man overtar behandlingsansvaret, kan man bidra til å svekke pasientens egenansvar og autonomi og fremme forventninger om at løsningen ligger utenfor pasientens domene. Ukritisk sykdomsstempling og bruk av pseudodiagnoser kan bidra til inflasjon av sykdomsbegrepet (21) og forsterke passivitet og sykdomsatferd. I en britisk undersøkelse ble det funnet at 50 % av pasientene var i stand til å klare et arbeid, til tross for legens påstand om det motsatte (31). En ekspansjonistisk legerolle, f.eks.

når leger som sakkyndige uttaler seg om uførhet og medisinsk invaliditet utelukken de basert på pasientens subjektive plager, kan være medvirkende til økningen av trykdeytelser i de vestlige industriland (32).

Håndtering av den somatiserende pasient

Manglende kapasitet (og interesse?) for somatiseringslidelser innen psykiatrien gjør at majoriteten av disse pasientene må behandles innen primærhelsetjenesten. Pasienter med intermitterende og situasjonsutløste episoder med somatisering vil vanligvis kunne håndteres greit av den erfarne allmennpraktiker. Ofte vil det være tilstrekkelig å påpeke opplagte forbindelser mellom symptomene og ytre påkjenninger, og hvordan disse leder til psykofysiologiske forandringer. Ved etablerte somatiseringslidelser vil målsettingen derimot som regel være skadebegrensning og støtte fremfor helbredelse. Legen må se i øynene hvilke begrensede muligheter som foreligger i en situasjon der tallrike øvrige faktorer (dysfunksjonelle familierelasjoner, ønske om sekundærgevinst, useriøse medieoppslag) medvirker til å forlenge lidelsen og forsterke sykerollen. Tabell 1 viser noen momenter som kan være veiledende i det kliniske arbeidet med disse pasientene (6, 33). Kognitive og atferdsterapeutiske modeller har vist lovende resultater ved flere av disse lidelsene, eventuelt i kombinasjon med treningsprogrammer eller avspenningsteknikker. Den rollen smerteklinikkene spiller er mer omstridt (34). Selv om tverrfaglige rehabiliteringsmodeller med vekt på aktiv mestring, fysisk trening og psykologisk bearbeiding i en del tilfeller har vist effekt ved kroniske smertesyndromer, er helhetsbildet noe mer blandet, særlig der det foreligger erstatnings- eller uførekrav.

Litteratur

- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358–67.
- Speckens AEM, Van Hemert AM, Bolk JH. Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychol Med* 1996; 26: 745–52.
- Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2049–53.
- Manu P. Functional somatic syndromes: exploring common denominators. I: Manu P, red. *Functional somatic syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 272–94.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329–35.
- Singh BS. Managing somatoform disorders. *Med J Aust* 1998; 168: 572–7.
- Shorter E. Somatization and chronic pain in historic perspective. *Clin Orthop* 1997; 336: 52–60.
- Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274: 1931–4.
- Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M,

- Buchwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35: 546–56.
- Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474–80.
- Showalter E. *Hystories. Hysterical epidemics and modern culture*. London: Picador, 1997: 30–48.
- Sosialt Utsyn. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998: 42–4.
- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987; 12: 632–45.
- Henningsen P, Priebe S. Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J Psychosom Res* 1999; 46: 209–14.
- Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D. Pain and disability. Clinical, behavioral, and public policy perspectives. Washington D.C.: National Academy Press, 1987.
- Castro WH, Meyer SJ, Becke ME, Nentwig CG. No stress – no whiplash? Prevalence of «whiplash». *Int J Legal Med* 2001; 114: 316–22.
- Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234–54.
- Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain* 1998; 77: 253–60.
- Turk DC, Flor H, Rudy TE. Pain and families. Etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain* 1987; 30: 3–27.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151: 342–7.
- Hadler NM. Occupational musculoskeletal disorders. London: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 78–9.
- Sharpe M, Hawton K, Seagroatt V, Pasvol G. Follow up of patients presenting with fatigue to an infectious diseases clinic. *BMJ* 1992; 305: 147–52.
- Angel M. Science on trial. The clash of medical evidence and the law in the breast implant case. New York: W.W. Norton, 1997: 211–21.
- Hirsch BT. Incentive effects of workers' compensation. *Clin Orthop* 1997; 336: 33–41.
- Binder LM, Rohling ML. Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 7–10.
- Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen-Rohling J. Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychol* 1995; 14: 537–47.
- Coté P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Carroll L, Frank JW. The association between neck pain intensity, physical functioning, depressive symptomatology. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 275–86.
- Beals RK. Compensation and recovery from injury. *West J Med* 1984; 140: 233–7.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59: 597–604.
- Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 1992; 36: 439–47.
- Burton AK. Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. *Spine* 1997; 22: 2575–80.
- Loeser JD, Sullivan M. Doctors, diagnosis and disability. *Clin Orthop* 1997; 336: 61–6.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910–21.
- Robinson JP, Fulton-Kehe, Martin DC, Franklin GM. Outcomes of pain center treatment in Washington State workers' compensation. *Am J Ind Med* 2001; 39: 227–36.