

Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt



Tema:
Funksjonelle
lidelser

Funksjonelle somatiske lidelser brukes som *klinisk* betegnelse for tilstander kjennetegnet ved biomedisinsk uforklarlige somatiske symptomer som forårsaker subjektiv lidelse. Opprinnelig ble «funksjonell» ikke brukt synonymt med «psykogen», men i dag brukes «funksjonell» der legen mener at psykologiske forhold har sentral betydning for symptomutvikling eller utføring.

Årsaken til funksjonelle somatiske lidelser kan være underliggende psykisk lidelse (f.eks. fibromyalgi sekundært til angstlidelse, irritabel tarm-syndrom sekundært til bipolar lidelse). Andre årsaker er feiltolking av symptomer på kronisk fysiologisk aktivisering ved stress som uttrykk for alvorlig sykdom. Klassisk betingning av sterke fysiologiske reaksjoner utløst av følelser kan også medføre funksjonelle somatiske lidelser. Slike lidelser kan dessuten oppstå som en følge av omgivelsenes holdninger til pasientens somatiske symptomer (operant betingning).

Behandlingen bygger på empatisk kommunikasjon med akseptering av realiteten av pasientens subjektive symptomer *uten* aprioriakseptering av pasientens årsaksattribuering.

Initialt gjennomføres adekvate medisinske undersøkelser, hvis resultater også skal brukes til å gi rasjonelle svar på pasientens egne tanker og fantasier om årsak. Slik etableres tillit og gjensidig mulighet for å se plagene i et biopsykososialt livsperspektiv. En samta-lebehandling bør være systematisk og strukturert med vekt på informasjon, problemløsning og fjerning av faktorer som vedlikeholder symptomene. Aktivitetsbasert fysioterapi og psykofarmaka kan hos noen gi tilleggsgevinster.

Funksjonelle somatiske lidelser er et mye brukt, men relativt dårlig definert begrep for medisinsk uforklarlige subjektive helseplager som man antar skyldes psykososiale forhold. Betegnelsen skilles fra «psykosomatiske lidelser», som historisk har inkludert sykdommer med klar påvisbar biomedisinsk

Ulrik Fredrik Malt

ulrik.fredrik.malt@rikshospitalet.no

Eva Albertsen Malt

Svein Blomhoff

Inge Refnir

Psykosomatisk avdeling

Rikshospitalet

0027 Oslo

Malt UF, Malt EA, Blomhoff S, Refnir I.

Functional somatic illness: A review.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1379–84

Functional somatic illness is a clinical concept used to define medically unexplained somatic symptoms considered to express psychological distress.

Functional somatic illness may express underlying psychiatric disorders (e.g. fibromyalgia due to non-fearful panic disorder, irritable bowel syndrome due to bipolar disorder). Sustained physiological activation caused by stressful life events combined with catastrophic thinking may be another cause. Functional somatic illness may also be caused by classic conditioning of physiological responses that may have been triggered by biological or emotional stimuli. Operant conditioning may also be a cause.

The therapeutic alliance relies on acceptance of the reality of the subjective complaints, without a priori acceptance of the patient's attribution of the cause of the symptoms. We recommend initial exploration of the patient's own ideas about aetiology, including appropriate medical tests. The physician should then change the agenda to a biopsychosocial perspective and identify current stressors and psychosocial variables that reinforce symptoms.

Only a few randomised trials have been performed. They suggest that psychological treatment should be systematic and structured, with a focus on information, alternative ways of perception, and problem solving. Active forms of physiotherapy and psychopharmacological drugs may be of some benefit in selected patients.

patologi som man antok skyldtes en primær psykologisk forstyrrelse. Eksempler er revmatoid artritt og ulcerøs kolitt. I klinisk hverdag brukes imidlertid begrepet «psykosomatisk» oftest i noe videre betydning og mer som en betegnelse for at psykologiske forhold har sentral betydning for et symptom-bilde og funksjonsnivå, uavhengig av om grunntilstanden er funksjonell eller en veldefinert biomedisinsk sykdom (1).

Symptomer fra muskel- og skjelettsystemet, hjerte-kar-lunge og mage-tarm foruten

Tabell 1 Eksempler på tilstander som ofte helt eller delvis betegnes som «funksjonelle somatiske lidelser»

Betegnelse	Hovedsymptomer som presenteres når pasienten søker lege	Sekundærlinjetjeneste som pasienten vanligvis først henvises til
Irritabel tarm-syndrom Ikke-ulcusdyspepsi Matvareintoleranse Kronisk tretthetssyndrom	Magesmerter, løs mage eller forstoppelse, oppblåsthet, kvalme	Gastroenterologi
Utbrenthet Fibromyalgi	Utmattelse ved den minste fysiske eller psykiske anstrengelse Tap av energi og kreativitet; lei, dysforisk Smerter og ømhet i muskler, tretthet, konsentrasjonsproblemer	Infeksjonsmedisin Generell indremedisin Revmatologi
Somatoform smertelidelse	Kroniske smerter som ikke lar seg forklare ut fra biologiske funn	Anestesiologi
Nakkesleng	Smerter i nakke; konsentrasjons- og hukommelsessvikt	Nevrologi (Nevrokirurgi, Revmatologi, Ortopedi)
Vertigo Afoni	Svimmelhet uten sikre funn Kan ikke snakke	Øre-Nese-Hals Nevrologi
Kroniske underlivssmerter Ikke-kardiale brystsmerter Multippel kjemisk hypersensitivitet Hyperventilasjonssyndrom	Smerter i underliv/bekken; smerter ved samleie Smerter og trykk/ømhet i brystkassen; pustebesvær Overfølsomhet for matvarer, stoffer i omgivelsene	Gynekologi Kardiologi Allergologi
Funksjonelle kjeveplager Amalgamsyke Hypokondri	Rask overflatisk pust; tungpusten; trykk for brystet; parestesier Smerter i kjeve Diverse generelle plager Sykdomsangst; oftest kreft eller annen dødelig sykdom (eks. HIV, amyotrofisk lateralsklerose)	Lungemedisin Odontologi
Dissosiativ motorisk eller sensorisk lidelse («konversjonslidelse»)	Bortfall av sensoriske (f.eks. tap av hudfølelse) eller motoriske (f.eks. lammelser) funksjoner uten nevrologiske funn eller pseudoepilepsi	Indremedisin Nevrologi Psykiatri Nevrologi

smerter og utmattelse er vanligst ved de såkalte funksjonelle somatiske lidelser. Eksempler på lidelser og syndromer som ofte vurderes å være helt eller delvist funksjonelle er gjengitt i tabell 1.

Epidemiologi

Det finnes ingen undersøkelser der man har kartlagt prevalens i den allmenne befolkning av *alle* former for såkalte funksjonelle lidelser. Forekomsten de siste to uker av ICD-10 somatoforme lidelser, som inkluderer de fleste «funksjonelle lidelser» (ICD-10-koder: F45.0-F45.4), er i Norge estimert til 7,1% hos kvinner og 4,5% hos menn (2). Flertallet av lidelsene debuterer i ung alder (3). Den mest uttalte formen for somatisering, multippel somatiseringslidelse, er sjelden i befolkningen (en månedsp prevalens < 0,5%), men 60% av disse pasientene vil ha kontakt med det somatiske helsevesen i løpet av et halvt år (4).

Hypokondri antas å forekomme hos 4–9% av pasientene i allmennpraksis (4). Såkalte funksjonelle lammelser og andre former for pseudonevrologiske utfall (dissosiativ motorisk eller sensorisk lidelse) forekommer hos bare 0,01–0,3% av befolkningen. Slike lidelser er 10–100 ganger hyppigere i allmennpraksis og nevrologisk spesialistpraksis. Gjennomgående er det fle-

re kvinner enn menn med «funksjonelle somatiske lidelser».

Flertallet av pasientene har symptomer fra mange organer og kroppsregioner *samtidig*, og oppfyller deskriptive diagnostiske krav til flere funksjonelle lidelser. Hvilken spesialitet pasienten først kommer til, avgjør hvilken diagnose de får. Disse og andre liknende observasjoner har fått enkelte til å foreslå at funksjonelle somatiske lidelser egentlig er én lidelse som kan manifestere seg i form av ulike symptomer (5).

Årsaker

til funksjonelle somatiske lidelser

Kommunikasjon og operant betinging

Somatisering betegner både en kommunikasjonsform og en atferdsform. En person kan meddele psykologiske belastninger og konflikter gjennom et språk som formidler kroppslige symptomer fremfor underliggende følelser (fig 1). Personen kan også oppsøke helsetjenesten med et ensidig fokus på subjektive legemlige helseplager uten å meddele legen psykososiale forhold som har avgjørende betydning for symptomenes utvikling, styrke eller fortsatte tilstedeværelse. Er helseplagene medisinsk uforklarlige og forbundet med betydelig subjektiv lidelse og eventuell funksjonssvikt, vil legen kunne

oppfatte det kliniske bilde som en funksjonell somatisk lidelse.

Hvis kommunikasjon av subjektive helseplager til andre personer gir betydelig subjektiv gevinst, for eksempel oppmerksomhet, økt omsorg eller materielle goder, kan omgivelsenes respons på atferden bidra til å utvikle eller vedlikeholde en funksjonell somatisk lidelse (operant betinging). Operant betinging kan imidlertid også utnyttes terapeutisk til å fremme helse.

Stress

Funksjonelle somatiske lidelser kan uttrykkes aktiveringsutløste kroppslige reaksjoner på stress og belastninger uten at det skyldes en bakenforliggende psykisk lidelse eller stort ytre traume (6) (fig 1). Slike reaksjoner kan ramme alle mennesker, men de er hyppigere og fører oftere til mer uttalt funksjonssvikt hos personer med lavere utdanning, manuelt eller intet arbeid, psykiske lidelser og økonomiske problemer.

I arbeidslivet er opplevelse av manglende kontroll over egen situasjon og arbeid (decision latitude), store mentale krav til ytelse (mental load) og liten grad av opplevd anerkjennelse og belønning for det man utfører (reward-dependence) sentralt for opplevelse av stress, og fører dermed til risiko for utvikling av funksjonelle somatiske lidelser (7).

Tidlig traumatisering og funksjonelle somatiske lidelser

Noen personer har en psykologisk og biologisk sårbarhet kjennetegnet ved at de lett opplever de fleste forandringer og belastninger som farlige eller truende og derfor lett føler seg hjelpeløse (ingen forventning om konsekvensene: alt kan skje) eller håpløse (forventning om at det verste vil skje). Slike reaksjoner kan også være forbundet med sterkere fysiologiske responser, og kan skyldes tidlige negative erfaringer eller traumer.

Eksperimentelle dyrestudier har vist at tidlig traumatisering kan medføre varig forandret reaksjon på nye psykologisk belastende opplevelser. Traumatiserte dyr har sterkere utsondring av både ACTH, kortisol, noradrenalin og dopamin på stress enn ikke-traumatiserte dyr. Tilsvarende synes mennesker som er traumatisert i barnealder å ha fysiologisk sterkere reaksjoner på nye belastninger enn personer som ikke er traumatisert (1, 6, 8).

Personlighet

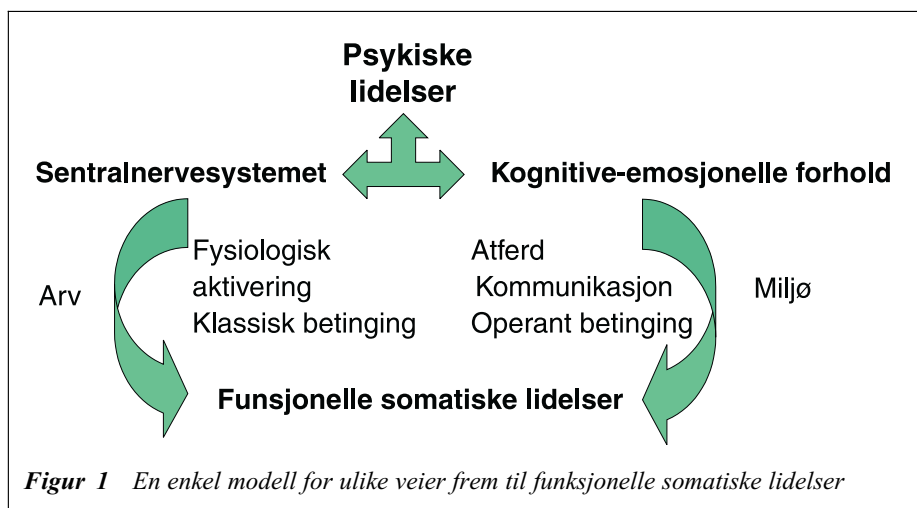
Noen mennesker er særlig følsomme, nærtakende, konfliktunnvikende og lite aggressive (harm-avoidance). De er også sterkt avhengige av ros og anerkjennelse (reward-dependent). Under stress har de ofte tendens til bekymret grubling over hendelser og til å brenne inne med sine følelser. Slike personlighetstrekk sammenfattes også under begrepet «nevrotisme» og er forbundet med økte psykofysiologiske stressreaksjoner som gir kroppslige sensasjoner (9) og økt risiko for angst og depresjon. Avhengig av forhold som for eksempel tidligere erfaringer og livssituasjon kan disse psykofysiologiske reaksjonene danne utgangspunkt for bekymring og kontakt med helsevesenet.

Personligheter kjennetegnet ved rigiditet, overkontroll og konformitet utad, med vanskeligheter for å uttrykke følelser (aleksitymi), synes også å ha økt risiko for å reagere med psykofysiologiske stressreaksjoner på stress, noe som i neste omgang kan føre til funksjonelle somatiske lidelser (10).

Personer kjennetegnet ved høyt nivå av fiendtlighet kan lett reagere med uttalte psykofysiologiske reaksjoner på selv små provokasjoner i sosiale interaksjoner (11–13). Betydningen av hemmet aggresjon for funksjonelle somatiske lidelser er beskrevet både ved spenningstilstander i muskel- og skjelettapparatet og ved funksjonelle magesmerter (14).

Kognitiv aktiveringsteori

Holger Ursin ved Universitetet i Bergen har utviklet en kognitiv aktiveringsteori som forklaring på subjektive helseplager uten biologiske funn (15). Hvis en belastning ikke «avgiftes» gjennom psykologisk forsvar, vil hendelsen kunne vurderes som farlig eller truende eller oppleves som et tap. Det vil sette i gang en akutt psykofysiologisk aktivering (stressreaksjon). Hvis reaksjonen



Figur 1 En enkel modell for ulike veier frem til funksjonelle somatiske lidelser

ikke dempes gjennom mestring, vil det oppstå en vedvarende økt fysiologisk aktivering (sustained activation), med legemlige symptomer til følge. Genetiske ulikheter vil medføre ulik grad av konsekvenser for ulike organsystemer.

Teorien er i allmennpraksis nyttig for å forklare en del subjektive helseplager knyttet til fysiologisk aktivering utløst av stress og belastninger (fig 1). Teorien kan også tjene som en modell for kognitive og atferdsmessige intervensjoner ved funksjonelle somatiske lidelser (16). Våre egne erfaringer tilsier imidlertid at kognitiv aktiveringsteori ofte er utilstrekkelig når det gjelder å forstå og behandle somatoforme og dissosiative lidelser hvor konflikter og utilstrekkelig evne til å uttrykke følelser synes å være sentralt (fig 1). Symbolfunksjoner som symptomer ved funksjonelle lidelser kan ha, og betydningen av fenomener som overføring og motoverføring for kommunikasjon med legen forklares etter vår erfaring best av psyko-dynamisk forståelse (psykoanalytisk teori).

Klassisk betinging

Russeren Ivan Pavlov (1849–1936) demonstrerte hvordan dyr kunne læres opp til å reagere med målbare fysiologiske forandringer bare ved at en lampe blinket. Forutsetningen var at lampen først hadde blinket samtidig som et stimulus som gav den ønskede fysiologiske respons ble presentert. Hjernen hadde lært (blitt betinget) til å koble sammen et i utgangspunktet *nøytralt stimulus* med en fysiologisk respons.

Eksperimentelt har man i de senere år brukt prinsippene for klassisk betinging til å fremkalle hematologiske forandringer som ved cytostatikatilførsel *uten* bruk av cytostatika (17). Først gis cytostatika (ubetinget stimulus) sammen med et annet nøytralt stimulus som f.eks. lukt eller lyd. I neste omgang gis kun lukt- eller lydstimulus uten cytostatika. Betinging gjør at kroppen nå reagerer på disse sensoriske stimuli som om den var tilført cytostatika. Tilsvarende kan for ek-

sempel både blodsukker- og insulinnivå betinges (18). Betinging er blant annet avhengig av intakt amygdala.

Disse forsøk tilsier at noen subjektive helseplager, for eksempel smerter som gir funksjonssvikt, kan være fremkalt av betinging. Antakelig gjelder dette først og fremst hos personer som har en lav terskel for fysiologisk reaktivitet (lett betingbar). Men betinging som forklaring på funksjonelle somatiske lidelser er lite utforsket.

Også *biologisk sykdom* kan føre til betinging. For eksempel har mange pasienter med såkalt pseudoepilepsi ofte samtidig virkelig epilepsi. En mekanisme for pseudoepileptiske anfall kan være at pseudoepileptisk anfall betinges til å oppstå i situasjoner eller ved stimuli som opprinnelig falt sammen med et faktisk epileptisk anfall.

Betinging kan også oppstå som en følge av sykdom og skade som utløste smerter eller andre fysiologiske reaksjoner i tilknytning til hendelsen. Muligheten for betinging på grunnlag av *emosjoner* har også vært drøftet i relasjon til en del tilfeller av såkalt matallergi (19). Hvis en person i forbindelse med inntak av en bestemt type mat opplever sterke fysiologiske reaksjoner utløst av ytre emosjonelle belastninger, kan personen gjennom betinging fortsette å reagere slik senere. Disse eksempler illustrerer at noen funksjonelle lidelser også kan oppstå uten at det foreligger psykisk lidelse, psykologisk stress eller konflikter.

Psyriske lidelser som forklaring på funksjonelle lidelser

Jo flere somatiske symptomer en person klagar over, desto større er risikoen for at vedkommende har en psykiatrisk lidelse (20). Det er også en klar sammenheng mellom medisinsk uforklarlige somatiske symptomer og forstyrrede tilknytningsforhold til viktige andre mennesker (21). Det er derfor ikke overraskende at mange psyriske lidelser kan uttrykke seg i form av funksjonelle somatiske symptomer.

Tabell 2 Eksempler på de vanligste psykiatriske lidelser som ofte manifesterer seg som «funksjonelle lidelser»

Psykiatriske lidelser som hyppig er forbundet med funksjonelle somatiske lidelser (ICD-10-kode)	De vanligste «funksjonelle syndromer» som kan forveksles med lidelsen	Kommentar
Panikk lidelse [F41.0]	Ikke-kardiale brystmerter Irritabel tarm-syndrom Fibromyalgi	Panikkanfall kjennetegnet ved kun fysiologiske symptomer uten subjektiv angst kan forekomme
Generalisert angstlidelse [F41.1]	Vertigosyndrom Kronisk utmattelsessyndrom Tensjonshodepine Hyperventilasjonssyndrom	
Depresjon [F32–34] Bipolar lidelse, depressiv fase [F31]	Kroniske smertesyndromer Kronisk tretthetssyndrom Utbrenthet Ikke-ulcusdyspepsi (Periodisk) hypokondri	Tidlig morgenoppvåkning; døgnvariasjon; emosjonelt reaktivitetstap tyder på «biologisk» depresjon
Multipel somatiseringslidelse [F45.0]	Dissosiativ motorisk eller sensorisk lidelse Multipel kjemisk hypersensitivitet Amalgamsyke	Disse personene vil ofte oppfylle diagnostiske kriterier for de fleste eller alle funksjonelle syndromer samtidig!
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) [F43.1]	Kroniske smertesyndromer Vertigosyndromer Kronisk utmattelsessyndrom	Forekommer som oftest sammen med depresjon
Sosial fobi [F40.2] Personlighetsforstyrrelser [F60]	Vertigosyndromer Kroniske muskelsmerter Alle typer subjektive helseplager; oftest fra flere organområder	Kan gi sterk fobisk utløst angst som kan minne om panikk Oftest personlighetsforstyrrelser innenfor cluster B (ustabile, dramatiserende) og C (avhengig-unnvikende, tvangspregede)

Visse angstlidelser kan manifestere seg ved anfallsvis hjertebank, pustebesvær, kvalme og skjelvinger uten markert subjektiv angst. Over tid kan dette føre til symptomer på fibromyalgi (22). Det er også holdepunkter for at mange tilfeller av panikkangst ligger bak såkalte overfølsomhetsreaksjoner overfor omgivelsene (23). Generalisert angstlidelse kan manifestere seg i form av hodepine og kroniske muskel- og skjelettsmerter. Posttraumatisk stresslidelse har også vært forbundet med flere former for medisinsk uforklarlige helseplagesyndromer, slik som Golfkrig-syndromet (24).

Depressive faser av bipolare lidelser kan komme til uttrykk i form av perioder med markert tretthet, parestesier, smerter, konsentrasjonssvikt, periodisk hypokondri og gastrointestinale plager (4, 22).

Psykkiske lidelser kan også tenkes å fremkalle funksjonelle endringer via betinging. Et anfall av panikk uten subjektiv angst under et måltid kan for eksempel via betinging medføre at det hos særlig følsomme individer oppstår fysiologiske stressreaksjoner ved tilsvarende situasjoner (måltider) eller matsorter i fremtiden.

Alvorlige personlighetsforstyrrelser er ofte forbundet med angst og depresjon, men flertallet har også omfattende subjektive fysiske helseplager som ofte ikke kan forklares ut fra en veldefinert biomedisinsk sykdom.

Psykosier kan uttrykkes i form av medisinsk uforklarlige legemlige symptomer, men beskrivelsen av symptomene vil oftest være utrolige og til dels bisarre, for eksempel «radiosender er montert i tarmen», slik at grunnlidelsen lett mistenkes. Paranoid lidelse bør mistenkes ved vedholdende og usedvanlig sterk kamp for en bestemt hypokondrisk forståelse som savner rimelighet i medisinske funn til tross for gjentatt informasjon om dette (25). Ved psykotiske depresjoner vil som regel innholdet i pasientens forklaring, f.eks. «jeg rårten innvendig fordi jeg er et dårlig menneske», gi mistanke om grunnlidelsen.

Cenestopatisk schizofreni er en sjelden form for tidlig debuterende schizofreni hvor symptomene vesentlig består av omfattende og alvorlige medisinsk uforklarlige symptomer koblet med svær funksjonssvikt tilsvarende det som sees ved den hebefrene formen for schizofreni. Eksempel er utvikling av et sykdomsbilde kjennetegnet ved en rekke samtidig forekommende alvorlige medisinsk uforklarlige symptomer eller hypokondre forestillinger slik som blindhet, lammelser, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer og diffuse ukarakteristiske smerter hos en tidligere tilsynelatende frisk ung mann eller kvinne. Eksempler på de psykkiske lidelser som hyppigst kan komme til uttrykk i form av «funksjonelle» syndromer er gjengitt i tabell 2.

Nevrobiologiske funksjonskretser og funksjonelle somatiske lidelser

Nevrobiologisk forskning på sentralnervøse funksjonskretser i relasjon til stress og psykiske lidelser har gitt ny forståelse av det mulige nevrobiologiske grunnlag for funksjonelle somatiske lidelser (26, 27). Hypotalamus spiller en nøkkelrolle ved at dette området påvirker så mange somatiske funksjoner samtidig som det står i nært samspill med områder som frontale cortex, amygdala, hippocampus og hjernestammen. Det er også holdepunkter for at spesielt frontale regioner kan ha endret reaktivitet ved funksjonelle somatiske lidelser (28), og kognitive faktorer, slik som oppmerksomhet, kan modulere hjernens prosessering av visceral sensitivitet (29).

Samlet sett tyder forskningen på at det ved funksjonelle somatiske lidelser kan påvises funksjonelle fysiologiske forandringer. Antakelig vil man i fremtiden også kunne bruke nevrobiologisk funderte funksjonsundersøkelser i utredning og differensialdiagnostiske overveielser ved slike lidelser.

Behandling av funksjonelle somatiske lidelser

Det er utført svært få randomiserte kontrollerte behandlingsundersøkelser. Andres (16, 30) og egne kliniske erfaringer kan sammenfattes som følger.

Initial kontakt og utredning

Anerkjennelse av at symptomene for personen er virkelige nok, og at de skaper subjektivt ubehag, er en forutsetning for all behandling.

Pasienten skal oppleve at han blir akseptert og forstått. Dette betyr *ikke* at legen nødvendigvis skal dele pasientens årsakstilskrivelse. Legen må respondere på eventuelle emosjonelle reaksjoner under samtalen. Det kan gi opphav til eksplorering også av emosjonelle og sosiale sider ved symptombildet.

Skal pasienten føle seg forstått, må symptomene og deres funksjonelle konsekvenser eksplorerer i rimelig grad. Spørreskjemaer som fanger opp ulike former for plagsomme symptomer og helseplager kan være til god hjelp.

Slike skjemaer kan også bidra til å motvirke at legen henger seg opp i bare ett eller noen få symptomer og dermed mister helhetsbildet.

En enkel biomedisinsk og psykologisk-psykiatrisk undersøkelse med tanke på alternative somatiske eller psykiatiske forklaringer på pasientens plager må gjennomføres. Bruk av korte strukturerte psykiatiske intervjuer anbefales. Et godt råd er å spørre om pasientens egne tanker og fantasier om årsaken og deretter legge inn adekvate undersøkelser for også å kunne verifisere eller falsifisere slike muligheter.

Systematisk samtalebehandling

For å tilrettelegge grunnen for å skifte referanseramme fra somatiske til både somatiske, psykologiske og sosiale forhold, oppsummerer legen de sentrale opplysninger og funn. Det er avgjørende å påpeke at plagene er reelle i subjektiv forstand, men at det ikke betyr at det foreligger en somatisk sykdom som forklaring.

Legen bør være varsom med å innlate seg på en diskusjon om lidelsens årsak. Noen pasienter kan ha svært bestemte oppfatninger om dette. Diskusjon om diagnose kan lett få sterke overtoner av dominans og underkastelse, med kamp for anerkjennelse og selvrespekt som underliggende, men usagt, agenda. I lege-pasient-samspillet vil denne situasjonen klinisk fremtre som en fruktesløs og ofte bitter «kamp om diagnosen».

I stedet bør legen åpne opp for alternative forklaringer på symptomene. Skissering av en stressmodell hvor det vises hvordan tanker og opplevelser kan gi opphav til kroppslige symptomer kan være nyttig. Når pasienten forstår hvordan man kan få *reelle* plager også via andre mekanismer enn alvorlig biologisk sykdom, kan fokus skiftes til et biosykososialt perspektiv.

For mange pasienter kan det være en hjelp om legen visualiserer sammenhengen mellom følelser, konflikter og hendelser i pasientens liv og symptomenes debut og utvikling ved å bruke en «livslinje», hvor man på den ene siden tegner inn år og hendelser og på den andre de somatiske symptomene.

Legen må huske at funksjonelle symptomer kan være betinget på grunnlag av hendelser i fortiden (betinging). Ikke alle funksjonelle lidelser er a priori forbundet med pågående konflikter, problemer og belastninger.

Om pasienten ser en mulig sammenheng, kan man gå over til å drøfte hva problemet eller problemene består i og alternative mestringsstrategier. Det kan i den sammenheng ofte være klokt å legge vekt på å identifisere vedlikeholdende faktorer som kan bidra til å kronifisere funksjonelle lidelser, selv om den utløsende årsaken er borte. For mange pasienter er det også lettere å akseptere en modell som ikke krever at en konflikt eller en belastning fortsatt *må* være til stede.

Det kan være indisert å trekke med partner i utredning og behandling, både for å forstå bakgrunn eller vedlikeholdelse av symptomer og for å finne frem til den beste intervensjonen. Noen undersøkelser tyder på at fast, regelmessig kontakt med legen, *uavhengig* av graden av subjektive helseplager, kan redusere behovet for ekstra legebesøk.

Supplerende behandlingsformer

Ulike former for fysioterapi kan være til hjelp. Fysioterapi basert på aktivisering er bedre enn passive behandlingsformer (31). Ved Rikshospitalet utprøves fysioterapi ad modum Mensendieck ved kroniske underlivssmerter. De foreløpige erfaringer er gode, men resultatene fra et randomisert behandlingsforsøk er ennå ikke klare.

Ved rene stressbetingede funksjonelle lidelser kan anvendt avspenning (16) og andre former for avspenning være nyttig. Ved funksjonelle muskel- og skjelettlidelser er det lang klinisk erfaring for at psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe noen, men kontrollerte behandlingsforsøk mangler (32).

På gruppebasis kan psykoedukative grupper med vekt på stressmestring (1, 33, 34) være et godt alternativ. Slike behandlinger kan gjennomføres i allmennpraksis.

Det finnes få randomiserte kliniske forsøk av psykofarmakologisk behandling av funksjonelle somatiske lidelser (35). Cochrane-databasen inneholder foreløpig ingen meta-analyser av slik behandling. Behandlingsvalg må derfor i stor grad bygge på beste kliniske skjønn. Utgangspunktet for valg av medikament bør være type psykiatrisk komorbiditet (26).

Mange pasienter med funksjonelle somatiske lidelser er svært følsomme for bivirkninger av legemidler. Legen bør følge regelen «start sakte – gå sakte»: Start med halv dose av det som er vanlig standarddosering. Etter to uker økes til laveste standard døgndose. Ved bivirkninger ved små doser bør man kontrollere serumkonsentrasjon av legemiddel og eventuelt undersøke forekomst av genetisk polymorfisme (cytokrom P-450 2C9 og 2D6) med tanke på nedsatt metabolisme eller interaksjoner som forklaring på bivirkninger.

Spesialistbehandling

Flertallet av pasienter med funksjonelle somatiske lidelser vil bli hjulpet av de tiltak som er skissert over. Hos et mindretall er det nødvendig med mer spesifikke psykologisk-psykiatiske intervensjoner. Aktuelle behandlinger kan være kognitiv psykoterapi og andre psykoterapiformer (16, 36, 37). Ved betinging er modifikasjon av atferd basert på atferdsanalyse naturlig (16). Psykodynamiske terapiformer med fokus på kropp og følelsesuttrykk kan også hjelpe en del (1, 38). Hos pasienter med funksjonelle lidelser og samtidig betydelig psykiatrisk komorbiditet kan et nært samarbeid med psykiater være nyttig (39). Familieterapi kan også være bra, men kontrollerte studier ved funksjonelle lidelser mangler. For øvrig vises til de enkelte artikler i denne serien med tanke på diagnosespesifikke intervensjoner.

Konklusjon

Funksjonelle somatiske lidelser forekommer hyppig. Ofte sees flere former samtidig hos samme pasient. Hos andre kan ulike former avløse hverandre over tid. Subtile biologiske funksjonsforandringer kan ofte påvises med avansert metodikk, men i praksis er og blir funksjonelle somatiske lidelser fortsatt en klinisk diagnose.

Til tross for god behandling vil funksjonelle somatiske lidelser for mange forbli kroniske, med stor innvirkning på livskvalitet og funksjonsnivå. Andre kan med legens hjelp leve med plagene uten at disse avgjørende påvirker dagliglivet.

En god regel er å huske på at målet ofte vil være å bedre pasientens evne til å leve med sine plager fremfor å love å fjerne alle plager. En slik legeholdning skaper en mer realistisk forventning til behandlingen, som alltid må tilpasses den enkeltes livssituasjon, personlighet og egen forståelse.

Litteratur

1. Deter H-C. Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern: Hans-Huber, 2001.
2. Sandanger I, Nygård JF, Ingebrigtsen G, Sørensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 570–9.
3. Bernstsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. Scand J Public Health 2001; 29: 44–54.
4. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis 1991; 179: 647–55.
5. Wessely S, Nimman C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet 1999; 354: 936–9.
6. Ekman R, Arnetz B. Stress. Stockholm: Liber, 2002.
7. Persson G, Barlow L, Karlsson A, Rosen M, Stefansson CG, Theorell T et al. Major health problems. I: Health in Sweden: the National Public Health Report 2001. Scand J Public Health 2001; (suppl 58): 37–102.
8. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety →

- disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1023–39.
9. Canli T, Zhao Z, Desmond JE, Kang E, Gross J, Gabrieli JD. An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behav Neurosci* 2001; 115: 33–42.
 10. Naatanen P, Ryyanen A, Keltikangas-Järvinen L. The influence of alexithymic characteristics on the self-perception and facial expression of a physiological stress state. *Psychother Psychosom* 1999; 68: 252–62.
 11. Knardahl S. Cardiovascular psychophysiology. *Ann Med* 2000; 32: 329–35.
 12. Baldoni F, Ercolani M, Baldaro B, Trombini G. Stressful events and psychological symptoms in patients with functional urinary disorders. *Percept Mot Skills* 1995; 80: 605–6.
 13. Earle TL, Linden W, Weinberg J. Differential effects of harassment on cardiovascular and salivary cortisol stress reactivity and recovery in women and men. *J Psychosom Res* 1999; 46: 125–41.
 14. Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *J Psychosom Res* 2001; 50: 139–46.
 15. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *Int J Behav Med* 1997; 4: 105–16.
 16. Mayou R, Bass C, Sharpe M. Treatment of functional somatic symptoms. Oxford: Oxford University Press, 1995.
 17. Exton MS, von Horsten S, Schult M, Vöge J, Strubel T, Donath S et al. Behavioural conditioned immunosuppression using cyclosporin A: CNS reduces IL-2 via splenic innervation. *J Neuroimmunol* 1998; 88: 182–91.
 18. Stockhorst U, Steingruber HJ, Scherbaum WA. Classically conditioned responses following repeated insulin and glucose administration in humans. *Behav Brain Res* 2000; 110: 143–59.
 19. Vatn MH, Grimstad IA, Thorsen L, Kittang E, Refnir I, Malt U et al. Adverse reaction to food: assessment by double-blind placebo-controlled food challenge and clinical, psychosomatic and immunologic analysis. *Digestion* 1995; 56: 421–8.
 20. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330–8.
 21. Taylor RE, Mann AH, White NJ, Goldberg DP. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 2000; 30: 931–41.
 22. Malt EA, Berle JE, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. *J Psychosom Res* 2000; 49: 285–9.
 23. Katon W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 11–8.
 24. Ford JD, Campbell KA, Storzach D, Binder LM, Anger WK, Rohlman DS. Posttraumatic stress symptomatology is associated with unexplained illness attributed to Persian Gulf War military service. *Psychosom Med* 2001; 63: 842–9.
 25. Opjordsmoen S. Hypochondriacal psychoses: a long-term follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 587–97.
 26. Malt UF, Årsland D, Lund A. Biologisk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
 27. Knardahl S. Kropp og sjel. Oslo: Gyldendal, 1998.
 28. Blomhoff S, Jacobsen MB, Spetalen S, Dahm A, Malt UF. Perceptual hyperreactivity to auditory stimuli in patients with irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 583–9.
 29. Aziz Q, Schnitzler A, Enck P. Functional neuroimaging of visceral sensation. *J Clin Neurophysiol* 2000; 17: 604–12.
 30. Morriss RK, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Goldberg D. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 263–7.
 31. Herbert RD, Maher CG, Moseley AM, Sherrington C. Effective physiotherapy. *BMJ* 2001; 323: 788–90.
 32. Bunkan BH. Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2845–8.
 33. Haugli L, Steen E, Lærum E, Nygård R, Finset A. Learning to have less pain – is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 111–8.
 34. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 14–24.
 35. Manu P. Pharmacotherapy of common functional syndromes. Birmingham, NY: Haworth Medical Press, 2000.
 36. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995; 311: 1328–32.
 37. Wilhelmsen I. Kognitiv psykoterapi ved somatoforme lidelser. *Tidsskr Nor Psykologforen* 2001; 38: 735–45.
 38. Monsen K, Monsen JT. Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapy* 2000; 3: 257–69.
 39. Rost K, Kashner TM, Smith RG jr. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 381–7.

○