

## Somatisering – en dårlig diagnose

Tidsskriftet starter i dette nummer en artikkelserie om funksjonelle lidelser (1–3). Begrepet omfatter somatiske symptomer uten diagnostiserbar organsykdom. Ofte brukes betegnelser som somatoforme lidelser eller somatiserende pasienter. Flertallet av pasientene er kvinner.

De funksjonelle lidelsene er slett ikke så ubestemte som de kan se ut til ved første blick. Vi har mye forskningsbasert kunnskap om årsaksfaktorer som kan samvirke hos den enkelte pasient (4). Hos noen kan plagene ha sammenheng med belastningsforhold og manglende kontroll og fleksibilitet. Vold og overgrep setter varige spor i kroppen. Monoton mekanisk belastning og langvarig slit i lavlønnede service- og omsorgsykker kan påvirke muskelfysiologien. Mange kvinner lever i kroppslig beredskap, parat til å oppfylle andres behov. Dette kan befordre kroppsvaner som blir sykdomsskapende for noen. Hvem som er utsatt og hvorfor, vet vi ikke nok om. Dobbeltarbeid er ikke nødvendigvis uheldig. Det å ha flere betydningfulle roller kan faktisk være helsebringende. Men når rollene innebærer liten kontroll over hverdagen, rammes helsen. Symptomene kan også skyldes sykdom som legen ikke har oppdaget eller kjenner til.

Psykosomatiske sykdommer ble tidligere regnet som somatiske sekundærfølger av psykologiske primærforstyrrelser. Mange er skeptiske til en slik årsaksmodell (1, 3) og foretrekker Engels biopsykososiale modell, basert på et sirkulært samvirke mellom kropp, sjel og omgivelser. Modellen stemmer godt med nevropsykoimmunologiske teorier om kroppslige feedbacksløyfer som inkluderer emosjoner og atferd. Nevropeptidreaksjoner kan være hensiktsmessige akuttreaksjoner på fysiske eller emosjonelle traumer som oppfattes som en trussel om vevsødeleggelse. Men nociseptive systemer kan endre sensitivitet over tid, slik at smerten vedlikeholdes via sentralnervøse signal-systemer og omformes til kronisk smerte.

Likevel tolker mange leger somatisering som psykopatologi og bruker den biopsykososiale modellen som begrunnelse for å rette oppmerksomheten mot pasientens personlighetstrekk og livssituasjon. Funksjonelle lidelser omtales som «nye psykiatriske epidemier» (5), og noen mener legens oppgave er å påpeke forbindelser mellom symptomer og ytre påkjenninger og hvordan disse leder til psykofysiologiske forandringer (3). Men når pasienten opplever legens forståelse av situasjonen som uberettiget psykologisering (6), kan somatiseringsdiagnosen fungere de-

struktivt. En psykiatrisk diagnose skal ikke være en passiv konklusjon når vi ikke finner noen annen diagnose.

Mange funksjonelle lidelser overlapper hverandre (3), noe som kan indikere felles tilgrunnliggende sykdomsmekanismer. Samtidig er det mye som tyder på at tilstander vi i dag slår sammen i grove kategorier, kan representere forskjellige tilstander med ulik biopsykososial dynamikk. Dette kan forklare hvorfor pasienter med samme diagnose responderer ulikt på samme behandling. Vi kan forestille oss at mange av disse tilstandene representerer sykdommer som ikke er innskrevet på det medisinske kartet anno 2002. Kanskje har de om fem år et meningsfylt navn – kanskje også et gen, et enzym eller en bakterie som indikerer hvorfor noen rammes av livsbetingelser som andre tåler godt. Historien om magesåret, sykdommen som skiftet status fra psykosomatisk lidelse til *Helicobacter pylori*-infeksjon, viser at medisinske sannheter endres. Vi oppnår ikke ny erkennelse ved å fastholde at alt det vi ikke helt forstår, er psykisk sykdom.

Avgjørende for å komme videre i diagnostikk, behandling og forståelse av funksjonelle lidelser er å finne ut hvordan pasienten tenker om plagene sine (1, 4, 7, 8). Mange mennesker med slike plager opplever at de ikke blir tatt på alvor av legen, og at deres erfaringer ikke blir hørt eller tillagt vekt (6). Det oppleves krenkende når legen setter spørsmålsteget ved pasientens troverdighet eller moral. Legers holdninger kan representere iatrogenet nocebo. Når denne sykdomsgruppen kalles motesykdommer eller forklares som kulturell påvirkning (3, 5), er det implisitte budskap at pasienten egentlig ikke er syk og burde møte hverdagens belastninger på en bedre måte enn å søke lege. Endeløse forhandlinger om hva sykdommen «egentlig» skyldes, kan umuliggjøre felles forståelse og skape konflikter i lege-pasient-forholdet (1, 4, 7). Epstein og medarbeidere foreslår derfor at vi oppgir somatiseringsbegrepet, som i sin nåværende betydning ikke tar hensyn til pasientens perspektiv (7).

Praksis og forskning har vist at pasienten ofte har et adekvat bilde av sykdomsmekanismene. Et respektfylt lege-pasient-forhold er en forutsetning for at legen skal få del i pasientens årsaksforklaring eller tiltaksforventning (4). Legen behøver ikke være enig. Legen skal utforske alle relevante kunnskapskilder og sette brikkene sammen til et bilde som kan gi mening, ikke bare for legen, men også for pasienten. Anerkjennelse er ikke det samme som å jatte med eller sy-

puter under armene på pasienten. Behandlingsopplegg som bekrefter pasientens sterke sider og motvirker undertrykking i og utenfor legekantoret, kan forebygge resignasjon og passivisering (1, 4, 8, 9). Mange pasienter har nytte av kognitiv terapi, ofte kombinert med tverrfaglige rehabiliteringsopplegg (1–3, 8).

De «nye» syndromene oppstår ut fra en kombinasjon av ulykkelige pasienter, entusiastiske leger og et støttende kulturelt miljø, er det blitt sagt (5). Pasienter som opplever invalidiserende symptomer og stadig avmakt, trenger imidlertid flere entusiastiske leger og mer støtte fra omgivelsene. Høyttenkning med vekt på pasientens ressurser kan styrke vedkommende og bidra til mestring (9). En diagnose som pasienten opplever som krenkende, fremmer ikke verdighet og tilfriskning.

*Kirsti Malterud*

Seksjon for allmennmedisin  
Universitetet i Bergen  
Ulriksdal 8C  
5009 Bergen

*Kirsti Malterud (f. 1949) er professor i  
allmennmedisin i Bergen og København og  
fastlege for 650 bergensere.*

### Litteratur

1. Haugli L, Finset A. Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1123–5.
2. Wilhelmsen I. Hypokondri og kognitiv terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1126–9.
3. Holtedahl R. Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1130–2.
4. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge. Understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000; 32: 603–11.
5. Kringlen E. Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforlaget, 2001: 253–71.
6. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. «I've been crying my way» – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. Family Practice 1996; 13: 498–503.
7. Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. Arch Intern Med 1999; 159: 215–22.
8. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 249–54.
9. Malterud K. The art of living with pain – recovery through acknowledgement. I: Malterud K, Hunskaar S, red. Patient-centred approaches to chronic myofascial pain in primary care. Oxon: Radcliffe Medical Press, (under trykking).