

Somatisering – uttryck för en förlegad sjukdomssyn

Det finns lika många definitioner av begreppet somatisering som det finns uttolkare av det. Detta skapar oklarhet och förvirring. Dessutom medför begreppet problem för läkare och patienter och det är inte förenligt med en tidsenlig sjukdomssyn. Detta är skäl nog för att utmönstra somatisering som begrepp.

JAN LIDBECK

överläkare, med dr, sektionschef, Smärtrehab, AO planerade operationer, Helsingborgs Lasarett AB, Helsingborg
jan.lidbeck@helsingborgslasarett.se

II I korthet definierar Anders Lundin, i debatten om somatiseringssyndrom i Läkartidningen 11/2002 (sidan 1239), somatisering som »kroppsligt symtom parat med ett negligierande av samverkande psykosociala faktorer«.

Jag måste tolka detta på så sätt att symtomen vid hjärtinfarkt, diabetes, och reumatoid artrit egentligen är uttryck för somatisering, eftersom vi idag vet att omedvetna psykosociala faktorer har väsentlig betydelse för dessa tillstånd uppkomst och vidmakthållande.

Alternativt hänvisar Anders Lundin till DSM-IVs modell där somatisering kännetecknas av att »klagomålen är en-trägnare, funktionsnedsättningen mer uttalad än vad som normalt skulle förväntas med tanke på anamnes, somatisk undersökning eller laboratorieresultat«.

DSM-IV-definitionen obsolet

Sett ur ett algologiskt (smärtmedicinskt) perspektiv med en biopsykosocial sjukdomssyn, är DSM-IV-definitionen förlegad. Detta både mot bakgrund av vad vi idag vet om den kroniska smärtans patofysiologi och vad gäller synen på patienten. I all smärtvård, och i synnerhet då det gäller kognitivt beteendeterapeutisk rehabilitering, är det patientens perspektiv som är avgörande.

Detta gäller såväl det smärtlidande som patienten ger uttryck för som den upplevda funktionsnedsättningen. Med all respekt för Anders Lundin, så leder de olika somatiseringsmodellerna han diskuterar in på villovägar och kan vara destruktiva för både läkare och patient.

Uttryck för en förlegad sjukdomssyn

Jag uppfattar det så att för de flesta läkare betyder somatisering just inget annat än vad namnet säger att det är, nämligen att patienten har kroppsliga symtom till

vilka det nog finns någon annan förklaring (underförstått: den »psykogen«).

Om vi sålunda inte hittar någon biomedicinsk förklaring »så måste ju symtomet höra till den funktionella (psykogen) sfären«. Vi använder begreppet somatisering i en traditionell dualistisk modell där psyke och soma är separerade. Man kan därför inte okritiskt anta att läkare i allmänhet nu skall börja använda somatiseringsbegreppet för att ge uttryck för en nyanserad biopsykosocial sjukdomssyn. Det förhåller sig precis tvärt om och det är detta som skapar problem.

Begreppet har starkt ifrågasatts

Jag tror inte att Anders Lundin har tagit del av den internationella kritiken av somatiseringsbegreppet med dess förankring i den dualistiska sjukdomsmodellen. Somatisering har sålunda starkt ifrågasatts, särskilt då det gäller smärtproblematik, men även mer generellt. Den kände smärtforskaren och psykiatern Harold Merskey, en av grundarna till den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (The International Association for the study of Pain), har länge varnat för somatiseringshypotesen. Nyligen gav Merskey uttryck för detta i en ledarartikel [guest editorial: »Beware somatization«; 1].

Den generella kritiken representeras bl a av primärvårdsläkare, som Mc Whinney och medarbetare [2], som talar klarspråk: Somatiseringsmodellen är en konsekvens av en förlegad dualistisk sjukdomssyn (»somatization is a product of western medicine's dualistic ontology«), med rötter i 1700-talets filosofi.

Som smärtläkare tycker jag det är beklagligt att Läkartidningens temanummer om somatisering inte belyste problematiken även från detta mer nyanserade och kritiska perspektiv.

Det vi ännu inte förstår är inte somatisering

Anders Lundins förslag, att somatiseringsbegreppet skall »tillämpas när bio-

medicinska faktorer är otillräckliga«, tycker jag är grumligt och problemskapande. Om vi inte förstår ett symtom, så är det motsägelsefullt att beskriva symtomet med en term vars egentliga innebörd är att vi tror oss veta vad symtomet orsakas av (en »förkroppsligad« inre konflikt).

I min begreppsvärld är detta ett för läkare ovetenskapligt förhållningssätt och är därför oacceptabelt. Begreppet somatisering är även negativt laddat och skapar missförstånd. Inom algologin används begreppet idiopatisk (smärta) för det vi ännu inte begriper. Detta är räkare och ärligare och skapar inga konflikter mellan läkare och patient.

Dysfunktion – på neurobiologisk grund

Som jag ser det är bryggan mellan soma och psyke biologisk och därmed potentiellt begriplig. Då det t ex gäller fibromyalgi, ett somatiseringssyndrom enligt Läkartidningens temanummer, så är smärtans patofysiologi idag vetenskapligt förklarad och kan verifieras med objektiv vetenskaplig metodik [3, 4].

Vid tillstånd med avvikande, ibland sjukliga, störningar i centrala smärtmodulerande och neuroendokrina system är begrepp som »dysfunktionell syndrom«, eller varför inte Robert Olins »neurosomatiska syndrom«, väsentligt mer klagörande än det missvisade somatiseringsbegreppet. Dessa termer är

Men om de sjukas upplevelser inte sätts i fokus, om symtomet förblir blott en somatisering, och om vi blundar för nya synsätt och kunskaper från neurobiologisk forskning, så har professionen definitivt förlorat greppet.

även synkrona med den biopsykosociala sjukdomsmodellen.

Temanummer nedslående läsning

Med ett förflutet från hematologi och stamcellsforskning, som allmänmedicinare med psykosomatik som specialintresse, socialmedicinare med erfarenhet av kognitiv behandlingsforskning och som smärtläkare sedan många år engagerad i kognitiv beteendemedicinsk rehabilitering, borde jag ha ett kompetent brett perspektiv i betraktandet av biopsykosociala modeller och somatiseringsproblematik.

Men för mig har Läkartidningens temanummer om somatisering varit en nedslående läsning. Synsätten som framfördes upplevde jag till stora delar som isolerade från vad som idag diskuteras inom kanske främst den internationella smärtforskningen, både den psykiatriska och den neurofysiologiska. Den sjukdoms- och människosyn som artiklarna gav uttryck för kändes främmande och har ingen plats i min syn på modern svensk smärtsjukvård.

Tappar professionen greppet?

En av skribenterna befarade att professionen kommer att tappa greppet i somatiseringsdiskussion. De somatiserande, okunniga patienterna och deras aggressiva patientorganisationer kommer att ta över! Enligt kunskapsteoretikern Kuhn [5] tar äldre idébärande generationer sällan till sig nya synsätt.

Många läkare i min 40-talsgeneration, med en 350 år gammal sjukdoms-syn väl cementerad i sin krokodilhjärna, sällan benägna till omvärderingar, ser med förfäran hur somatiseringssyndromen breder ut sig. Men om de sjukas upplevelser inte sätts i fokus, om symtomet förblir blott en somatisering, och om vi blundar för nya synsätt och kunskaper från neurobiologisk forskning, så har professionen definitivt förlorat greppet.

Referenser

1. Merskey H. Beware somatization [guest editorial]. *Eur J Pain* 2000;4:3-4.
2. McWhinney IR, Epstein RM, Freeman TR. Rethinking somatization. *Ann Int Med* 1997;126:747-50.
3. Staud R, Domingo MA. Evidence for abnormal pain processing in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine* 2001;2:208-15.
4. Henriksson KG. Is fibromyalgia a central pain state? *J Musculoske Pain* 2002 (in press).
5. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press; 1995.

Stockholms privatvård inte hotad, men alla vill inte gå till specialist i innerstan

II Peter Möller återkommer i Läkartidningen 12/2002 (sidan 1378) till debatten om de privatpraktiserande specialistläkarnas framtid i Stockholms län.

Överens om privatvårdens betydelse

Vi är helt överens om att de kommer att spela en mycket stor och viktig roll i Stockholmssjukvården även framgent. Den nuvarande majoriteten är positivt inställd till att de privata specialisterna blir fler. Ett tecken på det är att deras antal har ökat med drygt 40 bara det senaste året och då har vi inte räknat in alla läkare som börjat arbeta i privata husläkarbolag eller inom de tre privatiserade geriatriska klinikerna i Nynäshamn, Nacka eller på Brommageriatriken. Listan kan göras lång.

Inte överens om reglerna

Däremot är vi och Peter Möller lite oense om vilka regler som ska gälla. Vi vill gärna ersätta det gamla taxsystemet med moderna vårdavtal där beställare och läkare kommer överens om hur vården ska bedrivas. Möller och hans kolleger vill inte bli »politiskt styrda«, och vill dessutom ha en trygghet för framtiden och anser att bara en nationell taxa kan garantera detta.

Vi menar att man borde kunna hitta lösningar som tillfredsställer båda parter, och nu har ju också en gemensam arbetsgrupp tillsatts i just det syftet. Givetvis vill vi också bevara långsiktiga relationer och skapa en trygg situation för såväl läkare som patienter. Det ligger i allas vårt intresse att läkare vill etablera sig och satsa i Stockholm.

Privat specialistvård för alla

Privatläkarna vill kunna bedriva verksamhet på den plats de själva väljer. Vi som politiker vill verka för att alla invånare i länet får tillgång till privat specialistvård. Där finns en viss konflikt, men den borde enkelt kunna lösas.

Peter Möller gör det lite väl lätt för sig

då han utgår från att alla patienter vill gå till privatpraktiker i innerstan. Vi tror att många invånare i vårt län skulle uppskatta privatpraktiker även ute i förorterna. Framgångarna för läkarhusen i t ex Vällingby och Farsta, liksom för närsjukhusen i t ex Nacka, Dalen och Täby tyder på det.

Gemensamt kan vi slå vakt om en livaktig privat vårdsektor! Detta gör vi genom ett förtroendefullt samarbete; inte genom ogrundade och felaktiga påståenden om saker vi aldrig sagt.

Vilket parti gynnar privatvården bäst?

Om Peter Möller tror att det skulle bli lättare att bli privatpraktiker med en socialdemokratisk majoritet i landstinget eller att Peter Möllers nuvarande arbetsgivare Sophiahemmet skulle få fler vårdavtal med landstinget, då skall Peter Möller rösta på socialdemokraterna, vänsterpartiet eller miljöpartiet. Vi är helt övertygade om att Peter Möller har fel.

En fortsatt borgerlig majoritet i Stockholms läns landsting är i stället en garanti för en fortsatt positiv utveckling för privatvården i Stockholm. Socialdemokraternas, vänsterpartiets och miljöpartiets reservationer mot vårdavtal med privatpraktiker och privata vårdbolag talar sitt tydliga språk.

Lars Joakim Lundquist (m)

ordförande i Norra Stockholms sjukvårdsstyrelse
lj.lundquist@moderat.se

Maria Wallhager (fp)

1:e vice ordförande i Norra Stockholms sjukvårdsstyrelse
maria.wallhager@politik.sll.se

Rätt namn på rätt sak

II I serien »Apotekets råd om ...« finns en broschyr med titeln »Artros en vanlig ledsjukdom«. I textens tredje mening anges att »I själva verket handlar det ofta om en reumatisk ledsjukdom som heter artros«. I själva verket rör det sig om en degenerativ ledsjukdom.

Även om skriften vänder sig till allmänheten, eller kanske just därför, är det

viktigt att sjukdomen definieras korrekt. Artros är och förblir en degenerativ ledsjukdom även om den i engelskspråkig litteratur ofta nämns som »arthritis«.

Julius Soreff

Lidingö,
pensionerad universitetslektor
i ortopedi, Karolinska institutet