

Det går att behandla somatiseringstillstånd

Kognitiv terapi och farmaka kan hjälpa patienten att möta verkligheten

■ Det viktigaste kännetecknet för somatisering är att patienten uppvisar fysiska besvär som inte i tillräcklig utsträckning kan förklaras av organisk patologi eller patofysiologiska mekanismer. Patienter med medicinskt oförklarade symtom utgör ett enormt problem såväl kvantitativt sett som diagnostiskt. Av naturliga skäl faller ämnet ofta mellan specialiteterna. Diagnostiken är psykiatrisk och det är vanligtvis psykiatrer som skriver om ämnet. Ändå är det inte i allmänhet psykiatern som träffar dessa patienter. Tvärtom skyr patienterna ofta »det psykiska«.

I Storbritannien finns liksom i USA en djupare klyfta än hos oss mellan företrädare för vissa patientgrupper, framför allt ur de sk funktionella diagnosgrupperna, och de representanter för det medicinska etablissemang som av de förstnämnda med hetta anklagas för att vara AIYH, »all-in your head«-läkare. Schismens djup är, enligt Michael Sharpe från Edinburgh, ett tecken på det icke ändamålsenliga med våra organisatoriska strukturer och nuvarande diagnostik. Psykiatern förklarar ett (t ex funktionellt) syndrom utan känd orsak med ett annat (psykiatriskt) syndrom utan känd orsak. Detta är intellektuellt otillfredsställande och för många patienter kränkande. Inom en rent biomedicinsk ram går patienterna å andra sidan inte att förstå sig på, och den utpräglade kroppsdoktorn känner sig osäker med dessa patienter.

Sharpe föreslår ett paradigmskifte, där det psykologiska så att säga lindas in i det medicinska omhändertagandet. I stället för hänvisningen till en hypotetisk psykisk orsak, som våra nuvarande psykiatriska somatiseringsdiagnoser antyder, föreslås termen »funktionella medicinska störningar«. Som omhändertagandet av kroniska smärtpatienter har visat är möjligheten till framgångsrik behandling kanske större på så sätt, något jag återkommer till.

Somatisering är vanligt

För att få en uppfattning om problemets dimensioner höll Per Fink från Århus, Skandinavians store epidemiolog på området somatisering, en genomgång. Han har med hjälp av en standardiserad intervju (SCAN) funnit att sökande inom primärvården i 60 procent av fallen uppvisar minst ett medicinskt oförklarade symtom. Inom medicinsk öppenvård är motsvarande prevalens 46,5 procent, vid neurologisk specialistmottagning 70 procent. Somatiseringssyndrom är ett allvar-

SAMMANFATTAT

Somatisering är mycket vanligt på alla vårdnivåer och kan, men måste inte, tyda på psykisk sjukdom.

Flera behandlingsmetoder har visat sig framgångsrika, varav kognitiv beteendeterapi är den mest studerade.

Det finns behov av strukturerade och graderade vårdplaner på området.

Tema: Svårförståeliga sjukdomar

Artikeln ger en rapport från Berzeliussymposiet i maj 2000 på temat somatisering.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

ligt kroniskt tillstånd med validitet och prediktabilitet och är ena extremen i ett kontinuum. Med de olika definitionerna av diagnosen i ICD-10 respektive DSM-IV blir prevalensen 4,2 procent respektive 1,1 procent inom primärvård. Bland läkare som intresserar sig för somatisering framhålls ofta att den mycket snäva definitionen åtminstone för primärvårdens del är kliniskt oanvändbar.

Det är flera som har föreslagit enklare diagnostiska indelningar. För Finks egna studier har man delat in de egentliga somatiseringarna (sådana som inte spontant ser ett samband psykosociala omständigheter/kroppsliga symtom) i multisymtomatiska, oligosymtomatiska respektive sk funktionella syndrom. En sammanslagning av grupperna visar problemets omfattning. När man kombinerar de olika diagnoserna blir prevalenssiffrorna inom primärvård 22 procent (DSM-IV) respektive 58 procent (ICD-10); på en internmedicinsk mottagning 17,5 procent, respektive 20 procent. Genomgående rapporter kvinnor fler symtom, och fler symtom ju yngre de är.

De kroppsliga symtomen kan ibland vara uttryck för psykisk sjuklighet. I olika undersökningar i primärvård uppvisar

46–90 procent av patienter med depression somatiska symtom för doktorn. Det har visat sig att depression med en sådan presentation diagnostiseras bara i mellan en tredjedel och en tiondel av fallen jämfört med dem som presenterar psykosociala problem. Denna form av somatisering, som kallas fakultativ, är övergående; när exempelvis depressionen behandlas försvinner de kroppsliga symtomen. Vid den andra extremen i det kontinuum som somatisering utgör finner vi övergående kroppsliga reaktioner i en livskris, men dessa bör egentligen inte innefattas i begreppet.

Psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoder

En redogörelse för behandlingen vid somatiseringstillstånd måste delas upp på övervägande psykologiska och farmakologiska metoder. När det gäller de svåra kroniska somatiserarna med mycket hög sjukvårdskonsumtion redogjorde den erfarna konsultpsykiatern Christopher Bass från Oxford för en väl utarbetad metod, som går ut på att reducera den extrema vårdkonsumtionen och förebygga onödiga och farliga undersökningar och ingrepp. Metoden innebär en grundlig kartläggning av symtomutveckling och sjukvårdssökande. Man använder sig av en extremt lång intervju, tar in samtliga journaler och genomför ett antal formaliserade psykosociala test. Han betonade att 50 procent av de svåra somatiserarna också har en samtidig fysisk sjukdom. Så småningom summeras det hela inför patienten och behandlande läkare i en tydlig uppställning, som används för fortsatta vårdkontakter.

När det gäller de funktionella tillstånden, »symtomsyndromen«, fortsätter etiologierna att vara omtvistade. Ändå är det visat att många av dem i varierande grad överlappar varandra i epidemiologiskt hänseende. Även behandlingsmässigt finns många likheter.

Framför allt är det kognitiv beteendeterapi (KBT) som utvärderats, men det finns även enstaka välgjorda studier som talar för effekt av t ex graderad kontrollerad träning och stödterapi, »counseling«, liksom av en mer psykodynamiskt baserad psykoterapi. Den sistnämnda metoden presenterades av Elspeth Guthrie från Manchester på ett intressant sätt applicerad på refraktär irritabel tarm [1].

Kontrollerade studier

I en nyligen publicerad genomgång av KBT vid somatisering och symtomsyndrom fann man 31 kontrollerade studier [2]. Intressant nog påvisades i 71 procent av studierna en förbättring hos de KBT-behandlade jämfört med kontrollerna när det gäller fysiska symtom, medan förbättringen avseende psykiska besvär noterades i »endast« 38 procent. Detta talar för att mekanismen för symtomreduktionen inte, som man tidigare ofta antagit, medieras via minskade psykiska symtom. Förbättrad coping, minskad oro för sjukdom och en mindre benägenhet för »katastrofierande« kan tänkas begränsa upptagningen vid och förstärkningen av de somatiska symtomen.

Slutsatsen blir att psykologiska besvär inte duger som utfallsmått vid behandling av somatiserare. Dessutom kan de psykologiska symtomen kräva sin egen behandling, farmakologiskt eller specifikt i psykoterapi. Som vid alla studier som refereras här är generaliserbarheten till förhållanden inom primärvård begränsad, eftersom undersökningarna utförts vid högt specialiserade enheter.

Som Michael Sharpe redogjorde för finns vid kroniskt trötthetssyndrom, »chronic fatigue syndrome«, idag fyra randomiserade kontrollerade studier som talar för effekt av KBT. Psykologen Trudy Chalder från Oxford redovisade metoden som den sett ut i den först publicerade av dessa [3]. En grundtanke är att symtomen måste förstås utifrån tre faktorer: predisponerande, precipiterande och vidmakthållande. Det premorbida beteendet grundas ofta på en personlighet där soma-

tisk attribuering betonas och olika dysfunktionella antaganden (t ex negativa aspekter av perfektionism) omhuldas. Kritiska händelser som en infektion eller problem på jobbet leder till symtom, som ibland blir kroniska.

Det är intressant att man i behandlingen inte strävar efter att förändra patientens uppfattning om orsaken till besvären (attributionen). Denna har visat sig kunna bestå relativt oförändrad även med gott behandlingsresultat. Det är i stället patientens antaganden omkring fysisk aktivitet respektive vila som skall förändras. Under användandet av en strikt indelning av behandlingen i steg identifieras dysfunktionella tankar och stabiliseras rytmen aktivitet–vila. Ett väsentligt moment är också att kartlägga livssituationen, där det inte sällan förekommer reella problem på arbetsplatsen eller i familjen. I pedagogiskt syfte använder man i mycket en tresystemsmodell av människan bestående av fysiologi, kognition och beteende.

Behandling av olika smärtsyndrom

Kognitiv beteendeterapi har också på senare tid lanserats stort som behandling av olika smärtsyndrom. Steven Linton från Örebro gav en översikt över den aktuella forskningen på området. Ett problem med utvärdering av KBT vid muskuloskeletal smärta (och inte bara då) är att behandlingsprogrammen är varken homogena eller uniforma. Ändå har såväl Cochraneinstitutet som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kommit till positiva slutsatser när det gäller förbättring av viktiga variabler vid behandling av kronisk muskuloskeletal smärta med KBT. Både individcenterade insatser och gruppinsatser kan vara effektiva.

Dock återstår att klarlägga det specifika utfallet av en definierad behandling. Om man också kunde hitta sätt att matcha en specifik behandling till olika patienters individuella behov skulle behandlingseffekten kunna förstärkas ytterligare. Det intressanta här är KBTs förmåga att påverka upplevelsen och därmed smärtbeteendet. En central del i all kognitiv terapi är att identifiera automatiska tankar som mynnar ut i »värsta tänkbara konsekvens«. När det är gjort kan man börja arbeta på att »avkatastrofiera« och öva sig i mötet med verkligheten. Man bör framhålla att metoden är arbetsintensiv och kräver ordentliga strukturer och rutiner.

Tidig intervention

Ett intressant nytt användningsområde är prevention och tidig intervention vid muskuloskeletal smärta redan på primärvårdsnivå. 85 procent av alla svenskar kommer någon gång att söka hjälp för smärta från rörelseapparaten. Men det är bara hos några procent som besvären blir kroniska utan godtagbar patofysiologisk förklaring.

Linton redogjorde för en av de studier i Sverige han medverkat i, då man försökt att identifiera riskfaktorer för att förebygga en kronisk utveckling. Med hjälp av korta psykometriskt utvärderade självsvarsenkäter har man kunnat identifiera 73–88 procent av riskpopulationen. Dessa patienter erbjuds en KBT-behandling i grupp bestående av sex sessioner à två timmar. Resultatet mätt i minskad sjukfrånvaro både på kort och på lång sikt jämfört med kontrollgruppen är imponerande [4].

Ingvard Wilhelmsen från Bergen har väckt mycket uppmärksamhet med sin för Norden än så länge unika speciella klinik för behandlingen av hypokondri. Han redogjorde ingående för tillvägagångssättet, som bygger på klassisk kognitiv beteendeterapi. Ansatsen ter sig terapeutiskt sett förhållandevis konfrontativ. Behandlingsresultaten verkar vara gynnsamma.

Flera av föredragshållarna framhöll behovet av ett mer systematiserat omhändertagande av dessa svåra patientgrup-

per. Från Wayne Katon i Seattle beskrevs ett system. På den lägsta nivån, där nya patienter med medicinskt oförklarade symtom återfinns, föreslås att man screenar för riskfaktorer för kronisk utveckling och använder pedagogiska insatser. Om symtomen består efter sex till åtta veckor får patienten en »case manager«. Om besvären visar sig bli kroniska blir det aktuellt med rehabiliterande insatser bestående av t ex graderad kontrollerad träning, KBT m m. Sådana stegvisa interventioner är helt outvärderade men logiska, inte minst från resurs-synpunkt.

Farmakologisk behandling

Utifrån referat av en metastudie av 94 publicerade studier av antidepressiva kan påpekas att dessa läkemedel i de flesta fall (69 procent) visade ett gynnsamt utfall för åtminstone en parameter [5]. I de studier då depression mätts visade sig symptomförbättringen vara oberoende av effekten på depressionsmätt, vilket ju också verkar vara fallet när det gäller KBT. Vid symposiet förblev det oemotsagt att tricykliska medel fortfarande har bäst effekt på smärta, medan selektiva serotoninupptagshämmare, SSRI, å andra sidan tolereras bättre. Den allmänna regeln är att börja vid låga doser och inte glömma att senare höja dosen.

Läkarvetenskapen tappat greppet?

En konferens på temat somatisering med så högkvalitativt deltagande som vid årets Berzeliussymposium är unikt även med internationell måttstock. Den klargjorde att kunskapen om diagnostik och behandling har tydligt fördjupats. Samtidigt som detta snåriga gränsområde är på väg att bli uppröjt hotas den medicinska vetenskapen just här från nya håll. Simon Wessely ifrån London menade i en historisk exposé att professionen redan nu förlorat tolkningsföreträdet när det gäller nya »moderna« sjukdomar. Utbredningen av kroniskt trötthetssyndrom i engelskspråkiga länder under 1990-talet var det första tydliga exemplet på att läkarvetenskapen höll på att tappa greppet. Nästa steg togs med det s k Gulf War Syndrome, där diagnosen ställdes av medierna långt innan det fanns en enda referens till tillståndet i någon medicinsk tidskrift. Först därefter har professionen fått hänga efter och försökt fylla begreppet med medicinskt innehåll.

Vad väntar oss i framtiden? Att vår historiskt sett korta period av »psykologisering« av samhällsstress får ge vika för att fysiska symtom blir norm? Som professor Wessely uttryckte det: somatisering är ändå först som sist en angelägenhet mellan läkaren och patienten.

Referenser

1. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Br J Psychiatry* 1993;163:315-21.
2. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000;69:205-15.
3. Sharpe M, Hawton K, Simkin S, Suraway C, Hackmann A, Klimes I. Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *BMJ* 1996;312:22-6.
4. Linton S, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine* 2000;25:2825-31.
5. O'Malley P, Jackson J, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Anti-depressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999;48:980-90.

Särtryck

Läkartidningen

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–1995 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen.

De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 75 kronor.



Missöden misstag missbruk

Beställer härmed.....ex
av "Missöden, misstag, missbruk"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker