

# Se upp för somatiseringsfällan!

Vår kunskap om många sjukdomars orsaker är generande bristfällig. Det vetenskapligt primitiva begreppet somatisering kränker många sjuka människors berättigade intressen. Det finns anledning fråga vad vi som läkare håller på med. Handlar det bara om ovilja att erkänna faktisk okunskap? Det är ju lätt att föreställa sig det stora värdet för elektrisk och elektronisk industri att de flesta läkare inte tar t ex elöverkänslighet på allvar.

PER DALÉN  
med dr, docent, Viken  
pdalen@algonet.se

■ Temat »svårförståeliga sjukdomar« behandlas på sidorna 5852-73 i Läkartidningen 51-52/01. Jörgen Malmquist, som har skrivit den medicinska kommentaren, talar om »svårbegripliga symtombilder« och framhåller behovet av en sammanfattande benämning på »symtom som till sin typ är somatiska men som efter undersökningar inte kan ges någon förklaring inom den begrepps-sfären«.

## Öppnar för spekulationer

Alltså, när kroppsliga symtom uppträder i sammanhang som inte finns beskrivna i läroböcker och officiella diagnoslistor uppfattas de som oförklarade, vilket gör att fallet betecknas som svårbegripligt eller »funktionellt«. Sedan står dörren vidöppen till spekulationer om somatisering. Men en diagnos ger ganska sällan en orsaksförklaring, så det måste handla om begriplighet på ett tämligen ytligt plan, ungefär synonymt med »igenkännbarhet«.

Läkare blir ju gärna frustrerade när det saknas en *accepterad bild* att hänvisa till. Även gamla välkända sjukdomar kan ju vara funktionella. Hur skall tinnitus (H93.1) betraktas? Antalet personer med långvarig tinnitus utan känd förklaring torde vara mycket stort. Är inte de också misstänkta fall av somatisering?

## Vår kunskap är begränsad

Lars Wahlström refererar i sin artikel psykiatern Michael Sharpe och skriver: »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.«

Vi vet generande litet om många viktiga sjukdomars orsaker. Sharpes rättframma ord lyser i det halvdunkel som

tyvärr präglar medicinens förhållande till detta faktum. Hur ofta hör man inte en kollega säga offentligt att »vi vet inte exakt vad den här sjukdomen beror på, men ...«. I den medicinska kulturen undviker man att tänka på de stora kunskapsluckor som finns, och resultatet blir naturligtvis att respekten för både sanningen och för det okända avtrubbas.

## Driver en linje

Malmquist driver en linje. Enligt honom kan somatisering förklara all den sjuklighet som läkarna i dag har svårt att förstå sig på. »Följaktligen måste somatisering alltid övervägas som förklaring till somatiska symtom som framstår som 'medically unexplained'«. Begreppet beskrivs som »klart och lättförståeligt«, och Malmquist gör inga försök att med vetenskapliga argument övertyga läsare som eventuellt är skeptiska till orsaksförklaringar som är så enkla och som gapar över så mycket (»psykosociala påfrestningar tar kroppslig gestalt i form av sjukdomssymtom av somatisk typ ...«).

## Själen tar befälet

Malmquist tycks ansluta till den märkligt inflytelserike medicinhistorikern Edward Shorters syn på somatisering, som starkt avviker från den vanliga professionella uppfattningen om psykosomatiska fenomen. Shorter är inte läkare eller psykolog, men ställer oförskräckt upp egna teser som går långt utanför det historiska fackområdet.

Enligt Shorter är psykosomatisk sjukdom »any illness in which physical symptoms, produced by the action of the unconscious mind, are defined by the individual as evidence of organic disease and for which medical help is sought« [1]. Tadelningen mellan kropp och själ är tydlig, och själen har befälet över symtomproduktionen.

## Antikverad sjukdomsindelning

Shorter gör, liksom Malmquist, en indelning av sjukdomarna i organiska och funktionella. Den indelningen är an-

tikverad, men används av många författare på somatiseringsområdet i Shorters efterföljd: »The author's dichotomization of illness into organic and functional categories is far from the holistic conceptions of psychosomatic medicine« [1]. Enligt Malmquist förefaller det troligt »att kronisk ryggvärk (utan påvisbar orsak) är på väg att betraktas som ett somatiseringssyndrom, i så fall ett sådant av mycket stor omfattning«.

## Läkarna förlorar tolkningsföreträdet

En så drastisk omklassificering skulle givetvis påskynda den process som Wahlström talar om i sin artikel: »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.«

## Patienterna organiserar sig

Patienter med vissa »funktionella« sjukdomar och de professionella som ställer upp för dem beskrivs inte sällan på ett arrogant sätt som drivna av pekuniära eller andra låga motiv, och deras opinionsmässiga inflytande beklagas [2]. I Storbritannien och USA har välorganiserade patientgrupper alltmer börjat samla sig

*Finns det också utomstående aktörer någonstans i bakgrunden? Det är ju lätt att föreställa sig det stora värdet för elektrisk och elektronisk industri av att de flesta läkare än så länge inte tar elöverkänslighet på allvar, för att nämna ett exempel.*

till motstånd mot läkarnas anspråk att, trots begränsade kunskaper, få diktera villkoren [3-5].

Många sjuka människors berättigade intressen kränks verkligen på ett oacceptabelt sätt genom tillämpningen av det vetenskapligt primitiva begreppet somatisering. Det krävs mycket starka skäl för att äventyra allmänhetens förtroende genom att fortsätta på den vägen.

### Finns andra aktörer i bakgrunden?

Det är kanske dags att fråga sig vad vi håller på med, och varför? Handlar det bara om vår egen ovillighet att erkänna faktisk okunskap, eller finns det också utomstående aktörer någonstans i bakgrunden? Det är ju lätt att föreställa sig det stora värdet för elektrisk och elektronisk industri av att de flesta läkare än så länge inte tar elöverkänslighet på allvar, för att nämna ett exempel.

I USA finns en mer illusionsfri syn på sådana saker, och en vanlig uppfattning är att den som har stora ekonomiska resurser har goda möjligheter att påverka den vetenskapliga opinionen i olika frågor. Det handlar verkligen inte bara om tobaksindustrin. De kemiska och farmaceutiska industriernas inflytande debatteras intensivt, också i vissa av de stora medicinska tidskrifterna. Även om problemet är oangenämt är det bättre att möta det med öppna ögon.

### Referenser

1. Taylor GJ. From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the modern era by Edward Shorter. New York: Free Press, 1992 [Review]. *Psychosom Med* 1993;55:88-9. Excerpts at <http://ds.dial.pipex.com/comcare/ME/shorter.html>
2. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-21.
3. Clark C, Buchwald D, MacIntyre A, Sharpe M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a step towards agreement. *Lancet* 2002;359:97-8.
4. Eaton L. Chronic fatigue report delayed as row breaks out over content [News]. *BMJ* 2002; 324:7.
5. Eaton L. Recognising chronic fatigue is key to improving outcomes [News]. *BMJ* 2002;324: 131.

# Någonting kom inte med!

## Att samhället är mångkulturellt påverkar vården

Det är bra att Läkartidningen tar upp att det saknas en pusselbit kring bedömning av patienter med somatisering (51-52/01, sidorna 5852-73). Men vi tycker att det är lite förvånande att författarna diskuterar ämnet utan att ta hänsyn till att Sverige utvecklats till ett mångkulturellt samhälle och att detta präglar vården. Vi behöver utforska och lyfta fram kulturella faktorerens betydelse för kommunikation, sjukdomsförlopp, vård och behandling. Detta är av betydelse i mötet med patienten som använder kroppen för att kommunicera psykisk ohälsa och sociala problem. Det kan handla om att patienten somatiserar.

### SOLVIG EKBLAD

enhetschef vid Institutet för psykosocial medicin (IPM), docent och adjungerad universitetslektor i transkulturell psykologi vid Karolinska institutet, Neurotec-institutionen, sektionen för psykiatri, Huddinge universitetssjukhus  
[Solvig.Ekblad@ipm.ki.se](mailto:Solvig.Ekblad@ipm.ki.se)

### SOFIE BÄÄRNHIEM

fil lic, doktorand vid Karolinska institutet, Neurotec-institutionen, sektionen för psykiatri, Huddinge universitetssjukhus, överläkare vid Transkulturellt centrum, Bromma

### TÖRES THEORELL

föreståndare vid Institutet för psykosocial medicin (IPM), professor i psykosocial miljömedicin, särskilt arbetsmedicin vid Karolinska institutet

II Två av författarna nämner i förbigående kultur och kommunikation av symptom. Lars-Gunnar Gunnarsson beskriver hur kulturella förhållanden ger legitimitet åt hur oro och stress kan/får kommuniceras. Ulla Maria Anderberg tar upp att kulturella faktorer kan påverka symptomen.

### Definitioner

Somatisering är ett begrepp med olika betydelser och används ofta mångtydigt [1]. Vi håller oss här till Malmquists definition: »ett begrepp som innebär att existentiella påfrestningar tar sig uttryck i somatiska symptom som inte kan visas bero på organisk sjukdom«.

Begreppet somatisering implicerar att en individs problem manifesterar sig kroppsligt. Två olika scenarier, ett i vid mening »psykosomatiskt« och ett i vid mening »psykiatriskt«, är möjliga:

1.) *Det »psykosomatiska«*: De besvär med kroppsliga symptom som patienten rapporterar har sin orsak i psykiska eller

psykosociala problem. a) Dessa framkallar fysiologiska reaktioner som i sin tur (särskilt om reaktionerna blir långvariga) resulterar i kroppsliga »objektivt påvisbara sjukdomar«. b) Man kan också tänka sig att patientens kroppsliga symptom har rent fysiska orsaker men att han/hon av psykiska eller psykosociala skäl har svårare än andra att leva med symptomet. Det senare alternativet är inte aktuellt i somatiseringsdiskussionen även om gränsen ofta är svår att definiera. I båda dessa varianter tänker man sig att patienten verkligen har kroppsliga förändringar.

2.) *Det »psykiatriska«*: Enligt detta scenario föreställer man sig ofta att patienten upplever ett kroppsligt symptom eller en kroppslig förändring som i objektiv mening inte finns. Detta betraktelsesätt är vanligare i psykiatri än i psykosomatiken, även om gränsen mellan dessa discipliner är mycket vag.

### Orsakskedjorna

Ofta är den tänkta »psykosomatiska« orsakskedjan enligt 1a) motsatsen till hypokondri; patienten har gått för länge med sitt problem utan att göra något åt det eller därför att ingen hjälp funnits (som ju ofta är fallet för flyktingarna). Till slut har de fysiologiska reaktionerna resulterat i kroppsliga förändringar som är objektivt påvisbara.

Den »psykiatriska« orsakskedjan (som ju i extremfallet innebär att någon objektivt påvisbar kroppslig sjukdom inte finns) ligger däremot nära hypokondri. Risk för förväxling finns förstås och detta är ett stort problem för den psykosomatiska medicinen. I lekmannaföreställningarna om psykosomatik dominerar uppfattningen att psykosomatiska sjukdomar helt enkelt beror på hypokondri.

Hos vårdpersonal som inte funderat