

Somatisering – en utmaning för sjukvården

Symtom kan vid somatisering ha en fysiologisk grund, men upplevelsen, tolkningen och de beteendemässiga konsekvenserna av symtomen påverkas på ett avgörande sätt av individens psykologiska predisposition och av det sociala och kulturella sammanhang där symtomen uppträder.

ANDERS LUNDIN
överläkare, rehabiliteringsmedicinska kliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm
Anders.lundin@reh.ds.sll.se

II I Läkartidningen 8/2002 (sidorna 815-9) kritiseras somatiseringsbegreppet. Robert Olin skriver i sitt inlägg: »Somatiseringsdiagnosen bör tills vidare användas med återhållsamhet då det kan komma att visa sig att det finns rent biologiska förklaringar till patientens symtom och sjukdomsupplevelse«. Jag vill tvärtom påstå att de somatiska tillstånden har förutsättningar att bli en av århundradets stora utmaningar för sjukvården.

Människan en psykobiologisk enhet

En utgångspunkt för att förstå somatisering är människans benägenhet att reagera som en psykobiologisk enhet, dvs att starka känslor och psykologiska processer går hand i hand med somatiska förändringar som autonom aktivering (svettning, pulsstegring, snabbare andning), ändrad muskelspänning (spänningshuvudvärk, klumpkänsla i halsen, trångt i bröstet) eller ändrad vakenhetsgrad (trötthet, insomningssvårigheter). Vid somatisering fokuserar individen ensidigt på somatiska aspekter av denna psykofysiologiska aktivering samtidigt som emotionella aspekter bagatelliseras eller förnekas. Individen kan göra det *Psyke och/eller soma?* utifrån en önskan att inte framstå som offer för okontrollerbara emotioner, men också för att han eller hon helt enkelt inte känner till eller förstår dessa elementära samband mellan känslor och kroppsliga medreaktioner. Den ensidiga fokuseringen på kroppsliga symtom får då också en psykologisk försvarsfunktion genom att konflikter och interpersonella problem

tonas ned till förmån för uppmärksamheten på tillståndet i kroppen. Beteendet kan förstärkas av sjukvården, som ibland har en överstark fokusering på kroppsliga aspekter av patientens symtombild.

Biomedicinsk sjukdomsmodell

Den västliga världens skolmedicin har en biomedicinsk/positivistisk inriktning och sätter det mätbara och för sinnena iakttagbara, dvs det kroppsliga, i första rummet. Somatiseringsbegreppet innebär inte ett underkännande av giltigheten i den biomedicinska modellen, vilken är överlägsen för att förklara och förstå apparatfelssjukdomar såsom benbrott, lunginflammation, cancer och blodbrist. Somatiseringsbegreppet skall i stället tillämpas när biomedicinska faktorer är *otillräckliga* för att förklara individens lidande och funktionsnedsättning och då samverkande psykosociala faktorer undervärderas eller negligeras.

Bio-psyko-social sjukdomsmodell

Somatiseringsbegreppet är förankrat i en bio-psyko-social sjukdomsmodell, vars innebörd är att *såväl* biomedicinska som psykologiska och sociala faktorer bidrar till ohälsa. Ett lyckat exempel på tillämpning av den bio-psyko-sociala sjukdomsmodellen är SBU-rapporten Ont i ryggen, ont i nacken [1], vars budskap i stark förkortning lyder:

Smärta i ländrygg och nacke är vanligt och som regel inte en signal på allvarlig sjukdom eller att man bör undvika normala dagliga aktiviteter. Vetenskapliga studier visar att aktivitet, som återgång i arbete och motion i lagom omfattning, gynnar tillfrisknandet.

Ryggsmärta och dess konsekvenser är alltså inte ett isolerat kroppsligt problem utan har samband med sociala, psykologiska och arbetsplatsrelaterade faktorer. Stress, oro, rädsla och patientens egen uppfattning om och förmåga att hantera ryggsproblemet (coping) har avgörande betydelse för övergången från akuta till mer kroniska smärtor. Det innebär inte att ryggsmärta är av vare

sig psykologisk eller social *natur*, men att det som har störst betydelse för om ryggsbesvär skall bli långvariga och leda till funktionsnedsättning är faktorer som vi, förenklat, kallar psykosociala.

KBT förebygger kronifiering

Att sårbarhets- eller riskfaktorer kan identifieras med screeninginstrument och, med en begränsad kognitiv beteendeterapeutisk intervention (KBT), kan hindras att negativt påverka sjukdomsförloppet, har förtjänstfullt visats i arbeten [2, 3] av den svenske psykologen Steven Linton. En slutsats av Lintons arbeten är att ett överstarkt fokus på det kroppsliga symtomet (den onda ryggen) parat med ett negligierande av samverkande psykosociala faktorer – somatisering, med andra ord – kan bidra till att biomedicinskt godartade smärttillstånd permanentas.

Symtomen kan ha en fysiologisk grund

En tolkning av ett symtom i termer av somatisering betyder alltså inte alltid att symtomen »enbart skulle vara psykologiskt grundade«, som Robert Olin, med en dikotomiserande förenkling, påstår. I DSM-IV anges i stället i definitionen av somatisering att »om besvären kan relateras till kroppssjukdom är de somatiska klagomålen enträgnare eller funktionsnedsättningen mer uttalad än vad som normalt skulle förväntas med tanke på anamnes, somatisk undersökning eller laboratorieresultat«.

Symtom kan således, vid somatisering, ha en fysiologisk grund, men upplevelsen, tolkningen och de beteendemässiga konsekvenserna av symtomen påverkas på ett avgörande sätt av individens psykologiska predisposition och av det sociala och kulturella sammanhang där symtomen uppträder, så som t ex visats i den ovan citerade SBU-rapporten.

Referenser

1. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapsmanusställning. SBU rapport nr 145/1-2. Stockholm: SBU, 2000.
2. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and sub-acute back pain. Clin J Pain 1998; 14:209-15.
3. Linton SJ, 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;21:2825-31;discussion 2824.