

Somatisering – replik för att reda ut begreppen

Jan Lidbeck har i ett debattinlägg i Läkartidningen 13/2002 (sidan 1505) kritiserat somatiseringsbegreppet och mitt sätt att använda det. Lidbeck menar att somatiseringsbegreppet är uttryck för en otidsenlig sjukdomssyn och att det bör utmönstras. Lidbeck citerar mig felaktigt och tillskriver mig uppfattningar som jag inte varit i närheten av – som att symtomen vid hjärtinfarkt, diabetes och reumatoid artrit är uttryck för somatisering. Så stolligt! Självklart har jag aldrig påstått, än mindre menat det.

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

II Vad värre är: Lidbeck vet att jag inte menar det. Lidbeck har ju *själv* genomfört en kontrollerad behandlingsstudie (kognitiv beteendeterapi) på en grupp somatiserande patienter [1].

Trots att Lidbeck numera påstår att han finner somatiseringsbegreppet otidsenligt och utan plats i modern svensk sjukvård, visade hans behandlingsstudie av somatiserande patienter förbättring i behandlingsgruppen med avseende på kroppsliga symtom, somatisk fixering, hypokondri och medicinanvändning.

Inte illa. Lidbeck är således väl insatt i den internationella diskussionen om somatisering – så pinsamt bara för honom att han med sin studie bidragit till fortlevnaden av begreppet! Han vet också mycket väl hur jag ser på somatiseringsbegreppet efter de artiklar jag skrivit i ämnet och efter den privata brevväxling han och jag haft i frågan. Hans felaktiga beskrivning av min ståndpunkt har alltså inte syftet att klargöra någonting utan bara att förlöjliga någon som tycker annorlunda än han själv.

Överstarkt fokus på kroppsliga symtom

I själva verket var hela min debattartikel i Läkartidningen 11/2002 (sidan 1239) ett enda långt argument *mot* den typ av dualism som Lidbeck tillskriver mig, som håller isär somatik och psykologi, så som ibland görs i en biomedicinsk sjukdomsmodell. Jag pläderade för att *såväl* biomedicinska, psykologiska *som* sociala faktorer i olika grad, och ofta samtidigt, påverkar hälsa, tolkning av ohälsa och sjukdomsbeteende hos individen. Och att somatisering föreligger när man, i enlighet med en snävare for-

mulerad biomedicinsk sjukdomsmodell, lägger ett *överstarkt fokus* på kroppsliga symtom och blundar för samverkande psykosociala faktorer.

Fel ställa psykologi mot neurobiologi

Här finns inte utrymme för en diskussion om dualismen. En fördjupad diskussion i Läkartidningen om de kunskapsteoretiska förutsättningarna för vårt tänkande i dessa frågor är dock önskvärd. Dualismen är ett sätt att beskriva människan som har flera tusen år gamla rötter.

Vårt sätt att beskriva *relationen* mellan kropp och själ ändras dock fortlöpande utifrån nya kunskaper. Begreppen psyke och soma utgör en i vår kultur djupt integrerad och meningsskapande struktur, och det är svårt att se det me-

Det är sant att inte alla patienter jublar när tanken på samspelande psykologiska faktorer introduceras. Men det sker ju inte i en anda av att klandra eller »göra sig av« med patienten, utan för att kunna motivera behandling, t ex i form av psykofarmaka eller psykoterapi, i de fall det bedöms motiverat.

ningsfulla i att ersätta det ena med det andra – att ersätta psykologi med neurobiologi. Båda beskrivningsnivåerna har sitt berättigande, inte minst för mänskorna utanför den vetenskapliga diskussionen, dvs flertalet av patienterna.

Symtom med somatisk presentation

Jag har heller inte påstått att medicinskt oförklarade symtom alltid utgör »en kroppslig inre konflikt« – även om jag förstås sett exempel på det under tio års arbete som konsultationspsykiater inom neurologin. Lika ofta handlar det om ångestsyndrom och depressioner med somatisk presentation, t ex när patienten söker för hjärtklappning i samband med en panikattack och motsätter sig en psykiatriskt formulerad diagnos.

Flertalet psykiatrer i svensk psykiatri omfattar numera tanken att panikattacken har viktiga *såväl* neurobiologiska *som* psykologiska determinanter, och att inre konflikter inte alltid är avgörande för panikattackernas debut och förlopp. Samma sak gäller, *mutatis mutandis*, för depressioner.

Ska vi blunda för psykosociala problem?

Lidbeck förordar »begreppet idiopatiskt för det vi ännu inte begriper«. Det finns inget att invända mot det. Men om vi blir varse viktiga för sjukligheten vidmakthållande faktorer av psykosocial natur, skall vi då blunda för det för att inte riskera »att skapa konflikter mellan läkare och patient«?

Alla jublar inte

Det är sant att inte alla patienter jublar när tanken på samspelande psykologiska faktorer introduceras. Men som psykiater lär man sig att i de flesta fall hantera även den frustrationen, och det är ytterst sällan man har professionellt godtagbara skäl att avstå från det. Det sker ju inte i en anda av att klandra eller »göra sig av« med patienten, utan för att med en komplementterande formulering av patientens problem kunna motivera behandling, t ex i form av psykofarmaka eller psykoterapi, i de fall det bedöms motiverat.

Referens

1. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. Acta Psychiatr Scand 1997;96:14-24.