

Psykosomatisk smärtdiagnos bör byggas på fastställda kriterier

Kan ge möjligheter till bättre vård

GÖSTA ALFVÉN, docent, specialist i barn- och ungdomsmedicin samt smärtlindring, Hallunda Barn- och ungdomsmedicins mottagning (BUMM), Astrid Lindgrens barnsjukhus, Norrborg
gosta.alfven@karolinska.se

Ett enkelt mått på hälsa, det må vara bedrägligt, är avsaknad av kroppsliga symtom. Då vi förlorar aptiten, mår illa, får diarré, får svårt att svälja, blir onormalt trötta, får yrsel eller får ont någonstans ligger det nära till hands att ställa frågan: Vad är det för fel på mig? Frågan kan kräva kvalificerad hjälp. Då är det sjukvårdens uppgift att söka svaret. Finner vi ett svar, kallar vi det för diagnos.

Det är vanligt att sjukvården inte finner någon organisk förklaring till patientens symtom vid icke-akuta sjukbesök. Då vi inte finner någon kroppslig orsak får patienten i allmänhet ett lugnande besked och lämnas ofta att på eget bevåg klara av sitt symtom. Kanske får hon/han ett recept på någon symtomlindrande medicin och en vag antydning om att det kan vara något funktionellt. Vill patienten så kan hon/han få en remiss till psykiatrisk mottagning, där patienten kan få förståelse för sin livssituation. Men det leder sällan till att symtomet försvinner.

Patienten med det oförklarade symtomet »valsar« sedan ofta runt i sjukvårdsapparaten med stigande frustration och sjunkande självkänsla. Det gäller såväl den vuxna patienten som barnet och dess familj.

Att förstå symtom som inte beror på en organisk sjukdom

Då vi möter symtom som inte beror på en organisk sjukdom finns det anledning att undersöka om interaktion mellan själ och kropp, psyke och soma, kan vara av betydelse. Många symtom och sjukdomar uppstår vid störningar i detta samspel. Läran om denna typ av störning, då negativ stress har avgörande betydelse, fick i början av 1800-talet namnet psykosomatik, och störningen kallades för psykosomatisk.

På grund av bristande vetenskaplig stringens var det många som tog avstånd från begreppet på 1960–1970-talen. Det kritiserades också för att det, som man sa, bygger på ett förenklat dualistiskt kausalitetstänkande.

Problematiskt är att begreppet har använts vagt och slarvigt. Erfarenheten har visat att många fått diagnosen psykosomatisk sjukdom på felaktiga grunder. Förekomst av stress i patienters livssituation är inte ett tillräckligt kriterium för diagnos. Stress kan förekomma utan att den är orsak till patientens symtom.

För att lösa dessa problem introducerades begreppet funktionella symtom och syndrom, det som i engelskan kallas för functional somatic disorder [1].

Begreppet tillåter många faktorer att ha likvärdig och opreciserad betydelse, och man undviker att ta ställning till ett eventuellt samband mellan negativ stress och symtom. Det är dess styrka, men också dess huvudsakliga svaghet. Stress är ju även i dag en vanlig orsak till somatiska symtom. Det är man

»Då vi inte finner någon kroppslig orsak får patienten i allmänhet ett lugnande besked och lämnas ofta att på eget bevåg klara av sitt symtom.«

väl medveten om bland företrädare för den funktionella diagnostiken, men det har inte resulterat i någon metod att påvisa det [2].

Vi behöver finna vägar som leder till bättre precisering av stressens betydelse i vårt sökande efter orsakssammanhang.

En annan svaghet med begreppet funktionell är att dess patofysiologiska grund är oklar. Klassifikationssystem har skapats och diagnoser definierats genom majoritetsbeslut i konsensusgrupper på basis av symtom [3].

Vid psykosomatiskt symtom samverkar multipla faktorer – genetiska, personliga, psykologiska och sociala faktorer, infektioner, allergier med flera – till sjukdomsdebut och symtomens fortskridande. Men det är den negativa stressen som är den huvudsakliga utlösande och vidmakthållande reaktionen. Det kan vara yttre orsaker som prestationsångest, mobbing eller konflikter i skola, arbetsplats eller hemmet och/eller minskad förmåga till stresshantering, som under utvecklingskriser. Personen kan då få magont, huvudvärk, aptitnedsättning och kanske störning av tarmfunktionen och andra symtom.

Personer utsätts lättare för stress och får lättare psykosomatiska besvär om de har funktionshinder som ADHD [4], autisms, dyslexi och fobi.

Ökad neurobiologisk kunskap banar väg för förnyat begrepp

Kritiken att begreppet psykosomatik står för ett dualistiskt endimensionellt kausalitetstänkande är orätfärdig. Själens har ingen avskild plats hos människan och kan därför inte vara den ena polen i ett enkelt orsakssammanhang. Själens är komplex, och ordet speglar släktets genetiska och kulturella historia, skeenden under fostertiden och förlossningen, upple-

■ sammanfattat

Vi finner ofta ingen organisk diagnos hos patienten med långvariga kroppsliga symtom.

En vanlig orsak till kroppssymtom är icke-organisk orsak är långvarig negativ stress.

Vid kroppssymtom orsakad av negativ stress behöver vi ett diagnostiskt instrument, som ger oss möjlighet att ställa en tydlig diagnos. Pre-

missar och kriterier för ett moderniserat psykosomatikbegrepp presenteras i artikeln.

Patienter som efter utredning varken får organisk eller psykosomatisk diagnos bör i större utsträckning bli föremål för klinisk forskning för att förbättra förståelse och omhändertagande av denna grupp.

velser under spädbarnstid, uppväxt och nuvarande livssituation.

De senaste decenniernas ökade neurobiologiska kunskapar möjliggör att tydliggöra samspelet mellan psyke och soma och därmed att fördjupa, bredda och tydliggöra begreppet. Av betydelse är upptäckten av det interoceptiva nervsystemet och hur skeenden i kroppen genom detta medvetandegörs i insula, som i sin tur påverkar tankar och beslutsfattande [5]. Vi förstår också allt bättre hur emotioner, känslor, empati, hormonflöden och hjärnstamsreflexer påverkar hjärna och kropp [6, 7].

Amygdala, den mandelformade och mandelstora ansamlingen av nervkärnor i temporallobens mediala del, framstår alltmer som centrum i stressreaktionen som involverar prefrontalbark, cingulum, hippocampus, insula, hypotalamus och hjärnstam i ett mångfasetterat samspel med kroppen [7, 8] (Figur 1). En sökning i PubMed i augusti 2011 gav 2 534 referenser på sökorden »amygdala« och »stress«.

Negativ stress är grundbult och huvudorsak till psykosomatiska besvär [9-13]. Dess neurobiologiska reaktion har klarat, men det finns ingen helt accepterad definition på själva begreppet. Hans Selye, stressbegreppets fader, definierade stress som »the non-specific response of the body to any demand made upon it«. Det är en allmänt hållen definition, för allmän enligt många.

I min forskning har jag använt mig av definitionen »en emotion som uppstår i amygdala på grund av psykisk och fysisk påfrestning, och stress är den reaktion som denna emotion utlöser«. Det är en definition som tar fasta på amygdalas centrala roll. En invändning mot denna definition är att även om stress har emotionell karaktär uppfattas stress inte allmänt som en emotion.

Negativ stress definierade den svenska stressforskaren Marianne Frankenhauser som en känsla av underläge, brist på kontroll och hjälplöshet [Marianne Frankenhauser, Stockholm, pers medd; 1993] och det är i linje med McEwen och Gianaros syn [7]. Den negativa stressen ligger nära emotionen rädsla, ja ibland är de identiska. Flertalet försök på djur och människa vad gäller reaktioner på rädsla/fruktan kan lika väl beskrivas som stressexperiment [14, 15].

Stress är, som nämnts, en central orsak till många tillstånd som går under beteckningen funktionella. Men i den funktionella tankevärlden tonas detta orsakssamband ned. Ett exempel är Solveig Petersens välgjorda arbete om smärta och livskvalitet [16]. Hon visade på ett starkt samband mellan stressorer av olika slag och återkommande smärta. Men hon undvek att dra några slutsatser om orsakssamband.

Ett kriteriebaserat och avgränsat psykosomatiskt begrepp

Det psykosomatiska begreppets svaghet har, som nämnts, varit dess brist på precision.

Men denna brist kan övervinnas. I min forskning har jag på basis av klinisk erfarenhet upprättat och använt mig av de premisser och kriterier för diagnosen »psykosomatisk återkommande smärta«, vilka presenteras i Fakta 1. Dessa har prövats på barn och ungdom. Utfallet har jag bedömt som tillförlitligt [17].

Jag har här polemiserat kring begreppet funktionella besvär. Men jag håller med Karl Popper om att det inte är be-

»Det viktiga är att vi är öppna för att själ och kropp påverkar varandra och att stress kan vara den dominerande faktorn som utlöser symtom.«

■ fakta 1.

Premisser och kriterier för att ställa diagnosen »återkommande psykosomatisk smärta« hos barn

Premisser

- Återkommande påtagligt ont i minst 3 månader, minst 3 gånger
- Organisk orsak har uteslutits

Kriterier

1. Debut av långdragen negativ stress vid tiden för debut av smärtorna
2. Smärtor parallellt med långdragen negativ stress
3. Bättre/besvärsfri parallellt med minskad/upphörd långdragen negativ stress
4. Akut stress leder till akuta smärtor
5. Flertalet tillfällen av smärtor är relaterade till stress
6. Barnet har följts under längre tid
7. Föräldrar/barn och behandlande läkare är överens om diagnosen

Då sex av dessa sju kriterier är uppfyllda och organisk orsak inte påvisats kan diagnosen psykosomatisk orsak ställas.

Kommentar

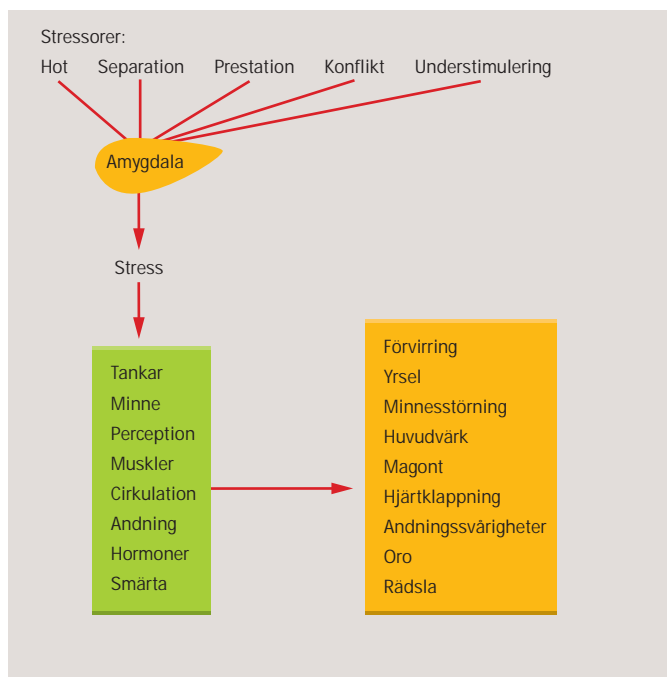
Kriterierna 1–5 är indicier.

Om dessa talar för samma orsak, förstärker de varandra i enlighet med Poppers vetenskapssyn [18]. Kriterierna 6–7 ger reliabilitet.

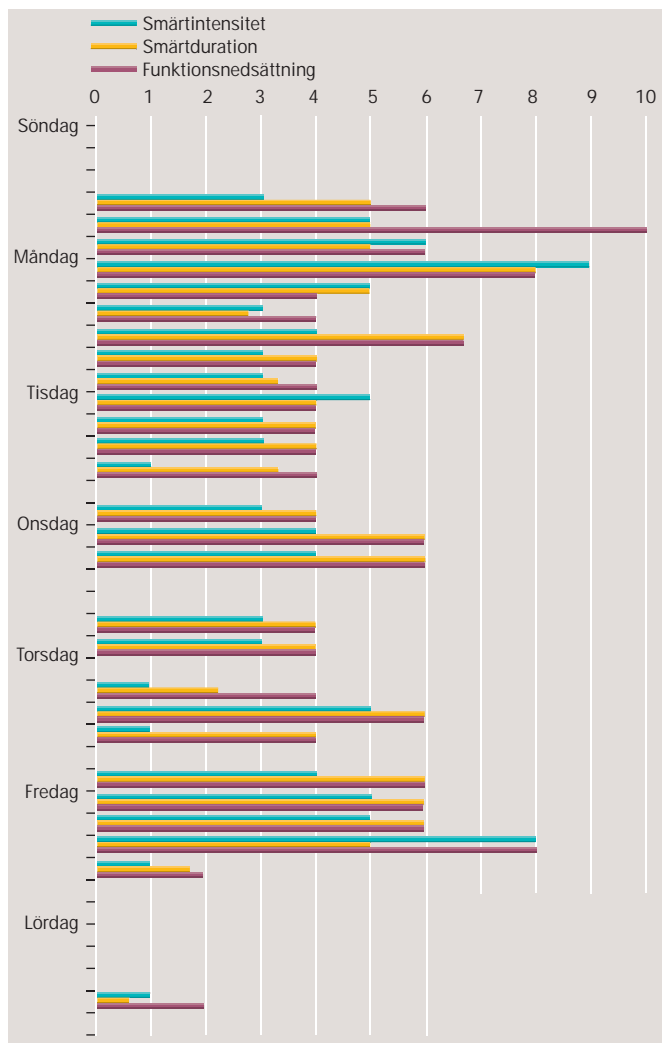
Organisk orsak falsifierar, men om den är utesluten stärks diagnosen. Behandling kan sedan inriktas på stressreducering och stresshantering på konkret nivå till hjälp för ett specifikt barn med specifik personlighet.

Då premisser och kriterier inte infrias finns skäl att intensifiera sökandet efter organisk orsak till besvären, vilket ökar möjligheten till rätt diagnos.

Kriterium 7 har kritiserats, eftersom föräldrar och även barn kan förneka förekomst av stress. Efter upprepade, förtroendeskapande kontakter brukar detta, enligt min erfarenhet, inte vara något problem. Om de sex övriga kriterierna är positiva, infrias diagnosen ändå. Om kriterium 7 inte är infriat, är behandlingsinsats i vilket fall som helst i allmänhet meningslös.



Figur 1. Stressorer påverkar amygdala och utlöser en stressreaktion som kan resultera i olika symtom.



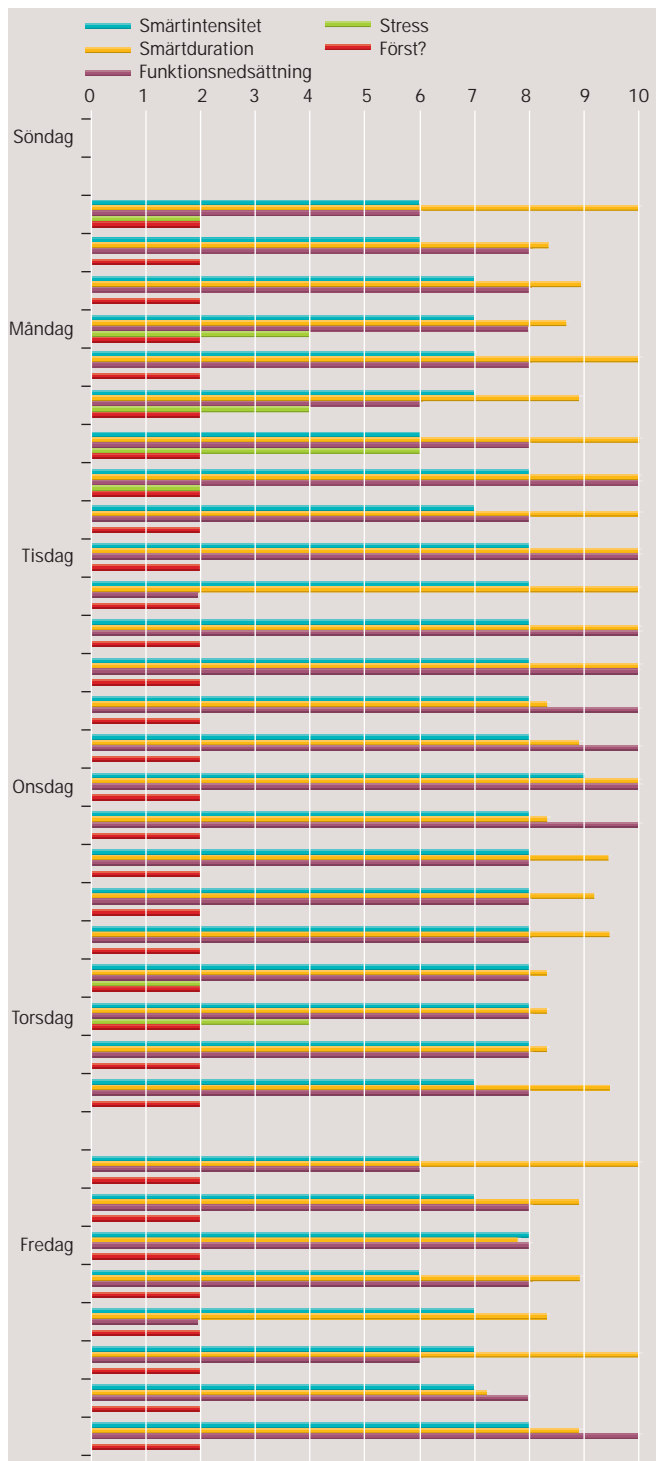
Figur 2. Diagram över rapporterad smärta via sms för 12-årig flicka med psykosomatisk återkommande smärta. Hon rapporterade sin smärta med tre variabler 6 gånger dagligen under 1 vecka: smärtintensitet (0–10); smärtduration (0–180 minuter) och funktionsnedsättning angiven på verbal skala (0–5). Variabelvärden för smärtduration och funktion transformeras till värden mellan 0 och 10. Hon rapporterade attacker med en smärtintensitet varierande mellan 1 och 9/10, korta till 1,5 timmar långa attacker med påverkan varierande mellan lätt till så svår att hon var helt stilla (2–10/10). Smärtattackerna började på söndag kväll och var utlösta av stress inför skolprov, kamratkonflikter och konflikt i hemmet.

greppen vi ska tvista om, utan innehållet vi ger dem [18]. Det viktiga är att vi är öppna för att själ och kropp påverkar varandra och att stress kan vara den dominerande faktorn som utlöser symtom. Patienten med långdragen negativ stress behöver bli sedd och förstörd och få hjälp.

Klinisk psykosomatik bör bli en medicinsk specialitet

Mötet med patienten behöver ske i en atmosfär i vilken sjukvårdens tidspress hålls utanför. En blick på klockan och en

»För att utveckla kunskapen och förbättra det kliniska handlaget behöver ämnet klinisk psykosomatik bli en medicinsk specialitet ...«



Figur 3. Diagram över rapporterad smärta via sms för 14-årig flicka med svåra buksmärter på grund av abdominell kutan nerv-entrapment (ACNE). Hon rapporterade sin smärta 6 gånger dagligen under 6 dagar. Hon påbörjade rapportering söndag kväll och rapporterade 32 smärttillfällen. Rapporterna var tredje timme visade hög smärtintensitet 6–10/10, smärtduration 8–10/10 och smärtpåverkan 6–10/10, där 10 = ligger still på grund av smärtan. Variabelvärden för smärtduration, funktion, stress och »Först?« transformeras till värden mellan 0 och 10. Hon rapporterade måttlig stress. Med variabeln »Först?« rapporterar man om stressen kommer före smärtan, vilket anges med siffran 1, och om smärtan kommer före stressen anger man det med siffran 2. Hon angav att smärtan kom före stressen vid varje smärttillfälle (= 2).

otålig harkling stör. Patienten behöver känna ett genuint intresse från sjukvården för sina symtom. Framkommer tecken på tidspress upplever patienten att hon/han är till besvär, kontakten blir bristfällig och sjukhistorien fragmenterad.

Ett öppet, sökande sinne för möjlig genes som inkluderar organisk etiologi och möjligheten av psykosomatisk eller okänd orsak gör att patienten känner sig förstådd.

Om man inte finner någon organisk orsak och psykosomatisk diagnos negetras, finns skäl att driva den organiska utredningen ett steg till, se beskrivning av fall 2 nedan. Om den också utfaller negativt och diagnosen blir okänd, bör detta stimulera till forskning efter ännu inte klarlagda symtomalstrande mekanismer. Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan lindra symtomen [19].

För att utveckla kunskapen och förbättra det kliniska handlaget behöver ämnet klinisk psykosomatik bli en medicinsk specialitet inom pediatriken och vuxenmedicinen.

Tre fallbeskrivningar hämtade från pediatriken

Fall 1. Clara, 12 år, hade redan från 1,5 års ålder besvärats av ont i magen och huvudet då och då. Från 7 års ålder fick hon mer distinkta magsmärter, framför allt under skoltermin. Hon hade lätt för sig i skolan men fick ofta ont i samband med prestationsstress. Hon kände också stress med magsmärter vid konflikter med skolkamrater och i hemmet. Pappan led av återkommande depressiva besvär, vilket påverkade den känslomässiga atmosfären i hemmet.

Efter kontakt med smärtläkare fick flickan, efter instruktion, via sin mobil sända in rapport om sin smärta till ett data-program, och på så vis skapa en sms-baserad smärtdagbok. Detta är en utprövad metod, som reliabelt registrerar smärtans intensitet, duration och påverkan i realtid [20]. Resultatet visade att flickan hade frekvent smärta av mestadels måttlig intensitet och funktionsnedsättning relaterad till läxarbete, läxförhör och konflikter i skolan och hemmet (Figur 2).

Utredning visade inga tecken på organisk sjukdom. I status fann man ömma punkter (tender points) över tinningar, skuldror, stora bröstmuskelns laterala fästen och kring naveln, typiska för psykosomatisk återkommande smärta [17, 21, 22]. Hon fick sk psykosomabehandling [21], en integrerad stress- och kroppsbehandling som utvecklats under 2000-talet, med hjälp till bl a förbättrad smärt- och stresshantering i samband med skolarbete och konflikter.

Hennes smärtor avklingade, och vid återbesök ett knappt år senare mädde hon i stort sett bra, trivdes med livet och hade bara enstaka lindriga, stressrelaterade buksmärter. Samtliga sju kriterier för psykosomatisk diagnos (Fakta 1) infriades.

Fall 2. Freja var en 14-årig flicka med svåra, invalidiserande buksmärter sedan 3,5 år. Hon hade genomgått en mycket omfattande somatisk utredning, och då denna inte givit något resultat hade familjen anmälts till socialtjänsten på grund av misstanke om vanvård. Sms-baserad smärtdagbok visade en bild med mycket kraftig smärta och svår funktionsnedsättning som talade för organisk orsak (Figur 3). Kriterier för psykosomatisk diagnos negetrades. Den organiska utredningen intensifierades, och sjukhistoria och bukstatus var förenliga med abdominell kutan nerv-entrapment (ACNE) [23].

Flickan blev besvärsfri efter operation.

Fall 3. Sara var en 17-årig flicka med svåra, invalidiserande buksmärter sedan över 2 år. Hon hade utretts hos gastroenterolog utan att organisk orsak påvisats. Flickans mamma hade en tumörsjukdom med dålig prognos. Sara remitteras med frågeställning psykosomatiska besvär. I samtal med Sara och mamman framkommer att flickan är ledsen över mammans sjukdom, men att hon har accepterat den och inte längre är särskilt stressad av den, och tankar på mammans sjukdom utlöser inte smärta.

Bukstatus inger misstanke om sjukdom i tarmen med palpationssmärta och meteorism över kolon. Man hade provat elimination av komjolk, men denna visade sig ha varit ofullständig. Total komjölkselimination gav successivt och efter 2 veckor fullständig smärtfrihet. Hon reagerade med smärta vid upprepad komjölksprovokation. Diagnos: komjölksallergi. Flickans svåra psykosociala situation var inte orsak till hennes besvär.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Functional somatic syndromes. Etiology, diagnosis and treatment. Peter Manu, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
2. Chiou E, Nurke S. Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. Expert Rev Gastroenterology Hepatol. 2010;4(3):293-304.
3. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Walker L, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006;130(5):1527-37.
4. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. Dev Med Child Neurol. 2008;50(2):134-8.
5. Craig A. Interoception: the sense of the physiological condition of the body. Curr Opin Neurobiol. 2003;13:500-5.
6. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Role of the amygdala in decision-making. Ann N Y Acad Sci. 2003;985:356-69.
7. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. Ann N Y Acad Sci. 2010;1186:190-220.
8. Damasio A. The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. New York, San Diego, London: Harcourt Brace & company; 1999.
9. Nylander I. Physical symptoms and psychogenic etiology; an investigation of consultation material. Acta Paediatr Suppl. 1959;48(Supp 117):69-77.
10. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. J Child Psychol Psychiatry. 1994;35:1171-90.
12. Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. J Adolesc Res. 2001;16:293-303.
14. Davis M. Neurobiology of fear responses: the role of the amygdala. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1997;9(3):382-402.
15. LaBar KS, Gatenby JC, Gore JC, LeDoux JE, Phelps EA. Human amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction: a mixed trial fMRI study. Neuron. 1998;20(5):937-45.
16. Petersen S. Recurrent pain and health related quality of life in young schoolchildren [thesis]. Umeå: Umeå universitet; 2008. p. 73-4.
17. Alfvén G. One hundred cases of recurrent abdominal pain in children. Diagnostic procedures and criteria for psychosomatic diagnoses. Acta Paediatr. 2003;92(1):43-9.
18. Popper K. Objective knowledge. An evolutionary approach. Oxford: The Clarendon Press; 1972.
19. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Gunnar L, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improved functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – a randomized controlled trial. Pain. 2009;141:248-57.
21. Alfvén G. Preliminary findings on increased muscle tension and tenderness, and recurrent abdominal pain in children. A clinical study. Acta Paediatr. 1993;82(4):400-3.
22. Alfvén G, Lindström A. A new method for the treatment of recurrent abdominal pain of prolonged negative stress origin. Acta Paediatr. 2007;96(1):76-81.
23. Alfvén G, Smedberg S. A case of a prolonged quest for the diagnosis of recurrent abdominal pain. Acta Paediatr. 2010;99(6):951-2, 801-2.