

Specialdesignad KBT hjälper vid somatiseringssyndrom



CECILIA SVANBORG, överläkare, Psykoterapienheten City, Norra Stockholms psykiatri
cecilia.svanborg@sll.se

Patienter med somatiseringssyndrom, dvs med ett flertal medicinskt oförklarade fysiska symtom över många år, är en stor utmaning för sjukvården. De söker ofta vård hos olika vårdgivare, genomgår många utredningar till stora kostnader och har ett långvarigt lidande. Hittills har ingen behandling, varken farmakologisk eller psykoteraeutisk, kunnat visa övertygande förbättring av symtom eller funktionsförmåga hos dessa patienter med multipla symtom.

En ny kognitiv beteendeorikterad behandling (KBT), speciellt utvecklad för somatiseringssyndrom, testades i en randomiserad kontrollerad studie [1]; 84 patienter med i medeltal 25 års sjukdomshistoria randomiserades till vanlig medicinsk vård förstärkt med en psykiatrisk intervention eller tillägg av tio sessioner manualiserad, individuell KBT.

Primärt utfallsmått var svårighetsgrad på en global skala för somatisering (CGI-SD, Clinical Global Impression Scale for Somatization Disorder). Sekundära utfallsmått var expertbedömning av behandlingssvar, självskattade mått på fysisk funktion och kroppsliga symtom samt vårdkonsumtion bedömd via journaler.

Välgjord studie

Vid 15 månaders uppföljning var somatisering signifikant mindre uttalad för gruppen som behandlats med KBT (0,84 på den 7-gradiga CGI-SD-skalan, $P < 0,001$). Patienterna i KBT-gruppen var också signifikant mer skattade som väldigt mycket eller mycket förbättrade än de som bara fått medicinsk vård med psykiatrisk intervention (40 procent [$n=17$] vs 5 procent [$n=2$]). KBT var också associerad med större förbättring i självskattad funktion och kroppsliga symtom och större minskning av sjukvårdskostnader.

Författarnas slutsats var att KBT är mer effektiv än aktuell modern behandling.

»Författarnas slutsats var att KBT är mer effektiv än aktuell modern behandling.«

Studien är metodologiskt välgjord och inom ett område som är viktigt för framför allt primärvården. Behandlingen utfördes av kompetenta psykoterapeuter som varje vecka hade handledning av dem som utvecklat manualen (författarna), och kvaliteten på psykoterapin följdes noggrant med ljudbandsinspelningar. Bedömnarna var oberoende och blindade för behandlingsbetingelse.

Relevanta utfallsmått användes inom flera områden, och sk intention to treat-analys gjordes, vilket är en styrka eftersom det är vanligt att patienter faller bort under behandlingens gång. Ytterligare en styrka var att man undersökte om patienternas förväntningar om att bli hjälpta i anslutning till det första besöket inverkade på resultatet, vilket dock kunde uteslutas.

Imponerande resultat

Det är imponerande att tio sessioner KBT kunde åstadkomma förbättring för denna grupp av patienter och att behandlingseffekten kvarstod från 3 månader upp till uppföljningen vid 15 månader. För att mer säkert kunna uttala sig om behandlingens effekt skulle fler kontrollerade studier behöva göras och även längre uppföljningar.

Studien utfördes inom ramen för en psykiatrisk klinik, och det är angeläget att undersöka om denna behandling kan fungera även i primärvården där majoriteten av dessa patienter finns.

Patienten hamnar mellan stolarna

Under de senaste 15–20 åren har psykosociala behandlingar för det som benämns somatoforma syndrom prövats i kontrollerade studier. Studierna har främst undersökt diagnostiska grupper som kroniskt trötthetssyndrom, smärt-syndrom, fibromyalgi, syndromet irriterad kolon, tinnitus och hypokondri [2]. KBT-behandling har visat sig ha effekt i ett flertal studier, framför allt på fysiska symtom men även på psykiskt lidande och funktionsnedsättning [3].

Min uppfattning är att det finns två större problem när det gäller behandling av patienter med somatoforma syndrom: dels diagnos, dels brist på adekvat psykologisk kompetens inom primärvården.

Den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-III introducerade somatoforma syndrom som en spekulativ diagnostisk kategori för kroppsliga symtom »som inte kunde förklaras av ett medicinskt tillstånd« [4]. Diagnosen har kritiserats för att bli oacceptabel för patienten, dualistisk, kulturellt färgad och överlappande med en mängd andra tillstånd samt förvirrande, bli i försäkringsmedicinska sammanhang [5].

Patienter riskerar att hamna mellan de medicinska och psykiatriska stolarna; som kliniker känner man sig lätt frustrerad. I stället har en multiaxial diagnostik föreslagits, där samtidiga sjukdomar som exempelvis depression och kroppsliga besvär noteras och hypokondri bör döpas om till »hälsoångest«.

Patienter med somatiseringssyndrom är i behov av en samverkan mellan genomtänkt somatisk vård och specifik psykologisk behandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hammer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166(14):1512-8.
- Allen LA, Escobar JI, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med.* 2002;64(6):939-50.
- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2000;69(4):205-15.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed. Washington DC: APA; 1980.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):847-55.

■ SAMMANFATTAT

Tio sessioner kognitiv beteendeterapi har effekt på somatiseringssyndrom, och effekten kvarstår efter ett år, enligt en välgjord kontrollerad studie.

Patienter med somatiseringssyndrom behöver samverkan mellan genomtänkt somatisk vård och specifik psykologisk behandling, företrädesvis inom primärvården.