

Somatiseringsdebatten åter till ruta ett – vidga perspektiven!

Allt talar för att de sk nya sjukdomarna, t ex fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, multipel kemisk känslighet, elallergi, amalgamsjuka, sjuka hus-syndrom, har både biologiska och psykologiska orsaker som samverkar såväl vid debuten som i det fortsatta förloppet. Redan befintlig kunskap är tillräcklig för seriösa behandlingsförsök. Ändå återupptas i Läkartidningen (8/2002 och 9/2002) den fruktlösa debatten mellan dem som är inriktade helt på att orsakerna (enbart) är biologiska respektive (enbart) psykologiska. Vad innebär sådana lösningar för den enskilde patienten, för forskningen, för sjukvården och för övriga i samhället? Nu är det dags att vidga debatten.

NOOMI ELANDER LINDBERG
med dr, leg psykolog, leg sjuksköterska,
Stocksund

ERIK LINDBERG
med dr, leg läkare, Stocksund

II Hösten år 2000 deltog vi i Läkartidningens debatt om huruvida vissa kroppsliga symtom och sjukdomar har psykiska eller biologiska orsaker. I första hand diskuterades de »nya diagnoserna« fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, överkänslighet mot t ex amalgam och el, sjuka hus-sjukan samt dessutom autoimmuna sjukdomar [1-3].

Både biologi och psykologi

Vi framhöll i vår sammanfattning [3] att alla seriösa undersökningar och forskningsresultat talar för att både biologiska och psykologiska orsaker (psykisk stress) samverkar såväl vid tillståndens debut som i det fortsatta förloppet, och att både fysiska/biologiska och psykiska/psykologiska orsaker bör behandlas där så är möjligt.

För de »nya« sjukdomarna gäller dock tills vidare att de biologiska orsakerna ej är tillräckligt kända/beskrivna för att kunna behandlas. Försök med behandling av de psykiska orsakerna har dock gjorts och bör fortsätta samt vidareutvecklas.

Reumatoid artrit

Att biologiska förändringar påvisats motsäger inte att psykiska faktorer kan vara en viktig orsaksfaktor. Psykiska faktorer kan bidra till uppkomsten av biologiska/fysiska förändringar bl a genom väl etablerade psyko-neuro-immunologiska mekanismer [4]. Som exempel nämnde vi den vanligaste autoimmu-

na sjukdomen reumatoid artrit, som med framgång kunnat behandlas med psykoterapi/insiktsterapi [5, 6]. När patienterna fick insikt i hur både kropp och själ samverkar kunde de förstå och bättre hantera sin livssituation, och då avtog den psykiska stressen och därmed den fysiska sjukdomsaktiviteten. Både subjektiva och objektiva symtom förbättrades liksom arbetsförmåga och laboratorievärden.

Kroniskt trötthetssyndrom

Den för närvarande vanligaste av de »nya« sjukdomarna, kroniskt trötthetssyndrom, har på försök behandlats med en »snabbare« men mindre djupgående form av psykoterapi – en anpassad form av kognitiv beteendeterapi. Statistiskt säkerställda men kliniskt otillräckliga resultat erhöles [7, 8]. Vi pläderade/pläderar därför för att behandlingsförsök bör göras med den mest djupgående formen av psykoterapi – psykodynamiskt orienterad individuell insiktsterapi som visat sig vara den mest verksamma vid psykosomatiska sjukdomar, och där längst bestående effekt har dokumenterats [6, 9, 10].

Debatten nu tillbaka till utgångsläget

Robrt Olin [11] polemiserar nu än en gång mot dem som tror att tillstånden har psykiska orsaker. Olin är författare till Nationella Folkhälsokommitténs skrift »Nya diagnoser – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar« (1999). Där drog han samma slutsatser som nu. Han anser att det viktigaste är att fortsätta att forska om biologiska/fysiska orsaker.

Ett centralt argument är att »flera av avvikelserna inte brukar vara typiska för vare sig akuta eller kroniska former av

stress«. Här bortser han från att psykosomatiska samband ofta innebär att den som drabbats av stress får somatiska symtom istället för psykiska stresssymtom.

Olin anför också att en somatiseringsdiagnos kan upplevas som kränkande. Vi har en helt annan erfarenhet. Ofta har det varit så att patienten känner en lättnad över att även psykiskt svåra upplevelser tas på allvar. Man måste dock tillräckligt tydligt och enkelt förklara för patienten hur psykosomatiska/psyko-neuro-immunologiska mekanismer fungerar. Och att man inte är en sämre människa för att man – som så många andra – drabbats av en psykiskt påfrestande livssituation.

Dalén [12] framför flera av Olins argument men också att indelningen av sjukdomar i organiska och funktionella är antikverad och står långt från ett holistiskt synsätt. Vi tycker att detta synsätt snarast öppnar vägen för vad vi förespråkar.

Malmquist [13] anser att somatisering kan vara ett »normalpsykologiskt sätt att reagera på svår distress, dvs en pågående livssituation«. Detta är de facto detsamma som att symtomen kan vara psykosomatiska. Malmquist instämmer också i Olins [11] och Daléns [12] åsikt att »det finns ingen metod att omgående och definitivt bekräfta diagnosen (somatisering/psykosomatisk). Att den är riktig visar sig i bästa fall efter hand, t ex när kognitiv beteendeterapi har gynnsam effekt«.

Enligt min (NEL) långa erfarenhet av

Största chansen att förverkliga sina idéer har den som ägnar sig åt kvantitativ forskning, däribland biologisk psykologi som kan redovisas med mått, siffror och mätskalor.

psykoanalytiskt orienterad insiktsterapi bekräftas dock som regel psykosomatiska samband mycket snart, ofta redan vid de första terapitillfällena. Att det sedan kan ta längre tid att behandla tillståndet är en annan sak.

Sju fibromyalgipatienter utredda vid smärtkliniken Kronan har i ett psykolog-examensarbete undersökts med djupintervjuer. Hos samtliga hade symtomen uppkommit i anslutning till psykiska konfliktsituationer [14].

Generellt problem

Avsikten med vårt inlägg är inte att vrida debatten ett varv till. Vi vill söka få till stånd en övergripande diskussion om tvärvetenskapligt samarbete istället för låsning inom egen teoretisk förankring – och inte bara inom medicinen; helst för många forskningsområden, kanske generellt för de flesta. Låt oss ge ett par aktuella exempel.

I en avhandling refererad i Dagens Nyheter den 20 februari 2002 beskriver teologen Margareta Brandby-Cöster situationen vid teologiska och humanistiska fakulteter: »Universitetens programförklaringar hyllar gärna gränsöverskridandet. Men den forskare som knacker på hos disciplinen bredvid möts ofta av skepsis. 'Du har väl studerat våra heliga skrifter?' Mer än av fritt flöde tycks våra gränsöverskridanden bestå i att försvara det egna ämnets klassiska frågor; teoretiska kanon och metodiska regelverk. Gärna 'tvärs' och 'över' men först rejäla gränser.«

Ett angränsande och stort problem är snedfördelningen av forskningsmöjligheter och -pengar inom olika områden. Det forskas mycket om hjärnfunktion vid »nya« sjukdomar. Men väldigt lite om djupgående psykologiska faktorer som kan ligga bakom.

Psykologforskning

I Psykologtidningen 1/2002 redovisas en undersökning av forskningssituationen för psykologer utförd av professorerna Rolf Sandell och Kjell Granström vid institutionen för beteendevetenskap i Linköping. Största chansen att förverkliga sina idéer har den som ägnar sig åt kvantitativ forskning, däribland biologisk psykologi som kan redovisas med mått, siffror och mätskalor. Minst chans till forskningsmöjligheter har den som vill bedriva kvalitativ forskning. Där använder man sig endast i ringa utsträckning av mått, siffror och av mätskalor. I stället karakteriserar, beskriver, tolkar och förklarar man.

Vad innebär allt detta för forskningen, för dess praktiska tillämpning, för ekonomin och för samhället i stort? Dags för bredaste möjliga debatt!

Referenser

1. Elander Lindberg N, Lindberg E. Använd befintlig kunskap – även när den är ofullständig. *Läkartidningen* 2000;97:2651-2.
2. Elander Lindberg N, Lindberg E. Undanhåll inte behandlingsalternativ. *Läkartidningen* 2000;97:3644.
3. Elander Lindberg N, Lindberg E. Förvirringen om CFS kan lösas – om viljan finns. *Läkartidningen* 2000;97:5686.
4. Solomon GF. Psychoneuroimmunology: Interactions between central nervous system and immune system. *J Neurosci Res* 1987;18:1-9.
5. Elander Lindberg N. Psychological processes in somatic disease [disseration]. Stockholm; Karolinska institutet, 1997.
6. Elander Lindberg N, Lindberg E, Theorell T, Larsson G. Psychotherapy in rheumatoid arthritis – a parallel process study of psychic state and course of rheumatic disease. *Z Rheumatol* 1996;55:28-39.
7. Sharpe M, Hawton K, Simkin S, Surawy C, Hackman A, Klimes I. Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312:22-6.
8. Söderberg S, Evengård B. Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Psychother Psychosom* 2001; 70:108-11.
9. Conte HR, Karasu TB. Psychotherapy for medically ill patients: Review and critique of controlled studies. *Psychosomatics* 1981;22:285-315.
10. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81: 421-42.
11. Olin R. Somatisering – en oftast missvisande förklaring till svårbegripliga symtom. *Läkartidningen* 2002;99:815-6.
12. Dalén P. Se upp för somatiseringsfällan! *Läkartidningen* 2002; 99:817-8.
13. Malmquist J. Somatisering – en realitet av vikt. *Läkartidningen* 2002;99:947-8.
14. Eroselius A, Stöfling M. En kropp som lider lever. Om hur personer med fibromyalgi kommunicerar psykisk smärta [psykolog-examensarbete]. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet; 2000.