



ANDERS LUNDIN är psykiater och neurolog. Han har framför allt arbetat som konsultationspsykiater med patienter inom somatisk sjukvård, särskilt neurologi. Hans specialområden är psykosomatiska tillstånd, funktionell yrsel, Huntingtons sjukdom och hjärnskaderelaterad problematik. I dag arbetar han som privatpraktiserande psykiater.

Berättelsen om en patient

För att ge en bild av hur somatisering kan se ut berättar Anders Lundin om en patient, en kvinna som han träffade på den medicinska intagningsavdelningen. Sedan ett drygt halvår hade hon besvärats av attacker av hjärtklappning, andnöd och illamående. Hon hade sökt flera gånger på akuten och varit inlagd för noggranna utredningar, men det enda medicinska fel man hittat var högt blodtryck som hon hade fått mediciner för.

Ändå mårde hon fortfarande inte bra. Den senaste månaden hade det tillkommit attacker av yrsel, huvudvärk och mattetskänsla i kroppen. Hon låg nu mest till sängs, behövde hjälp med praktiska saker som att handla och laga mat, och hon var sjuskriven från sitt arbete som ekonom på ett företag.

Kvinnan var drygt 50 år gammal, en stark och dynamisk entreprenörstyp med många järn i elden. Det senaste året hade dock inneburit stora omställningar för henne. Mamman, som hon haft en nära relation till, hade avlidit. Hon var på väg att genomföra en skilsmässa, och makarna hade skaffat en lägenhet där de bodde växelvis medan den andre bodde kvar hemma och tog hand om tonårsbarnen. Maken mårde psykiskt dåligt, och ringde ofta på nätterna med ångest och ville ha tröst.

Patienten tyckte inte själv att hon hade några psykiska besvär. Hon var på gott humör och såg fram mot att bli singel. Men omgivningen hade gjort henne uppmärksam på att hon var forcerad och irriterad. Hon var frejdig och rättfram i kontakten, men när man började prata om hennes familjesituation blev hon spänd, säger Anders Lundin:

”Då blev rösten pressad, hon tog sig åt bröstet, blev yr och ville ligga ner. Vad man såg var en ångestattack, och den kom när man berörde det som var emotionellt känsligt i hennes liv. Det speciella var att varken hon själv eller någon inom sjukvården såg hur det här hängde ihop. Hennes självbild var att hon var psykiskt stark och stabil. När hon fick oklara kroppsliga symtom, var det henne totalt främmande att koppla ihop dem med hur hon mårde psykiskt.”

VANLIGT I SJUKVÅRDEN. Somatoforma tillstånd är vanliga. I primärvården har cirka en tredjedel av patienterna psykiska besvär, men majoriteten av dem söker för ett kroppsligt symtom. Bland storkonsumenterna i primärvården har mer än två tredjedelar medicinskt oförklarade kroppsliga symtom.

I en studie från Skottland undersöktes patienter som remitterats till en neurologisk klinik för bedömning, eftersom de hade neurologiska symtom. Hos en tredjedel av dem kunde neurologerna inte hitta någon medicinsk förklaring. Det intressanta var, att de som inte hade någon neurologisk sjukdom hade fler symtom, mårde sämre och fungerade sämre än de som hade det. De hade också dubbelt så ofta en psykiatrisk diagnos, men nästan ingen ville ta emot psykiatrisk hjälp.



FALSK SJÄLVBILD. ”Hennes självbild var att hon var psykiskt stark och stabil. När hon fick oklara kroppsliga symtom, var det henne totalt främmande att koppla ihop dem med hur hon mårde psykiskt.”

Kroppsliga symtom för psykiskt lidande

Den här berättelsen illustrerar ett fenomen som kallas somatisering. Det kan definieras som en tendens att uppleva och uttrycka känslomässiga påfrestningar i kroppsliga symtom, att tolka dem i medicinska termer, och att söka medicinsk hjälp för dem. Somatisering rymmer alltså både en upplevelse, en tolkning och ett beteende. Tyngdpunkten kan ligga på olika ställen, vilket ger olika typer av så kallade somatoforma tillstånd.

Somliga patienter är upptagna av olika obehagliga sensationer i kroppen; de har ont, de är trötta och verkar ha en ökad känslighet för olustfyllda kroppsliga sensationer. Andra är inte så plågade av själva symtomen, utan mer av tolkningen av dem: kan de vara de första tecknen på cancer, HIV, eller någon allvarlig neurologisk sjukdom som ALS eller MS? De här patienterna brukar vi kalla hypokondriker. Det finns också de som kräver uppmärksamhet och ständigt nya bedömningar; de brukar vara flitiga kunder på vårdcentraler och akutmottagningar, och blir storkonsumenter av vård.

Ett annat sätt att definiera somatisering finns i den amerikanska diagnosmanualen DSM. Där talar man om kroppsliga symtom utan någon underliggande kroppssjukdom. Eller, om det finns en kroppslig sjukdom, så är symtomen betydligt värre än vad man kunde förvänta sig. Det här kallar man medicinskt oförklarade symtom, en term som håller på att ersätta somatisering.

Det är viktigt att komma ihåg, att en patients besvär inte behöver vara antingen kroppsliga eller psykologiska. Ofta kan det finnas komponenter av både och i besvärsbilden.

Människan är en psykobiologisk enhet

En utgångspunkt för att förstå somatisering är människans benägenhet att reagera som en psykobiologisk enhet. Starka känslor och psykologiska processer går hand i hand med somatiska förändringar som aktivering av det autonoma nervsystemet (till exempel svettning, pulsstegring eller snabbare andning), ändrad muskelspänning (till exempel spänningshuvudvärk, klumpkänsla i halsen eller tryck över bröstet) eller ändrad vakenhetsgrad (till exempel trötthet eller insomnings-svårigheter).

Vid somatisering fokuserar individen ensidigt på de kroppsliga aspekterna av denna aktivering, samtidigt som känslomässiga aspekter bagatelliseras eller förnekas. Denna ensidiga fokusering får då också en psykologisk försvarsfunktion, genom att konflikter och personliga problem tonas ned till förman för uppmärksamheten på tillståndet i kroppen. Beteendet kan förstärkas av sjukvården, som ibland också har ett starkt fokus på just kroppsliga aspekter av patientens lidande.

Det finns flera skäl till att patienter söker för kroppsliga symtom även vid psykiska besvär. Hos många finns en okunskap om att psykiska åkommor ofta har kroppsliga symtom, som att panikattacker ger hjärtklappning, andnöd och darrningar, eller att depression kan ge upphov till sömnproblem, värk i kroppen och aptitlöshet.

Det är inte heller ovanligt att man uppfattar psykiska besvär som något man "framkallat själv" och därför också "bör klara av själv", och att det ses som ett svaghetstecken att söka hjälp för psykiska problem.

Bygg upp en förtroendefull relation

Somatisering är inte någon medicinsk diagnos i vanlig mening, och det finns inte heller någon enkel, entydig behandling som är lämplig för alla. Grunden för en lyckad behandling av patienter med somatiseringsproblematik är att skapa en förtroendefull relation mellan behandlare och patient. Eftersom tilliten ofta är dålig och misstroendet stort hos den somatiserande patienten, bör man lägga större vikt än vanligt vid handläggandet – och detta innefattar betydligt mer än att slentrianmässigt skriva recept på en medicin som lindrar symtomen.

Det här är speciellt viktigt vid långvarig, svår somatisering, där personligheten ofta uppvisar djupt rotade, dysfunktionella förhållningssätt som kommer till uttryck även i personens arbete, levnadsvanor och nära relationer. Där är det väsentligast att försöka ge patienten en mer verklighetsanpassad bild av sjukligheten, att problematisera felaktiga uppfattningar om vad som påverkar sjukligheten, och att stärka patientens bemärstringsstrategier.

Mindre inbitna fall av somatisering kan ha sin grund i ett odagnosticerat eller otillräckligt behandlat ångestsyndrom eller en depression. I dessa fall kan man uppnå god symptomlindring om man lyckas motivera patienten att börja medicinera med antidepressiva läkemedel.

Tre typiska sjukdomsbilder

Somatisering kan yttra sig på många olika sätt. I DSM har man formulerat några olika diagnoser utifrån vanliga eller typiska sjukdomsbilder.

SOMATISERINGSSYNDROM. Det här är den svåraste somatoforma störningen. Personer med somatiseringssyndrom är i det typiska fallet yngre kvinnor, som uppvisar en rad olika symtom som inte går att hänföra till någon känd sjukdom. De söker läkare ofta, och genomgår en lång rad utredningar som inte visar några fynd. Ändå kan de vara svårt invaliderade av sina symtom och ha mycket låg funktionsnivå; en del är sängliggande långa perioder. Många utvecklar beroende av smärtstillande och lugnande medel, som läkaren skriver ut i brist på bättre.

Personer med somatiseringssyndrom har inte bara många sjukdomssymtom, utan har i regel också svårt att fungera i arbete, studier och familjeliv. Det är vanligt att de har en personlighetsstörning. Ofta har de en traumatisk bakgrund med svår psykisk sjukdom eller missbruk hos flera närstående. De brukar vara ointresserade av psykiatrisk hjälp och många blir tidigt pensionerade.

HYPOKONDRI. Personer med hypokondri är ofta äldre, och lika många män som kvinnor. Gemensamt är en stark rädsla för att ha drabbats av någon allvarlig sjukdom, trots att medicinsk utredning visar motsatsen.

Hypokondri är relativt tacksamt att behandla. Tekniken går ut på att identifiera den bakomliggande ångesten och visa att den är huvudproblemet. Ångesten kan sedan behandlas på sedvanligt sätt, med läkemedel eller psykoterapi. För att visa släktskapet med ångestsjukdomarna kallas hypokondri nu ofta för hälsoångest.

Det är viktigt att man i sjukvården tar ett steg till, även om den medicinska undersökningen inte visade något oroande. Den kroppsliga sjukdomen må vara inbillad, men ångesten för den är i högsta grad verklig.

KONVERSIONSSYNDROM. Konversionssyndrom är samma sak som tidigare kallades hysteri. Det innebär att man har synliga kroppsliga förändringar, till exempel förlamning, känselbortfall eller krampanfall. Dessa symtom liknar dem man får vid neurologisk sjukdom, men i de här fallen finns inga tecken på neurologisk påverkan.

Vid konversionssyndrom finns i stället ofta en bakomliggande konflikt som utlöst symtomet. Så länge symtomet finns kvar, blir konflikten inte så påträngande. Ibland går symtomen över av sig själva, men ibland blir de kroniska. Det är bra om man kan förstå vad det är för bakomliggande problem som patienten har, och hjälpa honom eller henne till en mer ändamålsenlig problemlösning.

Kan väcka negativa känslor

Somatiserande patienter väcker ibland negativa känslor hos vårdare och behandlare. Bland läkare är de inte så populära, troligen därför att de har symtom som doktorn inte hittar någon orsak till. På många håll i vården upplevs de här patienterna som jobbiga, överdrivet dramatiska och manipulativa.

Man står lättare ut som behandlare, om man håller i minnet att det bakom det besvärliga somatiseringsbeteendet – det finns en lidande människa – en människa som just då inte hittar något bättre sätt att uttrycka och bemästra sina svårigheter. Det gäller då att hitta en balans mellan å ena sidan att möta och acceptera patienten som hon är, och å andra sidan att hjälpa henne att hitta mer ändamålsenliga sätt att hantera problemen.

LÄS MER:

Anders Lundin och Carl Sjöström: *Kroppssyndrom och relaterade syndrom.* Kapitel i Herlofson m fl (red): *Psykiatri* (Studentlitteratur 2016).

Anders Lundin: *Det gör ont – om själens smärta och kroppens* (Det mångkulturella förlaget 2005). Finns på bibliotek.

Ingvar Wilhelmsen: *Hypokondri och kognitiv terapi* (Wahlström & Widstrand 1999). Finns på bibliotek.