

# Somatoforme lidelser

Per Fink

Somatiserende tilstande er karakteriseret ved at patienten præsenterer fysiske symptomer uden tilfredsstillende organiske eller patofysiologiske grundlag, dvs. funktionelle symptomer.

Somatiseringsfænomenet må betragtes som et spektrum gående fra helt lette tilfælde, der er vanskelige at afgrænse over for det normale, til meget svært syge individer. I ICD-10 klassificeres somatiserende tilstande overvejende som somatoforme lidelser, men i litteraturen anvendes også en lang række dårligt afgrænsede syndrombetegnelser, som fx fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, kemisk hypersensibilitet, mv.

Somatoforme tilstande er hyppige i alle kliniske populationer, ca. en fjerdedel af patienterne i såvel primærsektoren som i den specialiserede sundhedssektor opfylder kriterierne for en somatoform lidelse. Somatoforme lidelser debuterer som regel før 30-40-årsalderen, og kvinder er overrepræsenterede. Tallene for tandlægepraksis kendes ikke, men patienterne kan have klager fra alle organsystemer, og klager fra tænder og kæbe er hyppige. Somatoforme lidelser er forbundet med store omkostninger og udgifter, ikke blot for samfundet, men også for den enkelte patient. Kronisk somatiserende patienter vil ad åre ofte have gennemgået talrige indlæggelser, indgreb og uvirkosomme behandlingsforsøg og kan være påført fysiske skader pga. de mange indgreb.

I denne artikel gennemgås de somatoforme lidelser, den historiske baggrund, klassifikation, ætiologi, epidemiologi, diagnostik og differentialdiagnostik samt behandling.

Det essentielle træk ved somatiserende tilstande er at patienten præsenterer funktionelle fysiske symptomer, dvs. symptomer som ikke tilfredsstillende kan forklares ud fra organiske eller patofysiologiske fund.

Somatiserende tilstande må betragtes som et spektrum gående fra helt lette tilfælde, der er vanskelige at afgrænse over for det normale, til meget svært syge og lidende individer. I den psykiatriske diagnoseklassifikation er de fleste af de somatiserende tilstande indplaceret under hovedgruppen »somatoforme lidelser«. Betegnelsen somatoforme lidelser blev indført i den psykiatriske sygdomsklassifikation i 1980. Samtidig udgik betegnelsen hysteri pga. den manglende konsensus om hvad betegnelsen dækkede over, og fordi betegnelsen havde været anvendt i mange forskellige betydninger i faglitteraturen.

Betegnelsen somatisering stammer oprindeligt fra psykoanalysen, hvor den anvendes som den ubevidste proces igennem hvilken en patient oversætter emotionelle spændinger til somatiske symptomer eller klager. Som ovenfor angivet anvendes betegnelsen i dag i en anden betydning, nemlig rent deskriptivt om det fænomen at patienten præsenterer medicinsk uforklarede fysiske symptomer.

Somatiseringsfænomenet har været kendt lige så længe der har eksisteret skriftlige kilder, idet hysterien er beskrevet i egyptiske papyrusruller, dateret 1900 år før vor tidsregning. Hysterien er ikke blot blandt de første sygdomme der er beskrevet i lægevidenskabens historie, men sandsynligvis tillige en af de lidelser der har været skrevet mest om. Ved overgangen til det 20. århundrede var hysterien, hypochondriasis og asthenia således regnet for de tre hyppigst forekommende mentale sygdomme (1,2).

Ud over de officielle diagnoser findes der en lang række såkaldte syndromdiagnoser, fx fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, kemisk hypersensibilitet mv., som alle er karakteriseret ved at diagnosen ikke bygger på objektive fund, men alene på patientens subjektive klager. Symptomerne ved disse syndromdiagnoser er ofte uspecifikke, dvs. symptomer som ses ved en lang række forskellige lidelser.

Der findes en meget stor overlapning i symptomklagerne mellem diverse syndromer, og i tidens løb har symptom-billedet vekslet, og de diagnosebetegnelser man har anvendt, har skiftet meget (1,2). Skift i betegnelserne er typisk sket når man er blevet klar over at der ikke kunne påvises et organisk grundlag for symptomerne, og man er dermed begyndt at hælde til den anskuelse at det drejer sig om en psykisk lidelse. Syndromerne er endvidere kulturelt farvede, og nogle forfattere taler om dem som modefænomen – fx »the disease of the month« (3-5).

Som odontologisk eksempel kan nævnes patienter der me-

ner sig kviksvølvforgiftet eller overfølsomme pga. amalgamfyldninger. Debatten om dette syndrom har været meget intens i Sverige, men mere afdæmpet i Danmark, og der har også været langt færre patienter med disse klager i Danmark.

Mange af patienterne der har fået påhæftet en syndromdiagnose, vil opfylde kriterierne for en somatoform lidelse, og man kan derfor opfatte disse syndromdiagnoser som iatrogen skabte artefakter (6,7).

### Diagnosen og differentialdiagnoser

Somatiserende tilstande kan defineres som tilstande hvor patienten klager over fysiske symptomer der volder individet besvær, bekymring, eller får personen til at gå til behandlere, men hvor der ikke kan findes et adækvat organisk eller patofysiologisk grundlag for symptomerne. Betegnelsen anvendes således rent deskriptivt uden at slutte noget om årsagsforhold, dvs. der ligger i denne betegnelse ikke implicit at »det er noget psykisk«, eller at det drejer sig om en kamufleret depression eller angst etc.

Det bør understreges at psykologiske faktorer næsten altid spiller ind, også ved veldefinerede somatiske lidelser. En skarp grænse mellem hvornår noget er »psykisk« eller somatoformt, og hvornår det er somatisk veldefineret, er således ikke alene vanskelig, men også uhensigtsmæssig, idet denne dikotomi ikke afspejler vores nuværende teoretiske viden og ikke kan anvendes ved valg af behandlingsmetode. Som en bred og mere dækkende definition af det overordnede somatiseringsbegreb er foreslået »A process whereby a physician and/or a patient or family focuses exclusively and inappropriately on the somatic aspects of a complex problem« (8).

Hovedgruppen somatoforme lidelser er i den psykiatriske klassifikation i hovedtræk underinddelt i somatiseringstilstand, hypochondriasis, somatoform autonom dysfunktion og somatoform smertetilstand. Andre somatiserende tilstande findes bl.a. under gruppen af dissociative (eller konversions-) tilstande, neurasteni, elaboration af fysiske symptomer og *factitious disorder* (*factitious* = falsk eller uægte) herunder Münchhausens syndrom samt under paranoide tilstande.

Der har også været rejst en generel kritik af de diagnostiske kategorier for somatoforme tilstande i såvel ICD-10 som det amerikanske DSM-IV diagnostiske system (9). De er bl.a. blevet kritiseret for stor overlapning mellem de enkelte diagnosegrupper og for at nogle af diagnoserne fokuserer for meget på fysiske symptomer og på antallet af symptomer og for lidt på psykopatologi og andre karakteristika (10). Idet de fleste af de somatoforme diagnoser kræver en sygdomsvarighed på mindst seks mdr., har et andet kritikpunkt været at det kun er de mest kroniske tilfælde der er omfattet af kriterierne, mens de lettere tilfælde ikke klassificeres. Dette medfører at

klassifikationen er af begrænset værdi, fx i almen praksis.

Den diagnostiske inddeling er således ikke optimal. En mere klinisk anvendelig inddeling er foreslået i Tabel 1.

*Lettere og forbigående fysiske symptomer* som reaktion på psykosociale belastninger og stress er hyppige, men sjældent behandlingskrævende, ud over en forsikring om at der ikke er noget alvorligt galt. Såfremt det er vanskeligt at berolige patienten, eller hvis klagerne persisterer, bør en af de øvrige diagnoser overvejes.

*Funktionel somatiserende tilstand* er karakteriseret ved at patienten klager over medicinsk uforklarlige symptomer. Tilstanden kan inddeles efter varighed i en akut (to uger – seks mdr.), subakut (½-2 år) og kronisk form (> to år). Tilstanden kan underinddeles i patienter med multiple symptomer – som oftest fra multiple organsystemer (polysymptomatiske) – og i oligosymptomatiske, dvs. patienter med kun få symptomer eller hvor symptombilledet er fokuseret på et enkeltstående symptombillede, som fx kroniske, medicinsk uforklarlige smerter. Man skal være opmærksom på at det polysymptomatiske billede skal ses over en tidsperiode, idet patienterne kan fokusere på et enkelt symptombillede i én periode, men skifte til et andet symptombillede i en anden, og således fremstå oligosymptomatiske på undersøgelsestidspunktet.

Under gruppen inkluderes også såkaldt funktionelle somatiske syndromer, fx fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom (CFS) og inden for odontologien »burning mouth syndrome«, amalgamforgiftningssyndrom og måske *temporomandibular disorders* (TMD) (11,12). Der er fortsat diskussion om disse syndromdiagnosers nosologiske placering, idet nogle mener

Tabel 1. Inddeling af patienter der præsenterer funktionelle symptomer.

- A. Lettere og forbigående fysiske symptomer som reaktion på psykosociale belastninger og stress
- B. Funktionel somatisering
  1. Multisymptomatisk ( $\geq 3$  organsystemer)
  2. Oligosymptomatisk (1-2 organsystemer)
  3. »Syndromdiagnoser« (medicinsk uforklarlige smerter, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, osv.)
- C. Excessiv sygdomsbekymring (hypochondriasis)
- D. Dissociativ tilstand
- E. Fysisk symptompræsentation ved anden psykisk lidelse (fakultativ somatisering som fx ved angst og depressioner)
- F. Sygdomsaggravering og overdreven sygdomsbekymring samt patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse
- G. *Factitious disorder* (sygdomsefterligning)

at der vil kunne findes et specifikt organisk grundlag bag ved syndromerne. Ud fra den foreliggende videnskabelige evidens er det dog mest nærliggende at opfatte disse syndromer som kunstigt skabte varianter af somatiserende tilstande, og der er meget lidt der tyder på at det drejer sig om en definerbar, specifik organisk eller patofysiologisk defekt eller fejlfunktion hos patienten. Det måske mest overbevisende argument for at betragte disse lidelser som psykiske lidelser er at det er psykiatriske behandlingsmetoder der har vist sig effektive, hvorimod der ikke har kunnet påvises effekt af somatiske.

*Hypochondriasis* forekommer hyppigt og er karakteriseret ved at patienten bekymrer sig i overdreven grad om at fejle noget somatisk, eller om risikoen for at pådrage sig en sygdom, eller har forestillinger om at der er noget galt med udseendet eller kroppens funktioner. Patienterne er meget optaget af kropslige fornemmelser, kroppens funktioner eller udseendet og er ofte let påvirkelige (suggestible) af oplysninger fra fx tv eller radio om sygdom som de er eller bliver bange for de selv har pådraget sig. Tilstanden har mange lighedspunkter med OCD (obsessiv kompulsiv lidelse). Patienten føler det selv som en belastning altid at være så bekymret, men kan ikke lade være.

I alvorligere tilfælde kan det dreje sig om egentlige vrangforestillinger, dvs. en psykotisk tilstand som benævnes paranoia *hypochondriasis (body dysmorphic disorder)* (13,14). Patienten kan fx komme til tandlæge for at få korrigeret tænderne, selv om problemet for andre synes ubetydeligt. Patienten vil være meget vedholdende, men klagerne stopper sjældent, selv hvis man følger patienten i dennes ønske, idet der ofte opstår komplikationer, eller patienten ønsker nye korrigerende indgreb. Klagesager er ikke sjældne (13).

*Dissociative lidelser* med fysiske symptomer der kan imitere en neurologisk lidelse, fx lammelser, blindhed og konfusionstilstand, opstår pludseligt som følge af, i personens øje, en voldsom belastning eller begivenhed.

Mindre udtalte tilfælde er formodentligt meget hyppige, og ved katastrofer kan selv psykisk stabile og tidligere raske personer reagere med dissociative symptomer. Tilstanden er i de fleste tilfælde kortvarig og selvlimiterende – også uden behandling. En forudsætning for en diagnose er at et udløsende psykisk trauma kan identificeres.

*Fysiske symptomer ved anden psykisk lidelse* (også benævnt fakultative eller præsenterende somatiserende tilstande): Ved de fleste psykiske lidelser er det oftest fysiske og ikke emotionelle symptomer patienten primært præsenterer lægen for. Dette gælder fx i 50-90% af tilfældene med depression. Pga. de prominente fysiske symptomer ved psykiske lidelser er det naturligt at patienter kan frygte at de lider af en

somatisk lidelse. Fakultative eller præsenterende somatiserende patienter vil dog modsat de »ægte« somatiserende tilstande acceptere at det drejer sig om en psykisk lidelse når den korrekte diagnose stilles, og de fysiske symptomer og klager vil forsvinde når den psykiske lidelse behandles.

Som tandlæge bør man specielt være opmærksom på somatiske eller dysmorfiske vrangforestillinger sekundært til en svær depression eller anden psykotisk tilstand – fx kan patienten søge tandlæge fordi han/hun føler at alle tænderne er ved at rådne op, eller at han/hun lugter ud af munden.

*Sygdomsbekymring, sygdomsaggraving, patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse:* Denne gruppe er videnskabeligt set dårligt afgrænset, idet vi fortsat mangler megen viden om sygdomsadfærd og den måde hvorpå vi psykologisk reagerer på sygdom. Patienter i denne gruppe har en verificérbar veldefineret somatisk lidelse, men der er en diskrepans mellem det subjektive besvær, patientens bekymring, funktionsniveau, behandlingseffekt og sværhedsgraden af lidelsen – bedømt ud fra biomedicinske data.

Det kan ofte være vanskeligt at afgøre, om patienten er bedre indplaceret under gruppen af somatoforme lidelser, idet patienten har inkorporeret sin genuine somatiske lidelse i sin somatisering. Det er også i dette tilfælde uhensigtsmæssigt at anlægge en firkantet psykisk vs. somatisk skelnen, idet problemet ved specielt de mere kronisk somatiserende tilstande hyppigst er et både/og.

*Factitious disorder*, hvor patienten bevidst påfører sig en sygdom eller simulerer en sygdom. Gruppen kan adskilles fra simulanter ved at der ikke er noget åbenbart motiv for deres adfærd. Patienter med *factitious disorder* har ofte en svær psykosenær personlighedsforstyrrelse.

### Differentialdiagnosen mellem genuin somatisk lidelse og somatiserende tilstande

Funktionel lidelse er på nuværende tidspunkt per definition en eksklusionsdiagnose, idet det kræves at symptomerne ikke kan forklares af en somatisk lidelse. Dette er dog ikke ensbetydende med at diagnosen alene er baseret på udelukkelse af en organisk betinget lidelse. Dette ville også stort set være umuligt med de diagnostiske muligheder der findes i dag. Der findes forskellige karakteristika, symptomer og træk som indikerer at det drejer sig om en somatiserende tilstand og som kan anvendes i differentialdiagnosen.

Den somatiserende patient præsenterer ofte diffuse symptomer: *Ukarakteristiske*, dvs. symptombeskrivelsen ligger uden for det sædvanlige i forhold til den eller de diagnoser som kan mistænkes, og *uspecifikke*, dvs. symptomer der forekommer hyppigt ved en lang række forskellige lidelser (fx træthed og hovedpine). Den somatiserende patient vil ofte

have vanskeligt ved at præcisere sine symptomer, dvs. beskrive deres intensitet, kvalitet, kronologi, mv. Dette i modsætning til patienten med genuin somatisk lidelse, som sædvanligvis er meget præcis i sin beskrivelse af symptomerne, fx at smertekaraktererne er stikkende, jagende eller brændende. Patienter med funktionelle lidelser har i stedet deres opmærksomhed rettet mod den lidelse som symptomerne forvolder, og de negative konsekvenser symptomerne har på deres liv og livskvalitet (15). Somatiserende patienter opfatter typisk deres symptomer som sygdommen i sig selv, hvorimod patienter med organisk funderede symptomer opfatter dem som tegn på en sygdom.

### **Rating scales**

Der findes et begrænset antal gennemtestede interview og spørgeskemaer til at diagnosticere og screene for somatisering til anvendelse af ikke-psykiatere. I en dansk undersøgelse i almen praksis blev en 7-items version af Whiteley-indekset testet og fundet at have en høj sensitivitet og acceptabel specificitet over for somatoforme lidelser (16). Whiteley-indekset vurderer sygdomsbekymring og overbevisning, dvs. de kognitive aspekter ved somatisering. Af øvrige instrumenter der indeholder skalaer for somatisering kan nævnes IBS (*Illness Behavior Scheduling*), IAS (*Illness Attitude Scale*) og SAS (*Somatic Amplification Scale*). Desuden indeholder spørgeskemaet SCL-90R en somatiseringssubskala, hvor der spørges til forekomsten af en række fysiske symptomer.

Der findes herudover en lang række spørgeskemaer for psykopatologi generelt, for fysisk funktionsniveau, helbredsrelateret livskvalitet og diverse psykologiske karakteristika mv., som kan være relevante.

### **Epidemiologi**

Det er i befolkningsundersøgelser vist at de fleste mennesker dagligt oplever fysiske sensationer og symptomer. Fysiske sensationer som sådan må derfor betragtes som et normalt fænomen (17). Det er vist at omkring en fjerdedel af patienterne der henvender sig hos egen læge, lider af en somatoform lidelse if. ICD-10-kriterier, og mange flere henvender sig pga. fysiske symptomer uden sikkert organisk grundlag (18,19).

I en nyere dansk undersøgelse fandt man at 18% af konsekutive patienter indlagt på medicinsk afdeling havde en somatoform lidelse (20). Blandt 18-65-årige konsekutivt førstegangshenviste patienter til en neurologisk afdeling blev tilsvarende fundet at 35% havde en somatoform lidelse. Tallet for tandlægeklientel kendes ikke.

Patienter med somatoforme lidelser har et stort overforbrug af sundhedsydelse, både i primærsektoren og i den specialiserede del af sundhedsvæsenet (21). Kronisk somati-

serende patienter vil ad åre ofte have gennemgået talrige indlæggelser, indgreb og uvirksomme behandlingsforsøg og kan være påført fysiske skader pga. de mange indgreb. Somatoforme lidelser er således forbundet med store omkostninger og udgifter, ikke blot for samfundet, men også for den enkelte patient i form af den lidelse de påføres. Patienter med somatoforme lidelser kan have klager fra alle organsystemer; klager fra tænder og kæbe er således hyppige (10,22).

Kvinder er overrepræsenteret blandt somatiserende patienter med multiple symptomer med en faktor 1:2-6, hvorimod der synes at være en mere lige kønsfordeling blandt patienter med hypochondriasis og smertetilstande. Opgørelser over kønsforskelle skal dog tolkes med forsigtighed, idet de ofte er baseret på patienter der er henvist til behandling, og det er vist at kvinder meget hyppigere søger læge og generelt klager over flere symptomer end mænd. Somatoforme lidelser debuterer som regel før 30-40-årsalderen.

### **Ætiologi**

Generelt set må fysiske symptomer uden organisk grundlag ses som en måde mennesket har at udtrykke belastning på, på samme måde som angst og depression (21). Forskellige uspecifikke faktorer som somatoforme lidelser har til fælles med andre psykiske lidelser, spiller derfor ind som prædisponerende eller ætiologiske faktorer sammen med personens generelle vulnerabilitet. Formodede specifikke faktorer er fysisk eller seksuelt misbrug som barn, og at en af forældrene har været somatiserende. Den familiemæssige transmission kan skyldes indlæring, men meget tyder på at der er en betydelig genetisk faktor (22).

Ud over de patient- eller sygdomsrelaterede faktorer er iatrogene faktorer (dvs. lægernes og sundhedssystemets måde at håndtere patienterne på) af stor betydning for sygdommens udvikling. Ligeledes kan sociale faktorer (specielt familieforhold) være medvirkende til at patienten fastholdes i sygerollen.

### **Iatrogene faktorer ved somatisering**

Den måde som behandlingssystemet og lægerne reagerer over for patienter med funktionelle symptomer og håndterer dem på, kan være medvirkende til at patienterne bliver syge, og at de fastholdes i sygerollen og kronificeres. Man kan ved kronisk somatiserende patienter ofte undre sig over hvordan det er muligt at de har været igennem et så stort antal nytte-løse indlæggelser, undersøgelser, indgreb og behandlingsforsøg. Hvorfor bliver man ved med at undersøge og »behandle« på trods af at der ikke findes et organisk grundlag for symptomerne – hvorfor er det ikke lykkedes at sige stop?

Den patologiske cirkel af undersøgelser og interventions-

forsøg, som ofte ses hos somatiserende patienter, er effektivt illustreret af *Sternbach* og gengivet i Fig. 1. Figuren illustrerer også det tætte, nærmest symbiotiske samspil der kan være mellem lægen/tandlægen og patienten ved somatiserende tilstande.

### Patientens symptomperception og sygdomsopfattelse

#### *Fra sensation til et symptom*

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomssymptomer mht. hvornår man søger læge, hvilke symptomer der får en til at søge læge mv. Vi har med andre ord forskellig sygdomsadfærd. Sygdomsadfærd er bestemmende for forbruget af sundhedsydelse, hvorimod sværhedsgraden og karakteren af en somatisk lidelse ofte er af mindre betydning (23).

Sygdomsadfærd kan inddeles i behandlingssøgende adfærd og social sygdomsadfærd. Sygdomsadfærd er bestemt af den måde hvorpå vi tolker, evaluerer og perciperer symptomer (24). Det er således kognitive (tækningsmæssige) og emotionelle faktorer der motiverer til en given adfærd, og sygdomsadfærd er derfor påvirket af kulturelle, sociale og andre indlærte påvirkninger, herunder opdragelse.

I Fig. 2 ses en grundmodel for hvordan mennesket perciperer og evaluerer fysiske sensationer og symptomer (21,25,26). Den skitserede proces er universel (ikke patologisk), og den er kontinuerligt forløbende. Processen strækker sig fra det helt ubevidste til at al opmærksomheden er koncentreret om sygdomsbekymring, fx hos hypokonderpatienter, der ikke tænker på andet end deres mulige sygdom, og

hos patienter der lige har fået stillet en alvorlig somatisk diagnose. Processen kan have forskellig tonus eller excitabilitet, som varierer fra person til person, afhængig af den biologiske udrustning eller erhvervede erfaringer. Endvidere påvirkes den generelle excitabilitet af sindsstemninger og psykiske belastninger. Fx vil en person der er nedtrykt eller angst, være mere sensibel og bekymret og dermed have en lavere tærskel for registrering af symptomer. Også forventningerne har betydning for tonus af processen.

Modellen tager sit udgangspunkt i at alle mennesker dagligt oplever ikke-patologiske fysiske sensationer eller symptomer, som af patienten såvel som af lægen kan mistolkes som værende tegn på en somatisk lidelse (27). Somatiseringsprocessen kan derfor betragtes som en tendens til at mistolke og/eller forstærke normale kropslige sensationer, ligesom andet foreliggende materiale som tilfældige sygdomme, småskader, fysiske symptomer ved psykisk lidelse etc. kan inkorporeres i somatiseringen.

### Tidligere erfaringer og indre evaluering

Alle mennesker har et fast sensations-/symptompanorama som de er fortrolige med. Fortroligheden er opbygget gennem livet og er en kontinuerlig proces. Når piger kommer i puberteten, bliver de fortrolige med nye symptomer i forbindelse med menstruationen, og disse tilføjes symptompanoramaet. Også ved kroniske lidelser indbygger patienterne de nye symptomer i panoramaet, og det er kun ved ændringer i intensiteten, typen eller i sammensætningen af symptomer

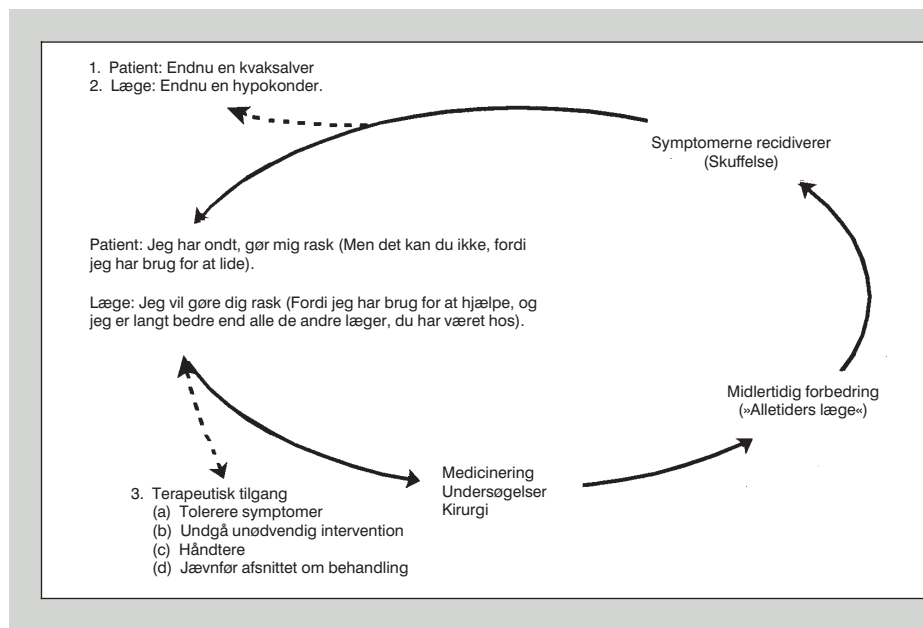


Fig. 1. Den onde cirkel i læge-patient-kontakten.

Fig. 1. Pathological intervention cycle.

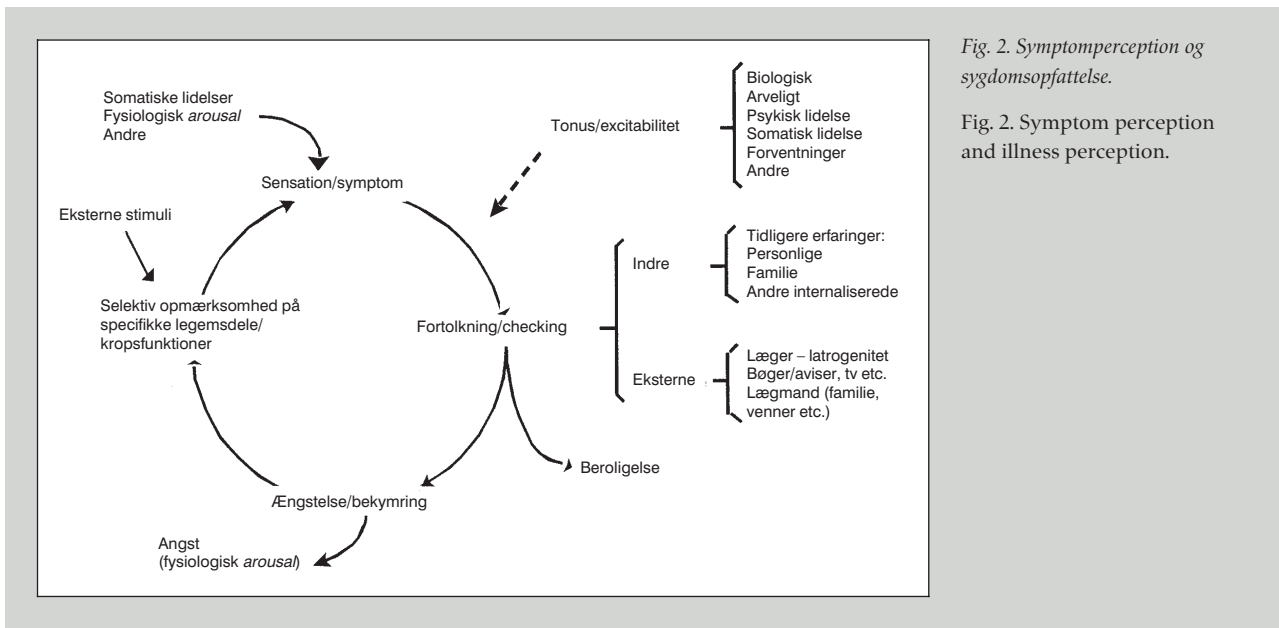


Fig. 2. Symptomperception og sygdomsopfattelse.

Fig. 2. Symptom perception and illness perception.

at patienten begynder at overveje om der kan være en anden årsag eller en forværring i sygdommen. Erfaringer med symptomerne fra diverse sygdomme vil også blive en del af individets internaliserede referenceramme.

Personen bedømmer således primært sin tilstand vha. indre evaluering, dvs. ud fra subjektive symptomer, erfaringer og følelserne koblet til disse. Sensationspanoramaget er påvirket af kulturelle og sociale faktorer, hvorimod sværhedsgraden er af mindre betydning. Selv de sværeste fysiske sensationer kan være helt normale (fx svær dyspnø og palpitationer efter en løbetur) og vil derfor ikke blive tolket som tegn på en sygdom af individet.

### Eksterne kilder og ekstern evaluering

Når den indre evaluering af sensationerne/symptomerne er utilstrækkelig, kan individet søge oplysninger eller hjælp fra eksterne kilder. Det kan være familiemedlemmer, kolleger, bøger, lægeleksika eller ugeblade, etc. Endelig kan individet søge læge for beroligelse eller behandling. Lægens oplysninger og reaktion vil have stor betydning, og det er derfor vigtigt at lægen kender patientens egen opfattelse af problemet. Lægens respons og udspørgning vil kunne forstærke eller svække patientens interesse for specielle symptomer/organer, og disse erfaringer vil blive internaliseret i patientens erfaringsgrundlag.

Oplysninger fra eksterne kilder kan få en person til at ændre opfattelse af kendte sensationer, så disse pludselig mistolkes som sygdomstegn. De fleste læger har gennem

studietiden oplevet dette på egen krop. De eksterne oplysninger kan initiere processen, skitseret i Fig. 2. Den bekymring som de nye oplysninger afstedkommer, medfører at opmærksomheden fokuseres på den kropsdel som er sædet for den mistænkte sygdom og hvorfra symptomerne forventes at komme. Enhver kender dette fænomen: Slår man foden, vil al opmærksomhed straks rettes mod den, og foden gennemses for symptomer og forandringer. Dette bevirker at nye sensationer/symptomer kommer frem i bevidstheden, og disse tolkes både i forhold til personens interne og eksterne kilder. Resultatet er at personen enten bliver beroliget eller yderligere nervøs for at symptomerne kan være sygelige. Processen kan være selvforstærkende, fordi de fysiske symptomer der ledsager nervøsiteten eller angsten, kan mistolkes af patienten som hidrørende fra sygdommen.

### Biologisk baggrund

Den arvelige prædisposition der er vist ved somatiserende lidelser, taler sammen med andre faktorer for at der er en biologisk komponent i sygdommen.

Mennesker udsat for voldsomt stress – fx i en krigssituation og ved ulykker, kan undertrykke selv meget voldsomme smerter. I disse tilfælde vil psykologiske faktorer via biologiske mekanismer ændre perceptionstærsklen. Man kan derfor modsat forestille sig at det polysymptomatiske sygdomsbillede hos somatiserende patienter kunne skyldes at patienterne forstærker alle kropslige sensationer, eller med andre ord at afferente stimuli til hjernen ikke hæmmes. Dette resul-

terer i at de sensationer/symptomer der kontinuerligt evalueres på det ubevidste plan, pludseligt trænger sig på i bevidstheden. Man kan sige at filterfunktionen er insufficient.

Der er fundet tegn på en fundamental neurofysiologisk forstyrrelse i opmærksomheds- (*»attentional«*-) processen hos somatiserende patienter. Ved EEG-undersøgelser med *evoked potentials* responderer somatiserende patienter på samme måde over for irrelevante stimuli som over for relevante stimuli. Sagt med andre ord filtrerer de somatiserende patienter ikke irrelevante stimuli fra. Der foreligger flere andre undersøgelser der peger på mulige biologiske mekanismer og patofysiologiske forandringer som medvirkende årsager til somatiseringstilstande (21).

### Behandling

Idet der i behandlingen af somatoforme lidelser hovedsageligt bliver benyttet psykiatriske behandlingsmetoder, ligger den egentlige behandling af somatoforme lidelser uden for tandlægens kompetenceområde. Pga. det iatrogene element i somatisering er det dog vigtigt at tandlægen har kendskab til og kan diagnosticere somatiserende tilstande, idet måden hvorpå tandlægen og andre specialister håndterer den somatiserende patient, ikke er uvæsentlig. Unødvendige indgreb og undersøgelser er ikke blot ubehagelige og potentielt farlige for patienten, men kan også bevirke at en sufficient behandling forsinkes eller hindres, således at tilstanden forværres og patienten kronificeres. I Tabel 2 er tandlægens rolle i behandlingen af somatoforme lidelser angivet.

Modsat den gængse opfattelse synes der ikke at være noget der tyder på at behandlingsresultaterne ved somatiserende og lignende tilstande er dårligere end ved andre psykiske lidelser, men der foreligger endnu kun få kontrollerede, randomiserede undersøgelser.

I de mest kroniske tilfælde synes en årelang kontinuerlig ambulant kontakt til psykiatrisk specialist at være den bedste behandling, men forudsat han/hun er i besiddelse af de fornødne forudsætninger og kundskaber, kan den kronisk so-

matiserede patient i mange tilfælde være velbehandlet hos sin egen læge.

### TERM-modellen

TERM (*The Extended Reattribution Model*) er en relativt simpel metode til at forbedre praktiserende lægers evne til at behandle og diagnosticere patienter der præsenterer medicinsk uforklarlige symptomer. Metoden er udviklet i Danmark med udgangspunkt i udenlandske erfaringer (27), og det er vist at metoden effektivt kan indlæres af praktiserende læger (28). Metoden er aktuelt under afprøvning i en randomiseret, kontrolleret undersøgelse.

Modellen tager udgangspunkt i en skemalagt anamneseoptagelse som sikrer at alle de vigtigste oplysninger, også psykologiske og sociale, indhentes således at patienten føler sig hørt og forstået. Dernæst gennemløbes nogle punkter for hvordan patienten gives feedback på undersøgelsesresultatet i tilfælde hvor der ikke kan påvises et sikkert organisk grundlag for klagerne. Endelig gives der en struktur for den videre behandling af patienten, overvejende i form af samtaler og adfærdsbehandling.

### Specialiseret psykoterapeutisk behandling

Effekten af klassisk psykodynamisk psykoterapi er ikke afprøvet ved somatiserende tilstande, men igennem de senere år er forskellige modificerede versioner og andre korttids-terapiformer afprøvet, og disse synes effektive, idet der kun findes få kontrollerede, randomiserede undersøgelser.

Somatiserende patienter er tilbøjelige til at bekyrme sig over og tilskrive kropslige sensationer og banale fysiske symptomer til somatiske lidelser, i stedet for at se disse som en naturlig del af livet eller som en reaktion på stress og følelsesmæssige reaktioner. Ved kognitiv-adfærdsmæssig behandling forsøger man at identificere og dernæst at modificere sådanne såkaldt dysfunktionelle automatiske tanker og opfattelser. Igennem den kognitive adfærdsmæssige terapi forsøger man at ændre på den uhensigtsmæssige sygdomsadfærd som skyldes forvrængede sygdomsopfattelser og dermed at bryde den onde cirkel med symptomer og deres konsekvenser. Kognitiv adfærdsterapi synes både at være acceptabel for patienten og effektiv ved patienter der præsenterer medicinsk uforklarede symptomer (11,29).

En modificeret form for interpersonel psykoterapi har ved en randomiseret, kontrolleret undersøgelse vist sig effektiv i behandlingen af patienter med medicinsk uforklarlige gastrointestinale symptomer (colon irritabile). Et af hovedelementerne i metoden er at skabe en stærk emotionel alliance med patienten, inden for hvilke rammer de inderste følelser samt frygt kan deles, og at muliggøre at psykologiske faktorer

Tabel 2. Tandlægens rolle i behandlingen af patienter med somatoforme lidelser.

- Ekskluder somatisk lidelse eller skader der kan behandles
- Giv patienten klar besked om at der ikke er fundet tegn på organisk sygdom eller defekter
- Koordinér behandlingen med egen læge og evt. andre behandlere patienten er i kontakt med
- Se i øvrigt råd ved kroniske tilstande

kan udforskes. Terapien fokuserer mere på den lidelse som patientens fysiske symptomer forvolder, og måder at håndtere dette på, end på tolkninger af sammenhæng.

### Psykofarmakologisk behandling

En samtidig angst, depression eller anden psykisk lidelse hos den somatiserende patient kan behandles effektivt efter de samme retningslinjer som ved tilstandene uden somatisering.

Derimod findes der ingen velgennemførte kontrollerede forsøg over virkningen af diverse psykoaktive stoffer ved somatiserende tilstande uden anden psykisk comorbiditet. Det er et klinisk indtryk at mange somatiserende patienter har udbytte af antidepressiva og Buspar. En behandling med

psykoaktiv medicin hos den somatiserende patient kan dog være vanskelig at gennemføre, idet patienterne ofte er meget følsomme over for kropslige symptomer og dermed over for bivirkninger, og patienterne tillige har et kraftigt suggestivt potentiale.

### Kronisk somatiserende tilstande

I mere udtalte tilfælde er kronisk somatoform lidelse en livslang tilstand, hvor patienten kan være svært invalideret (21,30). Det er derfor mere realistisk at tale om management end om behandling. Dvs. at behandlingsstrategien ikke lægges an på at patienten skal helbredes, men at man skal forsøge at hindre den onde cirkel med udredninger, behandlingsfor-

Tabel 3. Generelle råd ved management af kronisk somatisering.

#### Somatisk

1. a. Foretag en somatisk undersøgelse med fokus på det organsystem hvorfra patienten har (nye) klager.  
b. Læg vægt på objektive fund i stedet for subjektive klager.  
c. Undgå udredning og undersøgelser hvis ikke indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret (nyt) klinisk sygdomsbillede.
2. Sanér medicinen, brug ikke p.n.-ordinationer og undgå vanedannende medicin.

#### Psykologisk

3. Stil diagnosen og fortæl patienten at lidelsen er kendt og har et navn.
4. Anerkend patientens symptomer som reelle.
5. Vær direkte og ærlig over for patienten om de ting du er enig i, og de ting du er uenig i, men undgå at få patienten til at føle sig dum, nedgjort eller ikke respekteret.
6. Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse.
7. Reducér forventningerne om helbredelse og acceptér patienten som kronisk syg. Målet er at kunne rumme patienten og at begrænse (iatrogene) skader, altså management og ikke behandling.
8. Forstå en forværring i og nye tilkomne symptomer som en emotionel kommunikation i stedet for et tegn på en ny lidelse.
9. Forsøg evt. med specifik terapi og overvej en henvisning til specialiseret behandling.

#### Psykofarmakologisk behandling

10. Overvej behandling med psykoaktiv medicin (primært antidepressiva eller Buspar).
11. Vælg ikke-vanedannende medicin og vælg gerne medicin der kan serummoniteres.
12. Start med mindre dosis end sædvanligt og øg langsomt. Vær stoisk over for bivirkningsklager.
13. Tag regelmæssige serumværdier af hensyn til kompliance og vurdering af bivirkninger.
14. Behandl en evt. samtidig anden psykisk lidelse efter sædvanlige retningslinier.

#### Administrativt

15. Vær proaktiv i stedet for reaktiv. Aftal et forløb med faste tider med 2-6 ugers intervaller, og undgå konsultation efter patientkrav (evt. 1 p.n.-tlf.-aftale per uge).
16. Hvis patienten er i beskæftigelse undlades sygemeldinger, hvis det overhovedet kan undgås.
17. Forsøg at blive patientens eneste læge, og begræns så meget som muligt patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter.
18. Informér dine kolleger om din behandlingsplan, og lav aftaler med kolleger hvis du holder fri.
19. Forsøg at opbygge en alliance med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen.
20. Arrangér evt. støtte/supervision for dig selv.
21. Motivér patienten for psykiatrisk behandling, hvis dette er relevant.



søg og »doctor shopping« og den heraf følgende »somatiske overbehandling«, som indebærer en betydelig risiko for iatrogenne fysiske skader hos patienten. Målet er at give patienten den bedst mulige tilværelse som ved andre kroniske, somatiske og psykiske lidelser.

Det bør understreges at det ved de kronisk somatiserende patienter med multiple symptomer sjældent blot er et enten/eller-spørgsmål, men oftere et både/og, idet patienten hyppigt præsenterer en blanding af mulige positive fund som kan tilskrives en veldefineret somatisk lidelse, og oplagte somatisk uforklarede symptomer. Ligeledes kan den somatiserende patient, som alle andre, pådrage sig en somatisk lidelse.

I Tabel 3 er angivet nogle generelle råd ved management af kronisk somatisering til brug for patientens læge, men mange af elementerne kan også anvendes inden for odontologien.

### English summary

#### *Somatoform disorders*

The essential feature of somatization illness is that the patient presents medically unexplainable symptoms (-functional symptoms), i.e. symptoms that cannot be adequately explained on the basis of organic pathology or any known patho-physiological mechanism. Somatization must thus be considered a spectrum of severity from cases that are difficult to delimit, from normality to severely ill and disabled patients.

Somatization illness in ICD-10 is mainly classified as somatoform disorders, but these patients may also be hidden behind one of the many poorly-defined syndrome designations that are used in the medical literature, like fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, chemical hypersensitivity etc.

Somatization illness is prevalent in all health care settings, about one-fourth of the patients in primary care as well as of general hospital in-patients fulfill the diagnostic criteria for a somatoform disorder. The onset of somatoform disorders is usually before the age of 30-40, females predominantly. The figures for an odontological setting is not known, but the patients may present symptoms from any part of the body, and complaints referring to teeth and the temporomandibular region are frequent.

The patient group presents a considerable financial burden to health and social services, a loss to industry and dependency on invalidity benefits for long periods. In chronic cases, they have often been subject to a large number of futile examinations, surgery, and medical/surgical attempts of treatment that may have resulted in physical harm to the patient.

This paper reviews of somatoform disorders, historical background, classification, etiology, epidemiology, diagnostic, differential diagnosis and treatment.

### Litteratur

1. Fink P. From hysteria to somatization: A historical perspective. *Nord J Psychiatry* 1996; 50: 353-63.
2. Shorter E. From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era. New York: The Free Press. Macmillan Inc.; 1992.
3. Ford CV. Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (Suppl 3): 7-16.
4. Shorter E. Sucker-punched again! Physicians meet the disease-of-the-month syndrome. (Editorial). *J Psychosom Res* 1995; 39: 115-8.
5. Shorter E. Multiple chemical sensitivity: pseudodisease in historical perspective. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (Suppl 3): 35-42.
6. Bagedahl-Strindlund M, Ilie M, Furhoff AK, Tomson Y, Larsson KS, Sandborgh-Englund G, et al. A multidisciplinary clinical study of patients suffering from illness associated with mercury release from dental restorations: psychiatric aspects. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 475-82.
7. Malt UF, Nerdrum P, Oppedal B, Gundersen R, Holte M, Lone J. Physical and mental problems attributed to dental amalgam fillings: a descriptive study of 99 self-referred patients compared with 272 controls. *Psychosomatic Med* 1997; 59: 32-41.
8. McDaniel S, Campbell T, Seaburn D. Somatic fixation in patients and physicians: A biopsychosocial approach. *Fam Syst Med* 1989; 7: 5-16.
9. Bass C. Somatization: Physical symptoms & psychological illness. Oxford: Blackwell; 1990.
10. Fink P. Somatization-beyond symptom count [editorial]. *J Psychosom Res* 1996; 40: 7-10.
11. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 213-5.
12. Krogstad BS. Myofunctional and emotional aspects of temporomandibular disorders (thesis). Oslo: University of Oslo; 1998.
13. Hansen EB. Paranoia hypochondriaca. København: Rigshospitalet, Psykiatrisk afd. O; 1976.
14. Cunningham SJ. The psychology of facial appearance. *Dent Update* 1999; 26: 438-43.
15. Marchant-Haycox S, Salmon P. Patients' and doctors' strategies in consultations with unexplained symptoms. Interactions of gynecologists with women presenting menstrual problems. *Psychosomatics* 1997; 38: 440-50.
16. Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, et al. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological inpatients. A 7-item scale for hypochondriasis and somatization. *J Psychosom Res* 1999; 46: 261-73.
17. Rasmussen NK, Groth MV, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F. Sundhed & sygelighed i Danmark 1987. En rapport fra DIKES undersøgelse. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi; 1987.
18. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, utilization of health care and GP recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8.
19. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-55.

20. Hansen MS, Fink P. Mental disorders among internal medical inpatients: Prevalence, detection and treatment status. *J Psychosom Res* (In press).
21. Fink P. Kronisk somatisering. Århus: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Universitetshospital i Aarhus; 1997.
22. Fink P. Somatization disorder and related disorders. In: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen NC, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
23. Fink P. Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. Befolkningens forbrug af hospitalsindlæggelser. Århus: Institut for Psykiatrisk Grundforskning. Afdeling for Psykiatrisk Demografi. Psykiatrisk Hospital i Århus; 1992.
24. Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Dis* 1961; 15: 189-94.
25. Mayou R. The nature of bodily symptoms. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 55-65.
26. Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int Review of Psych* 1992; 4: 81-97.
27. Gask L. Management in primary care. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, editors. *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press; 1995: p. 391-409.
28. Fink P, Rosendahl M, Toft T. TERM-modellen, The extended reattribution and management model. 1-54. Århus: Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitetshospital, Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet; 2000.
29. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205-15.
30. Birket-Smith M. Somatoforme tilstande (disputats). København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet; 1998.

## Forfatter

*Per Fink*, adm. overlæge, dr.med., Ph.D.

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital