

Psykens indflydelse på somatiske forhold

Lise Ehlers

Konstante eller tilbagevendende smerter er et symptom, der går som en rød tråd gennem mange patienters sygdomsfølelse, men hvor det organiske grundlag ikke altid kan påvises. Aktuelt er der et stigende antal patienter, specielt kvinder, der oplever sig som syge. Deres mange vage, diffuse symptomer svarer imidlertid ikke til det naturvidenskabelige sygdomsbillede. Under jagten på en fysisk forklaring glider den oprindelige livskrise i baggrunden, og smerten bliver ophøjet til at være det centrale i patientens liv. Hele behandlerens interesse for den fysiske del af sygdomsoplevelsen har enorm betydning for patientens karriere som »syg«. Både patient, behandlere og stort set hele samfundet deltager i en somatiseringsproces, godt hjulpet af medierne. Med vores udvidede sygdomsbegreb er det blevet lettere at omforme eksistentielle kriser og belastninger til noget biologisk. Har lidelsen først fået et medicinsk navn, så er behandlingen af disse krisetilstande en eller anden form for kemi.

Store ændringer i samfundet har altid været fulgt af en øget sygdomsfølelse i befolkningen. Den kroniske sygelighed med de mange sansemæssige forstyrrelser, som vi ser aktuelt, er vor tids kultursygdom.

Selvom alle behandlere ved at smerter er et komplekst problem, så er der alligevel en tendens til at man opdeler i fysiske eller psykiske smerter. De fysiske smerter anses for at være helt »reelle«, for her er der syn for sagn i form af et brækket ben eller et brandsår. De smertetilstande hvor man ikke kan påvise nogen legemlig defekt, er mere suspekter. De opfattes som »ikke reelle«, og patienterne oplever at deres smerter ikke tages alvorligt. På trods af viden om både psykiske og sociale faktorerers indflydelse betragter såvel behandlere som patienter smerterne som primært legemlige. Patienterne vil som udgangspunkt kun behandles ud fra denne opfattelse, for ellers tror de at man anser dem for at være hysteriske, hypokondere, simulerende, neurotiske osv. Imidlertid kan langvarige frustrationer, sorg og tab opleves som fysisk smerte når disse følelser holdes væk fra bevidstheden.

Definition

If. smertedefinitionen er smerte et psykologisk fænomen, en oplevelse. Oplevelsen er altid subjektiv og kan vanskeligt deles fuldstændigt med andre. Den smerteplagede vil ofte beskrive sine smerter som borende, stikkende, jagende eller med andre vendinger, der tyder på vævsbeskadigelse, selvom der ikke er tegn på en sådan. Smerteoplevelsen betegnes som både sensorisk og emotionel, hvilket betyder at den både indeholder sansedata og følelser. Følelserne vil overvejende signalere ubehag og angst. Den emotionelle komponent i smerteoplevelsen er tæt forbundet med den oplevede trussel som smerten udgør for patienten. Ved en kronisk non-malign smertetilstand vil der ofte være en øget opmærksomhed på alle kropslige fornemmelser, med smerteaccentuering til følge. Alle mere eller mindre ubetydelige kropsfornemmelser tolkes som forværring af tilstanden.

En række psykologiske faktorer har vist sig at have stor betydning for smerteoplevelsen. Det drejer sig om egenskaber ved personen, personlighedstræk, tidligere erfaringer, forventninger og ikke mindst om forhold i den aktuelle situation, der kan opleves som mere eller mindre truende.

Sygdomsfølelse

I løbet af de sidste 20 år har man set patienter med forskellige uspecifikke symptomer som smerte, træthed, svimmelhed, hovedpine og muskelsvaghed, som har tilskrevet disse symptomer tandfyldninger af amalgam eller nogle af de andre nye »modediagnoser«. Det drejer sig om en heterogen gruppe af mennesker, hvoraf flere har emotionelle problemer og psykiske lidelser i form af angstforstyrrelser og depression. Mange mennesker i de vestlige, industrialiserede lande oplever sig i dag som syge. I en amerikansk undersøgelse var det kun

mellem 4% og 14% af en befolkningsgruppe der ikke havde nogen somatiske symptomer i en given 14-dages-periode (1). I Danmark ses aktuelt et stigende antal lægekontakter, og det anslås at mellem 50% og 70% af disse henvendelser skyldes symptomer hvor organiske årsager enten er underordnede eller slet ikke til at udrede ved organrettede undersøgelser (2). Sygdomsfølelsen i befolkningen hænger sandsynligvis sammen med forestillingen om en optimal livskvalitet i kombination med et stigende præstationskrav, hvor arbejdsmarkedet kræver produktivitet, effektivitet og konstant »fuld fart fremad«. Samtidigt skal der være energi til at få det sociale, det intime og seksualiteten til at fungere. Den stigende sygdomsfølelse må ses som værende et produkt af samfundsudviklingen.

Symptomvalget

En sygdomsfølelse kan efter et ganske ubetydeligt traume blive koblet til forestillingen om at fejle noget bestemt. For tiden er der mange patienter som, efter at have slået hovedet mod en dørkarm, faldet ned af trappetrin, snublet i gulvtæppet osv., har tolket smerterne som tegn på et *whiplash*-syndrom. Lægernes interesse for bestemte lidelser betyder meget for patientens sygdomsforestilling.

I Tyskland blev der omkring 1920 publiceret en artikel der handlede om faren for kviksvølvforgiftning pga. amalgamfyldninger i tænderne, og mange mennesker blev opskræmte. Omkring 1970 blussede frygten for amalgamforgiftning op igen, denne gang med Sverige som det centrale land. Frygten blev stimuleret af massemediernes store interesse for fænomenet, og et stigende antal patienter begyndte at koble smerter i kroppen, træthed, uro, depression, søvnbesvær og koncentrationsproblemer til amalgamfyldninger. Forklaringshypoteserne har været mange, lige fra skade på immunforsvaret til allergi. Svenske lægers store interesse for det »metalsyndrom« har resulteret i at 12.000 personer er blevet medlem af foreningen for »amalgamforgiftning« (Tandvardsskade forbundet) (3). De fleste af amalgamsyge er kvinder i 30-50-årsalderen. Mange undersøgelser har vist at der blandt disse patienter er en klar overvægt af angst, depression og somatisering. Trods utallige undersøgelser har det vist sig at der ikke foreligger noget bevis for at amalgam kan fremkalde såkaldt amalgamrelaterede symptomer. De fleste patienter med disse symptomer havde også andre diagnoser, oftest af psykiatrisk natur. Depression, angstforstyrrelser og somatisering er de psykiske lidelser, som optrådte hyppigst (3).

I Danmark har *whiplash*-syndromet været meget debatteret, og mange mennesker, især kvinder, synes at få varige symptomer efter en påkørsel bagfra i trafikken. Man har paradoksalt nok ikke set disse kroniske tilstande i lande hvor man

ikke giver økonomisk kompensation til symptomer opstået efter denne påkørsel. Frekvensen er størst hos kvinder, selv om der er flere mænd der bliver påkørt bagfra og får akutte skader. Antallet af patienter med varige *whiplash*-skader er øget eksplosivt i de sidste år, ikke mindst i Norge, og det antages at det skyldes lægernes diagnoser og mediernes store interesse herfor. Det er blevet fremført at kvinder har en svagere halsmuskulatur og knoglebygning end mænd og derfor har en tendens til lettere at forstuve nakken. Det forklarer imidlertid ikke alle symptomernes respektløse kønspræference.

Imidlertid stilles diagnosen *whiplash* også på patienter der er gået ind i et vejskilt, en dørkarm eller faldet ned af tre trappetrin, snublet i gulvtæppet osv. Det er interessant at når diagnosen er foreslået, udvikler patienterne nøjagtigt de samme symptomer på *whiplash* som dem man har vedtaget at kunne få efter en påkørsel bagfra i trafikken. Det er ligeledes interessant at variationer i forekomsten af *whiplash*-tilfælde optræder mellem forskellige lande med omtrent ens trafik-tæthed. Velgennemførte undersøgelser fra Baltikum har eksempelvis dokumenteret at symptomer og arbejdsmæssig invaliditet praktisk taget ikke forekommer hos litauiske bilister der udsættes for påkørsel bagfra og får nakkeforstuvning (4). Måske skyldes det at man i Litauen ikke anerkender *whiplash* som grundlag for erstatning.

Et andet syndrom som er meget debatteret og udforsket, er det kroniske træthedssyndrom. Specielt har amerikanerne været optaget af den lidelse, og det er aktuelt et stort problem i Amerika (5). På trods af mere end 10 års intens forskning, specielt vedr. følger efter Epstein-Barr-virusinfektion, har man ikke været i stand til at etablere en generelt accepteret specifik kasesdefinition. Patogenesen er fortsat kontroversiel.

Af og til ser man mærkelige »epidemier« når massemediernes bliver optaget af noget der ligner sygdom. Arbejdsmedicinerne kalder visse symptomer for »*environmental somatization syndrome*«. Patienterne klager typisk over træthed, hovedpine, smerter i muskler og led, søvnproblemer og koncentrationsbesvær. Patienterne tilskriver symptomerne eksponering for kemiske eller fysiske faktorer i det ydre miljø eller forhold ved arbejdsmiljøet. Patienterne kan være så overbeviste om en bestemt miljøfaktor at de ikke vil høre om alternative forklaringer. Slet ikke om psykosociale faktorer.

Hysteri eller somatisering

Epidemier af somatisering er kendt fra tidligere tider, og tilbøjeligheden til at koble sygdomsfølelsen sammen med ydre forhold i miljøet eller til en kendt diagnose går langt tilbage i historien. For 100 år siden så man patienter, oftest kvinder, med diffuse symptomer som blev anbefalet hvile og

lå til sengs i måneder og år. Diagnosen var ofte appendicitis og colitis. Mange fik bortopereret blindtarmen, og senere fik de fjernet tyktarmen (6). Kvindediagnosen var som regel hysteri. Hysteri er en af de første »sygdomme« som er beskrevet i lægevidenskabens historie, og ud fra det enorme antal publikationer kan man se at lægerne gang på gang kunne dokumentere at der ikke var noget legemligt galt med de syge kvinder. Det var dog også alment accepteret at hysteri var et kulturelt fænomen. Det var kvindens svar på kulturens pres. Selvom der gennem 100 år har været fremsat mange forskellige teorier om hysteri, så er der ingen der har formået at give en sammenhængende og entydig forklaring på den ætiologiske baggrund for lidelsen. Formentligt fordi det er en helt normal (ikke nødvendigvis sund) reaktion som mennesker har over for forskellige belastninger.

Hysteridiagnosen er nu fjernet fra den internationale diagnoseklassifikation, og som afløsning har man indført »*somatization disorder*«. Den ætiologiske baggrund for denne er ukendt, men en række sociale, psykologiske og biologiske mekanismer er foreslået som forklaring på den kroniske multisymptomatiske somatiseringstendens (7). Det kan imidlertid virke ejendommeligt at man fjerner hysteridiagnosen og nu betragter fænomenet som om det aldrig er set før, fordi man har fået nye betegnelser (man fjerner jo ikke den menneskelige lidelse, fordi man fjerner diagnosen). Nu forskes der med samme iver i syndromer, som man tidligere forskede i kvindernes underliv. Man har hurtigt glemt at betragtet som et kulturelt fænomen var hysterien enestående. Den gav patienterne, som altså oftest var kvinder, en mulighed for at gøre oprør mod en alt for krævende social rolle. Hysteri var betegnelsen for en helt basal menneskelig reaktion på for svære belastninger (8).

Hosstående sygehistorie er ikke ualmindelig og må hende opmærksomheden på at man oftere og oftere ser specielt kvinder, men også mænd, som bukker under for stress i forbindelse med de krav der stilles til dem, først og fremmest på arbejdet, men også på hjemmesiden. I den forbindelse kan der opstå symptomer af forskellig art, og sygdomsbilledet er ikke altid entydigt identificerbart.

Somatisering

Man er stort set enige om at patienterne somatiserer. Men er det nu helt rigtigt? Er det ikke lægen eller tandlægen der somatiserer gennem den forskningsmæssige interesse i lidelserne? Eller er det fysioterapeuten og akupunktøren der somatiserer gennem den massive behandlingsaktivitet? Eller er det psykologen som roder rundt i barndommen efter et lille incesttraume? Én ting er sikker. Patienterne er meget afhængige af samfundet med al den sygdomsinformation der

Sygehistorie

44-årig kvinde, som er thailandsk statsborger, men gift med dansker, har i to år haft alvorligt generende ansigtssmerter. If. ægtefællen er hun svært invalideret af sine smerter og har fuldstændigt ændret karakter. Smerterne begyndte med tandpine, der, efter flere konsultationer hos tandlægen, resulterede i at man ekstraherede den tand hvortil smerterne tilsyneladende kunne henføres. Uanset dette indgreb fortsatte tandpinen, men nu lokaliseret til en tand placeret ved siden af den ekstraherede. Røntgenoptagelser viste intet abnormt, og tandlægen foreslog stabiliseringsskinne. Denne blev anvendt i seks mdr., men uden effekt på smerterne. Tandpinen fortsatte og har været konstant i to år, hvor kvinden har været til ca. 100 læge-/tandlægebesøg. Der er stillet følgende diagnoser: kæbeleds-dysfunktion og myosis m. temporalis sinistris.

Forud for tandproblemerne var kvinden i arbejde på en fiskefabrik hvor arbejdet foregik i opskruet tempo. Hun stod op hver morgen kl. 5, og ægtefællen kørte hende til stationen i X-købing, så hun kunne være på sit arbejde kl. 7. Som regel var hun hjemme igen mellem kl. 17 og 18, og så startede opvask, madlavning, tøjvask mv. Kvinden blev afskediget pga. for megen fravær, og som indvandrers har hun haft svært ved at finde nyt arbejde.

gives i tv, radio, aviser og ugeblade. Uden viden om en evt. »ny« sygdom kan der ikke ske en epidemisk spredning. Somatisering er derfor mere en proces end en sygdom, og der skal som regel flere personer til at medvirke i en somatiseringsproces. Det er derfor vigtigt at behandlere er tilbageholdende med at diagnosticere og sende patienten rundt til diverse specialistundersøgelser. Jo mere lægen og tandlægen fokuserer på kvindens kropslige symptomer, des mere fjerner de sig fra hendes virkelige problem. Når kvinden søger læge for at blive behandlet for sine fysiske symptomer, hører hun samtidigt op med at erkende sin krops naturlige meddelelse om det liv hun lever. Både behandleren og kvinden opfatter symptomerne bogstaveligt og som noget fysisk der skal have en anatomisk lokalitet. Den medicinske videnskab omformer dermed det psykologiske og det sociale til noget biologisk. Selvom mange behandlere aner at der er noget andet i vejen med kvinden, end det hun ønsker at få at vide, så stilles alligevel en af de nye modediagnoser. Mange af disse diagnoser kan derfor betragtes som en kontrakt mellem pati-

enten, behandleren og samfundet. Med en diagnose følger som regel også en medicinsk behandling. I de vestlige lande er det kvinderne som anvender mest medicin. De får dobbelt så meget nervemedicin og smertestillende medicin som mænd. I Danmark har opioidforbruget været i bemærkelsesværdig stigning og er større end i andre vestlige lande (9).

Vi ser med overbærenhed på tidligere tiders behandling af somatiserende tilstande, hvor uddrivelsen af det onde skete ved hjælp af hellige ord og ritualer. Om nogle årtier vil vi måske se med lignende overbærenhed på vor tids epoke hvor vi behandler alle fænomener for menneskelig lidelse med kemi.

En kemisk ubalance?

Der er ingen tvivl om at de fleste patienter med psykiske forstyrrelser, samt deres familie, foretrækker at tro at tilstanden er fysisk frem for psykologisk. Selvom forskellen kun er semantisk, idet der formentligt er et fysisk korrelat til alle mentale tilstande, så tror de fleste mennesker at der er et afgørende skel mellem det fysiske og det psykiske. Én af de vigtigste grunde til at patienter ønsker en somatisk diagnose er antagelsen om at den psykiatriske diagnose fører til stigmatisering. Mange tror at psykologiske problemer indebærer en forestilling om at personen er svag og ikke har prøvet hårdt nok at overkomme problemerne. Familien føler tit at en psykiatrisk diagnose falder tilbage på den. Desuden tror man at hvis problemet skyldes noget fysisk, så kan det kureres med medicin eller kirurgi. Derfor vil man hellere fejle noget fysisk end noget psykisk. Man fortæller nødtigt behandlere om de inderste konflikter og kvaler, og det behøver man jo heller ikke hvis problemet er fysisk.

Det anføres tit at somatiserende patienter lider af depression. Læger er stort set blevet enige om at depressive tilstande nu skal kaldes for sygdomme. Depression er tilmed en folkesygdom. Hvorfor er det blevet så moderne at bruge ordet sygdom? Er man så rask når symptomerne er væk og syg igen hvis de kommer tilbage? Ordet sygdom i forbindelse med depression har den fordel at give løfte om behandling. Man glemmer at fortælle at sygdommen her ikke betyder kropslig skade. Hvad der kaldes sygdom, er dét som en nedsat komité af fagfolk i fællesskab har besluttet sig for at navngive med ordet sygdom. Og sygdommens navn og det antal patienter der tænkes at lide af sygdommen, ændres løbende. Sygdom, lidelse eller tilstand.

Det er en klinisk erfaring at patienter der har lidt af mentale forstyrrelser (samt deres familie), er de stærkeste fortalere for at tilstanden skyldes en kemisk ubalance. Det kan desuden blive svært at modbevise hvis patienten faktisk får det bedre efter den medicinske behandling. I en tv-udsendelse med

Oprah Winfrey, så man en overraskende illustration af patienters tyrkertro på en biokemisk årsag til deres lidelser. Én af aktørerne i tv-programmet spurgte gæsterne i studiet hvorfor der var så stor begejstring for lykkepiller når der ikke var sikkerhed for disses effekt. Formentligt var der blandt gæsterne en del som havde fået denne behandling, og derfor blev aktøren øjeblikkeligt »overfaldet« med forsvarstaler for lykkepiller. Flere kvinder kunne berette at pillerne havde ændret deres liv ved at skabe orden i den kemiske ubalance som var skyld i deres mentale problemer. Selvfølgelig ved almindelige mennesker intet om kemiske forhold i hjernen, og mange behandlere ved lige så lidt. Man genfortæller simpelthen det der kan læses i reklamer, og det som psykiateren fortæller (skønt psykiateren ikke har nogen viden om at patienten virkelig har en biokemisk ubalance) (10).

Kvaliteten, eller mangel på samme, af den empiriske viden kan ikke alene forklare den entusiastiske accept af den biokemiske teori om mentale forstyrrelser. De fleste har kun en meget ringe viden om medicinens virkning, men er afhængige af informationer som er skabt af forskellige interessegrupper. Der er helt sikkert økonomiske faktorer som spiller en rolle i afgørelsen af hvilke data der indsamles, hvordan de bedømmes, og hvilke der udbredes, undertrykkes eller bringes i miskredit. Hvad behandlere og patienter ved om medicin, og hvad der skyldes mentale forstyrrelser, er absolut ikke en naturlig refleksion af alle tilgængelige informationer (10,11)

De kropsliggjorte livserfaringer

Flere somatiserende patienter er faktisk ængstelige og deprimerede, selvom de somatiske symptomer er de mest centrale. Patienterne er ofte skeptisk indstillede over for psykiatere og behandlere, som vil forklare deres symptomer ud fra psykiske forhold. Somatisering har længe været en socialt accepteret strategi til at tackle konflikter og uaccepterede følelser med, samtidig med at man undgik at blive stemplet som gal eller psykiatrisk patient. Derfor opsøger patienterne gerne flere læger og tandlæger som »tror på dem« og er villige til at sende dem til specialundersøgelser. Ofte vil usikre læger sende patienterne til forskellige speciallægeundersøgelser og evt. indlægge dem på sygehuset. Derved vil de være med til at »producere« syge patienter.

Somatiserende tilstande har altid eksisteret og vil aldrig forsvinde, fordi de i bund og grund er helt almindelige reaktioner på for svære belastninger. Kroppen vil altid være mærket af det liv man lever. Når stress, sorg og vrede er blevet mærkbar i kroppen, så går helbredelsen ikke via lægen, tandlægen eller psykologen. Man må begynde at erkende at tanke og krop opleves som en helhed. Dvs. at både sorg og vrede også føles som noget fysisk. Hverken medicin eller kirurgi

kan fjerne de smerter som stammer fra livserfaringer der er blevet kropsliggjorte. Der er ikke tale om en sygdom, men en lidelse. Lidelsen er som en kamæleon, den skifter udtryk, så den passer til de historiske omstændigheder. Mister man livsperspektivet, fortolker man sig selv som syg, fordi man ikke i vores kultur har andre fortolkningsmuligheder, og i mødet med lægen bekræftes og uddybes denne fortolkning. Spørgsmålet er imidlertid om ikke vores massive diagnosticering bidrager yderligere til forværring af den lidendes tilstand. Det er i hvert fald ikke et sundt samfund som konstruerer mange kroniske sygdomme. Ingen står sig ved det. Mennesket fortolker tilværelsen for at kunne acceptere den, men det er et spørgsmål om det moderne menneske kan nøjes med de biologiske fortolkninger der for tiden dominerer.

Konklusion

Psykens indflydelse på kroppen er enorm og har stor betydning for patientens tolkning af kroppens forskellige somatiske symptomer. Mange mennesker i de vestlige lande oplever sig i dag som syge og smerteplagede, uden at organisk årsag kan påvises. Lægerne og tandlægerne interesse for bestemte lidelser betyder meget for patientens sygdomsforestilling. Det hævdes ofte at patienten somatiserer, men i virkeligheden er somatisering en proces hvor flere behandlere deltager, og hvor mediernes indflydelse er af signifikant betydning. Det er åbenbart svært for os at erkende hvor meget et stressende liv kan blive udtrykt gennem kroppen, uden at det er tegn på sygdom.

English summary

The psyche's influence on somatic conditions

The influence of the mind on the body is enormous and is of great significance to the patient's interpretation of different somatic symptoms. In the Western countries a great many people experience illness and pain problems. However, no organic cause can be proven. Doctors' and dentists' interest in certain illnesses is very significant to the conception of illness. It is often claimed that the patient somatize, but in reality somatization is a process in which more treatment personnel participate and in which the influence of the media is of great significance. Apparently it is difficult for us to acknowledge to what extent a stressful life can be expressed through the body, without there being signs of illness.

Litteratur

1. Shorter E. From paralysis to fatigue. New York: The Free Press; 1992.
2. Welner J. Psykologisk medicin. Psykoterapi i patientbehandling. København: FADL's forlag; 1984.

3. Kringlen E. Psykiatriske synspunkter på »amalgamsykdøm«. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 219: 3461-4.
4. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 66: 279-83.
5. Showalter E. Hystories. New York: Columbia University Press; 1998.
6. Munthe A. San Michele. København: Steen Hasselbalchs Forlag; 1930.
7. Birket-Smith M. Somatoforme tilstande. København: FADL's forlag; 1997.
8. Ehlers L. Ondt i livet. Kvinder og de nye sygdomme. København: Gyldendal; 1999.
9. Frølund F, Jensen N-H. Opioidforbruget i Danmark. Månedsskr Prakt Lægeger 1995; 73: 1529-33.
10. Valenstein ES. Blaming the brain. The truth about drugs and mental health. New York: The Free Press; 1998.
11. Shorter E. A history of psychiatry from the era of the asylum to the age of prozac. New York: John Wiley; 1997.

Forfatter

Lise Ehlers, klinisk psykolog, cand.psych.

Neurologisk Afdeling F, Århus Kommunehospital, Århus