

”Mener han, at somatisering er noe, jeg gjør?”

En pragmatisk begrepsanalyse

Kirsti Malterud

Praktiserende leger møter mange pasienter, som har subjektive symptomer, uten at legen kan påvise objektive funn. Sykdomsårsaken er ukjent, og det er vanskelig å finne fram til en tradisjonell medisinsk diagnose. De 'ubestemte' plagene – 'medically unexplained physical symptoms' – er tilstander, som preges av kronisk lidelse og funksjonshemming, og som i årenes løp har fått mange diagnostiske betegnelser. I denne artikkelen vil jeg undersøke og drøfte betydningen av det diagnostiske begrepet 'somatisering'. Vi skal se nærmere på de kulturelle og språklige røttene, som har gitt innhold til denne diagnosen og spesielt studere de sosiale og medisinske konsekvenser av dette for klinisk praksis i dag. I en kunnskapsarkeologisk tilnærming kombineres teoretiske perspektiver fra medisinsk nosografi og pragmatisk filosofi.

Eva var 52 år gammel og hadde i mange år vært plaget av kroniske muskelsmerte og urolig fordøyelser. Hun hadde vært grundig undersøkt, både hos sin praktiserende lege (som var meg) og hos flere forskjellige spesialister. Revmatologen hadde gitt Eva en fibromyalgi-diagnose, mens nevrologen sa, at han ikke fant noe galt. Smertene gjorde, at Eva ikke lenger klarte jobben sin som hjemmehjelp, og etter et års sykmelding søkte hun om uføretrygd. Som følge av dette kom også kravet om vurdering hos psykiater. Eva kom til time hos meg, etter at hun hadde vært hos psykiateren, som hadde stilt en diagnose, som hun undret seg over. Han hadde kalt plagene hennes for somatisering. Eva hadde aldri hørt om denne diagnosen

før, men hadde følt seg mistenkeliggjort av psykiateren. Hun spurte: "Mener han, at somatisering er noe, jeg gjør?"

Historien om Eva er hentet fra min egen praksis. Som praktiserende lege gjennom 30 år har jeg møtt et stort antall pasienter, som har subjektive symptomer, uten at legen kan påvise objektive funn (Malterud 2001). Sykdomsårsaken er ukjent, og det er vanskelig å finne fram til en tradisjonell medisinsk diagnose. De 'ubestemte' plagene – i engelskspråklig litteratur omtalt som 'medically unexplained physical symptoms' (Reid, Wessely et al. 2002) – er tilstander, som preges av kronisk lidelse og funksjonshemming. Plagene kan ha ulike medisinske betegnelser som fibromyalgi eller andre former for kroniske muskelsmerter, det kroniske utmattelsessyndromet, vedvarende bekkenløsningplager, whiplash eller nakkeslengsskade, irriterbar tarm, kroniske underlivssmerter, kjeveledssyndrom, multippel kjemisk intoleranse. Pasienter med 'ubestemte' helseplager står for en betydelig andel av konsultasjonene hos den praktiserende lege (Burton 2003) og i spesialisthelsetjenesten (Reid, Wessely et al. 2002).

I denne artikkelen vil jeg ta utgangspunkt i mitt møte med Eva. Hennes historie og spesielt hennes spørsmål har inspirert meg til å undersøke og drøfte betydningen av det diagnostiske begrepet 'somatisering'. I denne artikkelen skal jeg beskrive noen av de kulturelle og språklige røttene, som har gitt innhold til denne diagnosen og spesielt diskutere de sosiale og medisinske konsekvenser av dette for klinisk praksis i dag.

Den franske filosofen Michel Foucault skriver om, hvordan mennesker styres av maktmønstre, som utformes gjennom kunnskapsutvikling og forvaltes i diskurser som gjennomtrenger dagliglivet (Foucault 2002). I sin forståelse av makt legger han større vekt på betydningen av språklige symboler og kulturelle institusjoner enn på organisasjoner og sosiale strukturer. Foucault bruker en 'kunnskapsarkeologisk' eller 'historiografisk' tilnærming for å identifisere og analysere denne dynamikken med fokus på de begrepene, som står sentralt i de aktuelle diskurser (Foucault 2002). Spesielt retter han søkelyset mot den symbolske betydningen av brudd og endringer i begrepsbruk og underliggende erkjennelsessystemer. Min strategi for analyse av somatiseringsbegrepet i denne artikkelen tar utgangspunkt i disse teoretiske perspektivene fra Foucault.

Fra hysteri til psykosomatikk

'Nosografi' er læren om beskrivelse og klassifikasjon av sykdommer. Tidlig på 1900-tallet var den danske internmedisiner Knud Faber spesielt opptatt av 'tak-

sonomi' – systemene og begrepsapparatet, som brukes til å plassere ulike sykdomsenheter i forskjellige kategorier. I sitt historiske essay fra 1923 - *Nosography in modern internal medicine* - beskriver han, hvordan de medisinske klassifikasjonssystemer har utviklet seg siden 1400-tallet og demonstrerer elegant, hvordan sykdomsbegrepet og de diagnostiske kategorier er sosialt konstruerte fenomener (Faber 1923).

Fellestrekket ved de 'ubestemte' helseplagene er, at legen ikke finner fram til noen årsaksforklaring. Mange ulike hypoteser og forklaringsmodeller har vært lansert opp gjennom årene. Lenge mente man, at symptomene hadde sitt opphav i forstyrrelser i kroppslige organer, spesielt var livmoren i søkelyset (gresk: *hysteria*), siden flertallet av pasientene med disse plagene var kvinner. Mange mente, plagene skyldtes, at livmoren vandret rundt i kroppen. Inntil 1700-tallet var *hysteri* betegnelsen på noe, man oppfattet som en somatisk feilfunksjon. Den britiske legen Thomas Sydenham mente, at sjelen i større grad enn kroppen ble skadelidende som følge av denne feilfunksjonen. Slik ble den psykologiske forståelsesmåten introdusert. Men fortsatt var den logiske behandling å operere bort kvinnenens kjønnsorganer.

Den svenske idehistorikeren Karin Johannisson beskriver historien om, hvordan begrepene hypokondri og nevrasteni etter hvert avløste hysteridiagnosen (Johannisson 1994). Fra antikken fram til 1600-tallet ble hypokondri oppfattet som en kroppslig sykdom med opphav i magen (gresk: *hypochondrios* = mellomgulvet), på 1700- og 1800-tallet var det en sykdom i nervesystemet, og fra 1900-tallet ble hypokondri til en innbilningssyke, som ble forklart ut fra en psykogen modell. Tidlig på 1800-tallet omtalte den franske nevrologen Jean-Martin Charcot hysteri som resultatet av en lesjon i nervesystemet. Siden lokalisasjonen var ukjent eller diffus, kalte man slike tilstander for 'funksjonelle' lidelser (Sharpe and Carson 2001). På slutten av 1800-tallet vokste psykoanalysen fram. Sigmund Freuds teorier om underbevissthetens rolle og fortrenkning av følelser, som omformes til kroppslige symptomer (konversjonsnevrose), fikk gjennomslag. Den psykoanalytiske forståelsen var lineær og dikotom: man mente, at de kroppslige symptomer var sekundære i den forstand, at de var forårsaket av og representerte den primære og tilgrunnliggende psykologiske ubalanse.

På første halvdel av 1900-tallet dannet disse tankene grunnlaget for utviklingen av 'psykosomatisk' medisin (Fava and Sonino 2005). En psykosomatisk sykdom var en fysisk lidelse, eksempelvis magesår, som var forårsaket av psykologiske faktorer. Den psykosomatiske forståelsen bidro til økt medisinsk oppmerksomhet i forhold til sårbarhetsfaktorer som stress og belastninger samt utvikling av

atferdsbaserte intervensjoner som livsstilspåvirkning og ulike former for psykoterapi. Den 'biopsykososiale' modellen ble introdusert av den amerikanske indremedisineren George Engel på slutten av 1970-tallet (Engel 1977). En medisinsk helhetstenkning, som la større vekt på betydningen av menneskenes psykososiale kontekst, skulle erstatte en snever biomedisinsk tenkemåte. Omtrent på samme tid lanserte antropologen George Bateson 'systemteorien' (Bateson 1972). Inspirert av kybernetikken og naturvitenskapene beskrev han menneskelige fenomener som sirkulære og dialektiske til forskjell fra en lineær årsak-virking-modell. Denne forståelsen fikk sterkest gjennomslag innen familierapi og tildels også i allmennmedisin. Omtrent på samme tid utfordret den kanadiske psykiateren Zbigniew J. Lipowski den monokausale psykosomatiske tenkningen ved å etterlyse multifaktorielle modeller fremdeles innenfor en lineær forståelsesmåte, der det psykiske er noe, som ligger forut for det somatiske (Lipowski 1986).

I dag er hypokondri en psykiatrisk diagnose (Wilhelmsen 1997), mens nevrasteni oppfattes som en langvarig tilstand med lav terskel for tretthet og utmattelse etter mindre anstrengelser (Stubhaug, Tveito et al. 2005). Funksjonelle lidelser brukes i dag dels som betegnelse på tilstander, der legen mener, at psykologiske forhold har sentral betydning for symptomutvikling eller utforming (Malt, Malt et al. 2002) og dels som uttrykk for uhensiktsmessige fysiologiske mønstre i for eksempel fordøyelsessystemet, som ikke setter varige strukturelle spor i kroppen, (Husebye 1999).

Somatisering – underliggende psykologisk konflikt?

I en engelsk oversettelse av psykoanalytikerens Wilhelm Stekels bok om atferdsforstyrrelser opptrer for første gang begrepet *somatisering* som en oversettelse av ordet 'organsprache' (Stekel and Van Teslaar 1924). Begrepet brukes her i en psykoanalytisk betydning om fysiske symptomer, som uttrykker en underliggende ubevisst psykologisk konflikt. Belgierne De Gucht & Fischler beskriver de to ulike retninger, som har utviklet seg i somatiseringsfeltet – den klassiske freudianske forståelsen, der symptomene har en psykologisk bakgrunn, til forskjell fra en forståelse, der årsaksforklaringen står helt åpen. Rosendal og medarbeidere betegner den første versjonen som 'normativ' og den andre versjonen som 'deskriptiv' (Rosendal, Fink et al. 2005).

Lipowski modifiserte sitt psykoanalytiske syn med årene (Lipowski 1987) men er likevel en typisk representant for den utbredte normative forståelsen av somatisering som en egentlig psykiatrisk lidelse. Dette finner vi for eksempel igjen hos psykiateren Trevor A. Hurvitz, som skriver at

“Somatization is the psychological mechanism whereby psychological distress is expressed in the form of physical symptoms. The psychological distress in somatization is most commonly caused by a mood disorder that threatens mental stability.” (Hurwitz 2004).

Mer tvetydig framstår årsaksforståelsen hos psykiateren Thomas W. Heinrich, som definerer somatisering som

“... the physical expression of psychological distress” (Heinrich 2004).

Lenger ute i samme artikkel sier han imidlertid at

“... the term somatization will be used descriptively for patients that experience and communicate psychological distress with unexplained somatic complaints” (IBID).

Han ser på symptomene som kommunikasjon, som erstatter mer hensiktsmessige verbale eller emosjonelle uttrykk og knytter det til begrepet ‘alexithmi’ – å ikke kunne sette ord på følelser. Selv om Heinrich betegner dette som et deskriptivt standpunkt, opererer han altså med en psykologisk årsaksforståelse av somatisering.

I en studie av britiske allmennleger mente flertallet, at pasienter med ‘ubestemte’ plager hadde personlighetsproblemer eller psykiatrisk sykdom (Reid, Whooley et al. 2001). Færre enn halvparten mente, at det fantes effektiv behandling for somatisering.

Mayou, Bass og Sharpe foretrekker betegnelsen ‘functional somatic symptoms’ om unormale kroppslige funksjoner, som ikke reflekteres som observerbare strukturelle funn (Mayou, Bass et al. 1995). Forfatterne erkjenner betydningen av psykososiale forhold for symptomopplevelse og –uttrykk men tar eksplisitt avstand fra en psykologisk årsaksforklaring. De representerer en integrert multifaktoriell forståelse, som søker å overskride den klassiske biomedisinske kropp-sjel-dikotomien og er således også normative i ordets egentlige betydning. De viktigste skillelinjene ser ut til å gå mellom dem, som fastholder en primær psykologisk årsak og dem, som støtter seg til dialektiske forståelsesmodeller, der spørsmålet om årsak og virkning blir mindre sentralt.

Biopsykologien – exit høna og egget

De siste desennier er avanserte komplekse modeller inspirert av systemteori blitt videreutviklet innen fagfeltet ‘psykonevroendokrinologi’. Takket være teknolo-

giske fremskritt har man utviklet eksperimentelle metoder, som gjør det mulig å studere dynamikken mellom biologiske parametre og menneskelige erfaringer og opplevelser (Rief and Barsky 2005). Burtons oppsummering er, at pasienter med 'ubestemte' helseplager har komplekse adaptive systemer, der kognitive og psykologiske prosesser samvirker med hverandre og med omgivelsene (Burton 2003).

Med sin kognitive stressaktiveringsteori (CATS) beskriver Ursin & Eriksen, hvordan fysiologiske og hensiktsmessige stressresponser kan omformes til helseskadelige belastninger avhengig av den betydning og de forventninger, som tilskrives de kroppslige signalene. Dermed kan det utvikles en økende ubalanse i forholdet mellom individets nevrofysiologiske reaksjoner og atferds- og mestningsmønstre. CATS-modellen, som bygger på en lang rekke dyreeksperimentelle studier, er en kognitiv teori i den forstand, at nye nevrofysiologiske responsmønstre kan etableres gjennom læring. (Ursin and Eriksen 2004). Genetiske disposisjoner kan gi ulik sårbarhet i forskjellige organsystemer hos forskjellige individer. Derfor kan ulike tilstander, som for eksempel kronisk utmattelsessyndrom, kjemisk hypersensibilitet, matintoleranse, funksjonell dyspepsi og irritabel tarm ha en felles underliggende psykobiologisk mekanisme med ulik differensiering (Ursin and Eriksen 2001)

En annen biopsykologisk posisjon legger vekt på, hvordan denne typen prosesser medieres via immunsystemet. Dantzers hypotese er for eksempel, at somatisering er et uttrykk for aktiviteter i hjernens proinflammatoriske cytokinsystemer (Dantzer 2005). Mye tyder på, at gjentatt eller vedvarende aktivering av disse molekylære signalsystemene på ulike tidspunkter i livet kan skape en biologisk overfølsomhet, der reaksjonsterskelen senkes, og responsene til slutt vedlikeholder seg selv. Mye tyder på, at immun dysregulering via cytokinproduksjonen kan stimuleres direkte gjennom negative følelser og belastende erfaringer og indirekte stimuleres av kroniske eller tilbakevendende infeksjoner (Kiecolt-Glaser, McGuire et al. 2002). Hos voksne fibromyalgipasienter som hadde barndomserfaringer med seksuelle overgrep, fant man for eksempel endret kortisolrespons sammenlignet med personer uten slike erfaringer (Weissbecker, Floyd et al.). Avvikende nivå av kortisol i urin ble også påvist hos pasienter med det kroniske utmattelsessyndromet (Jerjes, Peters et al. 2006).

De biopsykologiske modellene atskiller seg fra den normative freudianske forståelsen av somatisering ved å være multifaktorielle og non-lineære. Det kroppslige og biologiske substratet for symptomene er solid forankret i eksperimentelle studier og anses som like reelt som individets persepsjon og respons.

Psykososiale konsekvenser av meningsinnholdet i diagnosen

'Pragmatismen' er en filosofisk retning som oppsto i USA tidlig på 1900-tallet. I følge pragmatismen ligger sannheten eller betydningen av en ide eller et uttrykk i de praktiske konsekvensene snarere enn i en metafysisk forståelse av, hva som har vært ment, eller hvordan ting 'egentlig' er. Pragmatikerne retter søkelyset mot kontekst og fortolkning. Blant de sentrale teoretikere finner vi Charles Sanders Peirce, som særlig anvendte den pragmatiske forståelsen innen 'semiotikken' – læren om tegn og symboler (Skagestad 1981). Pragmatismen har også fått gjennomslag blant språkteoretikere og filosofer som John L. Austin (Austin 1962) og Jürgen Habermas (Habermas 1984), som har vært opptatt av den sosiale effekt av talehandlinger og annen kommunikasjon. I min egen forskning har jeg sett, hvordan talehandlings-teori kan gi et nyttig fokus på dialoger og samhandlingsmønstre mellom legen og pasienten (Malterud 1990) ut fra en forståelse om, at det, som blir hørt, kan ha en sterkere betydning enn det, som var sagt eller ment. La oss i det følgende derfor ha et særlig blikk på de pragmatiske dimensjoner av somatiseringsbegrepet.

Nosografiske tvetydigheter

De medisinske diagnosesystemene inneholder definisjoner og kriterier for ulike sykdomstilstander dessuten en hierarkisk organisering, som forteller mer om, hvordan forskjellige diagnoser oppfattes av toneangivende fagfolk.

I WHO's internasjonale medisinske klassifikasjonssystem ICD-10 (Lipowski 1987; World Health Organization 2005) finner vi denne definisjonen av *somatiseringslidelse* under koden F-45.0:

"Lidelsen kjennetegnes av flere tilbakevendende somatiske symptomer, som hyppig forandrer seg gjennom minst to år. De fleste pasientene har en lang og komplisert sykehistorie, som omfatter kontakt med både primærhelsetjeneste og spesialister med mange resultatløse utredninger og/eller forgjeves eksplorative operasjoner. Symptomene kan være relatert til alle deler av kroppen eller hvilket som helst organsystem. Lidelsens forløp er kronisk og svingende og ofte forbundet med forstyrrelser i sosial, mellommenneskelig og familiemessig atferd. Kortvarige (mindre enn to år) og mindre iøynefallende symptom mønstre skal klassifiseres under udifferensiert somatoform lidelse" (F45.1).

Til tross for at definisjonen ovenfor tilsynelatende er rent deskriptiv, er tilstanden plassert i ICD-10s kapittel V (Psykkiske lidelser og atferdsforstyrrelser). En alterna-

tiv plassering av en lidelse med ovennevnte spesifikasjoner kunne for eksempel vært i kapittel XVIII, som innbefatter symptomer, tegn og unormale resultater av kliniske eller andre undersøkelser og ufullstendig angitte tilstander, der det ikke foreligger en diagnose, som kan klassifiseres annet sted. I innledningen til dette kapittelet heter det at

”Symptomer som peker forholdsvis bestemt mot en gitt diagnose har fått tildelt en kategori i ett av de andre kapitlene i denne klassifikasjonen. Kategoriene i dette kapitlet inkluderer ubestemte tilstander og symptomer, som peker omtrent like mye i retning av to eller flere sykdommer, eller to eller flere organsystemer, uten at det foreligger undersøkelser som gjør en endelig diagnose mulig.”

Tilsvarende føringer finner vi for diagnosen *Somatization Disorder* i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association. and American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. 2000). Tilstanden er tildelt koden 300.81 og plassert som en akse-1-lidelse, dvs. et klinisk psykiatrisk syndrom i gruppen ‘Somatoform Disorders’, som er definert slik:

”Disorders in this category include those where the symptoms suggest a medical condition but where no medical condition can be found by a physician. In other words, a person with a somatoform disorder might experience significant pain without a medical or biological cause, or they may constantly experience minor aches and pains without any reason for these pains to exist.”

Som i ICD-10 gir den nosografiske konteksten i DSM-IV klare meldinger om, at somatisering allikevel skal forstås som en psykiatrisk lidelse.

Kognitiv terapi– reattribuering

I en rekke randomiserte kontrollerte forsøk er det vist god effekt av kognitiv atferdsterapi (cognitive behavioral therapy – CBT) ved somatisering og ‘ubestemte’ helseplager (Speckens, van Hemert et al. 1995; Sharpe, Hawton et al. 1996; Deale, Chalder et al. 1997; McLeod, Budd et al. 1997). Slike behandlingsstrategier er også brukt av fagfolk, som ikke bruker en psykologisk forklaringsmodell (Mayou, Bass et al. 1995).

En spesiell variant av BCT ble utviklet av Goldberg & Gask i Manchester på 1980-tallet (Goldberg, Gask et al. 1989). Modellen bygger på reattribuering, som innebærer, at pasienten skal lære å relatere symptomene sine til psykososiale pro-

blemer. I Århus er denne modellen blitt videre utviklet av Fink og medarbeidere til The Extended Reattribution and Management (TERM) model, en behandlingsstrategi som praktiserende leger kan tilegne seg gjennom et undervisningsprogram, som har vært grundig utprøvd i praksis (Fink, Rosendal et al. 2002). Virkemidlene er å få pasienten til å føle seg forstått, utvide dagsorden og å forhandle frem en ny delt forståelse av de fysiske symptomene. TERM er en pasientsentrert modell, der det legges stor vekt på å få frem pasientens årsaksoppfatning og problemdefinering. TERM brukes ikke bare til behandling av somatiseringslidelser men også ved 'psychiatric disorders other than somatization'. Forfatterne fastholder likevel, at de har en deskriptiv forståelse av somatiseringsbegrepet og presenterer en biopsykologisk modell som del av sitt multifaktorielle forståelsesgrunnlag.

'Attribuering' er et psykologisk begrep, som handler om, hvordan mennesker forstår verden omkring seg og forklarer fenomener, vi opplever. Encyclopaedia Britannica presenterer denne definisjonen:

"Attribution theory concerns how people make judgments about someone's (or their own) behaviour—that is, the causes to which they attribute behaviour. Considerable research has found that people typically attribute behaviour either to stable personality characteristics, termed dispositions, or to the situations that were present at the time the behaviour occurred." (Britannica 2006)

Reattribuering handler altså om å endre syn på, hvordan tingene henger sammen. I dette tilfellet å få pasienter med somatiseringslidelse til å få en ny forståelse av, hva symptomene betyr, hvor de kommer fra, og hva de kan føre til.

Noen motforestillinger mot somatiseringsbegrepet

Når legen og pasienten har motstridende forståelse av, hva plagene skyldes, oppstår spenninger, konflikter og kompliserte forhandlinger i konsultasjonen. Flere har pekt på at somatiseringsbegrepet er uheldig, fordi det innebærer en forståelse, som kan forsterke disse motsetningene. Epstein og medarbeidere skriver for eksempel:

"The diagnosis requires that the patient seek medical care. Conflict between patients' experiences of illness and physicians' diagnostic categories, and fear of blaming the patient, complicate naming and characterizing the illness. We recommend an approach to clinical care that involves exploring the patient's life context, finding mutually meaningful language to arrive at a name for the illness, normalizing the patient's bodily experience of distress, using a chronic disease model that attends

to functioning, and addressing the physician's need for certainty and efficacy" (Epstein, Quill et al. 1999)

TERM-modellen inkluderer alle de siste elementene, og den legger stor vekt på å få frem pasientens egen forståelse av sine plager som grunnlag for felles forståelse og samarbeid videre mellom lege og pasient. Denne strategien har også vist seg å endre legenes holdning i retning av større sympati for denne pasientgruppen (Rosendal, Fink et al. 2005). Likevel gir reattribuerings-begrepet i seg selv noen signaler om, at det er pasienten, som tar feil, mens legen har rett.

Mayou og medarbeidere tar til orde for å avvikle somatiseringsbegrepet (Mayou, Kirmayer et al. 2005). De hevder, at dette er et begrep, som både inneholder tvilsomme etiologiske antakelser, og som ikke er akseptabelt for pasientene. I tråd med Epstein og medarbeidere viser de også, hvordan somatiseringsbegrepet i praksis fungerer dualistisk, ved at det støtter opp om en forståelse av, at kroppslige symptomer enten skyldes sykdom eller er psykogene.

Pasientperspektiver

Språket, som brukes til å karakterisere pasienter med somatiseringslidelse og deres helseplager, gir noen indikasjoner på fagfolkenes holdninger. Barsky & Borus skriver for eksempel i en oversiktsartikkel:

"Patients with functional somatic syndromes have explicit and highly elaborated self-diagnoses, and their symptoms are often refractory to reassurance, explanation, and standard treatment of symptoms. They share similar phenomenologies, high rates of co-occurrence, similar epidemiologic characteristics, and higher-than-expected prevalences of psychiatric comorbidity. Although discrete pathophysiologic causes may ultimately be found in some patients with functional somatic syndromes, the suffering of these patients is exacerbated by a self-perpetuating, self-validating cycle in which common, endemic, somatic symptoms are incorrectly attributed to serious abnormality, reinforcing the patient's belief that he or she has a serious disease. (...) Patients with these syndromes often have very explicit disease attributions for their symptoms, and they resist information that contradicts these attributions. These patients often have a strong sense of assertiveness and embattled advocacy with respect to their etiologic suppositions, and they may devalue and dismiss medical authority and epidemiologic evidence that conflicts with their beliefs." (Barsky and Borus 1999)

Den negative stereotypiseringen kan være lettere å få øye på, hvis man i denne teksten skifter ut 'functional somatic syndromes' med 'Sjögrens syndrom' en annen alvorlig men mer anerkjent tilstand, der det også finnes mange ubesvarte spørsmål angående patofysiologi, diagnostikk og behandling.

Begrepsbruken er heller ikke verdinøytral blant et bredere publikum. Stone og medarbeidere gjennomgikk 14 amerikanske og britiske aviser fra perioden 1996-2002 for å undersøke betydningen av ordet 'psykosomatisk' (Stone, Colyer et al. 2004). I en av tre artikler, der dette ordet forekom, var det snakk om en nedsettende betydning eksempelvis noe, som var innbilt. I langt de fleste tilfellene ble 'psykosomatisk' brukt som betegnelse på et problem med psykologisk utgangspunkt bare unntaksvis det motsatte. Forfatterne konkluderer med, at media trenger opplæring om den faglige betydningen av dette begrepet, for at det skal kunne oppfattes som positivt av pasientene.

25 svenske kvinner med kronisk utmattelsessyndrom og fibromyalgi ble intervjuet av Åsbring og Närvänen om erfaringer med helseplager, der diagnose, årsaksforhold og behandlingsstrategi er uavklart (Åsbring and Närvanen 2002). Kvinnene fortalte, at de følte seg stigmatisert, særlig før diagnosen var stilt, fordi symptomatologien ble oppfattet som diffus og uklar. De opplevde, at det ble stilt spørsmålsteget ved deres troverdighet og moral, og at symptomene egentlig skyldtes psykologiske forhold.

I en norsk studie rapporterte kvinner med kroniske muskelsmerter om, hvordan de strevde for å bli tatt på alvor og trodd, når de fortalte legen om plagene sine (Werner, Isaksen et al. 2004). Kvinnene fortalte om, hvordan de utførte et omfattende arbeid i møte med legens skepsis for å ivareta sin selvrespekt, opprettholde sin status som moralsk fullverdige individer og motvirke det, de opplevde som en urettmessig psykologisering av plagene.

Når pasientene er negative til at tilstanden rubriseres som psykiatrisk i nomenklaturen, er det altså ikke bare fordi, en slik diagnose innebærer mindre samfunnsmessig legitimitet. Vel så sterkt står deres argumenter om, at dette simpelthen ikke stemmer – de kjenner seg for eksempel ikke deprimerte – og at de opplever, at psykologiseringen betyr, at de ikke blir tatt på alvor.

Hva betyr somatisering?

I faglitteraturen brukes både 'somatization disorder' og 'the somatizing patient' (Fink, Rosendal et al. 2002). 'Somatisering' er substantivformen av verbet 'å somatisere', som både betegner en tilstand og en egenskap ved personen i kraft av

noe, personen gjør. Vi må altså gi Eva rett, når hun spør, om legen kan ha ment, at somatisering er noe, hun gjør. Samtidig kan vi anta, at slike subtile grammatiske nyanser neppe er fremme i legens bevissthet, idet han snakker med Eva. Det kan også godt tenkes, at han samtidig tilstreber en pasientsentrert tilnærming og har en biopsykologisk forståelse av Evas plager.

Men et hovedfunn fra den nosografiske gjennomgang i denne artikkelen er de gjennomgående tvetydigheter knyttet til betydningen av somatiseringsbegrepet. Den freudianske forståelse av somatisering som et uttrykk for psykologiske problemer lever i beste velgående. Betydningen av å inndra pasientperspektiver fremheves sterkt, samtidig som behandlingsstrategiene bygger på reattribuering av pasientens forestillinger.

Med dette mener jeg ikke å avvise psykologiske problemer som årsak til kroppslige symptomer heller ikke å ta avstand fra behandlingsformer, som kan bidra til, at pasienter med 'ubestemte' helseplager får et bedre grep om sin helse og sin hverdag. Men det er nødvendig å vurdere effekten av den kulturelle forståelsen av somatiseringsbegrepet, og de konsekvenser det får for de mennesker, som omfattes av denne merkelappen.

Pasienter med 'ubestemte' helseplager forteller, at de opplever krenkelser i møte med helsepersonell, som fastholder en forståelse, som pasienten ikke får til å stemme. Dette er et sentralt funn fra den pragmatiske analysen. Thesen viser, hvordan og hvorfor leger kan oppføre seg undertrykkende, selv om de fleste slike krenkelser foregår på et ubevisst nivå, der utøveren stiller seg uforstående til, at en velment samhandling oppfattes så vidt negativt av den andre (Thesen 2005). Men den medisinske kunnskapskulturen har lange tradisjoner med å fremstå med en suveren autoritet med det medisinske blikk som fasit. Konsekvensen av dette blir, at mennesker som somatiserer heller burde gjort noe annet.

Medisinens tanker om det vi ennå ikke forstår

Medisinske sannheter varer ikke evig men omformes etter hvert, som vår forståelse utvikles. I mange år ble for eksempel magesår oppfattet som en psykosomatisk lidelse. I 2005 ble Barry J. Marshall and J. Robin Warren tildelt Nobelprisen for sin oppdagelse av, at magesår er en infeksjonssykdom, som forårsakes av bakterien *Helicobacter pylori*. Somatiseringsbegrepet påminner oss om, at det ennå finnes felter, der den medisinske kunnskap er utilstrekkelig. Nye forklaringsmodeller åpner for alternative forståelser av fenomener, vi tidligere har definert annerledes.

Så lenge den medisinske kulturen fastholder en forståelse av, at det, vi ikke forstår, egentlig er psykisk, kommer vi aldri videre.

Litteratur:

- American Psychiatric Association and American Psychiatric Association. *Task Force on DSM-IV 2000 Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Asbring, P. and A.-L. Narvanen 2002 Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. I: *Qualitative Health Research* 12(2): 148-160.
- Austin, J. L. 1962 *How to do things with words : the William James lectures delivered at Harvard University in 1955*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Barsky, A. J. and J. F. Borus 1999 Functional somatic syndromes. I: *Ann Intern Med* 130(11): 910-21.
- Bateson, G. 1972 *Steps to an ecology of mind*. New York, Ballantine Books.
- Britannica, E. 2006 Attribution theory (from motivation). Chicago, I: *Encyclopædia Britannica (Academic Edition)*. Retrieved May 26, 2006, from Encyclopædia Britannica Online: <http://search.eb.com/eb/article-12709>.
- Burton, C., Christopher 2003 Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). I: *The British journal of general practice* 53(488): 231-239.
- Dantzer, R. 2005 Somatization: A psychoneuroimmune perspective. I: *Psychoneuroendocrinology* 30(10): 947-952.
- Deale, A., T. Chalder, et al. 1997 Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. I: *Am J Psychiatry* 154(3): 408-414.
- Engel, G. L. 1977 The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. I: *Science* 196(4286): 129-36.
- Epstein, R. M., T. E. Quill, et al. 1999 Somatization Reconsidered: Incorporating the Patient's Experience of Illness, 10.1001/archinte.159.3.215. I: *Arch Intern Med* 159(3): 215-222.
- Faber, K. 1923 *Nosography in modern internal medicine*. London, Humphrey Milford.
- Fava, G. A. and N. Sonino 2005 The clinical domains of psychosomatic medicine. I: *J Clin Psychiatry* 66(7): 849-58.
- Fink, P., M. Rosendal, et al. 2002 Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model - An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. I: *Psychosomatics* 43(2): 93-131.
- Foucault, M. 2002 *Archaeology of knowledge*. London, Routledge.
- Goldberg, D., L. Gask, et al. 1989 The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. I: *J Psychosom Res* 33(6): 689-95.
- Habermas, J. 1984 *The theory of communicative action*. Boston, Mass., Beacon Press.
- Heinrich, T. W. 2004 Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. I: *Wmj* 103(6): 83-7.
- Hurwitz, T. A. 2004 Somatization and conversion disorder. I: *Can J Psychiatry* 49(3): 172-8.
- Husebye, E. 1999 The patterns of small bowel motility: physiology and implications in organic disease and functional disorders. I: *Neurogastroenterology and Motility* 11(3): 141-161.

- Jerjes, W. K., T. J. Peters, et al. 2006 Diurnal excretion of urinary cortisol, cortisone, and cortisol metabolites in chronic fatigue syndrome. I: *Journal of Psychosomatic Research* 60(2): 145-153.
- Johannisson, K. 1994 *Den mörka kontinenten : kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm, Norstedt.
- Kiecolt-Glaser, J. K., L. McGuire, et al. 2002 Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. I: *Psychosom Med* 64(1): 15-28.
- Lipowski, Z., Z J 1987 Somatization: medicine's unsolved problem. I: *Psychosomatics* 28(6): 294, 297.
- Lipowski, Z. J. 1986 Psychosomatic medicine: past and present. Part I. Historical background. I: *Can J Psychiatry* 31(1): 2-7.
- Malt, U. F., E. A. Malt, et al. 2002 Functional somatic diseases - a review. I: *Tidsskr Nor Laegeforen* 122(14): 1379-84.
- Malterud, K. 1990 *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo, Tano: Universitetet i Bergen.
- Malterud, K. 2001 Subjective symptoms without objective findings - a challenge for theory and practice of general medicine. I: *Ugeskr Laeger* 163(48): 6729-34.
- Mayou, R., C. M. Bass, et al. 1995 *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford ; New York, Oxford University Press.
- Mayou, R., L. J. Kirmayer, et al. 2005 Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. I: *Am J Psychiatry* 162(5): 847-855.
- McLeod, C. C., M. A. Budd, et al. 1997 Treatment of somatization in primary care. I: *General Hospital Psychiatry* 19(4): 251-258.
- Reid, S., S. Wessely, et al. 2002 Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. I: *Br J Psychiatry* 180: 248-53.
- Reid, S., D. Whooley, et al. 2001 Medically unexplained symptoms - GPs' attitudes towards their cause and management. I: *Fam Pract* 18(5): 519-23.
- Rief, W. and A. J. Barsky 2005 Psychobiological perspectives on somatoform disorders. I: *Psychoneuroendocrinology* 30(10): 996-1002.
- Rosendal, M., P. Fink, et al. 2005 Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. I: *Scand J Prim Health Care* 23(1): 3-10.
- Sharpe, M. and A. Carson 2001 'Unexplained' somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? I: *Ann Intern Med* 134(9 Pt 2): 926-30.
- Sharpe, M., K. Hawton, et al. 1996 Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. I: *BMJ* 312(7022): 22-26.
- Skagestad, P. 1981 *The road of inquiry Charles Peirce's pragmatic realism*. New York, Columbia University Press.
- Speckens, A. E. M., A. M. van Hemert, et al. 1995 Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. I: *BMJ* 311(7016): 1328-1332.
- Stekel, W. and J. S. Van Teslaar 1924 *Peculiarities of behavior; wandering mania, dipsomania, kleptomania, pyromania and allied impulsive acts*. New York, Boni and Liveright.
- Stone, J., M. Colyer, et al. 2004 'Psychosomatic': a systematic review of its meaning in newspaper articles. I: *Psychosomatics* 45(4): 287-90.

- Stubhaug, B., T. H. Tveito, et al. 2005 Neurasthenia, subjective health complaints and sensitization. I: *Psychoneuroendocrinology* 30(10): 1003-1009.
- Thesen, J. 2005 From oppression towards empowerment in clinical practice - offering doctors a model for reflection. I: *Scand J Public Health Suppl* (66): 47-52.
- Ursin, H. and H. R. Eriksen 2001 Sensitization, Subjective Health Complaints, and Sustained Arousal. I: *Ann NY Acad Sci* 933(1): 119-129.
- Ursin, H. and H. R. Eriksen 2004 The cognitive activation theory of stress. I: *Psychoneuroendocrinology* 29(5): 567-92.
- Weissbecker, I., A. Floyd, et al. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. I: *Psychoneuroendocrinology* In Press, Corrected Proof.
- Werner, A., L. W. L. W. Isaksen, et al. 2004 "I am not the kind of woman who complains of everything": Illness stories on self and shame in women with chronic pain. I: *Social Science & Medicine* 59(5): 1035-1045.
- Wilhelmsen, I: 1997 *Hypokondri og kognitiv terapi*. Oslo, Pax.
- World Health Organization, W. 2005 *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (norsk oversettelse). <http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm>.