

MELLEM SUNDHED OG SYGDOM: REFLEKSIONER OVER SOMATISERING

Gretty M. Mirdal

Somatiseringsbegrebet konfronterer os med to af psykologiens vanskeligste problemer: sjæl-legeme problematikken og kausalitetsspørgsmålet, idet brugen af ordet somatisering per definition indebærer psykofysisk dualisme og psykisk kausalitet. I artiklen diskuteres disse antagelsers betydning for diagnose og behandling, og der fokuseres på to meget forskellige anvendelser af begrebet. Somatisering kan bruges enten i betydning »medicinsk uforklarlige sygdomme«, hvor fravær af objektiv fysisk ætiologi spiller den væsentligste rolle i diagnosen, eller som betegnelsen for en psykosomatisk desorganisationsproces, med eller uden fysiske årsager. Det er i den sidstnævnte betydning, at brugen af begrebet somatisering forekommer forsvarligt og klinisk meningsfuldt.

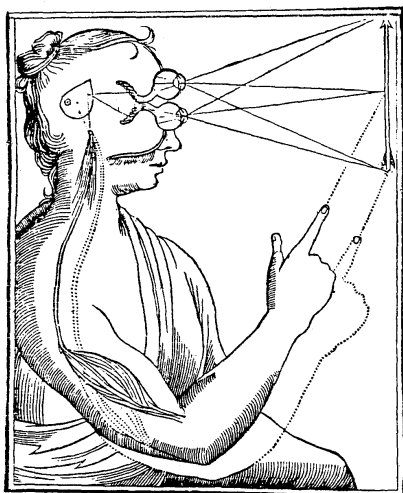
Initial afgrænsning

Ord som globalisering, demokratisering og tabuisering, der ender i »ing«, antyder en forandring, en omdannelse af noget til noget andet. Globalisering antyder, at noget lokalt bliver globalt, tabuisering, at noget tilladt bliver forbudt. Hvad så med somatisering? Hvad er det, der forvandles til hvad? Det lyder næsten indlysende, at det er noget psykisk, der forvandles til noget somatisk. Sådan er det i hvert fald i den klassiske freudianiske definition, hvor somatisering hentyder til en psykisk spændingstilstand, som udlades i form af somatiske symptomer. Gælder det også for den måde begrebet bruges i dag? Er der tale om et personlighedstræk, en tilstand eller en proces? En normal reaktion eller en psykisk afvigelse? Og hvordan forestiller man sig det mystiske spring fra sjæl til krop her ved århundredeskiftet?

Selve ordet somatisering signalerer en række mere eller mindre eksplícitte budskaber udover den allerede omtalte forvandling fra psykisk problem til fysisk symptom: fx, at årsagen til den fysiske klage er psykisk; at problemet er startet i psyken, og derefter har forplantet sig i kroppen; hvormed man antyder, at der er en rækkefølge og ikke samtidighed i

symptomets opståen; og endelig, at man ikke betragter krop og sjæl som to sider af én og samme sag, men at man skelner skarpt mellem psyke og soma. Vi befinder os, med andre ord, midt i to af filosofiens – og psykologiens – vanskeligste problemer: sjæl-legeme spørgsmålet (det psykofysiske problem) og kausalitetsproblemet.

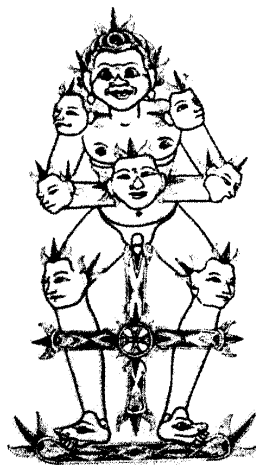
Somatiseringsbegrebet har sine rødder i Descartes lære om samspillet mellem det materielle – kroppen, og det immaterielle – sjælen. Her ser vi det berømte billede hvor lyset, der reflekteres fra en genstand, pilen rammer nethinden og bliver overført til hjernen, hvor den så bliver opfattet af sjælen ved koglekirtlen. Det er sjælen, der igangsætter håndens bevægelse.



Descartes' illustration af samspillet mellem krop og sjæl.

Et andet, hverken mere eller mindre sandsynligt eksempel på sjæl-legeme samspil end det cartesianske, er det balinesiske, hvor sjæl og legeme mødes ved leddene, (Bateson and Mead, 1942).

*Balinesisk karakter med en sjæl i hvert led.
(Fra Bateson og Mead, 1942, s. 94).*



Begge eksempler fra hhv. en svunden tid og en fjern kultur bringer ved deres naivitet et smil frem på vore læber. Disse måder at betragte sjæl-legeme samspillet, måske endda det psykofysiske spørgsmål i sig selv forekommer os, om ikke irrelevant, i hvert fald meget teoretisk og noget gammeldags i forhold til den moderne psykologis og psykiatris enorme videnskabelige fremskridt. Ved hjælp af somatiseringsbegrebet ønsker jeg imidlertid at illustrere, hvor levende og hvor uløst dette »anvendt filosofiske« problem stadig er, og hvor mange erkendelsesmæssige, etiske og praktiske vanskeligheder, det stadig volder os.

Et historisk tilbageblik: hysteri og neurasteni

Somatiseringsbegrebet er i slægt med fænomenet hysteri, (se Svensson, 1997 og Birket-Smith, 1998 for nyere dansksprogede afhandlinger om somatisering). Hysteri er prototypen på psykisk betingede somatiske klager. Lidelsen starter med en psykisk konflikt, som er så angstvækkende, at den bliver fortrængt. Fordi den bliver fortrængt, kan den ikke bearbejdes på psykisk plan. Konflikten kan ikke løses, man kan, med et stress-teoretisk udtryk, ikke »cope« med den, ikke komme af med de store psykiske spændinger. Personen opnår en midlertidig lettelse, når sådanne psykiske spændinger bliver konverteret, forvandlet til et kropsligt symptom. De kropslige symptomer, typisk lammelser eller sensoriske forstyrrelser (fx tab af synssansen eller stemmen) har ikke anatomisk, neurologisk, dvs. objektivt grundlag.

Det nok mest berømte portræt af hysteri, er dette billede, der hang over Sigmund Freuds liggesofa i London. Det er den franske maler Brouillet's »En klinisk undervisningstime på Salpêtrière«, der viser en kvinde i en



En klinisk undervisningstime på Salpêtrière. (Fra Davison og Neale, 1996, s.22)

smuk og forførende kjole. Hun er i trance eller i gang med at besvime, mens en stærk mand griber hende. Manden er den berømte Joseph Babinski, (jvf. Babinski-refleksen, der får nyfødte børn til at krumme tæer). Chefen for hele forestillingen er Freud's lærer, Charcot, (Davison & Neale, 1996).

Kvindens navn er Blanche Wittman. Hun besvimer ikke med vilje, der er altså ikke tale om en såkaldt »factitious disorder«, en forstillelsessygdom af den type, hvor patienten bevidst søger at opnå gevinster på grund af sygdommen. Frøken Wittman forstiller sig ikke, men hun »skaber sig«. Det er mest i denne betydning, vi bruger ordet hysterisk i hverdags sproget. Rene tilfælde af hysteri i den vestlige verden er meget sjældne nu om dage, og selve ordet hysteri er forsvundet fra de internationale diagnostiske systemer, nu bruger man betegnelsen »conversion disorders«.

En anden diagnostisk kategori, hvor de fysiske symptomer også mentes at hidrøre fra psykiske årsager, og som også er forsvundet fra diagnostiske klassifikationer er aktualneurosen. Aktualneurosen bestod af tre underkategorier, hypokondri, angstneurose og neurasteni, (se også Peter Elsass' artikel i dette bind). På dansk kaldtes neurastheni for nervesvækkelse, der findes en grundig afhandling om emnet forfattet af den danske læge, Brüel i 1936. For Freud udtrykte både hysteri og aktualneuroserne en flugt ind i sygdommen, en flugt, der har det formål at forsvare individet mod noget uudholdeligt, og at give en erstatningstilfredsstillelse, men ellers er hysteri og neurasteni meget forskellige og repræsenterer faktisk to modsatrettede processer.

I modsætning til konversionshysteri, indebærer neurasteni ingen forvandling af den psykiske spænding. Her er der ikke tale om en fortrængt konflikt, men snarere om en manglende fortrængning, en svaghed eller mangel (deficit) i det psykiske apparat. Deraf betegnelserne konflikt model og deficit model for to forskelligartede konfliktbearbejdningsmodeller i moderne psykoanalytisk teori, (Killingmo, 1989).

Somatiseringsbegrebet, i hvert fald i sin historiske oprindelse er således baseret på en antagelse om psykisk umodenhed, om tilstedeværelsen af personlighedsmæssige strukturelle eller funktionelle problemer, der forhindrer personen i at tackle stress og psykosociale vanskeligheder på en forstandig måde.

Somatisering i de diagnostiske klassifikationer

Lad os nu se på, hvordan somatisering defineres i de to nyeste internationale klassifikationer, Verdens Sundhedsorganisationens ICD-10 (den tiende version af International Classification of Disorders, WHO, 1994) og det amerikanske psykiatriske selskabs DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 1994).

I ICD-10 står diagnosekategorien *Somatoforme tilstande* under betegnelsen »psykisk betingede legemlige symptomer« og kategorien karakteriseres som følger: »tilstand med vedblivende klager over somatiske symptomer med krav om undersøgelser til trods for tidligere negative fund og lægelig forsikring om, at symptomerne ikke har nogen fysisk årsag. Eventuelt tilstedeværende somatisk sygdom kan ikke forklare naturen eller omfanget af symptomer« (WHO, 1994, s. 97)

I den seneste udgave af DSM-IV fra 1990, er emnet kategoriseret under *Somatoforme forstyrrelser*, med følgende undergrupper:

Somatization Disorder

Undifferentiated Somatoform Disorder

Conversion Disorder

Pain Disorder

Hypochondriasis

Body Dysmorphic Disorder

Somatoform Disorder not otherwise specified

(Bemærk forskellen mellem »Somatization Disorder«, som tidligere blev benævnt hysteri eller Briquet's syndrome, og som karakteriseres ved en kombination af gastrointestinale, seksuelle, pseudoneurologiske og smertesymptomer, og »Undifferentiated Somatoform Disorder« som er en mildere diagnose karakteriseret ved uforklarlige fysiske klager af mindst 6-måneders varighed.)

Den brede Somatoforme forstyrrelseskategori består således stort set af uforklarlige kropslige symptomer, kroniske smerter, hypokonder bekymring og en overbevisning om, at man er uheldig, (DSM III-R, American Psychiatric Association, 1987). Den moderne globaliserede verdens prototype på den somatoforme patient er ikke længere Blanche Wittman, det er snarere Woody Allen!

Filosofien bag de successive revisioner af disse psykiatriske klassifikationer, det gælder især DSM men også ICD, har været at biologisere psykiatrien, så vidt muligt at fjerne hentydninger til psykologisk ætiologi, at tage afstand fra den ensidige antagelse om psykisk kausalitet og i stedet at styrke symptombeskrivelserne. Inkonsekvensen er imidlertid iøjnefaldende. For det første er selve anvendelsen af begrebet somatisering, som vi lige har set, en implicit accept af en psykisk kausalitet. For det andet har mangelen på teori, med Widigers (1993) ord, ikke resulteret i en ateoretisk taxonomi, men snarere i en slags teoretisk grød.

Der findes flere tusinde referencer til artikler og bøger om somatoforme forstyrrelser og somatization disorders i den psykologiske litteraturlibrary, PsychLit. De allerfleste tager udgangspunkt i DSMs definitioner, men efterhånden sker der forandringer og udvidelser, indtil begrebet sprænges og erstattes af nye afgrænsninger. For eksempel, har

Escobar og medarbejdere (1989) udviklet kriterier for en ny diagnostisk kategori, som de har navngivet »abridged somatization disorder«, for tilfælde af uforklarlige sygdomme, som dog ikke opfylder kriterierne for Somatization Disorder. Escobar's gruppe skelner yderligere imellem high frequency og diversiform somatization. *High frequency somatization* er klager, der stammer fra et enkelt organsystem, fx mave-tarm-problemer såsom nervøs mave og fødevarerallergier, eller muskelsmerter som fibromyalgi, kronisk træthed, o.l.. *Diversiform somatization* er mange klager, der stammer fra mange forskellige systemer, og som ofte forbindes med psykiatriske forstyrrelser. Robbin et. al. (1997) anbefaler ligeledes, at man skelner mellem patienter med talrige og usammenhængende uforklarlige symptomer, herunder også psykiatriske symptomer, og patienter med medicinsk uforklarlige symptomer knyttet til et enkelt organsystem, da man ellers risikerer at fejldiagnosticere og misforstå mange patienter ved at bruge begreber som »somatization disorder« eller »undifferentiated somatoform disorder«.

Dertil kommer, at selv om man bruger »somatiseringsforstyrrelser« og deres underkategorier som diskrete diagnostiske nosologiske enheder, som fx Birket Smith (1998) gør det i sin doktorafhandling, har denne diagnose næppe en særskilt objektiv eksistens, blot fordi den bliver navngivet. Der opnås i bedste fald en god *reliabilitet* i diagnosticeringsprocessen, dvs., at to personer, der vurderer den samme patient når frem til den samme diagnose, hvis de følger anvisningerne i DSM-IV. Dette siger imidlertid intet om diagnosens *validitet*, med andre ord, om dens gyldighed, og hvad den dækker over. Et af problemerne er for eksempel den betydelige overlapning i symptombilledet mellem disse såkaldte somatoforme forstyrrelser på den ene side og stress, angst og depression på den anden. Inden denne diskussion, vil jeg imidlertid forsøge at opsummere de implicitte antagelser og de deraf følgende problemer, som brugen af begrebet somatisering, som hidtil præsenteret, indebærer.

Implicitte antagelser ved og forudsætninger for anvendelsen af begrebet somatisering

- 1) *begrebet somatisering antyder, at der ikke findes en organisk årsag for den fysiske klage*
- 2) *at årsagen »derfor« må være psykisk, fx fortrængte konflikter, svaghed i personlighedsstrukturen eller uhensigtsmæssige copingmekanismer*
- 3) *at de psykiske problemer »forvandles« til fysiske klager, eller at de »udtrykkes« gennem kroppen*

- 4) *at disse fysiske klager ofte medfører psykosociale fordele for patienten*
- 5) *at patienten ikke har indsigt i sin egen psykologiske problematik*
- 6) *at der følgerig er uenighed mellem læge og patient vedrørende sygdommens beskaffenhed*
- 7) *at det er lægen, der har ret*
- 8) *at patienten bliver ved med at klage til trods for negative fund og lægelig forsikring om, at symptomerne ikke har nogen fysisk årsag*
- 9) *at symptomerne ikke kan behandles i medicinsk regi, fordi der ikke er tale om en somatisk sygdom, men om en psykisk afvigelse*

Disse mere eller mindre udtalte formodninger, der knytter sig til somatiseringsbegrebet kan betragtes som en konsekvens af de to filosofiske problemer, der blev nævnt i starten af denne artikel: en radikal men uartikuleret adskillelse mellem kropslige og psykologiske fænomener og en forenklet opfattelse af årsag-sammenhængskæder i sundhed og sygdom. Resultatet er et uigennemsigtigt og flertydigt begreb baseret på en diagnose, der hverken kan bekræftes eller afkræftes. Diagnosen »somatiseringsforstyrrelser« gives nemlig sjældent, fordi lægen *finder* psykiske afvigelser, den stilles snarere fordi lægen *ikke finder* nogen fysisk årsag på symptomerne, hvilket ikke behøver at betyde, at der ikke er nogen.

I 1977 introducerede Eisenberg begreberne »Disease and Illness« som betegnelse af uoverensstemmelser mellem lægens og patientens opfattelse af symptomerne. »Disease« (sygdom) står for den diagnosticerbare, biologiske forstyrrelse, eller snarere for *lægens biomedicinske fortolkning af forstyrrelsen*, hvorimod »illness« (lidelse) er patientens oplevelse, den subjektive side af forstyrrelsen. Det er ifølge Kirmayer (1992) i dette skisma, at den moderne udgave af sjæl-legeme dualismen fremsstår mest tydeligt: i splittelsen mellem objektive fund og subjektiv oplevelse, mellem den professionelle og den lidendes opfattelse. I sådanne tilfælde kunne det tænkes, at lægen ville beklage sine egne og sin professions manglende muligheder for at hjælpe patienten. Oftest er det imidlertid ikke tilfældet. Lægen tager sjældent skylden for de manglende behandlingsresultater på sit fag. Patientens uvilje til at acceptere en psykologisk ætiologi, i hvert fald til at drøfte den med lægen, betragtes derfor som yderligere bevis på manglende indsigt. Det, at patienten ikke føler sig hjulpet og går tilbage til samme eller andre læger, anses snarere som tegn på diagnosens berettigelse, end som udtryk for at behandlingen er mislykket.

Somatisering, Angst og Depression: Problemet med overlappende diagnoser

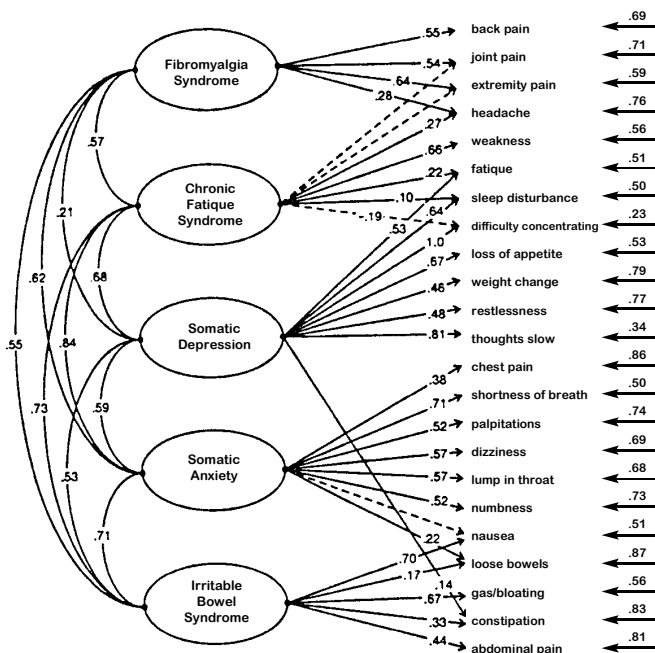
Overlappende diagnoser er et tilbagevendende problem ved alle klassifikationssystemer. Det er specielt stort i de nyeste revisioner af DSM. Dette hænger til dels sammen med, at antallet af mentale forstyrrelser efterhånden er blevet udvidet voldsomt, ud fra devisen: jo mindre enheder, jo større eksakthed. Der var 60 kategorier i DSM-I (1952), 145 i DSM-II (1968) og 230 i DSM-III (1980). Denne udvidelse resulterede i et stort antal meget små klasser af forstyrrelser, der hver udgør en særskilt sygdom. Implicit i denne fremgangsmåde ligger ideen, at hver eneste af disse kategorier er en entitet med egne veldefinerede grænser på linie med den traditionelle definition på medicinske sygdomme, (Millon, 1991). Symptombeskrivelserne blev efterhånden mere eksakte og mere reliable, men næppe mere meningsfyldt, og »co-morbiditetsproblemet« blev større og større. Kort sagt betyder co-morbiditet, at en patient, som opfylder kriterierne for en bestemt diagnose, højst sandsynligt også vil opfylde kriterierne for mindst én, ofte endda to eller tre andre diagnoser. Med hensyn til de såkaldte »Personality Disorders« er antallet af forventet overlappende diagnoser gennemsnitlig mellem 2.2 og 3.74 per patient, (Widiger, et al. 1986).

Hvad betyder dette for diagnoser relateret til somatisering? Der findes en omfattende forskning, der viser, at antallet af depressive symptomer korrelerer med antallet af somatoforme symptomer (Kellner 1986, Lloyd 1989, Jackson, 1997), og i mange tilfælde kan vedvarende fysiske klager være udtryk for en maskeret depression.

Ligeledes overlapper angst (de såkaldte »anxiety disorders«) både med somatoforme forstyrrelser og med depression. Somatiske symptomer er altid til stede ved angsttilstande, og de er hyppigt patientens primære klage. I de fleste kulturer sættes somatiske symptomer i forbindelse med angst, og angstens fysiske ledsagefænomener betragtes overalt i verden (dog måske mindre i de vestlige industrialiserede lande end i andre kulturer) som tegn på sygdom, der kan afhjælpes ved lægelig behandling (Kirmayer & Robbins, 1991, 231-32). Patienter, hvis panik og generaliseret angst naturligt nok medfører hjertesymptomer, opsøger ofte kardiologer, mens andre med angst-relateret hovedpine eller svimmelhed går til neurologiske undersøgelser. Sådanne patienter opfylder ofte kriterierne for både somatoforme forstyrrelser og for angsttilstande.

Ifølge Robbins et al, (1997) udgør fibromyalgi, kronisk trætheds syndrom og nervøs mave syndrom de hyppigste uforklarlige medicinske klager. I en undersøgelse af 686 patienter med disse diagnoser samt patienter med symptomer på angst og depression, analyserede disse forskere relationer og overlapninger mellem disse forskellige diagnostiske kategorier. Som det kan ses i tabellen, er der en høj grad af overlappning mellem på den ene side de somatiske reaktioner knyttet til angst og depression,

og på den anden side fibromyalgi, kronisk træthed og nervøs mave syndrom.



Confirmatory factor analytic model of functional somatic syndromes among family medicine patients. (Fra Robbins et al. 1997, s. 611)

Disse sammenfald gør det uklart, om disse diagnoser udgør sygdomsentityer, og om det er de psykiske problemer, der ligger til grund for de fysiske, som antydtes ved begrebet somatisering, eller om det er den fysiske lidelse, der er skyld i de psykiske problemers opståen. I så fald man gør sig skyldig i at »psykologisere« (at tillægge fænomener psykiske årsager), når man bruger diagnosen somatisering. En del af disse problemer hænger sammen med den tvetydige holdning til syndromer som kronisk træthed og fibromyalgi, hvilke ikke er generelt anerkendt som medicinske sygdomme i lægeverdenen.

Somatisering som diagnose vs. somatisering som proces

Hidtil har vi beskæftiget os med somatiseringsforstyrrelser som diagnostisk kategori. Begrebet somatisering bruges imidlertid også som betegnelse for psykiske belastninger, kroniske stresstilstande, og dertil hørende kognitive og emotive *processer*, som fører til psykosomatisk des-

organisation, (se Mirdal 1994 for en diskussion af psykiske processer i relation til psykosomatisk regulering og dysregulering). Det er i denne sidste betydning, at jeg mener, der er mening i at bruge begrebet somatisering. Jeg antager, at der eksisterer et kontinuum af psykosomatisk desorganisation, med varierende sværhedsgrader af dysfunktion. Det er ikke tilstedeværelsen af en medicinsk forklaring eller ej, der er afgørende for min måde at betragte somatisering på. Det er derimod måden, hvorpå man forholder sig til og forvalter emotive og kognitive spændinger og stress.

I det følgende vil jeg kort omtale nogle psykologiske fænomener, fortrinsvis kognitive processer, som er blevet sat i forbindelse med opståen eller vedligeholdelse af lidelse og sygdom. Der er ikke tale om en udtømmende liste over de processer, som ligger til grund for funktionelle forstyrrelser, men blot en introduktion til enkelte begreber, som specielt er blevet sat i relation til medicinsk uforklarlige sygdomme.

»Catastrophizing«

Kognitive teorier om angst har hæftet sig ved en feed-back sløjfe imellem kropslige stress-fornemmelser og katastrofetanker: »catastrophizing thoughts« (Wickramasekera, 1995). Her er et eksempel på catastrophizing fra Woody Allens film, *Hannah and her sisters*:

I went into a store, I bought a rifle. I was gonna... you know, if they told me that I had a tumor, I was going to kill myself. The only thing that might've stopped me, might've – is my parents would be devastated. I would...I would've had to shoot them also first. And then I have an aunt and an uncle, I would have, you know, it would have been a bloodbath.

Populær sagt handler catastrophizing om at male fanden på væggen og den deraf følgende angstspiral med intensiverede somatiske symptomer.

Attributionsstil

Beslægtet med catastrophizing kan man tale om en bestemt informationsbearbejdningsstil i forbindelse med kropsfornemmelser. Der er store individuelle forskelle med hensyn til, om man fortolker kropslige fornemmelser som symptomer på sygdom eller blot som tegn på følelsesstilstande; om man betragter dem som sygelige eller normale. Meget tyder på, at kulturelle forhold spiller en væsentlig rolle i tendensen til at foretage somatiske attributioner, dvs til at relatere symptomerne til fysiske sygdomme fremfor til sindstilstande, (se fx Al-Issa, 1995). Kirmayer, Young & Robins (1994) finder, at patienter med somatoforme diagnoser, i modsætning til patienter, der diagnosticeres med angst og depression, generelt har en tendens til at fortolke deres symptomer som værende fysisk/medicinsk snarere end psykisk betingede. Troen på, at man fejler no-

get alvorligt, eller at ens kropsfornemmelser skyldes fysisk sygdom, kan så medføre angst, som igen forstærker de somatiske sygdomme og så fremdeles.

Somatisk amplifikation

Barsky og Klerman brugte begrebet »somatisk amplifikation« i 1983 om en hypotetisk tendens til at forstærke visse kropslige fornemmelser. Enhver følelse, positiv som negativ, ledsages af kropslige ændringer. Barsky og Klermans hypotese går ud på, at nogle mennesker registrerer usædvanligt mange kropssignaler i forbindelse med negative følelser, at de med andre ord fokuserer for stærkt på somatiske fornemmelser og oplever dem meget intenst, hvilket giver anledning til angst og hypokondri. Amplifikation kan ses som et psykopatologisk fænomen, som et personlighedstræk, eller som et forbigående fænomen påvirket af personens sindstilstand, (Svensson, 1997). Der er en række problemer med dette begreb og den skala, som påstås at måle det (Barsky, Wyshak og Klermans »The Somatic Amplification Scale«, 1990). Som eksempel på sådanne vanskeligheder kan man nævne problemer ved vurdering af fornemmelssensitivitet i relation til fænomener som smerte og lignende fysiske symptomer; og spørgsmålet om »amplifiers« har en tendens til at fokusere udelukkende på kropslige fornemmelser eller på ubehag af alle slags, jvf. depressive patienter.

Arousal og fysiologisk reaktivitet

Det er også blevet foreslået, at somatisering kunne hænge sammen med et ustabil, labilt eller hyperreaktivt fysiologisk system (Weiner, 1992). Her er der ikke kun tale om en kognitiv bias, men om en fysiologisk tendens til at opleve flere og mere forskelligartede somatiske symptomer. Det kunne have noget at gøre med manglende habituering, og med tendens til over- eller undervurdering af stimuli o.l.. Det er en hypotese, der er beslægtet med Barskys ovennævnte amplifikationsbegreb og med min egen hypotese om overfølsomhed og overreaktivitet hos astmapatienter, (Mirdal, 1994).

Alexitymi

Alexitymi er et græsk ord for manglende ord for følelser, (Sifneos, 1972; Taylor, 1987). Det ville være rimeligt at forvente, at personer, der klager over uforklarlige somatiske symptomer også har vanskeligheder med at bearbejde og udtrykke følelser. Dette ville hænge sammen med den påståede relation mellem hysteri/neurasteni og somatisering. Derudover er der påvist en sammenhæng mellem depression og en nedsat evne/vilje til at udtrykke følelser såvel som en relation mellem somatisering og depression. Disse forbindelser forekommer sandsynlige både i klinisk og teoretisk perspektiv. Det viser sig imidlertid, at de ikke kan bekræftes. Patienter med somatoforme forstyrrelser mangler tilsyneladende ikke ge-

nerelt ord for følelser, de har bare mange ord for de negative følelser, og meget få for de positive, (Kirmayer, Robbins, og Paris, 1994).

Det bør bemærkes, at alexitymibegrebet, og specielt det, der måles ved hjælp af rating scales som fx Taylors Toronto Alexitymia Scale (Bagby et al., 1994) er en uklar konception, en unuanceret version af det fænomen, som i nyere fransk psykoanalyse beskrives som »pensée opératoire«. (Marty, 1976). Ligeledes er der metodologiske og konceptuelle problemer forbundet med somatiseringsbegrebet, hvilket jeg har forsøgt at vise gennem denne artikel. Det er derfor, efter min mening lidet meningsfuldt at måle relationen mellem alexitymi og somatisering, når begge begreber hviler på så problematisk et grundlag. Det er overordentligt sandsynligt, at nedtrykthed, ringe evne til at bearbejde følelser og psykosomatisk dysregulering hænger sammen, men disse forbindelser sløres, når de iagttages gennem simplistiske teoretiske briller og målemetoder af tvivlsom gyldighed.

Bevægelser mod liv eller død

Med alexitymi er vi kommet til grænselandet mellem kognitiv teori og psykoanalytisk teori. Også i moderne psykoanalytisk teori sætter man begrebet »mentalisering«, (dvs. evnen til at bearbejde konflikter på symbolsk og sproglig plan) i relation til somatisering. Jo mindre man evner psykisk at forsvare sig mod ubærlige belastninger, jo mindre man magter at forvalte følelsesmæssige spændinger, desto større er sandsynligheden for, at belastningerne går ud over adfærdsmæssige og/eller fysiske funktioner. Det er især i fransk psykoanalyse (Pariserskolen ved Marty, David, de M'Uzan og deres efterfølgere), at man har beskæftiget sig med disse sammenhænge mellem kognition og emotion på den ene side og adfærdsforstyrrelser og fysisk sygdom på den anden. Meget kort og summarisk gengivet vil sådan et desorganiserende forløb kunne beskrives som følger:

Ekstrem affektiv spænding ⇒ midlertidige eller vedvarende manglende muligheder for psykisk bearbejdning (dårlig mentalisering) ⇒ lettere mental desorganisering i form af depressivitet (dépression essentielle) ⇒ tegn på psykisk regression såsom forøget angst, fobier, adfærdsforstyrrelser, (acting out) ⇒ sub-klinisk somatisk desorganisering, (dvs. symptomer, der ikke kan diagnosticeres med sikkerhed) og endelig ⇒ fremkomst af en somatisk lidelse, som sætter et punktum for den desorganiserende bevægelse.

Som det fremgår af dette skematiske resume består somatiseringsprocessen af den graduelle dysregulering af organismens psykosomatiske funktioner. Inden for denne forståelsesramme betragter man ikke klager uden objektive tegn på sygdom (»somatoforme forstyrrelser«) som mere psykopatologiske end diagnosticerbar fysisk sygdom. Her taler man snarere

om bevægelser mod liv (reorganiserende processer) og bevægelser mod død (desorganiserende processer). Jo bedre psyken er i stand til at modstå spændningstilstande, jo mildere bliver desorganiseringsprocessen og jo mindre alvorlig syg bliver man, (se fx Marty, 1968, 1976, Mc Dougall (1994), og Lecours og Bouchard, (1997)).

Konklusion

Begrebet somatisering kan bruges både som betegnelse for den proces, hvormed psykologiske belastninger og spændningstilstande kan forstyrre organismens funktioner, og som diagnostisk kategori. Mens »somatisering« i den første betydning, dvs. forstået som proces, forekommer klinisk såvel som teoretisk meningsfuld, synes somatiseringsbegrebet anvendt som diagnostisk kategori at være utydeligt. Jeg mener, at diagnosen er for omtvistet, for dårligt defineret, og dertil pinefuld og risikofyldt for de mennesker, der får den. Jeg tror, at man om 30 år vil undre sig over, at den diagnose nogensinde er blevet brugt.

Skal man holde fast i begrebet somatoform disorders, bør det for anstændighedens skyld laves om til »medicinsk uforklarlige forstyrrelser«, hvilke antyder, at der findes fysiologiske forstyrrelser, der er for subtile eller for uforudsigelige til, at vi kan måle dem pålideligt med vor nuværende teknologi. Eftersom man næsten altid vil kunne generere sandsynlige fysiologiske forklaringer for disse »uforklarlige« symptomer, er det ofte et spørgsmål om præference, eller fordom om man vil, om den enkelte læge vælger diagnosen »somatisering« eller forklaringer som stress, muskelspændinger, amplifikation, overfølsomhed, nedsat immunforsvar, overreaktivitet o.l. Lægens villighed til at antage, at en medicinsk forklaring eksisterer, selv om den ikke kan bekræftes, afhænger af personlige og faglige erfaringer, hvad der er på mode i den diagnostiske verden, samt patientens status og troværdighed. Det følger heraf, at folk fra lavere sociale lag, de dårligt uddannede, kvinder, børn og alle andre folkeslag end de europæiske og nordamerikanske hyppigere vil diagnosticeres som somatiserende.

Ser man tilbage på de ændringer, der er sket inden for psykosomatisk forskning i de seneste 30-40 år, synes jeg, at de giver anledning til ydmyghed, hvad psykiatriske diagnoser angår. I slutningen af 50'erne opererede man stadig med en række sygdomme som astma, mavesår, lededigt, eksem, o.l., som man i psykiatrien betragtede som psykosomatiske sygdomme, altså psykisk betingede sygdomme *par excellence*. Der findes utallige artikler om de forskellige former for psykopatologi, der formodedes at ligge til grund for astma, mavesår, o.l., (se Mirdal, 1990 for en sammenfatning af denne litteratur). I dag er der næppe nogen, der vil påstå, at årsagen til disse sygdomme er mere eller mindre psykisk end ved så mange andre sygdomme. Man har nemlig udviklet et meget mere

nuanceret syn på samspillet mellem sårbarhed, stress og sygdom, og bedre forståelse for tankers og følelsers påvirkning af fysiologiske systemer. Vi ved jo ikke, hvad vi endnu ikke ved om mulige årsager til de sygdomme, som vi i dag betragter som uforklarlige.

BIBLIOGRAFI

- AL-ISSA, I. (1995): *Handbook of culture and mental illness: An international perspective*. Madison: Conn: International Univ. Press.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-4*. Washington D.C.
- BAGBY, R.M., PARKER, J.D., & TAYLOR, G.J. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38, 23-32.
- BARSKY, A.J. & KLERMAN, G.L. (1983): Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic style. *Amer. J. Psychiat.* 140, 273-283.
- BARSKY, H.S., WYSHAK, G. & KLERMAN, G.L. (1990): The somatic amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J. Psychiat. Res.*, 24, 323-334.
- BARSKY, A.J. (1992): Amplification, Somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33.
- BATESON, G. & MEAD, M. (1942): *The Balinese Character*. N.Y.: New York Academy of Science.
- BIRKET-SMITH, M. (1998): *Somatoforme tilstande. En deskriptiv og sammenlignende undersøgelse af patienter med somatiske symptomer uden organisk grundlag*. København: FDLF.
- BRÜEL, O. (1936): *Hysteri og nervesvækkelse*. København: Levin & Munksgaards Forlag.
- DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (1996): *Abnormal Psychology*. N.Y.: Wiley..
- EISENBERG, (1977): Disease and Illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-24.
- ESCOBAR, J.I., RUBIOSTIPEC, M., CANINO, G., KARNÓ, M. (1989): Somatic symptoms index: A new and abridged somatization construct. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177, 14-146.
- JACKSON, G. (1997): Depression and hypochondriasis. I M.M. Robertson & C.L.A. CATONA (eds.) *Depression and physical illness. Perspectives in Psychiatry*, vol. 6. N.Y.: Wiley.
- KELLNER, R.A. (1986): *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.
- KELLNER, R.A. (1992): *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington DC: American Psychiatric Press..
- KILLINGMO, B. (1989): Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol 70, 65-79.
- KIRMAYER, L. (1992): The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience. *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 323-346.
- KIRMAYER, L. & ROBBINS, J.M. (1991): *Current concepts of somatization: Research and Clinical perspectives*. Washington, American Psychiatric Press.
- KIRMAYER, L.J., ROBBINS, J.M. & PARIS, J. (1994): Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J of Abnormal Psychology*, 103, 125-136.
- KIRMAYER, L., YOUNG, A., & ROBBINS, J.M. (1994): Symptom attribution in

- cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 584-595.
- LLOYD, G.G. (1989): Somatization: A psychiatrist's perspective. *Journal of psychosomatic research*, 33, 665-669.
- MARTY, P. (1968): A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 246-249.
- MARTY, P. (1976): *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- McDOUGAL, J. (1994): *Kroppens teatre*. København: Hans Reitzels Forlag.
- MILLON, T. Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991, 100, 245-261.
- MIRDAL, G.M. (1990): *Psykosomatik: Sårbarhed, stress og sygdom*. København: Munksgaard
- MIRDAL, G.M. (1994): *Åndenød: Astma i psykosomatisk perspektiv*. København: Munksgaard/Rosinante.
- ROBBINS, J.M., KIRMAYER L.J., & HEMAMI, S. (1997): Latent variable models of functional somatic distress. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 185, 606-615.
- SIFNEOS, P.E. (1972): The prevalence of »alexitymic« characteristics in psychosomatic patients. I: H. FREYBERGER (ed.) *Topics of psychosomatic research*. Basel: Karger.
- SVENSSON, S.I. (1997): *Somatisering*. Specialeopgave i klinisk psykologi. Københavns Universitet.
- TAYLOR, G.J. (1987): *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Conn.: International University Press.
- WEINER, H. (1992): *Perturbing the organism: the biology of stressful experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- WICKRAMASEKERA, I.E. (1995): Somatization: Concepts, data, and predictions from the high risk model of threat perception. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 15-23.
- WIDIGER, T.A. (1993): Validation strategies for the personality disorders. *J. nerv. Dis.*, supp. 34-43.
- WIDIGER, T.A., FRANCES, A. WARNER, L. & BLUHM, C. (1986): Diagnostic criteria for the borderline and schizotypal personality disorders, *J. Abnorm. Psychiat.*, 95, 43-51.
- World Health Organization. (1994): *International Classification of diseases, ICD-10*. (Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser). København: Munksgaard.