

Et somatiserende feilspor?

Alternative forståelser av multisymptompasientene

AV DAG BRUUSGAARD

De fleste har plager og mange plager er verst

Natvig og medarbeidere fant at 85 prosent av befolkningen i løpet av ett år hadde plager fra muskel- og skjelettsystemet, og at 15 prosent hadde plager hver dag, hele året (1). Aarflot undersøkte forekomst av muskelpager og de syv såkalte minorkriteriene for fibromyalgi i befolkningen i Østfold (2). Han fant at dess flere symptomer som ble rapportert (hevse/spreng i hendene, nummenhet, spent muskulatur, nervøsitet, dårlig søvn, tretthet, rumling i maven) dess flere områder med muskelsmerter ble registrert (se figur 1 side 8). Sammenhengen var lineær og meget sterk. Selv om både rapportering av utbredte muskelpager og de nevnte tilleggssymptomene er hyppigst hos kvinner, fant han at sammenhengen mellom grad av utbredthet av muskelsmerter og øvrige symptomer var omtrent lik for kvinner og menn. En undersøkelse blant skolebarn viste at søvnproblemer og psykiske problemer økte med antall smerteregioner (3). Eriksen og medarbeidere fant at 75 prosent i en normalbefolkning rapporterte minst en av et utvalg plager fra ulike organsystemer i løpet av en 30 dagers periode (4).

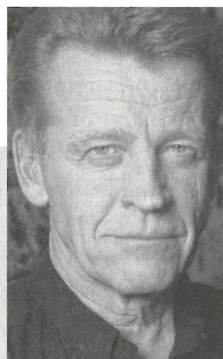
Norges Fibromyalgiforbund markedsfører seg som en forening med medlemmer som ved siden av kroniske utbredte muskelsmerter også har andre symptomer, delvis i tråd med minorkriteriene.

I de diagnostiske kriteriene for fibromyalgi er imidlertid minorkriteriene fjernet (5).

Grunnen er at symptomer fra andre organsystemer er så hyppig forekommende at de ikke bidrar til bedre og sikrere diagnostikk.

Klinikken

Resultater fra befolkningsundersøkelser kan ikke uten videre overføres til den kliniske hverdag. Ikke alle med pla-



Dag Bruusgaard

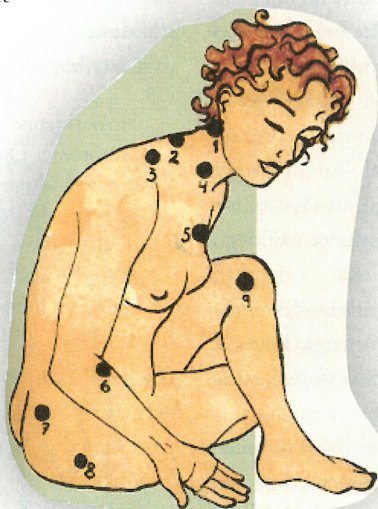
Professor dr. med.
Universitetet i Oslo
Fastlege for 350 pasienter
Frogner helsesenter

ger oppsøker helsevesenet, og det er heller ikke sikkert at folk meddeler seg på samme måten til en doktor som til et spørreskjema. Det kan se ut som om mange lever bra på tross av diverse plager, mens hos andre blir plagene så uutholdelige at de går ut over både livskvalitet og funksjon. Disse pasientene kjenner vi godt, pasienter med mange plager der symptomene ofte skifter og varierer i intensitet.

Her kommer helsevesenet til kort, og pasientene passer dårlig inn i våre diagnostiske og terapeutiske systemer. Begrepet SVB-pasienter (svie-verke-brenne-pasienter) er ment å beskrive slike personer, men sier vel mer om våre dårlige holdninger og manglende kompetanse.

Befolkningsundersøkelsene har ikke kunnet gi noen god forklaring på disse sykdomstilstandene. Det ser ikke ut som om det er noen terkselverdi når det gjelder antall og omfang av symptomer. Vi vet bare at dess flere symptomer og dess flere områder med

smerter, dess dårligere livskvalitet og dårligere funksjon. Lokaliserte smerter har en helt annen og bedre prognose. Sjansen for langvarig sykefravær hos pasienter med lokaliserte ryggplager er omtrent lik sjansen hos pasienter som ikke rapporterer smerter. Med økende smerteutbredelse i tillegg til ryggsmertene øker imidlertid faren for langvarig fravær (6).



Hva kan det dreie seg om?

Det hele dreier seg om kontroversielle tilstander der alle tenkelige årsaker har vært lansert: infeksjon, forgiftning, hormonell ubalanse, allergi, fysisk traume, fysiske belastninger, overgrep, psykososiale belastninger. Tilsvarende har tilstandene fått ulike betegnelser som fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom, kronisk nakkesleng, el-allergi, amalgamisme, jappe-syke, utbrenthet, candidasyndrom.

Andre betegnelser har vært brukt med utgangspunkt i en antagelse om at det hele dreier seg om plager utløst av psykososiale belastninger, slik som somatiseringstilstander, psykosomatiske sykdommer, funksjonelle lidelser og somatoforme tilstander.

Likt eller ulikt?

Ser vi på de ulike tilstandene, er det påfallende likhetstrekk der smerter, tretthet, konsentrasjonsvansker og ulike psykiske symptomer går igjen hos de fleste. Noe av diskusjonene har gått på hvorvidt vi bør tilnærme oss tilstandene med fokus på likhetstrekkene, at det muligens dreier seg om samme sykdomsprosess, eller hvorvidt det dreier seg om genuint ulike tilstander. Flere pasientforeninger føler seg provosert av forsøk på å fokusere på likhetene og vil hevde at nettopp deres tilstand er spesiell. De ønsker ikke å bli plassert i en sekk med andre kontroversielle tilstander. Også det meste av forskningen har tatt utgangspunkt i enkelttilstandene, og Tidsskrift for den Norske lægeforenings serie om funksjonelle lidelser i 2002 hadde ulike artikler om irriterbar tarm, funksjonell dyspepsi, kroniske bekkensmerter, kroniske nakkeslengsyndrom, fibromyalgi og kronisk tretthet.

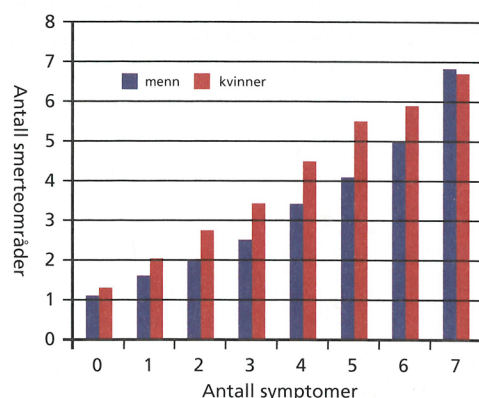
Et forsøk på systematikk

Tabell 1 viser en systematisk tilnærming til problemfeltet, der vi ser på årsaker, sykdomsprosesser og sykdomsbilder.

Modell A tar utgangspunkt i at ulike årsaker via ulike sykdomsprosesser gir ulike sykdomsbilder; traume gir kronisk nakkesleng, infeksjon gir kronisk tretthet, intoksikasjon gir amalgamisme. At det er påfallende likheter mellom de ulike sykdomsbildene skyldes en tilfeldighet. Smerte, tretthet, konsentrasjonsvansker og depresjon er så vanlige ved de fleste kroniske sykdommer at det er å vente at sykdoms-

Tabell 1. Mulige modeller for å forstå multisymptom pasientene

Modell	Årsak	Sykdomsprosess	Sykdomsbilde
A	Ulik	Ulik	Ulik
B	Lik	Lik	Lik
C	Ulik	Lik	Lik



Figur 1. Sammenhengen mellom områder med muskelsmerter og antall rapporterte minor-kriterier (jfr. tekst)

bildene har mange likhetstrekk. Modell A er altså basert på ulikhet i årsak, sykdomsprosess og sykdomsbilde. En slik tilnærming har blant annet resultert i at de kroniske smertepasientene er forsøkt forstått ved muskel- og smertefysiologiske tilnærminger.

Modell B tar et helt annet utgangspunkt. Her er ønsket å finne en enkel løsning der én årsak, gjennom én sykdomsprosess gir ett sykdomsbilde. Psykososiale belastninger er lansert som den fellesnevner som ad delvis ukjente veier gir opphav til de nevnte sykdomsbilder. At sykdomsbildene varierer er delvis et resultat av pasientenes (feilaktige) årsakstenkning. Egentlig dreier alt seg om det samme. Tilstandene er meget godt beskrevet i ICD-10 der det under psykiatrikapitlet om somatoforme lidelser står:

Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer i kombinasjon med stadige anmodninger om medisinsk utredning, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra legene om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser skulle være tilstede, forklarer de verken symptomenes art eller omfang, eller pasientenes engstelse og oppfatning av symptomene.

Under F45.0: Somatiseringslidelser utdypes bildet ytterligere med å beskrive symptomer som ofte forandrer seg og pasienter som har:

...en lang og komplisert sykehistorie som omfatter kontakt med både primærhelsetjeneste og spesialister, med mange resultatløse utredninger og/eller forgjeves eksplorative operasjoner.

Videre heter det:

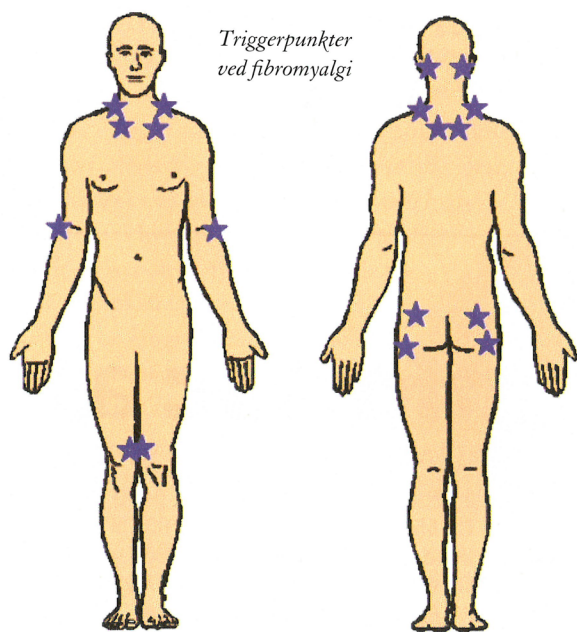
Når de somatoforme plagene er mangfoldige, vekslende og vedvarende, men det fullstendige og typiske kliniske bilde av somatiseringslidelse ikke er oppfylt, skal udifferensiert somatoform lidelse overveies (F45.1).

Også F45.3: Somatoform autonom dysfunksjon og F45.4: Vedvarende somatoform smertelidelse omhandler multi-symptompasientene.

Disse kriteriene fra ICD-10 er dekkende for en stor del av pasientene med uklare og utbredte symptomer. Det kan virke besnærende å akseptere denne form for årsakstenkning der det vi ikke forstår blir psykologiforklart, en form for pakkeløsning på et kontroversielt og vanskelig problem.

Modell C tar utgangspunkt i at ulike årsaker via en felles sykdomsprosess gir ett sykdomsbilde som forståelig nok er noe modulert av den bakenforliggende årsak. Dette er en måte å tenke på som dels bryter med tradisjonell medisinsk tenkning om at lik årsak gir lik sykdom og ulik årsak gir ulik sykdom. Årsaken kan dessuten være summen av ulike belastninger der en øyensynlig bagatellmessig tilleggsbelastning kan være dråpen som får begeret til å flyte over. Det kan også hende at denne type sykdomsprosesser bare, eller som oftest, settes i gang hos individer med en medfødt eller ervervet sårbarhet. Mens vi ikke kan definere noen terskelverdi for belastninger i befolkningsundersøkelser, kan det meget vel hende at enkeltindivider har sin egen toleranseterskel. Slik bryter tankegangen med et annet årsak-postulat, at økt eksponering fører til økt eller forverret sykkelighet.

Forskjellige forklaringer er lansert for hvordan plagene oppstår. Clauw og Chrousos (7) har postulert at ulike utløsende årsaker eventuelt hos spesielt disponerte personer gjennom sentralnervøse mekanismer resulterer i multi-symptomsyndromer.



Hvilken modell skal vi velge?

Det er mye vi ikke forstår, i en situasjonen med så mye uklarhet bør vi være pragmatiske, og gå etter de forklaringene som hjelper pasientene best i dag, og som gir størst mulighet til økt forståelse i fremtiden.

Når det gjelder å hjelpe pasientene, er det ikke sikkert det er så stor forskjell på de ulike modellene. Vår mangel på kunnskap tilsier imidlertid at pasientenes synspunkter må tillegges stor vekt. Når det gjelder målrettet arbeid for å få en bedre forståelse av problemene, vil imidlertid valg av modell kunne få stor betydning.

Ad modell A

Når vi møter pasienter vi ikke forstår, der vår medisinske kunnskap ikke strekker til, er det viktigere enn ellers å lytte til pasientene og deres forståelse av problemet. Kanskje har de registrert noe som vi har oversett, noe som kan bidra til en bedre forståelse. Pasientene er imidlertid ofte ute etter en forklaring på sine plager og en spesifikk diagnose. Enkelte pasienter, og i høyere grad noen av pasientforeningene har en nesten militant holdning, med krav på å forstå mer enn vi som fagfolk kan gå med på. Utgangspunktet er vanligvis en oppsplitting i ulike tilstander med ulike sykdomsbilder og ulik behandling. Denne diagnosespesifikke tilnærmingen er ofte en kombinasjon av forsvarer for egen tilstand og avstandtagen fra andre og tilgrensende lidelser. Forskning med utgangspunkt i enkelttilstandene har heller ikke bidratt vesentlig.

Så langt har modell A mer bidratt til bāstenkning og forsvar for posisjoner enn til kreativ nytenkning.

Ad modell B

Selv om kognitivt orientert adferdsterapi synes å ha en viss effekt på mange av pasientene, er dette ikke noe bevis på at plagene er av psykiatrisk art. Øvrig psykiatrisk/psykologisk behandling har skuffende liten effekt, og det psykiatriske hjelpeapparat er på ingen måte innstilt på å ta imot slike pasienter. Den besnærende enkle somatiseringsmodellen bidrar til å lukke debatten og hindre søking etter andre, alter-

native forklaringer. Det hele blir liksom for lett. Modell B er for konkluderende og sementerende, for lite åpen og spørrende. Modellen tar dessuten utgangspunkt i en ellers delvis forlatt psyke-soma dualisme.

Ingen av de to andre modellene stenger for psykologiske delforklaringer. Hvor mye som for fremtiden vil bli tillagt psykologi, er imidlertid i dag uavklart.

Ad modell C

Modell C er lansert som et alternativ til de to foregående, basert for det første på den påpekte likheten i sykdomsbildene, at det dreier seg om multisymptom-syndromer, dessuten på det faktum at forskning med utgangspunkt i enkelttilstandene har gitt svært lite. Også denne modellen følger et spor som kan vise seg å være et blindspor. Modell C inkludert årsakssummasjon, terskeltoleranse og sårbarhet kan imidlertid i heldigste fall bidra til en bedre forståelse av våre vanskelige multisymptom pasienter.

Øker problemene?

Denne artikkelen diskuterer primært ulike forståelser av multisymptom pasientene.

Det er uklart hvorvidt det er en reell økning av plagsomme symptomer (inkludert muskel- og skjelettrelaterte plager) i befolkningen. Andelen personer som mottar uførepensjon øker imidlertid. Årsakssummasjon, toleranseterskel og sårbarhet kombinert med modell C kan eventuelt forklare hvorledes selv moderate økninger i eksterne påvirkninger kan resultere i at begeret blir fullt for flere. Med en rikelig

og fargerik symptomflora i normalbefolkningen er mange potensielle multisymptom pasienter, det er lett å forstå at små endringer i samfunnets krav, det være seg i familie eller arbeidssituasjon vil kunne influere på antall som ikke lenger fungerer.

Foreløpig holder ikke multisymptom-syndrom som diagnose når vi søker uførepensjon for pasientene, men som forståelsesmodell er det en hypotese som er verdt å forfølge.

Referanser

1. Natvig B, Nessiøy I, Bruusgaard D, Rutle O. Musculoskeletal symptoms in a local community. *Eur J Gen Practice* 1995;1:25-8.
2. Aarflot T. Is chronic widespread musculoskeletal pain part of a multisymptom syndrome? Oslo: University of Oslo; 1999.
3. Bruusgaard D, Smedbråten B, Natvig B. Bodily pain, sleep problems, and mental distress in schoolchildren. *Acta Paediatr* 2000;89:597-600.
4. Eriksen H, Ihlebæk C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints. *Scand J Soc Med* 1999;1:63-72.
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee [see comments]. *Arthritis & Rheumatism* 1990;33(2):160-72.
6. Natvig B, Eriksen W, Bruusgaard D. Low back pain as predictor of long-term work disability. *Scand J Public Health* 2002;30:288-92.
7. Clauw D, Chrousos G. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 1997;4:134-53.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenveien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no