

Perspektiver på psykosomatiske lidelser to inspirasjonskilder

TEKST

Lars E. Aagaard

PUBLISERT 1. juli 2005

Noen ganger opplever vi presentasjoner av kunnskap fra forskning og klinisk erfaring som gir oss inspirasjon til å tenke videre selv. Jeg vil referere to slike inspirasjonskilder som handler om problemstillinger innenfor psykosomatikk og somatoforme lidelser. Prof. dr. med. Johannes Siegrist ved universitetet i Düsseldorf presenterte data fra sin forskning om psykososiale forholds betydning for utvikling av psykosomatiske sykdommer i Norsk Selskap for Psykosomatisk Medisin. Den danske nevropsykologen Lise Ehlers ga en fargerik presentasjon av sitt syn på somatoforme lidelser i et kvinneperspektiv på et seminar i tilknytning til det fjerde årsmøte i Norsk Forum for Nevropsykiatri.

Høy ytelse og lav belønning

Siegrist tok for seg sammenhengen mellom stressorer og psykosomatiske og psykiske lidelser. Teoriene om «demand/control» og «effort/reward» er aktuelle her. Store krav og liten kontroll med egen arbeidssituasjon, slik det for eksempel ofte kan være for industriarbeidere, antas å være en helserisiko. Det samme gjelder for høy ytelse og lav belønning. Sosial belønning omfatter både lønn, anerkjennelse og statuskontroll uttrykt som muligheter for avansement og jobbsikkerhet. I tillegg kommer den risiko som foreligger for overyttere. Hypotesen er at:

1. Personer som opplever ubalanse mellom (høy) ytelse og (lav) belønning, har økt risiko for å utvikle stressrelaterte sykdommer.
2. Mennesker som skårer høyt på overytelse, har også økt risiko.
3. Relativt høyest risiko kan forventes hos personer som karakteriseres både av forholdene under punkt 1 og punkt 2.

Det er i hovedsak to stressorer som vektlegges i undersøkelsene til Siegrist, nemlig ubalanse mellom innsats og belønning, og overytelse. Overytelse er her definert som:

- Et mønster av motivasjon og tenkemåter preget av overdreven innsats utløst av krevende situasjoner.
- Et underliggende behov for kontroll og anerkjennelse som kan få personen til å undervurdere utfordringen og overvurdere egne ressurser, noe som resulterer i en tilstand av utmattelse og følelse av å bli overveldet.

- Uttrykk for en ugunstig komponent av type A-atferd, på samme måte som ved fiendtlighet.

Studiene viser at ubalanse mellom innsats og belønning, på samme måte som store krav og liten kontroll, har betydning for risiko for hjerte- og karsykdommer (se for eksempel Siegrist, 1996). Ved høy grad av ubalanse er det økt risiko for død av hjerte- og karlidelser.

Ubalanse kan også predikere økt risiko for type 2 diabetes hos menn, men ikke hos kvinner. Det samme gjelder for forholdet mellom manglende balanse og alkoholavhengighet, der det er signifikante forskjeller hos menn, men ikke hos kvinner. Den økte risikoen for å utvikle psykiske lidelser er signifikant for begge kjønn, men i mindre grad for kvinner enn for menn. Utvider man modellen utover arbeidssituasjonen, er hypotesen i hovedsak den samme; manglende balanse mellom ytelse og belønning er forbundet med økt risiko for stressrelaterte sykdommer.

Selv om det gjenstår mye forskning, begynner man å forstå hvilke biologiske veier som er av betydning for at så vel ytre som indre faktorer kan knyttes til psykosomatiske lidelser. I tillegg til eksperimentelle og epidemiologiske studier har man i dette arbeidet brukt naturalistiske studier av stressors virkning på aktiviteten i nevroendokrine og sympatikonervøse systemer. Undersøkelser av kortisol, målt ved salivaprøver med to timers mellomrom over dagen, bekrefter hypotesen om at kortisol ved oppvåkning vil være høyere ved over-ytelse og at gjennomsnittsverdien er høyere for overyttere. Det kan tenkes at forhøyete kortisolverdier medvirker til forhøyet systolisk blodtrykk. For øvrig vet vi at overyttere gjennomgående har dårlig søvnkvalitet og derfor antagelig redusert mulighet til å hente seg inn med søvn og hvile.

Det er mye som tyder på at forhøyet nivå av kortisol ved oppvåkning er et følsomt mål på psykososialt stress. Målingene viser også noe høyere systolisk blodtrykk over dagen, særlig hos menn med lavere sosioøkonomisk status (se også Steptoe, Siegrist, Kirschbaum & Marmot, 2004). Sammenhengen mellom overytelse og fysiologiske måleverdier er funnet hos menn, men i mindre grad hos kvinner. Det gjenstår mye arbeid for å kunne fastslå årsakssammenhenger til kjønnsrelaterte forskjeller. For eksempel kunne det være viktig å forstå hvor stor innflytelse kjønnsroller har. Menn henter ofte mye av sin selvfølelse i jobbsituasjonen, mens kvinner har flere kilder til sosial bekreftelse og er derfor kanskje mindre sårbare for jobbstress.

Somatisering i et kulturelt perspektiv

Felles for somatoforme lidelser er at pasienten opplever smerter eller funksjonssvikt som det ikke er mulig å dokumentere ved somatisk undersøkelse. Smerten kan migrere eller være lokalisert til ett organ, og kan bli invalidiserende for pasienten, som i tillegg kan føle seg mistenkeliggjort ved at lidelsen ikke kan diagnostiseres somatisk med dagens innsiktsnivå.

Lise Ehlers (1999, 2000, 2002) peker på at det er en dramatisk vekst i forekomsten av slike lidelser og funksjonsforstyrrelser, og at mange flere kvinner enn menn har disse

lidelsene. Forekomsten av nakkeslengskader, fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom har antatt nær epidemisk karakter i enkelte land. Norge har i flere år ligget på verdenstoppen når det gjelder arbeidsuføre på grunn av nakkeslengskader og fibromyalgi. Dette er i utpreget grad kvinnelidelser, selv om de ikke bare er det.

I følge Ehlers har sykelligjøring av kvinner forekommet til alle tider. Når kvinner ikke lenger orker å opprettholde sine roller i samfunnet, blir de syke, og for å være syke, må de ha en diagnose. Ofte omdefinerer lege og pasient en kulturelt og sosialt betinget lidelse til noe legitimt diagnostiserbart. Denne tendensen ser Ehlers som akselererende, og hun mener det er en betydelig risiko for at den sykelliggjorte kvinnen forblir syk fordi man angriper symptomet, ikke årsaken. Kvinnen tvinges inn i en sykdomsidentitet av noe som ofte kan forstås som et eksistensielt problem. (Se også Caplan og Cosgrove, 2004). Pasienten blir fanget inn i velferdsstatens noen ganger umyndiggjørende omsorgssystem.

Menn har i alle år definert kvinnen og hennes mangler og svakheter, og satt grenser for hvordan hun kan endre sin posisjon i familien og samfunnet. I dag, da kvinner i vår del av verden i langt større grad er ute i arbeidslivet, blir hun stående både med ansvaret hun alltid har hatt for familiens ivaretakelse, og det som følger av hennes yrkesaktive rolle. Kravene kvinnen stiller til seg selv, og de som stilles av andre, kan bli uhåndterlige. Følelsen av ikke å strekke til og den dårlige samvittighet for det som ikke blir gjort godt nok, er med på å presse henne inn i rollen som syk.

Mye er uforandret siden oldtiden, hevder Ehlers. Det som en gang ble forklart med djevlebesettelse eller onde ånder, ble avløst av andre diagnoser. Hysteribegrepet stammer fra antikken og har vært i flittig bruk som forklaringsbegrep for kvinnelidelser (hystera betyr livmor). Kvinners uforklarlige symptomer har vært plassert i livmoren, abdomen, nervesystemet, ovariet eller sinnet, og har til dels vært betraktet som etterligninger av sykdommer. Dagens betegnelse somatoforme lidelser dekker mye av det magiske og uforklarlige.

Kvinnelidelsene er psykiske av natur. Det fysiske opplevde symptom er en subjektiv opplevelse man ikke kan spore organisk eller forklare anatomisk. To av de moderne variantene, nakkeslengskader og fibromyalgi, er i ferd med å få en mer «legitim» – det vil si somatisk – status. Fibromyalgi er nå en godkjent diagnose av Trygdekassen, mens jakten på organisk forklaring på nakkeslengskader kanskje også er kommet et skritt videre. Slik vil noen få sine smerter bekreftet av ny teknologi, mens andre fortsatt vil bli stående utenfor.

I hovedsak har flere århundreders jakt ikke ført oss særlig nærmere de patofysiologiske fenomener som forklarer kvinners oversykелighet. Diagnosene skifter navn, men fenomenet består. Et paradoks er at kvinner gjennomgående lever lengre enn menn i våre samfunn, og at de i følge Johannes Siegrists presentasjon kommer bedre ut av jobbstress enn menn.

Lise Ehlers budskap er at vi, som tidligere slekter, fortsetter å sykelliggjøre fenomener som har kulturelle årsaker. Dermed blir utviklingen sirkulær, og vi kommer ikke videre.

I klinisk psykologisk praksis møter vi de somatoforme lidelser og kommer i terapien nærmere de forløsende årsakssammenhenger, i alle fall på individnivå. De psykiske og eksistensielle spenningene som ligger ubehandlet under det somatoforme uttrykk, kan få komme til orde og vil i mange tilfeller også kunne bearbeides og forløses. På et samfunnsnivå, der Lise Ehlers vil vi skal ha vår oppmerksomhet, er det langt vanskeligere å komme videre.

Avslutning

Hva gjør en fagpresentasjon til en inspirasjonskilde? Og hva gjør en inspirasjonskilde med oss? Inspirasjonen ligger i faktainnhold og problemformuleringer, men også i fremstillingens kvalitet. En inspirert presentasjon får oss til å reflektere og undre oss – en prosess blir dratt i gang. Her er det mange ting å undre seg over. Jeg vil bare nevne to: Hvorfor har ikke det forskningsmessige materiale som Johannes Siegrist presenterer gjort seg gjeldende i større grad i det organiserte arbeidsliv? Hvis det er så viktig for oss å føle oss sett og satt pris på, hvorfor bruker vi ikke anerkjennelse i langt større grad også i arbeidslivet? Og hvordan kan vi som samfunn komme vekk fra å omfortolke kvinners eksistensielle og kulturelt betingete problemer til sykdom?

Lars Erik Aagaard

Åsenveien 1

1400 Ski

Tlf 64 87 49 80

E-post blaagaa@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 7, 2005, side 622-623

TEKST

Lars E. Aagaard, Privat praksis, Ski

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Caplan, P. J., & Cosgrove, L. (Eds.). (2004). Bias in psychiatric diagnosis. New York: Jason Aronson.

Ehlers, L. (1999). Ondt i livet. Kvinder og de nye sygdomme. København: Gyldendal.

Ehlers, L. (2000). De gådefulle frontallapper. København: Munksgaard.

Ehlers, L. (2002). Store mænd og syge kvinder. Kvinders sygelighed gennem 2000 år. København: Gyldendal.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Steptoe, A., Siegrist, J., Kirschbaum, C., & Marmot, M. (2004). Effort-reward imbalance, Overcommitment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. *Psychosomatic Medicine*, 66, 323-329.

