

# Kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af somatiseringstilstande og funktionelle syndromer

Andreas Schröder, Marianne Rosendal & Per Fink

*Patienter med somatiseringstilstande eller funktionelle somatiske syndromer har hyppige henvendelser til den praktiserende læge og er svære, men ikke umulige at behandle. De her beskrevne teknikker fra kognitiv adfærdsterapi kræver noget træning, men er ikke nødvendigvis tidskrævende, idet patienten læres op i selv at kunne håndtere sin sygdomsbekymring og mindske sine funktionelle symptomer.*

## **Somatisering: En udfordring for den praktiserende læge**

Somatiseringstilstande og relaterede funktionelle somatiske syndromer har store personlige (1) og samfundsmæssige (2) omkostninger, og behandlingen i almen praksis er en stor udfordring (3). Lægerne oplever en del af patientforløbene som frustrerende, og »somatiserende« patienter anses ikke sjældent som besværlige og krævende. Nogle patienter mistænkes for at overdrive og dramatisere deres klager eller ligefrem for at misbruge sundhedssystemet. Den nyere forskning inden for funktionelle lidelser giver et langt mere optimistisk perspektiv. Det samme gør vores kliniske erfaring (4).

Vi vil med denne artikel bidrage til et mere nuanceret syn på somatoforme tilstande og relaterede funktionelle somatiske syndromer og pege på behandlingsteknikker, som i dag anvendes i højt specialiserede enheder, men hvoraf nogle med fordel vil kunne integreres i almen praksis.

## **KLASSIFIKATION: BIOMEDICINENS DUALISME I EN NØDDESKAL**

Der hersker i dag en betydelig terminologisk og sproglig forvirring på området, og

### **BIOGRAFI:**

Andreas Schröder er læge og ph.d.-studerende ved Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Århus, hvor Per Fink, psykiater, lektor, dr.med. og ph.d. er ledende overlæge. Marianne Rosendal er praktiserende læge, ph.d. og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus.

### **ANDREAS SCHRÖDERS ADRESSE:**

Forsningsklinikken for funktionelle lidelser, Århus Sygehus, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C.

der er i specialistkredse langt fra enighed om, hvordan funktionelle lidelser klassificeres. Grundlæggende diskuteres, om fænomenet skal klassificeres blandt de psykiatriske diagnoser (dvs. kapitel F i IDC-10) eller et andet sted. I dag er det ofte både – og: Vurderes patienten af en psykiater, stilles en somatform diagnose, f.eks. somatiseringstilstand (F45.0). Kommer patienten i stedet i kontakt med en »somatiker«, anvendes typisk en syndromdiagnose – f.eks. fibromyalgi (M79.0). Det er således ofte mere lægens speciale og patientens egen forståelse af sygdommen end patientens symptombillede, der afgør, hvilken diagnose der stilles (5, 6). Der arbejdes aktuelt ihærdigt på nye diagnostiske kriterier og et forslag til en klassifikation i almen praksis er for nylig offentliggjort i Månedsskriftet (7). I denne artikel vil vi bruge »funktionelle lidelser« som overordnet betegnelse; og »somatiseringstilstand« forstås som »svær funktionel lidelse«. I øvrigt henvises til vores tidligere artikel om medicinsk uforklarede symptomer og somatoforme tilstande (8).

#### LÆGENS ROLLE I BEHANDLINGEN: ET PARADIGMESKIFT

Medicinske antropologiske undersøgelser peger på det problematiske i at behandle funktionelle lidelser ud fra et rent biomedicinsk perspektiv. Dette gælder – paradoksalt nok – uanset om lægen fastholder, at der må være en fysisk forklaring på symptomerne, eller om *medicinsk uforklaret* oversættes med *psykisk eller socialt betinget*. Både læger og patienter er dybt præget af den kartesianske dualistiske tankegang med skel mellem krop og sjæl, som afspejles i den omtalte diagnostiske

og klassifikatoriske forvirring. Diskussionen havner næsten uvægerligt efter kort tid i *enten-eller*. Det kan ikke understreges tydeligt nok, at disse diskussioner, »om det er psykisk eller fysisk« er både nyttesløse, frustrerende og derudover indebærer en stor risiko for at læge-patient-forholdet belastes, og at patienten udvikler modstand mod en psykoterapeutisk tilgang. Vi har andetsteds redegjort for den multifaktorielle ætiologi af funktionelle lidelser (8) og vil her kun minde om den stigende evidens for betydningen af biologiske, herunder genetiske og neurofysiologiske faktorer – en viden, der med fordel kan deles med patienterne. Holdningskiftet kan måske også faciliteres ved at se på sygdomsforløbet: Hvor godt patienter klarer sig fysisk og socialt afhænger i højere grad af, hvor mange fysiske symptomer de har (6, 9), end om deres symptomer er medicinsk forklarede.

Vi mener således, at effektiv behandling af patienter med funktionelle lidelser kræver et paradigmeskift, hvor lægen delvis giver afkald på ekspertrollen og i højere grad inddrager patienten med dennes oplevelse og forståelse af sygdommen i behandlingen. Denne holdning bunder i to erkendelser: Dels kommer den biomedicinske model generelt til kort i diagnosticering og behandling af funktionelle lidelser.

Dels kræver en psykoterapeutisk tilgang, at patienten er subjekt og ikke objekt i behandlingen. Med andre ord: det er i orden, at lægen ikke ved, hvad årsagen til de medicinsk uforklarede symptomer er. Men det skaber problemer, hvis denne usikkerhed ikke kan håndteres og fører til, at symptomerne *a priori* anses som *enten* tegn på skjult organisk sygdom

eller udtryk for psykiske problemer eller konflikter. I stedet kan både lægens og patientens usikkerhed bruges til at tænke i et bredere perspektiv, hvor lægen sammen med patienten undersøger, hvilke faktorer der muligvis bidrager til vedligeholdelse og forværring af symptomerne, og hvordan disse kan ændres, så symptomerne lindres.

### Behandling

#### LETTE TILFÆLDE – NORMALISERING OG EMPOWERMENT

Patienter med lettere og forbigående funktionelle fysiske symptomer håndteres typisk i almen praksis, og udredning og behandling, som tager udgangspunkt i en bred bio-psyko-social tilgang, giver sjældent anledning til at inddrage specialister. Den foretrukne strategi er *normalisering*, dvs. at man taler med patienten om, at det er normalt at have kropslige sensationer og at dette ikke er tegn på sygdom. Man skal dog være opmærksom på, at denne teknik kun kan stå alene ved lette symptomer og hos patienter uden større sygdomsbekymring.

Ved sværere tilfælde er der stor risiko for at patienten efterlades med usikkerhed og frustration (*Lægen tror ikke på mig – han mener ikke at jeg fejler noget*), hvilket kan bidrage til udvikling af kroniske funktionelle symptomer. Normalisering og empowerment som teknik er beskrevet i en tidligere artikel (8).

MODERATE TILFÆLDE – TERM-MODELLEN  
Moderate tilfælde af funktionelle tilstande bør også primært kunne håndteres i almen praksis. Patienten skal diagnostisk afklares, hvilket indebærer, at relevante differentialdiagnoser skal overvejes.

Dette kan nødvendiggøre vurdering ved anden speciallæge med henblik på at udelukke genuin fysisk sygdom (f.eks. reumatolog og/eller neurolog ved vedvarende klager over føleforstyrrelser, svimmelhed og muskelsmerter). Også relevante psykiatriske differentialdiagnoser skal udelukkes, især angst og depression. Hovedparten af patientforløbet vil dog ligge i almen praksis, hvor man med fordel vil kunne tilbyde en samtalerække med faste tider, længde og intervaller, hvor der arbejdes med patientens sygdomsforståelse og håndtering af symptomerne. Månedsskriftet har tidligere publiceret TERM-modellen (The Extended Reattribution and Management Model (10)), et efteruddannelsesprogram for ikkepsykiatriske læger om udredning og kognitivt orienteret behandling af funktionelle symptomer. TERM-modellen indeholder tre centrale elementer:

1. Generelle interviewteknikker, som er grundlaget for at kunne arbejde med de specifikke elementer i modellen. Disse teknikker er de samme, som anvendes i kognitiv terapi og i forskellige former for kommunikationstræning (sokratisk spørgeteknik, opsummeringer, empati, at gå med modstand og empowerment). Noget meget centralt er, at lægen er åben og nysgerrig og undgår tidlige korrektioner af patientens udsagn, idet korrektion meget let kan blokere for den videre behandling.
2. En behandlingsmodel, der er opbygget omkring konsultationsprocessen i almen praksis og har fokus dels på forebyggelse af »lægens somatisering« af patienten, dels på behandling af

lette og moderate tilfælde. En af de væsentlige ting i denne del er at få indblik i patientens egen sygdomsforståelse og forventninger til udredning og behandling. Der gøres desuden op med tidligere tiders ensidige fokusering på enten det psykiske eller det fysiske. Tværtimod er det vigtigt, at lige netop praktiserende læger er i stand til at holde begge bolde i luften samtidig i forhold til patienter, hvor vi ikke finder nogen umiddelbar organisk forklaring på deres symptomer. Endelig fokuserer modellen på, hvad der er lægens ekspertise, og hvad der er patientens. Det første bør formidles til patienten – det andet respekteres og anerkendes af lægen. Når resultatet af en konsultation er, at de biomedicinske muligheder er udtømte, og der samtidig foreligger andre faktorer, der kan spille ind på patientens tilstand, kan forhandlingen af en ny fælles forståelsesmodel påbegyndes efter kognitive principper.

3. Generelle råd for håndtering af patienter med kroniske somatiseringstilstande. Her anvendes en statuskonsultation sammen med teknikker og principper fra del 1 og 2 for at kunne gennemføre nogle af de anførte råd. Samtidig understreges det, at målet for denne gruppe patienter i høj grad skal tilpasses den enkelte patient. Man må acceptere patienten som kronisk syg og derfor ofte reducere forventningerne om helbredelse. Vi har her kun præsenteret nogle få overordnede principper og henviser til en mere detaljeret beskrivelse af TERM-modellen i den oprindelige publikation (10).

#### SVÆRE TILFÆLDE – SPECIALISTVURDERING OG KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

Ved svære og kroniske funktionelle tilstande, hvor patienten har vedvarende og evt. fluktuerende funktionelle symptomer fra flere organsystemer, vil der stort set altid være inddraget flere specialer. Symptombilledet og sygdomsforløbet kan være yderst komplekst: Lettere organiske forandringer, hvis betydning kan være svært at vurdere, er tit til stede, og psykiatrisk komorbiditet er mere reglen end undtagelsen (ca. 30% har en depression og 30% en angsttilstand) (6). Behandlingen er en stor udfordring også for erfarne læger og psykoterapeuter. Det er aktuelt uafklaret, hvorvidt en effektiv behandling af disse svært invaliderede patienter kan tilbydes i almen praksis, men meget tyder på, at behandlingseffekten er størst i specialiseret regi. Vi ved på den anden side, at der i dag mangler specialiserede behandlingstilbud i Danmark, og kendskabet til nogle af de kognitive og adfærdsmæssige teknikker vil formentlig kunne lette håndteringen af den kroniske patient, begrænse unødvendige undersøgelser og biomedicinske interventioner og sikre en god og stabil læge-patient-relation. Medikamentel behandling med psykofarmaka eller smertestillende medicin samt behandling af samtidige andre psykiatriske sygdomme er beskrevet i Månedsskriftets artikelserie om psykiatriske lidelser i almen praksis (8), og de generelle principper om håndtering af kroniske tilfælde fra TERM-modellen kan også anvendes her (10).

### Udvalgte kognitive og adfærdsterapeutiske teknikker til brug i almen praksis

#### HVORFOR KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI?

Når denne artikel argumenterer for psykoterapeutiske metoder til behandling af somatiseringstilstande og funktionelle somatiske syndromer, skyldes det *ikke*, at de funktionelle klager og symptomer opfattes som »psykiske« – men derimod at den kognitive adfærdsterapi har den bedste evidens for at forbedre patienters funktionsniveau, nedsætte deres brug af sundhedsydelse og øge deres livskvalitet (11–13). I det følgende beskrives kognitive og adfærdsmæssige strategier, som er centrale i behandlingen af funktionelle lidelser: psykoedukation, målsætning, ændring af dysfunktionelle tanker og handlinger, problemløsning og fokus på sundhedsadfærd. Disse er del af et specialiseret behandlingsprogram, hvis effekt aktuelt afprøves i en randomiseret kontrolleret undersøgelse i Århus.

#### PSYKOEDUKATION OM SYGDOMSOPFATTELSE OG STRESSREAKTIONER

Formålet med psykoedukation er at gøre patienten klogere på sine symptomer og mindre bekymret, samtidig med at symptomerne legitimeres som reelle, og patienten oplever emotionel støtte. Psykoedukation rummer normalisering og empowerment, men har samtidig et terapeutisk sigte, idet den sætter patienten i stand til at anvende den nye viden ved nye sygdomsepisoder eller forværring af kroniske funktionelle symptomer. Det er de færreste patienter, der umiddelbart kan overføre den teoretiske viden om f.eks betydning af sygdomsopfattelse til at være mindre bekymret; men de fleste

begynder at se sammenhænge og bliver motiveret til at lære at håndtere deres sygdomsbekymring bedre.

To modeller er centrale i kognitiv adfærdsterapi af kroniske funktionelle lidelser:

1. Betydningen af symptom- og sygdomsopfattelse (Fig. 1) med en efterfølgende ond cirkel af bekymring og ændret adfærd (Fig. 2), som forstærker og vedligeholder symptomerne.
2. *Bodily distress*-konceptet med fysiske, emotionelle og kognitive symptomer som reaktioner på fysiske eller psykiske belastninger (Tabel 1) (6).

*Model 1:* Patienters sygdomsopfattelse kan prædiktere deres forbrug af sundhedsydelse (14), selv vurderet fysisk og psykisk helbred og socialt funktionsniveau. Den onde cirkel af sygdomsbekymring (Fig. 1) og adfærdsændringer (Fig. 2) antages at være medudløsende og vedligeholdende ved funktionelle lidelser (15).

*Model 2:* I modsætning til rene kognitiv-adfærdsmæssige modeller står sygdomsfortolkningen ikke centralt her, idet der tages udgangspunkt i symptomet, som forstås som udtryk for en *kropslig stresstilstand* (6), dvs. underliggende forandringer af fysiologiske og centralnervøse processer. En lang række fysiske, emotionelle og kognitive (Tabel 1) symptomer findes ved fravær af genuin fysisk eller psykiatrisk sygdom, og det er velkendt, at sådanne symptomer kan opstå på baggrund af langvarig belastning.

Disse modeller præsenteres for patienten som to vigtige dele af en overordnet mul-

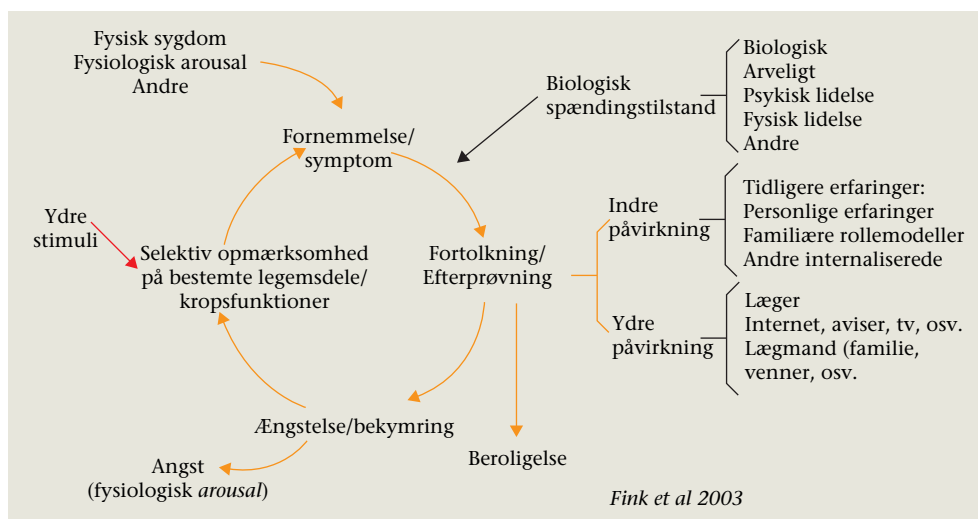


Fig. 1. Symptom- og sygdomsopfattelse.

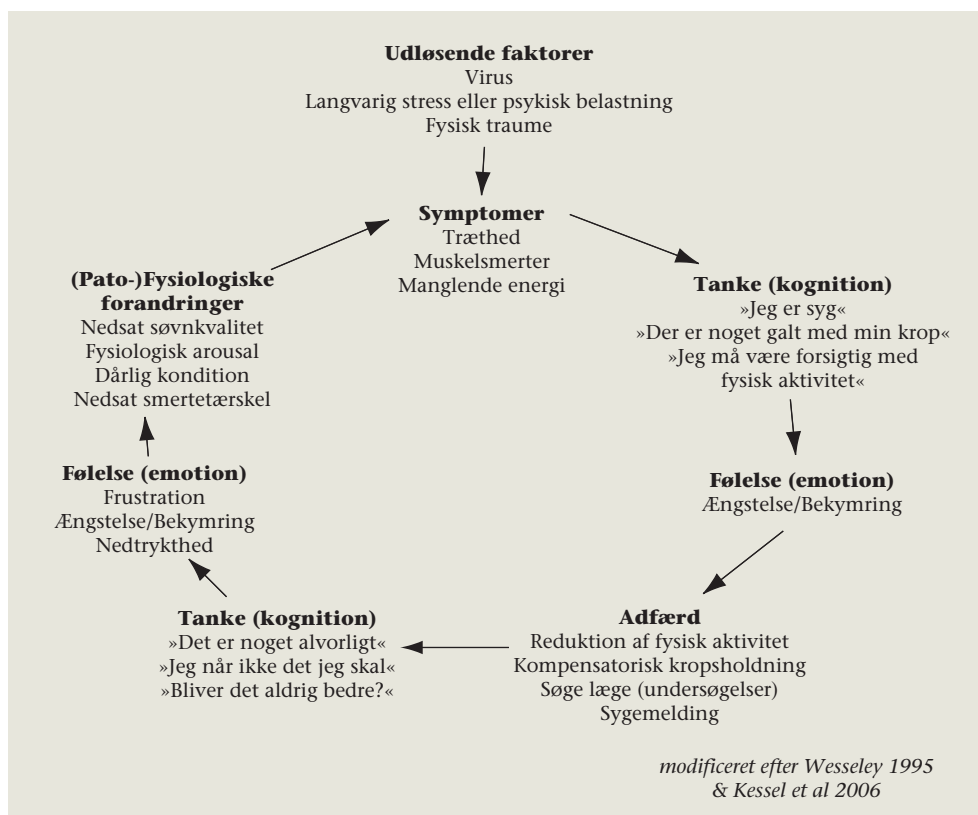


Fig. 2. Den onde cirkel, der medfører kronisk træthed og invaliditet.

Kardiopulmonale /autonome	Gastrointestinale	Muskuloskeletale
Varm- eller koldsved	Hyppige, løse afføringer	Smerter i armene eller benene
Rysten eller sitren	Mavesmerter	Muskelsmerter eller ømhed
Mundtørhed	Oppustethed, spændings- eller tyngdefornemmelse i maven	Ledsmerter
Palpitationer – hjertebanken	Diarré	Følelse af lammelse eller lokaliseret kraftnedsættelse
Køren i maven, »sommerfugle i maven«	Opgylpning eller opstød	Rygsmertter
Rødmen eller blussen	Forstoppelse	Smerter som flytter sig fra sted til sted
Trykken i prækordiet	Utilpashed, kvalme	Ubehagelig dødhedsfornemmelse eller paræstesier
Forpustethed uden anstrengelse	Opkastning	
Hyperventilation	Brændende fornemmelse i brystet eller epigastriet	
Depressive	Nervøse	Kognitive
Nedtrykthed	Bekymringstendens	Koncentrationsbesvær
Grådlabilitet	Rastløshed/indre uro	Hukommelsesbesvær
Isolationstendens	Træthed	Vanskelighed ved at tænke klart og tage beslutninger
Nedsat interesse og lyst	Støjoverfølsomhed	Tab af interesse
Skyldfølelse	Irritabilitet	Tab af energi
Nedsat selvtillid	Anspændthed og følelse af at være presset	Bliver overvældet af hverdagsopgaver
Håbløshed med hensyn til fremtiden	Muskelspændinger	
Tanker om selvmord eller død	Spændingssmerter (f.eks. hovedpine, ryg)	

Tabel 1. Almindelige fysiske, emotionelle og kognitive symptomer ved fravær af genuin fysisk eller psykiatrisk sygdom (6). Symptommønstre fremkommet ved faktoranalyse af 972 psykiatriske interview (SCAN)

tifaktoriel sygdomsmodel, som i lige så høj grad vægter biologiske som iatrogene faktorer (8). Samtidig understreges det for patienten, at modellerne også har betydning ved veldefinerede fysiske sygdomme, f.eks. ved behandling af træthed hos patienter med dissemineret sklerose (16).

Deres anvendelse er altså ikke udtryk for, at der nødvendigvis foreligger en

psykisk lidelse. Det er vigtigt, at der tages udgangspunkt i patientens egen sygehistorie og forståelsesramme. Terapien er dialogbaseret, hvor kunsten er, at man – samtidig med at man deler sin ekspertviden med patienten – bevarer nysgerrigheden og en undersøgende grundholdning. Når der f.eks. undervises i almindelige fysiske symptomer, og at disse ikke nødvendigvis er tegn på fysisk sygdom (Tabel

1), bedes patienten samtidig undersøge, hvordan dette passer med dennes egne oplevelser og erfaringer. Man bliver tit overrasket over, hvor godt patienten synes, at de almindelige fysiske symptomer rammer hans eller hendes sygdomshistorie. Dette åbner op for en terapeutisk intervention: Hvordan udviklede symptomerne sig? Hvad hjalp patienten? Hvilke faktorer tror patienten muligvis har været medudløsende eller vedligeholdende?

I sjældne tilfælde kan man opleve, at psykoedukation faktisk er nok til en afgørende bedring, men det er dog klart undtagelsen ved kroniske tilstande. Man skal altså ikke forvente mirakuløse helbredelser men være tilfreds også med mindre fremskridt. Patienten må gerne fortsat være skeptisk – bare psykoedukationen har vakt interesse og motivation til at »afprøve« sygdomsmodellen ved at arbejde med adfærdsændringer og måden at tænke om sygdom på.

#### MÅLSÆTNING

Det er et grundprincip i kognitiv adfærdsterapi, at behandlingen er målrettet, struktureret og tidsbegrænset. Der opstilles specifikke og realistiske mål – og dette er i sig selv en stor udfordring for patienter med somatiseringstilstande. Mange nævner som primært mål at *få det bedre* eller *at blive rask* – men det er vanskeligt at tage udgangspunkt i sådanne overordnede og uspecifikke mål i behandlingen. Via sokratiske udspørgen hjælpes patienten i stedet til at blive mere specifik: *Hvordan vil du kunne mærke, at du har fået det bedre? Hvad vil du kunne, som du ikke kan i dag?* Konkrete mål kunne være: *Jeg vil magte et deltidsarbejde*. Eller: *Jeg vil begynde at gå daglige korte ture på trods af min træt-*

*hed*. Sådanne mål forudsætter imidlertid, at patienten erkender betydningen af dysfunktionelle tanker og handlinger – og dette kræver en del forarbejde med grundmodellen (se nedenfor). På denne baggrund er måltrappen et vigtigt redskab (Fig. 3): Som overordnet mål angiver patienten f.eks. *at kunne klare arbejdsdagen bedre og opleve færre smerter*. Efterhånden udfyldes trappetrin med delmål, f.eks. *brug afslapningsøvelser* eller *hold en kort pause hver time* eller *anskaf hæve-sænkebord*. På denne måde kan man starte med en lidt overordnet og diffus målsætning og i behandlingsforløbet blive mere og mere konkret. Vores vigtigste budskab til patienterne er: Små skridt er vejen til succes!

#### ÆNDRING AF DYSFUNKTIONELLE TANKER OG HANDLINGER

Den egentlige kerne i kognitiv adfærdsterapi er undersøgelse og ændring af dysfunktionelle tanker og handlinger. Fig. 2 viser en generel sygdomsmodel – når denne individualiseres, dvs. udfyldes med patientens symptomer, tanker, følelser og handlinger, er grundstenen lagt til at ændre uhensigtsmæssig sygdomsadfærd og kognitive forvrængninger. Samtidig foreligger der nu en foreløbig caseformulering, som danner udgangspunkt for alle kommende terapeutiske interventioner.

Man kan begynde at arbejde med den kognitive grundmodel (Fig. 4), når patienten er undervist i sygdomsmodellen af funktionelle lidelser og har accepteret at »afprøve« dennes gyldighed for sin egen sygdom. Det er vigtigt, at man tager udgangspunkt i en *konkret* situation. Det kan være vanskeligt for patienten at identificere en sådan, men som hjælp kan



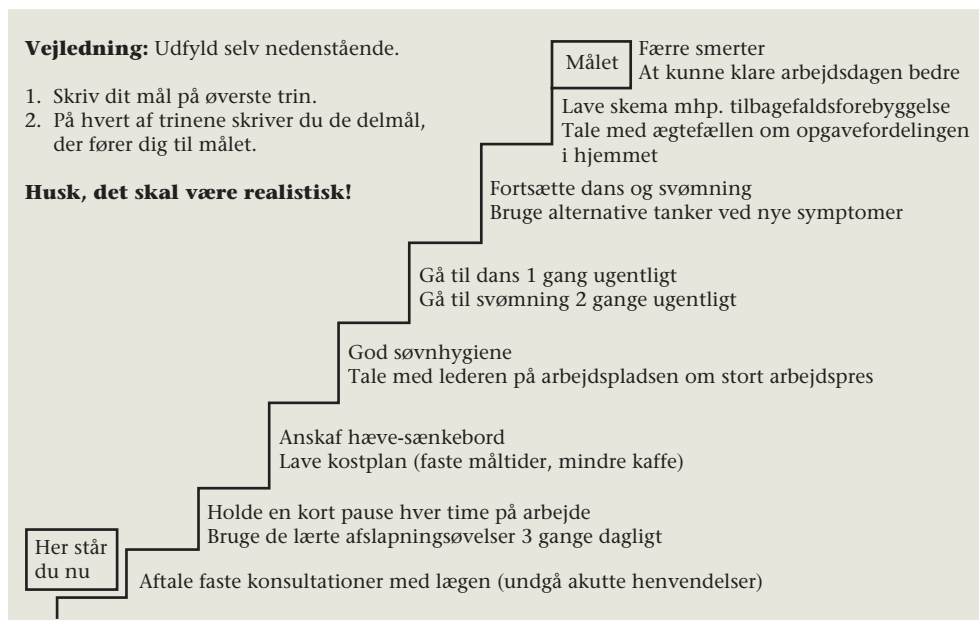


Fig. 3. Måltrappe.

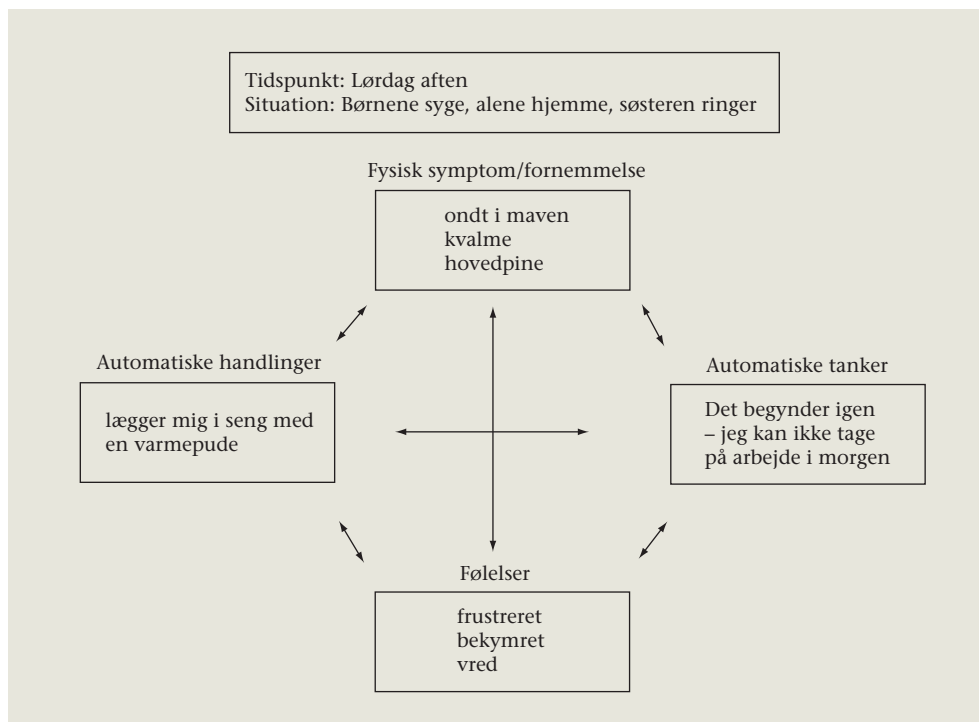


Fig. 4. Grundmodel med automatiske tanker og handlinger.

man lade patienten udfylde et *ugeregistreringsskema* (Fig. 5) eller en symptomdagbog. Man vælger et tidspunkt i den forløbne uge, hvor symptomet var værst, og beder patienten fortælle om situationen. Via nærmere udspørgen opnår man dels, at patientens *automatiske tanker* og evt. kognitive forvrængninger bliver tydelige, og dels giver det mulighed for også at evaluere følelser, som er knyttet til situationen: *Det lyder da ikke særlig rart, at du var alene hjemme med to syge børn hele weekenden, skulle klare husholdningen, og at du så også havde den ubehagelige telefonsamtale med din søster. Og så dine mavesmerter oveni. Hvad følte du, og hvilke tanker gik gennem dit hoved?* Det er vigtigt at holde patienten fast i dennes egne konkrete tanker og følelser i situationen, når han kommer med intellektuelle tolkninger og overvejelser om, hvad andre mener eller har sagt. Ligeledes bør man forsøge at undgå mange patienters tilbøjelighed til at udrykke sig i generelle vendinger om tanker og følelser.

Via grundmodellen lærer patienten at forstå *sammenhænge* mellem fysiske sensationer, tanker, følelser og handlinger: *Så du var egentlig vred på din søster, men det gik først op for dig senere, og du fik derfor ikke sagt fra. Hvad tror du denne følelse har betydet for dine mavesmerter?* Samtidig er grundmodellen i sig selv et diagnostisk instrument, fordi det bliver tydeligt, hvorvidt patienten har uhensigtsmæssige automatiske tanker (*Nu begynder det igen – jeg kan nok ikke tage på arbejde i morgen*) eller handlinger (*Når jeg har det sådan, er det eneste der hjælper at lægge mig i seng med en varmepude*). Om tankerne er uhensigtsmæssige undersøges i fællesskab: *Når du nu ser på situationen med friske øjne,*

*hvad kunne du ellers have tænkt eller gjort?*

De alternative tanker og handlinger noteres på et nyt skema, og det undersøges med patienten, hvordan disse ville forandre følelser og symptomer. Dette er tit meget teoretisk for patienterne, og det er derfor vigtigt at få patienten til at *eksperimentere* med alternative tanker og handlinger. Hvis patienten f.eks. finder frem til, at det havde været godt at ringe søsteren op igen og få snakket tingene igennem på en ordentlig måde, kan dette bruges som *adfærdseksperiment* enten i konsultationen eller som hjemmeopgave. Patienten får til (hjemme-)opgave at give udtryk for sin vrede enten i et rollespil eller ved næste passende lejlighed og samtidig at registrere ændringer i følelser, tanker og symptomer. En anden alternativ handling ville være ikke at lægge sig i sengen, men at finde nogen, der kan tage sig af børnene denne aften og så – trods mavesmerter – at foretage sig noget hyggeligt i socialt samvær. Det er bedst, hvis de alternative handlinger er noget, patienten selv har fundet frem til via sokratiske udspørgen, og ikke noget lægen har foreslået.

Ved at sammenligne følelser og symptomer ved alternative tanker og handlinger med dem, patienten har noteret i den oprindelige grundmodel, oplever patienten, at det giver mening at arbejde på denne måde. *Når nu det har givet dig sådan en lettelse at snakke tingene igennem med din søster, og du samtidig følte, at du havde lidt færre smerter, hvad tror du, det betyder for din sygdom?* Samtidig vil både lægen og patienten efterhånden få øje på et mønster af kognitive forvrængninger og uhensigtsmæssige handlinger: *Det lykkedes dig at nyde filmen i biografen trods dine*

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/  
gener/føleser                      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                      Værest tænkelige  
smerte/gener/følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor eller lignende.*

	Mandag dato: 08.01.07	dag dato:	dag dato:	dag dato:	Fredag dato:	Lørdag dato: 06.01.07	Søndag dato: 07.01.07
For- middag	til læge med børnene – »bare virus«! indkøb 8					alene med børnene indkøb 5	står sent op ligger i sengen med varmepude børnene ser tv 9
Efter- middag	osv.				overar- bejde ægtefæl- len henter børnene 5	begge børn syge (feber, opkast) rengøring 6	ægtefællen ringer, bliver forsinket forberede aftens- maden 8
Aften					aftensmad ser film 4	telefon- samtale med min søster går tidligt i seng 9	putte børn aflyse arbejdet i morgen 8
Nat					sover nogen- lunde	op mange gange for at se til børnene 10	mand kommer kl. 23.00 kan ikke sove 9

Fig. 5. Ugeregistreringsskema.

*mavesmerter, og du kunne faktisk glemme at tænke på, om du nu igen måtte melde dig syg næste morgen. Er der andre situationer, hvor det ville være en hjælp ikke at spekulere over konsekvensen af dine symptomer?*

En vigtig forskel i behandling af patienter med (komorbid) helbredsangst skal nævnes: Her er det umiddelbart mere

ligetil at arbejde med de automatiske tanker, idet de opleves ubehagelige af patienten, og det er tankerne i sig selv, der belaster patienten. Ved somatiseringstilstande er det mere typisk, at patienterne mener, at de tænker, føler og handler fuldstændig adækvat, deres symptomer taget i betragtning. Hvor den syg-

domsbekymrede patient i lang tid kan være skeptisk, om det nu er rigtigt, at han ikke har kræft, men gerne medgiver, hvor belastende tanken er, er den somatiserende patient mere i tvivl, om ikke hendes tanker og handlinger er fuldstændig naturlige og meningsfulde, og om det kan ændre noget som helst ved symptomerne at tænke og handle anderledes: *Jeg holder nu flere pauser på arbejde og afbryder tankerne, når jeg begynder at spekulere over symptomerne, men mine rygsmarter er ligesådan, som da jeg begyndte i terapien. Det kan godt være, at jeg er blevet mere afslappet, men det hjælper altså ikke på smerterne.* Her hjælper det dels at se på symptomregistreringen (ofte er der alligevel en ubemærket tendens til bedring), dels at minde patienten om sygdommens varighed – og at det er urealistisk at forvente en hurtig ændring. Hvis bare patienten oplever, at det er blevet lidt nemmere at udholde smerterne, selvom deres styrke fornemmes uændret, skal de nok træde i baggrunden på længere sigt. Det tager tid at normalisere kroppens stressrespons og smertebearbejdningen i centralnervesystemet.

#### PROBLEMLØSNING

Hos mange patienter vil man ved at diskutere alternative handlingsmuligheder opleve, at deres evne til problemløsning er begrænset – enten generelt eller specielt ved forhold, der har med symptomregistrering at gøre. Derfor er det vigtigt at inddrage problemløsningsstrategier. Hvis det f.eks. viser sig, at patienten i ovennævnte eksempel ikke har mulighed for aflastning, idet hun ikke har råd til en barne pige og heller ingen nærmeste til at træde til, vil det være oplagt at hjælpe

patienten med at lære strategier til at løse sådanne problemer.

Samtidig har man nu fået øje på endnu en faktor, der kan bidrage til kronisk overbelastning, nemlig manglende muligheder for aflastning i dagligdagen (og muligvis generel mangel på støttende sociale relationer), og man kan med patienten overveje om dette skal tilføjes som et separat mål for terapien.

#### FOKUS PÅ SUNDHEDSADFÆRD

Dysfunktionel sundhedsadfærd ses tit hos patienter med somatiseringstilstand. Dette omfatter ikke kun hyppige henvendelser til læger og andre behandlere, men også ændret søvnmønster, uhensigtsmæssige kostvaner og mangel på regelmæssig motion. Disse faktorer er sjældent årsag til de funktionelle symptomer, men de bidrager til de patofysiologiske forandringer, som ses i forbindelse med kronificeringen. Herudover kan dysfunktionel sundhedsadfærd forstærke sygdomsfølelsen og sygdomsbekymringen.

Det er derfor vigtigt løbende at have fokus på henvendelser til (andre) læger og alternative behandlere, søvn, kost og motion. Lægen afdækker problemområder og dysfunktionelle tanker, hjælper patienten med at sætte realistiske og konkrete mål (f.eks. kostplan, indføre god søvnhygiejne) og evaluerer løbende, om patienten kommer videre. Især sidstnævnte har stor betydning. Det vil sjældent være nok bare at udlevere en brochure om sund kost eller at henvise til diætist.

Patienten kan måske ikke følge anbefalingerne pga. opblussen af symptomer på irriteret tyktarm. Så må anbefalingerne tilpasses patientens konkrete situation,

mens man holder fast i det overordnede mål: at patienten spiser regelmæssigt og varieret uanset sine gastrointestinale symptomer – de vil typisk mindskes, når først patienten har indøvet de nye kostvaner i nogle uger og samtidig har arbejdet med de øvrige elementer i terapien.

### Konklusion

Patienter med somatiseringstilstand eller funktionelle somatiske syndromer er svære, men ikke umulige at behandle, og den nyere forskning og kliniske erfaring giver anledning til optimisme. Mange af patienterne har hyppige henvendelser til den praktiserende læge. Brug af lægens ressourcer kan optimeres ved at ændre dagsorden fra en reaktiv tilgang med fokus på biomedicinsk udredning af patientens klager til en mere proaktiv håndtering, der kan suppleres med egentlige behandlingselementer. Der her beskrevne teknikker fra kognitiv adfærdsterapi kræver noget træning, men er ikke nødvendigvis tidskrævende, idet patienten sættes i gang med hjemmeopgaver og øvelser og læres op i selv at kunne håndtere sin sygdomsbekymring og mindske sine funktionelle symptomer. For at behandlingen kan lykkes, er en god og stabil læge-patient-relation væsentligt. Paradigmeskiftet i lægerollen med øget fokus på patientens sygdomsforståelse og en mere terapeutisk tilgang kan hjælpe til at opbygge og pleje denne relation.

### Videre læsning

Skemaer til brug i behandlingen lægges løbende ud på afdelingens hjemmeside: [www.sundhed.dk/info/ffl](http://www.sundhed.dk/info/ffl) => For fagfolk => Behandling i almen praksis

### LITTERATUR

1. Dalsgaard T. »If only I had been in a wheelchair«. An anthropological analysis of narratives of sufferers with medically unexplained symptoms. PhD thesis. 2005. The Research Clinic for Functional Disorders, Faculty of Health Sciences.
2. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903–10.
3. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 3–10.
4. Schröder A, Rehfeld E, Fink P. Udredning og behandling af funktionelle lidelser. *Lægen i Midten* 2006; 5: 9–13.
5. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936–9.
6. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 2007; 69: 30–9.
7. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Diagnostik og klassifikation af Medicinsk Uforklarede Symptomer i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2006; 84: 403–14.
8. Rosendal M, Hansen HS, Schröder A, Fink P. Medicinsk uforklarede symptomer og somatoforme tilstande. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2007; 947–58.
9. Kisely S, Simon G. An international study comparing the effect of medically explained and unexplained somatic symptoms on psychosocial outcome. *J Psychosom Res* 2006; 60: 125–30.
10. Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis: TERM-modellen. København: Månedsskriftet for Praktisk Lægegerning, 2003.
11. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes. *CNS.Spectr.* 2006; 11: 212–22.
12. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioural therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205–15.

13. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1512–8.
14. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F et al. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med* 2005; 67: 997–1005.
15. Fink P. Funktionelle Lidelser – fysiske symptomer og sygdomme uden kendt kropslig årsag. Psykiatrifondens Forlag, 2005.
16. Skerrett TN, Moss-Morris R. Fatigue and social impairment in multiple sclerosis: the role of patients' cognitive and behavioral responses to their symptoms. *J Psychosom Res* 2006; 61: 587–93.

### **Immunmodificerende behandling sænker blodsukker ved type 2-diabetes**

*N Engl J Med* 2007; 356: 1517–26

Når patienter med type 2-diabetes i 13 uger behandles med en interleukin-1-receptor-antagonist (et middel der med succes bruges ved behandling af leddegigt), sænkes HbA<sub>1c</sub> med 0,46. Virkningen skyldes sandsynligvis øget sekretion af insulin. (Man målte stigning i C-peptid og reduktion af proinsulin). Det er konklusioner i denne dansk-svejsiske undersøgelse. I undersøgelsen indgik 70 patienter, der var i behandling for type 2-diabetes. De blev randomiseret til placebo eller behandling med anakinra. I behandlingsgruppen var HbA<sub>1c</sub>, faste blodsukre og forholdet mellem proinsulin og insulin lavere, mens C-peptid-sekretionen var bedre. Der var ganske få bivirkninger, primært forbigående lokalreaktioner efter injektionen (17/34 patienter i behandlingsgruppen, ingen i placebogruppen). I konklusionen anbefaler forfatterne, at man skal lave studier med andre doser og af længere varighed for at fastslå, hvilken plads denne behandling kan få i diabetesbehandling.

*Referentens kommentar:* Diabetes er en hyppig sygdom med stor komorbiditet. Alle behandlinger, der kan forbedre behandlingen (og prognosen?), er velkomne. Det er dog vigtigt, at man foretager grundige analyser af langtidsvirkninger, inden de introduceres i den daglige praksis. YB