
Funksjonelle somatiske syndromer

REDAKSJONELT

LARS TANUM

Lars Tanum (f. 1956) er spesialist i psykiatri, og har siden 1991 vært tilknyttet psykosomatisk avdeling, Rikshospitalet, både som forskningsstipendiat og overlege.

Email: Lars.tanum@psykiatri.uio.no

Psykosomatisk avdeling

Rikshospitalet

0027 Oslo

Funksjonelle somatiske syndromer (somatoforme lidelser i ICD-10) opptrer hyppig i befolkningen og gir en betydelig sykelighet og funksjonsvikt hos dem som rammes. Vi har ikke eksakte tall for forekomsten av slike plager i Norge, men i England mener man at de utgjør mer enn 20 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis og mer enn 35 % av alle spesialistkonsultasjoner i somatisk medisin (1, 2). Somatoforme lidelser er hyppigere hos kvinner enn hos menn. Rapporter fra klinisk praksis indikerer at mindre enn en tredel av pasientene er menn (3). Somatoforme symptomer fra indre organer (somatoform autonom dysfunksjon) er den vanligste manifestasjon, med gastrointestinale plager på toppen av listen. Andre vanlige symptomer er kroniske idiopatiske smerter, kronisk tretthetssyndrom, hodepine, matvareintoleranse, brystsmerter og andre kardiale symptomer, svimmelhet, impotens og dyspareuni.

Funksjonelle somatiske syndromer har trolig vært en svøpe for menneskeheten siden tidenes morgen. Allerede i kinesiske skrifter fra 1300-tallet finner man medisinske utlegninger om plager fra muskulatur og fordøyelse hvor man satte symptomene inn i en psykosomatisk sammenheng. Også Hippokrates arbeidet med slike problemstillinger, og nedtegninger fra den tid (ca. år 460 f. Kr.) skildrer bl.a. tilstander man i dag vil klassifisere som fibromyalgiknende plager og kronisk tretthetssyndrom.

Det er således ingen klare holdepunkter for at funksjonelle somatiske syndromer er en følge av den industrielle revolusjon, vårt postmoderne samfunn eller vår vestlige livsstil. En tilsynelatende økt hyppighet av slike lidelser er blitt tatt til inntekt for et slikt syn. Det er imidlertid først i de senere år det er blitt gjort epidemiologiske studier, og man vet derfor lite om

forekomsten av slike tilstander i tidligere tider. Mulighetene til å søke medisinsk hjelp og økonomiske stønadsordninger har økt i takt med vår velstand, og kombinert med en stigende tendens til å se alle ”vondter” og plager som et helseproblem har dette gitt oss en økende grad av medikalisering og dermed økt synliggjøring av slike problemer.

Funksjonelle somatiske syndromer representerer ikke bare en stor medisinsk utfordring, men er også en betydelig post på vårt helsebudsjett. Pasientene gjennomgår ofte undersøkelser hos ulike spesialister eller blir hospitalisert før en somatoform diagnose stilles, og da ofte som en eksklusjonsdiagnose (4). Men også etter en slik somatisk utredning fortsetter disse pasientene å forbruke mer helsetjenester enn gjennomsnittet for befolkningen (5). En mulig forklaring på dette kan være at somatoforme lidelser ofte viser et fluktuerende forløp hvor spontan remisjon er sjeldent dersom tilstanden har vært konstant til stede i mer enn 12 måneder. Pasientene fortsetter således ofte å søke medisinsk hjelp selv om denne er av rent lindrende natur. En stor andel av pasientene søker også hjelp innenfor alternativ medisin.

I tillegg til å påføre pasienten konstant bekymring over egen helse gir slik lidelse også varierende grad av funksjonssvikt og uførhet. Pasienter med kronisk tretthetsyndrom rapporterer større grad av funksjonsnedsettelse enn pasienter med hjertesvikt (6), og pasienter med fibromyalgi større grad av smerte og fysiske plager enn pasienter med revmatiske lidelser (7).

Hvorfor har det så ikke vært mer oppmerksomhet omkring behandling av slike lidelser? Det kan være flere grunner til dette, bl.a. de negative holdninger folk flest har til funksjonelle somatiske syndromer. Pasienter med slike lidelser presser ofte på for å få gjort flere medisinske undersøkelser, til tross for at legen ikke har funnet noe somatisk galt. Videre kan de være skeptiske eller negative til å relatere sine plager til psykiatriske eller psykososiale forhold, selv når debut av plagene skjer i tilslutning til negative livshendelser eller psykososiale konflikter. Også legens usikkerhet omkring diagnosen, mangel på behandlingsstrategier samt syndromenes høye grad av kompleksitet spiller trolig en viktig rolle.

En vanskelig side ved funksjonelle somatiske syndromer er den betydelige grad av psykiatrisk komorbiditet. Prevalensen av psykiatriske plager og sykdommer hos pasienter som henvises til sykehus og poliklinikker med funksjonelle syndromer, er høyere enn hos pasienter med rene somatiske sykdommer (3). Angst og depresjon er vanlig hos denne pasientgruppen og kan være foranledningen til at man oppsøker lege. Hos pasienter med mer alvorlige funksjonelle syndromer finner man også ofte personlighetsmessige avvik, slik som trekk av unnnvikende/engstelig personlighet, borderlinepersonlighet eller betydelig nevrotisisme (”nevrotisk personlighet”) (8).

Hvordan skal man så i fremtiden fordele ansvar for oppfølging og behandling av slike pasienter? En viktig nøkkel er utvilsomt økt bevissthet og kunnskap hos legen samt økt bruk av tverrfaglig tilnærming til problemene. Pasientene blir ofte vurdert av somatisk spesialist som ledd i utredningen. Det blir derfor viktig at spesialistene spiller en mer aktiv rolle enn tidligere og ikke bare melder tilbake til allmennlegen at man ”ikke fant noe sikkert patologisk”. Man bør

videre vurdere å opprette stillinger ved alle sentralsykehus øremerket psykosomatisk-medisinsk kompetanse. Slik kan man øke mulighetene for å løse pasientens problemer før disse blir kroniske.

Psykiatrien har holdt en relativ lav profil i denne sammenheng. Forklaringen kan være at også spesialister i psykiatri mangler kompetanse innenfor psykosomatisk medisin, selv om de i utgangspunktet burde ha gode forutsetninger for å mestre denne type oppgaver. Dessuten har psykiatrien mange steder i landet liten eller ingen ledig kapasitet til å ta på seg en så komplisert pasientgruppe. En økt satsing på dette feltet vil koste penger, men man vil trolig spare i neste omgang. Et stort antall pasienter vil også kunne bli brakt ut av sin sykerolle og bli kvitt sine lidelser.

LITTERATUR

1. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42: 245 – 53.
2. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J R Coll Physicians* 1996; 30: 18 – 21.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
4. Fink P. The use of hospitalization by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992; 22: 173 – 80.
5. Peveler R. Understanding medically unexplained physical symptoms: faster progress in the next century than in this? *J Psychosom Res* 1998; 45: 93 – 7.
6. Komaroff A, Fagiolo L, Doolittle T, Gandek B, Gleit MA, Guerroiro RT et al. Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. *Am J Med* 1996; 101: 281 – 90.
7. Mengshoel AM, Førre Ø. Pain and fatigue in patients with rheumatic disorders. *Clin Rheumatol* 1993; 12: 515 – 22.
8. Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosomatic Res* 1995; 39: 403 – 27.

Publisert: 10. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.