
Effektiviteten av behandling av psykosomatiska sjukdomar

ULRIK FR. MALT

I översikten ligger tyngdpunkten på effektiviteten av behandlingen av somatoforma störningar och medicinskt oförklarade symptom. De kliniska prövningarnas antal är begränsat, och de är behäftade med svagheter. En majoritet av patienterna har psykiatrisk samsjuklighet. Behandlingseffekten visar sig i själva verket oftare som minskad samsjuklighet än som effekt på den egentliga psykosomatiska störningen.

Otillräckliga data tyder på att psykoterapi eventuellt har bättre effekt än psykofarmakologisk behandling. Av psykoterapiformerna är kognitiv beteendeterapi den bäst utvärderade.

Identifieringen av samsjuklighet är viktigt i behandlingen av psykosomatiska sjukdomar. Nya genetiska rön kan ändra på klassificeringen av psykosomatiska sjukdomar och öppna dörren för mera skraddarsydda behandlingar.

INLEDNING

En översikt över behandlingen av psykosomatiska sjukdomar är beroende av hur "psykosomatisk" sjukdom definieras. Många olika definitioner används i litteraturen. Den bredaste definitionen utgår från att inbegripa biologiska, psykologiska, miljömässiga och kulturella synsätt vid studiet av medicinska sjukdomar. Denna holistiska definition innebär att alla sjukdomar är psykosomatiska. Trots att definitionen i viss mån är riktig, anses den inte vara relevant när man diskuterar evidensbaserad behandling av "psykosomatiska sjukdomar".

En snävare definition baserar sig på sjukdomsklassificeringarna ICD-10 och DSM-IV. Om man följer dessa riktlinjer, kan de psykosomatiska sjukdomarna anses omfatta somatoforma störningar, t.ex. somatiseringsyndrom, hypokondri, dysmorfofobi, somatoforma autonoma dysfunktioner, så som funktionella tarmbesvär (kolon irritabile), samt somatoforma smärtsyndrom. Definitionen omfattar inte ett antal syndrom som ofta antas ha samband med psykologisk vånda, så som fibromyalgi och kroniskt trötthetsyndrom.

Medicinskt oförklarade ("medically unexplained") symptom är ett begrepp som ofta

används av brittiskt influerade forskare. Denna definition omfattar somatiska yttringar av psykiatriska störningar samt många av de syndrom som här har räknats upp. Vissa somatoforma och konversionsstörningar (dissociativa) utesluts dock ur denna definition.

Begreppet "psykosomatiska sjukdomar" används också för att beskriva sjukdomar som orsakas av psykologiska konflikter eller vånda och som leder till vävnadsskada. Denna definition motsvaras av psykoanalytikernas tidigare försök att identifiera "verkliga" psykosomatiska sjukdomar så som bronkialastma och hypertyreos. I dag ifrågasätter man om detta begrepp är berättigat, och det kommer inte att användas här.

FÖRFATTAREN

Ulrik Fr. Malt är professor vid Institutt for psykiatri, Universitet i Oslo och överläkare vid psykosomatiska avdelningen på Rikshospitalet i Oslo. Han bedriver forskning inom psykosomatik och psykofarmakologi och är första författare av norska Lærebok i psykiatri.

En speciell tysk definition av "psykosomatisk" måste nämnas. I denna tradition definieras psykosomatisk medicin helt enkelt som psykoterapi. Många tyska läroböcker i "psykosomatisk medicin" är de facto vanliga psykiatriska läroböcker i icke-psykotiska ("neurotiska") sjukdomar, med kraftig tonvikt på psykologiska och psykoterapeutiska aspekter (1). Den definitionen används inte i denna översikt.

Definitionsfrågan kompliceras för närvarande ytterligare av American Medical Associations beslut att använda benämningen "psychosomatic medicine" för en ny subspecialitet som omfattar konsultationspsykiatri eller psykiatri för medicinskt sjuka. Enligt den definitionen borde psykologisk och psykiatrisk behandling av alla medicinska sjukdomar tas med i en behandlingsöversikt, och definitionen är således för omfattande för att vara meningsfull i denna översikt.

I följande översikt kommer tyngdpunkten därför att ligga på effektiviteten av behandlingen av medicinskt oförklarade syndrom och somatoforma störningar, bortsett från smärtsyndrom (men inklusive fibromyalgi).

METODER

Effekten av behandlingar kan utvärderas med flera metoder, från metaanalys av strikt kontrollerade randomiserade prövningar till systematiska kvalitativa analyser av fallbeskrivningsstudier. I denna översikt är den viktigaste informationskällan databaser som Clinical evidence (2), Cochrane Library of Systematic Reviews (3), American College of Physicians (ACP) Journal club (4); Evidence-Based Mental Health (5) och databasen TRIP+ (6) samt Medline. Avsaknad av evidens som beror på att undersökningar saknas, innebär dock inte bevis för ineffektivitet. Därför ingår klinisk praktik och erfarenhet i denna översikt.

RESULTAT

Bortsett från undersökningar av smärtbehandling, är antalet randomiserade kliniska prövningar vid somatoforma störningar och medicinskt oförklarade symptom mycket begränsat. Prövningarnas värde begränsas också av att den diagnostiska genomgången är otillräcklig (t.ex. hjärndysfunktion), och den statistiska styrkan är låg. Ett annat problem är att man inte särskiljer de resultat som förklaras av behandlingseffekten på samsjukligheten med psykiatriska störningar (t.ex. depression).

Både psykiatrisk och somatisk komorbiditet är regel hos patienter med somatoforma störningar och medicinskt oförklarade syndrom, och data visar klart att patienter med somatiska störningar och depression blir bättre då de behandlas med antidepressiva läkemedel jämfört med placebo (oddskvot 0,37; 95 % konfidensintervall 0,27-0,51).

Liknade resultat har rapporterats från studier av medicinskt oförklarade syndrom. När patienter med komorbida psykiatriska störningar utesluts ur analysen, försvinner ofta effekten av psykofarmakologisk behandling jämfört med kontroller. Sålunda hade SSRI-läkemedlet paroxetin ingen inverkan på utmattning hos icke-deprimerade patienter, och antidepressiva läkemedel hjälper inte patienter som lider av kronisk smärta i nedre delen av ryggen men inte samtidigt har symptom på depression. Bland fibromyalgipatienter är paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom och dystymi vanliga. Många effektiva behandlingar för fibromyalgi behandlar i själva verket denna psykiatriska samsjuklighet.

Liknande metodologiska problem gör det svårt att bedöma resultaten av psykoterapeutiska interventioner vid somatoforma störningar och medicinskt oförklarade syndrom. Dessutom är förbättringen i effektstorlek måttfull (cirka 0,5) om man jämför med kontrolltillstånd. Denna effektstorlek är inte större än den man ser vid läkemedelsprövningar (t.ex. 7).

De flesta kliniska prövningarna av psykoterapi har tillämpat kognitiv beteendeterapi. Det finns dock ingen övertygande evidens för att en viss psykoterapiform skulle vara bättre än en annan, vilket också har konstaterats beträffande psykoterapi för depression. Det man nu vet tyder i själva verket på att ett systematiskt tillvägagångssätt, som erbjuder någon form av emotionell lindring och emotionellt stöd förenat med psykoedukation och problemlösning, är den optimala behandlingen för de flesta patienterna.

De otillräckliga data som tyder på att psykoterapi har bättre effekt än psykofarmakologisk behandling har lett till ökad fokusering på hälsorelaterade kostnader. Till exempel har en studie om funktionella tarmbesvär visat att psykoterapi och SSRI-medel hade liknande effekt och liknande inverkan på hälsorelaterad livskvalitet. Vid uppföljning under ett år var dock psykoterapi, men inte paroxetin, förknippad med den största minskningen i hälsorelaterade kostnader jämfört med sedvanlig behandling (psykoterapi 976 \$ [SD

984 \$]; paroxetin 1252 \$ [SD 1616 \$]; och sedvanlig behandling 1663 \$ [SD 3177 \$] (7). Det fanns dock allmänt taget inte tillräckligt med data för att man skulle kunna dra någon bestämd slutsats om den ena behandlingens hälsorelaterade kostnader jämfört med den andras.

KOMMENTARER

Det är mycket svårt att dra några allmänna slutsatser om effektiviteten av behandling av "rena" somatoforma störningar och medicinskt oförklarade symtom. Allmänt taget svarar psykosomatiska sjukdomar associerade med psykiatrisk samsjuklighet; stress och vissa behandlingsbara dysfunktioner i hjärnan bäst på behandling, vare sig den är psykofarmakologisk eller psykoterapeutisk. Därför måste klinikerns främsta uppgift vara att upptäcka sådana störningar hos alla patienter med "psykosomatiska symtom" och ge ändamålsenlig behandling, om sådan finns. Detta innebär att behandlingen av psykosomatiska sjukdomar till dags dato inte kan vara helt evidensbaserad. Klinisk erfarenhet och omdöme är fortfarande nyckeln till lyckad behandling.

Under de senaste åren har stressrelaterade förändringar i den alternativa splitsningen av gener påvisat hur fysisk och psykisk (psykosomatisk) stress hos människor modulerar aktivitetsberoende genuttryck, proteinuppbyggnad, fysiologisk funktion och psykologisk erfarenhet. Detta öppnar ett nytt område för forskning inom psykosomatisk behandling, där man kombinerar psykologiska, sociala och neurobiologiska perspektiv. Detta kräver dock en längre gående utvärdering än enbart

diagnostisk beskrivning. Det är osannolikt att det nuvarande sättet att välja patienter för randomiserade kliniska prövningar (t.ex. DSM-IV- eller ICD-10-diagnoser) kommer att visa sig vara ett fruktbart sätt att förbättra behandlingen av psykosomatiska sjukdomar i framtiden.

Framtidens behandlingar av psykosomatiska sjukdomar utan psykiatrisk samsjuklighet borde vara mera "skräddarsytt" inriktade på dysfunktionella personlighetsdrag, nyckelsymtom och illa anpassade beteenden. Funktionell genomik borde beaktas i dessa behandlingsbeslut. I enlighet med detta borde psykofarmakologisk behandling av psykosomatiska sjukdomar i större utsträckning baseras på kunskap om läkemedlets farmakodynamiska egenskaper (t.ex. receptorprofil och andra molekylära effekter).

PROFESSOR ULRIK FR. MALT
PSYKOSOMATISKA AVDELNINGEN, RIKSHOSPITALET,
UNIVERSITETET I OSLO, OSLO, NORGE
ulrik.fredrik.malt@rikshospitalet.no

REFERENSER

1. Malt UF. German Psychosomatic Medicine: An international perspective. I Diefenbacher A (Red.) Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. *Adv Psychosom Med* 2004; 26: 1-7
2. www.clinicalevidence.com
3. www.cochrane.org
4. www.acpjg.org
5. www.bmj.com/template.cfm?name=specjou_mh
6. www.tripdatabase.com
7. Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2005; 124:303-17.