

I serien om placebo er vi nået til den fjerde artikel. Den handler om symptomer og funktionel lidelse. Patienten går til lægen med et symptom, som kan være alt fra et fredeligt, forbigående fænomen, til en veldefineret medicinsk sygdom, der skal udredes, eller en tilstand, der trods manglende biomedicinske fund har risiko for at blive langvarig og alvorlig.

Alle har symptomer

– nogle får funktionelle lidelser

● Af Marianne Rosendal



Kontakt

m.rosendal@ph.au.dk

Biografi

Speciallæge i almen medicin og tidligere praktiserende læge i Vejle

Ph.d. i 2004. Nu seniorforsker ved FE almen praksis i Aarhus
Har arbejdet med emnet siden 1999

RESUME: Det er almindeligt at opleve signaler fra kroppen, og disse signaler bearbejdes løbende i centralnervesystemet. Hos nogle opstår der ændringer i symptommoduleringen, således at symptomerne i sig selv bliver invaliderende (funktionel lidelse). Funktionelle lidelser er multifaktorielt betinget, og i artiklen beskrives en række forhold hos patienten, som i praksis kan anvendes som risikoindikatorer, fx det at have mange samtidige symptomer. Almen praksis kan bidrage både negativt og positivt til den symptommodulerende proces alt afhængig af, om vi bidrager til bekymring og sygeliggørelse (nocebo) eller hjælper patienten til at forstå og mestre symptomerne ("the doctor drug").

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Det er et almindeligt fænomen, at man oplever signaler fra sin krop. I fagsprog taler vi om sensationer, som først bliver til symptomer, når vi fortolker signalerne som mulige tegn på sygdom – og måske derfor vælger at kontakte almen praksis. I lægmandssprog bruger folk imidlertid betegnelsen symptomer i bred forstand, dvs. både om sensationer, banale symptomer og om symptomer på potentiel sygdom, fx smerter i ryggen, utilpashed, svimmelhed, hovedpine osv. Det mest almindelige er, at disse symptomer kommer og går, men det sker hos nogle, at de pludselig bliver langvarige og måske kroniske, som vi fx ser det hos patienter med kroniske smertetilstande og funktionelle lidelser. Hvordan kan det være? Og hvordan kan vi som praktiserende læger blive mere opmærksomme på at intervenere på et tidligt tidspunkt, inden symptomer udvikler sig til kroniske og invaliderende tilstande?



Mange symptomer og lang varighed øger sandsynligheden for en dårlig prognose.



I de senere år er der tilkommet stor klinisk og forskningsmæssig interesse for de processer, der fører til, at sensationer bliver til (bevidste) symptomer. Bl.a. forskningen i placebo-fænomener har, som det tidligere er beskrevet i artikler her i Månedsskriftet, påvist, at tidspunktet for og styrken af patientens tolkningsproces bl.a. påvirkes af det såkaldte "doctor drug", dvs. placebo-faktorer leveret af lægen under konsultationen (1). Denne artikel vil efter en kort introduktion til symptomers epidemiologi se på de faktorer, man i dag mener spiller en vigtig rolle ved udviklingen af langvarige symptomer og i værste fald en funktionel lidelse. Denne viden er afgørende for, hvordan vi som praktiserende læger kan gøre en forskel og understøtte en "helbredende" symptommodulering hos patienten, der strækker sig ud over den velkendte biomedicinske, typisk i form af medikamina. Det at kunne hjælpe patienten med at mestre symptomer er en almenmedicinsk kernekompetence. Som Jens Hilden skrev i februar i Månedsskriftet: "Kernen i faget er evnen til at høre, hvad symptomet betyder for den enkelte patient, og sammen med patienten finde en løsning på symptomet, herunder hvad sundhedsvæsenet kan bidrage med" (2).

Generelt om symptomer

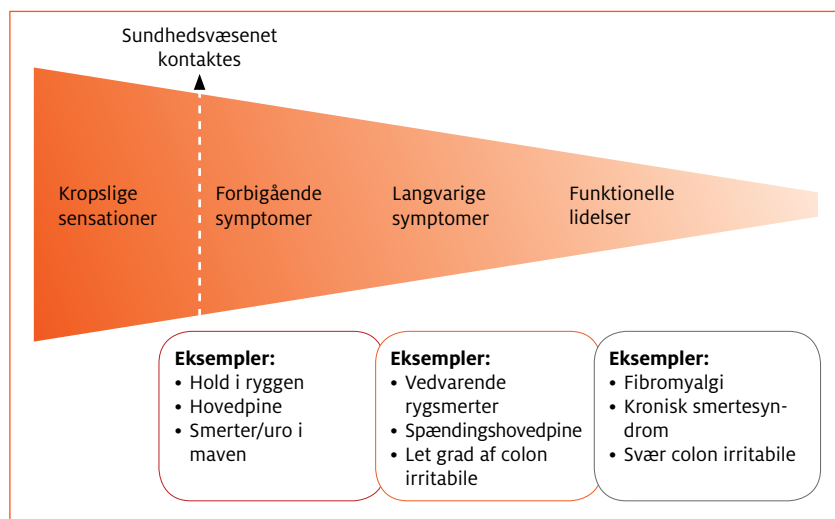
Når man spørger til en række symptomer i den danske befolkning, vil hele 90 % have haft et eller flere inden for de seneste 4 uger, og 40 % af dem med symptomer har søgt læge. De danske undersøgelser adskiller sig ikke fra flere andre europæiske undersøgelser; men det er interessant, at også undersøgelser af masaiere viser en høj forekomst af symptomer, fx har de flere muskuloskeletale og gastrointestinale klager sammenlignet med nordmænd (3). Det ser således ud til at være et grundlæggende fænomen, at kroppen løbende rapporterer signaler ind til centralnervesystemet, hvorefter disse signaler bearbejdes på forskellig vis.

Da praksis som sundhedsvæsenets frontlinje har kontakt til det meste af befolkningen, ser man ikke overraskende et tilsvarende mønster iblandt patienterne her. De fleste patienter henvender sig således med symptomer, og en stor del afsluttes også med symptomer. Det viser en undersøgelse fra 2008 blandt knap 400 praktiserende læger i Region Midt (Kontakt- Og Sygdomsmønsterundersøgelsen, KOS), hvor 1/3 af konsultationer vedrørende helbredsproblemer eller 1/4 af alle konsultationer blev afsluttet med en symptomdiagnose, dvs. at lægen ikke umiddelbart kunne forbinde patienternes symptomer med en specifik sygdom (4).

Mere interessant er det måske, hvordan disse symptomer forløber, når først patienten har henvendt sig til almen praksis. Hvis vi som eksempel ser på en patient med ryg smerter, hvornår kan vi så forvente, at disse smerter hører til blandt de mange "almindelige" signaler, vi alle får fra kroppen? Hvem har ikke mærket noget til sin ryg inden for de sidste uger? Og hvornår er disse smerter tegn på velbeskrevet biomedicinsk sygdom, som skal diagnosticeres og behandles hurtigst muligt – fx knoglemetastase, aortaaneurisme eller diskusprolaps? Og måske det mest vanskelige, hvornår er der risiko for, at disse ryg smerter gradvist forværres på trods af, at der ikke ligger en veldefineret patologi til grund for smerterne? Symptomer udgør et kontinuert spektrum, hvor vi som praktiserende læger skal kunne spotte de patienter, der er i eller – endnu vigtigere – er på vej imod alvorlige tilstande. I figur 1 ses en illustration af dette spektrum, når patienten har symptomer, der ikke umiddelbart opfylder kriterier for veldefinerede somatiske eller psykiatriske diagnoser.

Figur 1 /

Symptomer udgør et kontinuert spektrum, her illustreret i relation til symptomer, der ikke indgår i velbeskrevne somatiske eller psykiske sygdomme.



Kun få studier har taget udgangspunkt i patienter med uselektrede symptomer og fulgt dem over længere tid. Disse studier har vist, at ca. 80 % af patienterne oplevede symptombedring, men også at kun 56 % var symptomfri efter 5 år. Det er således almindeligt, at symptomer veksler over tid, men også at patienterne kan blive ved med at have deres symptomer i en eller anden grad, når man følger dem i lang tid. Størstedelen af disse symptomer forbliver symptomer og udvikler sig

IKKE til veldefineret somatisk sygdom. Således fandt man i et amerikansk studie, at 75 % af de hyppigst forekommende symptomer i primærsektoren ikke var forbundet med patologiske fund efter 3 års opfølgning. Disse fund understreger vigtigheden af, at almen praksis kan håndtere udredning og behandling af symptomer som fænomener i sig selv – og ikke blot som led i diagnosticeret sygdom.

Hvornår er der risiko for, at symptomer bliver til sygdom?

Man har fundet en række generiske forhold, som ser ud til at hænge sammen med, at symptomer varer ved og måske forværres og giver anledning til nedsat funktion, fysisk, mentalt og/eller arbejdsmæssigt. Disse forhold gør sig i vidt omfang gældende, uanset om man ser på medicinsk uforklarede symptomer eller symptomer som led i velbeskrevet biomedicinsk sygdom. Det drejer sig især om forhold ved selve symptomatologien. Her er en af de vigtigste parametre, at der er flere



samtidige symptomer, men også lang varighed og høj symptomintensitet øger sandsynligheden for en dårlig prognose. I flere internationale studier har man således fundet en tydelig sammenhæng mellem antal symptomer på den ene side og antal konsultationer i løbet af en måned samt helbredsstatus efter 6 måneder på den anden. Det er bemærkelsesværdigt, at denne sammenhæng var identisk hos patienter med fysisk sygdom og patienter med medicinsk uforklarede symptomer (5). Et dansk studie har i øvrigt vist, at patienter med blot 3 (eller flere) forskellige symptomer, der gav anledning til lægesøgning eller påvirket funktionsevne, var forbundet med en øget risiko for langvarig sygemelding og førtidspension (6).

Ud over symptomkarakteristika er der en række faktorer relateret til patienten i øvrigt, som ser ud til at modulere symptomoplevelsen og prædiktere dårlige forløb. Det drejer sig blandt andet om psykologiske karakteristika som sygdomsopfattelse, sygdomsbekymring og mestring. Hos patienter, der allerede har mange symptomer, finder man desuden, at samtidig fysisk sygdom, depression og/eller angst også øger risikoen for dårlige forløb. Endelig har ældre patienter, patienter med kort uddannelse og alene-boende patienter en øget risiko for at få langvarige forløb. Der er således en række forskellige faktorer relateret til patienten, som vi i praksis kan være opmærksomme på, når en patient henvender sig med symptomer – såvel banale symptomer som symptomer, der allerede har stået på igennem længere tid (se figur 2).

Figur 2 /

Individrelaterede indikatorer for dårlige forløb i form af vedvarende symptomer og dårlig livskvalitet.



Ud over de nævnte generelle forhold findes der naturligvis forskellige specifikke forhold, afhængigt af hvilket symptom patienten henvender sig med. Hvis vi fx vender tilbage til rygsmerterne, vil positiv Lasègues prøve, dunkømhed på ryghvirvler osv., indikere risiko for patologiske forhold. Sådanne specifikke tegn benævner vi også alarmsymptomer eller "røde flag", mens de nævnte generelle indikatorer benævnes "gule flag". Det er en af vores vigtigste opgaver at sikre hurtig diagnostik af alvorlig somatisk sygdom. Her bruges især de røde flag i vurderingen af patientens prognose og sundhedsvæsenets håndtering af det videre forløb. Ved også at inddrage de gule flag allerede fra første konsultation vil vi imidlertid kunne tage en mere helhedsorienteret tilgang til behandling af patienten – hvori udredning for somatisk sygdom blot er én ud af flere samtidige strategier. På den måde undgår vi at bidrage til (og kan måske være med til at forebygge) en negativ påvirkning af symptomoplevelsen.

Ud over de nævnte faktorer hos patienten er der en række andre forhold, som også spiller ind på prognose og evt. udvikling af langvarige symptomer. Som det er omtalt tidligere i denne artikelserie, kan sundhedsvæsenets og behandleres interaktion med patienten påvirke patientens symptomoplevelse positivt (placebo) eller negativt (nocebo) (1). Dette bliver særlig tydeligt hos patienter med funktionelle lidelser og omtales derfor i det følgende afsnit, som udelukkende handler om



Sundhedsvæsenets og behandleres interaktion med patienten kan påvirke patientens symptomoplevelse positivt (placebo) eller negativt (nocebo).

symptomer, hvor man efter diagnostisk afklaring ikke har kunnet finde organisk patologi.

Fra symptomer til en funktionel lidelse

I de mange tilfælde, hvor patienten har vedvarende symptomer, der forårsager væsentlig funktionsevnepåvirkning, på trods af at der ikke er fundet en umiddelbar organisk forklaring, taler vi om funktionelle lidelser som en sygdomskategori.

Man opfatter i dag funktionel lidelse som en (reversibel) sygdom i nervesystemet. Hypotesen er, at der er gået noget skævt både i de perifere og de centrale neurofysiologiske mekanismer, og at der derfor opstår en ubalance i de systemer, der normalt regulerer perifere signalers vej til såvel det præperceptive niveau i centralnervesystemet som det bevidste niveau. Der sker samtidig en ændring i styringen også den anden vej, således at patienterne desuden kan have en øget symptomproduktion (7).

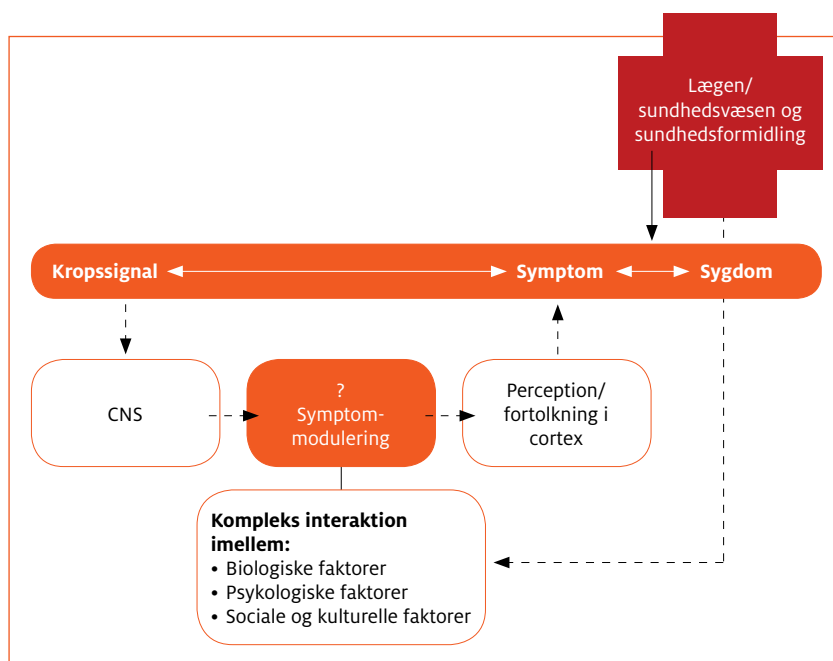
Det "raske" menneske har en meget præcis og hårfin balance imellem vigtig information om mulig skadevirkning (smertetransmission) og nedtoning af irrelevante signaler (inhibering af smertestimuli). De signaler, der når igennem til cerebrum, udsættes yderligere for en kompleks processering, inden de kommer til personens bevidsthed og udsættes for fortolkning (se eksempel i boks 1). Denne sortering af signaler på forskellige niveauer foregår automatisk og hele tiden.

Boks 1: Eksempel på hjernens sortering i sensoriske input

Jeg løber rundt med bare fødder i græsset og spiller fodbold med børnene. Min bevidsthed er på bolden, og der er stort set ingen registrering af, at mine fødder rører græsset, noget jord eller grus. Fødderne tilpasser sig helt automatisk underlaget, lige indtil ... av ... der var noget, der stak. Lynhurtigt – næsten inden foden har ramt jorden, og inden hjernen har tænkt en tanke – trækkes foden væk igen. Først da jeg står på et ben, tænker jeg: Hvad var nu det? Den har jeg mødt før – det var vist en tidsel – ja, siger øjnene – og jeg kan mærke alt i min fodsål.

Hos patienter med mange symptomer mener man, at dette meget komplekse system ændrer sig, og at man skal se symptomerne som multifaktorielt betinget. Symptomerne kan beskrives som et output, der afspejler hjernens kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer (8) (figur 3) og kan ikke alene opfattes som tegn på en simpel skade på kroppen eller en perifer patologisk proces.

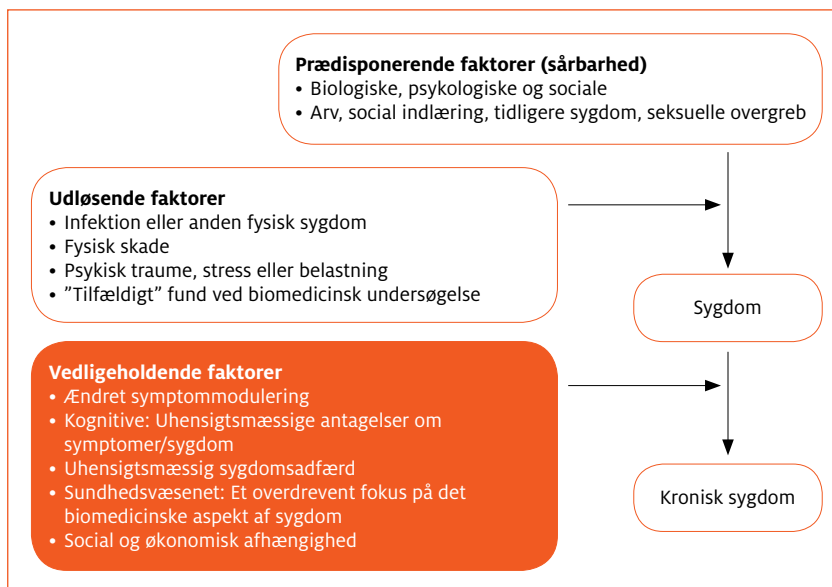
Figur 3 /
Fra sensation til
symptom (og sygdom).



Vores kendskab til de konkrete processer i nervesystemet bygger primært på undersøgelser af patienter med svære funktionelle lidelser, og selv om vores viden øges betydeligt i disse år, er den endnu i vidt omfang begrænset til at være hypotese-genererende. Aktuelt omtaler man funktionelle lidelser som "Central sensitivity syndromes" eller "hyper-arousal"-tilstande. På dansk kalder vi det "kropslig stresstilstand" eller siger, at kroppen er i et vedvarende alarmberedskab. I denne CNS-hypersensibilisering indgår ændringer i funktionen af det autonome nervesystem, i hypothalamus-hypofyse-binyre-akse og i immunsystemet. Der sker desuden en hyperexcitabilitet af CNS med central forstærkning af perifere signaler, og signaler i cerebrum breder sig ud i nye områder, hvilket ikke ses hos raske individer. Endelig sker der også en ændret symptomperception, dvs. en ændring i fortolkning på det bevidste niveau, som virker tilbage på de øvrige processer.

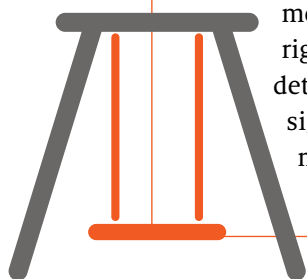
På baggrund af vores aktuelle viden om øget CNS-sensitivitet kombineret med evidens fra epidemiologiske studier er der lavet en model for, hvordan de forskellige risikoforhold spiller ind ved udvikling af en funktionel lidelse (figur 4) (9, 10). Patientens sårbarhed (fx genetisk betinget funktion af CNS eller sygdomsadfærd indlært som barn (boks 2)) har vi som læger sjældent indflydelse på. Det samme gælder mange af de udløsende faktorer (fx trafikuheldet, der udløser whiplash, eller den infektion, der går forud for irriterabel tyktarm eller kronisk træthedssyndrom). Dog kan tilfældige fund ved fx blodprøvetagning eller endoskopier give anledning til sygdomsbekymring og måske igangsætte en CNS-hypersensibilisering (nocebo-effekt).

Figur 4 /
Funktionelle lidelser
er multifaktorielt
betinget.



Boks 2: Eksempel på forskellig indlæring af adfærd

På legepladsen leger to 5-årige børn. De er fætre og er med bedstemor i parken. Den ene falder og slår knæet i jorden. Der kommer en ubetydeligt skade, men faldet ledsages af langvarig og intensiv gråd. Han vil hjem for at få mor til at se på det. Det andet barn siger: "Min mor siger, at man bare skal sige pyt og så skynde sig at gøre noget andet, for så mærker man det ikke så meget".



Det er vigtigt fra første færd at tage en parallel tilgang til på den ene side det biomedicinske aspekt og på den anden side de psykosociale aspekter.

Det er de vedligeholdende faktorer, vi som praktiserende læger skal være opmærksomme på. Dem kan vi påvirke både i positiv og negativ retning. De beskrevne ændringer i de sygdomsmodulerende processer menes i vidt omfang at være reversible. Såvel disse som patientens kognitive antagelser og evt. sygdomsadfærd er således tilgængelig for terapi i almen praksis. Almen praksis er den del af sundhedsvæsenet, som evner at favne det bio-psykosociale perspektiv på patientens problemstilling og symptomer, og det er derfor her, vi kan tage den multifaktorielle tilgang til patientens behandling, som er nødvendig i forhold til symptomer helt generelt.

Hvordan almen praksis kan intervenere

Uanset symptomers genese er det afgørende, at vi i almen praksis tager en bred tilgang til udredning og behandling frem for en snæver biomedicinsk tilgang. Det kan være svært at nå omkring de mange faktorer i løbet af en enkelt konsultation, men selvom tiden er begrænset, er det vigtigt fra første færd at tage en parallel tilgang til på den ene side det biomedicinske aspekt med evt. sygdomsspecifik udredning og behandling – og på den anden side de psykosociale aspekter hos netop denne patient (10). Nogle kalder det at ride på to heste, og det er uden tvivl en kunst; andre taler om at gå på to ben frem for kun at stå på det ene (=det biomedicinske), for så står man mere sikkert. Og det er netop her, det ofte går skævt hos patienter med langvarige symptomer eller funktionelle lidelser. Lægen har kun tænkt i biomedicinsk udredning, og først når alle undersøgelser viser sig at være normale og evt. medicinske (eller kirurgiske) behandlingsforsøg har slået fejl, begynder han/hun at bringe psykologiske og sociale forhold på banen. Ikke sjældent resulterer det i, at patienten ikke føler sig forstået eller taget alvorligt – og i værste fald mistroet eller helt afvist. Hos patienter med velkendt somatisk sygdom oplever vi ikke den samme udfordring, men også her er det relevant at drøfte andre forhold med patienten end de rent biomedicinske. Det er i sidste ende patienten, der skal mestre sine symptomer og situation, uanset hvad årsagen er. Vi kan hjælpe patienten godt på vej (eller det modsatte), og her er der en række generelle forhold, vi kan være opmærksomme på, uanset symptomernes genese.

Det vigtigste udgangspunkt for mestring er patientens sygdomsforståelse. Sygdomsforståelse er afgørende for, hvilke tanker, herunder bekymringer, patienten gør sig, og dermed også afgørende for, hvordan patienten



handler på sine symptomer. Tænker patienten fx at pludselige smerter i ryggen skyldes en diskusprolaps, og at han i så fald skal være sengeliggende i uger, måske måneder, og passe på ikke at belaste ryggen for at undgå at blive invalideret – som han har hørt, det skete for en kollega?

Patientens sygdomsforståelse kan beskrives ved 5 forhold:

1. Den betegnelse, patienten bruger, og de symptomer, som patienter tilskriver en given sygdom (i eksemplet: diskusprolaps).
2. De årsager, patienten tænker indvirker på sygdommen – og vær opmærksom på, at patienter som regel gør sig tanker om flere årsager (i eksemplet: en fysisk sygdom, der kom ud af det blå).
3. Hvor længe patienten forestiller sig, symptomerne vil stå på (i eksemplet: måneder og er bange for, at det kan blive kronisk).
4. De mulige konsekvenser, patienten forestiller sig, at symptomerne vil have (i eksemplet: langvarig sygemelding og mulig invaliditet).
5. Om patienten selv oplever at have indflydelse på sine symptomer (i eksemplet: Måske hjælper det at ligge i sengen, men ellers kan man ikke stille meget op).

Som praktiserende læger ser vi som nævnt mange patienter med forbigående symptomer, og vi forledes derfor let til blot at fortælle, at symptomerne er banale og vil gå over eller måske endda sige til patienten, at "du fejler ikke noget" eller "der er ingenting i vejen med din ryg". Det er vores viden og verden, men patienten kan, som i eksemplet, komme med en ganske anderledes forståelse. Det er helt på sin plads at normalisere symptomer hos patienter uden risikotegn, men den skal tage udgangspunkt i patientens egen forståelse for at have effekt, og den skal følges op med en kvalificerende forklaring.

Begrebet *normalisering* blev nærmere beskrevet af Dowrick et al i 2004, hvor de beskrev det som "lægelige udsagn, der tilkendegiver, at der ikke foreligger alvorlig sygdom, at symptomerne er inden for det almindelige og acceptable spektrum af, hvad mennesker kan opleve, at symptomerne formentlig er godartede eller selvlimiterende, og at der derfor ikke er behov for sundhedsfaglig intervention".



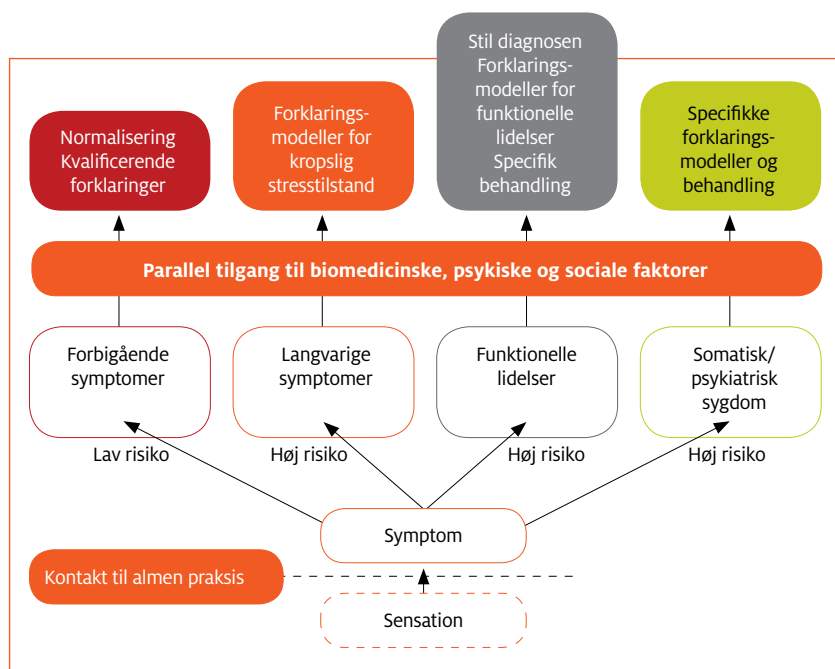


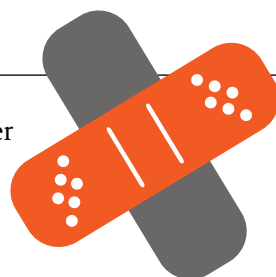
Det at give patienten en kvalificerende forklaring, som medinddrager hans/hendes sygdomsforståelse, kan også benævnes "the doctor drug".

Det at give patienten en kvalificerende forklaring, som medinddrager hans/hendes sygdomsforståelse, kan også benævnes "the doctor drug". Den kvalificerende forklaring gør patienten klogere og mindre bekymret, idet symptomet sættes ind i en ny sammenhæng, hvor der er udsigt til helbredelse eller bedring. Ud over samtalen, dvs. de rent kognitive påvirkninger, kan man også inddrage patientens erfaringer med adfærd i relation til symptomet og understøtte hensigtsmæssig adfærd. Som tidligere beskrevet kan disse "positive" tilgange påvirke nervesystemet i en hensigtsmæssig retning samtidig med, at patienten får et afsæt til at bruge egne ressourcer på at få det bedre. Alene det at have positive forventninger til forløbet har vist sig at forbedre prognosen. Således fandt man i et studie af patienter med whiplash-traumer, ved sammenligning af patienter med positive forventninger med patienter med negative forventninger til forløbet umiddelbart efter uheldet, en odds ratio på 4 for et godt forløb (11).

Almen praksis' rolle i forhold til de forskellige sværhedsgrader og typer af symptomtilstande er illustreret i figur 5. Ud over at vi skal behandle de mange forbigående symptomer, er det også vigtigt, at vi er med til at forebygge, at symptomer udvikler sig til langvarige og evt. invaliderende tilstande. Ved at være bevidste om at inddrage ovenstå-

Figur 5 /
Stratificering af
behandling i almen
praksis.





ende i vores konsultationer vedrørende symptomer kan vi skubbe til en helingsproces (placebo) frem for (utilsigtet) at komme til at sygeliggøre patienten ved at starte en odysse i sundhedsvæsenet (nocebo).

Langvarige symptomer

Når symptomerne varer ved og i stigende grad generer patienten i dagligdagen, bliver det endnu vigtigere at være bevidst om indsatsen i almen praksis. Tankegangen er fortsat bred, således at differentialdiagnoser genovervejes, samtidig med at risikoforhold afdækkes, hvis det ikke allerede er sket. I de tilfælde, hvor symptomerne ikke skyldes somatisk eller psykisk sygdom, begynder patienten typisk at få flere og flere symptomer. De nævnte mekanismer i centralnervesystemet begynder at udspille sig, således at kroppen producerer flere symptomer. Færre af dem filtreres fra, og bevidstheden øger sit fokus på symptomerne. Vi taler da om "CNS-hypersensibilisering" eller som tidligere nævnt "kropslig stresstilstand". Ved "kropslig stresstilstand" har patienten typisk symptomer, som vi kender fra kardio-pulmonal arousal, gastrointestinal arousal, muskuloskeletale spændingstilstande og generelle, uspecifikke udtræningssymptomer (figur 6).

Figur 6 /

Symptomer på "kropslig stress-tilstand".

Symptomer fra hjerte og lunge (arousal i sympaticus)

1. Hjerterbanken eller uro i brystet
2. Trykken i brystet
3. Forpustethed uden anstrengelse
4. Anfald af vejtrækningsbesvær
5. Varm- eller koldsveden
6. Mundtørhed

Symptomer fra bevægeapparatet

1. Smerter i arme eller ben
2. Muskelsmerter
3. Ledsmarter
4. Lammelse eller svaghedsførelse
5. Rygsmerter
6. Smerterne flytter sig fra sted til sted
7. Dødhedsførelse eller føleforstyrrelse

Symptomer fra mave og tarm (arousal i parasympaticus)

1. Mavesmerter
2. Hyppige, løse afføringer
3. Diarre
4. Oppustethed
5. Kvalme
6. Opstød
7. Halsbrand

Almene symptomer

1. Koncentrationsbesvær
2. Hukommelsesbesvær
3. Træthed
4. Hovedpine
5. Svimmelhed

Det at give patienten en kvalificerende forklaring, som medinddrager hans/hendes sygdomsforståelse, kan også benævnes "the doctor drug".



Målet er at hjælpe patienten til at mestre sine symptomer.

Igen er målet at hjælpe patienten til at mestre sine symptomer. Symptomerne kan ikke længere normaliseres, idet vi nu har at gøre med en betydelig ændret symptommodulering i CNS. Men ved at spørge ind til de i boksen angivne symptomer hos patienten får både læge og patient et billede af, at der er tale om et bestemt symptom mønster, nemlig bodily distress. Herefter består den kvalificerende forklaring i at formidle, at disse symptomer kan være tegn på en ubalance i nervesystemet og hjernen, men at det er muligt at genoprette balancen. Et vigtigt skridt på vejen er her at videregive en forklaringsmodel, som giver mening for patienten og fritager patienten for en oplevelse af indbildning og skyld. Hos nogle patienter er denne forståelse nok til, at de selv kan mestre symptomerne. Hos andre kan det være nødvendigt at arbejde videre med nogle af de principper, der anvendes ved funktionelle lidelser. Der er hjælp at hente til forklaringsmodeller på www.funktionellelidelser.dk og i patientpjece "Når kroppen siger fra" fra Komiteen for Sundhedsoplysning.

Ud over de her nævnte generelle råd findes forskellige psykosociale og kognitivt orienterede behandlingsmodeller udviklet til brug i almen praksis. I Danmark har man bl.a. implementeret TERM-modellen (The Extended Reattribution and Management Model) i en række praksis, og den indgår aktuelt i uddannelsen af speciallæger i almen medicin i Aarhus og Odense. Denne model er kognitivt orienteret og bygger på interviewteknikker fra den kognitive adfærdsterapi, men er tilpasset rammerne i almen praksis (9).

Funktionelle lidelser

Der er i dag klar evidens for, at kognitiv adfærdsterapi har en gunstig effekt på patienter med egentlige funktionelle lidelser og også på funktionelle syndromer som fx irritabel tyktarm. Herudover har man specifikt i relation til kronisk træthed fundet effekt af et særligt genoptræningsprogram, hvor stigningen i træningsintensiteten foretages reguleret og med meget langsom stigning, såkaldt "graded exercise therapy". Disse behandlingsformer skal vi kende til i almen praksis, men en egentlig specialiseret behandling kan dårligt rummes inden for rammerne af almen praksis. Både internationalt og i den danske vejledning om funktionelle lidelser (12) anbefales derfor en "stepped care"-tilgang, hvor specialiseret behandling inddrages hos de sværest invaliderede patienter.

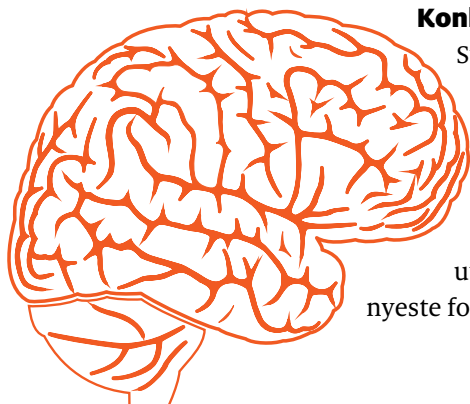
Det betyder ikke, at almen praksis er spillet af banen. Som ved alle andre sygdomme har vi en vigtig rolle både i forhold til at stille diagno-

sen (og sikre udelukkelse af differentialdiagnoser) og i relation til behandling og tovholderfunktion i de ofte langvarige forløb (12). Helt generelt er behandling, der aktivt involverer patienten, mere effektiv end passive behandlingsformer som fx medicin og kirurgi. I praksis anbefales derfor ikke-farmakologisk behandling i form af fysisk genoptræning og psykoterapi. Desuden kan principperne nævnt under langvarige symptomer med fordel anvendes, også når diagnosen funktionel lidelse er stillet, men der kan hos nogle patienter være behov for en mere specialiseret indsats for at modvirke den ubalance, der er opstået i CNS. "The doctor drug" skal stadig bringes i spil, for en sådan indsats kan forebygge forværring i patientens tilstand, men kan ikke længere stå alene i behandlingen. Almen praksis kan desuden inddrage nogle af de enkle principper fra den kognitive terapi som fx psykoedukation, undersøgelse af patientens tanker og overbevisninger, brainstorm på alternativ forståelse og adfærd, målsætningsarbejde, problemløsning og tilbagefaldsforebyggelse (13).

De specialiserede behandlingsformer tager i vidt omfang udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Det følger naturligt af de positive erfaringer, man har fra efterhånden utallige randomiserede studier. Det giver desuden god mening, at kognitiv behandling virker, når man forstår, at det er mekanismer i centralnervesystemet, der er med til at vedligeholde sygdomstilstanden. Nogle få studier har således kunnet vise en øgning i hjernens grå substans efter kognitiv adfærdsterapi hos patienter med henholdsvis kronisk træthedssyndrom (14) og kroniske smerter (15) parallelt med forbedret kognitiv og fysisk funktion. I de senere år har man da også bygget videre på denne viden og arbejder nu i Danmark med bl.a. mindfulness-terapi og Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Alle disse forskellige terapiformer involverer på forskellig vis kognitive, adfærdsmæssige og meditative teknikker, som påvirker funktionerne i vores centralnervesystem.

Konklusion

Symptomoplevelse er en funktion af en proces på flere niveauer i vores centralnervesystem. Den kan i mange tilfælde være forudgået af en perifer skade eller sygdomsproces, men kan også initieres af en bekymring, som måske bliver sået af et uventet og tilfældigt fund hos lægen. Den nyeste forskning peger på følgende afgørende forhold





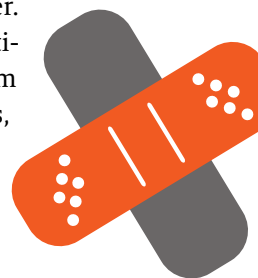
De specialiserede behandlingsformer tager i vidt omfang udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi.

af betydning for, hvordan vi griber symptomer an i daglig klinisk praksis:

Prædisponerende forhold hos patienten øver indflydelse på symptommoduleringen. Vi mangler i høj grad forskning i, hvordan man med en primærprofylaktisk tilgang kan påvirke patienten (og dennes familie) til den bedst mulige symptom-mestring.

Symptomoplevelsen kan blive selvvedligeholdende med både øget symptomproduktion og øget symptomregistrering i centralnervesystemet, som ikke længere har relation til de perifere symptomudløsende forhold.

Der er en stigende forståelse af, at non-medikamentelle interaktioner mellem patient og sundhedsvæsen i væsentlig grad kan modificere symptomoplevelsen både positivt og negativt, således som det er vist i den omfattende forskning om placebo- og noceboeffekter. Vi mangler i svær grad klinisk forskning i, hvordan praktiserende læger kan optimere den behandlingsindsats, som allerede nu foregår i hver 4. konsultation i almen praksis, hvor patienten afsluttes uden en specifik diagnose. ●



Økonomiske interessekonflikter: ingen

Litteratur

1. Olesen F. Nyere viden om placebo og lægen som medikament. Månedsskrift for almen praksis 2015 Feb;(Februar):112-21.
2. Hilden J. Almen medicin - alment praktiserende lægers speciale. Månedsskrift for almen praksis 2015 Feb;(Februar):161-7.
3. Wilhelmsen I, Mulindi S, Sankok D, Wilhelmsen AB, Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. Nord J Psychiatry 2007;61(4):304-9.
4. Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT, Moth G. Symptoms as the main problem in primary care: A cross-sectional study of frequency and characteristics. Scand J Prim Health Care 2015 Jun;33(2):91-9.
5. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. Int Rev Psychiatry 2012 Dec;24(6):556-67.
6. Rask MT, Rosendal M, Fenger-Gron M, Bro F, Ornbol E, Fink P. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. Gen Hosp Psychiatry 2015 Jan;37(1):53-9.
7. Yunus MB. Editorial Review: An Update on Central Sensitivity Syndromes and the Issues of Nosology and Psychobiology. Curr Rheumatol Rev 2015;11(2):70-85.
8. Sharpe M. Somatic symptoms: beyond

- 'medically unexplained'. Br J Psychiatry 2013 Nov;203(5):320-1.
9. Fink P, Rosendal M, Schroder A, Ostensfeld-Rosenthal A, Rask CU, Toscano L, et al. Funktionelle lidelser – udredning og behandling. 1. ed. København: Munksgaard; 2012.
 10. Rosendal M. Uafklarede symptomer og funktionelle lidelser. In: Bjerrum L, Ertmann RK, Jarbol DE, Jensen MB, Kristensen JK, Maagaard R, editors. Lærebog i almen medicin. 1 ed. København: Munksgaard; 2014. p. 198-206.
 11. Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. PLoS Med 2008 May 13;5(5):e105.
 12. Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L, Fink P, Nielsen C.V. Funktionelle lidelser. Klinisk vejledning for almen praksis. 1 ed. København: DSAM; 2013.
 13. Schroder A, Rosendal M, Fink P. Kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af somatiseringstilstande og funktionelle syndromer. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2007;85(10):1035-48.
 14. de Lange FP, Koers A, Kalkman JS, Bleijenberg G, Hagoort P, van der Meer JW et al. Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. Brain 2008 Aug;131(Pt 8):2172-80.
 15. Seminowicz DA, Shpaner M, Keaser ML, Krauthamer GM, Mantegna J, Dumas JA et al. Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. J Pain 2013 Dec;14(12):1573-84.

HOVEDPINE? **Giv os et kald på 23 24 26 43**

Har du patienter med hovedpine?
Eller kender du andre, der lider af hovedpine? Så hjælper Horton Hovedpineforening med gratis råd og vejledning.

