

Kvinner er offer for psykologisering



Frøydis Lilledalen
psykologspesialist og ufør

Kvinnens helse er antageligvis det største offeret for tendensen til økt psykologisering i helsevesenet.

I desemberutgaven spør Siv Hilde Berg om fragmentert implementering av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner innebærer risiko for å påføre pasienten skade. Hun sier at det å se på pasientens følelser og erfaringer som uviktige, er en form for invalidering.

Jeg deler Bergs bekymring for den økende graden av psykologisering i helsevesenet. Jeg er også enig i refleksjonen rundt at informasjon om prognose og behandling ofte må vike for et ensidig fokus på å endre subjektive smerteopplevelser. Er den pågående psykologiseringen kjønnsnøytral, eller rammer den i større grad kvinner og klassiske kvinnesykdommer? Er det en tendens at menns plager behandles, mens kvinners håndteres?

Samulovitz et al. finner i sin metaanalyse «Brave Men» and «Emotional Women» (Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018) klare kjønnsbias i smertebehandling. Kvinner med smerter får sjeldnere adekvat smertelindring og blir oftere satt på antidepressiva for sine smerteplager enn menn. De har også større sannsynlighet for å bli vurdert som oversensitive, hysteriske, «timewasters». Artikkelforfatterne finner adronormativitet (mannlige sykdom ses på som normen, mens kvinnesykdommer ses på som «irregulariteter»). «The Women`s Brain Project`s president Dr. Annamarie S. Dimeche, sier i en artikkel om medisinsk gaslightning, at kvinner opplever smerte annerledes enn menn grunnet bl.a. nevrologiske, hormonelle og genetiske faktorer. Hun viser bl.a til at menn med brystsmerter har 2,5 ganger større sannsynlighet for å bli sendt til kardiolog, til tross for at kardiovaskulær sykdom er hovedårsak til dødsfall hos kvinner (Brennan, 2020). Tendensen er at menns smerte blir sett på som fysisk, kvinners som psykologisk.

Er det en tendens at menns plager behandles, mens kvinners håndteres?

Uforklarlige symptomer

Kvinner med smerter og multisystemiske symptomer har oversannsynlighet for å bli diagnostisert med MUPS. MUPS står for medically unexplained physical symptoms (i MUPS inngår uspesifikke, somatoforme, funksjonelle og psykosomatiske lidelser). Diagnosen brukes hvis behandler mener lidelsen er av psykogen natur, og at de patologiske driverne styres av pasientens destruktive fokus på og feiltolkning av kroppens signaler. Lars Aagaard presenterte i 2005 hypoteser om kvinners oversykkelighet (Aagaard, 2005). Han hevder at «Kvinnelidelsene er psykiske av natur», og henviser blant annet til følgende teori: «Når kvinner ikke lenger orker å opprettholde sine roller i samfunnet, blir de syke, og for å være syke må de ha en diagnose.»

Malt og kollegaer skrev i 2002 artikkelen: «Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt» (Malt, Malt, Blomhoff, & Refnin, 2002). Forfatterne hevder at lidelser som muskel- og skjelettplager, kvalme, skjelvinger og pustebesvær kan være tegn på angst, også der markert subjektiv angst ikke foreligger. Smerter, lammelser, parestesier, tretthet, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer, mage-tarm-problematikk er andre symptomer de mener kjennetegner psykosomatiske lidelser. Forfatterne beskriver at psykosomatiske pasienter på den ene siden kan fremstå som rigide, overkontrollerte,

konforme utad, med høyt nivå av fiendtlighet, følsomme og nærtagende. Og på den andre siden også kan ha hemmet aggresjon, aleksitymi, være konfliktunnvikende, avhengige av ros og bekreftelse, med tendens til å «brenne inne med følelser».



...kvinner kroniske smerter antas å være av psykogen art

Videre hevder de at noen pasienter «har svært bestemte oppfatninger», og at diskusjon om diagnose kan bli en «fruktesløs og ofte bitter kamp» med overtoner av dominans og underkastelse, der en kamp for anerkjennelse er en underliggende, men usagt agenda. Ikke minst stadfester Malt et al.: «Jo flere somatiske symptomer en person klager over, desto større er risikoen for at vedkommende har en psykiatrisk lidelse.» På Norsk Helseinformatikk (NHI) hjemmesider finner vi artikkelen «Kvinner stresser seg syke» (Lein, 2013). Artikkelen viser til at 40 % av middelaldrende kvinner som føler seg stresset, opplever fysiske plager som smerter og migrene. Artikkelens konklusjon er at det finnes en klar sammenheng mellom kvinners stress og psykosomatiske plager.

Psykologisering av kvinners smerte

I lys av eksemplene over finner vi at kvinners kroniske smerter antas å være av psykogen art. Videre finner vi at grad av symptomer og lidelsestrykk, manglende enighet om årsak, og et vell av delvis motstridende personlighetstrekk tolkes som indikatorer på psykosomatisk sykdom. Jeg er bekymret for confirmation bias. Og for at hvorvidt kvinnens opplevelse blir validert, i for stor grad er avhengig av behandlerens vurdering av personlighet, mestringsevne og tilliten til autentisiteten i hennes symptomskildring. Når det gjelder NHIs artikkel undres jeg om korrelasjon egentlig sier noe om årsakssammenheng. Kan det hende toleransen for hvor mange psykososiale påkjenninger man tåler, minkes hvis helsa er redusert? Er det slik at kvinner, mer enn menn, produserer fysiske symptomer når de (mer eller mindre bevisst) opplever psykologisk smerte eller utilstrekkelighet? Har kvinner dårligere evne til å skille mellom psykologisk og fysiologisk smerte enn menn? Har Aagaard rett i at kvinnelidelser er «psykiske av natur» – eller kan forklaringer bak kvinners smerter være mer sammensatt?

Psykologisering av kvinners smerter og kroppslige symptomer har en lang historie. Begrepet hysteri ble lenge brukt som forklaring på uforklarlige fenomen. Hysteria betyr vandrende livmor, og er pr. definisjon en tilstand en mann ikke kan ha. Diagnosen ble brukt når kvinner hadde sterke smerter, kramper eller lammelser. I dag er begrepet byttet ut med annen terminologi (f.eks. funksjonelle, psykosomatiske lidelser). Som Aagaard skriver: «Diagnosene skifter navn, men fenomenet består.» Aagaard fortsetter: «I hovedsak har flere århundrers jakt ikke ført oss nærmere de patofysiologiske fenomenene som forklarer kvinners oversykkelighet.»

Dette mener jeg feil.

En av grunnene til at vi vet mindre om kvinnesykdommer, er at vi har forsket mindre på kvinner

Maya Dusenbery illustrerer i boka *Doing harm*, at sykdom som primært rammer kvinner, av samme grunn blir antatt å være psykosomatiske forstyrrelser (Dusenbery, 2018). Kvinner med slag sendes hjem med antidepressiva, kvinner med autoimmune sykdommer ble kalt «chronic complainers», og endometrioseplager ble karakterisert som overreaksjon på vanlige

menstruasjonsplager. Lupus, fibromyalgi, hjertelidelser og Parkinsons tar lengre tid å oppdage hos kvinner enn hos menn, og først nylig skjønner man plageomfanget ved endometriose, lipødem og Polycystic Ovary Syndrome (PCO). Man forstår stadig mer hvordan genetiske og hormonelle faktorer virker som kjønns-spesifikke mediatorer (Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018). Skjorbuk, MS, magesår og diabetes er sykdommer som ble sett på som psykiske fenomen, før man skjønnte fysiopatologien. De siste års forskning har avdekket autoimmune komponenter i klassiske kvinnesykdommer som fibromyalgi (Dolcino, Tinazzi, & Puccetti, 2020), ME (Sotzny, Capelli, Castro-Marrero, Steiner, & Scheibenbogen, 2018) og POTS (Vernino & Stiles, 2018).



Menn forsker på menn

Jeg tror det er naivt å anta at vi er i mål når det gjelder innsikt i somatisk sykdom og identifisering av biokjemiske korrelat på somatiske symptomer. En av grunnene til at vi vet mindre om kvinnesykdommer, er at vi har forsket mindre på kvinner. «Det er kjent at medisinsk forskning historisk i stor grad har vært utgående fra et mannsperspektiv», sier Elisabeth Wik i artikkelen «Sju forskere om kjønnsforskjeller og helse» (Hagerup, 2020). Tradisjonelt har menn forsket på menn. Det er mer status og flere forskningsmidler i forskning på tilstander som i hovedsak rammer menn i sin beste alder (og som anses som somatiske), som hjertesykdommer og kreft. Sykdommer som fortrinnsvis rammer kvinner og er kroniske, gir lavere status og færre midler. Eksempelvis ble det i USA i 2016 bevilget mer penger til å forske på skallethet hos menn enn på ME/CFS, til tross for skjevhet i psykososiale og økonomiske konsekvenser (Jelstad, 2016).

I nevnte artikkel om psykosomatiske lidelser (Malt, Malt, Blomhoff, & Refnin, 2002) presenteres vidløftige teorier om årsaker bak somatiseringslidelser. Det å ikke bekrefte patologi fremmes som et viktig virkemiddel. Samtidig skriver de at «til tross for god behandling» er lidelsen ofte kronisk, og at man ikke alltid finner psykologiske årsaker.

Er økende psykologisering av smerte og kvinnesykdommer en farbar vei? Kan det være like god samfunnsøkonomi i å utrede alternative årsakshypoteser, og like god helsehjelp i å validere symptomtrykk?

Utilstrekkelige kvinner?

Ideer om individets skyld og ansvar for egen helse oppstår ikke i et vakuum. Vi lever i et samfunn med stor tro på individets mulighet til å påvirke livssituasjon og sykdom. Fra egen praksis som psykolog i helsevesenet erfarte jeg en dreining fra å spørre pasientene hva de trenger hjelp med, til fokus på «hvordan kan du påvirke utfallet av behandlingen / hva vil du selv gjøre for å oppnå godt resultat».

Smerteteorier har hypoteser om «onde sirkler» der symptomfokus anses som en opprettholdende faktor. Mange syke profiterer på opplevd mestring, avledning og avspenning. Opplevelsen av å påvirke eget lidelsestrykk og kjenne seg som en aktør i eget liv gir håpet styrke og selvtilliten kraft. Men faren er at vi behandlere deler pasienter inn i «flinke» pasienter som «mestrer», og «behandlingsresistente», «håpløse» pasienter, som ikke blir bedre. En utfordring er at vi ikke vet om pasientens smerter er progredierende, fluktuerende eller i remisjon. Eller om noen typer smerte er mer påvirkelige for psykologiske intervensjoner enn andre.

Økende psykologisering formidler tro på at motivasjon og psykoedukasjon er avgjørende for å lykkes. Ideen står støtt til tross for at frekvens av smertelidelser og uføreandel peker oppover. Mellom 16 og 30 % av skandinaver har kroniske smerter. Skyldes dette en utbredt symptomfremkallende frykt

hos utilstrekkelige kvinner, og deres desperate jakt på en feilaktig somatisk diagnose? Eller er frekvens, uføreandel og tusenvis av «uforklarte kvinner» en indikasjon på at økt psykologisering verken gjør friskere og gladere? Min hypotese er at vi kan forstå mer, og behandle flere, hvis vi har flere mulige forståelsesrammer. Hvis en metode ikke har effekt på en pasient, må vi spørre oss: Er det metoden eller pasienten det er noe feil med? Og hvis vi skal forstå kvinnesykdommer bedre, må vi forske mer på kvinnekroppen.



Referanser

- Brennan, S. (2020, 8. Oktober). Medical gaslighting: The women not listened to or viewed as overdramatising or catastrophising. Hentet fra <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/medical-gaslight...>
- Dolcino, M., Tinazzi, E., & Puccetti, A. L. (2020, 6 9). Gene Expression Profiling in Fibromyalgia Indicates an Autoimmune Origin of the Disease and Open New Avenues for Targeted Therapy. *J Clin Med*.
- Dusenbery, M. (2018). *Doing harm The Truth About How Bad Medicine and Lazy Science Leave Woman Dismissed, Misdiagnosed and Sick*. HarperOne.
- Hagerup, I. O. (2020, Mars 9). Sju forskere om kjønnsforskjeller og helse. <https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/134333/sju-forskere-om-kj%C3%B8n...>
- Jelstad, J. (2016, mai 4). <https://www.healthrising.org/blog/2016/05/04/chronic-lack-funds-chronic-...>
- Lein, M. (2013, Juni 5). <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/kvinner-som-stresser-seg-syke/>
- Malt, U. F., Malt, E. A., Blomhoff, S., & Refnin, I. (2002, mai 30). Funksjonelle somatiske lidelser - en oversikt. *Tidsskr Nor Læreforen*, ss. 122: 1379 - 84.
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018, Februar 25). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*.
- Sotzny, F. B., Capelli, E., Castro-Marrero, Steiner, S. M., & Scheibenbogen, C. (2018, juni 17). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome - Evidence for an autoimmune disease. *Autoimmun Rev*, ss. 601 - 609.
- Vernino, S., & Stiles, L. E. (2018, desember). Autoimmunity in postural orthostatic tachycardia syndrome: Current understanding. *Atron Neurosci*, ss. 78 - 82.
- Aagaard, L. E. (2005, juli 1). Perspektiver på psykosomatiske lidelser - to inspirasjonskilder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 622 - 623.