

Psykodynamiske perspektiver på arbeid med somatisering



Gilad Joseph Beck
Gausel poliklinikk, Helse Stavanger
gilad.joseph.beck@sus.no

Pasienten har gitt skriftlig samtykke og godkjent teksten før publisering. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Somatisering som klinisk fenomen setter viktigheten av å gå bak symptomet på spissen.

Somatiske plager kan uttrykkes på flere måter og opptre i kombinasjon med ulike psykiske plager. Begrepet somatisering ble opprinnelig introdusert av Stekel i 1924 og definert som omdanning av emosjonelle tilstander til fysiske symptomer. Sigmund Freud (1941) fremmet på sin side begrepet konversjon hysteria, en tilstand som innebar at man så på fysiske symptomer som symboler for den indre, ubevisste psyken. I dag beskrives begrepet somatisering gjerne som et fenomen der en psykologisk plage får en somatisk presentasjon (Fors et al., 2014).

I det følgende deler jeg min erfaring med å møte på somatisering i terapi. Jeg vil først presentere et anonymisert kasus. Pasienten tok ofte opp somatiske plager, som smerter i ledd, høyt blodtrykk og lignende. I den terapeutiske prosessen søkte jeg etter hvordan jeg kunne forstå et slikt uttrykk. Videre i teksten går jeg gjennom psykodynamiske perspektiver som hjalp meg å utvide min forståelse av somatisering og derigjennom den konkrete pasienten.

Fysisk depresjon – et kasus

Jeg har vært borte i fem måneder grunnet en planlagt permisjon. Mitt fravær dukker ikke opp som tema. Litt ut i samtalen spør jeg derfor hvordan han har hatt det mens jeg var borte. Han virker tung og nedfor. Han svarer at han har vært alene på en hytte for å ta en digital detox og fokusere på seg selv. Han forteller også at han har fikset føttene sine, og at hendene er på god vei.

Hendene og føttene har siden begynnelsen av terapien tatt stor plass i samtalerne våre. Diffuse smerter i hendene hindrer ham i å skrive og dermed mulighetene for å klare studier. Smerter i føttene hindrer ham i å være fysisk aktiv og å gå ned i vekt, som han ofte ser i sammenheng med sin nedstemthet. Sorgen over det som ikke ble, frustrasjonen over ikke å få til noe, det være seg skole, sosiale relasjoner og depresjon, plasserer han på føtter og hender.

Jeg har forsøkt å forstå og forholde meg til utsagnene hans om kroppen og betydningen på det psykologiske og mellommenneskelige plan. Til tider har jeg blitt frustrert og kjent på motstand fra ham om å gå inn i det følelsesmessige. Når de fysiske manifestasjonene hans blir så absolutte, setter han meg i en posisjon der jeg ikke strekker til som psykolog.

Pasienten er en mann i 20-åra. Han ble henvist til poliklinisk behandling som følge av omfattende rusmisbruk etter å ha droppet ut av studiene. Han vokste opp med gifte foreldre og en yngre bror. Mor har vært hovedforsørger i familien, far har i senere tid tatt utdanning og startet i jobb. Pasienten

beskriver far som en pragmatisk person, som stadig har et prosjekt med et økonomisk incentiv. Pasienten har aldri hatt et fast holdepunkt. Familien flyttet fra sted til sted, og det var alltid usikkert hvor lenge de skulle bli. Det ble vanskelig å binde seg til andre. Ensomheten har vært og er sentral i hans liv. I sommerferien var han stort sett alene på rommet med en skjerm. I samtaler i dag gjør det inntrykk hvor sjelden han snakker om andre mennesker. Han snakker derimot ofte om forskning, podkaster og videoer han har sett.



Fra pasienten var liten har vekten svinget, og i perioder har han vært overvektig. Han forteller om en hverdag med begrensninger i hva han kunne finne på. I mangel av aktiviteter søkte han til fettrik mat. Han minnes episoder der han ble mobbet på skolen, og en tidlig selvbevissthet om sin egen kropp. Foreldrene kunne også komme med kommentarer på overvekten, og de forsøkte å få til endringer gjennom kosthold og aktivitetsnivå.

Mor har slitt med depresjon siden han var liten, og har i store deler av barndommen hans trukket seg unna. Ved flere anledninger har hun ignorert ham, både som barn og i senere tid, ved å ikke svare eller se på ham når han forsøker å få oppmerksomheten hennes. Forklaringen pasienten fikk, var at mor hadde en fysisk depresjon. Behandlingen var også fysiske, pragmatiske tiltak, hovedsakelig endring av kosthold, diett og trening. Pasienten reflekterer over dette i en time:

Jeg lurte på hva jeg har lært av henne, siden jeg har mange av de samme trekkene nå. Med å gå og isolere meg, og, ja, ikke delta på ting. Så hvor mye av det er lært. Når hun ikke føler seg god, så legger hun seg.

Jeg spør hva han tror hun legger i det å ikke føle seg god, og han svarer:

Jeg tror hun mener det fysiske, at hun føler seg fysisk deprimert og utslitt, sånn hele tiden. Ikke så mye emosjonelt. Det er slik hun forklarer det i alle fall. Og hun blir veldig sur og vil helst bare være alene.

Han assosierer videre rundt mors sinne, og minnes sitt eget sinne fra barndommen.

... hun begynner å bli irritert når vi er der, så går hun og legger seg. Hun sier «jeg greier ikke dette nå».

... jeg husker jeg var mye på rommet og gråt da jeg var liten. Nesten hver dag. Da jeg var sånn åtte til ti år, noe sånt. Med en gang jeg viste at jeg var sint av noe slag, at jeg hevet stemmen, eller noe hint av frustrasjon, så var det rett opp på rommet til jeg hadde greid å roe meg ned. Og ofte greide jeg det ikke, eller det tok ganske lang tid før jeg klarte å slutte å gråte.

I timen går det opp for pasienten hvordan hans måte å tenke på sin depresjon på, og hvordan moren har tenkt på sin depresjon, sammenfaller:

Ja, og hun er også veldig fokusert på trening, alt går på at når hun kommer inn i trening, da blir alt bra, alt blir mye lettere. Det er også en parallell til hvor mye jeg tenker på [det].



Jeg fokuserer mer på ytre agenter for å prøve å føle meg OK. Om det er trening, meditasjon eller spise sunt. Og det kommer jo fra mamma.

Moren plasserer de emosjonelle plagene sine i kroppen og snevrer inn muligheten til å søke svar andre steder. Han gjør det samme, men ser det og ønsker hjelp til å utvide perspektivet:

Hun har aldri en følelse av at det er henne selv eller verden som er problemet. Det er bare den fysiske treningen og sånt. Og jobben hennes, at hun er så stresset og det tar så mye tid. Hun sier «nei, jeg liker jobben, jeg» uansett om jeg ser på henne hvor stress det er for henne.

Somatisering og konversjon

Som nevnt innledningsvis finnes det forskjellige måter å forstå kroppslige plager på fra et psykologisk perspektiv, blant annet somatisering og konversjon. I mitt arbeid med kasuset har skillet mellom somatisering og konversjon hjulpet meg å reflektere over det som pasienten uttrykker.

Noen oppfatter somatisering som å inkludere det Freud mente med konversjon, mens andre holder fast ved at disse representerer kvalitativt forskjellige egenskaper (Taylor, 2003). Noen anser somatisering som et sammensatt fenomen som fører til fysiske plager uten organiske forklaringer (Rodin, 1991), der man kommuniserer sitt psykologiske stress gjennom somatiske plager (Lipowski, 1988). Konversjonssymptomer på sin side blir til ved at psykologisk ubehag konverteres til fysiske symptomer.

I timen forteller pasienten meg om hvordan deler av kroppen, armene i dette tilfellet, saboterer mulighetene hans for å klare studiet. Han har startet på det samme studiet flere ganger tidligere og forsøker nå igjen. Når han ser tilbake på hva som gikk galt, så er forklaringen at armene ikke var gode nok, og at han ikke tok nok hensyn til dem. Løsningen er som regel den samme: å trene opp armene frem til neste semesterstart. Eksamensperioden nærmer seg, og jeg er spent på hvordan det vil gå denne gangen. To uker før eksamen starter han timen med å si: «Armene mine er like ille som de var for to år siden.» Jeg kommenterer på dette, at det høres ut som at ting er vanskelig, og at han er redd for å ikke klare eksamen. Han avfeier det med å si at han bare må prioritere annerledes. Så blir det en lang pause.

Vi kan se på pasientens utsagn på forskjellige måter. Fra et somatiseringsperspektiv kan vi tenke at armene kommuniserer noe han psykologisk sett ikke klarer å ta stilling til, og dermed ikke forteller meg. Som for eksempel: Hva om jeg ikke klarer studiet i det hele tatt, hva om dette ikke passer for meg, hva skal det bli av meg og min fremtid? Alternativt, hvis vi med et konverteringsblikk følger armens betydning som et symbol, kan vi lure på om det kunne åpne opp en hittil ubevisst årsakssammenheng der armen har hatt en rolle i noe betydningsfullt for pasienten. Eksempelvis om han som barn skadet armen og fikk ønsket oppmerksomhet fra foreldrene sine, noe han ikke opplevde å få med emosjonell smerte.

Freuds tro på konversjonsfenomenet har blitt kritisert og spekulert på av både psykoanalytikere og filosofer. Tkatch (2023) argumenterer for at selve livsgrunnlaget til psykoanalysen kan spores til konversjon og viser til den første pasienten, Anna O., som hadde en lammelse i armen. Det var den samme armen som hadde berørt hennes døende far da hun sovnet ved hans side, sliten og engstelig (Freud & Breuer, 1895/1955). Som terapeut er det å kunne se sammenhenger mellom hendelser, erfaringer, emosjoner og fungering på mange måter selve essensen i det vi gjør.

Måter å tenke over årsaken til de somatiske uttrykkene på og deres potensielle verdi som kommunikasjon i det terapeutiske rommet har betydning for hvordan man forholder seg til dem. Det er sjelden pasienter har så opplagte sammenhenger mellom kroppslige plager og et psykisk belastende minne som det Freud og Breuer beskrev. Fra et psykologisk perspektiv er det likevel en enighet om at kroppslige uttrykk eller smerte uten somatiske forklaringer kan ha opphav i noe som er psykologisk uforløst og underbevisst. I mitt kliniske arbeid gir det mest mening for meg å forene begrepene konversjon og somatisering. Uavhengig av om man tenker på pasientens symptomer som en del av konversjon eller somatisering, er de en form for kommunikasjon vi bør reflektere over.



Å finne meningen bak symptomet

I psykoanalyse forsøker man å forstå *meningen* i det som verbalt eller non-verbalt blir uttrykt i terapien. Ettersom vi ikke har fullstendig oversikt over oss selv og våre drifter, må vi undre oss over tegn som kan bety mer enn det de umiddelbart forteller. Våre handlinger eller ord er symboler som representerer noe annet. Symboler er altså *noe som peker på noe annet*. Gjennom utforskning, nysgjerrighet og refleksjoner i terapi kan vi oppnå en mer sannferdig og autentisk måte å forholde oss til vår indre og ytre verden på.

Symboler har ulike betydninger og definisjoner. En måte å tenke om et symbol på er som en representasjon med dobbel betydning. Representasjonen, eller symbolet (det være seg ord, bilde eller lignende), har altså minst to betydninger: en manifest og opplagt, og en latent og skjult. Den latente meningen viser seg kun gjennom det manifeste som pasienten faktisk viser frem (Enckell, 2010). Symbolets kraft kommer tydelig frem i drømmene våre. Her kan det hjelpe å tenke over både drømmens manifeste og latente mening.

Ettersom vi til tider ikke forstår hva symbolene våre uttrykker, må vi tolke dem for å komme frem til den skjulte eller latente meningen. Shapiro (2003) belyser viktigheten av riktig *timing* når vi tolker eller konfronterer et somatiserende uttrykk. Dette får meg til å tenke over somatiseringens mulige funksjon som et forsvar mot et emosjonelt trykk. Å ha symptomene i kroppen kan for noen være en måte å unngå tap av prestisje, for eksempel der det emosjonelle uttrykket er forbundet med stigma eller forbudte følelser.

Pasienten har denne gangen klart å fullføre eksamen. Han møter til terapi og er fornøyd. Til min overraskelse nevner han ikke armene i timen, selv om han noen uker tidligere sa at armene var så ille som de noensinne har vært. Det er som om smerten ved armene ikke lenger trenger å fylle en funksjon.

Utvikling av affekt og affektregulerende evner utformes tidlig i livet gjennom blant annet affekt-deling og at omsorgspersonen speiler barnets affekter (Taylor et al., 1999). Winnicott (1954; Meissner, 2006) foreslo at manglende følelsmessig inntoning og meningsfull samhandling med omsorgspersonen i tidlig utvikling kan senere gi psykosomatiske plager.

Anna Freud (1970) forklarer at i løpet av de første utviklingsårene skaper ethvert kroppslig ubehag også et *emosjonelt* ubehag. Motsatt vil også ethvert emosjonelt ubehag, som angst eller frustrasjon, gi et kroppslig ubehag hos barnet. Barnet vil etter hvert modnes og bedre klare å skille mellom det kroppslige og psykiske ubehaget. Anna Freud (1970) peker videre på at evnen til å tenke og å bruke språket er essensielt for å mentalt bearbeide og få utløp for det mentale og emosjonelle stresset. Dette forutsetter foreldre og et miljø som kan ta imot barnets behov og vilje til å uttrykke seg.

Der det er stor mangel på eller begrenset evne til å sette ord på egne følelser, kan vi kalle det aleksitymi (Sifneos, 1972). Aleksitymi har sammenheng med opplevelsen av å ha fått lite omsorg fra mor i barndommen (Fukunishi et al., 1997), og ses ofte hos personer med psykosomatiske plager.

Personer med aleksitymi opplever også mindre sosial støtte og rapporterer om et mindre sosialt nettverk enn gjennomsnittet (Lumley et al., 1996). Når det gjelder sammenhengen med somatisering, har disse pasientene typisk vansker med å oppdage de underliggende psykologiske problemene (Taycan et al., 2017). Mitrani (1995) skriver at angstvekkende erfaringer som man ikke har bearbeidet sammen med mor (omsorgsperson), vil forbli på et konkret, umentalisert nivå, og muligens få sitt uttrykk gjennom utenkte handlinger eller somatisering.

Han forteller om minner fra tidlig barndom da han gikk bort til mor og ønsket hennes oppmerksomhet. Hun var på en iPad og tok ikke blikket fra den. Hun svarte ikke på hans tiltale, og han forstod etter hvert at det ikke nyttet. I voksen alder knytter han dette til hennes depresjon.

Fra mine samtaler med pasienten har jeg en fornemmelse av at utfordringene hans har opphav i det Killingmo (1989) omtaler som mangelpatologi. Mangelperspektivet beskriver og legger vekt på betydningen av reell svikt, overgrep og traumatisering, i tillegg til emosjonelt fravær og uforutsigbare relasjoner. Skaden på barnesinnet har funnet sted før psyken er utviklet og strukturert, som medfører en ustabil oppfattelse av seg selv og andre (Stänicke et al., 2013). Det vil være utfordrende for pasienten med mangelpatologi å tåle de indre motsetningene sine. Hen vil derfor projisere dem ut. Dette kan skje i terapien ved at pasienten projiserer det motsetningsfulle og vanskelige på terapeuten, der terapeuten for eksempel kan bli den «strengte far». I tilfellet med den beskrevne pasienten kan vi lure på om deler av kroppen hans, armer og bein, blir mottaker av det projiserte. De tar over den «strengte far», de holder ham igjen fra å kunne oppnå det han egentlig er satt til å gjøre. På denne måten slipper han å ta ansvar for stagneringen og nederlagene – han forblir et offer for sin kropp.

Stokkeland (2012) beskriver *overføring* som å handle på det som ikke har vært mulig å tenke på. På denne måten kan vi også se på kroppslige symptomer som representanter for det som ikke kan tenkes på. Det er likevel noe som vil ut – det vil kunne plasseres over i terapeuten, som må forsøke å holde på det og på et tidspunkt gi det tilbake i en ny forpakning som pasienten kan forstå.

Avslutning

Somatisering kan defineres som kroppslige plager som er uttrykk for pasientens underliggende psykiske vansker. I noen tilfeller, som i det kasuset jeg har beskrevet, kan det være nyttig for det terapeutiske arbeidet å undre seg over årsaken og funksjonen til en slik fremstilling. Innen det psykodynamiske perspektivet har det blitt fremhevet at somatisering kan knyttes til tidlige opplevelser i barndommen med manglende emosjonell inntoning. Uttrykket kan forstås som symbolske representasjoner eller mer overordnet som et psykologisk ubehag som kommer til uttrykk i fysiske plager.

Somatisering hindrer oss i utgangspunktet i å få tak på det som skaper vansker i pasientens liv. Ved å utvide vår forståelse om mulige årsaker for somatisering kan vi forsøke å få til det som somatiseringen i utgangspunktet hindrer pasienten i å gjøre. Vi kan tenke, reflektere og være nysgjerrige sammen.

Referanser

- Enckell, H. (2010). Reflection in psychoanalysis: On symbols and metaphors. *International Journal of Psychoanalysis*, 91(5), 1093–1114. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00320.x>
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C. & Stiles, T. C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(5), 365–377.



- Freud, A. (1970). The symptomatology of childhood: A preliminary attempt at classification. *Psychoanalytic Study of the child*, 25(1), 19–41.
- Freud, S. (1941). *Gesammelte Werke: Schriften aus dem Nachlass* (Bd. 17). Imago.
- Freud, S. & Breuer, J. (1955). *Studies in Hysteria*. Hogarth Press & Institute of Psycho-Analysis. (Opprinneleg utgitt 1895)
- Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Sei, H., Morita, Y. & Rahe, R. H. (1997). Mothers' low care in the development of alexithymia: A preliminary study in Japanese college students. *Psychological Reports*, 80(1), 143–146. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.1.143>
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(1), 65–79.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Lumley, M. A., Oves, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519–530. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00227-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00227-9)
- Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the mind–body relation: Psychosomatic perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 295–315. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.4.295>
- Mitrani, J. L. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 64(1), 68–112.
- Rodin, G. M. (1991). Somatization: A perspective from self psychology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 367–384. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1991.10.3.367>
- Shapiro, B. (2003). Building bridges between body and mind: The analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(3), 547–561. https://doi.org/10.1516/RM8H-AEF8_GALP-3M5N
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Stänicke, E., Varvin, S. & Stänicke, L. I. (2013). Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 772–780.
- Stekel, W. (1924). *Peculiarities of Behaviour* (Bd. 1–2). Williams and Norgate.
- Stokkeland, J. M. (2012). Overføring og motoverføring: En oversikt. *Matrix*, 29(2), 128–148.
- Taycan, O., Özdemir, A. & Taycan, S. E. (2017). Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(2), 99–104. <https://doi.org/10.5152/npa.2016.12385>
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487–508. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.3.487.22136>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Tkatch, D. (2023). Bodily unconscious as a basic phenomenon: Heidegger's critique of Freud's theory of conversion. *Philosophical Psychology*, 36(8), 1581–1603. <https://doi.org/10.1080/09515089.2023.2240358>
- Winnicott, D. W. (1954). Mind and its relation to the psyche#soma. *British Journal of Medical Psychology*, 27(4), 201–209.