

Püsiv somatoformne valu

Marie Ott¹

Juhendaja: Liis Haavistu^{2, 3}

Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. väljaande (RHK-10) järgi kuulub somatoformne valu somatoformsete häirete (F45) alla. Püsiva somatoformse valu (PSV) (F45.4) korral esineb patsiendil distressi põhjustav püsiv raske valu, mis ei ole täielikult seletatav füsioloogilise ega somaatilise põhjusega. Sellist valu võivad põhjustada emotsionaalne konflikt või psühhosotsiaalsed tegurid. PSV alla ei kuulu depressiooni või skisofreenia korral esinev psühhogeenne valu. Artiklis on selgitatud PSVga patsiendi käsitlust, koondades tänapäevased teadmised somatoformsete häirete, sealhulgas PSV etioloogia, diagnostika ja ravi kohta.

Somatoformsete häiretega patsiendid on sageli proovinud mitmeid ravivõtteid, mis pole neid aidanud ja seetõttu võivad nad olla meditsiinis pettunud. Meditsiinitöötajad kogevad neid kui raskesti ravitavaid patsiente ning kulutused nende uurimisele ja ravimisele on suured (1). Somatoformsete häirete patogenees ja kliinilised avaldused ei ole lõplikult selged, mistõttu tehakse sel puhul sageli korduvalt ebavajalikke uuringuid ja rakendatakse polüfarmakoterapiat (2).

Somatoformsete häirete esinemissagedus rahvastikus on 5–7% ja naistel ilmneb neid ligikaudu 10 korda sagedamini kui meestel (3). Euroopa täiskasvanud rahvastiku seas on kroonilise valu esinemissageduseks leitud 19% (4). PSV esinemissageduse kohta esinevad andmed sõltuvad sellest, milliseid diagnoosikriteeriumeid kasutada (5). Ühe üle 4000 patsienti hõlmanud kohortuuringu järgi esines 1,4%-l psühhiaatri konsultatsioonile suunatud patsientidest PSV (RHK-10 kriteeriumite alusel) (6). Fink kaasautoritega leidis Taani haiglas korraldatud uuringus, et 6–7%-l esmakordsele neuroloogi vastuvõtule suunatud patsientidest esines somatoformne valu (7).

Etioloogia

Kuigi somatoformsete häiretega patsientide seas esineb depressiooni ja ärevushäiret sagedamini kui sarnaste sümptomitega orgaaniliste haigustega patsientide korral, ei ole kõigil somatoformse häirega patsientidel depressiooni või ärevushäiret. Seetõttu ei saa käsitleda funktsionaalseid somaatilisi sümptomeid kui (varjatud) depressiooni või ärevuse väljendust (1).

Varasemate somatoformsete häirete tekke mudelite järgi oli kehaliste vaevuste kogemise põhjuseks psühhogeenne perifeerset füsioloogiliste funktsioonide aktivatsioon (n-ö ülevalt-alla-mehhanism). Viimaste kümnendite mudelid aga lähtuvad n-ö alt-üles-mehhanismist – perifeeriast vastu võetud aisting muutakse ajus ülemäära tugevaks tsentraalsete või psühhosotsiaalsete tegurite mõjul (8).

Viimaste aastatega on hakanud laialdasemalt levima mudel, mille järgi mängivad aistingu kogemisel rolli nii inimese ootused kui ka perifeerne sensoorne sisend. Tsentraalsed protsessid ei mõjuta ainult seda, kuidas inimene aistinguid tajub, vaid ka seda, kas ta üldse kogeb neid (8). Selle mudeli järgi võivad tajuhäired tekkida näiteks võimetusest teha adekvaatseid järeldusi liiga detailsete ootuste tõttu. Sellest lähtuvalt on nii somatoformsete häirete ennetuses kui ka ravis olulisel kohal kehalise distressiga seotud ootuste ja sellele pööratava tähelepanu muutmine (1).

Kuigi somatoformsete häirete teket võib soodustada geneetiline eelsoodumus, pole erinevate ülegenoomsete seoseuuringutega leitud üheseid tulemusi, millised geenid eelsoodumust suurendavad, ja valutundlikkuses mängib rolli ka epigeneetika (1, 9, 10). Somatoformsetel häiretel on seos ka psühholoogilise traumaga: psühhotrauma läbielanud inimeste seas on somatoformse häire esinemise tõenäosus kuni kolm korda suurem kui tavarahvastikus (11).

Eelsoodumust mõjutavad ka kiindumusmustrid. Laste puhul ennustab 5. eluaastal somatisatsiooni esinemist 18 kuu vanuselt

Eesti Arst 2022;
101(1):37–42

Saabunud toimetusse:
05.04.2021
Avaldamiseks vastu võetud:
14.07.2021
Avaldatud internetis:
27.01.2022

¹ Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna üliõpilane,
² Confido vaimse tervise keskus,
³ Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinik

Kirjavahetajaautor:
Marie Ott
marie.ott7@gmail.com

Võtmesõnad:
püsiv somatoformne valu, psühhosomaatiline valu, funktsionaalne valu, somatoformsed häired, kehalise distressi häire

Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi ja ajakirja Eesti Arst artiklikonkursile „Minu esimene publikatsioon“ esitatud töö.

koetud emapoolne tundetus ning täiskasvanute puhul on kiindumussuhte ja tervisega seotud ärevusel tugev seos somatoformsete häirete kujunemisega (12). Somatoformseid häireid seostatakse võimetusega emotsioone ära tunda (aleksitüümia) (1). Somatoformsete häirete teket võivad soodustada ka kaasuvad haigused, krooniline igapäevane stress, erinevad elusündmused, raskused igapäevaelu nõuetega toimetulekul, tugi-võrgustiku puudumine ja kultuurilised tegurid (vt tabel 1).

PSV korral on emotsioonid valuaistinguga tugevalt seotud. Emotsioonid, nagu kurbus, hirm ja ärevus, võivad mõjutada valuga seotud aktivatsiooni ajus. Negatiivsed emotsioonid suurendavad valutundlikkust ja positiivsed emotsioonid vähendavad valu või valutundlikkust (13, 14). Funktsionaalsetel magnetresonantstomograafilistel (fMRT) uuringutel on valuärrituse korral PSVga patsientidel kontrollrühma patsientidega võrreldes leitud erinev ajuaktiivsus nii erinevate emotsioonide mõjul kui ka ilma emotsionaalse stiimulita (13, 15).

Somatoformsete häirete diagnostika

RHK-10 järgi esinevad somatoformsete häirete (F45) korral püsivad somaatilised kaebused, millele korduvatest uuringtest hoolimata ei leita orgaanilist põhjust. Isegi kui kaebustele on olemas võimalik kehaline põhjus, siis ei

ole see piisav, et selgitada vaevuste iseloomu või ulatust, kaasuvat distressi või patsiendi ülemäärast tähelepanu oma vaevustele. Tavaliselt patsiendid ei nõustu seostama sümptomeid psühholoogiliste teguritega ja seda ka juhtudel, kui sümptomite algus ja püsimine on seotud ebameeldiva elusündmusega või esinevad ilmselged depressiooni ja ärevuse sümptomid. Somatoformsete häirete korral võib esineda tähelepanu otsivat (histrioonilist) käitumist (16).

Somatisatsioonihäire diagnostilised kriteeriumid on järgmised (16):

- vähemalt kaks aastat on kestnud hulgi esinevad mitmekesised kehalised vaevused, millele ei ole leitud somaatilist seletust;
- patsient järjepidevalt ei aktsepteeri spetsialistide hinnangut, et tema vaevusi ei saa seletada ühegi kehalise häire või haigusega;
- vaevuste iseloom ja neist tulenev käitumine on kahjustanud patsiendi sotsiaalset ja perekondlikku toimetulekut.

Diferentsiaaldiagnostikas tuleb arvesse võtta orgaanilisi haigusi, depressiooni, ärevushäiret, hüpohondriat ja luululisi häireid. Kui haiguse kulg on vähem kui kaks aastat või sümptomid on vähe väljendunud, on seda seisundit soovitatav hinnata diferentseerumata somatoformse häirena (kood F45.1) (16).

RHK-11-s on somatoformsed häired määratud kehalise distressi häireteks (ingl *bodily distress disorder*). Neid iseloomustab kehaliste vaevuste olemasolu, mis põhjustavad isikule distressi, ja vaevustele liigse tähelepanu pööramine võib põhjustada järjepidevaid pöördumisi tervishoiutöötajate poole. Patsienti ei rahusta hoolikas kliiniline läbivaatus, asjakohased uuringud ega spetsialisti selgitused vaevuste iseloomu kohta. Kehalise distressi häire korral on kehalised sümptomid püsivad ja esinevad enamikul päevadel vähemalt mitme kuu jooksul ja häirivad märkimisväärselt individuaalset, perekondlikku, sotsiaalset, hariduslikku, tööalast või muus olulises valdkonnas toimetulekut. Tavaliselt esineb mitmeid kehalisi vaevusi, mis võivad aja jooksul muutuda (17).

RHK-11 kehalise distressi häire hõlmab kõiki RHK-10 somatoformsete häirete gruppi kuuluvaid diagnoose (välja arvatud hüpohondria) ja suurel määral ka neurasteeniat (F48.0). Uue klassifikatsiooni kohaselt diagnoositakse kehalise distressi häire ka

Tabel 1. Biopsühhosotsiaalsed tegurid, mis mängivad rolli somatoformse häire tekkimises ja püsimises (2)

Tegur	Kommentaar
Geneetiline eelsoodumus	Somatisatsioon pereanamneesis
Varased elusündmused	Kahjustavad sündmused lapsepõlves, nagu eraldamine emast, väärkohtlemine, hooletusse jätmine
Hiljutised elusündmused	Tõsised sündmused elus viimase aasta jooksul
Krooniline stress igapäevaelus	Tööalane surve, pingetunne, sagedased tülid pereliikmetega
Toimetulek	Võimetus igapäevaelu nõuetega toime tulla
Ebatervislik eluviis	Vähene füüsiline aktiivsus, kahjulikud harjumused, ebaregulaarsed uneharjumused
Isiksusepoolsed tegurid	Aleksitüümia, A-tüüpi käitumine
Tugivõrgustik	Puudulik sotsiaalne tugi, staatus töö, majanduslik olukord
Kaasuvad haigused	Psüühikahäired või muud haigused
Kultuurilised tegurid	Teatud kultuurides on suurem kalduvus somatisatsioonile

juhtudel, kui vaevused on seotud mingi kehalise haigusega, kuid selle kehalise haiguse kulgu ja väljendusastet arvestades pöörab patsient neile liialdatult tähelepanu ega hinda vaevuste põhjust adekvaatselt (17).

Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni diagnostilise juhendi 5. väljaande (DSM-V) järgi saab somatoformset häiret diagnoosida, kui on täidetud järgmised kriteeriumid (1):

- esineb vähemalt üks kehalise haigusega seotud vaevus, mis põhjustab distressi ja/või häirib oluliselt igapäevaelu;
- esineb vähemalt üks patsiendipoolsetest ebaadekvaatsetest hinnangutest oma vaevuste kohta: a) ebaproportsionaalsed ja püsivad mõtted vaevuste tõsiduse kohta, b) püsiv suur ärevus tervise või vaevuste põhjuste pärast, c) liiga palju aega ja energiat pühendatakse sümptomitele või tervisemurele;
- kuigi ükski vaevustest ei pruugi olla pideva iseloomuga, on need patsienti häirinud vähemalt 6 kuu vältel.

Samas juhendis on antud ka soovitused esmatasandi arstidele somatoformse häire diagnoosimiseks. Selleks tuleb

- kaaluda patsientide puhul, kellel on püsivad kehalised vaevused, somatoformset häiret diagnoosihüpoteesina juba varakult;
- vältida kordavaid uuringuid (eriti, kui need on potentsiaalselt ohtlikud), mille ainus otstarve on patsienti või arsti rahustada;
- pöörata lisaks põhikaebusele tähelepanu ka teistele viidetele, mis osutavad kehalisele või emotsionaalsele distressile;
- kontrollida teiste kehaliste vaevuste, ärevuse ja depressiooni esinemist ning uurida ravimite või alkoholi väärkasutamise või suitsidaalsuse esinemist;
- hinnata patsiendi kogemust, ootusi, toimetulekut, uskumusi ja haigusega seotud käitumist;
- täpsustada somatoformse häire diagnoosimisel, kas selle väljendusaste on kerge, keskmine või raske.

Eristus somaatiliste vaevuste kerge, keskmise ja raske intensiivsuse vahel põhineb arsti arvamusel, mis võtab arvesse vaevuste mõju kehalisele võimekusele ja patsiendi psüühikale, haigusega seotud sotsiaalset ja tööalast võimekust, tema haigusega seotud ootuste ja käitumise adekvaatsust (2).

Somatoformse häire esinemise valikuliseks kontrollimiseks ja raskuse hindamiseks

sobivad erinevad küsimustikud, näiteks 15 küsimusest koosnev patsiendi tervise küsimustik (*patient health questionnaire-15*, PHQ-15), millega hinnatakse patsiendi sümptomite koormust, ja 8osaline somaatiliste vaevuste skaala SSS-8 (1, 2). PHQ-15 sisaldab küsimisi 15 vaevuse kohta (sealhulgas kõhu-, selja- ja peavalu, hingeldus, unehäired jm) ning patsient peab iga sümptomi puhul hindama, mil määral on esinenud vaevused teda viimase kuu jooksul häirinud skaalal 0 („mitte üldse“) kuni 2 („häiris väga palju“). Seega saab PHQ-15 tulemus olla vahemikus 0–30 punkti. Skoorid 5–9 punkti, 10–14 punkti ja üle 15 punkti viitavad vastavalt kergele, keskmisele ja raskele somatoformsele häirele. PHQ-15 skoori suurenevad väärtused on tugevalt seotud suurema funktsionaalse piiratuse, vaegurluse astme ja tervishoiuteenuste kasutamisega (18).

PSV diagnoosimine

PSV puhul võib valu esineda mitmes paikmes, sagedasemad kohad on pea või selg, kuid valu võib esineda ka jäsemetes, rindkeres või mujal kehas (13). PSV diagnoosimiseks peab lisaks teisiti meditsiiniliselt raskesti seletatavale valule esinema ka emotsionaalseid konflikte või psühhosotsiaalseid tegureid, mis on piisavalt väljendunud, et neid etioloogilise tegurina käsitleda. PSVd ei diagnoosita depressiooni või skisofreenia korral esineva arvatava psühhogeense valu juhtudel. Kui esinevad valukaebused, millel on tuntud või eeldatav psühhofüsioloogiline mehhanism (nt müofastsiaalne valu või migreen), kuid mida peetakse psühhogeenseks, tuleks diagnoos kodeerida somatoformse häirena (F45) ning lisada täpsustus mõne teise koodiga, näiteks migreen koodiga G43 (16).

Diferentsiaaldiagnostiliselt on sageli raske eristada PSVd patsiendi poolt mingil põhjusel võimendatud orgaanilise etioloogiaga valust. PSV diagnoosi alla ei kuulu näiteks teisiti täpsustamata seljavalu (M54.9), teisiti täpsustamata valu (äge/krooniline) (R52) ega pingepeavalu (G44.2) (16).

Somatoformsete häirete käsitus ja ravi

2018. aasta ülevaateartiklis on Henningsen järeldanud, et parim sobilik käsitus somatoformse häirega patsiendi korral on astmeline ravi tihedas koostöös esmatasandi, somaatilise ja vaimse tervise spetsialistidega. Lähtuda tuleb mudelist, mis seob

patsiendile somaatilisi ja psühhosotsiaalseid vaevusi põhjustavad tegurid terapeutiliste teguritega (1).

Alljärgnevad ravisoovitused käivad üldiselt somatoformsete häirete kohta, on sobivad esmatasandi arstidele ja abiks ka vaimse tervise spetsialistidele. Somatoformsete häiretega patsientide käsitlemisel tuleks vältida dualistlikku käsitlust, mille järgi patsiendi probleem saab olla ainult vaimne või kehaline. Patsiendi somaatilisi kaebusi tuleb võtta tõsiselt ka teadaoleva orgaanilise haiguse või vaimse tervise häire puudumisel. Haiguse igas staadiumis on väga oluline hea suhtlus patsiendiga, patsiendi rahustamine, talle diagnostiliste testide tulemuste ja haiguse „funktsionaalse“ iseloomu selgitamine. Patsienti tuleb julgustada elama tervislikult, olema füüsiliselt ja sotsiaalselt aktiivne, pidama unehügieeni, tegema regulaarselt füüsilisi harjutusi ja tegelema rahuldust pakkuvate hobidega (1).

Kergematel juhtudel piisab eespool mainitud meetoditest koos patsiendi jälgimisega. Kui neist ei piisa, võib proovida järgmist:

- Selgitage patsiendile, et tema hinnangul vaevustega seonduvad olukorrad on eelkõige kui kaebusi ägestavad tegurid, mitte nende põhjus.
- Julgustage patsienti järgima talle vajalikke hoiakuid ja käitumist-tegevusi, nagu positiivne mõtlemine, lõõgastumistechnikate rakendamine, astmeline treening, eneseabijuhenditega tutvumine ja eneseabirühmadega suhtlemine. Seadke patsiendiga koos realistlikud eesmärgid.
- Pakkuge sümptomaatilist ravi. Lubage patsiendil kasutada erinevaid alternatiivmeditsiini võtteid, mis ei ohusta patsiendi tervist, kuid selgitage, et need lahendused võivad küll pakkuda ajutist leevendust, kuid ei pruugi anda pikaajalist mõju.
- Kaaluge antidepressantravi, kui valdavalt esineb valu või depressioon.
- Kui on võimalik, määrake ise visiidid regulaarsete intervallide tagant, selle asemel et patsient algatab järgmised visiidid (1).

Kui ka neist meetmetest ei piisa, kaaluge järgmist:

- Veenduge, et on avastatud ja arvesse võetud traumaatilised stressorid ja püsivad patsiendi mõjutavad tegurid, nagu koduvägivald, ravimite väärkasutamine ja väljamõeldud sümptomid.

- Kui see on konkreetnes olukorras rakendatav, valmistage lisaks teie kordusvastuvõtule patsienti ettevaatlikult ette vaimse tervise spetsialisti vastuvõtule saatmiseks (1).

Kui see on konkreetnes olukorras rakendatav, konsulteerige psühhiaatriga diagnoosi asjus ja edasise ravi planeerimiseks. Kui senine ambulatoorne ravi ei tundu piisavalt mõjus, võib lisaks rakendada nii aktiveerivat füsioteraapiat, tööteraapiat kui ka psühhoterapiat (1).

- Selgitage välja patsiendi suhtumine psühhoterapeudi konsultatsiooni. Kui see on konkreetnes olukorras vajalik ja otstarbekas, kinnitage patsiendile, et mõistate tema arvamust, et vaevustel on seni tuvastamata orgaaniline põhjus ja et ta võiks psühhoterapeudi konsultatsiooniga nõustuda ka teiste temaga seotud isikute rahustamise eesmärgil.
- Kuulake tähelepanelikult patsiendi kehalisi kaebusi ja nendega seotud sotsiaalseid kogemusi ning kinnitage, et mõistate tema haigusega seotud probleeme.
- Toetage patsienti tema vaevuste (ja kogemuste) anamneesi sidusa loona esitamisel.
- Julgustage patsienti kaaluma erinevate psühhosotsiaalsete ja bioloogiliste tegurite mõju. Piiratud aja jooksul võib olla kasu päeviku pidamisest oma vaevuste ja sellega seotud olukordade kohta, kuid see pole soovitatav patsientidele, kellel on väga kõrgel tasemel tervisega seotud ärevus. Ärge üritage vaevusi patsiendile selgitada domineerivalt psühhosotsiaalsele põhjusele viidates.
- Ravieesmärkide seadmisel rääkige „paremast kohanisest“ ja „toimetulekust“, vältige „väljaravimist“ kui ravieesmärki.
- Hoiduge psühhosotsiaalsetele probleemidele keskendumisest patsiendi käsitlemisel liiga varases faasis ja liiga eraldiseisvana peamistest kaebustest. Kui vaja, küsitlege patsienti hetkel esinevate kehaliste vaevuste kohta.
- Asjakohase info saamiseks tehke koostööd teiste patsiendi ravisse kaasatud spetsialistidega (1).

Psühhoterapia

Enne psühhoterapia alustamist on vaja patsiendi seisundit põhjalikult hinnata. See hõlmab põhjaliku anamneesi võtmist, haiguse muustrite ja raskuse ning haigusest

põhjustatud distressi ja funktsionaalse efekti hindamist, samuti psühhoterapia sobivuse kaalumist patsiendile (vt tabel 2).

Üks põhjalikumalt uuritud efektiivne psühhoterapia viis somatoformsete häirete korral on kognitiiv-käitumisterapia (KKT). Patsientidel, kellel kaalutakse KKT rakendamist, tuleb hinnata kognitiivsete vigade esinemist, distressi raskust ja iseloomu, kohanemiskustega seotud käitumusmuutrite esinemist (nt vältiv käitumine) (2).

Medikamentoosne ravi

Tõenduspõhisus somatoformsete häirete farmakoloogilise ravi kohta on madala kvaliteediga ja enamikus avaldatud uuringutest on hinnatud vaid selle lühiajalist efekti. On tõendeid, et uue põlvkonna antidepressantidel ja loodustoodetel (nt naistepunal) on täiskasvanute somatoformsete häirete ravis mõningane efekt, kusjuures erinevate antidepressantide klasside efektiivsuse vahel olulisi erinevusi pole leitud. Ravi katkestamisi esineb antidepressantraviga sagedamini kui loodustoodete tarvitamisel. Antidepressantide rakendamisel tuleb hinnata, kas võimalik kasu kaalub üles kõrvaltoimete riski. Somatoformsete häirete puhul võivad ravimite kõrvaltoimed süvendada patsiendi vaevusi (20).

PSV ravi iseärasused

PSV ravimine on keeruline, eriti juhtudel, mil patsient kaebab valu mitmes kehapiirkonnas või valu on migreeruva iseloomuga. PSV medikamentoosesse ravisse kuuluvad tavaliselt valuvaigistid ja antidepressandid ning nendele lisaks on raviskeemi osa ka psühhoterapia (näiteks KKT). Ravi on pikaajaline ja selle tulemuslikkuse kohta on vastuolulisi andmeid (21).

Psühhoterapia viisidest on PSV korral esmavalik KKT, mida võib rakendada nii individuaalse kui ka rühmaterapiapana,

ning biotagasiside, mille korral hinnatakse, kuidas vaimsed tegurid võivad mõjutada füsioloogilisi või bioloogilisi funktsioone. Teise valiku psühhoterapeutiline ravi on pereteraapia ja lõõgastusteraapia (sageli kombineeritakse KKTga) (2).

Antidepressantidel on valuvaigistav toime, mis ilmneb ka neil patsientidel, kellel ei ole kaasuva haigusena depressiooni (22). Uuring, milles võrreldi serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite efekti somatoformse valu ravis, näitas, et antidepressantide valuvaigistav toime ja antidepressiivne toime saavutatakse tõenäoliselt erinevate farmakoloogiliste mehhanismide kaudu (23). Mitmed uuringud on näidanud, et antidepressandid leevendavad PSVga patsientide valu (5).

Väikesemahulises uuringus on näidatud elektrilise nõelravi ja väikeses annuses (8 nädalat 20 mg päevas) antidepressandi (fluoksetiinhüdrokloriidi) kooskasutamise efektiivsust PSV ravis (21).

Prognoos

Somatoformsete häirete kulgu ja raskust ennustavatest teguritest on olulisim kehaliste sümptomite koguskoor, mille saamisel võetakse arvesse nii kehaliste sümptomite koguarvu kui ka nende raskust, sest see mõjutab patsiendi tervislikku seisundit olulisemal määral kui kaasuv ärevusseisund, depressioon või kaasuv orgaaniline haigus (24, 25). Haiguse raskust ja tervishoiuteenuste kasutamist suurendab ka üldine ärevus tervise pärast (26). Somatoformse häire mõju patsiendi elukvaliteedile ja töövõimekusele on samaväärne orgaanilise haiguse mõjuga patsiendi võimekusele (27). Seni ei ole avaldatud PSV prognoosi käsitlevaid metaanalüüse.

Kokkuvõte

Somatoformsete häiretega patsiendid kasutavad rohkesti tervishoiuteenuseid ja

Tabel 2. Patsiendi sobivuse hindamine psühhoterapiaks (2)

Patsiendiga seotud tegurid	Haigusega seotud tegurid	Terapeudiga seotud tegurid
Suhtumine teraapiasse	Haiguse raskus	Terapeudi kompetentsus
Teraapiast kinnipidamine	Kaasuvad haigused	Terapeudi püsivus
Psühholoogiline orienteerumine enda probleemides	Haiguse kroonilisus	Võime luua teraapiline side
Optimaalne „ego tugevus“*		

* Tugev ego tähendab võimet taluda stressi, vajaduse korral edasi lükata rahulolu saavutamist, muuta isekaid soovide, lahendada sisemisi konflikte ja emotsionaalseid probleeme, enne kui need neuroosini viivad (19).

sageli on nad meditsiinis pettunud. Püsivat somatoformset valu (PSV) ei saa täielikult seletada orgaaniliste põhjustega ning selle kujunemine on seotud emotsionaalse konfliktiga või psühhosotsiaalsete tegurite mõjuga. Somatoformseid häireid võib põhjustada perifeeriast lähtuva aistingu ebaadekvaatne tsentraalne töötlemine ajus ning seda töötlemist mõjutab isiku ootus või eeldus aistingu kogemise suhtes. PSV korral on emotsioonid valuaistinguga tugevalt seotud. Diagnostikas on oluline somatoformse häire varajane kaalumine püsivat valu kaebavate patsientide puhul ja korduvate ebavajalike uuringute vältimine. Parim ravi on astmeline ravi, kuhu on kaasatud erinevad spetsialistid ja mis võtab arvesse nii somaatilisi kui ka psühhosotsiaalseid tegureid. PSV raviarsenali kuuluvad eelistatult kognitiiv-käitumisteraapia ja/või biotagasiside, valuvaigistid ning antidepressandid.

TÄNUAVALDUS

Artikli autor tänab oma juhendajat Liis Haavistut.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt seoses artiklis kajastatud teemaga.

SUMMARY

Persistent somatoform pain disorder

**Marie Ott¹
Supervisor: Liis Haavistu^{2,3}**

Somatoform disorders can be taxing on the health care system and these patients may be disappointed in medicine. Persistent somatoform pain disorder (PSPD) is characterized by pain that can not be fully explained by a physical disorder and that results from an emotional conflict or psychosocial factors. Somatoform disorders may be caused by abnormal central processing of peripheral stimuli, which is greatly affected by expectations and predictions. In PSPD, emotions are strongly related to the experience of pain. When diagnosing, it is important to consider somatoform disorders early on in the diagnostic process, and avoid repetitive unnecessary tests. The best treatment is stepped care that includes different specialists and takes into account both somatic and psychosocial factors. The

treatment of PSPD often includes cognitive behavioral therapy and/or biofeedback, pain medication and antidepressants.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:23–31.
2. Agarwal V, Nischal A, Praharaj S, Menon V, Kar S. Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. *Indian J Psychiatry* 2020;62(Suppl 2): S263–71.
3. Kurlansk S, Maffei M. Somatic symptom disorder. *Am Fam Physician* 2016;1:49–54A.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
5. Luo Y, Zhang M, Wu W, Li C, Lu Z, Li Q. A randomized double-blind clinical trial on analgesic efficacy of fluoxetine for persistent somatoform pain disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:1522–5.
6. Smith G, Clarke D, Handrinos D, Dunsis A, McKenzie D. Consultation-Liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. *Psychosomatics* 2000;41:481–9.
7. Fink P, Hansen M, Søndergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005;46:540–8.
8. Van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown R. Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;74:185–203.
9. Kato K, PF S, Pedersen N. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res* 2010;68:447–53.
10. Denk F, McMahon S, Tracey I. Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nat Neurosci* 2014;17:192–200.
11. Afari N, Ahumada S, Wright L, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014;76:2–11.
12. Maunder R, Hunter J, Atkinson L, et al. An Attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosom Med* 2017;79:506–13.
13. Luo Y, Yan C, Huang T, et al. Altered neural correlates of emotion associated pain processing in persistent somatoform pain disorder: An fMRI Study. *Pain Pract* 2016;16:969–79.
14. Lumley M, Cohen J, Borszcz G, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol* 2011;67:942–68.
15. Stoeter P, Bauermann T, Nickel R, et al. Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: an fMRI study. *Neuroimage* 2007;36: 418–30.
16. Maailma Terviseorganisatsioon. RHK-10. 2015. <https://www.kliinikum.ee/psyhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK10-FR17.htm>.
17. Gureje O, Reed G. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry* 2016;15:291–2.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2010;32:345–59.
19. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. 2020. <https://dictionary.apa.org/ego-strength>.
20. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller WLM. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;7.
21. Bai Y, Ouyang SL, Bai YL, Wu DH. Treatment for persistent somatoform pain disorder via electroacupuncture and a low dosage of fluoxetine hydrochloride. *Integr Med (Encinitas)* 2017;16:28–31.
22. Micó J, Ardid D, Berrococo E, Eschalièr A. Antidepressants and pain. *Trends in Pharmacological Science* 2006;27:348–54.
23. Aragona M, Bancheri L, Perinelli D, et al. Randomized double-blind comparison of serotonergic (Citalopram) versus noradrenergic (Reboxetine) reuptake inhibitors in outpatients with somatoform, DSM-IV-TR pain disorder. *Eur J Pain* 2005;9:33–8.
24. Creed F, Tomenson B, Chew-Graham C, et al. Multiple somatic symptoms predict impaired health status in functional somatic syndromes. *Int J Behav Med* 2013;20:194–205.
25. Tomenson B, Essau C, Jacobi F, et al. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *Br J Psychiatry* 2013;203:373–80.
26. Bobevski I, Clarke D, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosom Med* 2016;78:13–25.
27. Joustra MLJKBURJ. Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *J Psychosom Res* 2015;79:94–9.

¹ student, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia,
² Confido Centre of Mental Health, Tallinn, Estonia,
³ Psychiatry Clinic, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia

Correspondance to:
Marie Ott
marie.ott7@gmail.com

Keywords:
persistent somatoform pain, psychosomatic pain, functional pain, somatoform disorders, bodily distress disorder