

Psykologisk behandling av kroniske bekkensmerter

Forfatterne presenterer en kasushistorie hvor pasienten hadde fått diagnosen kroniske bekkensmerter og der psykologisk behandling ble avgjørende.

TEKST

Jan Fredrik Andresen

Karsten Hytten

PUBLISERT 1. april 2006

Somatiske symptomer kan være symptomer på psykiske lidelser. Det er velkjent at depresjon kan gi opphav til smertetilstander, spesielt knyttet til det muskulære apparatet (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003). Prevalensen av kroniske bekkensmerter i befolkningen er ukjent. Dette skyldes blant annet at det ikke foreligger en allment anerkjent definisjon av kroniske bekkensmerter. Det er i litteraturen omtalt en mulig forekomst på 2–3 % (Kirste, Haugstad, Leganger, Blomhoff, & Malt, 2002). Opplevelsen av smerter vil føre til at pasientene reduserer sitt aktivitetsnivå, og kan i noen tilfeller resultere i tilnærmet full immobilitet.

«Pasienten hadde langt på vei forsonet seg med en tilværelse som funksjonshemmet»

En poliklinikk i psykisk helsevern ble kontaktet av en allmennlege som hadde ansvaret for behandlingen av en 27 år gammel kvinne som hadde vært sengeliggende i det meste av tiden de siste tre årene. Pasienten var gift, og hadde en sønn på tre år. Hun var gravid da hun startet på universitetet, men studiene måtte avbrytes på grunn av en smertetilstand; plutselig innsettende smerter i magen i femte måned av svangerskapet. Smertene oppstod i tilknytning til at magen ble rutinemessig palpert som et ledd i den ordinære svangerskapskontrollen. Smertene i mageregionen førte til at pasienten ble sengeliggende i lange perioder under resten av svangerskapet. Hun fødte et velskapt barn til termin.

Pasienten fortalte at smertene i bekkenet hadde oppstått plutselig om lag 30 minutter etter hormoninstallasjon for å modne mormunnen i tilknytning til fødselen. Hun hadde erfart vedvarende smerter i bekkenregionen samt mer diffus kroppslig matthet og opplevelse av kraftløshet siden fødselen og frem til innleggelsen. Funksjonsnivået og

smerteopplevelsen varierte noe, men pasienten var i lengre perioder (måned) sengeliggende og tilnærmet fullstendig immobilisert.

Pasienten var blitt grundig undersøkt av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Hun var blitt forsøkt behandlet av kiropraktor, fysioterapeut, osteopat og healer uten varig effekt. I tillegg hadde pasienten vært til behandling ved opptreningsinstitusjon i fire uker uten at plagene ble bedret. Det var også blitt vurdert om plagene kunne skyldes såkalt candida-infeksjon. Endringer av kostholdet hadde ingen effekt på plagene. Enkelte behandlere hadde antydning muligheten for at pasientens plager kunne skyldes psykologiske forhold, uten at disse vurderingene var adressert eller blitt fulgt opp med henvisning til kompetent instans. Det var forsøkt med SSRI-preparat uten effekt. Pasienten kunne ikke huske at det i løpet av de omfattende undersøkelsene og behandlingene var blitt fokusert på psykologiske forhold i pasientens livshistorie.

Kvinnen ble søkt innlagt til et frivillig opphold i en sengeavdeling i psykisk helsevern med ønske om å få et bedret funksjonsnivå for å kunne ivareta morsrollen. Pasienten greide ved innleggelsen å ivareta personlig hygiene, men hadde en selvpålagt restriksjon som innebar at hun bare kunne oppholde seg i stående eller gående stilling i 2–3 minutter per dag. Resten av døgnet var pasienten sengeliggende. Pasienten mottok rehabiliteringspenger og hadde fått tildelt hjelpemidler som elektrisk rullestol, ordinær rullestol og dispensasjon fra parkeringsbestemmelser med rett til å benytte handikap-plasser. Familiens liv var organisert i forhold til pasientens tilstand. Ektemannen hadde avbrutt sine karriereplaner for å kunne være lett tilgjengelig i forhold til pasientens behov for oppfølging.

Utredning

Pasienten ble vurdert i sitt hjem av psykiater på anmodning av fastlegen. Hun ble deretter søkt inn til et opphold i en intermediærpost i psykisk helsevern. Etter innleggelsen gjennomførte vi samtale med pasienten og pasientens foreldre og eldre bror. Dette ble gjort for å få kunnskap om tidligere og aktuelt samspill i familien, og ut fra dette danne oss en oppfatning om hvorledes pasientens emosjonelle behov var ivaretatt i oppveksten. Utredningen avdekket en periode med tvangsspising i ungdommen, betydelig utrygghet i relasjoner med uttalt tendens til å innrette seg etter andres forventninger og behov. Vi avdekket ingen psykotiske symptomer, og det var ikke holdepunkter for depressiv lidelse. For å kunne avklare eventuell forekomst av personlighetspatologi gjennomførte vi Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser – DSM-IV (SCID-II) (Friis, Havik, Monsen, & Torgersen, 1995). Resultatet av intervjuet sammenholdt med de øvrige anamnesticke opplysningene ga ingen holdepunkter for forekomst av personlighetsforstyrrelse. Det ble ikke avdekket alvorlige psykiske lidelser i familien. Vi fant ingen indikasjon for psykofarmakologisk behandling. De somatiske undersøkelsene ga ikke holdepunkter for forekomst av sykdom, og pasientens tilstand ble diagnostisert som somatiseringslidelse.

Behandling

Det ble inngått en skriftlig behandlingskontrakt med pasienten der rammer, mål og gjensidige forpliktelser ble presisert. Kontrakten omtalte krav til deltagelse i avdelingens strukturerte aktiviteter (gruppeterapi, fysisk trening, pasientundervisning), og det var tidfestede krav til progresjon i forhold til fysisk funksjonsnivå. Behandlingsopplegget ble evaluert sammen med pasienten hver åttende uke i forhold til om det var hensiktsmessig å videreføre behandlingen som planlagt, om det var behov for endringer, eller om den måtte avsluttes på grunn av manglende fremgang.

Pasienten fikk tilbud om en kombinasjon av individualterapi og behandling i grupper. Ektemannen deltok regelmessig i psykoterapien. Sønnen var til samtale med avdelingens personale, som arbeider i forhold til barn av pasienter med psykisk lidelse.

Behandlingen inkluderte tilpasset fysisk trening, systematisk tilnærming for å øke affektbevisstheten (sammenhengen mellom følelser og kroppslige sensasjoner) og psykomotorisk fysioterapi (Monsen, 1994). Siktemålet med behandlingen var å øke pasientens forståelse for psykologiske faktorer betydning ved kroppslig ubehag, hjelp til følelsesmessig differensiering og økt relasjonell kompetanse. Behandlingsopplegget tok utgangspunkt i en aktiv, engasjert og egostøttende tilnærming basert på så vel kognitiv som psykodynamisk teori (Salkovskis, Warwick, & Deale, 2003; Sandler, Dare, & Holder, 2003). Vi la vekt på at behandlingen var pedagogisk fundamentert og mestringsorientert.

Ved innleggelsen attribuerte pasienten sine plager til den omtalte prosedyren ved fødselen, og hun fryktet for at bruken av hormoner hadde ført til alvorlig fysisk skade i bekkenet. Pasienten hadde ingen klar oppfatning av eventuell skademekanisme. Hun hadde langt på vei forsonet seg med en tilværelse som funksjonshemmet, og antok at uførepensjon var det eneste realistiske alternativet for å sikre økonomien. Hun tilkjennega imidlertid at psykologiske faktorer kunne ha en betydning i forhold til de aktuelle plagene.

Pasienten var den første tiden døgnpasient. Senere tok pasienten overnattingspermisjoner til egen bopel, og mot slutten av oppholdet var hun kun til stede i avdelingen på dagtid på ordinære virkedager. Behandlingen ved avdelingen varte i totalt fem måneder.

Forløp

Lidelsen hadde et svingende forløp, og det ble avdekket at de somatiske symptomene var forbundet med psykologiske belastninger, der psykologisk ubehag forsterket de somatiske symptomene i form av smerter i bekkenet og redusert bevegelighet. Pasienten utviklet økt trygghet med hensyn til at kroppslig smerte ikke nødvendigvis er et signal om alvorlig somatisk sykdom. Kombinasjonen av ordinær fysisk trening med økende intensitet, fysioterapi med vekt på affektbevissthet, og samtaleterapi individuelt og i gruppe, styrket pasientens forståelse for utløsende og vedlikeholdende faktorer knyttet til opplevelsen av kroppslig smerte. Den økte evnen til å reflektere

rundt psykologiske faktorerers betydning bidro til å redusere de somatiske symptomene samt bedre den fysiske kapasiteten.

Oppveksten hadde vært preget av at pasientens emosjonelle behov ikke i tilstrekkelig grad var blitt ivaretatt, og vi fikk inntrykk av at det hadde vært uklare grenser mellom individene og generasjonene, generelt høyt angstnivå og fokus på ytelse. Dette hadde etter vår vurdering svekket pasientens identitetsutvikling og evne til differensiering av følelser. Pasienten fikk økt forståelse for tidlige relasjonelle opplevelers betydning for nåværende psykiske tilstand. Behandlingen ga pasienten større evne til å sette egne grenser. Hun fikk raskt et bedret funksjonsnivå, og i løpet av oppholdet ble hennes fysiske kapasitet fullstendig normalisert. Hun gjenopptok aktiviteter som hun ikke hadde gjennomført på mange år, for eksempel skigåing og sykling. Hun fikk kapasitet til å mestre morsrollen bedre og ga uttrykk for stor glede over den dramatiske bedring av funksjonsevnen. Pasienten erfarte en rask bedring i sine somatiske symptomer. Progresjonen i forhold til psykologisk modning og utvikling viste som forventet, et langsommere forløp. Ved avslutningen av behandlingsoppholdet planla pasienten oppstart av studier. Det ble søkt om yrkesrettet attføring, og pasienten hadde på eget initiativ skaffet seg en deltidsjobb.

Diskusjon

Utvikling av kroniske smerter forstås som en dynamisk prosess som omfatter nevrofysiologisk smerteregulering, atferdsmodifikasjon på grunnlag av erfaring samt kognitive og emosjonelle forhold (Wigers, 2002). Pasientens plager kan best ses i lys av en biopsykososial modell der biologiske, psykologiske og sosiale forhold medvirker til å utløse og vedlikeholde plagene. Pasienten var tidligere blitt presentert for en medisinsk sykdomsmodell som forklaring på sine plager. Denne modellen inkluderte ikke psykologiske faktorerers betydning for utvikling og vedlikehold av symptomer.

Behandlingen har bestått i ordinær fysisk trening, psykomotorisk intervensjon og psykoterapi. Ut fra en dynamisk forståelse syntes pasienten å ha en generell jeg-svakhet (Killingmo, 1988). Ved å rette oppmerksomheten mot psykologiske faktorer gjorde vi det mulig for pasienten å reflektere omkring egne opplevelser som hadde betydning i forhold til de symptomene som pasienten presenterte. Pasienten viste evne til psykologisk refleksjon som gjorde det mulig å reattribuere årsaken til smertene. Hun skiftet fokus fra en somatisk årsaksmodell til en psykologisk fundert forklaring. Vi vurderte at pasienten kunne profitere på en mer langvarig psykoterapeutisk behandling, og pasienten ble etter utskrivelsen overført til privatpraktiserende psykiater.

Avslutning

Vi har valgt å presentere denne historien fordi vi mener at den illustrerer betydningen av å se på psykologiske faktorer hos pasienter som fremviser kroppslige symptomer som ikke er ledsaget av anatomiske korrelater. Det er vesentlig at personell som vurderer at psykologiske faktorer medvirker til kroppslige plager følger opp ved å gi

tilbud om henvisning til kompetent instans. Det å ikke benytte muligheter for å utrede og behandle psykologiske forhold kan bidra til kronifisering av kroppslige plager og redusert livskvalitet.

Jan Fredrik Andresen

Diakonhjemmet sykehus

Vinderen DPS

Pb 85 Vinderen

0319 Oslo

Tlf 22 49 84 00

E-post JanFredrik.Andresen@diakonsyk.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 4, 2006, side 356-358

TEKST

Jan Fredrik Andresen

Karsten Hytten

+ Vis referanser

Referanser

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1995).

Norsk oversettelse ved S. Friis, O. E. Havik, J.

Monsen & S. Torgersen.

Killingmo, B. (1988).

Oslo:

Universitetsforlaget.

Kirste, U., Haugstad, G. K., Leganger, S., Blomhoff, S., & Malt, U. F. (2002). Kroniske bekkensmerter hos kvinner. 1223-1227.

Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003).

(s. 290). Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag.

Monsen, J. (1994).

Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.

Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., & Deale, A. C. (2003). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). 353-367.

Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (2003).

London: Karnac.

Wigers, S. H. (2002). Fibromyalgi - en oppdatering. 1300-1304.