

Medicinsk uforklarede symptomer Psykoedukation

Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk
Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Program

- 1) Min baggrund
- 2) Hvad er en funktionel lidelse? Eller MUS (medicinsk uforklarede symptomer)
- 3) Hypoteser om årsag til medicinsk uforklarede symptomer

Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Min baggrund og Liaison Psykiatrisk Klinik i Køge, Vordingborg og Roskilde

- Jeg er overlæge og enhedsleder i Klinik for Liaisonpsykiatri. Jeg er uddannet i psykiatrien men har stor erfaring med at håndtere patienter på somatisk afdeling. Liaison Psykiatrisk Klinik hører organisatorisk under Afdeling for Specialfunktioner i Region Sjælland.
- Klinikken har hovedkontor i Køge og har satellitter i Vordingborg og Roskilde.
- Vi arbejder ud fra en bio-psyko-social sygdomsmodel. Det betyder at vi undersøger omhyggeligt, om der er en somatisk sygdom til grund for tilstanden, men også at vi i lige så høj grad beskriver de sociale forhold og de psykologiske mekanismer, som karakteriserer netop denne patient
- Vi bruger sjældent medicin, men det sker. Hvis vi gør er det oftest antidepressiv medicin eller antiepileptisk medicin. Vi prøver at aftrappe behandling med morfika. Vi arbejder primært psykoterapeutisk og kropsligt, har derfor psykologer og psykomotoriske terapeuter ansat
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Medicinsk uforklarede symptomer

Op til 8% af patienterne hos praktiserende læger har medicinsk uforklarede symptomer

3 billioner pund anvendes på behandling af medicinsk uforklarede symptomer i England

Mange af disse tilstande er særdeles kontroversielle når de beskrives som medicinsk uforklarede tilstande (fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, overfølsomhed overfor kemikalier, PNES og konversionstilstande etc)

Medicinsk uforklarede symptomer

Det drejer sig om en heterogen gruppe

- 1) Symptomer på affektiv sygdom kan præsentere sig som somatiske symptomer (panik anfald med fokus på hjertebanken)
- 2) Normale sensationer fra kroppen fejlfortolkes som fysisk sygdom. Ses oftest hos mennesker med højt angstniveau
- 3) Multiple uforklarede symptomer som ikke umiddelbart kan henføres til angst, depression eller en anden psykiatrisk tilstand (50%) i almen praksis

Ved alle tilstande er der en **ændring i oplevet perception**, både hvad angår kognitive, motoriske og sensoriske funktioner

Målgruppe "Liaison klinikken"

- Somatiseringstilstand (overdrevne kropslige sensationer)
 - Helbredsangst
 - Vedvarende somatoform smertetilstand
 - Neurasteni (træthedssyndrom)
 - Dissociative tilstande (funktionelle lammelser, kramper, blindhed etc)
-
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Er MUS en somatisk sygdom, en psykisk lidelse eller???

- *Stor diskussion i patientforeninger, nogle er vrede på psykiatrien læs evt Svend Brinkmann: det diagnosticerede liv.*
- *Uenighed drejer sig om sygdomsmodellen. Mange patienter tænker på hvorledes pt med dissemineret sclerose blev opfattet som hysteriske før i tiden. Efter MR scanneren fik flere diagnosen DS og kom ud af psykiatrien!!! Patienterne var næsten mere lettede over at komme ud af psykiatrien end de var påvirkede over at få en somatisk diagnose, det sidste kunne de leve med, det var til at forstå!*
- *Vi arbejder ud fra at krop og sjæl hænger sammen-en bio-psyko-social model*
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Hvad er en funktionel lidelse?

- Det er en tilstand hvor grundig somatisk udredning ikke har påvist vævsskade, som kan forklare tilstanden
- **Dette efterlader patienten i en følelse af afmagt og med manglende tillid til behandlingssystemet, hvis de ikke får nogen forklaring på, hvad det så kan være!!!!!!**
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

”Sådan har jeg det med generaliserede smerter (og PTSD)”

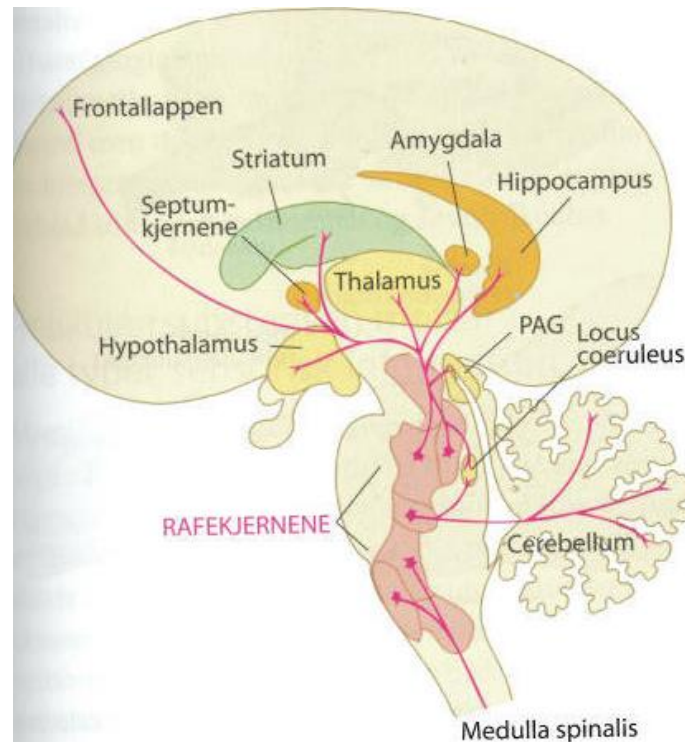
- **Hovedpine og spændingshovedpine**, føler der sidder en for stram hjelm på hovedet
- **Smerter i tænder og kæber**, har været på tandklinik, de fandt ikke noget unormalt
- **Muskelspændinger** i nakke, skuldre og ryg
- **Koncentrationsproblemer**, har svært ved at læse i mere end 10-15 min eller følge en samtale i mere end 30 min
- **Hukommelsesproblemer**, glemmer hvor jeg har lagt ting
- **Håndteringsproblemer**, taber ting
- Problemer med immunforsvar, **ofte halsbetændelse, forkølelse, hævede led, seneknuder** i hænder
- **Træt** hviler 30-60 min 6-8 gange fra morgen til aften
- **Det begyndte med overfølsomhed for lyde**
- Bliver stresset
- **Svimmel, falder og mister balancen**
- **Irritabel tyktarm**
- Sover dårligt pga **smerte, må op om natten pga smerte**
- Følsom for **lys**
- Socialt: Melder ofte afbud til aftaler med familien og de få veninder jeg har, hvis antal af inviterede er for mange
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Hypoteser vedrørende årsag til medicinsk uforklarede symptomer

- Generaliserede symptomer i form af træthed og kognitive deficits i begge grupper
- 1) Defekt filterfunktion (Retikulærsystemet)
 - Helbredsangst, somatoforme tilstande, smerter
- 2) Dissociation
 - Neurologiske symptomer, kramper, lammelser, syns, tale eller andre perceptionsforstyrrelser

Retikulærsubstans: Integration af sanseinformation : Sentralnervesystemet

Per Brodal 2009 Universitetsforlaget



Figur 26.6 Rafekjernerens beliggenhet i hjernestammen og deres viktigste efferente forbindelser. Merk at de øverste rafekjernerne særlig sender sine efferenter til høyere deler av sentralnervesystemet, mens de nederste kjernerne særlig virker på medulla spinalis. Samlet forsyner rafekjernerne store deler av sentralnervesystemet med serotonerge fibre.

Retikulærsubstansen

- Modtager alle typer sensorisk information
 - Information om smerte, berøring, stillingssans, temperatur, viscerale impulser (autonome system, fordøjelse), syn og hørelse samt ligevægt.
 - Dvs signaler til retikulærsubstansen vil igen give mulighed for påvirkning af opmærksomhed, automatiske adfærdsreaktioner og autonome funktioner (sved, hjertebanken, blodtryk, tarmfunktion)
- Sentralnervesystemet: Per Brodal 2009, Universitetsforlaget

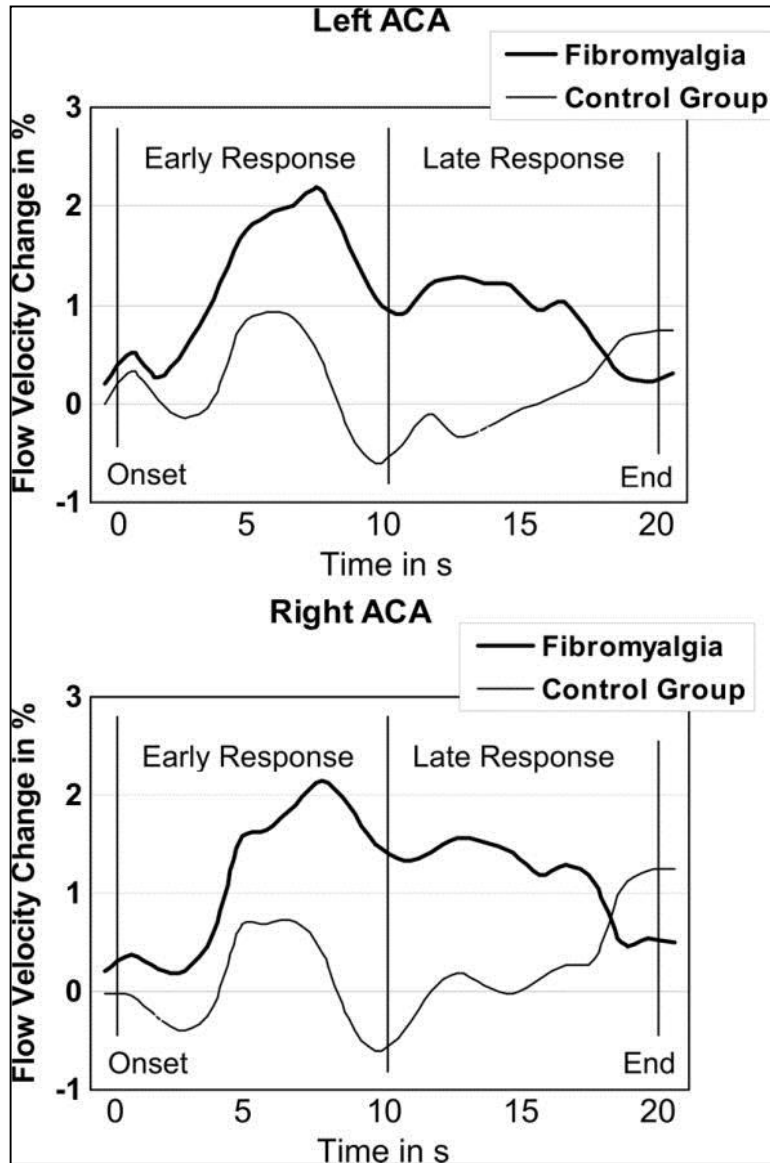
Retikulærsubstansen

- Retikulærsubstans kaldes også hjernens aktiveringssystem
 - Graden af opmærksomhed og vores motoriske reaktioner er afhængig af aktiviteten i retikulærsubstansen.
 - Hvis vi er på vagt og i alarmberedskab er det fordi retikulærsubstansen er overaktivt
- Sentralnervesystemet: Per Brodal 2009, Universitetsforlaget

Retikulærsubstansen

- **Formidler sammenhæng mellem krop og sind**
- Anspændthed giver øget tonus og mere livlige reflekser (øget aktivitet i retikulærsubstans)
- Søvnmangel er fordi ”hovedet er fuld af tanker”
- Angst, nervøsitet, sved, forhøjet blodtryk og tarmbevægelser er afhængige af aktiviteten i retikulærsubstansen

Figure 2



Cerebral Blood Flow Dynamics During Pain Processing in Patients With Fibromyalgia Syndrome.
Duschek, Stefan; Mannhart, Tanja; Winkelmann, Andreas; Merzoug, Karim; Werner, Natalie; Schuepbach, Daniel; Montoya, Pedro

Psychosomatic Medicine. 74(8):802-809, October 2012.
DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182676d08

Figure 2 . Relative changes of blood flow velocities in the ACA and MCA of both hemispheres in the course of stimulation (grand average). ACA = anterior cerebral artery; MCA = middle cerebral artery.

Behandling af MUS

- Kognitiv terapi og psykoedukation i gruppe
 - Styrker patientens evne til selv at regulere hvor mange input de kan håndtere. Dermed kan de kompensere for defekt filterfunktion og slippe for forværring af tilstanden ved u hensigtsmæssig stress.
 - Psykomotorisk terapi
 - Arbejde med kroppen kan give "ro i sindet" (dvs man kan arbejde "baglæns" og berolige retikulærsystemet
- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Kropstraumeterapi

- **Definition:**
- **Trauma er et brud i forsvarsmekanismen mod overstimulering som fører til en overvældende hjælpeløshed** Sigmund Freud
- **Traumer manifesteres i kroppen**
- **Traumatiske symptomer er ikke forårsaget af selve hændelsen. De opstår når den tilbageblevne aktivering fra oplevelsen ikke forløses i kroppen. Denne aktivering forbliver i nervesystemet, hvor den kan ramme vores krop og psyke med ødelæggelse.** Peter Levine
- **Hyper- arousal: angst, panik, vrede, stivnede muskler, smerter, søvnløshed**
- **Hypo – arousal: Tristhed, svækkelse, udmattelse, appetitløshed, depression, slaphed**
- **Undervisning ved psykomotorisk terapeut Tove Hansen Liaison Køge**

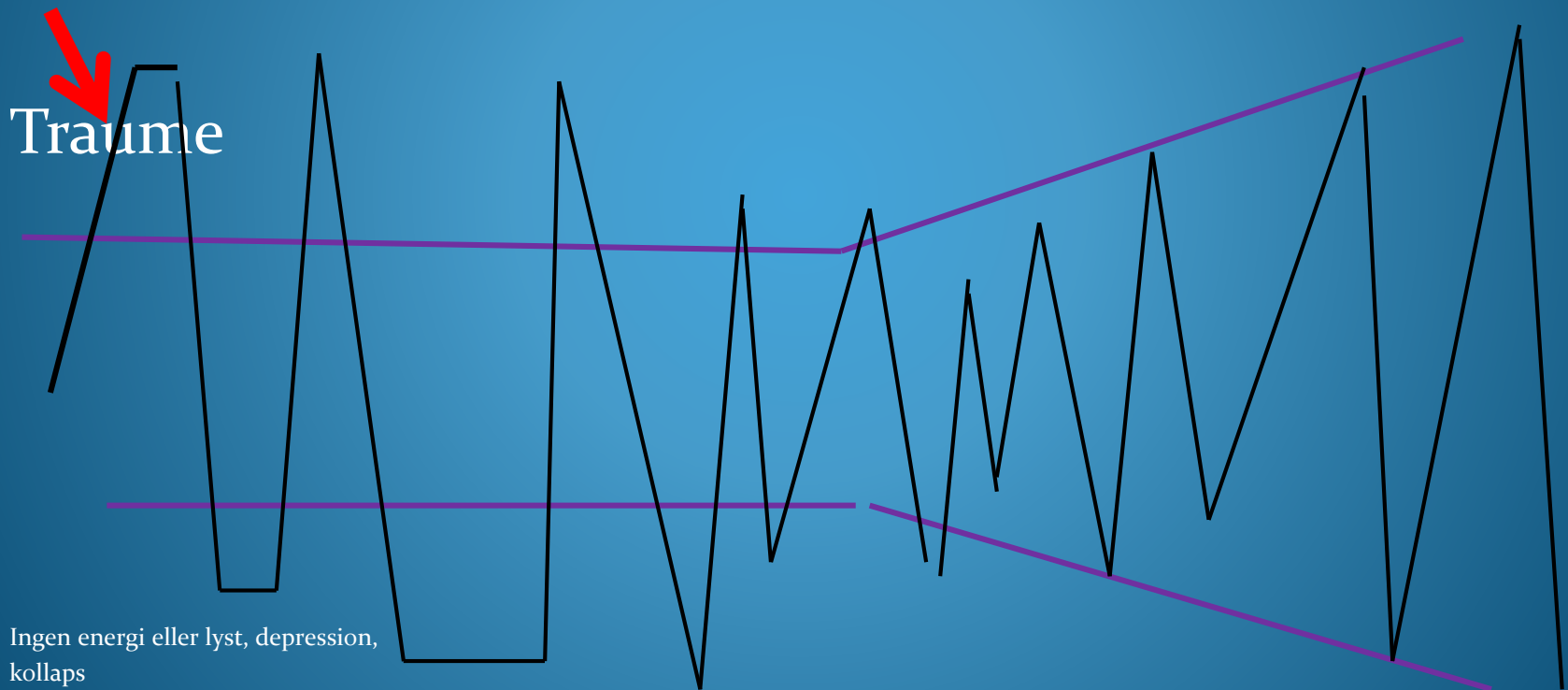
Kropstraumeterapi

- **Eksempler på hvorledes kroppen "Husker"**
- Lugtesansen eller synssansen bringer os ofte tilbage til en situation vi har oplevet for længe siden
- En pt fortæller: **Når jeg kommer til et bestemt sted i Holbæk begynder jeg at få kvalme, jeg skal kaste op, jeg bliver uendelig træt og samtidig bliver jeg så vred, så vred, det har gentaget sig de sidste 6 år. Nu er jeg begyndt at tage en anden vej når jeg kommer til Holbæk"**
- Når et problem sætter sig i kroppen er det svært at ændre på.
- Undervisning ved psykomotorisk terapeut Tove Hansen Liaison Køge

Arousel regulering

- Hyperaktivering, panik, opspænding, forhøjet blodtryk, vejrtrækning mm

- Klare større spændvidde



Ingen energi eller lyst, depression,
kollaps

Hvad er en dissociativ tilstand?

- Det er en tilstand hvor grundig somatisk udredning ikke har påvist vævsskade, som kan forklare tilstanden
- Patienten kan have epilepsi uden at der er tegn på dette på EEG under anfald (Video EEG)
- Patienten kan have lammelser men med fuldstændig normal MR af cerebrum
- Pt kan have hukommelsesproblemer, problemer med træthed, syn, hørelse, orientering, alt sammen uden tegn til vævsskade i centralnervesystemet
- I definitionen af dissociation forudsættes et traume. Det er til diskussion idag

- Inger Merete Terp overlæge og enhedsleder Liaison Psykiatrisk Klinik Køge, Vordingborg og Roskilde

Dissociation

- Jo tidligere man udsættes for traumer og jo alvorligere traumet er jo mere reagerer nervesystemet med dissociation
- Dissociativ "fastfrysning" opstår kun **når individet er hjælpeløst**. Erindring fastholdes i den "procedurale hukommelse", den implicite hukommelse, og er derfor ikke bevidst. (Ex voldtægt)
- Peter Levine beskriver flere forskellige immobilitetsreaktioner, og at disse bliver til traumer hvis de ikke opløses. **Det er kroppen som er bærer på oplevelser og at det derfor er nødvendigt at forstå kropsreaktioner og hvordan disse transformeres til en traumatisk reaktion**
- **Vi har lært ikke at fastholde pt i en bestemt situation, det at komme hjem, væk fra behandlere, kan i nogle tilfælde være helbredende (Bali)**
- Dissociative fænomer redigeret af Susan Hart 2011 Hans Reitzels Forlag

Dissociation-klinisk fremtræden

- Klinisk fremtræden:
- **Tidsfølelsen** er ændret, fortid beskrives som var det her og nu!!!
- Evnen til at **fantasere og mentalisere** går tabt, konkrete
- Evnen til **affektiv selvregulation og udvikling** går tabt
- Traumatisk dissociation er en **manglende evne til at læge sår** (Kolk og McFarlane 1996)
- Kvinder og børn har dobbelt så stor risiko for at udvikle dissociation som mænd har !
- Mennesker som dissocierer har **sværere ved at fastholde trøstende og belønnende erfaringer**
- **Hukommelse og huller i den autobiografiske hukommelse** er følger af dissociation. Enkelte nævner multipel personlighed som en mulig tilstand, hvor oplevelser kodes ind i forskellige bevidsthedstilstande.
- Dissociative fænomer redigeret af Susan Hart 2011 Hans Reitzels Forlag

Hvordan opstår dissociation?

- Hvorfor bliver følelser til kropslige symptomer i stedet for refleksion og psykologisk udvikling og modning?
 - Stærke emotionelle stimuli medfører:
 - Aktivering af SMA (supplementære motoriske cortex) og amygdala hos patienterne, noget vi ikke ville forvente normalt. (motorisk respons på emotioner)
 - Samtidig øges aktiviteten i TPJ (Temporoparietale junction). Dette er stedet hvor det "kropslige selv", koordination findes. Der laves et "cutt off" til den afficerede kropsdel ved affektion i dette område, patienten negligerer den manglende funktion
 - Vil prøve at forklare det i det følgende
-
- Aybek S, Nicholson TR, Zelaya F, et al (2014) Neural Correlates of Recall of Life Events in Conversion Disorder. *JAMA Psychiatry* 71: 52–60.

Emotionel processing

- Store forskelle på normale og konversionspt?
- Mennesker uden konversionssymptomer har mange strategier. Distraction, fortrængning, depression og reprocessering mhp accept.
- Frontallappen (IFC) gør det hårde arbejde idet følelsesregulering foregår der
- Konversionspatienter aktiverer deres frontallapper mindre end forsøgspersoner, hvilket tyder på, at de ikke regulerer følelser på samme måde som ikke-konversionspt.

- Tidligere undersøgelser har vist:
- Suppression eller fortrængning er relateret til neuralt netværk mellem dorsolateralepræfrontale cortex (DLPFC) og deaktivering af hippocampus
- Højre inferiore frontale cortex (rIFC) har en nøglerolle hvad angår suppression eller fortrængning af autobiografisk materiale som normalt lagres i hippocampus

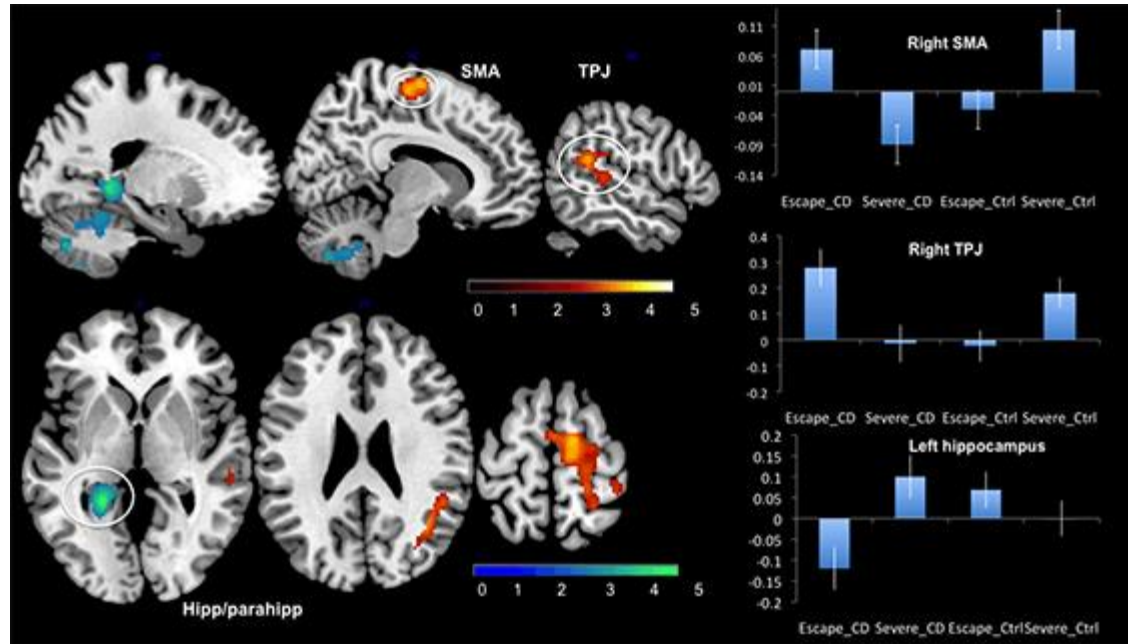
- 42 deltagere blev interviewet, 12 patienter med konversionstilstand + 13 kontrolpersoner fra primær sektor blev valgt ud. Kriteriet var at de alle skulle have erindringer omfattende alvorlige hændelser og "escape" erindringer (Escape betyder at sygdom giver mulighed for at modificere konsekvensen af begivenheden). 1/3 i hver gruppe fik antidepressiva.

- Hippocampus er mindre aktiv medens DLFPC er mere aktiv hos konversionspatienter når escape erindringer genkaldes. De husker uden at huske rigtigt. Erindringer er ikke forbundet med samme emotionelle power som hos ikke konversions pt

Aybek S, Nicholson TR, Zelaya F, et al (2014) Neural Correlates of Recall of Life Events in Conversion Disorder. *JAMA Psychiatry* **71**: 52–60.

- Stærke emotionelle stimuli (Escape) medfører:
- Samtidig øges aktiviteten i TPJ (Temporoparietale junction). Dette er stedet hvor det ”kropslige selv”, koordination findes. Der laves et ”cutt off” til den afficerede kropsdel ved affektion i dette område, patienten negligerer den manglende funktion
- Patienter lader ikke som om de ikke kan bevæge en kropsdel. De kan ikke bevæge kropsdelen

- Stærke emotionelle stimuli (escape type) medfører:
- Aktivering af SMA (supplementær motorisk cortex), amygdala og cerebellum hos patienterne, noget vi ikke ville forvente normalt. (motorisk respons på emotioner)
- Vi ville forvente af højere dele af hjernen aktiveres ved traumer



In red: Interaction Group*Condition in the contrast Escape>Severe in Patients>controls showing peak activations in the Right SMA and the Right TPJ. Right panel: Contrast estimate in right SMA, MNI [12 -8 68] and right TPJ, MNI[40 -58 24]
In blue: Interaction Group*Condition in the contrast Escape<Severe in Patients > Controls showing decreased activation in left hippocampus and parahippocampal gyrus. Right panel: Contrast estimate in left hippocampus, MNI [-28 -42 2]

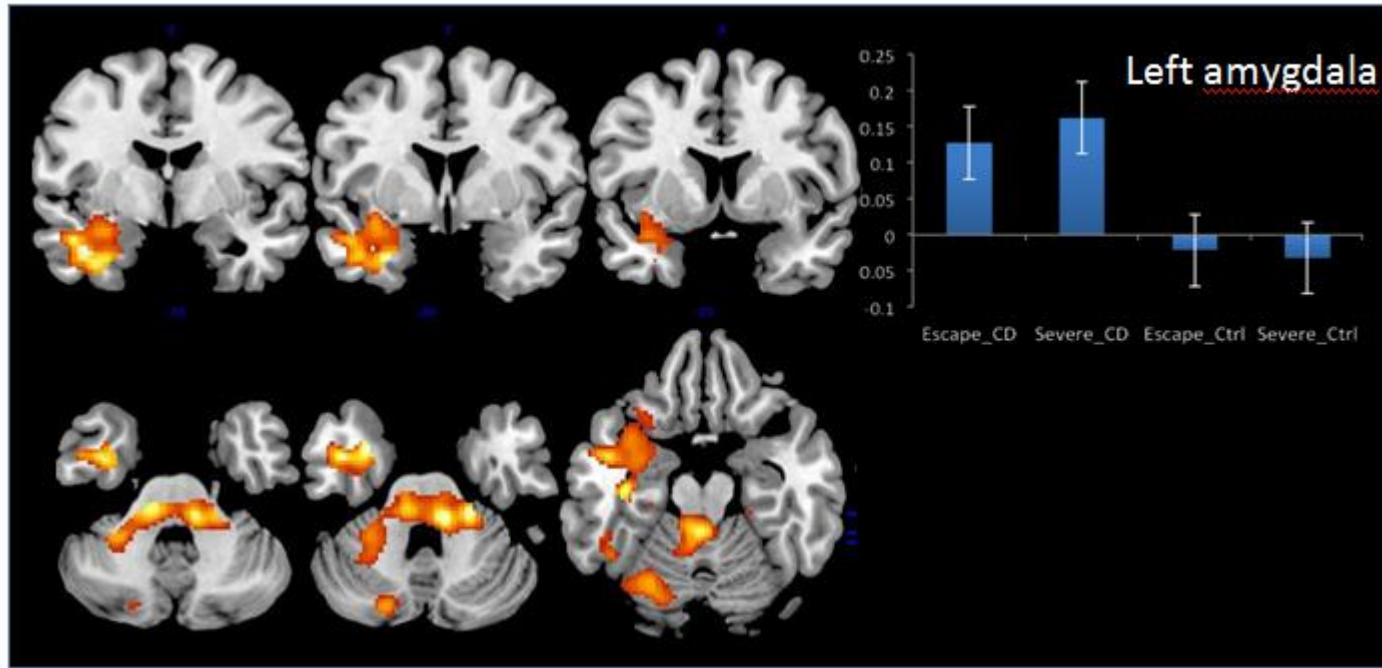


Figure 3: Connectivity analysis: Whole brain PPI analysis showing a main effect of group (Patients > Healthy controls)

Udredning i Liaison Klinikken

- Stolpen:

Livshistorie <ul style="list-style-type: none">» Traumer» Funktionsniveau» Relationer» Uddannelse	Somatisk tilstand <ul style="list-style-type: none">Uforklarlige symptomer før 30 årForværring eller bedringSynkronicitet?
---	---
- **Struktureret diagnostisk interview (MINI) Er der depression, PTSD eller angst som måske kan forklare patientens symptomer**
- **Somatisk tilstand**
- Evt somatisk undersøgelse
- Indhentning af materiale, udredning via egen læge, speciallæge
- Paraklinik
- Konference med neurolog ved behov

Behandling i Liaison Klinik

- Kognitiv terapi i gruppe i 3 måneder med fokus på dagligdag og funktion
- Gruppeforløb med mindfulness og psykomotorisk terapi mhp kropsoptagelse og reduktion af "arousal"
- Socialrådgiver
- Psykoeduktion i gruppe
- Afslutning med forslag til fortsat behandling via egen læge, Kommune etc

Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

	EVIDENS			
	Funktions niveau	Livskvalitet	Smerter	Arbejds fastholdelse
Fysisk træning	+	-	-	-
CBT	+	+	+	-
Aktiviteter dagligdag	(+)	(+)	(+)	-
Psykoedukation	+	(+)	+	-
Arbejdsplads intervention	?	?	?	?
Flerfaglig behandling	Lav	Lav	Lav	Lav
Farmakologisk behandling	(+)	-	+	-

Behandling i Liaison Klinik

- 69 årig kvinde har fået svær forværring af kronisk generaliseret smerte (fibromyalgi) efter at der er opstået akut alvorlig sygdom i familien. Kommer fra smerteklinik, hvor der er givet morfika som på den ene side hjælper lidt men ikke nok, på den anden side giver det voldsomme bivirkninger. Sover alt for meget, kan ikke tåle SSRI, dette aftrappes hvorefter pt er vågen om dagen, smerter uændret
- **Udredning**
- MR af neuroaksen og af cerebrum, tilsyn ved rheumatolog, neurolog samt mediciner pga kronisk endokrin sygdom
- **Behandling i Liaison**
- En meget lille dosis antidepressiv medicin (Noritren 15 mg) medfører en lille bedring, nu er der dage hvor pt har det nogenlunde, men overanstrenger sig og ligger så med smerter igen i flere dage
- Psykomotorisk terapeut indleder behandling som til at begynde med føles som en forværring, der kommer rysteture men også lindring
- Smerteklinikken har tilbudt at hjælpe med aftrapning med morfika hvis vi kommer så langt så det kan lade sig gøre

