

## **Problemer med behandling av fibromyalgi**

*Sondre Risholm Liverød, psykologspesialist*

Innenfor psykisk helsevern ser vi ofte pasienter som sliter med diffuse smerter i ledd og muskulatur. Somatiske utredninger står uten patologiske funn, noe som betyr at smertene er vanskelige å identifisere. Disse pasientene ender ofte opp med diagnosen fibromyalgi. Spørsmålet er hele tiden om fibromyalgi skal forstås som en somatisk lidelse eller en psykologisk lidelse. Det neste spørsmålet er hvordan vi skal behandle denne ubehagelige smertetilstanden. Dersom fibromyalgi er en somatisk sykdom bør vi kanskje henvende oss til skolemedisin og fysioterapi, men dersom lidelsen er psykologisk betinget, bør vi kanskje henvende oss til en psykolog?

I denne diskusjonen oppstår det problemer og motsetningsforhold som fører til en litt tilfeldig behandling av fibromyalgi, og tilfeldigheten skyldes i høy grad ulike behandleres oppfatninger av forholdet mellom kropp og psyke. Faren er at pasienten blir skadelidende.

### **Fibromyalgi som diagnose**

Fibromyalgi blir av og til kalt en oppsamlingsdiagnose for smertetilstander man ikke klarer å utrede særlig presist. Med andre ord finnes det ingen røntgenbilder eller blodprøver som kan stadfeste at man lider av fibromyalgi. Skolemedisin har dermed vært nølende til å akseptere tilstanden som en reel diagnose. I dag er lidelsen listet i diagnosemanualen ICD-10 under en kategori som kalles Bløtvevssykdommer (M70 til M79), hvor vi finner fibromyalgi listet som F79.9 Uspesifisert reumatisme. (ICD-10 står for International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, på norsk Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, vanligvis referert til som ICD, og er et klassifikasjons- og diagnosesystem som er utgitt av Verdens helseorganisasjon.)

### **Årsaker til fibromyalgi**

Innenfor skolemedisin finnes det mange leger og forskere som hevder at alle tilfeller av fibromyalgi har en årsak, som for eksempel whiplash, Arnold Chiari eller cervical stenosis, lymes sykdom (borreliose), mycoplasma eller luftveisinfeksjon, kronisk mono Epstein Barr virus, lupus eller revmatisk sykdom, men likevel har man store problemer med å dokumentere dette på en tilfredsstillende måte. Mangel på klarhet i årsaksfaktorer og et diffust symptombilde, henleder mange til å anta at fibromyalgi er en såkalt psykosomatisk lidelse, noe som betyr at man anser de fysiske smertene som et utslag av underliggende psykologiske og emosjonelle problemer.

### **Behandling av fibromyalgi**

Spørsmålet er uansett hvilken behandling en person med fibromyalgi bør få. Sannsynligvis er det fysioterapeuten som har mest ekspertise innenfor muskelsmerter, men psykoterapeuten er sannsynligvis best skolert når det kommer til emosjonelle konflikter og psykologisk ubehag. Legen kan skrive ut smertestillende eller muskelavslappende medikamenter, noe som ofte gir rask lindring. Hvis diagnosen betraktes som en kronisk revmatisk betennelse, vil skolemedisin anbefale fysioterapi, medisiner og kirurgi, men siden fibromyalgi er langt mindre «synlig» enn leddgikt, er det usikkert om disse metodene har noen hensikt. Når man ikke kan ta et røntgenbilde av smertene, blir de brått vanskeligere å forholde seg til. En annen innfallsvinkel er meditasjon hvor man kan opparbeide seg både psykologisk balanse og kroppskontroll, noe

som kanskje konstituerer to avgjørende aspekter ved fibromyalgi. Hva skal man egentlig velge av behandlingstiltak dersom man rammes av en slik diagnose?

Dessverre er det lite sannsynlig at man har så veldig mange valg når alt kommer til alt. Til tross for at Norge er en velferdsstat med et bæredyktig sosialdemokrati og en oppegående helsesektor, vil det være en stor grad av tilfeldighet som avgjør hvilken type behandling man får for fibromyalgi. Dersom legen ikke finner noen påviselige symptomer etter atskillige utredninger, hender det ofte at pasienten viderehenvises til psykisk helsevern.

### **Psykoterapeutisk behandling av fibromyalgi**

Hvis vedkommende henvises til behandling i psykisk helsevern og møter forfatteren av denne artikkel, vil behandlingen bestå av en form for kropporientert psykoterapi med fokus på følelser. Min hovedhypotese er at mentale lidelser handler om uheldige oppfattelse av virkeligheten, noe som fører til konflikter og unødvendige emosjonelle spenninger i pasienten. Disse spenningene gir seg utslag i kroppen, og kanskje har fibromyalgipasienten gått med slike følelsesmessig belastende feiltolkninger så lenge at det nå gjør fysisk vondt både i muskler og ledd? Hos meg ville pasienten fått terapi som hovedsakelig består av samtale med forsøk på å skape større grad av bevissthet rundt forholdet mellom tanker, følelser og smerter i kroppen. Muligens ville jeg også supplert behandlingen med innfallsvinkler fra Positiv psykologi. Denne retningen skilter nemlig med gode resultater i forhold til smertebehandling.

### **Medisinsk behandling av fibromyalgi**

Dersom den omtalte pasienten isteden havner hos min kollega på kontoret ved siden av, noe som er rent tilfeldig i forhold til hvem som har ledig kapasitet, vil behandlingen sannsynligvis ha en ganske annen karakter. Min kollega er lege og vil kanskje avhjelpe pasientens smerter ganske umiddelbart med et egnet medikament. Kanskje vil pasienten også få en henvisning videre til psykomotorisk fysioterapi fordi min kollega mener at fibromyalgi i hovedsak er et kroppslig anliggende.

### **Sosioøkonomiske tiltak ved fibromyalgi**

I et tredje scenario møter pasienten en annen kollega som er klinisk sosionom av utdanning. Her vil sosionomen kanskje oppdage at pasienten har store økonomiske problemer som utgjør en vesentlig stressfaktor. Sosionomen hjelper pasienten med en nedbetalingsplan, stopper regninger på vei til inkasso og lager et system som redder pasienten ut av det økonomiske uføret. Etter hvert viser det seg at pasientens symptomer har vært en direkte konsekvens av langvarige sosioøkonomiske problemer, og når sosionomen hjelper pasienten på dette området, oppdager man samtidig at smertene i kroppen avtar.

### **Kritikk av tilfeldig behandlingstilbud i psykisk helsevern**

I januar 2009 utsettes Norsk psykiatri for kraftig kritikk på grunn av denne tilfeldigheten i behandlingstilbudene. Den 25. november 2008 offentliggjør Riksrevisjonen en omfattende undersøkelse av tilbudet til personer med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Overskriften i avisene er nedslående: "*Knusende kritikk av psykiatrien*". Riksrevisjonen slår fast at det langt på vei er tilfeldig hvem som får hjelp innenfor det psykiske helsevernet i Norge. "*Behandlingstilbudet i psykisk helsevern for voksne er verken likeverdig eller tilstrekkelig*", oppsummerer riksrevisor Jørgen Kosmo i rapporten. Undersøkelsen viser at det

er store ulikheter mellom både regioner, helseforetak og institusjoner når det gjelder kapasitet til å behandle voksne med psykiske lidelser. En annen del av kritikken går på ulike behandlingsfilosofier og lite konsensus rundt behandlingsformer for spesifikke diagnoser.

## **Hvilken behandling er riktig for fibromyalgi?**

Og igjen møter vi det samme spørsmålet: Hvilken behandling er riktig? De tre innfallsvinklene jeg nå har nevnt i forhold til fibromyalgipasienten er alle sammen riktige på hver sin måte. Både legen, sosionomen og meg selv gir god behandling, og dermed kan vi påberope oss riktighet, men samtidig begår vi en vesentlig urett. Faktum er at mange lever årevis med fibromyalgi uten å finne en helbredende strategi med varig lindring. Vår urett i behandlingssystemet er at vi har ulike oppfattelser av menneskets natur, noe som for så vidt er greit, hvis man er klar over sine begrensninger. I slike tilfeller vil man hente inn supplerende tiltak ved behov, noe vår egen samvittighet og fagetiske retningslinjer pålegger oss, men dessverre hender det at den nødvendige oversikten mangler. Vi forstår det særlig menneskelige, bevisstheten, på forskjellige måter, og fristes til å anslå at vår egen forståelse er altomfattende. Idealet er selvfølgelig tverrfaglighet i behandling av pasienter, slik at de ulike innfallsvinklene kan supplere hverandre, men realiteten er at jeg sjelden er inne på kontoret til min kollega, og hun er sjelden på besøk hos meg, og fysioterapeuten jobber kun deltid på en helt annen avdeling.

## **Vitenskapsteoretiske perspektiver**

For å forstå ulikheten i behandlingstiltakene og rasjonale bak de forskjellige innfallsvinklene, er det ofte lurt å vende seg til vitenskapsteorien. Her handler det om hvilket ståsted man har i sin forståelse av mennesket. Dersom vi først og fremst ser på mennesket som en biologisk organsime, tenderer vi til å stole på medisinske tiltak, men dersom vi isteden forstår mennesket som en subjektiv størrelse med særegne opplevelser og psykologisk kraft, heller vi mer mot en humanistisk tradisjon i vår forståelse av mennesket. Den vestlige psykologien ligger i spenningsfeltet mellom "kropp og sjel", og den har alltid strevd med denne litt uavklarte posisjonen.

For å begynne litt enkelt kan vi se til de gamle grekerne som delte den menneskelige eksistensen inn i tre deler: Det vakre, det gode og det sanne. Det vakre handler om den personlige opplevelsen av verden, det gode handler om det mellommenneskelige, mens det sanne handler om den ytre eller materielle virkeligheten. Tilsvarende kan man gjøre en differensiering mellom kunst, moral og vitenskap. Kunst henvender seg til individets opplevelse, moral er et slags kodeverk som skriver seg fra forholdet mellom mennesker, og vitenskapen behandler den ytre virkeligheten. Man kan også kalle det for det subjektive, det intersubjektive og det objektive. Den tyske filosofen Jürgen Habermas deler dette inn i tre forskjellige former for erkjennelse hvor det vakre hører til humanvitenskapen, det gode hører til samfunnsvitenskapen og det sanne hører til naturvitenskapen. Dette er tre innfallsvinkler til menneskelivet, og i noen tilfeller av sykdom trenger vi alle tre på én gang for å skreddersy et virksomt behandlingstilbud. Kanskje fibromyalgi representerer en lidelse som mer enn andre behøver minst tre ulike intervensjonsstrategier for å kurere smertene. Og kanskje handler de relativt dårlige behandlingsresultatene i forhold til fibromyalgi om behandlingstiltak som ikke er perspektivpluralistiske nok?

## Konklusjon

Her ser vi at psykisk helsevern, i kraft av en psykolog, en lege og en sosionom, representerer hver sin erkjennelsesinteresse og dermed forstår menneskets natur på hver sin måte. Trolig har behandlerne øye for andre innfallsvinkler, men de vil som regel hvile tyngst i den forståelsen hvor de føler seg tryggest. I tillegg vil deres intervensjoner og behandlingspraksis avspeile deres utdanning som igjen vil gjenspeile deres grunnleggende menneskesyn. Psykologen er opptatt av det subjektive, opplevelsene, tankene og følelsene og det intersubjektive som går på forholdet mellom mennesker. Sosionomen er opptatt av forholdet mellom mennesker, men gjerne på et makronivå. Her handler det om å forstå mennesket i en større kontekst, nemlig som en del av et samfunn og en del av et sosioøkonomisk system som unektelig påvirker individet på mange forskjellige måter. Legen er opptatt av biologien og kroppslige tegn på sykdom. Her handler det om naturvitenskap og evidens for å identifisere problemer på en mest mulig etterrettelig måte. Som sagt er alle disse innfallsvinklene svært verdifulle, og problemet oppstår når vi møter diagnoser som trenger like mye fra hver av disse innfallsvinklene. Muligens er fibromyalgi nettopp en slik diagnose som krever en behandlingstilgang tuftet på flere perspektiver på en gang. Her blir dermed samarbeidet mellom lege, sosionom og psykolog helt avgjørende i mitt eksempel, og nettopp her kan det oppstå problemer hvor pasienten blir skadelidende. Tid og ressursbruk avgjør hvorvidt det er mulig å innhente ekspertise fra de ulike innfallsvinklene i tilstrekkelig grad. De dårlige behandlingsresultatene i forhold til fibromyalgi skyldes kanskje nettopp at behandlingen i for stor grad skriver seg fra kun ett eller to perspektiver, mens en virkelig kur betinger mange flere perspektiver.