

Integreret bio-psyko-social diagnostik I

Villy Meineche Schmidt

Behandling af patienter med kroniske nonmaligne smerter

Kroniske, nonmaligne smerter er en alvorlig, ofte invaliderende tilstand, som kun kan forstås ved brug af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, som er central i almen praksis, og som blev beskrevet for mere end 30 år siden. I denne artikel, som er skrevet af en erfaren praktiserende læge, beskrives smertetilstanden, og i en efterfølgende artikel beskrives behandlingen.



BIOGRAFI:

Forfatter er speciallæge i almen medicin og dr.med. (PPI-behandling af mavesmerter). Han har arbejdet som alment praktiserende læge i 23 år med særlig interesse

for kroniske smerter. Han har etableret mulighed for tværfaglig behandling af kroniske smertepatienter i primærsektoren, information på www.smerteklinik.nu.

FORFATTERS ADRESSE:

Christiansholmsvej 5, 2930 Klampenborg.
E-mail: villy@strandvang.dk

Den største udfordring er at acceptere at kroniske smerter ikke er en sygdom, men en oplevelse ...

I Boks 1 er gengivet den danske oversættelse af The International Association for the Study of Pain (IASP)'s definition på kroniske smerter. Kroniske smerter defineres som en oplevelse. Definitionen blev formuleret i 1964, og i årene, der er gået, er den blevet tiltagende cementeret. I en kommende lærebog om centralnervesystemet (1) anfører forfatter *Per Alf Brodal*, at: »Kroniske smerter er karakteriserede af svag eller manglende korrelation mellem nervestimuli og smerteoplevelse«. Det betyder, at kroniske smerter kan eksistere i et område af kroppen, selvom ingen nerveimpulser fra periferien kan identificeres. Altså manglende sammenhæng mellem perifere skader og smerter, manglende sammenhæng mellem røntgenbilleder og smerter, manglende sammenhæng mellem skanningsresultater og smerter. Dette indebærer, at kroniske smerter må ses som refleksioner i en person i højere grad end som resonans i anatomiske strukturer eller fysiologiske processer.

Begrebet kronisk

Begrebet kronisk indebærer for almindelig tolkning, at tilstanden ikke lader sig helbrede. Et logisk spørgsmål er derfor: Hvornår kan en smertetilstand betegnes som »kronisk«? Ofte anvendes tid (seks mæne-

Kronisk smerte er en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse, som er associeret med aktuel eller potentiel vævsskade eller beskrives i vendinger, svarende hertil.

Boks 1. *Definition af kronisk smerte.*

der) i definitionen, men en tidsgrænse giver vanskeligheder, fordi ventetider på nødvendige undersøgelser og vurderinger let kommer til at overstige seks måneder, før en helbredende behandling viser sig at være mulig. Man kan også anføre, at andre kausale behandlingsmuligheder skal være udelukket, før tilstanden kan betegnes som »kronisk« – dette efterlader et andet dilemma, nemlig: Hvornår kan den praktiserende læge være sikker på, at alle andre behandlingsmuligheder er udelukket? Denne problemstilling adskiller sig imidlertid ikke fra almindeligt klinisk arbejde ved sygdomsudredning: Det drejer som at kalkulere risikoen for at overse noget over for chancen for at stille en positiv diagnose (2). For kroniske smertepatienter er der imidlertid en ekstra vanskelighed: Tiden arbejder imod patienten – begyndende tegn på kronificering (langvarig sygdomsmeddeling, social isolation, opgivende passivitet samt sideløbende angst og depression) er faresignaler, og mistet job, kontanthjælp eller ingen økonomisk hjælp signalerer, at arbejdet med patienter bliver »op ad bakke«. Patienter kan føle det som en befrielse, når tilstanden betragtes som kronisk – og dermed kalder på andre interventioner.

Mit arbejde med kroniske smertepatienter er forudgået af mange år som praktiserende læge. I de seneste ti år har jeg udelukkende beskæftiget mig med patienter med kroniske smerter, og jeg er

i tiltagende grad blevet overbevist om, at kortlægning og behandling nødvendigvis må være tværfaglig, og at *forståelsen* af personen bagved smerterne er udgangspunktet. I dag arbejder jeg sammen med psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter, afspændingspædagoger, sygeplejersker og sekretærer. Som udgangspunkt søger vi at forstå patientens samlede situation. Sygehistorien i Boks 2 illustrerer, hvorledes vi stykker forståelsen sammen.

Smertens baggrund

Blandt behandlere af patienter med kroniske smerter er der enighed om, at tilstanden bør *beskrives og forstås* ud fra en kombination af biologiske (medicinske), psykologiske og sociale forhold – og at alle elementer indgår hos den enkelte patient, om end med forskellig vægt.

Når det drejer sig om *behandling* af patienten, er der imidlertid ikke den samme konsensus.

Denne artikel handler om kroniske smertepatienter, hvor den bio-psykosociale model i integreret form er grundlaget for *både diagnostik og behandling*.

Smerteopfattelse foregår i bevidstheden. Men i bevidstheden foregår der mange andre ting, og det er oftest ikke muligt at uddifferentiere, hvilke elementer der er ansvarlige for den samlede oplevelse. Hos en patient er perceptionen af rygmerter måske blandet op med reaktionen på forestående fyring fra job eller overgang til kontanthjælp og dermed trussel om tab af økonomi og bolig. Patientens samlede perception er imidlertid smerter. En målrettet hjælp eller »behandling« forudsætter, at smertebilledet dissekeres: Måske er den virksomme »behandling« en øgning af den smertestil-

Lægen:

Patienten er en 34-årig kvinde, som for et år siden var udsat for en trafikulykke, hvor hun blev påkørt bagfra og med stor kraft skubbet op i den forankørende bil. Hun var umiddelbart chokeret og havde hovedpine, svimmelhed, svien og brændende fornemmelse i nakken med udstråling til venstre skulder. På skadestuen blev hun røntgengraferet (intet unormalt fundet). Hun blev hjemme i en uge og startede derefter på arbejde igen, men måtte sygemeldes periodevis og senere for en samlet periode af to måneders varighed. Magnetisk resonans-skanning af halsen viste normale forhold. En neurolog diagnosticerede følger efter piskesmæld. Patienten har været behandlet med smertestillende medicin, fysioterapi, massage, zoneterapi, akupunktur og varmtvandsbassin. Hun klager nu over overhovedpine, nakkesmerter og at huden er for stram. Hun har kvalme, svimmelhed og brændende fornemmelse i nakken med udstråling til venstre skulder, venstre arm føles tung og fjerde og femte finger sover i perioder. Hun sover tiltagende dårligt. Hun har store problemer med at overskue sit arbejde og kan ikke længere have flere bolde i luften. Hun bruger helst ikke venstre arm til at bære eller løfte, idet det forøger hendes smerter. Hun behandles med Pinex Comp to tabletter tre gange dagligt. Den objektive undersøgelse viser stort set normal bevægelighed i halsen; hun har kvalme og smerter ved kompression på hovedet, normal og egal muskelkraft i armene samt diskret nedsat følesans for berøring, kulde og stik på venstre arm sammenlignet med højre arm.

Psykologen:

Barndommen var præget af uharmoniske forhold, som førte til forældrenes voldsomme skilsmisse, da patienten var syv år. Faderen havde et alkoholproblem. Efter skilsmissen fik moderen depression og senere Alzheimers sygdom. Patienten flyttede hjemmefra, da hun var 16 år, og blev gravid som 17-årig. Hun gik i gymnasiet, havde depressioner og var en overgang cutter. Følte sig ofte tom. Gik ud af gymnasiet og fik uddannelse som sekretær og avancerede efterhånden til en

betroet post som projektleder i en stor multinational koncern. Efter ulykken er hun blevet tiltagende mørkerød og bange for at være alene og har isoleret sig fra sociale sammenhænge.

Socialrådgiveren:

Kvinden har fuldtidsarbejde som projektleder, er gift med en selvstændig erhvervsdrivende og har to børn på 13 og 15 år. Økonomien er god. Hun har store problemer med at opretholde de nuværende arbejdsfunktioner. Har haft flere længere sygdomsperioder, som ikke har bedret situationen. Arbejdsgiveren har stor forståelse og ønsker at samarbejde om behandlingen.

Målinger:

Selvurderet livskvalitet (SF-36) viser nedsatte værdier i alle dimensioner, mest udtalt i de mentale. Becks angstindeks er 35, svarende til alvorlige angstsymptomer. Becks depressionsindeks er 30, svarende til alvorlig depression.

Tværfaglig konference:

Det drejer sig om en ung, ressourcestærk person, som gennem det sidste år har forsøgt at hænge ved »med det yderste af neglene«. Hun var tidligere rask og selvkørende og vant til at have kontrol over eget liv. Hun rummer utvivlsomt en psykisk sårbarhed, som har vist sig tidligere, og hun er begyndt at vise tegn på angst både klinisk og ved test. Der er tegn på omsorgssvigt i barndommen, og hun er dermed formentlig ikke god til at mærke egne behov. Hun vil næppe kunne genoptage det nuværende arbejde. Hendes symptomer tyder på *whiplash related disorder*, men der er komplicerende tegn på angst og depression. Hendes symptombeskrivelse og de diskrete føleforstyrrelser kunne pege på en neuropsykisk smertekomponent. Den indtrufne ulykke indebærer, at hun må revurdere sin arbejdsmæssige og personlige situation, hvorunder den psykiske sårbarhed vil kunne manifestere sig. Behandlingsforslag: Medicinsk modul og psykologisk rådgivning efterfulgt af et smertehåndteringskursus af 13 ugers varighed, såfremt arbejdsgiveren accepterer en sygemelding for perioden.



Kroniske smerter – ofte som komplikation til akut sygdom eller akut smerte – kan lindres ved god almenmedicinsk intervention. Foto: ThinkStock.

lende medicin, måske er »behandlingen« en hjælp til at klare psykologiske aspekter af et ændret liv eller hjælp til afklaring af den sociale situation.

Når det gælder kroniske smertepatienter har der været en tendens til at fokusere på ydre påvirkninger frem for på individet, som udsættes for den ydre påvirkning. I omtalen af en patient, som har været ude for et piskesmæld i forbindelse med en bilulykke, vil man ofte kunne se beskrivelse af forhold som biler-nes fart, da sammenstødet fandt sted, forhold vedrørende sikkerhedsseler og

nakkestøtter, patientens umiddelbare reaktion, fund på skadestuen etc. Disse oplysninger er nødvendige, men ikke tilstrækkelige til at forstå patientens situation. Omfattende granskning af sammenhænge mellem piskesmældpatienters symptomer og biologiske eller mekaniske faktorer afslører ikke tilstrækkeligt mange signifikante sammenhænge, til at man kan opstille en biomekanisk forklaringsmodel (3-5). Det har heller ikke været muligt at definere en »laveste« tærskel af påvirkning for udløsning af piskesmældsskader (6). Disse forhold har utvivlsomt været medvirkende til, at nogle lægelige instanser betvivler selve diagnosen *whiplash associated disorder*. I vort team ser vi det som et eksempel på, at forståelsesrammen for patienter med kroniske smerter må udvides. Patienten selv spiller en meget betydelig rolle i forståelsen af det samlede smertebillede: Hvem var den person, der blev udsat for netop denne hændelse på netop dette tidspunkt?

Hv-spørgsmålene

Hvem, hvad, hvordan, hvornår og hvorfor er spørgsmål, man må søge svar på.

Hvem er personen, som har kroniske smerter? En person, som er velintegreret og har solid basal tillid til verden, en solid jegkerne, og som ikke tidligere har haft psykisk sygdom, vil have forudsætninger for at komme betydeligt bedre igennem en livsomvæltende hændelse end en mere disintegreret, selvusikker person, som tidligere har haft angst eller depression. Erfaringer fra andre livssituationer, hvor omstilling har været nødvendig, tæller.

Hvad førte til de kroniske smerter? En sygdom, en ikke vellykket operation eller

en skade kan medføre kroniske smerter, som indebærer mange tab: arbejde, fritid, økonomi, bolig og parforhold. Erkendelse af tab kan nødvendiggøre gennemlevelse af en sorgproces for at komme videre i tilværelsen. Hos nogle kroniske smertepatienter ses fællestræk med patienter i kronisk sorg.

Hvordan skete det? Nogle kroniske smerter starter med et traume, hvor livet er på spil. En livstruende bilulykke, som efterfølges af kroniske smerter, medfører ikke alene tab af evner og muligheder, men kan også medføre tab af »tillid til verden« – altså en grundlæggende rystelse af sjælens indre, som ikke bare læges med tiden. Ikke få patienter med kroniske smerter har posttraumatisk stressreaktion, som kan være en væsentlig komplikation i forbindelse med smertetilstanden.

Hvornår debuterede de kroniske smerter? Tidspunktet for hændelsen kan også spille en afgørende rolle: Fandt hændelsen sted på et tidspunkt, hvor personen i forvejen var psykisk belastet – for eksempel af anden sygdom i familien eller af sociale begivenheder som trussel om fyring fra job. Mennesker, der oplever at deres ressourcer ikke er tilstrækkelige til at imødekomme fremtidige begivenheder, eller som oplever manglende kontrol i tilværelsen, bliver stressede. Voldsom stress kan – også selvom stressfaktorerne falder væk – resultere i blivende øget sårbarhed (7). Stress kan således forværre følgerne af en ydre hændelse og dermed sværhedsgraden af en kronisk smertetilstand.

Hvorfor opstod de kroniske smerter? Det kan synes underligt at fokusere på, hvorfor patienten er endt med at have kroniske smerter. For mange patienter er

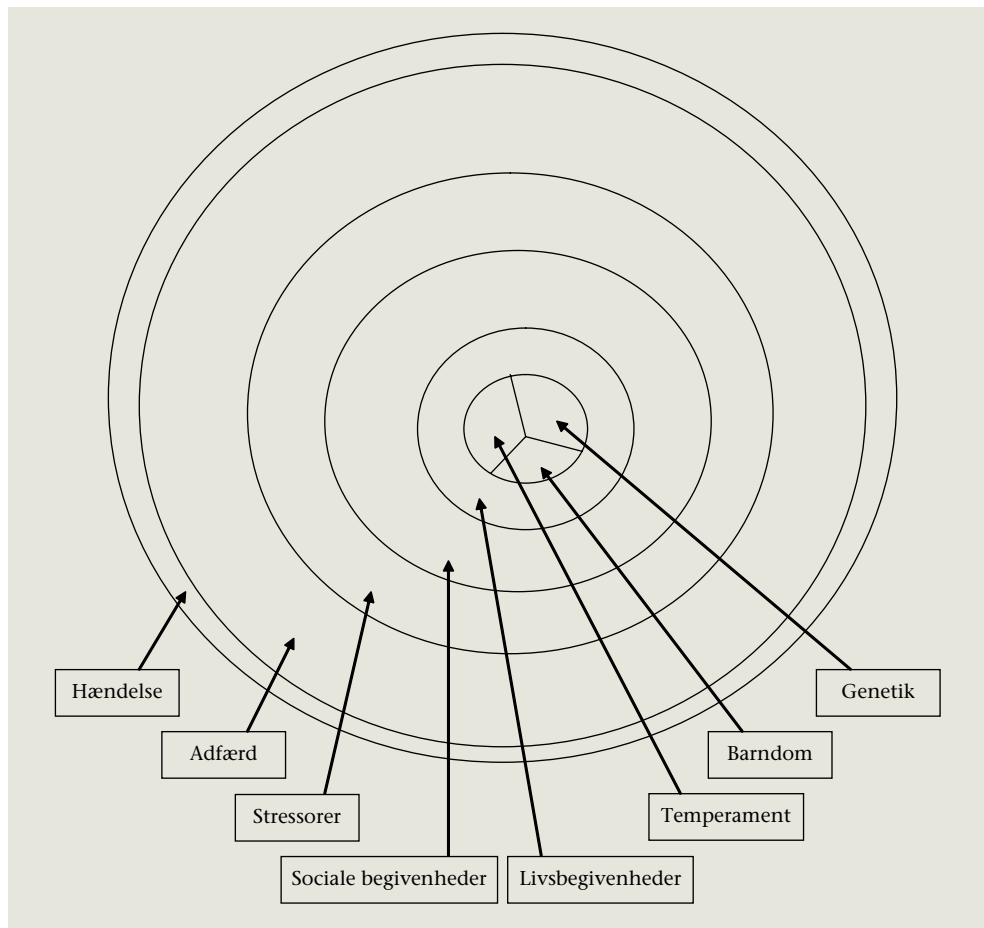
det imidlertid umuligt at acceptere, at en meningsløs tilfældighed har ændret tilværelsen – i nogle tilfælde så uacceptabelt, at andre forklaringsmodeller træder frem: »Det er en straf for noget, jeg har gjort«, eller »det er selvforskyldt (jeg skulle aldrig have ladet mig operere)«, eller »jeg er offer for andres uduelighed og sløseri«.

Spørgsmålet »hvorfor?« vil ikke sjældent afdække vigtig information om, hvorledes patienten tænker. Da en væsentlig del af behandlingen (som senere omtales) er fokuseret på accept, er det vigtigt at kende patientens egen forståelse: En patient, der opfatter sig som totalt offer, skal behandles anderledes end en patient, som har taget skæbnen i det hændte på sig. Arbejde med tab og traumer kan være meget meningsfuldt for en del kroniske smertepatienter (8).

Patientens selvopfattelse kan ofte vurderes i samtalen, og information om, hvorledes patienten har manøvreret i det sociale og sundhedsfaglige univers, er betydningsfuld. Fra sociologisk side (9) er der beskrevet tre forskellige »strategier« (som skal forstås som *ubevidste* handlingsmønstre): En sygdomsorienteret »strategi«, hvor sygdomsidentiteten spiller en dominerende rolle i patientens selvforståelse, en arbejdsorienteret »strategi«, hvor personen ses at være aktivt handlende med fokus på at komme tilbage i arbejde, eller en opgivende »strategi«, som ses hos nedslidte personer, som er præget af resignation.

Model for forståelse af kroniske smerter

For at forstå det samlede billede hos den kroniske smertepatient er det således



Figur 1. Sygehistorien og modellen.

nødvendigt at beskæftige sig med mange forskellige forhold, som kan sammenfattes i en model (Figur 1).

Modellen beskrives som et løg, hvor man, såfremt man skræller det udefra, går fra en beskrivelse af selve trafikulykken med omfanget af bulede biler i centrum til en forståelse af personen bag patienten. Hvis man samler løget indefra, vil man få ideer til, hvilke elementer en behandling bør omfatte, og hvilke hensyn der skal tages.

Som eksempel tages i det følgende udgangspunkt i den anførte sygehistorie, altså en kvinde, som bliver udsat for påkørsel bagfra, og som vi modtager under diagnosen »følger efter piskesmæld«.

Sygehistorien og modellen

1. Hændelsen. Der er tale om den umiddelbare årsag til, at smertetilstanden begyndte – i dette tilfælde et biluheld med påkørsel bagfra. Der findes situationer, hvor det ikke er muligt at iden-

tificere en umiddelbar hændelse, som f.eks. visse generaliserede smertetilstande, men som oftest kan patienten (og omgivelserne) identificere en enkelt begivenhed.

Det vil ofte være således, at det er hændelsen, som alene danner grundlaget for forståelsen i patientens omgivelser, hvilket kan give anledning til forvirring og undren, dersom hændelsen ikke opfattes som særlig dramatisk.

2. Adfærden. Der er her tale om den måde, hvorpå omgivelserne ser patienten: smerteadfærd, manglende arbejdsformåen, *fear avoidance* (undgåelsesadfærd af frygt for forværrede smerter), dårligt humør, stemningssvingninger, dårlig nattesøvn etc.
3. Stressorer. Der er her tale om stressfaktorer, som påvirker patientens situation i negativ retning (dårlig økonomi, ægtefælles manglende evne eller vilje til at støtte, bortfald af venner og arbejdskammerater). Selve tilstanden, som trækker ud og ikke synes at være behandlelig og dermed giver angst for fremtiden, kan være en betydende stressfaktor.
4. Sociale begivenheder. Der er her tale om omfanget af sociale hændelser i patientens tidligere tilværelse, som kan have bibragt viden om/erfaringer med, hvorledes tilværelsen kan blive dramatisk ændret af udefra kommende begivenheder (f.eks. en ægtefælles fyring fra job).
5. Livsbegivenheder. Der er her tale om hændelser i patientens eget liv, som kan farve selvbilledet og medtages som et erfaringsgrundlag for fremtiden (f.eks. tidligere depression).

De sidste faktorer væver sig ind i hinanden og udgør tilsammen det fundament, som patientens liv hviler på.

6. Genetik. Der er her tale om genetisk disposition for sundhed og sygdom.
7. Barndom. Der er her tale om de forhold, som patienten har levet under i de tidlige år, hvor »tillid til verden«, selvopfattelse og kernen i jegudviklingen finder sted, og dermed giver graden af robusthed, som patienten møder livets modgang med.
8. Temperament. Børn har fra starten deres egen måde at være i livet på.

»Personligheden« kan forstås som en syntese af ovenstående. Betydningen af at vurdere personligheden er ikke alene at kunne behandle patienten bedre, men tillige at kunne vurdere, hvilke problemer patienten kan frygtes at få, såfremt tilstanden fortsætter eller forværres, måske i en sådan grad, at egentlige personlighedsforstyrrelser afdækkes. Forskellige former for personlighedsforstyrrelse (paranoid, skizoid, ængstelig, dependent, histrioid, dyssocial, tvangspræget og emotionelt ustabil) har hver for sig karakteristiske fremtrædelsesformer, indebærer forskellige selvbilleder og medfører forskelle i opfattelse af omverdenen (10). For behandleren kan en patients personlighed spille afgørende ind ved valg af behandling.

Konklusion

Akutte smerter og kroniske smerter er to vidt forskellige tilstande. Den kroniske smerte er for patienten en invaliderende oplevelse, som lægeligt kun kan forstås ved brug af en udvidet bio-psyko-social

ramme, som også skal anvendes i behandlingen, der beskrives i en følgende artikel.

Økonomiske interessekonflikter:

Forfatteren er indehaver af Den Private Smerteklinik, som har aftale med Danske Regioner om behandling af patienter med kroniske nonmaligne smerter under ventetidsgaranti.

LITTERATUR

1. Brodal PA. The Central Nervous System. 4th. edition. Oxford: Oxford University Press, 2010.
2. Schmidt VM. At arbejde i almen praksis er at løbe en kalkuleret risiko. Ugeskr Læger 1998;160:4558-62.
3. Conroy C, Hoyt DB, Eastman AB et al. Rollover crashes: predicting serious injury based on occupant, vehicle and crash characteristics. *Accid Anal Prev* 2006;38:835-42.
4. Williams M, Williamson E, Gates S et al. A systematic literature review of physical prognostic factors for the development of late whiplash syndrome. *Pain* 2007;32:E764-80.
5. Kasch H, Bach FW, Stengaard-Petersen K. Development in pain and neurologic complaints after whiplash. *Neurology* 2003;60:743-9.
6. Uhrenholt L, Gregersen M. Trafikulykker ved lav hastighed – grænseværdier for whiplash associated disorders. *Ugeskr Læger* 2008;170:713-5.
7. Simonsen E. Det sårbare Sind. København: Gyldendal, 2003.
8. Davidsen-Nielsen M, Leick N. Den nødvendige smerte. København: Hans Reitzel, 2009.
9. Mik-Meyer N, Johansen MB. Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
10. Simonsen E, red. Personlighedsforstyrrelser. København: Psykiatrifonden, 2009.